

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

## Santrauka

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

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

Sveikatos apsaugos sektoriui ES struktūrinių fondų investicijos skirtos pagal 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos (toliau – SSVP) II prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ I uždavinį „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“. Šios programos priede<sup>1</sup> išskirta 12 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) administruojamų priemonių:

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

Priemonių lygmenyje finansavimui gauti patvirtintos 246 projektų paraiškos. SAM administruojamų priemonių projektų įgyvendinimui skirta 284 mln. Eur ES struktūrinių fondų parama. Visi įgyvendinti

---

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

projektai apėmė investicijas, skirtas asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) infrastruktūros atnaujinimui, medicininės diagnostinės įrangos, automobilių, biuro įrangos įsigijimui.

Remiantis ES Tarybos reglamentu Nr. 1083/2006, ES struktūrinių fondų finansavimo laikotarpio pabaigoje Europos Komisija, bendradarbiaudama su valstybe nare, atlieka baigiamąjį (*ex-post*) ES struktūrinės paramos įgyvendinimo poveikio vertinimą. Jo metu nagrinėjamas lėšų panaudojimo mastas, fondo programavimo efektyvumas ir veiksmingumas bei socialinis-ekonominis įgyvendintų projektų poveikis.

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

Šiam tikslui pasiekti keliami 3 uždaviniai:

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

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

### **Duomenų šaltiniai ir apribojimai**

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

Svarbu atkreipti dėmesį į dalinį šio vertinimo apribojimą – dalis duomenų (pavyzdžiui darbo dienu praleidimas dėl ŠKL<sup>2</sup>; pacientų, kuriems traumos atveju paslauga suteikta per „auksinę valandą“, skaičius<sup>3</sup>) nebuvo prieinami.

### **Vertinimo metodika**

<sup>2</sup> SODRA negalėjo pateikti duomenų šiam rodikliui apskaičiuoti

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

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

Apžvelgiama situacija prieš 2007–2013 m. ES struktūrinių lėšų finansavimą, vertinant esminių sveikatos sektoriaus statistinių rodiklių pokyčius – tiek Lietuvos mastu, tiek lyginant Lietuvą su ES valstybėmis narėmis. Taip pat įvertinamos nacionalinės programos, vykdytos nagrinėjamu 2007–2013 m. laikotarpiu ir prisidėjusios prie papildomų ir antrinių stebėsenos rodiklių pasiekimo vertinimo. Pagal numatytą papildomų ir antrinių stebėsenos rodiklių skaičiavimo metodiką<sup>4</sup> antrinis rodiklis – rodiklis, apibrėžiantis pagrindinį SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenai taikomą rezultato rodiklį „Pacientų, kuriems pagerėjo paslaugų kokybė ir prieinamumas skaičius“, o papildomas rodiklis – rodiklis, leidžiantis papildomai įvertinti 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų sveikatos sektoriuje investicijų naudą ir papildantis 2007–2013 m. SAM administruojamų SSVP priemonių įgyvendinimo stebėsenos sistemoje numatytus rodiklius;

Nustatoma ES intervencijų logika (analizuojama, kokiomis kryptimis skiriamos investicijos, kokio rezultato bei poveikio iš jų tikimasi);

Remiantis nustatytais investicijų kryptimis ir anksčiau atliktais pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimais<sup>5</sup>, identifikuojamos tikslinės ES struktūrinės paramos fondų intervencijų grupės bei jų poreikiai;

Įvertinamas atskirų priemonių stebėsenos rodiklių pasiekimo mastas, jį lėmę teigiami / neigiami veiksniai, priemonių tinkamumas SSVP keltiems tikslams pasiekti;

Įvertinami nacionalinių programų stebėsenos rodiklių, SSVP priemonių ir projektų stebėsenos rodiklių rezultatai. Taip pat nustatomas rezultatų ir poveikio tvarumas bei tęstinumas;

Įvertinama kitų ūkio sektorių vykdytų projektų įtaka sveikatos apsaugos sektoriaus plėtrai;

Remiantis atliktos analizės rezultatais, išskiriamos gerosios projektų įgyvendinimo praktikos.

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

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

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

- Stiprinti ir gerinti visuomenės sveikatos priežiūrą;
- Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę;

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

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

- Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo apimtį ir struktūrą priderinti prie paslaugų poreikio ir kokybės reikalavimų, užtikrinant tolygesnį paslaugų prieinamumą.
- 2. „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa“.** Tikslai:
- Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
  - Sumažinti sergamumą pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis bei mirtingumą nuo jų, taip pat ir nuo išorinių mirties priežasčių.
- 3. „Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programa“.** Tikslai:
- Atnaujinti GMP automobilių parką;
  - Aprūpinti GMP automobilius sveikatos apsaugos ministro įsakymu<sup>6</sup> nustatyta medicinos įranga;
  - Aprūpinti GMP automobilius moderniomis ryšio priemonėmis ir GPS, įdiegti juose su Bendrosios pagalbos centru suderintą techninę ir programinę įrangą.

Vertinimo pradžioje atlikta probleminių Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos rodiklių pokyčių analizė, siekiant apžvelgti pirminę rodiklių būklę (2006 m.) bei jos pokyčius po finansavimo (2012–2014 m.)<sup>7</sup>. Nustatyta, jog<sup>8</sup>:

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

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

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

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

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

Taip pat apžvelgti nacionalinių programų pasiekti rodikliai:

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

<sup>7</sup> Metai pasirinkti pagal tai, kokius naujausius duomenis teikia statistinių duomenų bazės.

<sup>8</sup> Naudojami Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės, Higienos instituto sveikatos statistikos duomenys

- Paliatyviosios pagalbos lovų skaičius, tenkantis 1 tūkst. gyventojų, išaugęs 31 proc.;
- Modernizuota beveik dvigubai daugiau visuomenės sveikatos biurų nei planuota (27 biurai vietoj 15 biurų);
- 4 kartus didesnis Valstybinio psichikos sveikatos centro stebimų ir vertinamų psichikos sveikatos priežiūros įstaigų skaičius.
- 30 proc. išaugęs apsilankymų pas kardiologą skaičius, tenkantis 100 gyventojų<sup>9</sup>;
- 0,29 paros sutrumpėjęs vidutinis gulėjimo ligoninėje laikas;
- 1,28 kartus viršytas rodiklis, nurodantis pacientų, kuriems planuota pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
- 67 proc. Lietuvos gyventojų labiau prieinamos kokybiškos savivaldybių visuomenės sveikatos biurų teikiamos visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos.

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

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

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

Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – pacientai, kurie naudojami šeimos gydytojų, diagnostinėmis ir stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, skirtomis sergamumui ir mirtingumui nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinti. Pagrindiniai jų poreikiai – kokybiškesnės<sup>10</sup> sveikatos priežiūros paslaugos, trumpesnis laukimo patekti pas gydytoją laikas. Vertinant ES investicijomis sukurtą poveikį, remiamasi SVEIDRA pateikiamais duomenimis apie pacientams suteikiamas paslaugas. Pastebima, kad beveik 52 tūkst. pacientų 2013 m. kardiologo paslaugų suteikiama daugiau nei 2007 m., dalyje įstaigų<sup>11</sup> vidutiniškai 3 dienomis sutrumpėjo laukimo patekti pas širdies ir kraujagyslių ligų gydytoją laikas. Įstaigose, kuriose laukimo laikas pailgėjo (LSMU ligoninė Kauno klinikos, VŠĮ Kauno ligoninė, VŠĮ Marijampolės ligoninė, VŠĮ Vilkaviškio ligoninė, VŠĮ Raseinių ligoninė), vertinamuoju 2007–2013 m. ES struktūrinių lėšų finansavimo laikotarpiu buvo atliekami remonto darbai, dėl kurių sumažėjo pacientams priimti skirti skyriai ir padidėjo eilės. Vis dėlto, įgyvendinus projektus, ASPĮ veikia pilnu pajėgumu, todėl pacientų laukimo eilės ilgalaikėje perspektyvoje sutrumpės.

<sup>9</sup> Higienos institutas, statistiniai duomenys, 2016 m. liepa.

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

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

2007–2013 m. ES struktūrinių fondų paramos skyrimo laikotarpio pradžioje, Lietuvoje mirtingumas nuo išeminių širdies ligų<sup>12</sup> triskart viršijo ES vidurkį. Vertinant pokyčius nacionaliniu mastu, pastebima, kad mirtingumo dėl širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis 2006–2014 m. laikotarpiu tarp 65 m. ir vyresnių asmenų beveik nekinta – 2013 m. jis buvo 0,53 proc. didesnis nei 2006 m., o 2014 m. – 3,5 proc. mažesnis nei 2006 m. Tuo tarpu 0–64 m. amžiaus asmenų grupėje mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų nagrinėjamu laikotarpiu sumažėjo apie 20 proc.

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

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus asmenų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų Vakarų Lietuvoje<sup>13</sup> augo iki 2007 m., kuomet SSVP bei Sergamumo ir mirtingumo nuo neinfekcinių ligų mažinimo programa dar nebuvo pradėtos įgyvendinti. Sukurtas poveikis vertinamas pagal poveikį šalies BVP bei išsaugotų gyvybių skaičių<sup>14</sup>. Išsaugotos gyvybės – skirtumas tarp teorinės nepakitusios širdies ir kraujagyslių ligų mirtingumo tendencijos reikšmės ir faktinių širdies ir kraujagyslių mirtingumo rodiklių. Skaičiuojama, kad ES struktūrinių fondų parama 2007–2014 m. prisidėjo prie daugiau nei 14 tūkst. gyvybių išsaugojimo, o teigiamas širdies ir kraujagyslių ligų srities intervencijų poveikis šalies BVP buvo didesnis nei 153 mln. Eur 2007–2014 m. laikotarpiu<sup>15</sup>.

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

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

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

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

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

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

<sup>15</sup> Intervencijų poveikis BVP apskaičiuojamas išsaugotų gyvybių skaičiaus įvertį padauginus iš vidutinio BVP 1 gyventojui skaičiaus.

Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – traumas patyrę pacientai bei pacientai, kuriems reikalinga skubioji medicininė pagalba. Šių grupių pagrindiniai poreikiai – skubi ir kokybiška pagalba per „auksinę valandą“ (60 minučių potrauminis laikotarpis, per kurį traumą patyrusiam pacientui privalomai turi būti suteikta būtinoji pagalba, taip reikšmingai padidinant tikimybę pacientui išgyventi ir sumažinant komplikacijų tikimybę). Įvertinus ES investicijomis sukurtą poveikį, matoma, kad, pagal numatytą SSSP stebėsenos rodiklį (jis nurodo pacientų, kuriems pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumas, skaičių), 1,2 mln. pacientų<sup>16</sup> pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų traumų srityje kokybė. Nustatyta, kad didesnę reikšmę mažėjantiems mirtingumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių rodikliams<sup>17</sup> turėjo atnaujinti priėmimo-skubiosios pagalbos centrai, į kuriuos atvežtas pacientas gauna operatyvesnę ir tikslingesnę pagalbą. Taip pat, atlikus atvejo analizę<sup>18</sup>, nustatyta, kad vidutiniškai 2,5 dienomis sutrumpėjo laukimo patekti pas gydytoją traumatologą laikas.

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

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

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus asmenų mirtingumas nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių iki 2007 m. svyravo, tačiau turėjo tendenciją mažėti. Nuo 2007 m., kai pradėtas analizuojamų priemonių įgyvendinimas, standartizuotas mirtingumas ėmė labiau mažėti – iki 2014 m. sumažėjo 34 proc. Skaičiuojama, kad ES struktūrinių fondų investicijos 2007–2014 m. prisidėjo prie daugiau nei 8 tūkst. žmonių gyvybių išsaugojimo<sup>19</sup>, o šios srities intervencijų dėka Lietuva išsaugojo beveik 89 mln. Eur BVP<sup>20</sup> 2007–2014 metų laikotarpiu.

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

### **III investicijų sritis „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas“**

Šioje srityje finansuotos 5 priemonės:

Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas;

<sup>16</sup> SFMIS, priežiūros rodiklių pasirinkimo duomenys, 2016 m. liepa. Rodiklis apskaičiuotas nevertinant unikalių ASPĮ apsilankančių pacientų.

<sup>17</sup> Pasaulio sveikatos organizacija, HFA-DB duomenys, 2016 m. liepa.

<sup>18</sup> Vertinti Kauno apskrities paramą pagal Mirtingumo ir neįgalumo dėl traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo sritį gavusių ASPĮ atvejai, t.y. LSMU ligoninė Kauno klinikos ir VšĮ Marijampolės ligoninė.

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

<sup>20</sup> Intervencijų poveikis šalies BVP apskaičiuojamas pagal formulę: teorinių išsaugotų gyvybių skaičius \* vidutinis BVP 1 gyventojui

Psichiatrijos stacionaro modernizavimas;

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas;

Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas;

Krizių intervencijos centrų įkūrimas.

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

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

Naujai įkurti psichikos dienos centrai, diferencijuotos kompleksinės psichiatrijos pagalbos vaikui ir šeimai centrai bei krizių intervencijos centrai geografiškai plačiai išsidėstė visoje Lietuvoje – 22 savivaldybėse. Pacientų pasitenkinimo tyrimai<sup>21</sup> rodo, kad psichiatrijos dienos stacionarai ypač atitinka jų poreikius dėl prieinamumo bei malonesnio gydytojų elgesio ir požiūrio. Įkurtuose centruose taip pat sukurtos naujos psichikos sveikatos paslaugos – trumpalaikės ir ilgalaikės ambulatorinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, multisensorinės terapijos. Įvertinus papildomų stebėsenos rodiklių pasiekimo mastą, beveik dvigubai sumažėjo santykis tarp psichikos stacionariųjų ir dienos stacionaro paslaugų (nuo 8,8 karto 2006 m. iki 4,5 karto 2013 m.). Skirtumas rodo, jog daugėjo psichikos dienos stacionaro paslaugų kiekis.

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

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

Šioje investicijų srityje gerąją projektų įgyvendinimo praktika laikomas psichikos dienos stacionarų įkūrimas. Pagrindinė tokio vertinimo priežastis – geografiškai platus ir palankus centrų išsidėstymas šalyje. Konkrečiomis geriausiomis praktikomis įvardijami Mažeikių psichikos sveikatos centro bei Šiaulių Centro poliklinikos psichikos dienos stacionarai. Per pirmuosius veikimo metus įstaigose pastebėtas psichiatro paslaugų bei pacientų skaičiaus augimas. Mažeikių psichikos sveikatos centro psichikos dienos stacionare per pirmuosius gyvavimo metus suteiktos 3 246 suaugusiųjų psichiatro paslaugos<sup>22</sup>, o 2013 m. šis skaičius išaugo iki 3 650 paslaugų per metus. Taip pat centre didėjo ir pacientų skaičius – per metus jis išaugo nuo 122 iki 133 pacientų<sup>23</sup>.

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

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

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

<sup>22</sup> SVEIDRA, sveikatos priežiūros įstaigų duomenys, 2016 m. liepa.

<sup>23</sup> SVEIDRA, sveikatos priežiūros įstaigų duomenys, 2016 m. liepa.



Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – pacientai, kuriems suteikiamos onkologinių susirgimų ir diagnostikos sveikatos priežiūros paslaugos. Pagrindiniai šių tikslinių grupių poreikiai – ankstyva ligos diagnozė, ankstyvos diagnostikos paslaugos prieinamumas bei kokybė. Taip pat svarbus pokytis – padidėjęs laukiamas išgyvenamumas<sup>24</sup> tiek tarp moterų, tiek tarp vyrų. Didesnis pokytis pastebimas tarp vyrų (49 proc.), kai tarp moterų sumažėjimas siekia 29 proc. Atlikus atvejo analizę<sup>25</sup>, taip pat pastebimas 0,75 dienos sutrumpėjęs laukimo patekti pas gydytoją onkologą laikas.

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

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

Standartizuotas 0–64 m. amžiaus asmenų mirtingumas nuo piktybinių navikų 2005–2008 m. stabiliai didėjo, tačiau, pradėjus įgyvendinti ES struktūrinių fondų paramos intervencijas, pradėjo mažėti. Tendencijos pokytis beveik sutampa su ES struktūrinių fondų finansavimo laikotarpio pradžia – pokytis buvo sąlygotas šios paramos intervencijų. Skaičiuojama, kad dėl ES finansavimo vien 2007–2014 m. buvo išsaugota per 300 gyvybių<sup>26</sup>, o šių intervencijų poveikis šalies BVP buvo didesnis nei 4,5 mln. Eur 2007–2014 m. laikotarpiu.

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

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

Šioje srityje finansuotos 3 priemonės:

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

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

Identifikuotos šios investicijų srities **tikslinės grupės** – gyventojai, gaunantys antrinio lygio ambulatorines paslaugas, skubią pagalbą, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas bei gyventojai, suinteresuoti

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

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

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

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

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

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

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

Šioje investicijų srityje gerosios projektų įgyvendinimo gerosios praktikos pavyzdžiu laikomi 2 Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų įgyvendinti projektai – „Ambulatorinės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos ir dienos chirurgijos paslaugų plėtra Vaikų ligoninėje, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filiale“ bei „VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų priėmimo skyriaus ambulatorinės reabilitacijos skyriaus patalpų rekonstrukcija ir įrengimas“. Įstaiga išsiskyrė iš kitų projektų vykdytojų 5 kartus padidėjusiu dienos chirurgijos paslaugų skaičiumi bei dvigubai padidėjusiu laparoskopinių procedūrų skaičiumi<sup>27</sup>.

#### **Įtakos ES intervencijų poveikiui ir efektyvumui turintys veiksniai**

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

Finansavimo nukreipimas tikslinga linkme į labiausiai problemines sritis;

ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų projektų bei Valstybės biudžeto lėšomis finansuojamų projektų tikslų suderinamumas;

Tinkamų antrinių stebėsenos ir vertinimo rodiklių pasirinkimas, t.y. pasirenkami rodikliai turi būti apskaičiuojami remiantis objektyviais duomenimis ir nurodyti realų sukuriama poveikį;

Lygiagrečiai vykdomi kitų ministerijų ar įstaigų administruojami projektai, antrinės prevencinės programos (pvz. prevencinė patikros programos pagal naviko lokaciją) ar kitos akcijos, papildančios sveikatos sektoriuje finansuojamų projektų įgyvendinimą ir tęstinumą;

Orientavimasis į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimą mažesniuose miestuose bei kaimo vietovėse;

Socialinės-ekonominės aplinkybės, kurios sunkiai kontroliuojamos, – gyventojų skaičiaus mažėjimas bei visuomenės senėjimas, ekonominės krizės;

---

<sup>27</sup> Skaičiuojamas procentinis pokytis 2006–2013 m. ir lyginamos ASPĮ, kurių duomenis pateikiami SVEIDRA duomenų bazėje.

Išankstinis sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo planavimas turi teigiamos įtakos projektų efektyvumui, todėl tikslingas jų vykdymas užtikrina geresnį rezultatyvumą bei tęstinumą.

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

**Žmogiškųjų išteklių tobulinimas.** Vienas efektyviausių projektų žmogiškųjų išteklių tobulinimo srityje – Lietuvos kardiologų draugijos vykdytas projektas „Šiuolaikinės pradinės ir specializuotos kardiologinės pagalbos sistemos diegimas bei personalo įgūdžių lavinimas pagal naujausius medicinos standartus“. Į šį projektą buvo investuota daugiau nei 2 mln. Eur, o sėkmingai mokymus baigė daugiau nei 12 011 specialistų – daugiau nei bet kurio kito projekto atveju. Atitinkamai vieno specialisto apmokymo kaštai šiame projekte buvo mažiausi, lyginant su kitais analizuotais ASPJ vykdytais žmogiškųjų išteklių tobulinimo projektais.

**Elektroninės sveikatos sistemos diegimas.** Nors į šią sritį buvo ženkliai investuojama, e. sveikatos sistema dar tik pradeda veikti, todėl nepakanka duomenų detaliai vertinimui. Visgi, projektai jau vykdomi įstaigų lygmenyje – e. sveikatos sistemos diegimo srityje lydere yra laikoma Vilniaus Centro poliklinika. 2016 m. birželio mėn. duomenimis, Vilniaus Centro poliklinika per mėnesį išrašo daugiau kaip 3 tūkst. elektroninių receptų, t.y. apie du trečdalius visų tokių receptų išrašomų Lietuvoje.

**Pastatų renovacija.** Išskirtinas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų projektas. Projekto metu buvo renovuoti 8 pastatai bei sutaupyta 3,76 GWh energijos. Įgyvendinus projektą, energijos suvartojimas tapo efektyvesnis – tai rodo vienas didžiausių sutaupytos energijos kiekių (3,76 GWh) iš visų sveikatos priežiūros įstaigų.

**Sveikatos sistemos veiklos tobulinimas.** Parengtų dokumentų (pvz., „Skubios pagalbos nukentėjusiems nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių teikimo Lietuvoje organizacinės sistemos sukūrimas“, parengtas UAB „Tarptautinės skubiosios medicinos akademijos“ ir kt.) skaičiui projektų finansavimas įtakos neturi, tačiau statistinio ryšio tarp parengtų dokumentų kiekio bei projektams skirto finansavimo nebuvimas gali reikšti skirtingą minėtų dokumentų projektų apimtį, svarbą bei poveikį sveikatos sistemai. Gerosios praktikos pavyzdžiu laikytinas Higienos instituto vykdytas „Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos sukūrimas“, turintis teigiamą poveikį sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumui. Sistemai pradėjus veikti 2015 m. rugsėjo 1 d., imti registruoti visuose šaltiniuose esantys įstaigoms reikalingi duomenys, apimantys visus traumų atvejus. Tai sudaro bendra informacija apie trauminį įvykį, jo priežastis bei aplinkybes, klinikinius parametrus, taikytą gydymą ir pasekmes.

## Vertinimo išvados

Atlikus vertinimą, gautos išvados:

Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriaus rodikliai gerėja, nors dalyje sričių (standartizuotas mirtingumas pagal ligų grupes, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė) Lietuvos rodikliai vis dar mažesni nei ES. Tokie rodikliai kaip gimstamumo rodiklis 1 tūkst. gyventojų didesnis už ES vidurkį, o kūdikių mirtingumas 1 tūkst. gimimų mažesnis nei ES;

Įgyvendinus projektus (ir vadovaujantis ES struktūrinių fondų intervencijų logikos schemomis) sukurtas planuotas poveikis tikslinėms grupėms – pailgėjo vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, mažėjo mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų skirtingose amžiaus grupėse, sumažėjo mirtingumas dėl savižudybių, pacientams suteikiamos labiau kokybiškos ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos;

Didžioji dalis užsibrėžtų tikslų buvo pasiekti – 5,04 proc. (3,77 metais) padidėjo vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, 5,54 proc. sumažėjo savižudybių skaičius 100 tūkst. gyventojų;

Didžiausią neigiamą įtaką projektų efektyvumui turėjo kvalifikuoto personalo stoka mažesniuose regionuose bei nepakankama naujai kuriamų paslaugų teisinė bazė, t.y. detalūs kuriamų paslaugų teikimo aprašai bei naujai kuriamų paslaugų finansavimo užtikrinimo trūkumas;

ES struktūrinių fondų intervencijos prie sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimo prisidėjo projektų, kurių dėka buvo modernizuota daugelio įstaigų infrastruktūra bei išaugo darbuotojų kvalifikacija, finansavimu;

Tvarumui ir tęstinumui svarbus reformos kompleksiškumas, kuris buvo užtikrintas kitų ūkio sektorių projektų dėka. Lygiagrečiai SAM administruojamoms priemonėms, skirtoms sveikatos priežiūros sektoriaus infrastruktūrai gerinti bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui didinti, vykdomos kitų ministerijų administruojamos priemonės, skirtos kvalifikaciniams darbuotojų mokymams, informacinių sistemų diegimui, pastatų renovacijai, kt.

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

#### Išvados ir rekomendacijos/strateginiai siūlymai

Eil. Nr.	Išvada	Rekomendacijos / strateginiai siūlymai
1.	Teigiamiems 2007-2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksnių programoje numatytų strateginio konteksto ir nacionalinių programų rodiklių pokyčiams didelę įtaką turi ES struktūrinių fondų investicijų skyrimas tikslingai nustatytoms prioritetinėms sritims	<b>Strateginis siūlymas:</b> 2007–2013 m. ES investicijų periodu finansavimo priemonių orientavimas į labiausiai problemines sveikatos apsaugos sritis laikytinas gera praktika, todėl ir 2014–2020 m. programavimo laikotarpiu itin svarbu daugiau dėmesio skirti prioritetinių krypčių identifikavimui ir jų tiksliniam finansavimui.
2.	Efektyviam ES struktūrinės paramos poveikio vertinimui svarbu tikslinga finansavimo priemonių stebėsenos rodiklių sistema.	<b>Strateginis siūlymas:</b> priemonių efektyvumo, rezultatyvumo vertinimui nustatyti papildomus rodiklius, koreliuojančius ne tik su Veiksnių programomis, bet ir su nacionaliniais strateginiais dokumentais ir juose numatytais tikslais bei uždaviniais. Pastebima, jog vertinimo efektyvumui kliudo pavyzdinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo rodiklių, standartizuotų sveikatos priežiūros įstaigos lygmens organizacinių bei klinikinių rodiklių, trūkumas. Taip pat kai kuriuos rodiklius (pvz. pacientų pasitenkinimo pokyčius ir pan.) stebėti nuolat: prieš pradėdant įgyvendinti projektus ir juos įgyvendinant, o ne tik jiems pasibaigus.
3.	Kompleksinis projektų įgyvendinimas sudaro prielaidas pasiekti geresnių rezultatų, taip sukuriant visapusiškai teigiamą poveikį visuomenei, bei užtikrina rezultatų tęstinumą.	<b>Strateginis siūlymas:</b> Siūloma derinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą arba projektus planuoti taip, kad viename projekte būtų numatyta galimybė derinti ir įgyvendinti investicijas į infrastruktūrą, specialistų kvalifikacijos tobulinimo mokymus, paslaugų teikimo aprašų, diagnostinių ir gydymo protokolų, tinkamos teisinės bazės kūrimą bei tobulinimą.
4.	Kvalifikuotos darbo jėgos, sveikatos priežiūros specialistų trūkumas regionuose veikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose turi neigiamos įtakos įgyvendinamų	<b>Rekomendacija:</b> Rekomenduojama prieš įgyvendinant projektus, numatyti atitinkamas intervencijas ar priemones specialistų pritraukimui į regionus, kur fiksuojamas sveikatos

Eil. Nr.	Išvada	Rekomendacijos / strateginiai siūlymai
	projektų sėkmei ir rezultatyvumui.	priežiūros specialistų trūkumas.
5.	Naujų sveikatos priežiūros paslaugų sukūrimas visuomenei sukuria didesnį teigiamą poveikį nei tik jau egzistuojančių paslaugų tobulinimas.	<p><b>Rekomendacija:</b></p> <p>Rekomenduojama sudarant valstybės finansuojamų projektų sąrašą ir planuojant investicijų skirstymą, sistemiskai įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikius – atlikti galimybių studijas / vertinimus, leidžiančius nustatyti esamų paslaugų sukuriamą poveikį pacientams, identifikuoti naujų paslaugų paklausą bei poreikį.</p>
6.	Naujai sukurtų sveikatos priežiūros paslaugų visapusiškam funkcionavimui yra būtina sukurta teisinė bazė ir užtikrintas adekvatus finansavimas.	<p><b>Strateginis siūlymas:</b></p> <p>Siūloma projektų planavimo etape įvertinti esamą teisinę bazę, reikalingą naujų sveikatos priežiūros paslaugų kūrimui – nustatyti, ar esami dokumentai užtikrina teisinės galimybes ir adekvatų finansavimą, atitinkantį sukurtos paslaugos pobūdį. Taip pat atsižvelgti į atvejus, kai pagerėjus teikiamos paslaugos kokybei išauga jos teikimo kaštai, ir pritaikyti paslaugos pobūdį atitinkantį finansavimą.</p> <p>Siūloma sudaryti tikslus naujai sukurtų / patobulintų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aprašus, numatančius paslaugos pobūdį, koncepciją, finansavimo sąlygas bei šaltinius.</p>
7.	Didelės apimties projektus efektyviau įgyvendinti regioniniu lygmeniu.	<p><b>Strateginis siūlymas:</b></p> <p>Siekiant efektyvesnio ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamų projektų įgyvendinimo konkrečiose srityse, siūlome, atlikus priemonių ir projektų įgyvendinimo būdų ir galimybių analizę, planuoti bei įgyvendinti ne atskirų įstaigų, o kompleksinius regioninio ar nacionalinio lygmens projektus. Identifikavus tikslinius regionus / tikslines grupes efektyviau prisidedama prie kompleksinių teigiamų pokyčių sveikatos apsaugos sektoriuje visoje šalyje bei skatinamas ASPĮ tarpusavio bendradarbiavimas.</p>

