

2014–2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos tarpinis vertinimas

2014–2020 m. ES fondų investicijų į sveikatos sektorių tinkamumo ir suderinamumo atvejo studija

2018 m. birželio 1 d.

Vertinimas atliekamas pagal 2018 m. vasario 28 d. paslaugų teikimo sutartį Nr. 14P-14 tarp Lietuvos Respublikos finansų ministerijos ir ūkio subjektų grupės UAB „ESTEP Vilnius“ ir UAB “Visionary Analytics“

TURINYS

IVADAS	4
1 LIETUVOS SVEIKATOS SISTEMOS KONTEKSTAS	5
2 ES INVESTICIJŲ Į SVEIKATOS SEKTORIŲ PRIEMONIŲ APŽVALGA	14
2.1 ES investicijos į sveikatos sektorių 2007-2013 ir 2014-2020 m.	14
2.2 2014-2020 m. ES fondų investicijų į sveikatą įgyvendinimo pažanga	14
3 PRIEMONIŲ RINKINIO TINKAMUMAS	17
3.1 Ar pasirinktos tinkamos priemonės ir jų įgyvendinimo būdai uždavinių tikslams pasiekti?	17
3.1.1 Intervencijos, gerinančios sveikatos paslaugų kokybę	20
3.1.2 Intervencijos žemo gyventojų sąmoningumo sveikos gyvensenos srityje	27
3.1.3 Intervencijos sveiko senėjimo srityje	28
3.1.4 Tikslų matavimas ir koku mastu priemonės prie šių tikslų prisideda	30
3.2 Ar uždavinių investicijos tinkamos, kad pasiektų tikslines grupes?	31
3.3 Ar priemonės yra pakankamos, t.y. AR įmanoma pasiekti keliamus tikslus neįgyvendinant kitų reguliacinio pobūdžio reformų?	34
4 PRIEMONIŲ SUDERINAMUMAS	37
4.1 Ar ir kaip intervencijos į sveikatos apsaugą suderintos tarpusavyje?	37
4.2 Kuriamos infrastruktūros suderinamumas (ERPF finansuojamos priemonės)	38
4.2.1 Infrastruktūra tikslinėms savivaldybėms	38
4.2.2 Infrastruktūra socialinės rizikos grupių asmenims	39
4.2.3 Infrastruktūra vaikams	40
4.2.4 Infrastruktūra vyresnio amžiaus žmonėms	40
4.2.5 Horizontalios priemonės	40
4.3 Kuriamų produktų suderinamumas (ESF finansuojamos priemonės)	41
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	43
1 PRIEDAS. INTERVIU RESPONDENTAI	47
2 PRIEDAS. NACIONALINIŲ REZULTATO RODIKLIŲ RYŠYS SU PRIEMONĖMIS	48
3 PRIEDAS. SVEIKATOS ATVEJO REZULTATŲ PRISTATYMO IR APTARIMO RENGINIO DALYVIŲ SĄRAŠAS	49
4 PRIEDAS. DETALŪS INTERVENCIJŲ, GERINANČIŲ SVEIKATOS PASLAUGŲ KOKYBĘ, APRAŠYMAI	50

SANTRUMPOS

ASPI	–	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
CPVA	–	Centrinė projektų valdymo agentūra
DOTS	–	Tiesiogiai stebimo gydymo kursas
EK	–	Europos Komisija
ERPF	–	Europos regioninės plėtros fondas
ES	–	Europos Sąjunga
ESF	–	Europos socialinis fondas
ESFA	–	Europos socialinio fondo agentūra
GMP	–	Greitosios medicinos pagalba
IT	–	Informacinės technologijos
LR	–	Lietuvos Respublika
MTEP	–	Moksliniai tyrimai ir eksperimentinė plėtra
MTEPI	–	Moksliniai tyrimai, eksperimentinė plėtra ir inovacijos
OECD	–	Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija
PFSA	–	Priemonių finansavimo sąlygų aprašas
PSO	–	Pasaulio sveikatos organizacija
SADM	–	Socialinės apsaugos ir darbo ministerija
SAM	–	Sveikatos apsaugos ministerija
SFMIS	–	ES struktūrinės paramos kompiuterinė informacinė valdymo ir priežiūros sistema
VLK	–	Valstybinės ligonių kasos
VP	–	Veiksmų programa
VSS IS	–	Vaikų sveikatos stebėsenos informacinė sistema
VŠĮ	–	Viešoji įstaiga
VU	–	Vilniaus universitetas

IVADAS

Šios atvejo studijos tikslas yra įvertinti ES investicijų į sveikatos sektorių tinkamumą ir suderinamumą. Siekiama spręsti tokius tarpusavyje susijusius poreikius:

- Įvertinti intervencijų logikos tinkamumą, t.y. nustatyti, ar bus pasiekti keliama tikslai ir patenkinti svarbiausių tikslinių grupių poreikiai?
- Įvertinti intervencijų suderinamumą.
- Pateikti siūlymus tiek dėl priemonių rinkinio, tiek dėl geresnio jų įgyvendinimo.

Atvejo studijos objektas – veiksmų programos (toliau VP) 8.1.3 ir 8.4.2 konkretūs uždaviniai ir investicijos, finansuojamos iš šiems uždaviniams numatytų lėšų. Pagal šiuos uždavinius įgyvendinama 21 priemonė (žr. 1 lentelę). Kadangi priemonių įgyvendinimo pažanga nuolat kinta, šioje atvejo studijoje vertinami priemonių pakitimai įvykę iki 2018 balandžio 23 d. Svarbu pažymėti, kad į šios atvejo studijos objektą nepatenka šios priemonės:

- Priemonės investuojančios į e.sveikatos sistemos vystymą, kadangi jos finansuojamos pagal Informacinės visuomenės skatinimo prioritetą.
- MTEP priemonės sveikatos srityje, kadangi jos finansuojamos pagal MTEPI skatinimo prioritetą.

Pirmame atvejo studijos skyriuje visų pirma aptariamas Lietuvos sveikatos sistemos kontekstas (iššūkiai, strateginiai tikslai, reformos). Antrame skyriuje apžvelgiamos ES investicijų į sveikatos sektorių priemonės. Trečioje ir ketvirtoje dalyje vertinamas nagrinėjamų priemonių tinkamumas ir suderinamumas. Galiausiai, paskutinėje dalyje, pateikiamos vertinimo išvados ir rekomendacijos dėl priemonių rinkinio tobulinimo bei geresnio jų įgyvendinimo.

Atvejo studija buvo pristatyta ir aptarta dviejuose renginiuose:

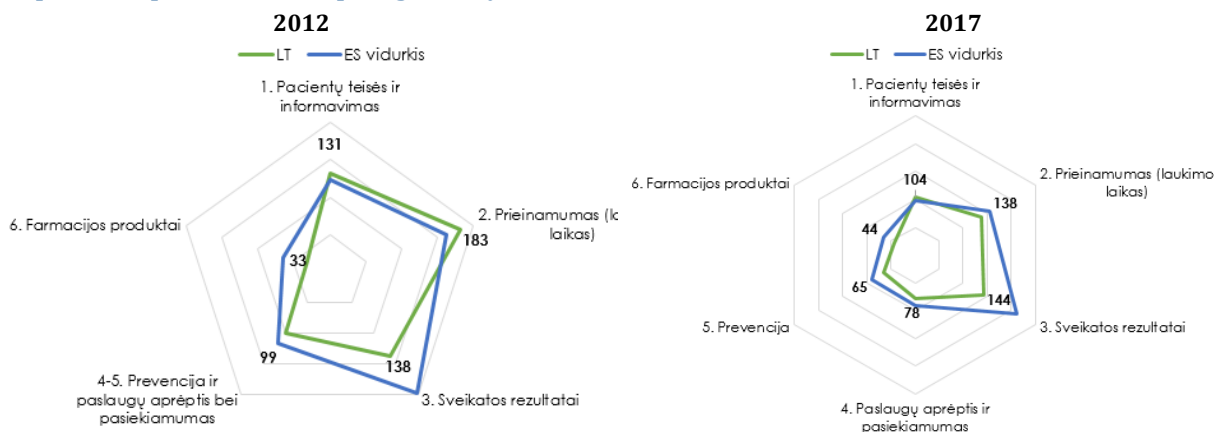
- Vertinimo koordinavimo grupės posėdyje 2018 m. gegužės 11 d.
- Sveikatos atvejo rezultatų pristatymo ir aptarimo renginyje 2018 m. gegužės 23 d. (dalyvių sąrašas pateikiamas 3 priede).

Šioje ataskaitoje atsižvelgiama į šių susitikimų metu dalyvių išsakytas pastabas.

1 LIETUVOS SVEIKATOS SISTEMOS KONTEKSTAS

Remiantis Europos sveikatos apsaugos kokybės indekso duomenimis¹, galima išskirti keletą pozityvių Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos aspektų. Pirma, nuo pat 2006 m. buvo fiksuojamas gana stabilus Lietuvos sveikatos apsaugos kokybės indekso augimas (vienintelė išimtis 2014 m.), tačiau 2017 m. bendra indekso vertė vėl nukrito. Antra, Lietuvos pacientų teisės ir informavimas sveikatos apsaugos sistemoje yra vertinami aukštesniu balu už ES vidurkį (21 vieta iš 35 valstybių) (žr. 1 pav.). Taip pat, nepaisant to, kad sveikatos paslaugų prieinamumas nuo 2012 iki 2017 m. pablogėjo, ši sritis išlieka nedaug nutolusi nuo ES vidurkio. Trečia, nors ir farmacijos produktai išlieka problematiška sritis, lyginant su 2012 m. buvo padaryta pažanga ir priartėta prie ES vidurkio.

1 pav. Europos sveikatos apsaugos kokybės indeksas: Lietuva ir ES vidurkis



Pastabos: 2012 m. indekse paslaugų aprėpties ir pasiekiamumo ir prevencijos sritys buvo apjungtos į vieną.

Šaltinis: Health Consumer Powerhouse, [Euro Health Consumer Index](#) 2017.

Nepaisant šių teigiamų aspektų, Lietuvos sveikatos apsaugos kokybė gali būti apibūdinama kaip viena iš opiausių šio meto problemų valstybėje. Bendras valstybės sveikatos kokybės indekso įvertis išlieka santykinai žemas: 2017 m. bendroji Lietuvos indekso reikšmė buvo tik 574 taškai (palyginimui, Europos vidurkis – 708)², Lietuva užėmė vos 31-ą vietą iš 35³ vertinamų valstybių aplenkdamas tik tris ES šalis (Graikiją, Bulgariją ir Rumuniją).

Vertinant pagal 2012 ir 2017 m. Europos sveikatos apsaugos kokybės indekso rezultatus ir Lietuvos sveikatos sektoriaus vertinimus⁴, pagrindiniais sveikatos apsaugos sistemos iššūkiais išskiriami sveikatos apsaugos rezultatai (angl. *outcomes*), ligų prevencija, farmacijos produkcijos prieinamumas ir vartojimas, sergamumas tuberkulioze, sveikatos priežiūros netolygumai ir senėjanti visuomenė. Visi šie iššūkiai detalizuojami žemiau:

- **Sveikatos apsaugos rezultatai** lyginant su kitomis Europos valstybėmis prasčiausi priešlaikinio mirtingumo, išgyvenimo sergant vėžiu, depresijos ir mirčių praėjus 30 dienų po insulto ar infarkto rodikliuose (žr. 2-5 pav.). Tokie sveikatos apsaugos rezultatai rodo nepakankamą sveikatos paslaugų kokybę, tačiau jie taip pat yra glaudžiai susiję ir su ligų prevencija. Sudėtinga atskirti šių dviejų veiksmų poveikį prastiems sveikatos apsaugos rezultatams. Kaip pagrindines nepakankamų sveikatos sistemos rezultatų rodiklių priežastis galima išskirti didelį dėmesį ligoms gydyti ir mažą – prevencijai, nepakankamai stiprų pirminį sveikatos priežiūros lygį, per didelį stacionarių sveikatos priežiūros

1 Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017.

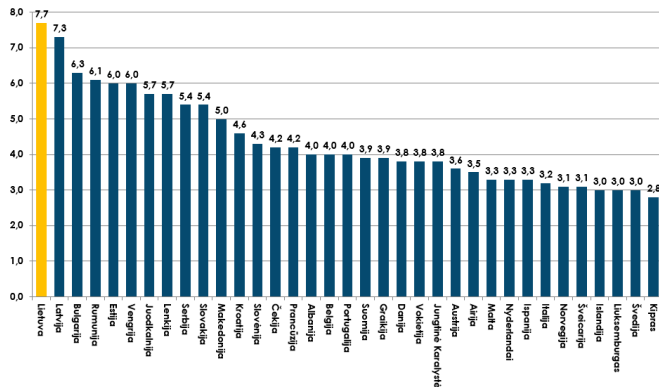
2 Bendra sveikatos kokybės indekso vertė apskaičiuojama sudedant skirtingų sričių įverčius. Kuo didesnis įvertis, tuo geresnė sveikatos paslaugų kokybė. Maksimali indekso vertė 1000. Daugiausiai balų (924) 2017 m. surinko Nyderlandai.

3 Kiprui taškai buvo neskiriami, dėl per didelių sveikatos sistemos skirtumų nuo kitų Europos valstybių.

4 Mokymų, tyrimų ir vystymo centras, Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpio strateginis vertinimas, 2013. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paryžius/European Observatory on Health Systems and Policies, Briuselis, 2017.

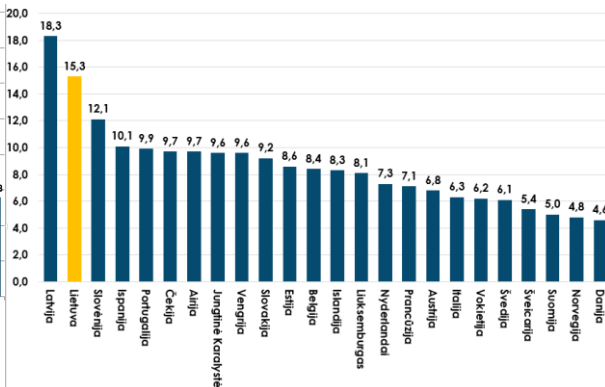
paslaugų⁵ naudojimą ir per mažą ambulatorinių paslaugų teikimą, didelį ligoninių ir lovų ligoninėse skaičių, kas rodo neefektyvų išteklių sveikatos apsaugai naudojimą⁶.

2 pav. Gyvenimo sutrumpėjimas dėl mirčių iki 65 m.



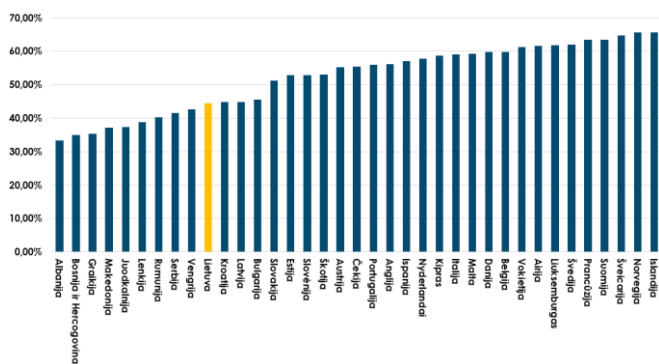
Šaltinis: PSO, Health for All Database, 2017 12 07

3 pav. Dalis žmonių, mirusių praėjus 30 dienų po insulto



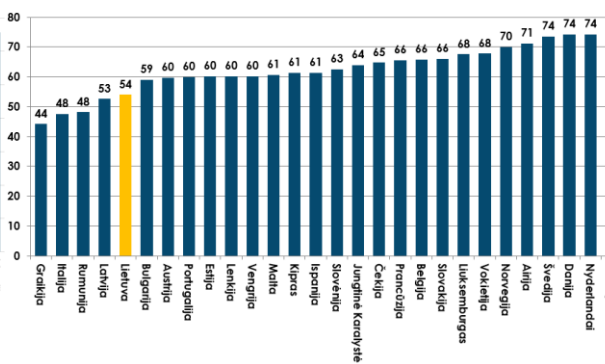
Šaltinis: OECD, Health at a Glance 2017

4 pav. Išgyvenimo sergant vėžiu rodiklis, 2012 m.7



Šaltinis: Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2017.

5 pav. Žmonių dalis, neturinti psichikos sveikatos problemų



Šaltinis: Specialus Eurobarometras 345 apie psichikos sveikata

- **Prevencijos** rodikliai, susiję su sveikatos rizikos veiksniais, jų valdymu, taip pat aplinkos veiksniais, kurie turi įtakos sveikatai. Lyginant su kitomis Europos valstybėmis prevencijos rodikliai prasčiausi alkoholio vartojimo, žmonių su aukštu kraujo spaudimu, moksleivių fizinio aktyvumo ir mirčių eismo įvykiuose srityse. Tam didelės įtakos turi žemas gyventojų sąmoningumas sveikos gyvensenos srityje (tai yra žemo gyventojų sveikatos raštingumo, prasto tokių įgūdžių formavimo ir neefektyvaus sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rezultatas) bei nesaugi socialinė aplinka (stresas darbe ir buityje, psichikos sveikatos sutrikimai, socialinė atskirtis) (žr. 6-9 pav.). Žemas gyventojų sąmoningumas sveikos gyvensenos srityje ir nesaugi socialinė aplinka lemia didelę ligų naštą susijusią su širdies bei kraujagyslių ligomis ir plaučių vėžiu, taip pat didelį skaičių mirčių nuo išorinės mirties priežasčių, kurių pagrindinės yra mirtys eismo įvykiuose ir savižudybės⁸.

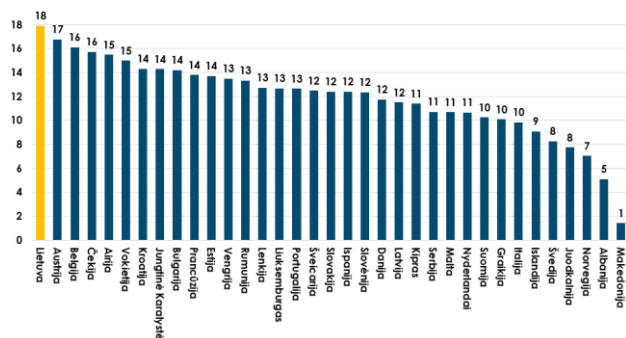
5 Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, kurias teikiamos ligoniui gydantis ligoninėse. Paprastai šios paslaugos trunka ne mažiau kaip 24 valandas.

6 Mokymų, tyrimų ir vystymo centras, Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas, 2013. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paryžius/European Observatory on Health Systems and Policies, Briuselis, 2017.

7 Rodiklis apskaičiuojamas dalinant mirtis iš sergamumo vėžiu. Tuomet šis skaičius atimamas iš vieneto. Kuo šis rodiklis mažesnis, tuo geresnė situacija šalyje. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/ehci2017-indicators/3.4%20Cancer%20Incidence%20and%20survival%20141010.xls>

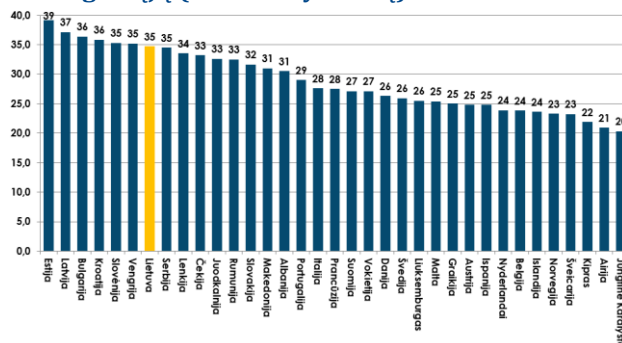
8 Higienos instituto statistikos duomenys.

6 pav. Alkoholio vartojimo indeksas⁹



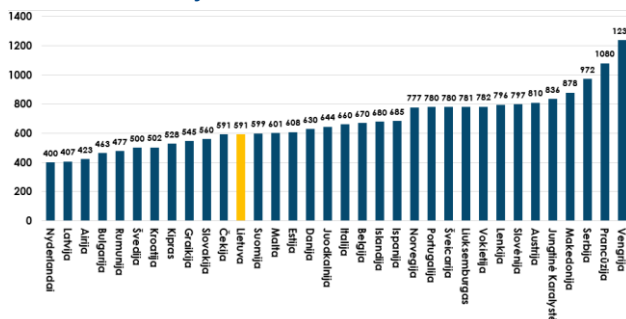
Šaltinis: Health Consumer Powerhouse, [Euro Health Consumer Index](#) 2017.

7 pav. Aukšto kraujo spaudimo paplitimas tarp suaugusiųjų (18 m. ir vyresnių)



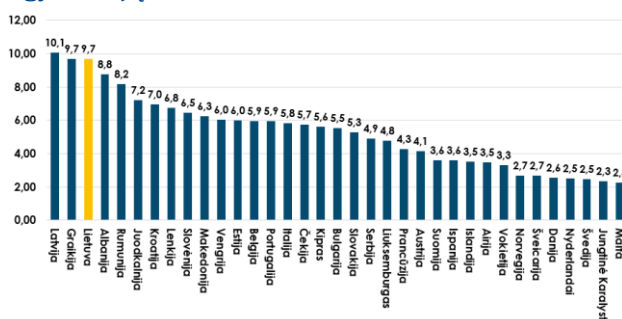
Šaltinis: PSO Global Health Observatory, 2014

8 pav. Fizinio lavinimo pamokoms skirtos valandos mokyklose



Šaltinis: Eurydice.org, 2015/16

9 pav. Mirčių eismo įvykiuose skaičius 100 tūkst. gyventojų



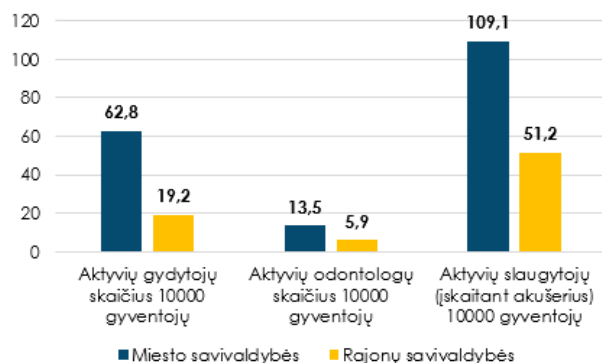
Šaltinis: PSO, Health for All Database, 2016 07

- Prasti **farmacijos rezultatų rodikliai** atspindi inovatyvių medikamentų nepakankamumą ir tai, kad Lietuva viena iš mažiausių dalį už vaistus gyventojams kompensuojančių ES šalių (lenkiam tik Rumuniją, Kiprą ir Malta).
- Nors **tuberkuliozės** atvejų Lietuvoje sumažėjo (nuo 1 904 2011 m. iki 1 507 2015 m.), Lietuva pagal šį rodiklį vis dar yra priešpaskutinė ES ir smarkiai atsilieka nuo ES vidurkio (52 atvejai 100 000 gyventojų lyginant su ES vidurkiu - 12 atvejų)¹⁰.
- **Sveikatos priežiūros netolygumai** pasireiškia skirtingu paslaugų prieinamumu, vartojimu ir kokybe. Miesto savivaldybėse 2016 m. 10 tūkst. gyventojų tenka daugiau nei dvigubai gydytojų, odontologų ir slaugytojų. Toks netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas turi įtakos tiek sveikatos paslaugų kokybei, tiek prieinamumui (žr. 10 pav.). Taip pat, miesto savivaldybių gyventojai dažniau naudojami sveikatos paslaugomis: jie 2016 m. beveik dvigubai dažniau lankėsi pas gydytojus ir odontologus nei rajonų savivaldybių gyventojai (žr. 11 pav.). Šie netolygumai gali turėti įtakos skirtingiems mirtingumo rodikliams miestų ir rajonų savivaldybėse. Mirčių skaičius 100 000 gyventojų rajonų savivaldybėse 2016 m. buvo beveik keturis kartus didesnis nei miestų savivaldybėse (žr. 12 pav.).

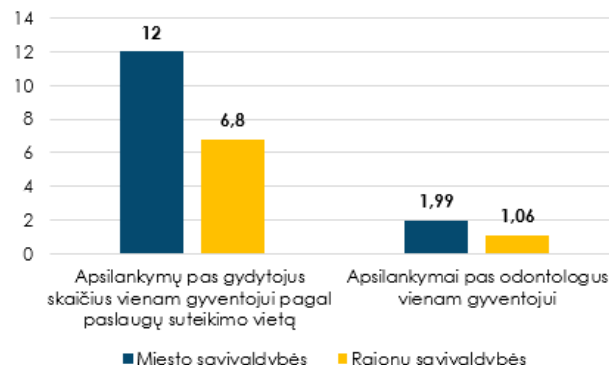
9 Rodiklis apskaičiuotas remiantis 2015 m. alkoholio suvartojimu viename gyventojui ir Eurobarometro apklausa.

10 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paryžius/European Observatory on Health Systems and Policies, Briuselis, 2017.

10 pav. Sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas miestų ir rajonų savivaldybėse

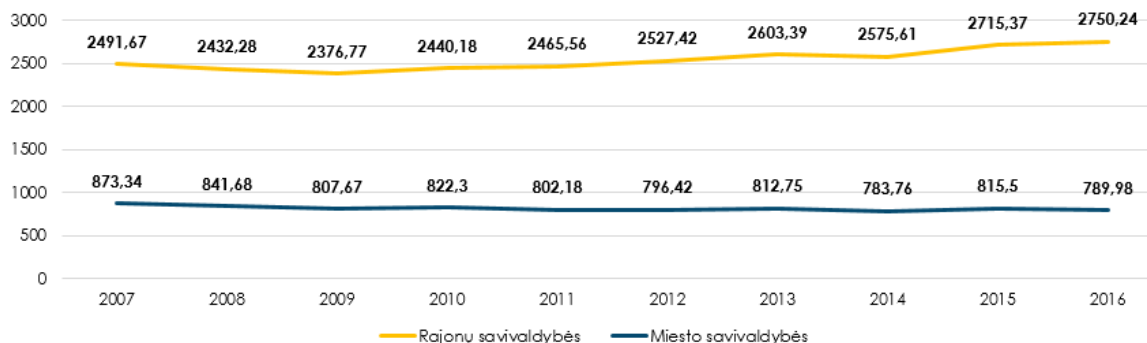


11 pav. Apsilankymų pas gydytojus dinamika miestų ir rajonų savivaldybėse



Šaltinis: Higienos institutas, Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2016 m. ir 2014 m.

12 pav. Mirčių skaičius 100 gyventojų miestų ir rajonų savivaldybėse 2007-2016 m.



Šaltinis: Higienos instituto sveikatos statistinių duomenų portalas.

- **Senėjanti visuomenė.** 2017 m. Lietuvoje 60 m. ir vyresni gyventojai sudarė 25,4 % visų gyventojų¹¹. Prognozuojama, kad 2030 m. 28,9 % Lietuvos gyventojų sudarys 60 m. ir vyresnio amžiaus žmonės, o 2060 m. tokie žmonės sudarys 37 %¹². **Senėjanti visuomenė** sveikatos sistemai kelia dvejopus iššūkius¹³:
 - Sveiko ir darbingo amžiaus ilginimas, daugiau dėmesio skiriant ligų profilaktikai, ankstyvajai ligų diagnostikai, sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui, sveikatos atkūrimui. Sveiki vyresnio amžiaus žmonės gali ilgiau išlikti darbo rinkoje, aktyviau dalyvauti socialiniame gyvenime, ilgiau išlikti savarankiški ir tokiu būdu ilgiau netapti našta valstybei ar savo artimiesiems.
 - Sveikatos paslaugų pagyvenusiems ir senyvo amžiaus žmonėms kokybės ir prieinamumo užtikrinimas.

Taigi apibendrinant galima išskirti tokius pagrindinius **Lietuvos sveikatos sistemos iššūkius** (žr. 13 pav.):

- Žemas gyventojų sąmoningumas sveikos gyvensenos srityje;
- Nepakankama sveikatos paslaugų kokybė;
- Nesaugi socialinė aplinka;
- Netolygus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas;
- Senėjanti visuomenė;
- Didelė pacientams tenkanti tiesioginių išlaidų našta.

11 Eurostato duomenys., Population on 1 January by age group and sex.

12 LR sveikatos apsaugos ministerija, Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, TAR, 2014-07-18, Nr. 10374, 2014.

13 LR sveikatos apsaugos ministerija, Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, TAR, 2014-07-18, Nr. 10374, 2014.

Toliau atvejo studija remiasi šiais identifikuotais iššūkiais. Nagrinėjama, ar strateginiai sveikatos sektoriaus tikslai, reformos dera su ES fondų priemonėmis. ES fondų priemonės taip pat klasifikuojamos remiantis šiais identifikuotais iššūkiais.

Be šių identifikuotų iššūkių **galimai egzistuoja dar du sisteminiai iššūkiai**¹⁴:

- Ilgalaikės vizijos trūkumas. Šiuo metu strateginiai dokumentai dažnai keičiami, jie fragmentuoti, koncentruojasi į atskiras sritis, o ne į visą sistemą. Pavyzdžiui, niekur nėra nuspręsta ir užfiksuota, koks turėtų būti asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau API) tinklas, koku atstumu nuo žmogaus namų turėtų būti skubios pagalbos skyrius, koku ambulatorinės, kokie reikalavimai keliami gydytojo profesijai ir pan.
- Korupcija visuose sveikatos sistemos lygiuose ir objektyvaus, nepriklausomo vertinimo (tiek pačios sistemos, tiek infrastruktūros projektų) nebuvimas.

Vis dėlto, empirinių įrodymų dėl šių iššūkių egzistavimo nebuvo rasta. Sveikatos srityje yra strateginiai dokumentai, iššūkių gali kilti nebent su strategijos įgyvendinimu, sveikatos sistemos vadyba ir administravimu. Šis klausimas nėra šios vertinimo studijos objektas. Jam ištirti reikėtų atskiros studijos, todėl jis šioje studijoje detaliau nenagrinėjamas, pateikiamas tik trumpas Estijos sveikatos strategijos ir apskritai sveikatos sistemos pavyzdys (žr. 1 iliustraciją). Analogiška situacija ir su korupcija, kuri toliau šioje atvejo studijoje neanalizuojama.

1 iliustracija. Pagrindiniai Estijos sveikatos sistemos principai

Strategija ir vizija

Vos Estijai atgavus nepriklausomybę prasidėjo diskusijos, kokia turėtų būti šalies sveikatos sistema. 1995 m. buvo patvirtinta sveikatos politikos vizija (ji buvo kaip pagrindinis sveikatos politikos dokumentas iki 2008 m.). Pagal šią viziją vėliau buvo įgyvendinamos sveikatos programos ir kitos veiklos, kurios reikšmingai prisidėjo prie vieno iš pagrindinių tikslų – geresnės visuomenės sveikatos. Vėliau sveikatos politika buvo atnaujinama ir 2008 m. buvo patvirtintas 2009-2020 m. Nacionalinis sveikatos planas. Jo rengimas užtruko kelerius metus. Šiuo metu vyko įvairios konsultacijos ir diskusijos. Nacionalinis sveikatos planas nustato tikslus, juos matuojančius rodiklius ir detalų veiklų planą, kuris tiesiogiai susietas su valstybės biudžeto išlaidomis (tai yra veikloms numatyta skirti lėšų iš valstybės biudžeto). Biudžetas peržiūrimas kas ketverius metus Finansų ministerijos. Pačios veiklos atnaujinamos kasmet, o kas dvejus metus vyksta detalesnė veiklų ir jų rezultatų peržiūra. Be veiklų, tiesiogiai susietų su biudžetu, taip pat pateikiamos rekomendacijos privačioms organizacijoms ir piliečiams, kaip jie galėtų prisidėti prie plano įgyvendinimo.

Nepriklausomas vertinimas

Visos strategijos ir politikos dokumentai privalo turėti aiškius rodiklius ir tikslus, kurie leistų vertinti jų progresą. Taip pat Estijoje yra numatyta reguliariai atlikti visos sveikatos sistemos vertinimus, kurie leistų įvertinti sveikatos sistemos progresą ir iššūkius. Šie vertinimai naudojami planuojant Nacionalinio sveikatos plano veiklas. Pirmasis, ir kol kas vienintelis, toks vertinimas buvo paskelbtas 2010 m. Socialinės apsaugos ministerijai¹⁵ bendradarbiaujant su PSO¹⁶.

2011 m. Socialinės apsaugos ministerija pavedė atlikti sveikatos technologijų vertinimus Tartu universitetui. Šie vertinimai atliekami kai siekiama įvertinti, kokią poveikį sveikatos technologijos turės visuomenei, įvertinti technologijas, kurios brangiai kainuos, įvertinti technologijas, dėl kurių klinikinių efektų ir efektyvumo vyrauja prieštaringos nuomonės ir įvertinti technologijas, kurių galimas panaudojimas ir tikslinės grupės nėra žinomos. Dėl to 2012 m. Tartu universitete buvo įsteigtas sveikatos technologijų vertinimo centras. Šis centras buvo finansuojamas Švietimo ministerijos, o vėliau ir Socialinės apsaugos ministerijos. Vertinimo temas užsako specialiai sudaryta sveikatos technologijų vertinimo taryba¹⁷. Vertinimų rezultatai naudojami Socialinės apsaugos ministerijos ir Estijos sveikatos draudimo fondo priimant sveikatos politikos sprendimus. Taigi, Estijoje yra nepriklausomos sveikatos technologijų vertinimo kompetencijų centras, kurio vertinimai naudojami siekiant įrodymais grįsto valdymo.

Finansavimą sveikatos apsaugai didžiausia apimtimi administruoja Estijos sveikatos draudimo fondas. Jis yra nepriklausomas ir nėra pavaldus jokiai ministerijai. Šis fondas tik netiesiogiai atsakingas Socialinės apsaugos ministerijai, pacientų ir darbuotojų organizacijoms, vyriausybei ir parlamentui (pvz., ministerija skiria fondo priežiūros tarybą, fondas privalo skaidriai atsiskaityti už savo veiklą, pvz., teikdamas metines ataskaitas). Tokios

¹⁴ Iššūkiai identifikuoti interviu su respondentais metu.

¹⁵ Ši ministerija atsakinga už sveikatos apsaugą.

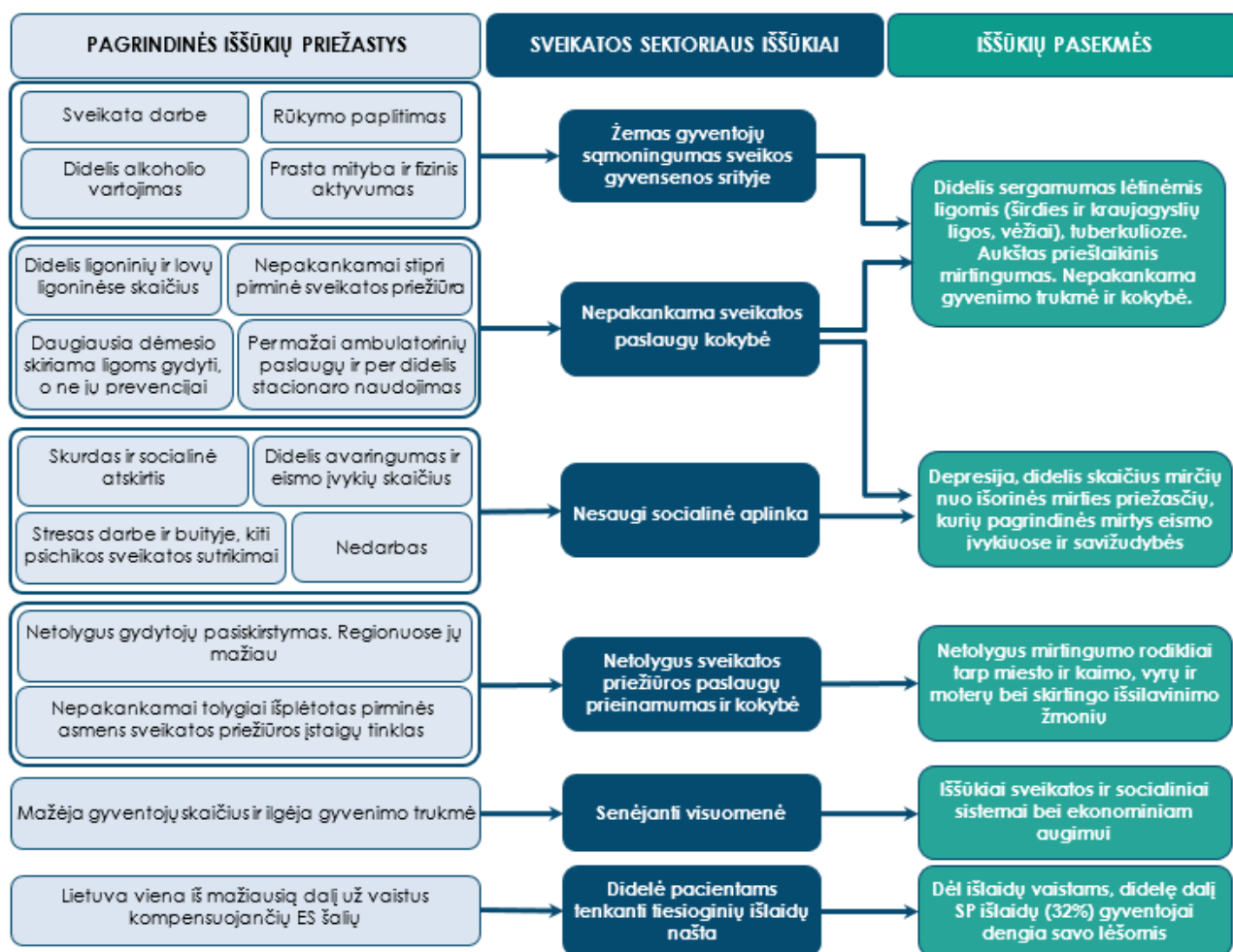
¹⁶ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/115260/E93979.pdf?ua=1

¹⁷ Tarybą sudaro atstovai iš Estijos sveikatos draudimo fondo, socialinės apsaugos ministerijos, Estijos ligoninių asociacijos, bendrosios praktikos gydytojų sąjungos, valstybinių medicinos agentūrų ir Talino universiteto.

institucijos nepriklausomumas leidžia užtikrinti sveikatos finansavimo tęstinumą net ir keičiantis politinėms valdžioms.

Šaltinis: Visionary Analytics, remiantis Taavi Lai, et al., Estonia: Health System Review, *Health systems in transition*, 2013. Estijos Nacionalinis sveikatos planas 2009-2020. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ia_tegevused/Tervis/Aruanded/rta_2009-2020_2012_eng.pdf, Tartu universiteto internetinis puslapis <https://tervis.ut.ee/en/health-technology-assessment/health-technology-assessment-estonia> <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/508012018001/consolide>

13 pav. Sveikatos sektoriaus iššūkiai, jų pasekmės ir priežastys



Šaltinis: Visionary Analytics, remiantis Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. programa; Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 m. plėtros metmenys; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, *OECD Publishing*, Paryžius/*European Observatory on Health Systems and Policies*, Briuselis, 2017; VŠĮ MTVC, Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. ES struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas, 2013.

Ilgalaikiai strateginiai tikslai

Ilgalaikiai strateginiai tikslai parodo Lietuvos sveikatos politikos kryptis. Svarbu įvertinti, ar jos dera su identifikuotais iššūkiais. Šiuo tikslu, pirmiausiai apžvelgiami pagrindiniai strateginiai dokumentai sveikatos sektoriuje. Tuomet įvertinama, kaip jie dera su identifikuotais sveikatos sektoriaus iššūkiais.

Strateginis Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. programos¹⁸ tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni, pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Jo siekiama keturiais detalesniais tikslais:

18 Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa, TAR, 2014-07-01, Nr. 9403, 2014.

1. Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį;
2. Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką;
3. Formuoti sveikos gyvensenos kultūrą;
4. Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

Tuo tarpu Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 m. plėtros metmenys¹⁹ numato keturias sveikatos sistemos plėtros kryptis:

- Sveikatos stiprinimo;
- Ligų prevencijos, sergamumo ir mirtingumo mažinimo;
- Sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo tobulinimo;
- Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir saugos gerinimo.

Strateginė Lietuvos sveikatos 2014-2025 programa iš principo apima visas sveikatos sistemos plėtros metmenų kryptis, taip pat įtraukdama su sveikatos sistema tiesiogiai nesusijusius tikslus (sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti socialinę atskirtį; sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką).

Be šių pagrindinių dokumentų taip pat yra specifinių strategijų, kurios prisideda prie minėtų pagrindinių strateginių dokumentų:

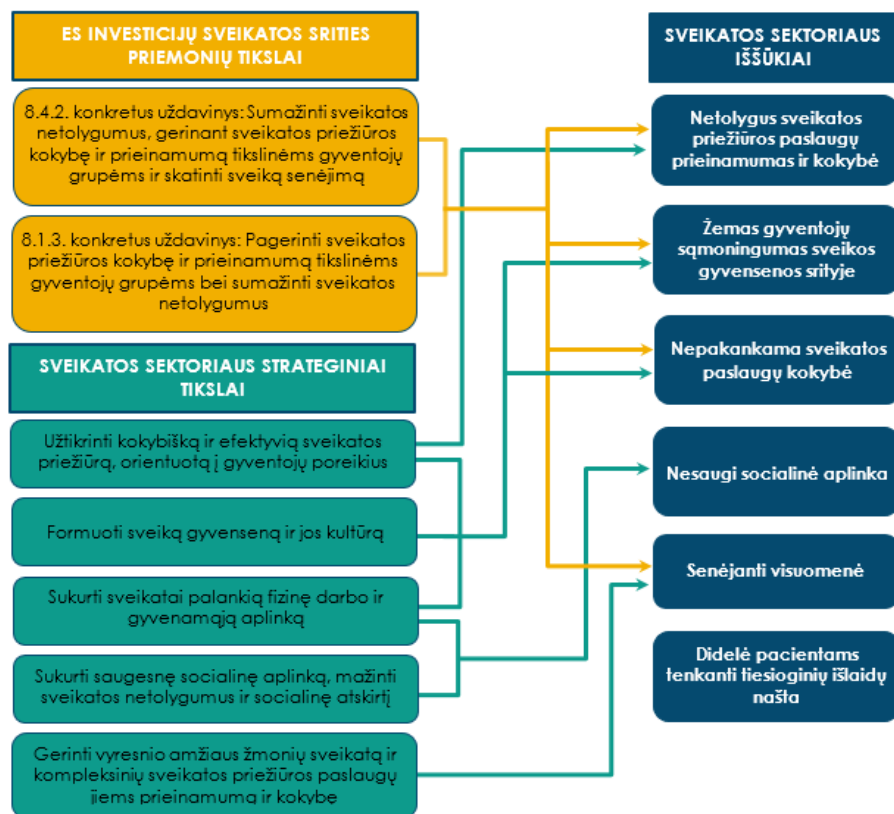
- „2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinis veiklos planas“
- „Psichikos sveikatos strategija ir savižudybių prevencijos veiksmų planas 2016-2020 m.“,
- „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planas“,
- „Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 m. programa“,
- „Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas“,
- „Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 m. plėtros programa“,
- „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programa“,
- „Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų planas“,
- „Nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 m. gairės“.

Pagrindiniai sveikatos sistemos strateginiai tikslai apima beveik visus sveikatos sektoriaus iššūkius (žr. 14 pav.). Strateginėje Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. programoje mažai dėmesio skiriama sveikam senėjimui, tačiau šiam iššūkiui yra atskiras „Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planas“. Strateginiuose dokumentuose nekalbama apie didelės pacientams tenkančios tiesioginių išlaidų naštą (daugiausiai dėl išlaidų vaistams) iššūkį.

Tuo tarpu ES investicijos sveikatos srityje sprendžia keturis sveikatos sektoriaus sistemos iššūkius: 1) Netolygus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė, 2) žemas gyventojų sąmoningumas ir raštingumas sveikos gyvensenos srityje, 3) nepakankama sveikatos paslaugų kokybė ir 4) senėjanti visuomenė. Likusių iššūkių priemonės neličia. Taigi, ES investicijų priemonių suderinamumo vertinimas siesis su šiais keturiais iššūkiais. Tuo tarpu nagrinėjant priemonių rinkinio tinkamumą, bus keliamas tiek klausimas, kaip priemonių rinkinys sprendžia minėtus keturis iššūkius, tiek klausimas, kodėl du iššūkiai liko nepaliesti ES investicijų priemonių.

¹⁹ Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 m. plėtros metmenys, Valstybės žinios Nr. 73-3498, 2011.

14 pav. Sveikatos sektoriaus iššūkių, strateginių tikslų ir ES fondų priemonių tikslų medžiai



Šaltinis: Visionary Analytics, remiantis Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programa; Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenys ir kiti strateginiai dokumentai; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paryžius/European Observatory on Health Systems and Policies, Briuselis, 2017;

VšĮ MTVC, Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. ES struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas, 2013.

Sveikatos sektoriaus reformos

Per pastaruosius 20 metų Lietuva dėjo pastangas reformuodama opiausias sveikatos sistemos problemas:

- **Ligoninių tinklo optimizavimas.** Ši reforma buvo vykdoma 2003–2012 m. Jos metu įvykdyti 42 sujungimai, uždaryti 11 chirurgijos ir 23 akušerijos centrai.²⁰ Taip pat ligoninių teikiamos paslaugos buvo perkeliamos į ambulatorinę aplinką, didinamas pirminės sveikatos priežiūros vaidmuo. 2013 m. reforma buvo išplėsta ir yra tebevykdoma.²¹ Šiuo metu ruošiamasi įgyvendinti ketvirtą reformos etapą. Kol kas šio etapo planas yra rengiamas ir dar nėra patvirtintas.
- **Greitosios medicinos pagalbos (GMP) pertvarkos** metu centralizuotas dispečerinių tinklas (vietoj 56 dispečerinių pradeda veikti 10).²²
- **Nauja psichikos sveikatos politika.** Nuo 2000 m. psichikos sveikatos ligoninėse teiktos paslaugos integruojamos į bendrąsias ligonines ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, įsteigti specialūs ambulatoriniai psichikos sveikatos centrai, išplėta pagalbos telefonu linija. Taip siekiama pagerinti prevenciją ir gydymo pasiekiamumą.²³ 2007 m. ir 2016 m. parengtos psichikos sveikatos strategijos.

20 Liubove Marauskienė, et al., Lithuania: Health System Review, Health systems in transition, 2013.

21 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paryžius/European Observatory on Health Systems and Policies, Briuselis, 2017.

22 Sveikatos apsaugos viceministrės, Janinos Kumpienės, prezentacija, Sveikatos apsaugos sistemos reformos patirtis, 2012 kovo 29.

23 Liubove Marauskienė, et al., Lithuania: Health System Review, Health systems in transition, 2013. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paryžius/European Observatory on Health Systems and Policies, Briuselis, 2017.

- **Nauja slaugytojų stiprinimo politika.** Ja siekiama stiprinti slaugytojų funkcijas ir didinti slaugytojų skaičių. Pavyzdžiui, pradėti rengti specialiosios praktikos slaugytojai, o nuo 2015 m. slaugytojai gali savarankiškai pratesti medicininių pagalbos priemonių receptus.²⁴
- 2009 m. parengtas **vaistų prieinamumo** gerinimo ir jų kainų mažinimo priemonių planas, kuris turėjo sumažinti išlaidas medikamentams ir padidinti vaistų prieinamumą.
- 2007 m. savivaldybėse įsteigti **visuomenės sveikatos biurai**. Šių centrų tikslas – visuomenės sveikatos stebėseną savivaldybių lygiu ir sveikos gyvensenos skatinimas ir žalingo aplinkos poveikio sveikatai mažinimas.²⁵
- Naudojant 2007-2013 m. ES investicijų fondus Lietuva investavo į sveikatos apsaugos **infrastruktūrą**, taip didinat sveikatos paslaugų prieinamumą ir kokybę.²⁶

Šiomis reformomis daugiausiai dėmesio sulaukė nepakankamos sveikatos paslaugų kokybės ir vaistų prieinamumo iššūkis. Taip pat dėmesys buvo skiriamas žemam gyventojų sąmoningumui sveikos gyvensenos srityje. Nesaugi socialinė aplinka, nors turi poveikį sveikatos sistemos iššūkiams, tačiau jai spręsti pasitelkiamos ne sveikatos, o socialinės politikos priemonės. Sprendžiant šį iššūkį svarbus tarpinstitucinis koordinavimas, kurio pagalba būtų užtikrintas kompleksinis šio iššūkio sprendimas. Likusių iššūkių (netolygus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė bei senėjanti visuomenė) pastarųjų metų sveikatos sektoriaus reformos nepalietė.

24 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paryžius/European Observatory on Health Systems and Policies, Briuselis, 2017.

25 Liubovė Marauskienė, et al., Lithuania: Health System Review, Health systems in transition, 2013. Nacionalinio visuomenės sveikatos centro prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2016 m. lapkričio 14 d. įsakymas nr. VK-310. Nacionalinio visuomenės sveikatos centro prie Sveikatos apsaugos ministerijos kokybės politika ir tikslai, 2016.

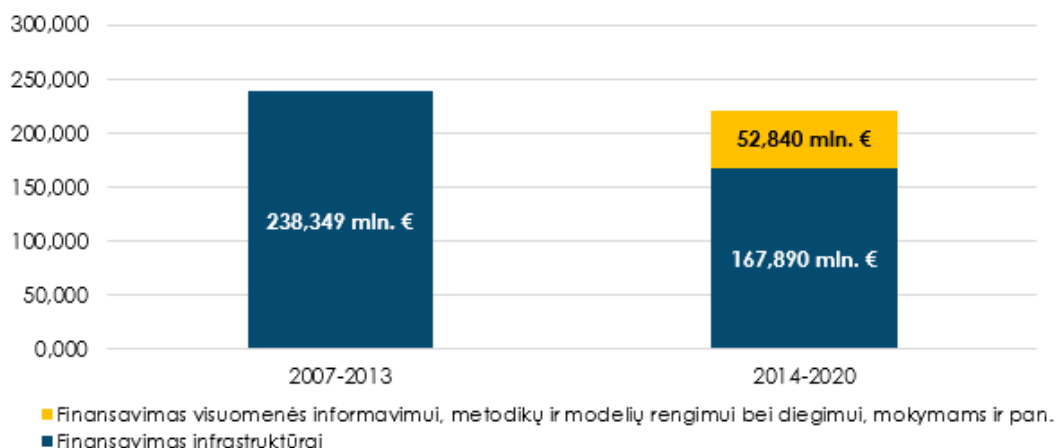
26 Ernst & Young, Mapping of the use of European Structural and Investment Funds in health in 2007-2013 and 2014-2020 programming periods, 2016.

2 ES INVESTICIJŲ Į SVEIKATOS SEKTORIŲ PRIEMONIŲ APŽVALGA

2.1 ES INVESTICIJOS Į SVEIKATOS SEKTORIŲ 2007-2013 IR 2014-2020 M.

Igyvendinant 2007-2013 m. ES fondų priemones sveikatos infrastruktūrai buvo skirtas atskiras 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinys „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“. Šiam uždaviniui skirta 238,349 mln. €. Šiomis lėšomis buvo finansuojama tik infrastruktūra. 2014-2020 m. ES fondų priemonės sveikatos srityje skirtos pagal du konkrečius uždavinius: 8.1.3. konkretus uždavinys „Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ ir 8.4.2. konkretus uždavinys „Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms ir skatinti sveiką senėjimą“. Igyvendinant šiuos uždavinius investuojama ne tik į infrastruktūrą, bet ir į kitas veiklas (visuomenės informavimą, metodikų ir modelių rengimą bei diegimą, mokymus ir pan.). Sveikatos srities priemonės finansuojamos ne tik iš Europos regioninės plėtros fondo (toliau ERPF), bet ir iš Europos socialinio fondo (toliau ESF). Infrastruktūrai skirta 167,890 mln. €, kitoms veikloms – 52,840 mln. €. 2007-2013 ir 2014-2020 m. investicijų palyginimas pateikiamas 15 pav.

15 pav. ES finansavimo sveikatai 2007-2013 ir 2014-2020 m. palyginimas pagal sritis



Šaltinis: www.esparama.lt/barometras ir www.esinvesticijos.lt 2014-2020 VP

2.2 2014-2020 M. ES FONDŲ INVESTICIJŲ Į SVEIKATĄ ĮGYVENDINIMO PAŽANGA

Iš viso pagal 8.1.3 ir 8.4.2 konkrečius uždavinius įgyvendinama 21 priemonė (detali informacija pateikiama 1 lentelėje). 8.1.3 uždavinio priemonės finansuojamos ERPF lėšomis ir apima daugiausiai sveikatos paslaugų infrastruktūrą. 8.4.2 uždavinio priemonės finansuojamos ESF lėšomis ir apima daugiausiai visuomenės švietimą, mokymą, informavimą, metodikų ir modelių rengimą bei diegimą, mokymus ir pan. Taip pat yra jungtinė priemonė finansuojama tiek ERPF, tiek ESF lėšomis, skirta tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui.

Vertinant priemonių pažangą, pastebima, kad devyniose priemonėse (žr. 1 lentelę) jau yra įgyvendinami projektai. Septyniuose priemonėse dar nėra patvirtintų priemonių finansavimo sąlygų aprašų (toliau PFSA), iš kurių keturiuose dar nėra PFSA projektų. Dauguma tokių priemonių finansuojamos pagal 8.4.2 konkretų uždavinį. Trijose priemonėse yra paskelbta bent dalis valstybės projektų, tačiau jie dar nėra pradėti įgyvendinti. Dveiose priemonėse yra patvirtintas PFSA, tačiau projektų sąrašas nepaskelbtas. Iš viso pagal visas priemones šiuo metu panaudota 33 % lėšų, tai yra, tokia lėšų dalis yra skirta įgyvendinamiems projektams (už tiek yra pasirašyta

sutarčių). Dauguma priemonių (ypač ESF) nėra pradėtos įgyvendinti, kadangi priemonių planavimo procesas buvo sustojęs. Tam įtakos turėjo kelios žemiau išvardintos priežastys:

- Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) praėjusiame laikotarpyje neturėjo ESF priemonių, todėl trūko patirties jas planuojant.
- Keitėsi priemonėms numatomos sumos, tai yra, buvo planuota sumažinti ESF investicijų dalį, vėliau ji vėl buvo atstatyta. Tokie pokyčiai neleido pradėti priemonių planavimo proceso.
- Visos priemonės buvo derinamos su konkurencijos taryba ir dalis jų įstrigo. To priežastys įvairios: valstybės planavimo būdu atrinkti pareiškėjai įgyvendindami projektus galėtų iškreipti konkurenciją, prireikė surinkti papildomos informacijos ar pateikti papildomų pagrindimų, atlikti potencialių rinkos dalyvių apklausas. Dalies veiklų netgi buvo atsisakyta.
- Iš pradžių beveik visos priemonės buvo planuojamos kaip jungtinės, tačiau vėliau to buvo atsisakyta paaiškęjus konkrečioms veikloms ir pasirodžius, kad jas vykdys skirtingi pareiškėjai. Jungtinių priemonių esmė, kad tas pats pareiškėjas vykdo susijusias veiklas tuo pačiu metu, jos negalimos viena be kitos. Tuo tarpu suplanuotų priemonių atveju buvo priešingai – ERPF ir ESF projektų vykdytojai buvo skirtingi, o veiklos nebuvo planuojamos tuo pačiu metu. Taigi, jungtines priemones įgyvendinti buvo netikslinga. Perėjimas nuo jungtinių prie nejungtinių priemonių atidėjo priemonių pradžią.

1 lentelė. 8.1.3 ir 8.4.2 konkrečių uždavinių priemonės ir jų pažanga

Priemonė	PFSA projektas	Patvirtintas PFSA ²⁷	Paskelbti konkursiniai kvietimai/ valstybės projektų sąrašai	Gautos paraiškos	Sutartys su vykdytojais	Priemonei skirtas finansavimas €**	Panaudotas priemonės finansavimas € (jo dalis nuo skirto finansavimo)
8.1.3. KONKRETUS UŽDAVINYS: Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus						181 928 755	72 195 084,11 (40%)
Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros tobulinimas						26 817 928	21 502 347 (80%)
Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas						5 937 212	5 692 697 (96%)
Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas						5 683 367	0 (0%)
Skubios pagalbos traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais infrastruktūros tobulinimas						8 340 425	7 199 519 (86%)
Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas						34 826 807	0 (0%)
Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems						5 283 274	1 734 789 (33%)
Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas						20 401 575	17 263 185 (85%)
Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas						29 100 752	0 (0%)
Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas						12 896 608	968 750 (8%)
Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas						32 640 807	17 833 797 (55%)
8.4.2. KONKRETUS UŽDAVINYS: Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms ir skatinti sveiką senėjimą						57 762 095	4 885 083,01 (8%)
Tikslinių teritorijų gyventojų sveikos gyvensenos skatinimas						4 295 831	0 (0%)
Sveiko senėjimo skatinimo iniciatyvos						2 205 245	0 (0%)
Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo kokybės ir prieinamumo gerinimas						2 028 948	0 (0%)
Vaikų ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktika, sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės gerinimas						6 706 782	4 350 012 (65%)
Sveikos gyvensenos skatinimas regioniniu lygiu						10 432 999	0 (0%)
Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti						15 035 071	535 071 (4%)
Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo ir sveiko senėjimo srityje*						5 674 466	0 (0%)
Priemonių, gerinančių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tuberkulioze sergantiems pacientams, įgyvendinimas						925 000	0 (0%)
Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas onkologinių ligų srityje						4 557 789	0 (0%)
Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms kraujotakos sistemos, galvos smegenų kraujotakos ligų ir traumų, nelaimingų atsitikimų bei kitų išorinių mirties priežasčių srityse*						5 899 964	0 (0%)
Jungtinė priemonė Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas						19 075 164,32	8 982 967,7 (47%)
Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas						19 075 164,32	8 982 967,7 (47%)

Pastabos: a) * - tai priemonės, finansuojamos projektų konkurso būdu. Visos kitos priemonės finansuojamos valstybės arba regionų projektų planavimo būdu. ** - čia nurodomas skirtos ES fondų lėšos ir LR valstybės biudžeto lėšos. b) Žalia spalva reiškia, kad etapas įgyvendintas, raudona spalva – kad etapas neįgyvendintas.

Šaltinis: Visionary Analytics, remiantis LR sveikatos apsaugos ministerija „8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 konkreta uždaviniu „Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ ir 8.4.2 konkreta uždaviniu „Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms grupėms, ir skatinti sveiką senėjimą“ priemonių įgyvendinimo plano ir nacionalinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo aprašo patvirtinimo“, suvestinė redakcija nuo 2018-03-10. Lentelė atnaujinta 2018 04 23.

27 Kai kuriose priemonėse skirtingos veiklos turi atskirus PFSA. Siekiant atspindėti priemonių pažangą, žalia spalva langelis žymimas, jei buvo patvirtintas bent vienas priemonės PFSA, taip rodant, kad dalis numatytų investicijų gali būti pradėtos naudoti.

3 PRIEMONIŲ RINKINIO TINKAMUMAS

Šiame skyriuje siekiama įvertinti, ar 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos (toliau – VP) sveikatos sektoriaus priemonių rinkinys yra tinkamas. Vertinimo klausimai, į kuriuos atsakoma šiame skyriuje, jų detalizavimas ir duomenų rinkimo ir analizės metodai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Vertinimo klausimai, į kuriuos atsakoma šiame skyriuje, jų detalizavimas ir duomenų rinkimo ir analizės metodai

Vertinimo klausimai	Kas bus nagrinėjama	Informacijos šaltiniai, duomenų rinkimo ir analizės metodai
9.1.6.1.1. Ar pasirinktos tinkamos priemonės ir jų įgyvendinimo būdai 8.1.3 ir 8.4.2 konkrečių uždavinių tikslams įgyvendinti? Išnagrinėti ir pateikti pasiūlymus dėl priemonių rinkinio tobulinimo.	- Ar keliama tikslai ir jų priemonės vis dar aktualūs? Ar jais siekiama spręsti visas pagrindines sveikatos sistemos problemas? - Loginis ryšys tarp priemonių ir tikslų. - Kaip matuojami tikslai? Ar matuojama tai, ko siekiama? - Kokiu mastu priemonės gali prisidėti prie tikslų?	Pirminių ir antrinių šaltinių analizė, interviu su ekspertais ir valstybės institucijomis, ekspertinis vertinimas, užsienio atvejo analizė.
9.1.6.1.2. Ar uždavinių investicijos bus tinkamos, kad pasiektų tikslines grupes: Paaiškinti, kokie teigiamai veikiantys ar ribojantys faktoriai veikia, kaip ir kodėl? Kokių veiksmų reikėtų imtis situacijai pataisyti?	- Tikslinių grupių poreikiai. - Mastas, kuriuo numatyti produktai ir rezultatai atitinka tikslinių grupių poreikius. - Finansavimo dalis, nukreipta (tiesiogiai / netiesiogiai) išskirtoms tikslinėms grupėms.	Pirminių ir antrinių šaltinių analizė, interviu su ekspertais, valstybės institucijomis ir tikslinėmis grupėmis, ekspertinis vertinimas, užsienio atvejo analizė.
9.1.6.1.6. Kokios reguliacinės priemonės (reformos) įgyvendintos, siekiant 8.1.3 ir 8.4.2 konkrečių uždavinių tikslų?	- Ar priemonės yra pakankamos iškeltų tikslų įgyvendinimui? - Kokios reguliacinės priemonės (reformos) turi būti įgyvendintos, siekiant priemonėms keliamų tikslų?	Pirminių ir antrinių šaltinių analizė, interviu su ekspertais, valstybės institucijomis, ekspertinis vertinimas.

Šaltinis: Visionary Analytics

3.1 AR PASIRINKTOS TINKAMOS PRIEMONĖS IR JŲ ĮGYVENDINIMO BŪDAI UŽDAVINIŲ TIKSLAMS PASIEKTI?

Du SAM administruojami konkretūs uždaviniai atspindi tris pagrindinius VP tikslus sveikatos srityje:

1. pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms;
2. sumažinti sveikatos netolygumus²⁸;
3. skatinti sveiką senėjimą.

Svarbu pabrėžti, kad priemonės nesiekia gerinti sveikatos sistemos kokybės apskritai. Siekiama gerinti sveikatos priežiūrą ir mažinti sveikatos netolygumus investuojant į tikslines gyventojų grupes. SAM nuomone, ES fondai daugiau atlieka papildomumo funkciją ir prisideda prie reformų, o ne atvirkščiai. Pavyzdžiui, SAM sukūrė galvos smegenų insulto sistemos modelį, o dalis šio modelio veiklų (pvz., būtina gydymo įstaigų infrastruktūra, specialistų mokymai, GMP automobilių pirkimas) finansuojama ES fondų lėšomis. Visgi žiūrint iš finansinės perspektyvos, ES fondai vaidina svarbesnį vaidmenį nei Valstybės biudžeto lėšos. Remiantis sveikatos apsaugos srities investicijų projektų 2018-2020 m. sąrašu²⁹, maždaug 65 % investicijų numatomos iš ES fondų. ES investicijos stipriai remiasi į tris strateginius dokumentus:

- „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planas“;
- „Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 m. programa“;
- „Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planas“.

²⁸ Netolygumai suprantami kaip sveikatos paslaugų prieinamumo ir kokybės skirtumai skirtingose savivaldybėse.

²⁹ <https://sam.lrv.lt/lt/administracine-informacija/planavimo-dokumentai/valstybes-investiciju-programa>

Bendrąją SAM administruojamų ES investicijų intervencijų logiką sudaro 1 skyriuje identifikuoti iššūkiai, jiems įveikti numatyti ištekliai, kuriems priskirtos intervencijų logikoje identifikuotos dalys. Veiklos nuosekliai veda prie laukiamų produktų ir rezultatų, kurių dėka turėtų būti pasiektas poveikis: sveikesni šalies gyventojai, pailgėjusi jų gyvenimo trukmė ir kokybė, pagerėjusi jų sveikata ir sumažėję sveikatos netolygumai. Intervencijų logika pateikiama 16 pav.

Visas VP priemonės sveikatos srityje pagal tai, kokius sveikatos sistemos iššūkius jos sprendžia, galima suskirstyti į tris kategorijas:

1. **Intervencijos, gerinančios sveikatos paslaugų kokybę.** Dalis investicijų nukreipta į savivaldybes, kuriose priešlaikinio mirtingumo rodikliai nuo pagrindinių neinfekcinių ligų prasčiausi (tikslines savivaldybes), todėl taip pat aktualios mažinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės netolygumus. Šios intervencijos apima skirtingas tematikas (žr. 3.1.1 skyrių).
2. **Intervencijos žemo gyventojų sąmoningumo sveikos gyvensenos srityje.** Šios investicijos nukreiptos į tikslines VP grupes, tarp jų ir į tikslines savivaldybes, todėl taip pat aktualios mažinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės netolygumus.
3. **Intervencijos sveiko senėjimo srityje.**

Šios kategorijos atitinka pagrindinius keturis identifikuotus iššūkius (žr. 13 pav.), kuriuos sprendžia ES fondų priemonės. Netolygaus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo lygio ir kokybės iššūkis persidengia su žemo gyventojų sąmoningumo ir nepakankamos sveikatos paslaugų kokybės iššūkiu sprendžiančiomis priemonėmis. Taip yra, kadangi dalis į sveikatos paslaugų kokybę ir žemą gyventojų sąmoningumą orientuotų priemonių nukreiptos į tikslines savivaldybes, kuriose sveikatos paslaugų kokybės rodikliai prastesni, taip prisidedant prie sveikatos paslaugų netolygumų mažinimo. Pradžioje pateikiama bendra, o vėliau detali analizė, kurioje nagrinėjamos priemonės šiais trimis blokais.

16 pav. ES investicijų į sveikatos sektorių intervencijų logika



Pastabos: Ištekliai apima tiek, ES fondų lėšas, tiek Valstybės biudžeto lėšas.

Šaltinis: Visionary Analytics, remiantis LR sveikatos apsaugos ministerija „8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 konkretaus uždavinio „Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ ir 8.4.2 konkretaus uždavinio „Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms grupėms, ir skatinti sveiką senėjimą“ priemonių įgyvendinimo plano ir nacionalinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo aprašo patvirtinimo“, suvestinė redakcija nuo 2018-03-10.

Vertinant bendrai visą VP intervencijų sveikatos srityje logiką, galima teigti, kad keliama tikslai, jų priemonės ir laukiami rezultatai bei poveikis yra vis dar aktualūs. Jais siekiama spręsti didžiąją dalį pagrindinių sveikatos sistemos problemų. Dalis problemų nėra tinkamos spręsti SAM administruojamomis priemonėmis, todėl jos nėra VP intervencijų sveikatos srityje objektas:

- Nesaugi socialinė aplinka – tai Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (SAM) sritis.
- Didelė pacientams tenkanti tiesioginių išlaidų našta (daugiausiai dėl vaistų ir kitų pagalbinių priemonių) – tokių išlaidų negalima finansuoti pagal ES fondų taisykles. Įmanoma būtų nebent finansuoti tyrimus ir studijas, pateikiančius pasiūlymus ir modelius šiai problemai spręsti. SAM šį iššūkį sprendžia kitomis priemonėmis (pvz., planuoja finansuoti projektą, kuris bus orientuotas į vyresnio amžiaus gyventojų raštingumo, susijusio su racionalių vaistų vartojimu, didinimą).

Toliau nagrinėjant loginį ryšį tarp priemonių ir tikslų, tikslų matavimo tinkamumą ir koku mastu priemonės prisideda prie tikslų. Visų pirma aptariamos priemonės trijose kategorijose, o po to pateikiamos apibendrintos išvados dėl tikslų matavimo ir to, kaip priemonės prisideda prie VP rezultato rodiklių.

3.1.1 Intervencijos, gerinančios sveikatos paslaugų kokybę

VP intervencijos, gerinančios sveikatos paslaugų kokybę, apima skirtingas tematikas:

- Intervencijos galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje;
- Intervencijos onkologinių ligų srityje;
- Intervencijos vaikų sveikatos priežiūros srityje;
- Intervencijos orientuotos į skubios pagalbos teikimą traumų atveju;
- Intervencijos orientuotos į socialinės rizikos grupių asmenis;
- Specialistų pritraukimas į regionus.

Priemonės šioje kategorijoje finansuojamos tiek ERPF, tiek ESF lėšomis. Priemonės skirtingose tematikose nagrinėjamos atskirai.

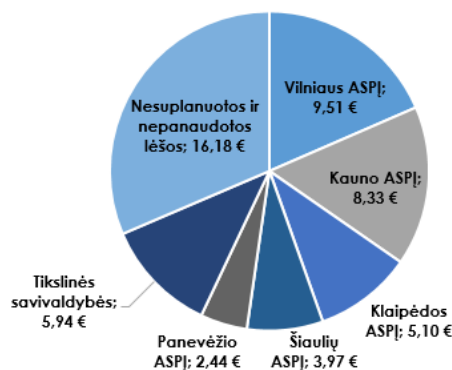
Intervencijos galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje

ERPF priemonės

ERPF lėšomis finansuojamos šios veiklos (lėšų pasiskirstymas pateikiamas 17 pav.):

- Investicijos į didžiųjų miestų ASPĮ infrastruktūrą („08.1.3-CPVA-V-603 Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“ ir „08.1.3-CPVA-V-610 Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas“);
- Investicijos į pirminę sveikatos priežiūros lygį (08.1.3-CPVA-R-609 Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas)
- GMP automobilių pirkimas tikslinėms savivaldybėms („08.1.3-CPVA-V-604 „Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“)

17 pav. Intervencijos galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje, mln. €



Pastabos: čia nėra įtraukta investicijų į pirminę sveikatos priežiūrą, nes nėra aišku, kokia investicijų dalis bus skirta šiai ligų sričiai.

Šaltinis: Visionary Analytics, remiantis esinvesticijos.lt, 4 priedo ir LR sveikatos apsaugos ministerija „8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 konkretaus uždavinio „Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ ir 8.4.2 konkretaus uždavinio „Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms grupėms, ir skatinti sveiką senėjimą“ priemonių įgyvendinimo plano ir nacionalinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo aprašo patvirtinimo“, suvestinė redakcija nuo 2018-03-10.

Pagrindinis investicijų galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje yra mažinti sveikatos netolygumus tarp savivaldybių. Toliau nagrinėjama kaip aukščiau išskirtos veiklos prisideda prie šio tikslo.

Nors investicijos į didžiųjų miestų ASPĮ yra pagrįstos ir jų logika yra koncentruoti aukšto lygio infrastruktūrą centruose, jos yra nukreiptos į paslaugų kokybės gerinimą ASPĮ, o ne į sveikatos netolygumų mažinimą. Taip yra, kadangi investicijos nėra skirtos išskirtinai tikslinių savivaldybių gyventojams. Paslaugų kokybė gerės ir jiems (kadangi jie važiuoja gydytis į centrus), tačiau lygiai taip pat gerės ir miestų gyventojams. Dėl to netolygumai nemažės.

Investicijos į pirminį sveikatos paslaugų lygį yra horizontalios, tai yra, nukreiptos į visas tematikas. Šios priemonės logika, kad patys regionai žino, kur yra jų opiausios problemos, todėl patys ir skirstys finansavimą skirtingoms sritims. Visgi vertinant tik per sveikatos netolygumų mažinimo prizmę, šios priemonės nepakankamai prisidės prie netolygumų tarp savivaldybių mažinimo. Lėšos šiai priemonei paskirstytos skirtingiems regionams pagal tai, kiek pacientų yra užsiregistravę pirminį lygį teikiančiose įstaigose tame regione. Taigi iš esmės tikslinėms savivaldybėms nebus skiriama daugiau lėšų. Visi regionai gaus po daugiau mažiau vienodą finansavimą vienam pacientui. Taigi, nors priemonė gerins paslaugų kokybę, ji neprisidės prie netolygumų mažinimo, nes kokybė gerės ne tik tikslinėse savivaldybėse, bet visuose regionuose.

Investicijos, kurių metu buvo nupirkti A, B ir C tipo greitosios medicinos pagalbos automobiliai su įranga tikslinėms savivaldybėms, leis tikslinių savivaldybių ASPĮ optimaliau suteikti skubią pagalbą ir, esant poreikiui, nugabenti pacientus iki centrų. Tokios investicijos tiesiogiai prisideda prie netolygumų mažinimo.

ESF priemonės

ESF lėšomis finansuojamos šios veiklos:

- informacijos sklaida ir visuomenės švietimas (mokymai, renginiai, socialinės akcijos, reklamos ir pan.) (dalis „08.4.2-ESFA-K-629 Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo ir sveiko senėjimo srityje“) (numatoma skirti 1,99 mln. €);
- specialistų pritraukimas į regionus (dalis „08.4.2-ESFA-V-617 Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“) (nėra numatyta, kiek būtų bus skiriama kardiologų pritraukimui);
- finansuojamas komandų, kurias sudaro gydytojai ir kiti sveikatos srities specialistai, kvalifikacijos, kompetencijos bei įgūdžių skubios ir efektyvios pagalbos teikimo bei integruotos sveikatos priežiūros srityse kėlimas („ESFA-K-616 Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms kraujotakos sistemos, galvos smegenų kraujotakos ligų ir traumų, nelaimingų atsitikimų bei kitų išorinių mirties priežasčių srityse“) (numatoma skirti 5,9 mln. €).

Taip pat intervencijos žemo gyventojų sąmoningumo srityje aktualios ir galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje.

ESF priemonės turėtų padidinti tikslinių grupių, tarp kurių ir tikslinių savivaldybių gyventojų, sveikatos raštingumą. Specialistų mokymai ir pritraukimas į regionus prisidės prie sveikatos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo tikslinėse savivaldybėse. Taigi, priemonės atitinka VP tikslus ir prisidės prie sveikatos netolygumų mažinimo.

Sveikatos netolygumus mažinti taip pat būtų galima:

- **Užtikrinant/kompensuojant keliones į ir iš gydymo įstaigų.** Šiuo metu gydytis centruose sąlygos iš esmės nesudarytos. Jei žmogus neturi negalios, **jokių transporto kompensacijų nėra.** Neretai būna problemų dėl vyresnio amžiaus pacientų, kurie neturi artimųjų. Būtų galima juos išrašyti gydymą baigti namuose (tarkim gerti antibiotikus, po to pasirodyti kontrolei), tačiau nėra kam pasiimti šių pacientų iš gydymo įstaigos ir po to atvežti konsultacijai, namuose nėra kam prižiūrėti, vietų slaugos ligoninėse ne visad pakanka. Ligoniniai, kurie atvežami GMP į priėmimo skyrius, kaip grįžti namo turi sugalvoti patys

(pvz. nenustatoma indikacijų hospitalizacijai, tačiau pacientas nevaikšto (ilgą laiką))³⁰. Transporto išlaidos negali būti finansuojamos iš privalomo sveikatos draudimo fondo, todėl kelionių iki gydymo įstaigų kompensavimą reikėtų organizuoti bendradarbiaujant su SADM ir savivaldybėmis.

- **Užtikrinti, kad regionų centruose būtų tinkama infrastruktūra pirminiams tyrimams ir diagnostikai atlikti** (prieš tai reikėtų apsispręsti dėl ASPĮ tinklo optimizavimo). Šiuo metu ji yra, tačiau ne visur ji pakankamai nauja. Faktiškai daugelis žmonių, tiek konsultuotis, tiek tirtis vyksta į didžiąsias klinikų konsultacines poliklinikas (Vilniuje ir Kaune)³¹. **Būtų racionaliau, jei bent pirminiai tyrimai būtų patikimai ir kokybiškai atliekami ir regionų centruose**, taip siekiant išvengti situacijų kai tie patys tyrimai kartojami, nes nepasitikima senesnės įrangos tyrimų rezultatais. Ten kur trūksta specialistų, vyksta specialistai iš didesnių ligoninių, tačiau neretai neturėdami galimybės ar nemokėdami atlikti kai kurių instrumentinių tyrimų (pvz., echoskopijos), pacientus siunčia į centrus³².
- **Finansuoti kardiologijos prevencijai skirtus kabinetus ir širdies nepakankamumui gydyti skirtus kabinetus**. Širdies nepakankamumo kabinetuose vyksta mokymai apie širdies nepakankamumą, gydymą, supažindinama su savikontrolė, gyvensena, mokoma, kaip atpažinti širdies nepakankamumo paūmėjimą³³. Kardiologijos prevencijai skirtuose kabinetuose padidintos rizikos grupės asmenims atliekami tyrimai, esant poreikiui pacientai nukreipiami į tretinio lygmens įstaigas detalesniems tyrimams³⁴. Šiuos kabinetus buvo numatyta finansuoti, tačiau dėl kelių iššūkių to buvo atsisakyta:
 - Antrinio lygio ambulatorinės kardiologijos srities paslaugas teikia tiek viešosios, tiek privačios įstaigos. Atsižvelgiant į tai, reikėtų formuoti atskirą konkursinę priemonę ir negalima būtų finansuoti šių kabinetų pagal numatytą priemonę (08.1.3-CPVA-V-610 Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas).
 - Lėšų rezervas priemonėje likęs labai mažas (1,375 mln. €). Tokių lėšų kiekio kažin ar pavyktų įkurti pakankamą kabinetų kiekį, kurie spręstų užsibrėžtą problemą.
- **Mobilių brigadų kūrimas** (numatyta netolygumų plane). Tai padėtų pasiekti atokias vietas. Siekiant įvertinti tokių veiklų efektyvumą būtų galima įgyvendinti kelis bandomuosius projektus. (žr. 2 iliustraciją dėl mobilių odontologijos paslaugų teikimo Rumunijoje ir Bulgarijoje).
- **Telemedicinos plėtojimas**. Tai leistų atokiuose vietovėse gyvenantiems žmonėms susisiekti su gydytoju kompiuterinių technologijų pagalba ir greitai ir efektyviai gauti reikiamą medicininę pagalbą (žr. 2 iliustraciją).
- Prevencinės programos vyksta, tačiau problema, kad dalis tikslinių jų grupių jose nedalyvauja. Būtų galima **motyvuoti žmones ateiti pasitikrinti** (pvz., organizuojant transportavimą į patikras atliekančias ASPĮ, finansuojant tyrimus, kurie išsiaiškintų motyvacijos stokos priežastis, ir tuomet jas spręsti, siunčiant kvietimus pasitikrinti (yra įrodyta, kad kvietime nurodant tikslų konsultacijos laiką padidėja tikimybė, kad pacientas ateis³⁵), organizuojant „sveikatos tarpininkus“ regionuose (žr. 5 iliustraciją 3.3. skyriuje)) ir kitaip motyvuojant tikslines grupes dalyvauti patikrose.

2 iliustracija. Sveikatos netolygumų mažinimo gerosios praktikos pavyzdžiai

Bendras Rumunijos ir Bulgarijos projektas SAN-CAR siekė užtikrinti odontologų paslaugų prieinamumą žmonėms, gyvenantiems atokiose vietovėse. Atsižvelgiant į tai, jog daliai žmonių yra pernelyg sudėtinga atvykti į miestuose esančias odontologijos klinikas dėl finansinių priežasčių ar dėl itin nepatogaus susisiekimo, SAN-CAR projekto dalyviai ieškojo patogaus ir daug išteklių nereikalaujančio būdo, kaip suteikti tokias paslaugas. Constanta Ovidius universiteto odontologijos fakulteto dėstytojai įrengė mobilių odontologijos kabinetą (mobilią kliniką), kuris buvo aprūpintas visa reikalinga medicinine įranga bei pritaikytas tolimoms kelionėms. Projekto metu, kvalifikuoti odontologai, kartu su paskutinio kurso odontologijos studentais, važinėjo po retai apgyvendintas vietas teikdami nemokamas odontologijos paslaugas. Projekto metu buvo ne tik pagerinta rajonuose gyvenančių žmonių burnos ir dantų sveikata, bet ir apmokyti jaunieji specialistai.³⁶

Penkios Europos valstybės (Suomija, Airija, Norvegija, Švedija ir Jungtinė Karalystė) pradėjo teikti telemedicinos paslaugas atokių vietovių gyventojams. Telemedicinos paslaugos gali padėti pacientams

³⁰ Remiantis interviu respondentų pateikta informacija.

³¹ Remiantis interviu respondentų nuomone.

³² Remiantis interviu respondentų nuomone.

³³ Internetinis puslapis <https://miestonaujienos.lt/sirdies-nepakankamumui-gydyti-nauji-planai/>

³⁴ Internetinis puslapis <http://www.vitasimplex.lt/kpp>

³⁵ Remiantis diskusijos dalyvių pateikta informacija.

³⁶ Internetinis puslapis http://ec.europa.eu/regional_policy/en/projects/bulgaria/san-car-mobile-dental-healthcare-provided-to-rural-communities-in-romania-bulgaria

sergantiems diabetu, turintiems psichinės sveikatos sutrikimų ar net esant fizioterapijos poreikiui. Pacientai gali susisiekti su gydytoju kompiuterinių technologijų pagalba, ar paprasčiausiai gauti reikalingą medžiagą, pvz. kalbos sutrikimus gydančią terapijos video-demonstraciją, prisijungiant prie tele-medicinos paslaugas teikiančios platformos. Tokios paslaugos padeda taupyti tiek gydytojų, tiek pacientų laiką, leidžia greitai ir efektyviai gauti reikiamą medicininę pagalbą net ir sunkiai pasiekiamose vietovėse, užtikrina įvairių ligų stebėjimą ir profilaktiką.

Šaltinis: Internetinis puslapis http://ec.europa.eu/regional_policy/en/projects/finland/calm-cool-and-connected-telemedicine-project-boosts-health-care-in-the-northern-periphery

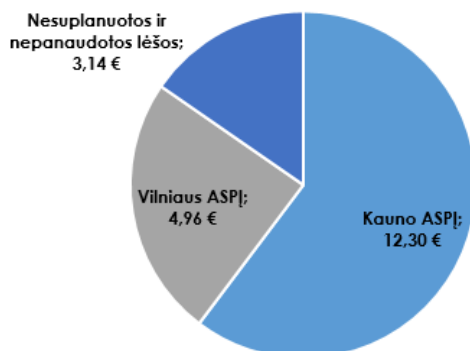
Intervencijos onkologinių ligų srityje

ERPF priemonės

ERPF lėšomis finansuojamos šios veiklos (lėšų pasiskirstymas pateikiamas 18 pav.):

- Paslaugų kokybės gerinimas didžiųjų miestų ASPĮ („CPVA-V-606 Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas“)
- Investicijos į pirminį sveikatos priežiūros lygį (dalis 08.1.3-CPVA-R-609 Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas)

18 pav. Intervencijos onkologinių ligų srityje mln. €



Pastabos: čia nėra įtraukta investicijų į pirminę sveikatos priežiūrą, nes nėra aišku, kokia investicijų dalis bus skirta šiai ligų sričiai.

Šaltinis: Visionary Analytics, remiantis esinvesticijos.lt, 4 priedo ir LR sveikatos apsaugos ministerija „8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 konkretaus uždavinio „Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ ir 8.4.2 konkretaus uždavinio „Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms grupėms, ir skatinti sveiką senėjimą“ priemonių įgyvendinimo plano ir nacionalinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo aprašo patvirtinimo“, suvestinė redakcija nuo 2018-03-10.

Pagrindinis investicijų onkologinių ligų srityje tikslas taip pat sveikatos netolygumų tarp savivaldybių mažinimas. Nors investicijos į didžiųjų miestų ASPĮ yra pagrįstos ir jų logika yra koncentruoti aukšto lygio infrastruktūrą centruose, jos nepakankamai prisideda prie sveikatos netolygumų mažinimo (priežastys tos pačios kaip ir galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje žr. aukščiau). Situacija su investicijomis į pirminį sveikatos lygį taip pat analogiška kaip ir galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje žr. aukščiau.

ESF priemonės

ESF lėšomis numatomos finansuoti šios veiklos:

- Psichologinės ir socialinės pagalbos teikimas onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims (dalis „08.4.2-ESFA-K-629 Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo ir sveiko senėjimo srityje“) (numatoma skirti 1,99 mln. €);
- Onkologinių ligų prevencijos, diagnostikos, gydymo paslaugų teikimo modelio sukūrimas bei įdiegimas ir efektyvaus pacientų srautų valdymo metodikos įdiegimas į praktiką (ši ir kitos likę veiklos finansuojamos pagal priemonę „08.4.2-ESFA-V-619 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas onkologinių ligų srityje“) (numatoma skirti 4,56 mln. €);
- Atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų įgyvendinimo efektyvumo didinimas;

- Pirminio ir antrinio lygio specialistų mokymai kokybiškai teikti atrankines patikras dėl onkologinių ligų programų;
- Sveikatos priežiūros specialistų mokymai apie paliatyviosios pagalbos teikimą onkologiniams ligoniams.

Taip pat intervencijos žemo gyventojų sąmoningumo srityje aktualios ir onkologinių ligų srityje. ESF priemonės padės šviesti visuomenę ir skatins jos sveiką gyvenseną. Keliant specialistų kompetenciją bus užtikrinamas onkologinių ligų diagnozavimas ankstesnėse stadijose ir dėl to garantuojamas efektyvesnis gydymas. Visa tai prisidės prie onkologinių paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo, todėl prisidės ir prie VP tikslo mažinti sveikatos netolygumus. Taip pat socialinės ir paliatyvios pagalbos paslaugų tobulinimas pagerins šias paslaugas onkologinėmis ligomis jau sergantiems pacientams.

Sveikatos netolygumus mažinti taip pat būtų galima:

- **Užtikrinant/kompensuojant keliones į ir iš gydymo įstaigų.** Čia problemos tokios pat kaip ir galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje (žr. aukščiau);
- Patikrų programos vyksta, tačiau jos ne visuomet pritraukia žmones, todėl reikėtų **motyvuoti žmones ateiti pasitikrinti.** Čia problemos ir jų sprendimai tokie pat kaip ir galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje (žr. aukščiau).

Intervencijos vaikų sveikatos priežiūros srityje

ERPF priemonės

ERPF lėtomis finansuojama finansuojamos šios veiklos:

- Antrinio ir tretinio lygio ASPĮ patalpų statyba, rekonstravimas ir remontas. Taip pat aprūpinimas medicinos įranga ir kitais baldais, skirtais vaikų ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui užtikrinti. (08.1.3-CPVA-V-612 *Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros tobulinimas*).
- Pirminio lygmens ASPĮ infrastruktūros modernizavimas vaikų ligų srityse (dalis 08.1.3-CPVA-R-609 *Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas*). Viso priemonei numatyta 34,8 mln. €. Lėšos paskirstytos skirtingiems regionams pagal tai, kiek pacientų yra užsiregistravę pirminį lygį teikiančiose įstaigose tame regione. Nėra aišku, kiek tiksliai bus skiriama būtent vaikų sveikatos priežiūros infrastruktūrai, nes priemonė apima ir kitas sritis.

Šios priemonės gerina sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą vaikams. Kadangi vaikai yra viena iš VP tikslinių grupių, priemonės gerinančios sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą vaikams atitinka VP tikslus. Investicijos į vaikų sveikatos stiprinimą, rizikos veiksnių prevenciją ir gydymą yra labiausiai atsiperkanti ilgalaikės perspektyvos investicija³⁷.

ESF priemonės

ESF lėšomis finansuojamas platus veiklų spektras, įvairūs tyrimai, metodikų ir rekomendacijų rengimas, specialistų ir tėvų bei pačių vaikų mokymai („08.4.2-ESFA-V-622 *Vaikų ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktika, sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės gerinimas*“ ir dalis „08.4.2-ESFA-K-629 *Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo ir sveiko senėjimo srityje*“). Šios veiklos leis pasiekti šiuos rezultatus, kurie atitinka VP tikslus:

- Įvairūs tyrimai prisidės prie situacijos vaikų sveikatos priežiūroje įvertinimo, o tai leis imtis atitinkamų veiksmų prevencijos, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui.
- Specialistų mokymai, įvairių rekomendacijų ir metodikų rengimas prisidės prie vaikų sveikatos priežiūros kokybės gerinimo.
- Tėvų ir pačių vaikų mokymai, jų fizinio aktyvumo skatinimas ir įvairi metodinė medžiaga bei informacijos sklaida didins visuomenės informuotumą ir sveikatos raštingumą, o tai ilgainiui turėtų gerinti ir pačių vaikų sveikatos būklę.

³⁷ Mokymų, tyrimų ir vystymo centras, [Sveikatos sektoriaus prioritetų 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo laikotarpiu strateginis vertinimas](#), 2013.

Intervencijos orientuotos į skubios pagalbos teikimą traumų atveju

Intervencijos, orientuotos į skubios pagalbos teikimą traumų atveju, finansuojamos pagal vieną priemonę „08.1.3-CPVA-V-611 Skubios pagalbos traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais infrastruktūros tobulinimas“. Ji finansuojama ERPF lėšomis ir apima šias veiklas:

- Kauno klinikų infrastruktūros modernizavimas, įsigyjant medicininę ir diagnostinę įrangą, būtiną medicininės pagalbos teikimui pacientams nukentėjusiems nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių lemtų sužalojimų (5 599 519,00 €);
- suremontuotos ir naujausiems standartams pritaikyto Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės Toksikologijos centro patalpų remontas ir pritaikymas naujausiems standartams, tai yra nupirkta visa reikiama medicinos ir kita įranga reanimacijai ir skyriui atnaujinti. Taip pat bus įsigyti 4 automatiniai imuninių psichoaktyviųjų medžiagų nustatymo analizatoriai pagrindinėms didžiausioms Lietuvos ligoninėms (1 600 000 €).

Taip pat yra PFSA projektas dar vienam projektui, kurį turėtų įgyvendinti Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija. Šio projekto metu laboratorija būtų aprūpinama laboratorine-diaagnostine įranga ir specialiaisiais automobiliais mėginiams transportuoti (600 000 €).

Šios veiklos nukreiptos į visas VP tikslines grupes. Šių priemonių tikslas gerinti skubios pagalbos traumų atveju paslaugų kokybę ir prieinamumą. Kadangi infrastruktūra atnaujinama didžiuosiuose Lietuvos miestuose, paslaugų prieinamumas tikslinių savivaldybių gyventojams užtikrinamas finansuojant GMP automobilių pirkimą šių savivaldybių ASPĮ (detaliau žr. aukščiau esančią analizę apie intervencijas galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje).

Intervencijos orientuotos į socialinės rizikos grupių asmenis

Investicijos nukreiptos į paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimą šioms pažeidžiamiausioms grupėms:

- Neįgaliesiems;
- Sergantiems priklausomybės ligomis;
- Sergantiems tuberkulioze.

ERPF investicijos gerina sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą minėtoms pažeidžiamiausioms grupėms (žr. 4.2.2 skyrių). Tai yra VP tikslinės grupės, todėl priemonės atitinka VP tikslą pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms.

ESF lėšomis bus finansuojamos šios veiklos:

- žemo slenksčio paslaugų teikimas;
- bendruomenių ir nevyriausybinų organizacijų narių gebėjimų teikti priežiūros ir pagalbos paslaugas neįgaliesiems ir negalintiems apsitarnauti žmonėms namuose stiprinimas, taip pat jų rėmimas sudarant ir įgyvendinant priežiūros ir pagalbos paslaugų neįgaliesiems ir negalintiems apsitarnauti žmonėms programas;
- mokymo programų, diagnostikos ir gydymo rekomendacijų parengimą tuberkuliozės srityje;
- gydytojų mokymus tuberkuliozės srityje;
- informacijos sklaidą tuberkuliozės srityje (video paskaitas, reklaminius klipus, mokymų rekomendacijas, kompiuterinius žaidimus, dalomąją medžiagą);
- maisto talonų dalijimą ir keliones medicininiam personalui bei sergantiems tuberkulioze.

ESF investicijos prisidės prie tikslinės grupės sveikatos raštingumo, taip pat prie sveikatos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo socialiai pažeidžiamiems asmenims. Taigi investicijos atitinka VP tikslą pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms.

Specialistų pritraukimas į regionus

Specialistų pritraukimo į regionus priemonė („08.4.2-ESFA-V-617 Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“) numato finansuoti kardiologų, neurologų, šeimos gydytojų, pulmonologų rezidentūros studijas (finansuojama norminė studijų kaina) tikslinėse teritorijose, kuriose atrinktos srities specialistų trūksta labiausiai. Taip pat perskirsčius priemonių lėšas šiai priemonei papildomai numatyta daugiau nei 14 mln. eurų gydytojų rezidentų pakopinių kompetencijų modelio kūrimui ir diegimui bei gydytojų rezidentų motyvacijos

skatinimui diegiant pakopinių kompetencijų modelį. Numatoma, kad priemonės įgyvendinimo metu bus atnaujinamos rezidentūros programos, įtvirtinta pakopinių kompetencijų įgijimo tvarka, plečiamas akredituotų rezidentūros bazių tinklas regionuose, apmokomi rezidentų vadovai dirbti naujomis sąlygomis. Šios priemonės turėtų padėti spręsti bent dalį su rezidentų motyvacija susijusių problemų (žr. 3 iliustraciją). Pastarosioms veikloms dar nėra patvirtinta PFSA, todėl nėra tiksliai aišku, kas ir kaip bus finansuojama.

3 iliustracija. Pagrindiniai jaunų gydytojų ir rezidentų poreikiai regioninėse ASPĮ

Rezidentai ir jauni gydytojai nėra motyvuoti vykti į regionus (didžiąja dalį regionuose esančių ASPĮ), nes šiuo metu ten nėra užtikrinami jų pagrindiniai poreikiai:

- Pakankamas pacientų srautas leidžiantis mokytis ir tobulėti.
- Galimybės konsultuotis su geriausiais savo srities specialistais. Regionuose dažnai nebūna daug gydytojų, taigi konsultacijas galima būtų vykdyti tiek elektroninėje erdvėje, tiek sudarant sąlygas dalį laiko dirbti regione, o dalį universitetinėse ligoninėse.
- Didesnės finansinės paskatos, taip pat lankstesnis požiūris į socialines paskatas (pvz., ne tik siūlomas nemokamas būstas, bet ir vietoj to suteikiama galimybė finansuoti keliones iš gyvenamosios vietos į darbą).

Pakopinių kompetencijų modelio diegimas rezidentūros studijose ne tik pagerins rezidentūros studijų kokybę, bet ir leis efektyviau pritraukti specialistus į regionus. Siekiant dar labiau didinti regionų patrauklumą, būtų galima peržiūrėti bei atnaujinti ir internatūros (praktikos medicinos studijų metu) modelį. Tobulintinos šios kryptys:

- Studijų metu dabar studentai visą laiką praleidžia universitetinėse gydymo įstaigose. Būtų galima sudaryti geresnes galimybes susipažinti ir su ne universitetinėmis gydymo įstaigomis (bent dalį internatūros laiko). Tai būtų galima padaryti internatūros metu. Tai leistų studentams pamatyti, kaip verda gyvenimas už universitetinių gydymo įstaigų ribų. Tokia patirtis galėtų paskatinti daugiau studentų rinktis rezidentūros studijas ne universitetinėse gydymo įstaigose.
- Ilginti internatūros trukmę ir sudaryti sąlygas studentams išvykti į regionus. Dabar internatūros metu studentams nėra jokių socialinių garantijų, studentai negauna darbo užmokesčio, todėl finansiškai jiems nėra galimybių vykti į regionus, kur reiktų papildomai nuomotis būstą.
- Internatūros tikslas – suteikti studentams praktinius įgūdžius. Nepaisant to, teisiškai studentai internatūros metu negali vykdyti jokių veiklų, net prisiliesti prie paciento, nes nėra ligoninės darbuotojai. Medicinos studentų teisių reglamentavimo klinikinėje praktikoje nėra. Svarstyтина suteikti medicinos studentams teisinį statusą ir teises atsakomybes taip plečiant jų galimas vykdyti veiklas.

ES fondų lėšas būtų galima panaudoti finansuojant internatūros studijų modelio peržiūrą, atnaujinimą ir diegimą.

Šaltinis: Visionary Analytics, remiantis www.esinvesticijos.lt ir interviu pateikta informacija.

Finansuojant rezidentūros studijas numatoma finansuoti 34 rezidentų studijas. Remiantis SAM pateikta informacija, kol kas 8 rezidentai studijuoja pagal šią priemonę (3 pulmonologijos rezidentai, 3 kardiologijos rezidentai, 1 neurologijos rezidentas ir 1 šeimos medicinos rezidentė). Pagrindinė rezidentų motyvacija yra finansinė paskata. Tikimasi, kad bent jau 29 rezidentai pabaigę studijas mažiausiai 2 metus dirbs asmens sveikatos priežiūros įstaigose tikslinėse teritorijose. Svarbu paminėti, kad pagal priemonę finansuojamos rezidentūros metu galima mokytis ne būtinai regiono ligoninėje. Yra sudarytos sąlygos mokytis universitetinėse ligoninėse ir tik po to vykti dirbti į regiono ASPĮ. Priemonei kol kas sunkiai sekasi pritraukti rezidentus, kadangi ji iš principo nesprendžia pagrindinių regionų patrauklumo rezidentams iššūkių, o tik sukuria nedideles finansines paskatas, kurios aktualios tik už studijas mokantiems rezidentams.

Tuo tarpu pakopinių kompetencijos modelio kūrimas ir diegimas turėtų iš principo pagerinti rezidentūros studijų kokybę. Svarbu į šį modelį įtraukti ir rezidentų motyvacijos dirbti regionuose skatinimo priemones, atkreipiant dėmesį į pagrindinius rezidentų poreikius. Šios investicijos labai svarbios siekiant gerinti specialistų rengimo kokybę.

Įgyvendinus priemonę turėtų pagerėti rezidentūros studijų kokybė, taip pat sukurta motyvacinė sistema leisianti pritraukti rezidentus į regionus. Tai leis dar rezidentūros studijų metu susipažinti su regioninių sveikatos priežiūros įstaigų aplinka, sąlygomis, užmegzti ryšius. Tai gali padidinti tikimybę, kad po rezidentūros gydytojai dažniau pasirinks regionines sveikatos priežiūros įstaigas kaip savo tolimesnę darbovietę. Taip pat pakopinis modelis leistų rezidentams savarankiškai teikti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas, o tai suteiktų regionų ASPĮ papildomų žmogiškųjų resursų išlaikant aukštą pacientų saugos lygmenį (lyginant su dabartine situacija, kai gydytojai rezidentai negali dirbti savarankiškai). Taigi, priemonė turėtų prisidėti prie sveikatos paslaugų kokybės ir prieinamumo augimo ir prie sveikatos netolygumų mažinimo. Vis dėlto, siekiant tiek pagerinti

rezidentūros studijų sąlygas regionuose, tiek sveikatos paslaugų kokybę regionuose apskritai, reikalinga esminė sveikatos paslaugas teikiančių įstaigų tinklo peržiūra ir reforma. Ji leistų, tiek užtikrinti pacientų srautą visose ASPĮ, tiek efektyviau naudoti sveikatos sistemai skirtas lėšas. Vykdamas reformą labai svarbu taip pat išlaikyti sveikatos paslaugų prieinamumą (detaliau žr. 4.2 skyrių).

3.1.2 Intervencijos žemo gyventojų sąmoningumo sveikos gyvensenos srityje

Visos intervencijos žemo gyventojų sąmoningumo srityje finansuojamos ESF lėšomis. Jos finansuojamos pagal dvi priemones (abi ESF lėšomis):

- 08.4.2-ESFA-V-628 Tikslinių teritorijų gyventojų sveikos gyvensenos skatinimas;
- 08.4.2-ESFA-R-630 Sveikos gyvensenos skatinimas regioniniu lygiu.

Priemonėje „08.4.2-ESFA-V-628 Tikslinių teritorijų gyventojų sveikos gyvensenos skatinimas“ kol kas yra numatyta tik viena veikla – teoriniai ir praktiniai pirmosios pagalbos teikimo, pradinio gaivinimo, kraujavimo stabdymo žinių ir įgūdžių formavimo mokymai, kuriuos įgyvendins Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (2 200 000 €). Veiklos už likusias priemones lėšas dar nėra iki galo suplanuotos ir patvirtintos. Pagal SAM pateiktą informaciją planuojama likusias lėšas skirti veikloms, kuriomis bus remiamos tikslinių teritorijų gyventojams skirtos intervencijos visuomenės sveikatos srityje. Numatomos veiklos, susijusios su informacijos sklaida apie pagrindines neinfekcines ligas, traumas ir nelaimingus atsitikimus ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimą, to priežastis, rizikos veiksniai, šių veiksmų mažinimą, sveiką gyvenseną. Kol kas nėra aišku, kokiomis konkrečiais priemonėmis bus vykdoma informacijos sklaida. Pati informacijos sklaida kaip priemonė yra tinkama, nes leidžia didinti visuomenės sąmoningumą apie sveikatos problemas, sveiko gyvenimo svarbą sveikatai ir taip gali padėti žmones keisti savo elgseną³⁸. Moksliniuose tyrimuose yra įrodymų, kad tikslingos švietimo priemonės sveikatos srityje sumažina lėtinių ligų naštą ir prailgina sveiko gyvenimo metus bei kokybę³⁹. Vykdamas informacijos sklaidos veiklas labai svarbu pasirinkti priemones, kurios leistų pasiekti tikslines grupes, informaciją pateikti tikslinėms grupėms suprantama kalba. Tinkamai įgyvendintos informacijos sklaidos veiklos padidintų tikslinių teritorijų gyventojų sveikatos raštingumą ir atsakingumą už savo sveikatą. Tai turėtų prisidėti mažinant neigiamą sveikatos sutrikimų poveikį gyvenimo kokybei bei atitinkamai užkirsti kelią socialinės atskirties ir skurdo rizikai.

Priemonė „08.4.2-ESFA-R-630 Sveikos gyvensenos skatinimas regioniniu lygiu“ finansuoja (10 432 999€) sveikatos ugdymo priemonių įgyvendinimą (šią veiklą įgyvendins visuomenės sveikatos biurai arba savivaldybės). Esant poreikiui taip pat finansuojamas visuomenės sveikatos biurų infrastruktūros modernizavimas, investuojant į patalpų remontą, rekonstrukciją, įrangos ir transporto priemonių įsigijimą. Šios veiklos numatomos kaip pagalbinės ir gali būti įgyvendintos tik tuo atveju, jai bus pagrįstai susieta su sveikatos ugdymo priemonių įgyvendinimo veikla.

Visuomenės sveikatos biurai užsiima šia veikla:

- visuomenės sveikatos mokymai, visuomenės sveikatos propagavimas, sveikos gyvensenos skatinimas;
- visuomenės sveikatos stebėseną;
- įvairių ligų ir traumų profilaktika.

2015 m. Valstybinio audito ataskaitoje apie visuomenės sveikatos stiprinimą savivaldybėse⁴⁰, išskirti keli probleminiai sveikatos biurų veiklos aspektai:

- nustatant visuomenės sveikatos stiprinimo paslaugų poreikį nepakankamai remiamasi sveikatos stebėsenos duomenimis ir vertinimais;
- trys ketvirtadaliai visuomenės sveikatos biurų neskelbė išsamios informacijos apie vykdomas paslaugas, o teikė tik informaciją apie renginius;

38 PSO, WHO Strategic Communications Framework for effective communications, 2017.
<http://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>

39 ICF Consulting, „An in-depth analysis of adult learning policies and their effectiveness in Europe“ Tyrimas atliktas Europos Komisijos užsakymu, 54 psl.

40 LR Valstybės kontrolė, „Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse“, 2015.

- trūksta bendradarbiavimo tarp sveikatos biurų ir ASPĮ bei socialinių darbuotojų, nukreipiant rizikos grupes į sveikatos biurus.

ESF lėšomis būtų galima finansuoti visuomenės sveikatos biurų ir savivaldybių darbuotojų kvalifikacijos kėlimą. Tai leistų jiems geriau ir tikslingiau pritaikyti stebėsenos rezultatus, kokybiškiau atlikti pačią stebėseną. Kvalifikacijos kėlimas taip pat leistų užtikrinti vykdomų ESF priemonių tęstinumą, nes darbuotojai turėtų pakankamai gebėjimų po projektų vykdyti veiklas savivaldybės ar valstybės lėšomis. Mokymai sveikatos priežiūros specialistams ir socialiniams darbuotojams taip pat galėtų paskatinti juos nukreipti didžiausią riziką tam tikromis ligomis susirgti turinčius gyventojus į sveikatos biurus. Tam tai pat reikalingas efektyvus bendradarbiavimas tarp sveikatos biurų ir ASPĮ. Finansuojant savivaldybių ar sveikatos biurų darbuotojų kompetencijų kėlimą svarbu užtikrinti, kad veiklos nedubliuotų 10 prioriteto (Visuomenės poreikius atitinkantis ir pažangus viešasis valdymas) 5 uždavinio (Pagerinti žmoniškųjų išteklių valdymo tobulinimą valstybinėje tarnyboje) veiklų, kurios finansuoja valstybės tarnautojų kompetencijų didinimą, taigi čia gali patekti ir savivaldybių ar jų įstaigų darbuotojai. Bendradarbiavimą tarp sveikatos biurų ir ASPĮ taip pat būtų galima pagerinti iniciatyvomis, kai sveikatos biurų darbuotojai eina į pirminio lygio ASPĮ ir bendrauja su ten esančiais pacientais. Tokia iniciatyva Kaune padėjo padidinti sveikatos biurų pacientų skaičių⁴¹.

Visuomenės sveikatos biurų modernizavimas sudarys biurams geresnes sąlygas vykdyti savo veiklą. Tikimasi, kad ateityje visuomenės sveikatos biurai įgyvendins panašias veiklas be ES investicijų ir joms naudos modernizuotą infrastruktūrą. Tai prisidės prie visuomenės sveikatos raštingumo didinimo (ypač tikslinių grupių).

3.1.3 Intervencijos sveiko senėjimo srityje

Šioje priemonių kategorijoje finansuojamos trys priemonės:

- 08.1.3-CPVA-V-601 Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas
- 08.1.3-CPVA-R-609 Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas (dalis)
- 08.4.2-ESFA-V-613 Sveiko senėjimo skatinimo iniciatyvos

ERPF priemonės

Priemonėje „08.1.3-CPVA-V-601 Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas“ iš pradžių buvo numatyta finansuoti platų veiklų spektrą, tačiau vėliau buvo nuspręsta koncentruotis tik į geriatrijos paslaugas⁴². Remiantis SAM pateikta informacija, pagal šią priemonę bus finansuojama geriatrijos paslaugų plėtrai reikalingos infrastruktūros sukūrimas/ atnaujinimas (geriatrijos centrų, stacionariųjų geriatrinių skyrių, geriatrijos dienos stacionarų ir konsultacinių kabinetų įkūrimas/ atnaujinimas). Šiuo metu yra derinamas priemonės įgyvendinimo planas, todėl kol kas nėra aiškūs projektai, kurie bus finansuojami. Remiantis interviu su ekspertais ir PSO rekomendacijomis, svarstant, kokius projektus finansuoti ir kokius pareiškėjus atrinkti, svarbu atkreipti dėmesį, kad vyresnio amžiaus žmonių slaugos paslaugas siūloma deinstitutionalizuoti (pereiti nuo institucinių, stacionare teikiamų paslaugų, prie paslaugų teikimo namuose ar bendruomenėje)⁴³. Didelė dalis tokių paslaugų galėtų būti teikiamos ne ligoninėse, o namuose ar specialiuose centruose (slaugos namuose), taip siekiant kaip galima geriau ir ilgiau išlaikyti kasdienio gyvenimo aplinką. Šiuo atveju SAM ir SADM kompetencijos gali persidengti, todėl svarbus šių institucijų bendradarbiavimas. Taip pat galima būtų investuoti į mobilios slaugos ir pagalbos paslaugas, suteikiamas namuose. Tai pagerintų paslaugų prieinamumą ir leistų sutaupyti pinigų, nes nereikėtų lengvų pacientų guldėti į stacionarą. Svarbu atkreipti dėmesį, kad ir SADM pagal priemonę „08.4.1-ESFA-V-418 Integrali pagalba į namus“ finansuoja slaugos ir socialinės globos paslaugų teikimą namuose, todėl įgyvendinant tokias veiklas reikėtų derintis su SADM.

⁴¹ Remiantis diskusijos metu pateikta informacija.

⁴² Senatvės ligų gydymo ir profilaktikos paslaugos.

⁴³ PSO ir Europos Komisija, „Age-friendly environments in Europe A handbook of domains for policy action“, 2017, 125.

4 iliustracija. Gerosios praktikos pavyzdžiai apie paliatyvos pagalbos⁴⁴ teikimą namuose

Austrijos Raudonojo kryžiaus organizacija teikia slaugos paslaugas pacientams namuose. Paslaugas teikia kvalifikuoti slaugytojai ir jų asistentai. Taip pat bendradarbiaujama su šeimos gydytojais. Slaugytojai nuolat tobulina savo kvalifikaciją paliatyvosios priežiūros, diabeto konsultavimo, žaizdų gydymo ir kitose srityse. Tokių paslaugų teikimas leidžia trumpinti pacientų ligoninėse praleidžiamą laiką ir mažinti ligoninių apkrovą.

Lietuvoje taip pat yra centų, kurie teikia paliatyvos pagalbos paslaugas namuose, pvz., VšĮ „Tėviškės namai“ Alytuje, VšĮ „Kauno hospiso namai“.

AGNES projekto metu sukurta IT platforma, veikianti kaip socialinis tinklas vyresnio amžiaus žmonėms. Šiame tinkle vyresnio amžiaus žmonės teikia informaciją apie savo būklę ir užsiėmimus. Ši informacija yra prieinama artimiesiems, slaugos specialistams, gydytojams. Tai leidžia laiku ir tikslingai suteikti vyresnio amžiaus žmonėms reikiamas paslaugas, ilgiau leidžia vyresnio amžiaus žmonėms gyventi nepriklausomai savo namuose. Projektas nukreiptas į lėtiniais susirgimais (pvz., lengvas kognityvinis sutrikimas) besiskundžiantiems vyresnio amžiaus gyventojams, šių susirgimų šalinimą ir prevenciją.

Suomijoje (Kuopio mieste) buvo įgyvendintas projektas „Ankstyva pagalba vyresnio amžiaus žmonėms jų kasdieniame gyvenime (VAMU)“. Ankstyva pagalba leidžia iš anksto identifikuoti rizikas ir įvertinti paslaugų poreikį vyresnio amžiaus žmonėms gyvenantiems savo namuose. Projekto metu iš socialinės ir sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų buvo sudaryta geriatrijos ekspertų komanda, kuri teikia konsultacijas vyresnio amžiaus žmonėms telefonu, el. paštu, o esant poreikiui ir namuose. Ekspertų komanda buvo apmokyta konsultuojant vertinti rizikas, su kuriomis susiduria vyresnio amžiaus žmonės ir pagal tai atitinkamai konsultuoti ar pasiūlyti atitinkamas paslaugas. Toks modelis reikalauja glaudaus bendradarbiavimo tarp socialinės ir sveikatos priežiūros specialistų, tačiau didina vyresnio amžiaus žmonių nepriklausomumą ir įgalina juos gyventi savo namuose.

„Health has no age“ projektas Vienoje. Jo metu buvo atlikta išsami analizė, kuri leido identifikuoti strategijas ir veiksmus, kuriais galima skatinti sveiką gyvenseną slaugos namuose. Po to šie veiksmai buvo įgyvendinti:

- mobilumo stiprinimo intervencijos;
- artimų žmonių įtraukimas;
- rūpinimasis personalo sveikata.

Projektas buvo vertinamas naudojant tiek kokybinius, tiek kiekybinius metodus. Vertinimo metu buvo nustatyta, kad projektas buvo sėkmingas ir pasiteisino, todėl vėliau buvo įgyvendinamas platesniu mastu.

Italijos Lombardijos regione aktyvaus vaikščiojimo programa (angl. *The „Walking Groups“ Programme*) skatina vyresnio amžiaus žmones reguliariai vaikščioti, ir taip aktyviai leisti laiką, bei nuolat susitikti su kitais bendraamžiais turinčiais panašių sveikatos sutrikimų. Programos dalyviai reguliariai susitinka grupėse, kurioms vadovauja sveikatos specialistai arba apmokyti savanoriai. Programa labiausiai orientuota į vyresnio amžiaus žmones, sergančius įvairioms lėtinėms ligoms ar turinčius psichikos sutrikimų. Savanoriai nuolat stebi vyresnio amžiaus žmonių aktyvumą, todėl jie gali jaustis saugūs dėl savo sveikatos.

Šaltinis: Internetiniai puslapiai <http://www.rotekreuz.at/pflege-betreuung/pflege-daheim/mobile-pflege-und-betreuung/>, <http://www.pola.lt/hospisai-lietuvoje/>, https://www.belfasthealthycities.com/sites/default/files/Healthy%20Ageing%20Abstracts_0.pdf, <http://www.aal-europe.eu/projects/agnes>, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF?ua=1, https://ec.europa.eu/eip/ageing/repository/%E2%80%9Cwalking-groups%E2%80%9D-programme_en.

Pagal priemonę „08.1.3-CPVA-R-609 Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“ finansuojama pirminės paslaugas teikiančių ASPĮ infrastruktūra (t.y. pastatai, įranga ir transportas paslaugoms namuose teikti) sveiko senėjimo ir senų žmonių ligų profilaktikos srityse ir slaugos, palaikomojo gydymo, paliatyvos pagalbos paslaugas teikiančių ASPĮ tokio pat pobūdžio infrastruktūra sveiko senėjimo srityje. Šios priemonės numatytos veiklos sveiko senėjimo srityje yra tinkamos. Jos leistų atnaujinti ASPĮ infrastruktūrą bei įrangą, o tai leistų teikti geresnės kokybės paslaugas pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje vyresnio amžiaus žmonėms tiek ASPĮ, tiek namuose.

ESF priemonės

Priemonės „08.4.2-ESFA-V-613 Sveiko senėjimo skatinimo iniciatyvos“ planavimas kol kas yra sustojęs, dėl pastabų, gautų iš Konkurencijos tarybos. Konkurencijos taryba pastebėjo, jog dalis veiklų, kurios suplanuotos

⁴⁴ „Paliatyvioji pagalba – paciento, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, lengvinančios kančias, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas“, remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14 „Dėl paliatyvosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

įgyvendinti valstybės projektų planavimo būdu yra konkurencingos rinkoje, todėl jų įgyvendinimui turėtų būti organizuojamas projektų konkursas. Remiantis SAM pateikta informacija, šiuo metu svarstoma priemonė suformuoti kaip konkursinę, numatoma koreguoti ir pasirinktų įgyvendinti veiklų turinį. Taigi, kol kas nėra galimybės įvertinti šių veiklų tinkamumo, kadangi pačios veiklos nėra iki galo aiškios. Remiantis PSO gerąja praktika⁴⁵, planuojant priemones svarbu atkreipti dėmesį į slaugos specialistų ir gydytojų kompetencijų geriatrijos srityje kėlimą, senėjančios visuomenės sveikatos ir socialinių tendencijų tyrimus ir stebėseną, palankios aplinkos vyresnio amžiaus žmonėms kūrimą (pvz., skatinti vyresnio amžiaus žmonių dalyvavimą socialiniame gyvenime), skatinti sveiką gyvenseną slaugos namuose (žr. paskutinį pvz. 4 iliustracijoje)⁴⁶. Sveikam senėjimui taip pat labai svarbios sveikos gyvensenos skatinimo priemonės, nes jaunystėje gyvenant sveikai vėliau mažiau sveikatos problemų kyla ir senatvėje.

3.1.4 Tikslų matavimas ir kokių mastu priemonės prie šių tikslų prisideda

VP tikslai matuojami septyniais rezultato rodikliais. Keturi rodikliai susiję su mirtingumo rodikliais tikslinėse teritorijose⁴⁷. Priemonės prie šių rodiklių prisideda gerindamos sveikatos paslaugų kokybę širdies kraujagyslių, kraujotakos sistemų, piktybinių navikų ir skubios pagalbos srityse (tai tiek infrastruktūros modernizavimas, tiek specialistų mokymai ir panašios priemonės) bei didindamos visuomenės sveikatos raštingumą. Išimtinai ESF priemonės prisideda prie dviejų rodiklių pasiekimo:

- *Didžiausiais sveikatos ir jos priežiūros prieinamumo netolygumais pasižyminčiuose regionuose gyvenančių asmenų, dalyvaujančių prevencinėse programose, dalis* – dauguma ESF priemonių įgyvendinamos tikslinėse teritorijose, todėl jose būtent ir dalyvauja sveikatos ir jos priežiūros prieinamumo netolygumais pasižyminčiuose regionuose gyvenantys asmenys.
- *Tikslinių grupių asmenų, pakeitusių gyvenseną dėl sveikatos įgyvendinus ESF lėšomis finansuotas visuomenės informavimo, švietimo ir mokymo veiklas (sveikos gyvensenos, sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo, ligų prevencijos temomis), dalis* – dėl tų pačių priežasčių priemonės prisideda ir prie šio rodiklio. Įvairūs mokymai, informacijos sklaida turėtų prisidėti prie to, kad žmonės dėl sveikatos pradėtų keisti gyvenseną.

Problemų gali kelti rodiklio „Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, skirtumas tarp miestų ir rajonų savivaldybių gyventojų“ pasiekimas. Šis rodiklis matuoja geografinius netolygumus. Jis neapima netolygumų tarp skirtingų tikslinių grupių (vaikų, pažeidžiamiausių grupių, vyresnio amžiaus žmonių), kadangi jos taip pat yra tiek miestuose, tiek kaime. Prie šio rodiklio prisideda tik dalis ERPF lėšų (o šis rodiklis būtent ir yra ERPF uždavinio rodiklis): tikslinių savivaldybių ASPĮ aprūpinimas GMP automobiliais, kadangi leis užtikrinti geresnį paslaugų pasiekiamumą tų savivaldybių gyventojams. Atnaujinta infrastruktūra didžiuosiuose miestuose nors ir prisidės prie paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo, tačiau nėra specifiškai nukreipta į tikslines savivaldybes, ir todėl geografinius sveikatos netolygumus mažins nepakankamai. Prie rodiklio prisidės ESF priemonės. Jos nukreiptos būtent į tikslines grupes tarp kurių yra ir tikslinės savivaldybės. Tokių priemonių pvz.: informacijos sklaida ir visuomenės sveikatos raštingumo didinimas, specialistų mokymai ir pritraukimas į regionus ir pan. Dėl šių priemonių gyventojai galimai daugiau lankysis pas gydytojus. Detalesnės priemonių, kurios mažintų sveikatos netolygumus ir kartu prisidėtų prie šio rodiklio pateikiamas 3.1.1 skyriuje.

Be šių VP rodiklių priemonės taip pat prisideda prie nacionalinių rezultato rodiklių. Dauguma nacionalinių rodiklių yra skirti matuoti pažangą konkrečiose priemonėse, pvz., tuberkuliozės priemonės turėtų prisidėti prie tuberkuliozės mirtingumo ir sergamumo rodiklių⁴⁸. Detali informacija, apie visus tokius rodiklius pateikiama 2 priede. Tokie rodikliai yra numatyti ir sveiko senėjimo priemonėse, tačiau kadangi ne visos planuotos veiklos bus įgyvendintos ir kol kas nėra aišku, kas tiksliai bus finansuojama, sudėtinga įvertinti, ar nacionaliniai rodikliai

⁴⁵ PSO ir Europos Komisija, „Age-friendly environments in Europe A handbook of domains for policy action“, 2017.

⁴⁶ PSO ir Europos Komisija, „Age-friendly environments in Europe A handbook of domains for policy action“, 2017.

⁴⁷ Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo cerebrovaskulinių ligų; Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo kraujotakos sistemos ligų; Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo piktybinių navikų; Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose dėl išorinių mirties priežasčių.

⁴⁸ Mirtingumas nuo tuberkuliozės; Sergamumas tuberkulioze; Vaikų sergamumas tuberkulioze; Sergamumas plaučių tuberkulioze; Dauginio atsparumo vaistams tuberkuliozės atvejai, nuo visų naujų tuberkuliozės atvejų; Naujai susirgusių plaučių tuberkulioze asmenų nutraukto gydymo atvejų dalis; Sėkmingai išgydytų naujų bakteriologiškai patvirtintų plaučių tuberkuliozės atvejų dalis.

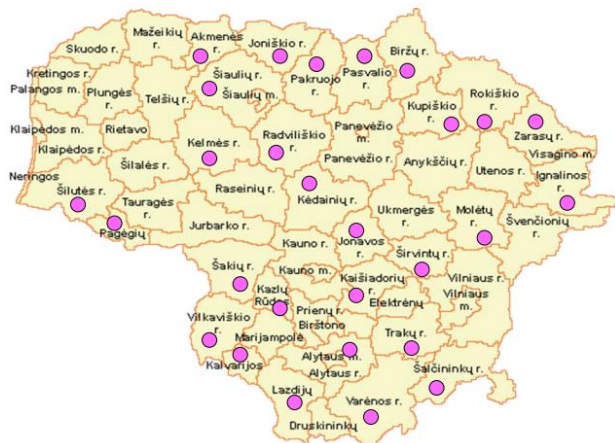
Remiantis 2014-2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programa tiek 8.1.3, tiek 8.4.2 uždaviniuose išskiriamos šios tikslinės grupės:

- Šalies savivaldybėse, pasižymintiose didžiausiais priešlaikinio mirtingumo dėl pagrindinių neinfekcinių ligų rodikliais (kraujotakos sistemos ligos, cerebrovaskulinės ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys), gyvenantys asmenys (šios savivaldybės vaizduojamos 19-22 pav.) (ši tikslinė grupė toliau vadinama tikslinėmis teritorijomis arba tikslinėmis savivaldybėmis);
- Tam tikrų socialinės rizikos grupių asmenys, kuriems socialinės ir ekonominės priežastys (nedarbas, skurdas ir kt.) bei žalingi įpročiai (alkoholio vartojimas ir kt.) lemia sergamumą tam tikromis ligomis (tuberkulioze, priklausomybe nuo alkoholio) bei kuriems nepakankamai prieinama sveikatos priežiūra (neigalieji, kt.);
- Vaikai (iki 18 metų), nes dėl egzistuojančių ekonominių, socialinių aplinkybių, tokių kaip nepalanki socialinė ir ekonominė šeimos padėtis, įsidarbinimo perspektyvos, jiems dažniau gresia socialinė atskirtis bei neigiamas šių veiksmų poveikis sveikatai;
- Vyresnio amžiaus (55 m. amžiaus ir vyresni) gyventojai.

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



21 pav. Savivaldybės, kuriose vertinant rodiklio pokytį 2007–2012 m., standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklio 100 000 gyv. vidurkis viršijo Lietuvos vidurkį 8 ir daugiau procentų



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



Šaltinis: LR sveikatos apsaugos ministerija, Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programa, TAR, 2014-07-16, Nr. 10275, 2014. LR sveikatos apsaugos ministerija, Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, TAR, 2014-07-17, Nr. 10332, 2014.

Nors ir tikslinių grupių poreikiai nėra visiškai vienodi, apibendrintai galima teigti, kad visų jų poreikiai yra kokybiškos, veiksmingos ir prieinamos sveikatos paslaugos. Taip pat nesergančių asmenų tiek tikslinėse, tiek netikslinėse grupėse interesas yra sveikatos stiprinimas, ligų prevencija ir stipri pirminė sveikatos priežiūra. Tai skirtingoms tikslinėms grupėms daroma skirtingomis priemonėmis. Lentelėje žemiau aptariama kaip kiekvienos kategorijos priemonės pasiekia tikslines grupes.

3 lentelė. Kaip ES investicijos atitinka tikslinių grupių poreikius

Tikslinė grupė	Intervencijos	Numatoma skirti lėšų ⁴⁹ , mln. €	Atitikimas	Komentarai
Tikslinių teritorijų gyventojai	Intervencijų galvos smegenų kraujotakos, kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų srityje	97,369 (didelė dalis lėšų nukreipta į didžiuosius miestus, todėl dažnu atveju priemonės į tikslines savivaldybes yra nukreiptos netiesiogiai)	Dalinai	Didžioji dalis ERPF investicijų nukreiptos į didžiuosius miestus. Nors ir tokios investicijos pagrįstos, jos yra nukreiptos į paslaugų kokybės gerinimą ASPI, o ne į sveikatos netolygumų mažinimą, kadangi investicijos nėra skirtos išskirtinai tikslinių savivaldybių gyventojams. Paslaugų kokybė gerės ir jiems (kadangi jie važiuoja gydytis į centrus), tačiau lygiai taip pat gerės ir miestų gyventojams. Taigi nors tikslinė grupė pasiekama, jos poreikiai tenkinami dalinai. Tuo tarpu ESF lėšomis finansuojamos priemonės prisidės prie netolygumų mažinimo, nes bus finansuojami tikslinių savivaldybių gyventojų ir gydytojų mokymai, kita šviečiamoji veikla, gydytojų pritraukimas į regionus (detali analizė pateikiama 3.1.1. skyriuje).
	Specialistų pritraukimo į regionus priemonės		Dalinai	Didesnė priemonės lėšų dalis nukreipta į rezidentūros studijų pertvarką, o ne į specialistų pritraukimą į regionus. Vertinant rezidentūros studijų finansavimo priemonės atitikimą rezidentų poreikiams, galima teigti, kad rezidentūros studijų finansavimas iš principo nesprendžia pagrindinių regionų patrauklumo rezidentams iššūkių, o tik sukuria nedideles finansines paskatas. Tuo tarpu rezidentūros studijų atnaujinimas yra reikalingas, tačiau kadangi kol kas nėra aišku, kas konkrečiai bus daroma ir kas pertvarkoma, sudėtinga vertinti šių priemonių atitikimą rezidentų poreikiams.
Tam tikrų socialinės rizikos grupių asmenys	Intervencijos tuberkuliozės srityje	32,996	Tiesiogiai	Intervencijos orientuojasi į tuberkuliozės mažinimą, kadangi tuberkulioze dažniau serga socialiai pažeidžiami asmenys, todėl didžioji dalis lėšų bus skiriama šiai tikslinei grupei.
	Intervencijos orientuotos į pažeidžiamiausias grupes ir priklausomybės ligų profilaktiką ir prevenciją		Tiesiogiai	Priemonės nukreiptos į neįgaliosius ir asmenis sergančius priklausomybės ligomis.
Vaikai iki 18 m.	Intervencijos vaikų sveikatos priežiūros srityje	33,525	Tiesiogiai	Visos priemonės nukreiptos į vieną tikslinę VP grupę – vaikus iki 18 m.
Vyresnio amžiaus (55 m. amžiaus ir vyresni) gyventojai	Intervencijos sveiko senėjimo srityje	31,306	?	Kol kas veiklos galutinai nėra patvirtintos. Planuojama finansuoti geriatrijos paslaugų plėtrai reikalingos infrastruktūros sukūrimą/ atnaujinimą (geriatrijos centrų, stacionariųjų geriatrinių skyrių, geriatrijos dienos stacionarų ir konsultacinių kabinetų įkūrimą/ atnaujinimą). Vertinant šiuos planus, investicijos bus nukreiptos tiesiogiai į tikslinę grupę ir todėl turėtų patenkinti jos poreikius.

Šaltinis: Sudaryta autorių, remiantis LR sveikatos apsaugos ministerija „8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 konkretaus uždavinio „Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ ir 8.4.2 konkretaus uždavinio „Sumažinti sveikatos netolygumus, gerinant sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms grupėms, ir skatinti sveiką senėjimą“ priemonių įgyvendinimo plano ir nacionalinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo aprašo patvirtinimo“, suvestinė redakcija nuo 2018-03-10 ir www.esinvesticijos.lt.

49 ES skirtos lėšos ir LR Valstybės lėšos.

Be lentelėje minimų intervencijų yra ir priemonių, kurios horizontaliai nukreiptos į visas tikslines grupes (63,571 mln. €). Tai intervencijos žemo gyventojų sąmoningumo sveikos gyvensenos srityje ir intervencijos orientuotos į skubios pagalbos teikimą traumų atveju, taip pat dar dvi priemonės: „Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo ir sveiko senėjimo srityje“ ir „Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“.

3.3 AR PRIEMONĖS YRA PAKANKAMOS, T.Y. AR ĮMANOMA PASIEKTI KELIAMUS TIKSLUS NEĮGYVENDINANT KITŲ REGULIACINIO POBŪDŽIO REFORMŲ?

Priemonėms keliami tikslai yra kompleksiniai. ES investicijos sveikatos srityje prie jų prisideda, tačiau prie jų pasiekimo taip pat prisideda ir daug kitų veiksnių. Pavyzdžiui, investicijos į infrastruktūrą ribotame skaičiuje ASPĮ tik ribotai gali prisidėti prie mirtingumo rodiklių pagerėjimo tikslinėse savivaldybėse, nes tai taip pat priklauso ir nuo visų tikslinėse teritorijose esančių ASPĮ teikiamų paslaugų kokybės, žmonių sveikatos raštingumo, gyvenimo būdo ir pan. Pati SAM formuodama priemones neturėjo vizijos, kad priemonės pačios vienos sieks keliamų tikslų. ES fondai daugiau atlieka papildomumo funkciją ir prisideda prie reformų, o ne atvirkščiai.

Siekiant padidinti šansus pasiekti VP tikslus dar būtų galima įgyvendinti žemiau aprašomas priemones ar reformas.

- Siekiant užtikrinti sveikatos paslaugų prieinamumą ir kokybę labai aktualus **ASPĮ tinklo optimalumo klausimas**. Turi būti labai aiškiai nustatyta, kur kokios paslaugos turėtų būti prieinamos. Optimizuojant ASPĮ tinklą rajoninėse ir regioninėse ligoninėse paslaugos (chirurginės ir akušerijos) buvo naikinamos atsižvelgiant į jų skaičių, o ne į ligoninės vietą, paslaugų prieinamumą miestelių gyventojams⁵⁰. Dėl tokių kriterijų ligoninės žūtbūt stengiasi pasiekti reikiamą paslaugų skaičių ir dėl to pasitaiko atvejų kai jas teikia bereikalingai. Dauguma ligoninių priklauso savivaldybėms, kurios nenori, kad jų savivaldybėje mažėtų teikiamų paslaugų ar apskritai neliktų tretinio lygmens įstaigos. Jos finansuoja neefektyvias ligonines, sudaro kliūtis optimizavimo reformai⁵¹. Tinklo optimizavimas yra politizuotas klausimas, todėl prieš pradedant įgyvendinti penktą tinklo optimizavimo etapą, reikalinga nepriklausoma analizė, kuri leistų:
 - Įvertinti praėjusius reformos etapus, jų tikslus ir sėkmę, kas pavyko, kas nepavyko, kokios priemonės veikia, kokios ne ir pan.
 - Įvertinti, kodėl kai kurie planuoti jungimai pavyko, o kai kurie ne
 - Įvertinti, ar praeituose etapuose kelti tikslai vis dar aktualūs
 - Identifikuoti priemones ateinančiam ASPĮ tinklo optimizavimo etapui.
 - Vienas vertinimo reikalavimų turėtų būti dalyvavimu grįsto vertinio naudojimas. Tai turėtų užtikrinti visų suinteresuotų šalių įtraukimą.

Tokią analizę (auditą) šiuo metu atlieka LR Valstybės kontrolė. Ji turėtų leisti atsakyti aukščiau išskeltus klausimus. Valstybinės ligonių kasos kartu su SAM taip pat rengiasi reformos vykdymui. Jie remdamiesi baltąją Vidaus reikalų ministerijos knyga ir programine įranga rengia pasiūlymą ASPĮ tinklo pertvarkai. Tinklo optimizavimo tikslas – konsoliduoti stacionarių paslaugų teikimą mažesniame negu dabar ligoninių skaičiuje. Siūloma, kad 97 % visų Lietuvos gyventojų tretinio lygmens ligonines galės pasiekti greičiau nei per valandą. Ambulatorinės paslaugos liks prieinamos ir regionų ASPĮ.⁵² Visi šie siūlymai yra labai sveikintini. Blieka sulaukti Valstybės kontrolės audito išvadų ir pagal planą principingai įgyvendinti tinklo optimizavimą. Reikėtų stengtis atsiriboti nuo politikos, taip pat vengti situacijų, kai ligoninė neuždaroma, nes ji buvo finansuota ES lėšomis.

⁵⁰ Janina Kumpienė, „Sveikatos apsaugos sistemos reformos patirtis“, Sveikatos apsaugos ministerijos pristatymas 2012 03 29.

⁵¹ BGI Consulting, et al. „Enhancement capacity of financial instruments application in consistency with other forms of public interventions“ Finansų ministerijos užsakymu atlikta studija, 2017.

⁵² Ši informacija pateikta VLK diskusijos metu.

- Toliau stiprinti pirminę sveikatos priežiūrą. Tam reikalinga mažinti administracinę naštą šeimos gydytojams, mažinti apribojimus jiems. Šiuo metu šeimos gydytojai nors ir sugeba diagnozuoti, pvz., širdies ligas ir esant poreikiui siųsti specialistui, **dėl pakankamai ribotų galimybių skirti instrumentinius ir laboratorinius tyrimus** (pvz., šeimos gydytojas galėtų atlikti echoskopiją, tačiau VLK tam neskiria lėšų), **pas specialistus patenka nemažai pacientų, kuriems suteikiamos beprasmės konsultacijos, kartais - pacientai su užleistomis ligomis**. Taip pat šeimos gydytojai negali pratęsti receptų vaistams, net jeigu pacientas jokių skundų neturi ir yra patenkintas gydymu. Taip pat šeimos gydytojai negali išrašyti antikoagulantų (krešėjimą slopinantys medikamentai) arba vaistų nuo hipertenzijos (pvz., mesaro) ir vien dėl vaistų išrašymo siunčia pas specialistą. Taip neracionaliai didinamas krūvis specialistams, dėl kurio susidaro eilės. Taip pat siekiant didžiąją dalį sveikatos problemų išspręsti pirminiame lygyje, reikia daugiau šeimos gydytojų, taip pat reikia tiek tobulinti šeimos gydytojų rengimą ir tęstinį mokymą. Aktualus ir šeimos gydytojų komandos plėtimas, įtraukiant ir kitus specialistus (žr. 5 iliustraciją). Šiuo metu komandą sudaro gydytojas ir slaugė. Stipri pirminė sveikatos priežiūra leistų efektyviau išnaudoti turimus sveikatos sistemos resursus. Šiuo metu Vyriausybės planuojamose reformose būtent ir numatoma imtis dalies šių pakeitimų⁵³.
- Sveikatos raštingumo didinimo priemonės yra ypač efektyvios vaikams. Šiuo metu Švietimo ir mokslo ministerija ruošiasi ugdymo programų atnaujinimui. SAM galėtų pasinaudoti šia galimybe ir įsitraukti į šį procesą ir užtikrinti, kad sveikatos raštingumas būtų integruotas į bendrojo lavinimo programas.
- SADM ir SAM atsakomybės tam tikrais atvejais labai susisieja. Pvz., kai pacientui iš atokios vietovės reikalingas vizitas į ASPI, o jis pats negali ten nuvykti dėl įvairių priežasčių (pvz., amžiaus, neįgalumo, socialinės padėties), jam reikalingas transportas. Privalomojo sveikatos draudimo fondas tokių lėšų finansuoti negali. Čia galėtų padėti SADM arba savivaldybės, kurios galėtų skirti lėšų tokioms veikloms finansuoti. Taip pat paslaugas namuose gali teikti gydytojas, slaugytojas, socialinis darbuotojas, tam naudojami bent trys skirtingi finansavimo šaltiniai. Už socialinės paslaugas tam tikrais atvejais gali tekti pačiam pacientui mokėti dalį lėšų. Tokiais atvejais pacientui atsisakius jo problemos didėja ir vėliau visos jos gula ant gydytojo pečių. Nėra aišku, kur reikia socialinės globos, o kur gydytojo įsikišimo.⁵⁴ Čia padėtų tiek glaudus SAM ir SADM, tiek paslaugas teikiančių įstaigų bendradarbiavimas. Visais šiais atvejais labai reikalinga socialinio ir sveikatos sektoriaus integracija, dabartinio paslaugų teikimo modelio peržiūra.
- Sveikatos paslaugų kokybės didinimui ir sistemos optimizavimui labai svarbus e.sveikatos projektas. Sėkmingas šio projekto užbaigimas prisidėtų ir prie 8 prioriteto („Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“) su sveikatos apsauga susijusių tikslų pasiekimo.

Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į medikų reikalavimus pastarųjų mitingų metu⁵⁵. Pagrindiniai medikų keliami reikalavimai⁵⁶:

- padidinti visų sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų atlyginimus;
- reguliuoti gydytojų darbo krūvį, kuris dabar dažnai atvejais yra per didelis;
- sustabdyti sankcijas už netyčines administracines sveikatos paslaugų teikimo klaidas, kai pacientams nepadaroma žala sveikatai ar gyvybei;
- įtraukti medicinos darbuotojų profesines sąjungas į visų su sveikatos apsauga susijusių įstatymų ar kitų teisės aktų rengimą;
- sudaryti geresnes galimybes sveikatos priežiūros sistemos personalui kelti savo kvalifikaciją Lietuvoje ir užsienyje;
- formuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos ilgalaikę viziją, remtis keturiais pagrindiniais teiginiais: 1) sveikatos sektorius Lietuvoje turi būti traktuojamas kaip investicinis; 2) Sveikatos sistemos valdymas turi būti pagrįstas gerosiomis procesų optimizavimo, vadybos ir valdysenos principų praktikomis; 3) sveikatos sistema turi būti orientuota į pacientą; 4) pokyčiai neturi būti kuriami sveikatos apsaugos sistemos darbuotojų sąskaita.

Visi šie reikalavimai prisidėtų siekiant užtikrinti sveikatos apsaugos sistemos tvarumą.

5 iliustracija. Pirminės sveikatos paslaugų prieinamumo didinimas

53 Verslo žinių straipsnis: <https://www.vz.lt/verslo-aplinka/2018/04/16/vyriausybes-reformos-svietime-mazins-regionuatskirti-sveikatos-sistemoje-demesys-seimos-gydytojams>

54 Informacija pateikta diskusijos metu.

55 2018 m. sausio 4 d. mitingas ir planuojamas 2018 m. balandžio 26 d. mitingas.

56 Internetiniai puslapiai <https://www.etaplus.lt/nualinti-medikai-kviecia-pasirasyti-peticija/>; <https://www.medikusajudis.lt/lietuvas-mediku-mitingo-deklaracija/>

2012-tais metais Vengrijoje buvo pradėta įgyvendinti viešosios sveikatos gerinimo programa, kurios pagrindinis tikslas yra užtikrinti pirminės sveikatos paslaugų prieinamumą ir sumažinti sveikatos priežiūros skirtumus tarp miesto ir rajonų gyventojų. Programos metu suformuotos kelios bendrosios praktikos gydytojų grupės, į kurias taip pat įtraukti kiti sveikatos priežiūros specialistai (dietologai, fiziniai terapeutai, sveikatos psichologai). Grupių pagrindinis tikslas yra užtikrinti ilgalaikę bendrą sveikatos priežiūrą regionuose, ypač orientuojantis į ligų prevenciją. Sunkiai pasiekiami gyventojai yra skatinami atvykti pasitikinti sveikatos per „sveikatos tarpininkus“, kurie atrenkami iš vietos gyventojų. Grupės į savo darbą integruoja vietos mokyklas, rūpinasi ligų prevencija, skatina sveiką gyvenseną ir organizuoja mokymus vietos gyventojams.

Šaltinis: Internetinis puslapis <http://www.alapellatasimodell.hu/index.php/en/about-the-model-programme>

4 PRIEMONIŲ SUDERINAMUMAS

Šiame skyriuje siekiama įvertinti, ar 2014–2020 m. ES fondų investicijų VP sveikatos sektoriaus priemonės yra suderintos tarpusavyje. Vertinimo klausimai, į kuriuos atsakoma šiame skyriuje, jų detalizavimas ir duomenų rinkimo ir analizės metodai pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė. Vertinimo klausimai, į kuriuos atsakoma šiame skyriuje, jų detalizavimas ir duomenų rinkimo ir analizės metodai

Vertinimo klausimai	Kas bus nagrinėjama	Informacijos šaltiniai, duomenų rinkimo ir analizės metodai
9.1.6.1.3. Ar ir kaip intervencijos į sveikatos apsaugą suderintos tarpusavyje? Pateikti įrodymų dėl intervencijų sinergijos/nesuderinamumo.	- Ar finansuojamos veiklos nesidubliuoja? - Ar finansuojamos veiklos papildo viena kitą (išnaudojamos sinergijos), kaip?	Pirminių ir antrinių šaltinių analizė, interviu su ekspertais, valstybės institucijomis, ekspertinis vertinimas, priemonių pavyzdžių analizė.
9.1.6.1.4. Ar įgyvendinant 8.1.3 ir 8.4.2 konkrečių uždavinių tikslus nekuriama perteklinė infrastruktūra? Ar kuriama infrastruktūra yra optimaliai išnaudojama? Ar užtikrinamas 2007–2013 m. programavimo periodu sukurtos infrastruktūros tęstinumas?	- Ar įgyvendinant 8.1.3 ir 8.4.2 konkrečių uždavinių tikslus nekuriama perteklinė infrastruktūra? - Ar kuriama infrastruktūra yra optimaliai išnaudojama, tai yra ar ji optimaliai išdėstyta geografiškai ir ar jos užimtumas yra tinkamai subalansuotas (pvz., nėra perkrovų ar neefektyvaus panaudojimo)? - Ar užtikrinamas 2007–2013 m. programavimo periodu sukurtos infrastruktūros tęstinumas?	Pirminių ir antrinių šaltinių analizė, interviu su ekspertais, valstybės institucijomis ir tikslinėmis grupėmis, ekspertinis vertinimas, priemonių pavyzdžių analizė.
9.1.6.1.5. Įvertinti pagal 8.4.2 konkretų uždavinį planuojamų sukurti produktų (metodikos, mokymai, vertinimai) pridėtinę vertę. Ar užtikrinama, kad nebūtų finansuojamos šalies narės einamosios išlaidos?	- Kokia potenciali finansuojamų veiklų nauda? - Ar kuriami produktai reikalingi strateginių pokyčių įgyvendinimui (nėra finansuojamos einamosios išlaidos)?	Pirminių ir antrinių šaltinių analizė, interviu su ekspertais, valstybės institucijomis ir tikslinėmis grupėmis, ekspertinis vertinimas, priemonių pavyzdžių analizė.

Šaltinis: Visionary Analytics

4.1 AR IR KAIP INTERVENCIJOS Į SVEIKATOS APSAUGĄ SUDERINTOS TARPUSAVYJE?

Priemonės nedubliuoja vienos kitų, taip pat ir kitų institucijų priemonių. Priemonių derinimo etape ministerija bendradarbiavo su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija ir kitomis institucijomis, taip siekiant išvengti bet kokio priemonių dubliavimo. Taip pat, tiek Europos socialinio fondo agentūra (toliau ESFA), tiek Centrinė projektų valdymo agentūra (CPVA) peržiūri, kad jų priemonės nedubliuotų vienos kitų. Priemonėse, kuriose yra didesnė dubliavimo rizika (pvz., 08.4.2-ESFA-K-629 „Bendradarbiavimo skatinimas sveikatos netolygumų mažinimo ir sveiko senėjimo srityje“ ir „09.2.2-ESFA-V-729 Neformaliojo vaikų švietimo įvairovės ir prieinamumo didinimas“) numatomas specialus reikalavimas pasirašyti sankirtų tarp priemonių nebuvimą.

Vertinant priemonių sąveiką, galima teigti, kad planuojant priemones nebuvo numatyta konkrečių tiesioginių sinergių tarp priemonių. Nepaisant to, tarp priemonių galima pastebėti sinergijas. Pavyzdžiui, priemonės onkologinių ligų srityje ERPF ir ESF, sveiko senėjimo priemonės ERPF ir ESF, vaikų ligų priemonės ERPF ir ESF, priklausomybės ligų priemonės ERPF ir ESF, tuberkuliozės priemonės ERPF ir ESF. Sinergijos tarp šių priemonių yra, kadangi jos tose pačiose srityse naudoja skirtingas priemones – investuojama tiek į infrastruktūrą (diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės gerinimas), tiek į minkštąsias priemones (prevencinės priemonės, visuomenės švietimas). Taip priemonės iš esmės siekia bendro tikslo, kuo anksčiau diagnozuoti ir kokybiškai gydyti ligas skirtinguose ligų klasteriuose. Pasitaiko atvejų, kai kelios priemonės tiesioginiai papildo viena kitą.

Pavyzdžiui, ERPF lėšomis planuojama įrengti tiesiogiai stebimo gydymo kurso (DOTS) kabinetus tuberkuliozės srityje pirminio ir antrinio lygmens ASPĮ (pagal priemones „J02-CPVA-V Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“ ir „08.1.3-CPVA-R-609 Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“) . ESF lėšomis numatoma finansuoti maisto talonus ir kelionių išlaidas, taip siekiant pritraukti žmones gerti vaistus ir lankytis šiuose kabinetuose (pagal priemonę „08.4.2-ESFA-R-615 Priemonių, gerinančių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tuberkulioze sergantiems pacientams, įgyvendinimas“). Daugiau tokių sinergių įmanoma užtikrinti finansuojant specialistų mokymus dirbti su atnaujinta infrastruktūra. Vis dėlto, daugeliu atvejų atnaujinama infrastruktūra nėra tokia, su kuria specialistai nemokėtų dirbti. Atvejais kai diegiamos naujos technologijos, specialistų apmokymu ir modelių diegimu pasirūpina pačios įstaigos. Pavyzdžiui, Kauno klinikose suvienytos onkologinę pagalbą teikiančių specialistų, mokslininkų pajėgos, įdiegiamos ir standartizuojamos naujos onkologinių ligų gydymo metodikos, o ES fondų lėšomis diegiama inovatyvi infrastruktūra – Gama peilis.

4.2 KURIAMOS INFRASTRUKTŪROS SUDERINAMUMAS (ERPF FINANSUOJAMOS PRIEMONĖS)

Investicijas į infrastruktūrą aptariamos ir vertinamos atskirai kiekvienai VP tikslinei grupei, nes paslaugų specifiškai joms skiriasi.

4.2.1 Infrastruktūra tikslinėms savivaldybėms

Nagrinėjant investicijas į infrastruktūrą, kuri skirta paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui tikslinių savivaldybių gyventojams atskirai nagrinėjama infrastruktūra šiose srityse:

- Infrastruktūra galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje;
- Infrastruktūra onkologijos ligų srityje;
- Skubios pagalbos infrastruktūra.

Infrastruktūra galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje

Pagal kol kas patvirtintus projektus įgyvendinama 11 projektų. Investuojama į infrastruktūrą didžiuosiuose miestuose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje) (29,4 mln. €).

Pagal priemonę „08.1.3-CPVA-V-603 Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“ perkami kompiuteriniai tomografai (256 arba 128 pjūvių), angiografinė sistema ir magnetinio rezonanso tomografijos aparatai. Bendrai angiografų netrūksta, nes ir taip daugiau nei pusė jų naudojami mažu intensyvumu (iki 2000 tyrimų per metus). Vis dėlto reikėtų pakeisti seniausius angiografus naujesniais, kadangi net 33 %visų angiografų yra senesni nei 10 m. Pagal Radiologinės ir elektromagnetinės pramonės Europos Koordinavimo komiteto rekomendacijas, tokių siūloma turėti iki 10 %⁵⁷. Analogiška situacija su kompiuteriniais tomografais – jų skaičius didelis, naudojimo intensyvumas galėtų būti didesnis, tačiau jie yra pasenę. Tik 7 ASPĮ (Santaros klinikos, VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Kauno klinikos, VŠĮ Kauno klinikinė ligoninė, VŠĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė bei dvi privačios ASPĮ) turi 128 ir daugiau sluoksnių tomografus. Magnetinio rezonanso tomografijos aparatas perkamas tik Kauno klinikoms. 2017 m. duomenimis čia buvo 4 magnetinio rezonanso aparatai. Du iš jų buvo praktiškai nenaudojami (2009 ir 2010 m. gamybos), kiti du (2008 ir 2011 m. gamybos) naudojami vidutiniu intensyvumu (4294-3357 tyrimų per metus). Tokio aparato įsigijimo poreikis pagrįstas nebent tuo, kad įstaiga neturi nei vieno naujesnio nei 5 m. senumo aparato. Įsigijus šį aparatą turėtų būti užtikrintas efektyvus ir intensyvus tiek šio, tiek kitų tyrimų magnetinio rezonanso tomografijos aparatų naudojimas. **Svarbu pabrėžti kad šie prietaisai gali būti naudojami ne tik širdies ligų diagnostikai, bet ir kitoms sritims (pvz., onkologijai).**

Pagal priemonę „08.1.3-CPVA-V-610 Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas“ finansuojamas kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo paslaugų infrastruktūros

⁵⁷ Čia ir kitur remiamasi naujausiomis Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie SAM ataskaitomis apie brangios medicinos įrangos naudojimą už 2016 m.

atnaujinimas, didžiųjų miestų ASPI. Poreikis tokiems projektams yra, nes dalis ten esančios infrastruktūros yra pasenusi. Už likusias šios priemonės lėšas (14,8 mln. €) SAM įsigys galvos smegenų kraujotakos diagnostikai ir ligų gydymui reikalingą įrangą ir išdalins ją ligoninėms. Numatoma išdalinti šioms įstaigoms (nebūtinai visoms): VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VŠĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, VŠĮ Marijampolės ligoninė; VŠĮ Regioninė Telšių ligoninė, VŠĮ Tauragės ligoninė, VŠĮ Utenos ligoninė, VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninė. Ši įranga reikalinga ir svarbi siekiant užtikrinti kokybišką diagnostiką ir gydymą (ypač regionų centruose).

Pagal priemonę „8.1.3-CPVA-R-609 Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“ investuojama į pirminį sveikatos priežiūros lygį galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityse. Konkretūs projektai dar nėra aiškūs, juos pasirinks patys regionai, regionų planavimo būdu. Investicijas regionai turėtų skirti būtent opiausioms problemoms regione, todėl investicijos turėtų būti pagrįstos.

Infrastruktūra onkologijos ligų srityje

Investicijos vykdomos pagal priemonę „08.1.3-CPVA-V-606 Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas“. Pagal kol kas pavirtintus keturis projektus investuojama į infrastruktūrą Kaune ir Vilniuje (17,3 mln. €). Investicijos į šią infrastruktūrą yra pagrįstos ir reikalingos. Pvz., Nacionaliniame vėžio institute iš keturių linijinių greitintuvų net du yra senesni nei 10 m. Kauno klinikose iš turimų trijų linijinių greitintuvų taip pat du yra senesni nei 10 m. Radiologinės ir elektromagnetinės pramonės Europos Koordinavimo komitetas rekomenduoja, kad 60 % naudojamų medicinos prietaisų būtų nesenėsi nei 5 m., iki 30 % nesenėsi nei 10 m. ir iki 10 % senesnių kaip 10 m.⁵⁸ Pagal šias rekomendacijas linijinių greitintuvų atnaujinimas šiose įstaigose yra pagrįstas. Atliekamų procedūrų su šiais prietaisais skaičius Kauno Klinikose ir Nacionaliniame vėžio institute taip pat didžiausias, todėl poreikis prietaisų atnaujinimui yra⁵⁹. Kita atnaujinama infrastruktūra yra skirta sudėtingoms procedūroms (pvz., laringo-tracheobronchinė sistema operacijoms, inovatyvi technologija – Gama peilis). Tokios procedūros turėtų būti koncentruojamos ekselencijos centruose, todėl investicijos į Kauno ir Vilniaus įstaigas čia taip pat pagrįstos.

Užlikusias lėšas (3,2 mln. €) devynioms įstaigoms bus nupirkti mamografai. Remiantis VASPVT duomenimis jų poreikis taip pat pagrįstas, kadangi daugumoje įstaigų didelė dalis mamografų senesni nei penki (50 % visų mamografų) ar net 10 metų (24 % visų mamografų). 75 % visų mamografų naudojami vidutiniškai intensyviai arba intensyviai.⁶⁰

Pagal priemonę „8.1.3-CPVA-R-609 Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“ investuojama į pirminį sveikatos priežiūros lygį onkologijos ligų srityse. Konkretūs projektai dar nėra aiškūs, juos pasirinks patys regionai, regionų planavimo būdu. Investicijas regionai turėtų skirti būtent opiausioms problemoms regione, todėl investicijos turėtų būti pagrįstos.

4.2.2 Infrastruktūra socialinės rizikos grupių asmenims

Priemonėmis atnaujinama infrastruktūra socialinės rizikos grupių asmenims (neįgalieji, priklausomybės ligomis sergantys, tuberkulioze sergantys). Kol kas paskirstyta (numatyti konkretūs projektai) apie 33 % visų numatytų lėšų. Finansuojamos šios veiklos aktualios tikslinėms grupėms:

- ASPI infrastruktūros pritaikymas neįgaliesiems. Tai pagerins paslaugų prieinamumą šiai tikslinei grupei.
- Kol kas dar nėra patvirtinta projektų, kurie finansuotų infrastruktūrą priklausomybės ligomis sergantiems žmonėms. Numatoma investuoti į Respublikinio priklausomybės ligų gydymo centro modernizavimą ir įrangos bei baldų, skirtų priklausomybės ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui užtikrinti, įsigijimą. Šį centrą sudaro Vilniaus, Kauno, Panevėžio, Klaipėdos ir Šiaulių filialai. Šios

⁵⁸ Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM, „Brangios sveikatos priežiūros technologijos: linijiniai greitintuvai 2016 m.“, Medicinos technologijų skyrius, 2017.

⁵⁹ Ten pat.

⁶⁰ Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM, „Brangios sveikatos priežiūros technologijos: mamografai 2016 m.“, Medicinos technologijų skyrius, 2017.

investicijos pagerins sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims.

- Tuberkuliozės diagnostikai ir tyrimams reikalingos infrastruktūros atnaujinimas, tuberkuliozės ligoninių patalpų rekonstrukcija, tiesiogiai stebimo gydymo kurso kabinetų įrengimas. Šios infrastruktūros atnaujinimas pagrįstas, kadangi ji reikalinga kokybiškam sveikatos paslaugų teikimui.
- Investicijos į pirminį sveikatos priežiūros lygį. Numatoma finansuoti priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo kabinetų įrengimą psichikos sveikatos centruose ir pirmines paslaugas teikiančių ASPĮ fizinės ir informacinės infrastruktūros pritaikymą neįgaliesiems.

Žiūrint bendrai į šias investicijas galima teigti, kad jos pagrįstos ir reikalingos, nes gerins sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą šiai tikslinei grupei.

4.2.3 Infrastruktūra vaikams

Priemonėmis finansuojamos šios veiklos susijusios su infrastruktūra:

- Remontuojamos ir reikalinga įranga aprūpinamos vaikų ligoninės ar ligoninių skyriai, kur gydomi vaikai. Šios investicijos pagrįstos, kadangi finansuojamose ligoninėse infrastruktūrą jau reikia atnaujinti (pvz., Vilniaus universiteto vaikų ligoninės, Vaiko raidos centro pagrindinio pastato stogas kiauras ir pats pastatas uždarytas, Marijampolės ligoninės mikroskopijos centro kabineto infrastruktūros būklė neleidžia užtikrinti joje ankstyvo ištyrimo dėl sergamumo tuberkulioze).
- Įsteigiami vaikų retų ligų kompetencijos centrai universitetų ligoninėse. Šios investicijos reikalingos siekiant pagerinti retomis ligomis sergančių vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą (pvz., išsiplės simptominių retųjų vaikų ligų laboratorinės diagnostikos ir stebėsenos tyrimų spektras).
- Investicijos į pirminį sveikatos priežiūros lygį vaikų ligų srityse. Konkretūs projektai dar nėra aiškūs, juos pasirinks patys regionai, regionų planavimo būdu. Investicijas jie skirs ten, kur būtent jų regione yra opiausios problemos, todėl investicijos turėtų būti pagrįstos.

4.2.4 Infrastruktūra vyresnio amžiaus žmonėms

Priemonės šioje kategorijoje skirtos sveiko senėjimo skatinimui, todėl prisideda prie vieno iš VP tikslų. Kaip minėta anksčiau, numatoma investuoti į geriatrijos paslaugų plėtrai reikalingos infrastruktūros sukūrimą/ atnaujinimą (geriatrijos centrų, stacionariųjų geriatrinų skyrių, geriatrijos dienos stacionarų ir konsultacinių kabinetų įkūrimą/ atnaujinimą). Infrastruktūra bus atnaujinama ASPĮ teikiančiose antrinio lygio paslaugose. Šioms veikloms numatoma skirti 29,1 mln. €. Poreikis tokio tipo infrastruktūros atnaujinimui yra. Kadangi kol kas nėra suplanuota konkrečių projektų, detalai įvertinti kuriamos infrastruktūros potencialaus panaudojimo, tęstinumo ir pasiekiamumo vyresnio amžiaus žmonėms nėra.

Pirminiam lygiui numatyta atskira priemonė. Ji apims ne tik infrastruktūrą vyresnio amžiaus žmonėms, bet visoms VP tikslinėms grupėms. Viso priemonei numatyta 34,8 mln. €. Lėšos paskirstytos skirtingiems regionams pagal tai, kiek pacientų yra prisirašę pirminį lygį teikiančiose įstaigose tame regione. Kiek konkrečiai lėšų bus skirta sveiko senėjimo veikloms kiekvienas regionas nustatys pats. Investicijas regionai turėtų skirti būtent opiausiomis problemoms regione, todėl investicijos turėtų būti pagrįstos.

4.2.5 Horizontalios priemonės

Čia nagrinėjama viena priemonė „08.1.3-CPVA-V-611 Skubios pagalbos traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais infrastruktūros tobulinimas“. Pagal ją finansuojamos ar numatomos finansuoti trys veiklos:

- Kauno klinikų infrastruktūros modernizavimas, įsigyjant medicininę ir diagnostinę įrangą, būtiną medicininės pagalbos teikimui pacientams nukentėjusiems nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių lemtų sužalojimų (5 599 519,00 €);
- suremontuotos ir naujausiems standartams pritaikyto Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės Toksikologijos centro patalpų remontas ir pritaikymas naujausiems standartams, tai yra, nupirktą visą reikiama medicinos ir kita įranga reanimacijai ir skyriui atnaujinti. Taip pat bus įsigyti 4 automatiniai imuninių psichoaktyviųjų medžiagų nustatymo analizatoriai pagrindinėms didžiausiomis Lietuvos ligoninėms (1 600 000 €);

- Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijos infrastruktūros atnaujinimas. Šio projekto metu laboratorija būtų aprūpinama laboratorine-diaagnostine įranga ir specialiaisiais automobiliais mėginiams transportuoti (600 000 €).

Šios investicijos reikalingos pagerinti patirtų traumų, sužalojimų ir apsinuodijimų diagnostiką, kokybišką gydymą bei paslaugų prieinamumą. Nacionalinės sveikatos priežiūros laboratorijos infrastruktūros atnaujinimas leis kokybiškai atlikti reikalingus tyrimus visą parą. Taip pat svarbu paminėti, kad Kauno klinikų projektas yra tęstinė 2007-2013 m. laikotarpio projekto „Kauno medicinos universiteto klinikų trečio (aukščiausio) lygio traumos ir skubios pagalbos centro plėtra“ veikla. Visa tai leidžia teigti, kad šios investicijos yra reikalingos ir jų nebūtų galima laikyti nepagrįstomis.

Vertinant bendrai ERPF investicijas pastebima, kad pasirinktos finansuoti sritys, kurios ir taip yra sąlyginai gerai išvystytos (pvz., širdies kraujagyslių, kraujotakos sistemų, onkologinių ligų gydymo infrastruktūra). Toks sprendimas grindžiamas aukštais mirtingumo rodikliais nuo širdies ir onkologinių ligų. Vis dėlto, nors ir mirtingumo rodikliai nuo šių ligų yra didžiausi, tačiau to priežastis gali būti ne pakankamos infrastruktūros trūkumas, o, pvz., sveikos gyvensenos įpročių ir ligų prevencijos veiklų stoka arba nepakankamas sveikatos paslaugų prieinamumas. Į sveikos gyvensenos įpročių ir ligų prevencijos veiklas investuojama ESF lėšomis. Į sveikatos paslaugų prieinamumą taip pat investuojama, tačiau būtų galima investuoti ir daugiau. Priemonės, kurios galėtų didinti paslaugų prieinamumą aptariamose 3.1.1. skyriuose.

Vertinant 2007-2013 ES fondų priemonių tęstinumą naudojant 2014-2020 m. ES fondų lėšas visų pirma reikia akcentuoti kiek skirtingus šių laikotarpių tikslus. 2007-2013 m. buvo investuojama į esamos sveikatos paslaugų infrastruktūros modernizavimą, siekiant gerinti sveikatos paslaugų kokybę. 2014-2020 m. siekiama mažinti sveikatos netolygumus ir investuojama tik į tikslines grupes, siekiant gerinti sveikatos paslaugų prieinamumą ir kokybę pirmiausiai būtent tikslinėms grupėms. Dėl šių priežasčių planuojant priemones nebuvo akcentuojamas tęstinumas, nes tam tiesiog nebuvo poreikio, taigi nebuvo ir imtasi priemonių tokiai sinergijai užtikrinti. Nepaisant to, tęstinumas išlaikytas. 2007-2013 periodu buvo pastatytas skubios pagalbos centras Kauno klinikose, o šiame periode investuojama į šios ligoninės infrastruktūrą. Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės infrastruktūra atsinaujina tiek šiame, tiek praeitame laikotarpyje. Be šių investicijų šiame periode taip pat toliau tęsiasi investicijos į infrastruktūrą širdies kraujagyslių ir kraujotakos sistemos ligų ir onkologijos ligų srityje. Taip pat toliau tęsiasi visuomenės sveikatos biurų modernizavimas. Praeitame periode modernizuota 11 sveikatos biurų, o šiame periode numatoma modernizuoti kitų miestų sveikatos biurus. Taip pat ESF lėšomis finansuojamas sveikatos ugdymo priemonių įgyvendinimą šiuose biuruose.

4.3 KURIAMŲ PRODUKTŲ SUDERINAMUMAS (ESF FINANSUOJAMOS PRIEMONĖS)

ESF priemonių praėjusiam laikotarpyje SAM nefinansavo. Kol kas daugiau nei pusė priemonių nėra pradėtos įgyvendinti, o kai kurios netgi nėra iki galo suplanuotos, todėl sudėtinga vertinti jų potencialų poveikį. Nepaisant to, galima numatyti, kad ESF priemonės yra labai svarbios ir naudingos, kadangi leis įdiegti naujus visuomenės sveikatos priežiūros modelius, kels specialistų kvalifikaciją, didins visuomenės sveikatos raštingumą. Vis dėlto, šios priemonės pridėtinę vertę turės tik tuo atveju, jeigu bus užtikrinamas finansuotų veiklų tęstinumas. Nors pagal ESF reglamentą finansuojamų veiklų tęstinumas nėra reikalaujamas, jis būtų protingas siekiant rezultatų (pvz., sveikatos įpročių pokyčių), nes daugelis jų pasiekiami ilgai ir nuosekliai vykdant tuos pačius veiksmus konkrečioje srityje. Pavyzdžiui, jeigu įvairios visuomenės sveikatos raštingumo skatinimo veiklos nutrūks pasibaigus projektams, jos neturės jokio poveikio, kadangi siekiant gerinti visuomenės raštingumą reikalingos ilgalaikės, nuoseklios ir nuolatos vykdomos priemonės (pvz., prevencinių programų žinomumo didinimas, mokymai ir informacijos sklaida apie ligas). Atlikti tyrimai ir metodikos neturės poveikio, jeigu nebus taikomi ir naudojami.

Vienas iš būdų tęstinumui užtikrinti kartu su veiklomis finansuoti ir jas įgyvendinančių institucijų darbuotojų kompetencijų didinimą. Taip jie bus pajėgūs patys organizuoti vykdomas veiklas ir pasibaigus projektams.

Vertinant einamųjų išlaidų finansavimo galimybes galima išskirti dvi priemonių veiklas, kur galima numatyti tokių išlaidų finansavimo riziką:

- Priemonė „08.4.2-ESFA-V-617 Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“ – viena iš veiklų yra rezidentūros studijų finansavimas. Rezidentūros studijos taip pat finansuojamos iš valstybės biudžeto lėšų. Nepaisant to, einamosios išlaidos nėra finansuojamos, kadangi nors ir finansuojamos rezidentūros studijos, investicijos naudojamos pritraukti jaunus gydytojus į regionus. Taigi, nors tiesiogiai finansuojamos rezidentūros studijos, investicijų tikslas pritraukti specialistus į regionus. Tai leidžia teigi, kad einamosios išlaidos nėra finansuojamos.
- Priemonė „08.4.2-ESFA-R-630 Sveikos gyvensenos skatinimas regioniniu lygiu“ – viena iš finansuojamų veiklų (sveikatos ugdymo priemonių įgyvendinimas) atitinka dalį visuomenės sveikatos biurų (galimi pareiškėjai) įgyvendinamų einamųjų veiklų. Priemonė nefinansuoja einamųjų išlaidų, kadangi finansuojamos veiklos nukreiptos į tam tikras tikslines grupes. Paprastai šių biurų vykdomoje veikloje nebūtinai orientuojamasi į šias tikslines grupes.

Taigi, nors ir kai kuriais atvejais gali atrodyti, kad bus finansuojamos einamosios išlaidos, priemonės suplanuotos taip, kad rizikos, jog bus finansuojamo einamosios išlaidos nėra.

Dar apie tris priemones kol kas nėra prieinama pakankamai informacijos (kadangi nėra galutinai aiškios priemonių veiklos) įvertinti, ar nėra grėsmės finansuoti einamąsias išlaidas:

- Priemonė „08.4.2-ESFA-V-619 Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas onkologinių ligų srityje“;
- Priemonė „08.4.2-ESFA-V-613 Sveiko senėjimo skatinimo iniciatyvos“;
- Priemonė „08.4.2-ESFA-K-616 Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms kraujotakos sistemos, galvos smegenų kraujotakos ligų ir traumų, nelaimingų atsitikimų bei kitų išorinių mirties priežasčių srityse“.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Tinkamumas

1. 8 prioriteto sveikatos priemonių rinkinys ir jo keliama tikslai išlieka aktualūs atsižvelgiant į esamus sveikatos sistemos iššūkius ir sprendžia didžiąją dalį pagrindinių sveikatos sistemos problemų. Šio prioriteto priemonės nesprendžia problemų, kurios: a) nesusijusios su SAM kompetencijomis (nesaugi socialinė aplinka), b) pagal ES fondų finansavimo taisyklės negalėtų būti finansuojamos (didelė pacientams tenkanti tiesioginių išlaidų našta) (žr. 3 skyrių).
2. 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. Visos priemonės yra nukreiptos į VP tikslines grupes, todėl jos prisidės prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo joms gerinimo. Tai pasireiškia gerinant sveikatos paslaugų infrastruktūrą tikslinėms VP grupėms, šviečiant, mokant ir informuojant jas apie sveiką gyvenseną, atnaujinant ir rengiant gydymo ir diagnostikos metodikas, tvarkos aprašus, tobulinant gydytojų ir kitų specialistų kvalifikaciją, atnaujinant rezidentūros studijų modelį. Priemonės sveiko senėjimo srityje dar nėra iki galo suplanuotos. Vertinant šioje srityje planuojamas įgyvendinti veiklas galima teigti, kad visos jos yra skirtos sveikatos paslaugų kokybės gerinimui vyresnio amžiaus žmonėms, taip pat žmonių švietimui, mokymui ir informavimui visose amžiaus grupėse, todėl prisidės prie sveiko senėjimo skatinimo. Priemonės, skirtos sveikatos netolygumų mažinimui prie jo prisideda nepakankamai. 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. (žr. 3.1. skyrių).
3. Priemonės tiesiogiai prisideda prie šešių⁶¹ iš septynių VP rezultato rodiklių ir prie nacionalinių rezultato rodiklių, kuriuos numato siekti atskiros priemonės. Problemų gali kelti rodiklio „Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, skirtumas tarp miestų ir rajonų savivaldybių gyventojų“ pasiekimas. Šis rodiklis matuoja geografinius netolygumus. Jis neapima netolygumų tarp skirtingų tikslinių grupių (vaikų, pažeidžiamiausių grupių, vyresnio amžiaus žmonių), kadangi jos yra tiek miestuose, tiek kaime. ERPF investicijos nepakankamai prisideda prie šio rodiklio, kadangi didelė dalis investicijų nukreipta į infrastruktūros atnaujinimą didžiuosiuose miestuose. Dėl 2 rekomendacijoje pateiktų priežasčių, geografinius sveikatos netolygumus ERPF priemonės mažins nepakankamai. Prie rodiklio prisidės ESF priemonės. Jos nukreiptos būtent į tikslines grupes tarp kurių yra ir tikslinės savivaldybės (žr. 3.1.4. skyrių).
4. Visos keturios VP išskirtos tikslinės grupės (tikslinių teritorijų gyventojai, socialinės rizikos grupių asmenys, vaikai iki 18 m., vyresnio amžiaus (55 m. amžiaus ir vyresni) gyventojai) yra pasiekiamos priemonių rinkinio. Priemonės, nukreiptos į vaikus ir į tam tikrų socialinės rizikos grupių asmenis, atitinka šių tikslinių grupių poreikius. Tuo tarpu priemonės, kurios turėtų būti nukreiptos į tikslinių teritorijų gyventojus daugeliu atveju nukreiptos į didžiųjų miestų ASPĮ infrastruktūrą. Nors ir tokios investicijos pagrįstos ir gerina paslaugų kokybę ir prieinamumą tikslinių savivaldybių gyventojams, jos lygiai taip pat gerina paslaugų kokybę ir prieinamumą ir miestų gyventojams. Taigi, nors tikslinė grupė pasiekama, jos poreikiai atliepiami tik dalinai. Sveiko senėjimo priemonių veiklos kol kas nėra galutinai patvirtintos. Vertinant šioje srityje planuojamas finansuoti veiklas galima teigti, kad investicijos bus nukreiptos tiesiogiai į tikslinę grupę ir todėl turėtų atitikti jos poreikius (žr. 3.2. skyrių).

⁶¹ 1) Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo cerebrovaskulinių ligų; 2) Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo kraujotakos sistemos ligų; 3) Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo piktybinių navikų; 4) Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose dėl išorinių mirties priežasčių; 5) Didžiausiais sveikatos ir jos priežiūros prieinamumo netolygumais pasižyminčiuose regionuose gyvenančių asmenų, dalyvaujančių prevencinėse programose, dalis; 6) Tikslinių grupių asmenų, pakeitusių gyvenimą dėl sveikatos įgyvendinus ESF lėšomis finansuotą visuomenės informavimo, švietimo ir mokymo veiklas (sveikos gyvensenos, sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo, ligų prevencijos temomis), dalis.

5. Siekiant padidinti tikimybę pasiekti VP tikslus, aktualios šios veiklos: ASPĮ tinklo optimizavimas, didesnis dėmesys prevencijai (pvz., stiprinant pirminę sveikatos priežiūrą), sveikatos raštingumo integravimas į bendrojo lavinimo programas, socialinio ir sveikatos sektorių integracija (žr. 3.3 skyrių).

Suderinamumas

6. Priemonės nedubliuoja nei vienos kitų, nei kitų institucijų priemonių. Tai buvo užtikrinta derinant priemones jų planavimo pradžioje, taip pat įgyvendinančių institucijų (ESFA ir CPVA), VP įgyvendinimo metu (žr. 4.1. skyrių).
7. Tarp priemonių galima atrasti sinergijų (pvz., skirtingos priemonės finansuojamos tuose pačiuose ligų klasteriuose, pvz., tuberkuliozės, onkologinių, širdies kraujagyslių, vaikų ligų). Sinergijos čia pasireiškia, kadangi tose pačiose srityse derinamos skirtingos priemonės – investuojama tiek į infrastruktūrą (diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės gerinimas), tiek į „minkštąsias“ priemones (prevencinės priemonės, visuomenės švietimas). Taip skirtingo tipo priemonės iš esmės efektyviau siekia bendro tikslo – kuo anksčiau diagnozuoti ir kokybiškai gydyti ligas. Taip pat, pasitaiko atvejų, kai priemonės tiesioginiai papildo viena kitą (pvz., tiesiogiai stebimo gydymo kurso kabinetų įrengimas tuberkuliozės srityje ir pacientų pritraukimas į juos) (žr. 4.1. skyrių).
8. Investicijos į širdies ir onkologinių ligų infrastruktūrą yra pagrįstos, remiantis Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos tyrimais. Nors medicininės įrangos skaičius beveik visais atvejais pakankamas, yra poreikis pakeisti seną įrangą naujesne. Tyrimuose pastebima, kad didžiosios dalies įrangos naudojimo intensyvumas vidutinis arba mažas. Įstaigos turi imtis priemonių padidinti įrangos naudojimo intensyvumą (žr. 4.2.1. skyrių). Infrastruktūra socialinėms rizikos grupėms ir vaikams yra pagrįsta ir reikalinga, nes gerins sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą šiems tikslinėms grupėms (žr. 4.2.2 ir 4.2.3. skyrius). Vyresnio amžiaus žmonėms skirtos infrastruktūros projektai kol kas nėra suplanuoti. Vertinant numatomas investicijų kryptis (geriatrijos paslaugoms skirta infrastruktūra), galima teigti, kad poreikis tokios infrastruktūros atnaujinimui yra, tačiau detalai įvertinti kuriamos infrastruktūros potencialaus panaudojimo, tęstinumo ir pasiekiamumo vyresnio amžiaus žmonėms kol kas galimybių nėra (žr. 4.2.4. skyrių).
9. 2007–2013 m. laikotarpiu sukurtos infrastruktūros tęstinumo 2014–2020 m. laikotarpyje nebuvo stengiamasi užtikrinti dėl skirtingų laikotarpių tikslų. Nepaisant to, tęstinumas kai kuriais atvejais išlaikytas, pvz., tęsiami skubios pagalbos centrų atnaujinimai, tęsiamos investicijos į infrastruktūrą širdies kraujagyslių ir kraujotakos sistemos ligų ir onkologijos ligų srityje, tęsiamas visuomenės sveikatos biurų modernizavimas ir finansuojamos jų veiklos (žr. 4.2 skyrių).
10. Didelė dalis ESF lėšomis finansuotų priemonių dar nėra pradėtos įgyvendinti. Jos turėtų leisti įdiegti naujus visuomenės sveikatos priežiūros modelius, tobulinti specialistų kvalifikaciją, didinti visuomenės sveikatos raštingumą. Šios priemonės pridėtinę vertę turės tik tuo atveju, jeigu bus užtikrinamas finansuotų veiklų tęstinumas. Pagal ESF reglamentą tęstinumas nėra reikalaujamas, bet jis reikalingas siekiant pasiekti norimus rezultatus (pvz., sveikatos įpročių pokyčius) ilguoju laikotarpiu (žr. 4.3 skyrių).
11. ESF lėšomis finansuojamos priemonės suplanuotos taip, kad rizikos, kad bus finansuojamos einamosios išlaidos nėra (žr. 4.3 skyrių).

Rekomendacijos

Nr.	Iššūkis / problema / galimybė	Rekomendacija	Atsakinga institucija (-os)
Specifinės rekomendacijos			
1	Pakopinių kompetencijų modelio diegimas rezidentūros studijose ne tik pagerins rezidentūros studijų kokybę, bet ir leis efektyviau pritraukti specialistus į regionus. Siekiant dar labiau didinti regionų patrauklumą būtų galima peržiūrėti bei atnaujinti ir internatūros (praktikos medicinos studijų metu) modelį Tobulintinos šios kryptys: • Dabar studijų metu studentai visą laiką praleidžia universitetinėse gydymo įstaigose. Būtų galima suteikti jiems daugiau galimybių studijų metu susipažinti ir su rajoninėmis ASPĮ. • Šiuo metu nėra sudarytos geros sąlygos internatūrą atlikti regionų ASPĮ. • Internatūros tikslas – suteikti studentams praktinių įgūdžių. Nepaisant to, teisiškai studentai internatūros metu negali vykdyti jokių veiklų, net prisiliesti prie paciento, nes nėra ligoninės darbuotojai. Medicinos studentų teisių reglamentavimo klinikinėje praktikoje nėra.	Inicijuoti internatūros (praktikos medicinos studijų metu) studijų modelio peržiūrą ir atnaujinimą. Tobulintinos šios kryptys: suteikti studentams daugiau galimybių susipažinti ne tik su universitetinėmis ASPĮ, bet ir su ASPĮ regionuose; sudaryti geresnes sąlygas (socialinės garantijos, apgyvendinimo ar kelionių išlaidos); medicinos studentų teisinis statusas ir atsakomybės atliekant internatūrą. Šiam tikslui galima būtų panaudoti ESF lėšas, skiriant papildomų išteklių priemonei „08.4.2-ESFA-V-617 Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“.	SAM
2	Pagal demografines tendencijas geriatrijos paslaugų paklausa auga ir ateityje tik augs. Augant paklausai svarbu užtikrinti kokybišką ir prieinamą tokių paslaugų teikimą ir tuo pačiu įgalinti žmones kuo ilgiau gyventi savarankiškai ir oriai.	Finansuojant sveiko senėjimo priemones investuoti į: mobilios slaugos ir pagalbos paslaugas, suteikiamas namuose; slaugos specialistų ir gydytojų kompetencijų geriatrijos srityje kėlimą; senėjančios visuomenės sveikatos ir socialinių tendencijų tyrimus ir stebėseną; palankios aplinkos vyresnio amžiaus žmonėms kūrimą (pvz., skatinti vyresnio amžiaus žmonių dalyvavimą socialiniame gyvenime, pvz., trečio amžiaus universiteto veiklose), skatinti sveiką gyvenseną slaugos namuose. Sveikam senėjimui taip pat labai svarbios sveikos gyvensenos skatinimo priemonės ir kitose amžiaus grupėse (ypač jaunystėje), nes jaunystėje gyvenant sveikai vėliau mažiau sveikatos problemų kyla ir senatvėje.	SAM
3	ERPF priemonės širdies ir onkologijos ligų srityse daugiausiai orientuotos į ASPĮ infrastruktūros atnaujinimą didžiuosiuose miestuose, todėl nepakankamai prisideda prie sveikatos netolygumų mažinimo.	Sveikatos netolygumus mažinti taip pat būtų galima: • Užtikrinant/kompensuojant keliones į ir iš gydymo įstaigų; • Užtikrinti, kad regionų centruose būtų tinkama infrastruktūra pirminiams tyrimams ir diagnostikai atlikti; • Kuriant mobilias brigadas; • Plėtojant telemediciną; • Taip pat žr. 4, 5 ir 9 rekomendacijas.	SAM, SADM, savivaldybės
4	Siekiant kuo anksčiau diagnozuoti širdies ligomis sergančius žmones, reikia užtikrinti kuo platesnį ir gyventojams patogesnę kardiologijos prevenciją vykdančių vietų tinklą.	Esant nepanaudotų ERPF lėšų, finansuoti kardiologijos prevencijai skirtus kabinetus ir širdies nepakankamumui gydyti skirtus kabinetus tikslinėse teritorijose (ši veikla buvo suplanuota, tačiau dėl lėšų trūkumo nebus finansuojama).	SAM
5	Onkologinių ir širdies ligų prevencinės programos vyksta, tačiau jos ne visuomet pritraukia žmones	Nepanaudotas ESF lėšas skirti motyvuoti žmones dalyvauti prevencinėse programose (pvz., organizuojant transportavimą į patikras atliekančias ASPĮ, finansuojant tyrimus, kurie	SAM

Nr.	Iššūkis / problema / galimybė	Rekomendacija	Atsakinga institucija (-os)
Specifinės rekomendacijos			
		išsiaiškintų motyvacijos stokos priežastis, ir tuomet jas spręsti, siunčiant kvietimus patikrinti, organizuojant „sveikatos tarpininkus“ regionuose (žr. xx iliustraciją 3.3. skyriuje)) ir kitaip motyvuojant tikslines grupes dalyvauti patikrose.	
6	Sukurtos metodikos ir atlikti tyrimai neturės poveikio, jeigu nebus taikomi ir naudojami. Visuomenės švietimo ar gydytojų kvalifikacijos tobulinimo veiklos ilgalaikio poveikio taip pat neturės, jeigu bus vienkartinės. Todėl labai svarbu užtikrinti šių veiklų tęstinumą, nors pagal ESF reglamentą to nėra reikalaujama (pvz., sveikatos įpročiai keičiami tik ilgai ir nuosekliai su tuo dirbant).	Finansuoti ESF veiklas įgyvendinančių institucijų (pvz., visuomenės sveikatos biurų) darbuotojų kompetencijų didinimą. Taip jie pasibaigus projektams bus pajėgūs patys organizuoti vykdomas veiklas. Kompetencijos kėlimas turėtų būti orientuotas į sveikatos stebėsenos ir vertinimo duomenų pritaikymą ir bendradarbiavimą tarp sveikatos biurų ir ASPĮ bei socialinių darbuotojų. ESF lėšomis finansuoti iniciatyvas, kai sveikatos biurų darbuotojai eina į pirminio lygio ASPĮ ir supažindina ten esančius pacientus su sveikatos biurų veikla. Tai leis pritraukti daugiau pacientų į sveikatos biurus ir pagerins bendradarbiavimą tarp sveikatos biurų ir ASPĮ.	SAM, ESFA
Strateginės rekomendacijos			
7	Šiuo metu ruošiamasi penktam ASPĮ tinklo optimizavimo etapui. SAM su VLK rengia siūlymus, valstybės kontrolė atlieka auditą. Nors planai tinkami, iššūkių gali kelti jų įgyvendinimas.	Didelį dėmesį skirti ASPĮ tinklo optimizavimo įgyvendinimo procesui. Reikėtų stengtis nenukrypti nuo suplanuotų veiklų, atsiriboti nuo politikos, taip pat vengti situacijų, kai ligoninė neuždaroma, nes ji buvo finansuota ES lėšomis.	SAM, VLK
8	Šeimos gydytojai nors ir sugeba diagnozuoti, pvz., širdies ligas, ir esant poreikiui siųsti pacientą specialistui, jų galimybės skirti instrumentinius ir laboratorinius tyrimus, pratęsti vaistų receptus – ribotos. Taip neracionaliai didinamas krūvis specialistams dėl ko susidaro eilės.	Toliau stiprinti pirminę sveikatos priežiūrą, mažinti administracinę naštą ir apribojimus šeimos gydytojams. Taip pat siekti didžiąją dalį sveikatos problemų išspręsti pirminiame lygyje, pvz., didinant šeimos gydytojų skaičių; tobulinant šeimos gydytojų rengimą ir tęstinį mokymą; plečiant šeimos gydytojų komandą, įtraukiant ir kitų sričių specialistus.	SAM
9	Sveikatos raštingumo didinimo priemonės yra ypač efektyvios vaikams, tačiau sveikatos raštingumo ugdymas bendrojo lavinimo mokyklose nepakankamas.	Šiuo metu švietimo ir mokslo ministerija ruošiasi ugdymo programų atnaujinimui. SAM galėtų pasinaudoti šia galimybe, ištraukti į šį procesą ir užtikrinti, kad sveikatos raštingumas būtų integruotas į bendrojo lavinimo programas.	SAM
10	SAM ir SADM funkcijos teikiant paslaugas namuose gali persidengti. Šiuo metu nėra pakankamai koordinuojamas paslaugų namuose teikimas tarp gydytojų, slaugytojų ir socialinių darbuotojų, taip pat nėra aiškaus įeigos taško, kur reikia socialinės globos, kur gydytojo įsikišimo.	Inicijuoti paslaugų teikimo namuose modelio peržiūrą, akcentuojant informacijos keitimąsi ir atsakomybių pasidalinimą.	SAM, SADM, savivaldybės

1 PRIEDAS. INTERVIU RESPONDENTAI

Ekspertas	Institucija ir pareigos	El. paštas	Interviu data
SAM atstovai			
Edita Laurinavičienė	Europos Sąjungos paramos skyriaus vedėja	edita.laurinaviciene@sam.lt	04 05
Sandra Jarašiūnienė	Europos Sąjungos paramos skyriaus vyriausioji specialistė	sandra.jarasiuniene@sam.lt	04 11
CPVA ir ESFA atstovai			
Inga Moisiejūtė	CPVA Struktūrinės paramos projektų I departamento direktorė	i.moisiejute@cpva.lt	04 04
Aurima Lasickienė	CPVA Struktūrinės paramos projektų I departamento, Sveikatos projektų skyriaus viršininkė	a.lasickiene@cpva.lt	04 04
Algimantas Kartočius	ESFA Projektų valdymo skyriaus III projektų vertinimo koordinatorius	Algimantas.Kartocius@esf.lt	04 09
Ekspertai			
Dainius Pūras	JT Specialusis pranešėjas teisei į fizinę ir psichikos sveikatą	dainius.puras@gmail.com	04 04
Martynas Gedminas	Jaunųjų gydytojų asociacijos prezidentas	martynas@jauniejiigydytojai.lt	04 03
Prašė nenurodyti asmens duomenų	ASPI direktorius	NA	03 29
Tikslinių grupių atstovai			
Vida Augustinienė	Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybos pirmininkė	info@pacientutaryba.lt	04 04
Urte Builytė	VU rezidentų tarybos pirmininkė	rtpirmininkas.vu@gmail.com	04 05
Vaida Bartašiūtė	Priemonės „Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“ dalyvė	bartasiute.vaida@gmail.com	04 11
Šarūnas Narbutas	Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija	sarunas.narbutas@pola.lt	05 16

2 PRIEDAS. NACIONALINIŲ REZULTATO RODIKLIŲ RYŠYS SU PRIEMONĖMIS

Nacionalinis rezultato rodiklis	Priemonės, kurios prisideda prie jo pasiekimo
Mirtingumas nuo tuberkuliozės	Intervencijos kovai su tuberkulioze
Sergamumas tuberkulioze	
Vaikų sergamumas tuberkulioze	
Sergamumas plaučių tuberkulioze	
Dauginio atsparumo vaistams tuberkuliozės atvejai, nuo visų naujų tuberkuliozės atvejų	
Naujai susirgusių plaučių tuberkulioze asmenų nutraukto gydymo atvejų dalis	
Sėkmingai išgydytų naujų bakteriologiškai patvirtintų plaučių tuberkuliozės atvejų dalis	
Pacientų, gydytų dėl išeminio galvos smegenų insulto ir mirusių stacionare, dalis (nuo visų hospitalizuotų pacientų, patyrusių išeminį galvos smegenų insultą)	Intervencijos galvos smegenų kraujotakos ir kraujotakos sistemos ligų srityje
Pacientų, kuriems taikyta sisteminė trombolizė ir / ar mechaninė trombektomija, dalis (nuo visų insulto gydymo centre hospitalizuotų pacientų, patyrusių išeminį galvos smegenų insultą)	
Pacientų, konsultuotų ir reabilituotų medicininės reabilitacijos specialistų komandos per pirmąsias 72 val. nuo atvykimo į insulto gydymo centrą laiko, dalis (nuo visų dėl išeminio galvos smegenų insulto hospitalizuotų pacientų)	
Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas	Visos intervencijos gerinančios sveikatos paslaugų kokybę ir sveiko senėjimo intervencijos
Neįgalių pacientų, vertinančių fizinės ir informacinės aplinkos pritaikymo specialiesiems neįgaliųjų poreikiams lygį ES struktūrinę paramą gavusiose asmenų sveikatos priežiūros įstaigose gerai ir labai gerai, dalis	Intervencijos orientuotos į pažeidžiamiausias grupes ir priklausomybės ligų profilaktiką ir prevenciją
Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijoje atliekamų organinių nuodingųjų medžiagų, psichoaktyviųjų medžiagų ir metalų koncentracijų žmogaus organizmo biologinėse terpėse laboratorinio ištyrimo trukmės sumažėjimas	Intervencijos orientuotos į skubios pagalbos teikimą
Vaikai, kuriems patvirtinta retos ligos diagnozė	Intervencijos vaikų sveikatos priežiūros srityje
Asmenų, kurie po dalyvavimo ESF veiklose baigė rezidentūros studijas, dalis	Specialistų pritraukimas į regionus
Rezidentūros studijas pabaigę asmenys, kurie mažiausiai 2 metus dirbo asmenų sveikatos priežiūros įstaigose tikslinėse teritorijose	Intervencijos orientuotos į pažeidžiamiausias grupes ir priklausomybės ligų profilaktiką ir prevenciją
Apsilankymų žemo slenksčio paslaugų kabinetuose skaičiaus padidėjimas	
Vyresnių nei 60 metų asmenų dalis nuo visų sveikatos mokymo renginiuose dalyvaujančių asmenų	Intervencijos sveiko senėjimo srityje (kol kas nėra aišku, kas tiksliai bus finansuojama, todėl nėra aišku, ar priemonės prisidės prie šių rodiklių)
Fiziškai aktyvių asmenų dalies 65–74 metų amžiaus asmenų grupėje padidėjimas	
65 metų ir vyresnių asmenų, paskiepytų nuo gripo, dalis	
55 metų amžiaus ir vyresnių Lietuvos gyventojų, žinančių, ką reiškia gyventi sveikai, dalies padidėjimas	
55 metų amžiaus ir vyresnių Lietuvos gyventojų, manančių, kad jie atsakingi už savo sveikatą, dalies padidėjimas	
Tikslinių teritorijų gyventojų, žinančių, ką reiškia gyventi sveikai, dalies padidėjimas	Intervencijos žemo gyventojų sąmoningumo sveikos gyvensenos srityje
Tikslinių teritorijų gyventojų, manančių, kad jie atsakingi už savo sveikatą, dalies padidėjimas	

Šaltinis: Visionar yAnalytics, remiantis www.esinvestijos.lt

3 PRIEDAS. SVEIKATOS ATVEJO REZULTATŲ PRISTATYMO IR APTARIMO RENGINIO DALYVIŲ SĄRAŠAS

Vardas Pavardė	Istaiga	El. paštas
Agnė Miseliūnienė	ESTEP	a.miseliuniene@estep.lt
ALGIRDAS ČEPAS	LR Sveikatos apsaugos ministerija	algirdas.cepas@sam.lt
Asta Kulbačiauskienė	Europos socialinio fondo agentūra	asta.kulbaciauskiene@esf.lt
Aurima Lasickienė	Centrinė projektų valdymo agentūra	a.lasickiene@cpva.lt
Banga Vaitkutė	LR Finansų ministerija	bang.vaitkute@finmin.lt
Dalia Jelinskiene	LR Sveikatos apsaugos ministerija	dalia.jelinskiene@sam.lt
Edita Laurinavičienė	LR Sveikatos apsaugos ministerija	edita.laurinaviciene@sam.lt
Evaldas Navickas	VšĮ Antakalnio poliklinika	evaldas.navickas@antakpol.lt
Gintaras Kacevičius	Valstybinės ligonių kasos	gintaras.kacevicius@vlk.lt
Igoris Baikovskis	LR Sveikatos apsaugos ministerija	igoris.baikovskis@sam.lt
Jonas Antanavičius	Visionary Analytics	jonas@visionary.lt
Jūratė Sabalienė	Valstybinės ligonių kasos	jurate.sabaliene@vlk.lt
Lina Jaruševičienė	LR Sveikatos apsaugos ministerija	lina.jaruseviciene@sam.lt
Odeta Vitkūnienė	LR Sveikatos apsaugos ministerija	odeta.vitkuniene@sam.lt
Oksana Mažeikaitė	Europos socialinio fondo agentūra	oksana.mazeikaite@esf.lt
Ramunė Aukštakalnytė	LR Sveikatos apsaugos ministerija	ramune.aukstakalnyte@sam.lt
Rima Vaitkienė	LR Sveikatos apsaugos ministerija	rima.vaitkiene@sam.lt
Sandra Jarašiūnienė	LR Sveikatos apsaugos ministerija	sandra.jarasiuniene@sam.lt
Simonas Gaušas	Visionary Analytics	simonas@visionary.lt
Vilija Šemetienė	LR Finansų ministerija	vilija.semetiene@finmin.lt
Živilė Čimolauskaitė	Europos socialinio fondo agentūra	zivile.cimolauskaite@esf.lt

4 PRIEDAS. DETALŪS INTERVENCIJŲ, GERINANČIŲ SVEIKATOS PASLAUGŲ KOKYBĘ, APRAŠYMAI

Šiame priede pateikiamas visų iki 2018 balandžio 23 d. žinomų projektų sąrašas. Jis naudojamas apskaičiuojant kaip ir kokioms tikslinėms grupėms paskirstytos investicijos.

Priemonės pavadinimas	Projekto pavadinimas	Projekto vykdytojo pavadinimas	Projekto būseną	Projektui skirtos finansavimo lėšos, €	Savivaldybė, kurioje vykdomas projektas*
Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas	Galvos smegenų kraujotakos sutrikimų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimas Kauno klinikose	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Igyvendinama sutartis	4 800 242,00	Kaunas
	Galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo bei kokybės plėtojimas ir tobulinimas	Viešojo įstaiga Klaipėdos jūrininkų ligoninė	Igyvendinama sutartis	3 400 200,00	Klaipėda
	Galvos smegenų kraujagyslių ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje	Viešojo įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė	Igyvendinama sutartis	1 468 055,00	Panevėžys
	Galvos smegenų kraujotakos ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje	Viešojo įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė	Igyvendinama sutartis	2 331 158,00	Šiauliai
	Galvos smegenų kraujotakos ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas VšĮ RVUL	Viešojo įstaiga Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	Igyvendinama sutartis	2 326 975,00	Vilnius
	Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo infrastruktūros gerinimas VšĮ VUL Santaros klinikose	Viešojo įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Igyvendinama sutartis	3 507 167,00	Vilnius
Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas	Greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų prieinamumo pagerinimas sveikatos netolygumais pasižyminčiuose Lietuvos rajonuose	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	Igyvendinama sutartis	4 502 914,65	NA
Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas	Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas Kauno klinikose	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Vertinama paraiška	3 526 044,50	Kaunas
	Kraujotakos sistemos ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje	Viešojo įstaiga Klaipėdos jūrininkų ligoninė	Yra valstybės projektų sąraše	1 700 469,42	Klaipėda
	Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje	Viešojo įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė	Vertinama paraiška	976 211,00	Panevėžys
	Kraujotakos sistemos ligų diagnostikos ir gydymo infrastruktūros modernizavimas Respublikinės Šiaulių ligoninės Širdies ir kraujagyslių centre	Viešojo įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė	Yra valstybės projektų sąraše	1 635 000,00	Šiauliai
	Kraujotakos sistemos ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui skirtos kardiologinės ir kardiochirurginės infrastruktūros atnaujinimas VULSK	Viešojo įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Vertinama paraiška	3 678 878,00	Vilnius
Onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūros tobulinimas	Inovatyvių technologijų galvos navikų gydymui įdiegimas Kauno klinikose	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Igyvendinama sutartis	7 700 000,00	Kaunas
	Onkologinių ligų spindulinio gydymo infrastruktūros tobulinimas Kauno klinikose	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Igyvendinama sutartis	4 600 000,00	Kaunas
	Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas Nacionaliniame vėžio institute, diegiant inovatyvias technologijas	Nacionalinis vėžio institutas	Igyvendinama sutartis	365 239,92	Vilnius
	Spindulinės terapijos paslaugų infrastruktūros modernizavimas Nacionaliniame vėžio institute	Nacionalinis vėžio institutas	Igyvendinama sutartis	4 597 944,76	Vilnius
Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų	NA	Vilniaus priklausomybės ligų centras (nuo 2017 m. lapkričio 1 d. - Respublikinis priklausomybės ligų centras)	Neaiškus projektas, bet aiškus	5 683 367,00	NA

*2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos tarpinio vertinimo paslaugos:
ES fondų investicijų į sveikatos sektorių tinkamumo ir suderinimo atvejo studija*

infrastruktūros tobulinimas			pareiškėjas		
Skubios pagalbos traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių atvejais infrastruktūros tobulinimas.	Kauno klinikose teikiamų skubios pagalbos paslaugų kokybės bei prieinamumo užtikrinimas	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Igyvendinama sutartis	5 599 519,00	Kaunas
	Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijos infrastruktūros modernizavimas: aprūpinimas laboratorine-diaagnostine įranga ir specialiaisiais automobiliais mėginiams transportuoti	Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija	Pagal PFSA projektą	600000	NA
	Toksikologinių paslaugų teikimo ir gydymo kokybės gerinimas Lietuvoje	Viešojo įstaiga Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	Igyvendinama sutartis	1 600 000,00	NA
Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems	VŠĮ Lazdijų ligoninės infrastruktūros pritaikymas žmonėms su negalia	Viešojo įstaiga "Lazdijų ligoninė"	Igyvendinama sutartis	119 986,13	Lazdijai
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems VŠĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninėje	Viešojo įstaiga Anykščių rajono savivaldybės ligoninė	Igyvendinama sutartis	93 780,91	Anykščiai
	VŠĮ Biržų ligoninės pastato ir aplinkos pritaikymas neįgaliesiems	Viešojo įstaiga Biržų ligoninė	Igyvendinama sutartis	114 912,45	Biržai
	VŠĮ Joniškio ligoninės aplinkos pritaikymas neįgaliesiems	Viešojo įstaiga Joniškio ligoninė	Igyvendinama sutartis	119 396,22	Joniškis
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems VŠĮ Kaišiadorių ligoninėje	Viešojo įstaiga Kaišiadorių ligoninė	Igyvendinama sutartis	120 000,00	Kaišiadorys
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems VŠĮ Kupiškio ligoninėje	Viešojo įstaiga Kupiškio ligoninė	Igyvendinama sutartis	120 000,00	Kupiškis
	Viešosios įstaigos Kuršėnų ligoninės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems	Viešojo įstaiga Kuršėnų ligoninė	Igyvendinama sutartis	120 000,00	Kuršėnai
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems VŠĮ N. Akmenės ligoninėje	Viešojo įstaiga Naujosios Akmenės ligoninė	Igyvendinama sutartis	120 000,00	Naujoji Akmenė
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems VŠĮ Pakruojo ligoninėje	Viešojo įstaiga Pakruojo ligoninė	Igyvendinama sutartis	119 970,00	Pakruojis
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas VŠĮ Pasvalio ligoninėje	Viešojo įstaiga Pasvalio ligoninė	Igyvendinama sutartis	119 290,79	Pasvalys
	Prienų ligoninės fizinės ir informacinės aplinkos pritaikymas neįgaliesiems	Viešojo įstaiga Prienų ligoninė	Igyvendinama sutartis	120 000,00	Prienai
	VŠĮ Rokiškio rajono ligoninės pastato pritaikymas neįgaliesiems	Viešojo įstaiga Rokiškio rajono ligoninė	Igyvendinama sutartis	115 160,88	Rokiškis
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems VŠĮ Šakių ligoninėje	Viešojo įstaiga Šakių ligoninė	Igyvendinama sutartis	93 132,00	Šakiai
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems VŠĮ Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninėje	Viešojo įstaiga Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninė	Igyvendinama sutartis	119 159,90	Šalčininkai
	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems VŠĮ Varėnos ligoninėje	Viešojo įstaiga Varėnos ligoninė	Igyvendinama sutartis	120 000,00	Varėna
Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas	Atsparios tuberkuliozės gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas viešojoje įstaigoje Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninėje	Viešojo įstaiga Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė	Igyvendinama sutartis	364 263,34	Alytus
	Tuberkuliozės diagnostikos kokybės gerinimas VŠĮ Marijampolės ligoninėje	Viešojo įstaiga Marijampolės ligoninė	Igyvendinama sutartis	9 351,51	Marijampolė
	Tuberkuliozės diagnostikos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas VŠĮ Regioninėje Telšių ligoninėje	Viešojo įstaiga Regioninė Telšių ligoninė	Igyvendinama sutartis	21 026,00	Telšiai
	„VŠĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės tuberkuliozės diagnostikos ir gydymo infrastruktūros modernizavimas ir gydymo efektyvumo didinimas“	Viešojo įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė	Yra valstybės projektų sąraše	728 195,99	Panevėžys
	Tuberkuliozės profilaktikai, diagnostikai ir gydymui naudojamos infrastruktūros	Viešojo įstaiga Respublikinė Šiaulių	Igyvendinama	579 698,00	Šiauliai

*2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos tarpinio vertinimo paslaugos:
ES fondų investicijų į sveikatos sektorių tinkamumo ir suderinimo atvejo studija*

	modernizavimas Respublikinės Šiaulių ligoninės TPLK	ligoninė	sutartis		
	Tuberkuliozės diagnostikos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas VšĮ Utenos ligoninėje	Viešojo įstaiga Utenos ligoninė	Įgyvendinama sutartis	45 193,00	Utena
Vaikų sveikatos priežiūros infrastruktūros tobulinimas	Vaikų retų ligų kompetencijos centro įsteigimas LSMU ligoninėje Kauno klinikose	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Įgyvendinama sutartis	2 221 958,00	Kaunas
	Vaikų sveikatos stiprinimo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninėje	Viešojo įstaiga Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė	Įgyvendinama sutartis	1 081 073,00	Alytus
	Specializuotų paslaugų vaikams kokybės gerinimas VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninėje	Viešojo įstaiga KLAIPĖDOS VAIKŲ LIGONINĖ	Įgyvendinama sutartis	1 548 000,00	Klaipėda
	Specializuotų paslaugų vaikams kokybės gerinimas VšĮ Marijampolės ligoninėje	Viešojo įstaiga Marijampolės ligoninė	Įgyvendinama sutartis	976 364,00	Marijampolė
	VšĮ Regioninės Telšių ligoninės teikiamų vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas	Viešojo įstaiga Regioninė Telšių ligoninė	Įgyvendinama sutartis	1 277 460,00	Telšiai
	Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas VšĮ Tauragės ligoninėje	Viešojo įstaiga Tauragės ligoninė	Įgyvendinama sutartis	727 650,79	Tauragė
	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo tobulinimas vaikams VšĮ Utenos ligoninėje	Viešojo įstaiga Utenos ligoninė	Įgyvendinama sutartis	1 141 848,00	Utenos
	Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo, Vaiko raidos centro infrastruktūros atnaujinimas	Viešojo įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Įgyvendinama sutartis	7 500 000,00	Vilnius
	Retų vaikų ligų diagnostikos, gydymo ir stebėsenos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas VšĮ Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose	Viešojo įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Įgyvendinama sutartis	1 027 650,00	Vilnius
	Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo, infrastruktūros atnaujinimas	Viešojo įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Įgyvendinama sutartis	4 000 343,00	Vilnius

Pastabos: * – NA reiškia, kad nėra aišku, kokioje savivaldybėje bus įgyvendintas projektas arba nėra įmanoma priskirti projekto įgyvendinimo vienai savivaldybei.

Šaltinis: esinvesticijos.lt pateikta informacija.