

Investicijų poreikio sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros srityje analizė

2020 m. vasario 10 d.

Finansų ministerijos užsakymu parengė UAB „ESTEP Vilnius“ bendradarbiaudama su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, įgyvendinant konsultavimo užduotį Nr. 2019/VA/ESTEP/06 pagal 2019 m. kovo 18 d. sutartį Nr. 14P-16 dėl ES sanglaudos politikos įgyvendinimo konsultavimo paslaugų, sudarytą tarp Finansų ministerijos, UAB „Visionary Analytics“ ir UAB „ESTEP Vilnius“.

TURINYS

SANTRUMPOS	3
LENTELIŲ, PAVEIKSLŲ, PAAIŠKINIMŲ IR PAVYZDŽIŲ SĄRAŠAS	4
1 UŽDUOTIES TIKSLAS IR VEIKLOS	6
2 ŠALIES GYVENTOJŲ DEMOGRAFINĖS TENDENCIJOS IR PROGNOZĖS IKI 2030 METŲ	7
3 SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VARTOJIMO TENDENCIJOS IR PROGNOZĖS.....	10
4 INVESTICIJŲ POREIKIS Į SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTUS	12
5 SRITYS, KURIOS PRISIDĖTŲ PRIE LIETUVOS GYVENTOJŲ SVEIKATOS RODIKLIŲ GERINIMO BEI PRIE LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS VEIKSMINGUMO, KOKYBĖS, PRIEINAMUMO IR EFEKTYVUMO DIDINIMO	14
5.1 1 UŽDAVINYS. "SKATINTI SVEIKATOS IŠSAUGOJIMO IR STIPRINIMO VEIKLAS IR STIPRINTI PSICHOLOGINĮ (EMOCINĮ) VISUOMENĖS ATSPARUMĄ"	15
5.1.1 Išliekantys iššūkiai.....	15
5.1.2 Pagrindinės EK, EPBO rekomendacijos 2021-2030 m.	20
5.1.3 Planuojamos veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai.....	20
5.2 2 UŽDAVINYS. "DIDINTI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ IR SAUGĄ"	27
5.2.1 Išliekantys iššūkiai.....	27
5.2.2 Pagrindinės EK, EPBO rekomendacijos 2021-2030 m.	32
5.2.3 Planuojamos veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai.....	33
5.3 3 UŽDAVINYS. "DIDINTI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS EFEKTYVUMĄ IR PRIEINAMUMĄ IR PLĖSTI INOVATYVIAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS"	43
5.3.1 Išliekantys iššūkiai.....	43
5.3.2 Pagrindinės EK, EPBO rekomendacijos 2021-2030 m.	56
5.3.3 Planuojamos veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai.....	56
6 INVESTICIJŲ Į INFRASTRUKTŪRĄ POREIKIS	65
7 INVESTICIJOS Į SVEIKATOS PRIEŽIŪROS INFRASTRUKTŪRĄ, PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO GERINIMO PRIEMONES 2014-2020 M.	67
1 PRIEDAS. SVEIKATOS SPECIALISTŲ POREIKIS 2028 M. (MOSTA MODELIS)	70
2 PRIEDAS. BAZINIO SCENARIJAUS PRIELAIIDŲ TIPAI (MOSTA MODELIS)	72
3 PRIEDAS. NPP UŽDAVINIAI IR RODIKLIAI.....	74
4 PRIEDAS. VP INTERVENCIJŲ 2014-2020 M. SCHEMA	76
5 PRIEDAS. AKTYVIOJO STACIONARINIO GYDYMO PASLAUGAS TEIKIANČIŲ LIGONINIŲ VEIKLOS ANALIZĖ	77
6 PRIEDAS. SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LOVŲ POREIKIS	86
7 PRIEDAS. ES FONDŲ INVESTICIJŲ Į SVEIKATOS PRIEŽIŪROS INFRASTRUKTŪRĄ, PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO GERINIMO PRIEMONES ŽEMĖLAPIAI 2014-2020 M.....	88

SANTRUMPOS

ASPI	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
AVR	Ankstyvoji vaikų reabilitacija
DOTS	<i>Angl.</i> Directly observed treatment course (tiesiogiai stebimas gydymo kursas)
EEE	Europos ekonominė erdvė
EK	Europos Komisija
EPBO	Europos plėtros ir bendradarbiavimo organizacija
ERPF	Europos regioninės plėtros fondas
ES	Europos Sąjunga
ESF	Europos socialinis fondas
GDR	Geri darbo rezultatai
GMP	Greitoji medicinos pagalba
MOSTA	Mokslo ir studijų stebėsenos ir analizės centras
NĮ	Nepageidaujami įvykiai
NPP	Nacionalinis pažangos planas
PAASP	Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
PSP	Pirminė sveikatos priežiūra
SAM	Sveikatos apsaugos ministerija
SMP	Skubioji medicinos pagalba
ŠMSM	Švietimo, mokslo ir sporto ministerija
TB	Tuberkuliozė
VIP	Valstybės investicijų programa
VP	Veiksmų programa

LENTELIŲ, PAVEIKSLŲ, PAAIŠKINIMŲ IR PAVYZDŽIŲ SĄRAŠAS

Lentelės

1 lentelė. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės pagal amžiaus grupes iki 2030 m.....	7
2 lentelė. 2014-2018 m. PSDF biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų skaičius pagal paslaugos rūšį.....	10
3 lentelė. 1 uždavinio „Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą“ planuojamų veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai.....	25
4 lentelė. Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų skaičius Lietuvos skubiosios medicinos pagalbos skyriuose.....	31
5 lentelė. 2 uždavinio „Didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą“ planuojamų veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai.....	40
6 lentelė. Ilgalaikės priežiūros komponentų finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų, Eur.....	45
7 lentelė. Paslaugų gavėjų (senyvo amžiaus ir neįgaliųjų), kuriems numatomas ilgalaikės priežiūros paslaugų (IPP) poreikis, skaičius.....	48
8 lentelė. Darbuotojų, teikiančių socialines paslaugas, poreikis.....	50
9 lentelė. Galimi ilgalaikės priežiūros paslaugų lygiai pagal paslaugos tipą (socialinės ir sveikatos priežiūros) ir asmens mokėjimo dydžiai.....	52
10 lentelė. Lietuvos skaitmeninės sveikatos elementų brandos lygis.....	53
11 lentelė. 3 uždavinio „Didinti sveikatos priežiūros efektyvumą ir prieinamumą ir plėsti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas“ planuojamų veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai.....	60
12 lentelė. Investicijų į infrastruktūrą poreikis 2021-2030 m.....	64
13 lentelė. VIP lėšos 2014-2020 m. sveikatos paslaugų infrastruktūrai, tūkst. Eurų.....	67

Paveikslai

1 pav. Bendro gyventojų skaičiaus pokyčio prognozė didžiųjų miestų savivaldybėse 2015 -2030 m. (proc.).....	8
2 pav. Skurdo rizikos lygio kaita Lietuvoje.....	9
3 pav. Sveikatos intervencijų logika NPP.....	14
4 pav. Prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas pagal savivaldybes Lietuvoje 2018 m.....	16
5 pav. Suaugusiųjų, kurie vertina savo sveikatą kaip gerą ir labai gerą, dalis Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	16
6 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau, dalis Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	17
7 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien rūkė tabako gaminius, dalis Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	17
8 pav. Mirtingumas dėl savižudybių Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	18
9 pav. Registruotų tuberkuliozės atvejų skaičiaus dinamika kai kuriose ES šalyse.....	18

10 pav. 2 metų amžiaus vaikų MMR1 (tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina, 1 dozė) skiepavimo apimtys Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	19
11 pav. 1-ojo uždavinio „Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą“ intervencijų logika.....	20
12 pav. Gydomo priemonėmis išvengiamas mirtingumas Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	28
13 pav. Mirštamumo nuo miokardo infarkto per 30 dienų po hospitalizacijos mažiausi ir didžiausi rodikliai savivaldybėse Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	28
14 pav. Mirštamumo nuo galvos smegenų insulto per 30 dienų po hospitalizacijos mažiausi ir didžiausi rodikliai savivaldybėse Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	29
15 pav. Standartizuotas išvengiamų hospitalizacijų lygis 100 000 15 m. ir vyresnių gyventojų.....	29
16 pav. Efektyvių donorų skaičius Lietuvoje 1 mln. gyventojų Lietuvoje.....	32
17 pav. 2-ojo uždavinio „Didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą“ intervencijų logika.....	33
18 pav. Dienos chirurgijos paslaugų dalis, %.....	44
19 pav. Profesionalių slaugos paslaugų namuose vartojimas ES, 2016.....	45
20 pav. Pacientų, gavusių slaugos paslaugas, skaičius 2018 m.....	46
21 pav. Ambulatorinių slaugos paslaugų žemėlapis.....	46
22 pav. Dienos stacionaro/ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų žemėlapis.....	47
23 pav. Ilgalaikės priežiūros paslaugų koncepcijos schema.....	50
24 pav. Ilgalaikės priežiūros fondo lėšų paskirstymas.....	51
25 pav. Slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.....	53
26 pav. 3-iojo uždavinio „Didinti sveikatos priežiūros efektyvumą ir prieinamumą ir plėsti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas“ intervencijų logika.....	55
27 pav. Investicijos į sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros modernizavimą 2014-2020 m.....	68
28 pav. Veiksmų programos (VP) ir Valstybės investicijų programos (VIP) lėšos sveikatos apsaugai 2014-2020 m. mln. EUR.....	68

1 UŽDUOTIES TIKSLAS IR VEIKLOS

Šioje ataskaitoje pateikiami investicijų poreikio sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros srityje analizės rezultatai. Analizė atlikta pagal Finansų ministerijos pateiktą užduotį Nr.2019/VA/ESTEP/06.

Kaip nurodyta užduoties aprašyme, siekiant parengti ir suderinti su Europos Komisijos atstovais 2021-2027 m. laikotarpio ES struktūrinių fondų investicijų programą, reikalinga kokybiška investicijų poreikio sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros, analizė (angl. *mapping*), kurioje būtų: įvertintos Lietuvos demografinės tendencijos iki 2030 metų nacionaliniu lygiu ir savivaldybėse bei atsižvelgiant į šias tendencijas įvertintos atskirų sveikatos priežiūros paslaugų grupių vartojimo tendencijos ir vartojimo prognozės iki 2030 m. kiekvienoje savivaldybėje ir/ar apskrityje, identifikuojant minėtų paslaugų teikimui trūkstamus arba perteklinius žmogiškuosius išteklius, ir/ar infrastruktūros, ir/ar finansinius resursus, idant būtų užtikrintas minėtų paslaugų veiksmingumas, sauga, kokybė ir prieinamumas, tokiu būdu užtikrinant, kad būtų pasiekti NPP iškelti tikslai ir uždaviniai.

Užduoties veiklos:

1. Įvertinti šalies gyventojų demografinės tendencijas (pagal amžiaus grupes) ir prognozes iki 2030 metų nacionaliniu ir savivaldybių/apskričių lygmeniu;
2. Įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų (pagal paslaugų grupes: pirminė sveikatos priežiūra, greitoji medicinos pagalba, slauga, ambulatorinės paslaugos, stacionarinė paslaugos ir išskiriant tas, kurios tiesiogiai siejasi su blogiausiais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais, jei tokių mokslinių įrodymų esama) vartojimo tendencijas ir prognozes: nacionaliniu ir savivaldybių/apskričių lygmeniu, atsižvelgiant į gyventojų demografinės tendencijas ir prognozes, sveikatos priežiūros specialistų demografinės tendencijas ir prognozes bei atkreipiant dėmesį ir įvertinant besikeičiančias sveikatos priežiūros paslaugų teikimo technologijas ir inovacijas;
3. Įvertinti investicijų į infrastruktūrą (sveikatos priežiūros pastatai, medicinos įranga, automobiliai, informacinės technologijos) poreikį, atsižvelgiant į demografinės ir sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo prognozes; atkreipiant dėmesį ir įvertinant besikeičiančias sveikatos priežiūros paslaugų teikimo technologijas ir inovacijas;
4. Apibendrinti ir argumentuotai pagrįsti, kokiose srityse turėtų būti įgyvendinamos priemonės, kurios prisidėtų prie Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių gerinimo bei prie Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos veiksmingumo, kokybės, prieinamumo ir efektyvumo didinimo, nurodant kokios valstybės intervencijos turėtų būti atliktos ir kokio tipo išteklių turėtų būti planuojami. Papildomai turi būti parengti ES fondų investicijų į sveikatos priežiūros infrastruktūrą, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo priemonės žemėlapiai, kad jie būtų informatyvūs, aiškūs, atitiktų ES fondų intervencijų logiką, aprašytą 2014-2020 Veiksmų programoje, strateginiuose dokumentuose – Sveikatos netolygumų mažinimo veiksmų planą ir Sveiko senėjimo veiksmų planą.

Užduoties veikloms atlikti buvo skirta 15 ekspertų darbadienių, todėl analizė buvo paremta ekspertams pateikta SAM disponuojama informacija ir nepėmė šioje užduotyje minimos informacijos rengimo, pvz.: šalies gyventojų demografinių tendencijų (pagal amžiaus grupes) ir prognozių iki 2030 metų nacionaliniu ir savivaldybių/apskričių lygmeniu rengimo, sveikatos priežiūros specialistų demografinių tendencijų ir prognozių rengimo, sveikatos priežiūros paslaugų (pagal paslaugų grupes: pirminė sveikatos priežiūra, greitoji medicinos pagalba, slauga, ambulatorinės paslaugos, stacionarinė paslaugos ir išskiriant tas, kurios tiesiogiai siejasi su blogiausiais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais) vartojimo tendencijų ir prognozių nacionaliniu ir savivaldybių/apskričių lygmeniu rengimo.

2 ŠALIES GYVENTOJŲ DEMOGRAFINĖS TENDENCIJOS IR PROGNOZĖS IKI 2030 METŲ

Remiantis Darbo rinkos tyrimų instituto prognoze¹, bendras Lietuvos gyventojų skaičius iki 2030 m. sumažės iki 2 588 222, t.y. 7,9% lyginant su 2018 m., kuomet šalyje gyveno 2 808 901 gyventojai. Prognozuojama, kad 15-64 m. (darbingo amžiaus) grupė sumažės 16%, o 65 m.+ amžiaus grupė (pagyvenę išlaikomi gyventojai) išaugs 19%. Kaip matoma, labiausiai išaugs 70-74 m. grupė (49%) bei 85+m. (25%), labiausiai mažės 25-29 m., 30-34 m. grupės (42%, 31%), taip pat mažės vaikų iki 9 m. grupė (-13%).

1 lentelė. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės pagal amžiaus grupes iki 2030 m.

Amžiaus grupė, m	2010F	2015F	2018F	2019P	2020P	2025P	2030P	2030/2018 m. pokytis
0-4	147 456	150 478	148 799	147 977	139 679	127 520	128 722	-13%
5-9	144 045	138 247	144 244	144 709	141 072	137 216	125 404	-13%
10-14	178 536	136 737	128 394	129 457	136 710	138 472	134 830	5%
15-19	229 406	170 398	143 700	136 671	130 023	133 958	141 124	-2%
20-24	229 750	207 167	165 798	156 927	141 120	115 226	132 181	-20%
25-29	206 416	195 337	188 743	187 453	161 880	124 675	109 203	-42%
30-34	201 557	177 337	182 390	183 909	188 158	153 127	125 423	-31%
35-39	218 173	179 196	164 220	166 746	181 691	177 914	152 549	-7%
40-44	225 053	201 379	179 678	176 126	165 057	174 654	179 599	0%
45-49	245 340	209 025	201 483	198 133	180 193	158 249	176 321	-12%
50-54	226 200	229 190	206 585	203 142	201 824	173 683	160 642	-22%
55-59	184 915	209 735	224 693	221 767	205 984	192 903	174 065	-23%
60-64	160 233	169 921	178 377	188 086	222 810	194 916	190 925	7%
65-69	152 885	144 036	155 137	155 437	163 675	204 711	175 114	13%
70-74	146 423	133 056	119 484	119 892	139 349	155 007	177 602	49%
75-79	117 889	120 912	118 653	115 758	103 410	126 424	125 546	6%
80-84	80 410	85 756	88 358	89 601	98 526	85 615	89 556	1%
85 ir vyresni	47 289	63 355	70 165	72 195	74 176	92 552	87 386	25%
Iš viso	3 141 976	2 921 262	2 808 901	2 793 986	2 775 338	2 666 822	2 588 222	-8%

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

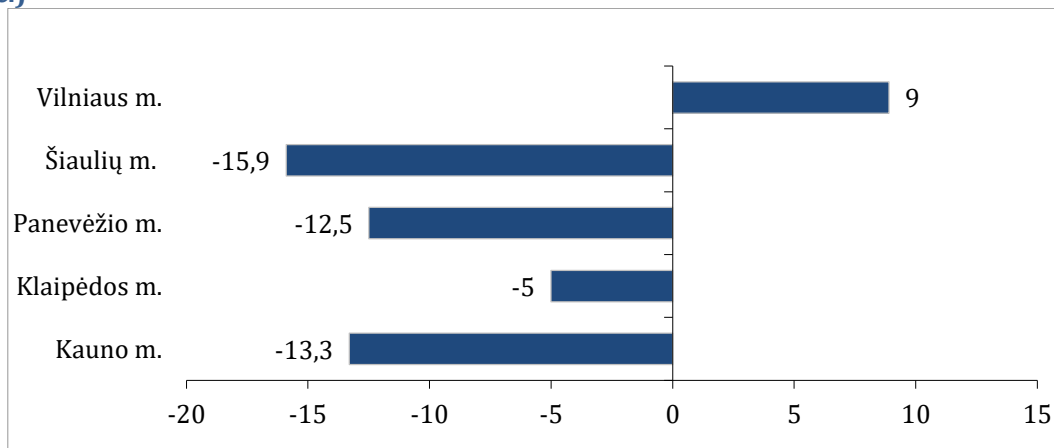
Gyventojų demografinės tendencijos (pagal amžiaus grupes) iki 2030 m. savivaldybių/apskričių lygmeniu nėra suplanuotos (reikalingas atskiras tyrimas), tačiau galima remtis Darbo rinkos tyrimų instituto 2016 m. tyrimu², kuris nurodo, kad nežiūrint bendrų neigiamų demografinių tendencijų Lietuvoje (bendro gyventojų skaičiaus mažėjimas, spartus gyventojų senėjimas, vaikų skaičiaus mažėjimas) Vilniaus m. savivaldybė išsaugo tam tikrą demografinį stabilumą, o prognostiniai vertinimai leidžia teigti, jog nuo 2025 m. demografinė padėtis Vilniuje gali dar labiau pagerėti (panašios tendencijos nusimato ir Klaipėdos mieste). Straipsnyje pateikta migracijos (ypač vidinės) srautų analizė parodė, kad susiformavusios gyventojų teritorinio mobilumo kryptys iš mažesniųjų

¹ „Šalies demografinių darbo išteklių raidos perspektyvų įvertinimo tyrimas“, 2019 m.

² Demografinių pokyčių ypatumai šalies didžiuosiuose miestuose, 2016 m.

šalies miestų ir rajonų daro teigiamą įtaką gyventojų skaičiaus koncentracijai didžiuosiuose šalies regionuose. Kita vertus, tuštėja mažesni ir ekonomiškai mažiau patrauklūs šalies regionai. Iškyla grėsmė, kad ir toliau gali augti socialiniai ir ekonominiai skirtumai tarp didžiųjų ir mažųjų (mažiau apgyvendintų) šalies regionų.

1 pav. Bendro gyventojų skaičiaus pokyčio prognozė didžiųjų miestų savivaldybėse 2015 -2030 m. (proc.)



Šaltinis: Darbo rinkos tyrimų institutas, 2016 m., pagal 2015 m. Lietuvos nekilnojamojo turto plėtros asociacijos demografinio tyrimo rezultatus

2.1 EKONOMINIS IR SOCIALINIS KONTEKSTAS

Neigiamą poveikį gyventojų sveikatos rodikliams turi gyventojų pajamų nelygybė, kadangi asmenys, patiriantys skurdo riziką ar absoliutų skurdą, neturi galimybės skirti pakankamai pajamų kokybiškų gyvenimo sąlygų sudarymui ir sveikatos gerinimui. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, skurdo rizikos lygis³ siekė 22,9% (toks pats buvo ir 2017 m.) ir buvo vienas aukščiausių ES šalių tarpe. 2018 m. apie 645 tūkst. šalies gyventojų gyveno žemiau skurdo rizikos ribos. Disponuojamąsias pajamas, mažesnes už skurdo rizikos ribą, mieste gavo 18,8 proc. gyventojų (penkiuose didžiuosiuose miestuose – 13,8 proc., kituose miestuose – 27 proc.), kaime – 31,3 proc.

Didžiausias skurdo rizikos lygis buvo 65 metų ir vyresnių asmenų amžiaus grupėje. 2018 m. jis sudarė 37,7 proc. ir, palyginti su 2017 m., padidėjo 4,3 procentinio punkto. Vaikų iki 18 metų amžiaus skurdo rizikos lygis, palyginti su ankstesniais metais, sumažėjo 1,8 procentinio punkto ir 2018 m. siekė 23,9 proc., 18–64 metų amžiaus asmenų – sumažėjo 0,8 procentinio punkto ir siekė 18 proc. Namų ūkiuose su vaikais skurdo rizikos lygis 2018 m. siekė 18,8 proc. ir, palyginti su 2017 m., sumažėjo 2,4 procentinio punkto. Namų ūkiuose be vaikų skurdo rizikos lygis per metus padidėjo 2,5 procentinio punkto ir 2018 m. sudarė 27 proc. Pagal namų ūkio sudėtį atsidurti skurde dažniausiai rizikavo asmenys, gyvenantys namų ūkiuose, kuriuos sudarė vienas suaugęs asmuo ir išlaikomi vaikai (skurdo rizikos lygis – 46,8 proc.) ir vieni gyvenantys asmenys (50,7 proc.).

Tarp dirbančių asmenų žemiau skurdo rizikos ribos buvo 8,1 proc., tarp bedarbių – 62,3 proc., tarp senatvės pensininkų – 41,7 proc. Dirbančių asmenų skurdo rizikos lygis, palyginti su 2017 m., sumažėjo 0,4 procentinio punkto, bedarbių asmenų – padidėjo 0,8, o senatvės pensininkų – 5 procentiniais punktais.

³ Asmenų, kurių ekvivalentinės piniginės disponuojamosios pajamos mažesnės už skurdo rizikos ribą, dalis. Skurdo rizikos riba prilyginama 60 proc. ekvivalentinių disponuojamų pajamų medianos.

2 pav. Skurdo rizikos lygio kaita Lietuvoje



Šaltinis: "Skurdas ir socialinė atskirtis Lietuvoje 2018", Nacionalinis skurdo mažinimo organizacijų tinklas

Absoliutaus skurdo lygis⁴ šalyje 2018 m. siekė 11,1 proc., palyginti su 2017 m., jis sumažėjo 2,7 procentinio punkto. 2018 m. apie 312 tūkst. šalies gyventojų gyveno žemiau absoliutaus skurdo ribos. Disponuojamąsias pajamas, mažesnes už absoliutaus skurdo ribą, mieste gavo 8,3 proc. gyventojų (penkiuose didžiuosiuose miestuose – 5,5 proc., kituose miestuose – 13,0 proc.), kaime – 16,8 proc.

Vaikų iki 18 metų amžiaus absoliutaus skurdo lygis buvo didesnis nei darbingo ar pensinio amžiaus asmenų. 2018 m. jis sudarė 14 proc. ir, palyginti su 2017 m., sumažėjo 2,4 procentinio punkto. Namų ūkiuose su vaikais absoliutaus skurdo lygis 2018 m. siekė 10,4 proc. ir, palyginti su 2017 m., sumažėjo 3,4 procentinio punkto. Namų ūkiuose be vaikų absoliutaus skurdo lygis per metus sumažėjo 2,1 procentinio punkto ir 2018 m. sudarė 11,8 proc. Pagal namų ūkio sudėtį absoliučiaame skurde dažniausiai atsidūrė asmenys, gyvenantys namų ūkiuose, kuriuos sudarė vienas suaugęs asmuo ir išlaikomi vaikai (absoliutaus skurdo lygis – 31,9 proc.) ir vieni gyvenantys asmenys (23,8 proc.). Tarp dirbančių asmenų žemiau absoliutaus skurdo ribos buvo 3 proc., tarp bedarbių – 50,8 proc., tarp senatvės pensininkų – 13,1 proc. Dirbančių asmenų absoliutaus skurdo lygis, palyginti su 2017 m., sumažėjo 1,6 procentinio punkto, bedarbių – 2,2, o senatvės pensininkų – 3,1 procentinio punkto.

2021-2030 m. laikotarpiu oficialių skurdo dinamikos prognozių nėra sudaryta.

Gyventojų sveikatos rodikliai taip pat priklauso ir nuo jų išsilavinimo, kadangi žinios ir įgūdžiai, gauti mokantis, gali pakeisti asmens kognityvinį (pažintinį) elgesį, daryti asmenį imlesnį sveikatos klausimams, įgalinti asmenį lengviau komunikuoti su sveikatos specialistais ir gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. Lietuvoje žemiausio išsilavinimo asmenys skundžiasi blogesne sveikata, trumpesne vidutine būsimo gyvenimo trukme, dažniau miršta nuo pagrindinių mirties priežasčių, tokių kaip kraujotakos ir kvėpavimo sistemų ligos, piktybiniai navikai, nelaimingi atsitikimai ir traumos. Tyrimai rodo, kad 30 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų, kurių išsilavinimas yra žemesnis nei vidurinis, mirtingumas apie 2 kartus viršija turinčių aukštąjį išsilavinimą mirtingumo lygį.⁵

⁴ Parodo, kokia gyventojų dalis negali patenkinti minimalių vartojimo poreikių, apskaičiuojamų vadovaujantis Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2017 m. gegužės 10 d. įsakymu Nr. A1-236 patvirtinta asmens (šeimos) minimalių vartojimo poreikių dydžio skaičiavimo metodika.

⁵ Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimą, 2016 m., Jolanta Valentienė, Higienos institutas Dr. Laura Nedzinskienė, Higienos institutas Vincentas Liutimas, Higienos institutas Sandra Mekšriūnaitė, Higienos institutas Prof. Skirmantė Sauliūnė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Dr. Snieguolė Kaselienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.

3 SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VARTOJIMO TENDENCIJOS IR PROGNOZĖS

Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo prognozės 2021-2030 m. nėra sudarytos (tokią prognozę reikėtų atlikti). Tokia išvada pateikiama ir "Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. vertinimas: Sveikatos apsauga" vertinime. (UAB „ESTEP Vilnius“, 2019 m.)

2014 -2018 m. duomenys apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšomis apmokėtas ir suteiktas paslaugas rodo, jog bendras paslaugų skaičius augo 8%.

2 lentelė. 2014-2018 m. PSDF biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų skaičius pagal paslaugos rūšį

Paslaugos rūšis	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	Pokytis 2014-2018 m., %
Ambulatorinės chirurgijos paslaugos	27 225	33 200	38 891	43 351	46 739	72%
Brangieji tyrimai ir procedūros	456 430	481 467	499 261	531 291	555 821	22%
Dantų protezavimo paslaugos	15 310	17 701	15 929	11 968	7 391	-52%
Dienos chirurgijos paslaugos	93 372	98 699	107 711	112 602	113 728	22%
Dienos stacionaro paslaugos	655 955	701 960	733 543	777 421	793 470	21%
Medicininė reabilitacija ir sanatorinis (antirecidyvini) gydymas	1 394 904	1 413 123	1 453 667	1 502 537	1 511 642	8%
Paliatyvioji pagalba	133 822	154 559	173 956	198 398	227 792	70%
Paslauga pagal transplantacijos programą	5 128	7 601	8 306	8 315	8 220	60%
Paslaugos asmenims, slaugantiems vaiką (-us), taikant transplantacijos gydymą	47	40	51	70	69	47%
Paslaugos motinoms, slaugančioms vaikus (teikiant slaugą, paliatyvią pagalbą, ilgalaikį gydymą)	1 538	2 280	1 137	2 187	1 347	-12%
Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos	17 614 511	18 044 221	18 107 214	18 574 475	18 409 908	5%
Prevenčių programų paslaugos	1 328 975	1 379 732	1 409 680	1 424 626	1 472 358	11%
Priėmimo-skubios pagalbos paslaugos	142 031	149 336	159 006	279 729	330 765	133%
Skatinamosios paslaugos	3 641 647	4 326 810	4 683 328	4 724 981	4 813 306	32%
Slaugytojo paslaugos (savarankiškai teikia)	39 351	43 851	47 868	53 210	58 415	48%
Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos	1 505 043	1 528 820	1 622 617	1 694 232	1 762 410	17%
Slaugos paslaugos namuose	310 762	333 374	331 150	356 448	411 693	32%
Specializuotos ambulatorinės paslaugos	8 195 638	8 394 015	8 462 814	8 315 374	8 263 321	1%
Stacionarinės paslaugos (ilgalaikis gydymas)	417 027	414 267	402 229	377 618	331 528	-21%
Stacionarinės paslaugos jei atliekama operacija (ilgalaikis gydymas)	1 689	1 807	1 489	207	6	-100%
Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugos	619 657	617 149	587 385	563 852	548 618	-11%
Stebėjimo paslaugos	98 341	108 594	128 431	136 210	145 271	48%
Transplantacijos programos potencialaus donoro paruošimo paslaugos	246	359	379	310	346	41%
Iš viso	36 698 649	38 252 965	38 976 042	39 689 412	39 814 164	8%

Šaltinis: IS Sveidra 2019 12 05 duomenys, Valstybinė ligonių kasa

Šiuo laikotarpiu ekonomiškai efektyvių paslaugų (ambulatorinių specializuotų, dienos stacionaro, ambulatorinės chirurgijos, priėmimo-skubios pagalbos, stebėjimo ir dienos chirurgijos paslaugų) paslaugos augo 5%, o jų dalis bendrame paslaugų skaičiuje šiuo laikotarpiu mažėjo nuo 25,1% iki 24,3%. Stacionarių aktyvaus gydymo paslaugų apimtys šiuo laikotarpiu mažėjo 11%, bendroje paslaugų struktūroje taip pat stebimas mažėjimas nuo 1,69% iki 1,38%. Tiksliai visų paslaugų dinamikos tendencijų interpretavimui reikalinga atskira analizė, kaip pvz. paslaugų teisinio reglamentavimo pokyčių analizė, kuri galėtų paaiškinti tam tikrų paslaugų augimo/mažėjimo priežastis.

Remiantis demografinėmis prognozėmis, galima daryti išvadą, kad Lietuvoje sparčiai augant 65 m.+ žmonių skaičiui ir Lietuvai esant viena sparčiausiai senėjančių valstybių ES, ir toliau didės slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos paslaugų poreikis, todėl šioms reikmėms kasmet prireiks vis daugiau lėšų. Atsižvelgiant į struktūrinius pokyčius (pirminės sveikatos priežiūros stiprinimas, ligoninių aktyviojo gydymo paslaugų konsolidavimas), vertintina, kad 2021-2030 m. bus reikalinga didinti ambulatoriškai tiekiamų paslaugų apimtį lyginant su stacionariomis paslaugomis,

plėsti ekonomiškai efektyvių paslaugų⁶ apimtį. Vertinama, jog be aukščiau minėtų paslaugų reikšmingiau augs dienos stacionaro, ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, stebėjimo, ambulatorinės reabilitacijos, pirminės asmens sveikatos priežiūros, prevencinių programų paslaugos. Kitų paslaugų kategorijose tikėtinas nuosaikus augimas. Teritoriniu požiūriu galimai reikšmingiau augs asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis didmiesčiuose, visų pirma, Vilniuje, dėl vidinės gyventojų migracijos. Ekonominis ir socialinis kontekstas suponuoja, jog prasteni sveikatos rodikliai išliks mažesnių pajamų, žemesnio išsilavinimo gyventojų tarpe, be to, bus ryškesni kaime (rajonuose) nei mieste.

⁶ Ligoninėse ir kai kuriose poliklinikose teikiamos ekonomiškai efektyvios asmens sveikatos priežiūros paslaugų formos, patrauklios ir pacientams, nes neatitraukia jų nuo įprastos gyvenimo aplinkos, taip pat ir valstybei, nes efektyviau naudojamos PSDF biudžeto lėšos.

4 INVESTICIJŲ POREIKIS Į SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTUS

Sveikatos priežiūros specialistų demografinės tendencijos ir prognozės nacionaliniu lygiu (pagal savivaldybes/apskritis neanalizuota) yra analizuojamos Mokslo ir studijų stebėsenos ir analizės centro (MOSTA) sukurtame „Medicinos darbuotojų poreikio prognozavimo modelyje“, kuris apima Lietuvoje parengiamų ir dirbančių sveikatos specialistų pasiūlos ir paklausos analizę ir prognozavimą iki 2028 metų.

Svarbu paminėti, kad modelis didžiąja dalimi remiasi kiekybinėmis prielaidomis, t.y. dirbančių sveikatos priežiūros specialistų skaičiumi, laisvomis darbo vietomis (taip nustatomas realus poreikis), išsirančių specialistų iš darbo skaičiumi, absolventų įsidarbinimu, neaktyvių specialistų grįžimu į darbą. Kiekybinės prielaidos remiasi ekspertine prognoze, kurioje teigiama, kad odontologų ir burnos priežiūros specialistų poreikis išlieka stabilus ir mažai kintantis, kadangi šių paslaugų pasiūla jau yra pakankamai išplėta ir neturi pagrindo plėtrai mažėjant gyventojų skaičiui; medicinos praktikos specialistų skaičius mažėja dėl specializuotų sričių gydytojų keitimo daugiaprofiliniais specialistais, specializuotų sričių gydytojų poreikio mažėjimo ir neefektyvaus išlaikymo rajoninėse ligoninėse. Daroma prielaida, kad iki 2028 metų medicinos praktikos specialistų poreikis išliks panašus tik trijų didžiausių miestų apskrityse (Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos), o kitose apskrityse specialistų skaičius mažės proporcingai mažėjant gyventojų skaičiui. Slaugos specialistų skaičius turėtų didėti ir vienam įdarbintam gydytojui tektų vidutiniškai bent du įdarbinti slaugos specialistai. Visos modelio bazinio scenarijaus prielaidos pateikiamos 2 priede.

Kaip teigiama modelio aprašyme, rezultatai yra tik indikaciniai ir neparodo tikslaus specialistų trūkumo/pertekliaus, kuris susidarys per 10 metų. Pavyzdžiui, neatsižvelgiama į naujų profesijų ir švietimo programų atsiradimą, kaip antai skubiosios medicinos gydytojų rengimo programą, kurios pirmieji absolventai paruošti 2018 metais. Jie palaipsniui perims atskirų paslaugų teikimą iš kitų profesijų gydytojų: reanimatologų, akušerių, šeimos gydytojų, vidaus ligų gydytojų. Kaip pasikeis šių profesijų sveikatos specialistų poreikis ir kiek skubiosios medicinos gydytojų įsidarbina po studijų baigimo – modelyje nėra galimybių nustatyti dėl susijusių istorinių duomenų nebuvimo. Taip pat nėra įvertinamas sveikatos specialistų, dirbančių perteklinėse profesinėse kvalifikacijose persikvalifikavimas (papildomų mokslų baigimas ir naujos profesinės kvalifikacijos licencijos įgijimas) ir trūkstamas profesines kvalifikacijas, dėl ko sveikatos specialistų trūkumas būtų dar didesnis. Modelis taip pat neapima priėmimo vietų į vientisąsias ir rezidentūros medicinos studijas persikirstymo, t. y. didinamo priėmimo į ateityje trūkstamas sveikatos specialistų profesijas. Nėra vertinami galimi demografiniai (vidinė migracija tiek sveikatos specialistų, tiek gyventojų), emigracijos ir užsienio specialistų imigracijos pokyčiai. Modelis neįvertina galimų reikšmingų struktūrinių pokyčių sveikatos apsaugos srityje (asmens sveikatos paslaugas teikiančių įstaigų tinklo pasikeitimai, nauji sveikatos specialistų darbo sąlygų reguliavimai, įstaigų finansavimo ir sveikatos specialistų darbo apmokėjimo pakeitimai).

Šio modelio bazinio (labiausiai tikėtino) scenarijaus rezultatų interpretacija ir išvados, kaip pateikiama modelio aprašyme, pateikiamos žemiau:

1. 2028 m. sveikatos specialistų poreikis Lietuvoje bus beveik 4 tūkst. (3,9 tūkst.) specialistų didesnis nei 2018 m. dirbusių sveikatos specialistų skaičius. (žr. 1 priedą).

2. Tik 9 iš 73 profesinių kvalifikacijų sveikatos specialistų poreikis (kumuliatyvi pasiūla-kumuliatyvi paklausa) 2028 m. bus didesnis nei buvo dirbančių sveikatos specialistų skaičius 2018 m. (įvardinamos tik tos grupės (dėl reikšmingumo), kuriose 2018 m. buvo ne mažiau kaip 50 specialistų) :

- bendrosios praktikos slaugytojas (-7350) (trūkumas)
- vidaus ligų gydytojas (-189)
- vaikų ligų gydytojas (-140)

- gydytojas psichiatras (-39)
- gydytojas chirurgas (-30)
- gydytojas oftalmologas (-41)
- gydytojas neurologas (-15)

Iki 2028 m. reikšmingai padidės didžiausios grupės – bendrosios praktikos slaugytojų – poreikis. Visų likusių sveikatos specialistų suminis poreikis 2028 m. bus mažesnis nei dirbusiųjų 2018 m. skaičius.

3. Didžiausias nominalus (asmenimis) kumuliatyvus sveikatos specialistų perteklius 2028 m. prognozuojamas Burnos higienistams (766), Gydytojams odontologams (763), Šeimos gydytojams (257), Gydytojo odontologo padėjėjams (235).

4. Didžiausias procentinis kumuliatyvus sveikatos specialistų trūkumas 2028 m. prognozuojamas Bendrosios praktikos slaugytojams (34 %), Vaikų ligų gydytojams (22 %), Vidaus ligų gydytojams (22 %), Gydytojams oftalmologams (11 %).

5. Didžiausias procentinis kumuliatyvus sveikatos specialistų (turėjusių bent 50 darbuotojų 2018 m.) perteklius 2028 m. prognozuojamas Gydytojams burnos chirurgams (127 %), Burnos higienistams (91 %), Gydytojams vaikų ir paauglių psichiatriams (73 %), Gydytojams radiologams (56 %).

Įvertinant aukščiau minėtą informaciją, darytina išvada, jog 2021-2030 m. laikotarpiui modelis neapima tokių kokybinių prielaidų, kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas, besikeičiančių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo technologijų ir inovacijų įtaka, sveikatos priežiūros paslaugų poreikių skirtumai regioniniu pagrindu. Siekiant tikslesnio prognozavimo *siūloma modelį tobulinti*. Šiuo metu Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) pradėjo bendradarbiauti su *Support for the health workforce planning and forecasting expert network - SEPEN* (<http://healthworkforce.eu/>). Pagrindinis bendradarbiavimo tikslas yra ekspertinė pagalba, kaip įtraukti kokybinius duomenis, jų analizė. Bus bendradarbiaujama ir su STRATA (Vyriausybės strateginės analizės centru).

Iš Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) puslapio⁷, kuriame skelbiamos laisvos darbo vietos asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ASPI) matoma, kad šiuo metu šalyje labiausiai trūksta: šeimos gydytojų, vidaus ligų gydytojų, kardiologų, neurologų, psichiatrų, anesteziologų reanimatologų, vaikų ligų gydytojų. Daugiausiai specialistų trūksta Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio regionuose. Iš SAM atliktos savivaldybių apklausos pastebėtina tendencija, kad daugiausiai šeimos gydytojų trūksta didžiuosiuose miestuose, nes juose yra didžiausias skaičius šeimos medicinos paslaugas teikiančių ASPI ir yra santykinai didžiausias pacientų skaičius. SAM renkami duomenys apie rezidentūros studijų finansavimo sutartis tarp ASPI, universitetų ir rezidentų (pagal SAM ministro įsakymą Nr.V-1080) rodo tendenciją, jog siekdamas pritraukti darbui reikiamus specialistus vis daugiau ASPI yra linkusios apmokėti rezidentūros studijų kainą.

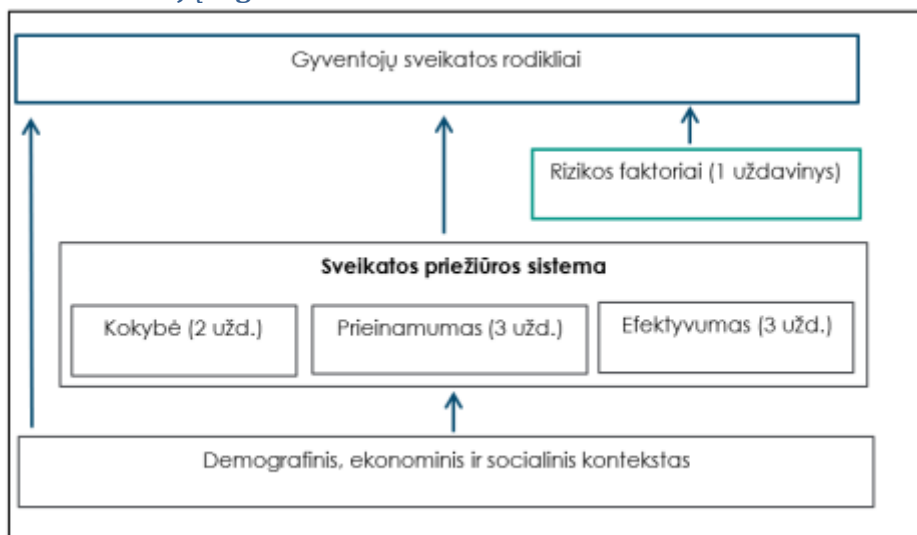
⁷ <http://sam.lrv.lt/lt/skelbimai-1/darbo-pasiulymai-1>

5 SRITYS, KURIOS PRISIDĖTŲ PRIE LIETUVOS GYVENTOJŲ SVEIKATOS RODIKLIŲ GERINIMO BEI PRIE LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS VEIKSMINGUMO, KOKYBĖS, PRIEINAMUMO IR EFEKTYVUMO DIDINIMO

2021-2030 m. Lietuvos sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros srities investicijų poreikis planuojamas remiantis aukščiau pristatytomis išvadomis apie Lietuvos gyventojų demografinės, sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo bei sveikatos priežiūros specialistų poreikio tendencijas, taip pat remiantis 2021-2030 m nacionaliniu pažangos planu (NPP), kurio tikslai ir uždaviniai toliau naudojami pateikiant investicijų poreikį.

2021-2030 m. laikotarpiu visuomenės sveikatos ir sveikatos priežiūros srityje valstybės intervencijos, atspindėtos NPP planuojamos remiantis šia intervencijų logika:

3 pav. Sveikatos intervencijų logika NPP



Šaltinis: sudaryta autorių

Keliami trys tikslai, jiems formuojami trys uždaviniai.

Sveikatos politikos tikslai:

1. Stiprinti visuomenės psichologinį, emocinį atsparumą, siekiant mažinti savižudybių skaičių, sergamumą priklausomybių ligomis, didelį dėmesį skiriant vaikų psichologinei būklei, o taip pat gerinti visuomenės sveikatą, visų pirma, skatinant sveikatos tausojimą ir stiprinimą, keičiant žmonių gyvenimo būdą, elgseną, požiūrį į sveikatą, kurie didžiaja dalimi lemia sveikatos būklę bei gyvenimo trukmę;
2. Didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, siekiant didinti gydymo priemonių veiksmingumą ir rezultatus, dvigubai sumažinti gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo lygį;
3. Didinti sveikatos sistemos efektyvumą, pertvarkant ligoninių tinklą, mažinant hospitalizacijų skaičių, taikant naujus, efektyvesnius paslaugų teikimo ir organizavimo modelius, skaitmeninės sveikatos sistemos sprendimais grįstas inovatyvias paslaugas, atlaisvinant neefektyviai naudojamus išteklius ir panaudojant juos paslaugų kokybei, ilgalaikės, ambulatorinės priežiūros paslaugų prieinamumui didinti, kitoms prieinamumo problemoms – ilgų laukimo eilių, didelių išlaidų vaistams, aukštam korupcijos mastui spręsti.

Sveikatos politikos uždaviniai:

- Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą.
- Didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą.
- Didinti sveikatos priežiūros efektyvumą ir prieinamumą ir plėsti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas.

Toliau pagal atskirus uždavinius prioriteto tvarka (aukščiausia pozicija – svarbiausias prioritetas) formuluojamos investicijų kryptys ir nurodomi reikalingi resursai. Prioritetai nustatomi remiantis šiais kriterijais:

- Tikėtiniu poveikio problemos (uždavinio) sprendimui stiprumu
- Tikėtiniu 2014-2020 m. ES fondų, EEE ir Norvegijos programos investicijų bei kitų valstybės intervencijų poveikiu problemos mastui
- Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastu

ES fondų finansavimas, kuris būtų derinamas su Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), valstybės, savivaldybių biudžeto lėšomis, būtų reikalingas visose numatytose investicijų kryptyse.

Numatomi šie investavimo principai:

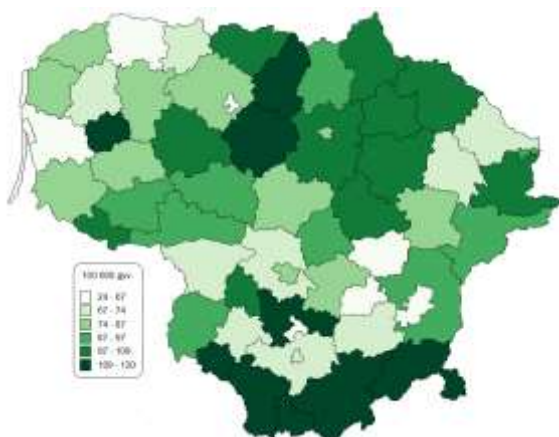
- Sveikatos netolygumų mažinimas tikslinių teritorijų ir grupių atžvilgiu
- Stacionariųjų aktyvaus gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų koncentravimas respublikos ir regiono lygmens ligoninėse, užtikrinant šių paslaugų prieinamumą rajonų gyventojams
- Ambulatorinių paslaugų prieinamumo didinimas

5.1 1 UŽDAVINYS. “SKATINTI SVEIKATOS IŠSAUGOJIMO IR STIPRINIMO VEIKLAS IR STIPRINTI PSICHOLOGINĮ (EMOCINĮ) VISUOMENĖS ATSPARUMĄ”

5.1.1 Išliekantys iššūkiai

2016 m. Lietuvos prevencinėmis priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis buvo aukščiausias ES (336 lyginant su 161 100 000-ių gyventojų), suaugusiųjų, kurie vertina savo sveikatą kaip gerą ir labai gerą, dalis yra taip pat mažiausia (44% lyginant su 68% vidutiniškai ES), 2016 m. Šalies mastu stebimi ryškūs gyventojų sveikatos netolygumai.

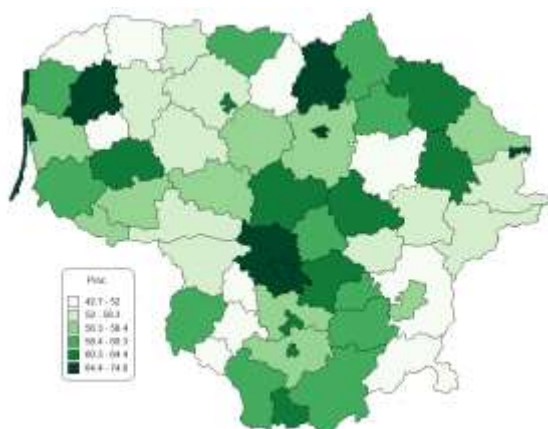
4 pav. Prevencinėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas pagal savivaldybes Lietuvoje 2018 m.



Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Prevencinis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv.	Savivaldybė	Prevencinis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv.
Neringos sav.	24,15	Rietavo sav.	119,93
Palangos m. sav.	46,69	Varėnos r. sav.	117,59
Birštono sav.	53,02	Kalvarijos sav.	117,08
Elektrėnų sav.	58,18	Šalčininkų r. sav.	116,62
Klaipėdos m. sav.	61,26	Druskininkų sav.	114,60
Lietuvos vidurkis 78,71 / 100 000 gyv.			

Šaltinis: Higienos institutas

5 pav. Suaugusiųjų, kurie vertina savo sveikatą kaip gerą ir labai gerą, dalis Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.



Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Suaugusiųjų, kurie vertina savo sveikatą kaip gerą ir labai gerą (proc.)	Savivaldybė	Suaugusiųjų, kurie vertina savo sveikatą kaip gerą ir labai gerą (proc.)
Vilniaus r. sav.	42,7	Kauno r. sav.	74,8
Marijampolės sav.	46,1	Neringos sav.	74,6
Rietavo sav.	46,6	Klaipėdos m. sav.	69,3
Kalvarijos sav.	48,7	Visagino sav.	66,2
Šalčininkų r. sav.	48,7	Panevėžio m. sav.	66,1
Lietuvos vidurkis 58,1 proc.			

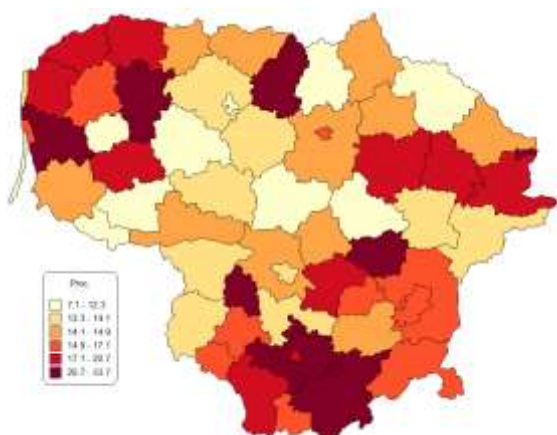
Šaltinis: Higienos institutas

Pagrindinių rizikos veiksnių, susijusių su asmenų gyvensena ir elgsena (alkoholio vartojimas, rūkymas, netinkama mityba, nepakankamas fizinis aktyvumas, kt.), kurie lemia iki 50% gyventojų sveikatos būklės⁸, tikimybė išlieka aukšta.

Alkoholio suvartojimas išlieka aukščiausias ES – 12,3 l lyginant su 10 l vidutiniškai vienam šalies gyventojui, vyresniam negu 15 m. amžiaus (2016 m.). Stebimi ryškūs gyventojų sveikatos netolygumai.

⁸ Sveikatos netolygumų stebėseną ir vertinimą, 2016 m.

6 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau, dalis Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.

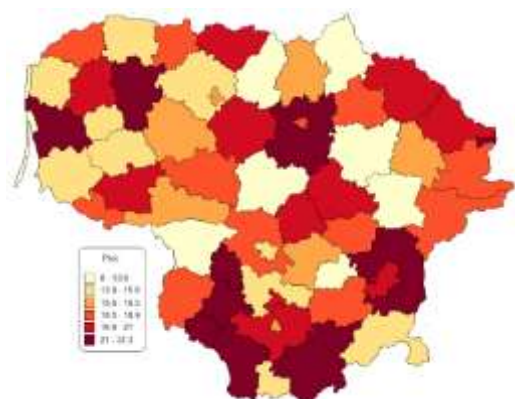


Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau (proc.)	Savivaldybė	Suaugusiųjų, kurie per paskutinius 12 mėnesių vartojo alkoholinius gėrimus kartą per savaitę ir dažniau (proc.)
Pagėgių sav.	7,1	Visagino sav.	33,7
Pasvalio r. sav.	7,9	Telšių r. sav.	26,6
Ukmergės r. sav.	8,7	Klaipėdos r. sav.	22,9
Kėdainių r. sav.	9,6	Varėnos r. sav.	22,0
Rokiškio r. sav.	10,6	Pakruojo r. sav.	22,0
Lietuvos vidurkis 15,7 proc.			

Šaltinis: Higienos institutas

15–64 m. amžiaus Lietuvos gyventojų, nurodžiusių, kad rūkė tabako gaminius per paskutinį mėnesį, dalis, buvo aukštesnė (29%) nei vidutiniškai ES (26%) 2016 m.

7 pav. Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien rūkė tabako gaminius, dalis Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.



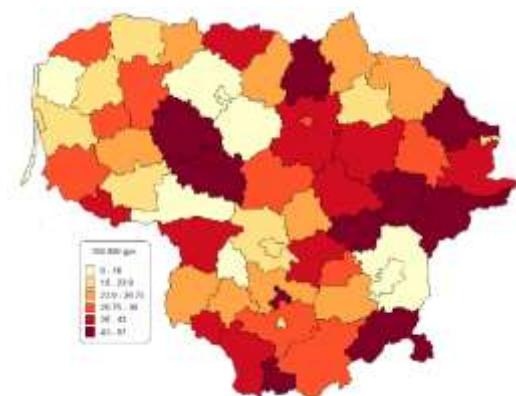
Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien rūkė tabako gaminius (proc.)	Savivaldybė	Suaugusiųjų, kurie per paskutines 30 dienų kasdien rūkė tabako gaminius (proc.)
Palangos m. sav.	8	Vilniaus r. sav.	31,3
Biržų r. sav.	8,4	Kalvarijos sav.	26,4
Klaipėdos m. sav.	9	Visagino sav.	25,1
Molėtų r. sav.	11	Lazdijų r. sav.	24,2
Neringos sav.	11	Klaipėdos r. sav.	23,6
Lietuvos vidurkis 17,3 proc.			

Šaltinis: Higienos institutas

Nutukusių 20-64 metų amžiaus gyventojų dalis yra aukštesnė (17%) nei vidutiniškai ES (15%), 2017 m., o suaugusiųjų, kurie užsiima energinga fizine veikla, gyventojų dalis (atitinkančių PSO rekomendaciją – 5 d. x 30 min.), yra artima vidutinei ES reikšmei.

Mirtingumas dėl savižudybių išlieka aukščiausias tarp ES šalių – 28 palyginti su vidutiniškai 10 ES šalyse 100 000 gyventojų 2016 m.

8 pav. Mirtingumas dėl savižudybių Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.

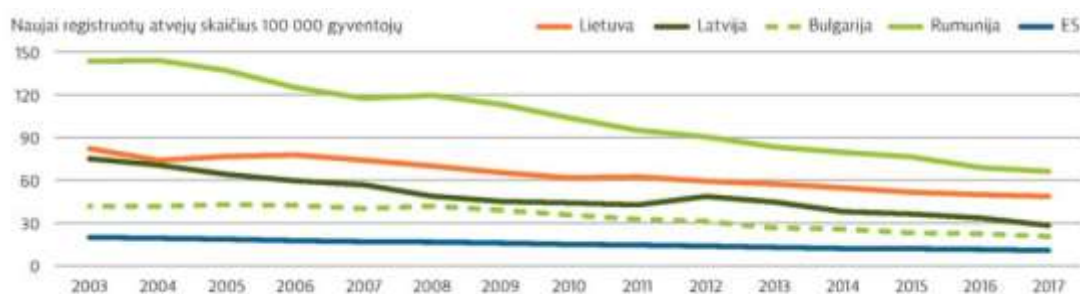


Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Savižudybės 100 000 gyv.	Savivaldybė	Savižudybės 100 000 gyv.
Neringos sav.	0	Birštono sav.	96,55
Palangos m. sav.	0	Kelmės r. sav.	60,61
Jurbarko r. sav.	7,77	Pasvalio r. sav.	59,14
Kretingos r. sav.	13,24	Zarasų r. sav.	58,17
Vilniaus m. sav.	16,19	Druskininkų sav.	56,46
Lietuvos vidurkis 24,38 mirčių 100 000 gyv.			

Šaltinis: Higienos institutas

Lietuva patiria sunkumų, susijusių su kai kurių užkrečiamųjų ligų kontrole. Nors stebimos teigiamos tendencijos, 2017 m. visų užregistruotų tuberkuliozės (TB) atvejų skaičius buvo antras didžiausias ES po Rumunijos. TB vis dar yra didelė visuomenės sveikatos problema, kurią dar apsunkina daugeliui vaistų atsparių ligos formos paplitimas. Beveik pusė (46,5 %) visų ES/EEE šalyse registruojamų itin atsparios vaistams TB atvejų registruojama Lietuvoje. Stebimas nepakankamas atsparios vaistams TB procento tarp naujų TB atvejų mažėjimas bei šešis kartus žemesnis už rekomenduojamą šių atvejų gydymo sėkmės rodiklis. Įgyvendinant Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) Tuberkuliozės pabaigos strategiją, iki 2030 m. privalome pasiekti, kad nebūtų nei vienos šeimos patiriančios finansinius sunkumus dėl tuberkuliozės; 80 proc. sumažinti naujų TB atvejų; 90 proc. sumažinti TB mirtis.

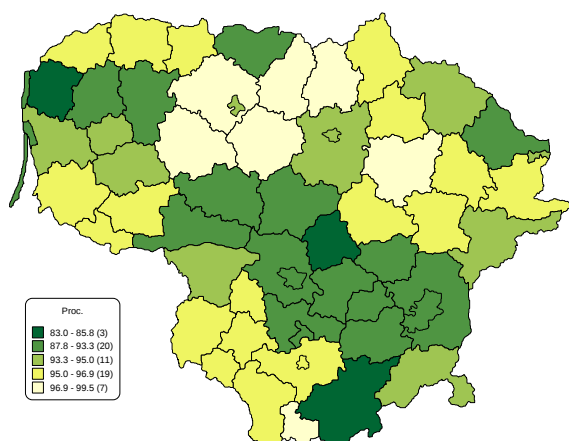
9 pav. Naujai registruotų tuberkuliozės atvejų skaičiaus dinamika kai kuriose ES šalyse



Šaltinis: Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EPBO)

Vaikų (2 metų), paskiepytų 1 vakcinės doze nuo tymų, epideminio parotito, raudonukės (MMR) aprėptys (92% 2018 m.) yra žemiau PSO rekomenduojamos 95% aprėpties.

10 pav. 2 metų amžiaus vaikų MMR1 (tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina, 1 dozė) skiepavimo apimtys Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.



Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	2 metų amžiaus vaikų MMR1 skiepavimo apimtys	Savivaldybė	2 metų amžiaus vaikų MMR1 skiepavimo apimtys
Varėnos r. sav.	83,0	Šiaulių r. sav.	99,5
Jonavos r. sav.	84,2	Radviliškio r. sav.	98,7
Kretingos r. sav.	84,8	Pasvalio r. sav.	98,7
Prienų r. sav.	87,8	Anykščių r. sav.	98,0
Klaipėdos r. sav.	88,2	Pakruojo r. sav.	97,8
Lietuvos rodiklis 92,1 proc.			

Šaltinis: Higienos institutas

Vyresnių nei 65 m. asmenų skiepavimo nuo gripo aprėptis 2017m. siekė tik 13% tos grupės asmenų palyginus su 44% vidutiniškai ES ir PSO rekomenduojamu 75% tikslu.

Antimikrobinio atsparumo situacija Lietuvoje nėra palanki - auga gramneigiamų bakterijų atsparumas. Didėjantis antimikrobinis atsparumas didina sveikatos priežiūros išlaidas (ilgėja pacientų hospitalizacijos trukmė, didėja mirštamumas), mažina antimikrobinių vaistinių preparatų efektyvumą. Racionalus antibiotikų vartojimas kartu su infekcijų prevencijos ir kontrolės priemonėmis yra dvi esminės antimikrobinio atsparumo atsiradimo ir plitimo mažinimo priemonės.

Stacionarinėse ASPI Lietuvoje daugelį metų nemažėja antimikrobinių vaistų vartojimas, kuris yra vienas didžiausių ES. Ambulatoriniame sektoriuje jis keletą pastarųjų metų išlieka stabilus ir yra mažesnis už ES vidurkį. Mikroorganizmų atsparumo epidemiologinė padėtis nepalanki ir nėra gerėjimo tendencijų. Kai kurių sukėlėjų, laikomų „hospitaliniais“, atsparumo lygis tampa kritinis.

Lietuvoje neužtikrintas profesinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas visų įmonių darbuotojams, neišplėta profesinės sveikatos priežiūros infrastruktūra. Įmonės, kuriose dirba mažiau nei 100 arba 200 darbuotojų (pagal ekonominės veiklos pobūdį), neįpareigotos samdyti profesinės sveikatos specialisto. Higienos instituto 2012 metais atlikto tyrimo duomenimis, faktinis profesinės sveikatos paslaugų prieinamumas – vos 2–4 procentai, profesinės sveikatos specialistai dirba tik 18,8 procento įmonių, kurios privalo samdyti tokius specialistus; dažniausia (83,1 procento atvejų) tai - slaugytojos.

Eurostat 2014 metų duomenimis, pagal darbo medicinos gydytojų skaičių 100 tūkst. gyventojų Lietuva (0.65 100 000 gyventojų) – viena iš paskutinių ES. Lietuvoje, kitaip nei daugelyje ES šalių, nesukurta pakankama teisinė bazė efektyviai profesinės sveikatos priežiūrai užtikrinti, nėra nacionalinės profesinės sveikatos institucijos, kuri pagal kompetenciją vertintų profesinės sveikatos priežiūros veiklą įmonėse. Higienos instituto 2012 metų tyrimo duomenimis, darbuotojų sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos programas vykdo tik trečdalis (34,1 procento) didesnių įmonių. Šios srities potencialą turi savivaldybių visuomenės sveikatos biurai ir nevyriausybines organizacijos, kurie gali bendradarbiauti su įmonėmis darbuotojų sveikatos stiprinimo klausimais, tačiau jiems reikia nuolatinės metodinės pagalbos.

Profesinių ligų diagnostika Lietuvoje neefektyvi. Lietuvos profesinių ligų valstybės registro duomenimis, profilaktiškai tikrinant sveikatą įtariama tik 6–15 procentų visų kasmet užregistruojamų profesinių ligų atvejų. Dažniausia (2013 metais – 87 procentai) profesinės ligos įtariamos asmenims,

kurie patys kreipiasi į gydytojus, kai liga pažengusi ir asmuo jau iš dalies arba visiškai nedarbingas. Higienos instituto 2012 metais atlikto tyrimo duomenimis, 19,3 procento šeimos gydytojų profilaktinius tikrinimus atlieka neišklause darbo medicinos kurso, 32,5 procento jų nėra tobulinę darbo medicinos žinių 5 metus. Europos saugos ir sveikatos darbe agentūros 2013 m. tyrimo duomenimis, Lietuvoje 51 proc. dirbančių asmenų nurodo darbo sąlygas kaip pagrindinę sveikatos blogėjimo priežastį. 2011 m. atlikto tyrimo, kuriame buvo apklausti respondentai 27 ES šalyse, ataskaitoje akcentuojamas tiesiog gydytojų žinių apie profesines ligas trūkumas, pacientų baimė prarasti darbą, nepakankamas darbo medicinos gydytojų skaičius.

Iššūkiai išlieka ir aplinkos veiksnių valdymo srityje. Dabartiniai laboratoriniai pajėgumai leidžia nustatyti tik labai nedaug aplinkoje esančių cheminių teršalų, draudžiamų bei ribojamų gaminių sudėtyje cheminių medžiagų. Dėl to pavojingų cheminių medžiagų (mišinių) keliamo poveikio (grėsmių) visuomenės sveikatai vertinimas ir rizikos valdymas atliekamas nepilnai. Taip pat trūksta įrangos kenksmingų sveikatai cheminių medžiagų, kurios nenumatytos tirti pagal kitas priemones, bet kurių žymenis būtina tirti žmonių bioterpėse, tyrimui. Reikalinga pradėti ir sisteminių gyvenamųjų patalpų vertinimą (matavimus), kuris šiuo metu atliekamas retai ir epizodiškai.

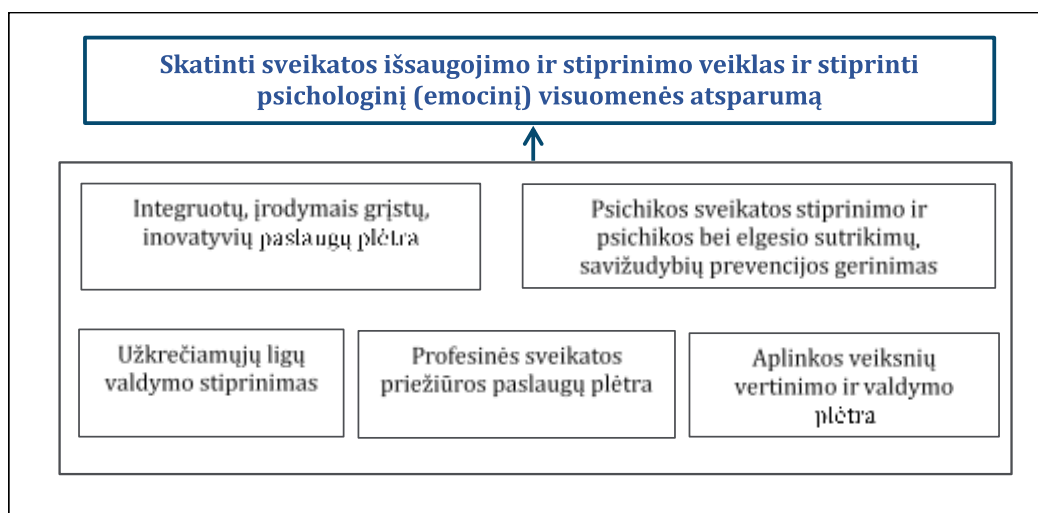
5.1.2. Pagrindinės EK, EPBO rekomendacijos 2021-2030 m.

- Didinti investavimo į visuomenės sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą apimtį ir efektyvumą.
- Didinti visuomenės sveikatos biurų bei pirminių psichikos sveikatos centrų ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą.
- Sutelkti dėmesį į pagrindinius sveikatos sutrikimo rizikos veiksnius ir tikslines grupes; užtikrinti, kad visuomenės sveikatos biurai įgyvendintų įrodymais pagrįstas intervencijas.

5.1.3. Planuojamos veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai

1-ojo uždavinio „Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą“ NPP numatomus rodiklius planuojama pasiekti vadovaujantis šia intervencijų logika:

11 pav. 1-ojo uždavinio „Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą“ intervencijų logika



Šaltinis: sudaryta autorių

Šio uždavinio įgyvendinimui prioriteto tvarka (aukščiausia pozicija – svarbiausias prioritetas) yra numatomos veiklų kryptys bei reikalingi resursai.

1. Integruotų, įrodymais grįstų, inovatyvių visuomenės sveikatos paslaugų plėtra.

a. Integruotų sveikos gyvensenos paslaugų diegimas visuomenės sveikatos, asmens bei socialinės priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose. Profilaktinių sveikatos patikros programų integravimas su sveikatos stiprinimo paslaugomis. Sveikos gyvensenos žinių ir įgūdžių suteikimas pacientams, dalyvavusiems profilaktinėse patikros programose (vėžio, širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenys).

b. Asmens ir visuomenės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų integravimas, stiprinant šeimos gydytojo komandos, psichikos sveikatos centrų specialistų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimą, teikiant kompleksines asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas tikslinėms grupėms.

c. Įrodymais grįstų visuomenės sveikatos intervencijų, jų stebėsenos ir tyrimų plėtra.

Specialistų, atliekančių visuomenės sveikatos technologijų vertinimus, gebėjimų stiprinimas siekiant kokybiškai atlikti technologijų (intervencijų) ekonominį vertinimą ir modeliavimą. Visuomenės sveikatos biurų veiklos vertinimo rodiklių sistemos sukūrimas ir įdiegimas. Stebėseną, tyrimai nacionaliniu ir savivaldybių lygmeniu pagal standartizuotas metodikas, validuotus tyrimo instrumentus. Įrodymais grįstų visuomenės sveikatos intervencijų aprašų parengimas. Papildomos priemonės: teisinio reguliavimo priemonės visuomenės sveikatos biurų atsakomybės didinimui.

d. Inovatyvių, t.t. mobilių ir nuotolinių sveikatos stiprinimo paslaugų tikslinėms asmenų grupėms diegimas

Nuotolinio mokymo programų ir metodinės informacinės medžiagos, kuri galėtų būti naudojama tikslinių grupių (miestas/kaimo vietovės, amžiaus grupės; socialiai pažeidžiamos grupės, kt.) informavimui bei konsultavimui, parengimas. Nuotolinių mokymų sistemos specialistams sukūrimas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi įvairių tyrimų duomenimis, sveika gyvensena ir elgsena lemia iki 50% gyventojų sveikatos būklės.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. Struktūrinės reformos „Sveika gyvensena, prevencija“ priemonėmis padidintas visuomenės sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokestis, sumažintas mokyklose dirbantiems specialistams tenkantis mokinių skaičius, didinamas psichologinės pagalbos prieinamumas, kuriama ankstyvojo savižudybių atpažinimo ir pagalbos sistema, įvestas sveiko maisto produktų ženklavimas, didinamas fizinio lavinimo pamokų skaičius mokyklose, siekiama didinti asmenų, baigiančių programą, skirtą širdies ir kraujagyslių ir cukrinio diabeto rizikos asmenims, skaičių bei didinti dalyvių skaičių atrankinėse patikrose dėl onkologinių ligų.

2014-2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos (VP) priemonės buvo nukreiptos į pagrindinių rizikos veiksnių, lemiančių lėtines neinfekcines ligas, poveikio mažinimą. Per VP priemones Nr. 08.4.2-ESFA-R-630, -ESFA-V-628 finansuoti visuomenės sveikatos biurų ir savivaldybių administracijų bei Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro įgyvendinami projektai, nukreipti į pagrindinių kraujotakos, galvos smegenų kraujotakos, onkologijos ligas bei traumas ir nelaimingus atsitikimus lemiančių rizikos veiksnių poveikio mažinimą, sveikos mitybos skatinimą. Taip pat finansuotas 13-os tikslinių teritorijų savivaldybių visuomenės sveikatos biurų infrastruktūros modernizavimas (patalpų remontas, rekonstrukcija, įrangos ir transporto priemonių įsigijimas). Iki 2019 m. pab. šviečiamosiose ir sveikatos raštingumą didinančiose veiklose sudalyvavo apie 90 000 unikalių tikslinių savivaldybių ir tikslinių gyventojų grupių asmenų (iki 2023 m. suplanuota pasiekti ne mažiau kaip 162 300), iš jų net 98% palankiai vertina suteiktas mokymų paslaugas (pagal 2019 m. apklausų faktinius duomenis), 87,6% asmenų, teigia, kad pakeitė gyvenseną dėl sveikatos po dalyvavimo ES fondų remtose veiklose.

Tikimasi, kad dėl reformos įgyvendinimo iki 2028 m. ne mažiau kaip penktadaliu sumažės mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio, krūtų vėžio, storosios žarnos vėžio.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Didžiausias išliks „minkštųjų“ investicijų poreikis (detalizuota 3-ioje lentelėje) siekiant didinti intervencijų mastą, kokybę, gerinti jų organizavimą. Visuomenės sveikatos biurų infrastruktūra per 2007-2013 m. ir 2014-2020 m. yra/bus modernizuota, tačiau išliks poreikis patalpų pritaikymui bei darbo priemonėms, susijusioms su integruotomis sveikos gyvensenos skatinimo veiklomis visuomenės sveikatos biuruose (kaip ir pirminės asmens priežiūros ASPĮ). Mobilių ir nuotolinių paslaugų teikimui visuomenės sveikatos biurams bus reikalingos darbo priemonės, t.t. IT įrankiai bei automobiliai.

2. Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos bei elgesio sutrikimų ir savižudybių prevencijos gerinimas.

Psichikos sutrikimų prevencijos veiksmingumo, prieinamumo ir kokybės gerinimas, psichikos sveikatos raštingumo, emocinių-socialinių įgūdžių ugdymas vaikams ir jaunimui, integruojant į formalų ugdymo procesą ir neformalias veiklas, stiprinant švietimo įstaigų bendruomenių kompetencijas, diegiant inovatyvias skaitmenines psichikos sveikatos raštingumo priemones (*reikia suderinamumo su ŠMSM*).

Dirbančių asmenų psichosocialinės rizikos darbe įvertinimo ir prevencijos priemonių diegimo plėtra, plėtojant reguliacines priemones ir jų priežiūrą, paskatas, teikiant metodinę pagalbą ir stiprinant kompetencijas.

Vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatos ir emocinės gerovės stiprinimo iniciatyvų plėtra asmenims ir visuomenės sveikatos priežiūros, globos ir paliatyvios slaugos įstaigose.

Savižudybių prevencijos priemonių ir kompleksinės pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims paslaugų prieinamumo ir kokybės didinimas, užtikrinant ankstyvą savižudybės grėsmės atpažinimą ir prevenciją, nukreipimą pagalbai gauti, tęstinę priežiūrą stacionarinėse ir ambulatorinėse ASPĮ, reabilitaciją ir reintegraciją.

Ankstyvosios psichikos ir elgesio sutrikimų diagnostikos ir ankstyvųjų intervencijų prieinamumo ir kokybės didinimas, psichologinio vertinimo ir kitų diagnostinių bei vertinimo įrankių kūrimas ir adaptavimas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi mirtingumas dėl savižudybių ES kontekste išlieka aukštas, be to, Lietuvoje savižudybės sudarė apie 27% visų išorės lemtų priežasčių, kurios sudarė trečią pagal dydį mirties priežasčių grupę (po kraujotakos sistemos ligų ir vėžio). Neišnaudojamas prevencijos ir psichikos sveikatos stiprinimo potencialas: trūksta psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos programų vaikams ir jaunimui, užkertant kelią psichikos ir elgesio sutrikimų vystymuisi ankstyvojoje stadijoje. Nepakanka ir dirbančių asmenų psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos intervencijų darbo vietoje, plėtojant psichosocialinės rizikos vertinimą ir didinant prevencinių priemonių aprėptį ir kokybę. Trūksta ir vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatos stiprinimo iniciatyvų.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų bei EEE ir Norvegijos paramos programos investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. Iš EEE ir Norvegijos paramos programos 2014-2020 m. 15 mln Eur skirta psichikos sveikatos stiprinimui ir prevencijos priemonėms, ypatingą dėmesį skiriant vaikų, jaunimo ir jų šeimų gerovei. Finansuojami penki projektai, kuriais numatoma pritaikyti jau esamas paslaugas ar infrastruktūrą jaunimo ir vaikų poreikiams (sveikatos kabinetų mokyklose ir ikimokyklinio ugdymo įstaigose atnaujinimas), diegti ankstyvosios intervencijos programą vaikams su probleminiu elgesiu, teikti visapusišką psichosocialinę pagalbą nėščiosioms su vaikais iki 2 metų amžiaus, diegti adaptuoto ir išplėsto jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį ir teikti e-konsultavimo paslaugas asmenims, susiduriantiems su emociniais sunkumais (gerovės konsultantai). Nors bus

sukurtas šių paslaugų prieinamumas, reikalinga didinti jų mastą ir plėsti tikslinių grupių skaičių, trūksta intervencijų integruotų į švietimo procesą. Per priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-629 finansuota bendruomenių ir nevyriausybių organizacijų veikla, skirta gerinti vaikų ir paauglių iki 18 m. fizinę ir psichinę sveikatą.

Reformos „Sveika gyvensena, prevencija“ dalimi yra psichologinės pagalbos savivaldybėse prieinamumo didinimas, ankstyvojo savižudybių atpažinimo ir pagalbos sistemos sukūrimas. Tikimasi, kad dėl reformos įgyvendinimo savižudybių skaičius sumažės trečdaliu.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Išliks poreikis diegti prevencines ir ankstyvosios intervencijos programas kitoms tikslinėms vaikų ir jaunimo grupėms (vaikams su ankstyvaisiais raidos sutrikimais, atsidūrusiems krizėje, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas, patiriantiems socialinę atskirtį ir kt.), taip pat pirminės prevencijos programas vaikams ir jaunimui.

Atsižvelgiant į Europos Komisijos (EK) numatytus prioritetus ir kintančią demografinę situaciją, pokyčius darbo rinkoje, augs poreikis gerinti dirbančiųjų bei vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatą: stiprinti psichosocialinės rizikos darbe vertinimą ir prevencijos priemonių diegimą, plėtoti tarpsektorines psichologines – socialines paslaugas vyresnio amžiaus žmonėms

Taip pat bus reikalinga toliau didinti savižudybių prevencijos priemonių ir kompleksinės pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims paslaugų prieinamumą ir kokybę, užtikrinant ankstyvą savižudybės grėsmės atpažinimą ir prevenciją, nukreipimą pagalbai gauti, tęstinę priežiūrą stacionarinėse ir ambulatorinėse ASPĮ, reabilitaciją ir reintegraciją.

Ankstesniuose paramos etapuose skirta nepakankamai dėmesio pacientų saugai ir paslaugų kokybei didinti psichikos sveikatos srityje per psichologinio vertinimo ir kitų diagnostinių-vertinimo įrankių kūrimą ir adaptavimą. Siekiant didesnio prevencijos ir gydymo paslaugų veiksmingumo, reikalingos investicijos į ankstyvąją diagnostiką ir ankstyvasias intervencijas psichikos sveikatos srityje.

3. Užkrečiamųjų ligų valdymo stiprinimas.

Integruotos paslaugos valdant užkrečiamąsias ligas tarp pažeidžiamų ir rizikos grupių asmenų: pacientų švietimas, mobilių diagnostikos paslaugų teikimas, sveikatos specialistų ir visuomenės raštingumo didinimas skiepais valdomų infekcijų ir tuberkuliozės atvejais, infekcijų kontrolės komandų formavimas ir jų gebėjimų stiprinimas, ASPĮ pritaikymas vykdyti efektyvias infekcijų kontrolės priemones, socialinės paramos priemonės tuberkuliozės gydymo DOTS (angl. directly observed treatment course) kabinetuose atveju. Antimikrobinio atsparumo stebėsenos sistemos tobulinimas ir kompiuterizavimas, reagavimo sistemos sukūrimas, specialistų kvalifikacijos tobulinimo ir perkvalifikavimo programų sukūrimas ir specialistų mokymai.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Vidutinis/aukštas, kadangi dėl nepakankamų infekcijų kontrolės tiek ASPĮ tiek visuomenėje plinta atsparūs mikroorganizmai, tai didina užkrečiamųjų ligų skaičių.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Didelis. Per priemones Nr. 08.1.3-CPVA-V-605, Nr. 08.4.2-CPVA-V-618 finansuojamos visuomenės informavimo apie tuberkuliozę (TB), sergančiųjų TB ir jų šeimos narių, sveikatos specialistų mokymų veiklos, nacionalinių TB diagnostikos ir gydymo rekomendacijų parengimas. Taip pat finansuojamas tuberkuliozės centrų modernizavimas stacionarines tuberkuliozės paslaugas vaikams ir suaugusiems teikiančiose ASPĮ (statyba, remontas ir med. įranga), DOTS kabinetų įrengimas, mikroskopijos centrų įrengimas. Per priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-R-615 finansuojama socialinė parama DOTS kabinetuose besigydančioms asmenims už laiku išgertus vaistus (maisto talonų, kelionių išlaidų kompensavimas).

Per priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-622 vykdomas projektas „Tikslinės grupės vaikų skiepijimo apimčių įvertinimas, specialistų ir visuomenės sveikatos raštingumo didinimas užkrečiamųjų ligų profilaktikos

tema“, kuriame finansuojamas tikslinės grupės vaikų skiepavimo apimčių tyrimas, keliama visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kompetencija bei visuomenės sveikatos raštingumas užkrečiamųjų ligų klausimais. Per priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-613 finansuojamas leidinio „Išmintingasis vaistų sąrašas“ sveikatos priežiūros, farmacijos specialistams ir leidinio pacientams apie racionalų vaistų vartojimą parengimas ir informacijos apie racionalų vaistų vartojimą sklaidimas sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistams bei pacientams.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Vidutinis/aukštas. Reikalinga tęsti pacientų švietimo bei socialinės paramos veiklas (jos pasiteisina), papildomai vykdyti sveikatos specialistų ir visuomenės švietimą skiepais valdomų infekcijų ir TB atvejais, finansuoti mobilių diagnostikos paslaugų teikimą, vykdyti efektyvias infekcijų kontrolės priemones – pastarosios dvi veiklos iki šiol finansuotos nebuvo. Mobiliosioms paslaugoms bus reikalingos transporto priemonės su specialia diagnozavimo įranga. Antimikrobinio atsparumo srityje reikalinga tobulinti stebėsenos sistemą, sukurti reagavimo sistemą, kelti specialistų kvalifikaciją/perkvalifikuoti, vykdyti kompleksines priemones, apimančias ir ambulatorines (90% antibiotikų paskiriama pirminiame asmens sveikatos priežiūros lygmenyje) ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias ASPĮ, ypač akcentuojant į stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias ASPĮ nukreiptas priemones.

4. Profesinės sveikatos priežiūros paslaugų plėtra

Profesinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo labai mažoms ir mažoms įmonėms modelio parengimas; sveikatinimo paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms plėtra, siekiant darbingo amžiaus prailginimo, pensinio amžiaus žmonių grąžinimo į darbo rinką.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi tai plačiausia tikslinė grupė, apie 50% dirbančiųjų nurodo darbo sąlygas kaip pagrindinę sveikatos blogėjimo priežastį. Tarptautinės organizacijos pažymi, kad profesinės sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos kiekvienam dirbančiam asmeniui, nesvarbu, koks ūkio sektorius, įmonės dydis (reikia pagalbos mažoms ir vidutinėms įmonėms), geografinė vietovė ar darbo sutarties pobūdis.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

2014-2020 m. ES fondų investicijomis nefinansuota.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Planuojama finansuoti šakinių/regioninių profesinės sveikatos kompetencijos centrų steigimą, todėl bus reikalingos patalpos, darbo priemonės, metodikos, mokymai. Taip pat reikalingas darbo medicinos gydytojų skaičiaus didinimas.

5. Aplinkos veiksnių rizikos žmonių sveikatai vertinimo ir valdymo plėtra.

Aplinkos veiksnių (cheminių medžiagų (mišinių), oro taršos, triukšmo, elektromagnetinės spinduliuotės ir kt.) keliamo poveikio (grėsmių) visuomenės sveikatai vertinimas, stebėsenos ir rizikos valdymo metodikų parengimas. Gyvenamųjų ir visuomenės paskirties patalpų (būstų) rizikos sveikatai vertinimas (tyrimas).

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Vidutinis. Aplinka (socialinė aplinka, fizinė aplinka) lemia apie 20 proc. gyventojų sveikatos būklės.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. Siekiant gerinti skubios apsinuodijimų laboratorinės diagnostikos efektyvumą Nacionalinei visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijai per priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-611 buvo skirtos lėšos laboratorinės įrangos įsigijimui.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Vidutinis. Išlieka poreikis aplinkos mikrobiologinių tyrimų atlikimui reikalingos įrangos (laboratorinės įrangos, informacinių technologijų ir programinės įrangos, mobilių laboratorijų su tinkamai įrengtomis patalpomis, šaldytuvais biologinių terpių saugojimui, pamatinių medžiagų ir reagentų tyrimų atlikimui) įsigijimui, elektromagnetinių laukų, triukšmo matavimo įrangos įsigijimui, kvapų valdymo aplinkos ore klausimams spręsti. Reikalingas ir sisteminis gyvenamųjų patalpų įvertinimas (matavimai), kuris šiuo metu atliekamas retai ir epizodiškai.

Toliau 1-o uždavinio investicijų kryptys prioriteto tvarka bei reikalingi ištekliai apibendrintai pateikiami lentelėje.

3 lentelė. 1 uždavinio „Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą“ planuojamų veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai

Kryptys/veiklos	Reikalingi resursai
1. Integruotų, įrodymais grįstų, inovatyvių visuomenės sveikatos paslaugų plėtra.	
a. Integruotų sveikatos gyvensenos paslaugų diegimas visuomenės sveikatos, asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose. Profilaktinių sveikatos patikros programų integravimas su sveikatos stiprinimo paslaugomis. Sveikatos gyvensenos žinių ir įgūdžių suteikimas pacientams, dalyvavusiems profilaktinėse patikros programose (vėžio, širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenys).	Patalpų pritaikymas, darbo priemonės.
b. Asmens ir visuomenės <i>psichikos sveikatos</i> priežiūros paslaugų integravimas, stiprinant šeimos gydytojo komandos, psichikos sveikatos centrų specialistų ir visuomenės sveikatos specialistų bendradarbiavimą, teikiant kompleksines asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas tikslinėms grupėms.	Diagnostikos ir intervencijų modeliai
c. Įrodymais grįstų visuomenės sveikatos intervencijų, jų stebėsenos ir tyrimų plėtra.	Intervencijų aprašai
Specialistų, atliekančių visuomenės sveikatos technologijų vertinimus, gebėjimų stiprinimas siekiant kokybiškai atlikti technologijų (intervencijų) ekonominį vertinimą ir modeliavimą.	
Visuomenės sveikatos biurų veiklos vertinimo rodiklių sistemos sukūrimas ir įdiegimas.	
Stebėseną, tyrimai nacionaliniu ir savivaldybių lygmeniu pagal standartizuotas metodikas, validuotus tyrimo instrumentus.	
Įrodymais grįstų visuomenės sveikatos intervencijų aprašų parengimas	
Papildomos priemonės: teisinio reguliavimo priemonės visuomenės sveikatos biurų atsakomybės didinimui	
d. Inovatyvių, t.t. mobilių ir nuotolinių sveikatos stiprinimo paslaugų tikslinėms asmenų grupėms diegimas.	Darbo priemonės Automobiliai IT platformos
	<u>Bendrai visoms veikloms:</u> Metodinė medžiaga Mokymai
	Bandomųjų veiklos modelių finansavimas Kvalifikacijos kėlimas

2. Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos bei elgesio sutrikimų ir savižudybių prevencijos gerinimas.	
Psichikos sutrikimų prevencijos veiksmingumo, prieinamumo ir kokybės gerinimas, psichikos sveikatos raštingumo, emocinių-socialinių įgūdžių ugdymas <i>vaikams ir jaunimui</i>, integruojant į formalų ugdymo procesą ir neformalias veiklas, stiprinant švietimo įstaigų bendruomenių kompetencijas, diegiant inovatyvias skaitmenines psichikos sveikatos raštingumo priemones (<i>reikia suderinamumo su ŠMSM</i>) <i>Dirbančių asmenų</i> psichosocialinės rizikos darbe įvertinimo ir prevencijos priemonių diegimo plėtra, plėtojant reguliacines priemones ir jų priežiūrą, paskatas, teikiant metodinę pagalbą ir stiprinant kompetencijas. <i>Vyresnio amžiaus žmonių</i> psichikos sveikatos ir emocinės gerovės stiprinimo iniciatyvų plėtra asmenų ir visuomenės sveikatos priežiūros, globos ir paliatyvos slaugos, kultūros, švietimo ir kitose įstaigose. Savižudybių prevencijos priemonių ir kompleksinės pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims paslaugų prieinamumo ir kokybės didinimas. Ankstyvosios <i>psichikos ir elgesio sutrikimų</i> diagnostikos ir ankstyvųjų intervencijų prieinamumo ir kokybės didinimas. Psichologinio vertinimo ir kitų diagnostinių bei vertinimo įrankių kūrimas ir adaptavimas	Intervencijų modeliai IT priemonės Infrastruktūra – patalpų įrengimas, priemonių įsigijimas Efektyvios informacijos perdavimo sistemos sukūrimas. Medicinos technologijos – psichologinio vertinimo ir kitų diagnostinių ir vertinimo įrankių vertimas, validavimas, standartizavimas <u>Bendrai visoms veikloms:</u> Metodinė medžiaga Mokymai Bandomųjų veiklos modelių finansavimas Kvalifikacijos kėlimas
3. Užkrečiamųjų ligų valdymo stiprinimas.	
Integruotos paslaugos valdant užkrečiamąsias ligas tarp pažeidžiamų ir rizikos grupių asmenų: sveikatos priežiūros specialistų (šeimos gydytojų, slaugytojų, gydytojų specialistų), socialinių darbuotojų, visuomenės sveikatos specialistų, atvejo vadybininkų/integravimo koordinatorių, dirbančių su pažeidžiamomis asmenų grupėmis), mokymai tuberkuliozės, žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV), hepatitų bei lytiškai plintančių ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo ir valdymo srityje: <i>Pacientų švietimas</i>, įgalinant juos suprasti ligų perdavimo kitiems asmenims riziką, gydymo tęstinumą būtinumą ir pan. <i>Mobilių diagnostikos paslaugų</i>, suburiančių mobilies specialistų grupes, galimai pasitelkiant ir bendruomenių, NVO atstovus, kurios galėtų nuvykti į bendruomenes, rizikos grupių susibūrimo vietas ir atlikti ištyrimą dėl TB, ŽIV, virusinių hepatitų, sifilio ir pan.,	Transporto priemonės su mobiliu rentgeno aparatu, greitieji testai dėl ŽIV bei virusinių hepatitų, sifilio testai. Informacijos sklaida Darbo užmokestis mobilių specialistų komandų nariams/atvejų vadybininkams.

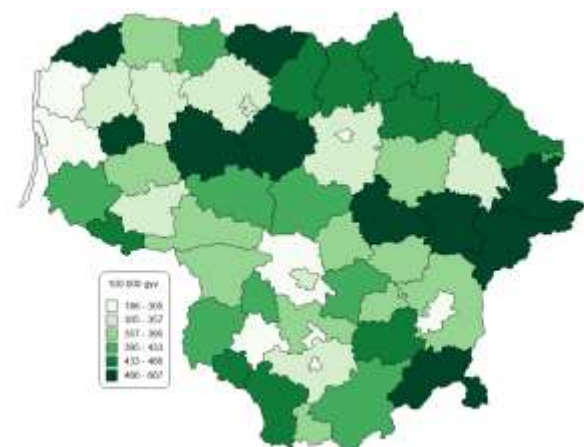
teikimas. Sveikatos specialistų ir visuomenės <i>raštingumo didinimas</i> skiepais valdomų infekcijų ir tuberkuliozės atvejais. Socialinės paramos (maisto talonų, atvykimo į DOTS kabinetą išlaidų kompensavimo) dalijimas rizikos grupėms tuberkuliozės gydymo DOTS kabinetuose atveju (tęsti šiuo metu vykdomą iš ES finansuojamą priemonę). <i>Infekcijų kontrolės komandų formavimas</i> ir jų gebėjimų stiprinimas, API pritaikymas vykdyti efektyvias infekcijų kontrolės priemones. Stebėsenos sistemos tobulinimas ir kompiuterizavimas, reagavimo sistemos (pranešimų apie atsparius mikroorganizmus siuntimo, keitimosi informacija sistema) sukūrimas, specialistų kvalifikacijos tobulinimo ir perkvalifikavimo programų sukūrimas ir specialistų mokymai, sukuriant interaktyvias nuotolinio mokymo sistemas.	Skiepais valdomų infekcijų e-mokymų modulis Maisto paketai, kelionės išlaidų kompensacijos. Išplėtos IT (e-sveikatos) priemonės, ypač mikrobiologijos laboratorijose. Kompiuterizuota antikmikrobinio atsparumo stebėsenos sistema, sukurta IT "reagavimo sistema". Mokymo programos Mokymai Metodinė medžiaga <u>Bendrai visoms veikloms:</u> Metodinės rekomendacijos Mokymai
4. Profesinės sveikatos priežiūros paslaugų plėtra.	
Profesinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo labai mažoms ir mažoms įmonėms modelio parengimas (šakinių/regioninių profesinės sveikatos kompetencijos centrų įsteigimas). Papildomai numatomos reguliavimo iniciatyvos. Sveikatinimo paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms plėtra, siekiant darbingo amžiaus prailginimo, pensinio amžiaus žmonių grąžinimo į darbo rinką. Papildomai numatomos reguliavimo iniciatyvos.	Infrastruktūra (patalpos, darbo priemonės) Veiklos modelis, metodikos, mokymai.
5. Aplinkos veiksnių rizikos žmonių sveikatai vertinimo ir valdymo plėtra.	
Aplinkos veiksnių (cheminių medžiagų (mišinių), oro taršos, triukšmo, elektromagnetinės spinduliuotės ir kt.) keliamo poveikio (grėsmių) visuomenės sveikatai vertinimas, stebėsenos ir rizikos valdymo metodikų parengimas. Gyvenamųjų ir visuomenės paskirties patalpų (būstų) rizikos sveikatai vertinimas.	Infrastruktūra (laboratorinė įranga), metodikos, mokymai, lėšos laboratorijos akreditavimui. Visuomenės sveikatos specialistų mokymai. Vertinimas (tyrimas)

5.2 2 UŽDAVINYS. "DIDINTI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ IR SAUGĄ"

5.2.1 Išliekantys iššūkiai

Gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas 2016 m. Lietuvoje buvo vienas didžiausių (206 100 000-ių gyventojų) palyginus su ES vidurkiu (93). Egzistuoja dideli gyventojų sveikatos netolygumai.

12 pav. Gydomo priemonėmis išvengiamas mirtingumas Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.

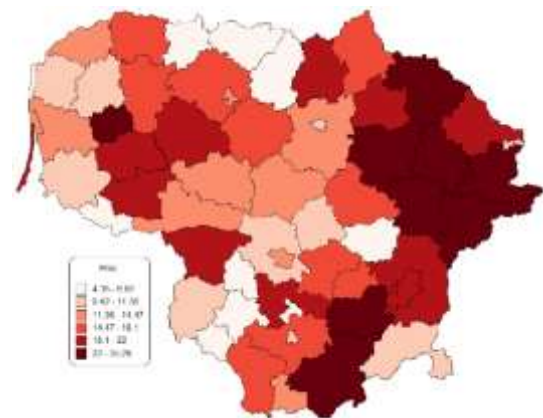


Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Gydomo priemonėmis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv.	Savivaldybė	Gydomo priemonėmis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv.
Palangos m. sav.	186,59	Šalčininkų r. sav.	666,45
Neringos sav.	195,57	Švenčionių r. sav.	576,05
Alytaus m. sav.	268,30	Molėtų r. sav.	562,50
Kauno r. sav.	276,26	Joniškio r. sav.	525,49
Birštono sav.	279,81	Radviliškio r. sav.	512,99
Lietuvos vidurkis 351,34 / 100 000 gyv.			

Šaltinis: Higienos institutas

Mirštamumas nuo miokardo infarkto per 30 dienų nuo hospitalizacijos yra taip pat vienas didžiausių: 2017 m. Lietuvoje sudarė 16,5 100 000 gyventojų lyginant su vidutiniškai 9,4 ES šalyse.

13 pav. Mirštamumo nuo miokardo infarkto per 30 dienų po hospitalizacijos mažiausi ir didžiausi rodikliai savivaldybėse Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.

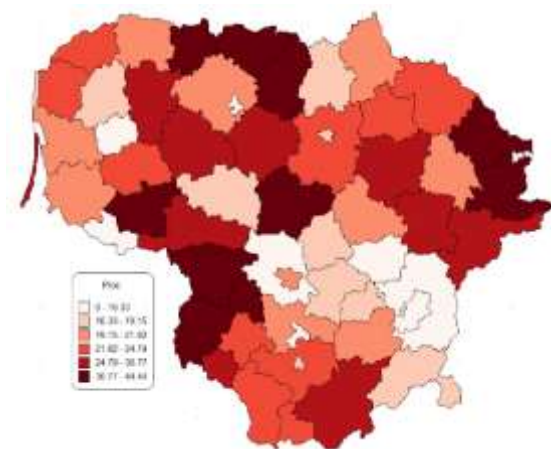


Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Mirštamumas nuo miokardo infarkto per 30 d. po hospitalizacijos, proc.	Savivaldybė	Mirštamumas nuo miokardo infarkto per 30 d. po hospitalizacijos, proc.
Kazlų Rūdos sav.	4,35	Švenčionių r. sav.	35,29
Širvintų r. sav.	5,88	Rietavo sav.	33,33
Marijampolės sav.	6,84	Molėtų sav.	31
Palangos m. sav.	7,14	Varėnos r. sav.	29,27
Akmenės r. sav.	7,41	Anykščių r. sav.	25,35
Lietuvos vidurkis 15,56 proc.			

Šaltinis: Higienos institutas

Mirštamumas nuo išeminio galvos smegenų insulto per 30 dienų po hospitalizacijos 2015 m. buvo beveik dvigubai didesnis nei ES šalių vidurkis: 18,32 palyginti su 8,58 100 000-iui gyventojų. Stebimi ryškūs gyventojų sveikatos netolygumai.

14 pav. Mirštamumo nuo galvos smegenų insulto per 30 dienų po hospitalizacijos mažiausi ir didžiausi rodikliai savivaldybėse Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.



Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Mirštamumas nuo išeminio galvos smegenų insulto per 30 d. po hospitalizacijos, proc.	Savivaldybė	Mirštamumas nuo išeminio galvos smegenų insulto per 30 d. po hospitalizacijos, proc.
Visagino sav.	0	Ignalinos r.	44,44
Vilniaus r. sav.	11,39	Akmenės r. sav.	36,76
Šiaulių m. sav.	11,9	Joniškio r. sav.	36,59
Vilniaus m. sav.	11,9	Kėdainių r. sav.	35,87
Širvintų r. sav.	13,33	Kazlų Rūdos sav.	35
Lietuvos vidurkis 19,77 proc.			

Šaltinis: Higienos institutas

Bendras 5-ių metų išgyvenamumas sergant krūties vėžiu, gimdos kaklelio vėžiu ir storosios žarnos vėžiu buvo žemesnis nei EPBO šalių vidurkis. EPBO duomenimis, 2010-2014 m. krūties vėžio atveju Lietuvos rodiklis siekė 74%, EPBO vidurkis – 83%. Gimdos kaklelio vėžio atveju - Lietuvos rodiklis siekė 59%, EPBO vidurkis – 63%. Storosios žarnos vėžio atveju - Lietuvos rodiklis siekė 53%, EPBO vidurkis – 58%.

Standartizuotas išvengiamų hospitalizacijų rodiklis, kurį galima mažinti plėtojant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir didinant jų kokybę, yra aukštesnis nei ES vidurkis. Lietuva išskiriama kaip viena iš šalių, kurios gyventojai hospitalizuojami sistemingai ir reikšmingai dažniau kitose ES šalyse. Įvertinus demografinius, gyventojų senėjimo, emigracijos, socialinius ir kitus veiksnius, siekiant sumažinti išvengiamų hospitalizacijų lygį, užtikrinti įstatymu nustatytus asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminus bei tai, jog 80 procentų sveikatos sutrikimų (ūmų ligų diagnostika ir gydymas, lėtinių ligų ilgalaikė priežiūra, ligų profilaktika ir kt.) turėtų būti sprendžiama pirminiame lygyje, būtina plėtoti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, gerinant jų kokybę ir prieinamumą, trumpinant patekimo pas šeimos gydytojus (ŠG) ir gydytojus specialistus laiką.

15 pav. Standartizuotas išvengiamų hospitalizacijų lygis 100 000 15 m. ir vyresnių gyventojų



Šaltinis: EPBO

2021-2030 m. laikotarpiu vykdant stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų konsolidavimą greitosios medicinos pagalbos (GMP) tarnybai teks didesnis krūvis, siekiant užtikrinti pacientų, kuriems reikalinga skubi stacionarinė priežiūra, transportavimą į šią priežiūrą teikiančias ligonines, tarp jų ir pacientų su ūmiomis kraujotakos ligomis (miokardo infarktu, galvos smegenų insultu) – į specializuotus centrus. Išliekant ekstremalių situacijų: gamtinių (stichinės nelaimės, masiniai miškų ir durpynų gaisrai, ypač pavojingos arba masinės epidemijos), techninių (įvairūs technologiniai procesų sutrikimai, dėl kurių kyla gaisrai, įvyksta sprogimai, transporto priemonių avarijos, magistralinių vamzdinių avarijos ir pan.), ekologinių ir socialinių (masinės riaušės ir neramumai, provokacijos, teroro aktai ir pan.) galimybei, kyla pavojus dėl infrastruktūros trūkumo GMP paslaugų savalaikiam ir kokybiškam teikimui.

Specializuotos asmens sveikatos priežiūros kokybei ir saugai gerinti reikalinga tolesnė pažanga ypatingai akcentuojant prevencinių programų kokybės ir efektyvumo didinimą.

Kraujotakos sistemos ligų prevencinės priemonės, įskaitant cukrinio diabeto kontrolę, nėra įgyvendinamos pakankamai veiksmingai. Lietuvoje nuo 2006 metų vykdoma „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa“. Programos tikslas – sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu, praeinančiu smegenų išemijos priepuoliu ar smegenų infarktu, periferinių arterijų tromboze), nustatyti naujus latentinių aterosklerozės būklių (miego arterijų stenozės, periferinių arterijų ligos, nebyliosios miokardo išemijos) ir cukrinio diabeto atvejus, siekiant sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų. Gyventojų dalyvavimas šioje programoje yra žemas (apie 40% 2017 m.). 2019 m. sausio 1 d. tikslinę populiaciją sudarė 671 000 žmonių.

Kraujotakos ligų srityje svarbu užtikrinti cukrinio diabeto (CD) kontrolę. PSO prognozuoja, kad iki 2030 metų CD, kuris lemia širdies ir kitų organų pažeidimą, taps 7-ta dažniausia mirties priežastis pasaulyje. Lietuvos gyventojų 0–64 m. amžiaus grupėje standartizuotas mirtingumas 100 000 gyv. nuo CD yra didesnis nei ES šalių vidurkis. ES šalyse pastebimas nedidelis mirtingumo nuo šios ligos mažėjimas, tačiau Lietuvos gyventojų standartizuotas mirtingumas 100 000 gyv. nuo CD sparčiai didėjo nuo 2016 metų ir 2018 m. siekė 8,15/100 000 gyv. Tai gali būti susiję ir su teisingesniu mirties priežasčių kodavimu (pastebėta, kad gydytojai dažnai nelinkę įvardinti CD pagrindine mirties priežastimi).

Lyginant su 2001 m. (11,0/1000 gyv.), ligotumas cukriniu diabetu (CD) išaugo daugiau nei 3 kartus (38,8/1000 gyv.) - tai gali būti susiję ir su gerėjančia sergamumo duomenų registracija 2019 m. Naujai susirgusių 1 tipo CD asmenų (dažniausiai šia liga susergera vaikai ir jauno amžiaus suaugę asmenys) visoje Lietuvoje 2018 m. buvo nustatyta 1 178, t. y. šiek tiek mažiau nei 2017 m. – 1202. Tuo tarpu 2 tipo CD 2018 m. buvo naujai nustatytas 15 857 asmenų ir tai sudarė 92,4 proc. visų CD atvejų.

Onkologijos srityje stebimas nepakankamas tikslinių grupių dalyvavimas prevencinėse programose, nesukurta nacionalinė „žalio koridoriaus“ sistema. Lietuvoje vykdoma 11 metų amžiaus mergaičių skiepavimo ŽPV vakcina programa, tačiau dalyvavimas programoje yra nepakankamas (55,3 proc.), kadangi skiepijimasis yra savanoriškas, trūksta viešinimo. Taip pat vykdomos atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto, finansavimo programa, storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa ir priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Asmenų dalyvavimas prevencinėse programose auga, bet yra nepakankamas - Europos gairės rekomenduoja, kad krūties vėžio, gimdos kaklelio vėžio, storosios žarnos vėžio programose būtų patikrinta 80 proc. tikslinės populiacijos asmenų.

Per pastaruosius 10 metų Lietuvoje integruotų sveikatos priežiūros paslaugų dėl ūmių būklių: kardiologijos (2), ūminio insulto, sunkių traumų ir perinatologijos - veikla jau duoda teigiamus rezultatus, kaip pvz. sumažėjo laikas nuo pirmo kontakto su sveikatos priežiūros specialistais iki specializuotų intervencinių procedūrų pradžios visuose penkiuose Lietuvoje veikiančiuose specializuotuose ūminio miokardo infarkto gydymo centruose (užtrunkama apie 50 min.), taip pat

nuo 2017 m. stebima laiko, per kurį pacientai patenka į perkutaninių koronarinių intervencijų centrus, mažėjimo tendencija, gerėja pacientų su įtariamu ūmiu galvos smegenų insultu pervežimo į insulto gydymo centrus sparta, sumažėjęs hospitalinio mirštamumo rodiklis iki ne daugiau kaip 10%, sumažėjęs kūdikių mirtingumas. Tam, kad situacija nacionaliniu lygmeniu keistųsi ženkliu, reikalingas tolimesnis šios veiklos plėtojimas.

Atsižvelgiant į didėjančią skubiosios medicinos pagalbos poreikį, ir vykdant stacionarių aktyviojo gydymo paslaugų konsolidavimą reikalinga didinti skubiosios medicinos pagalbos (SMP) kokybę ir efektyvumą. SMP poreikis auga visose ES valstybėse, taip pat ir Lietuvoje. Nuo to, kaip greitai ir kokybiškai pacientas ištirtas ir gydytas SMP skyriuje, dažnai priklauso jo pasveikimo galimybės, o kartais ir gyvybė.

4 lentelė. Skubiosios medicinos pagalbos paslaugų skaičius Lietuvos skubiosios medicinos pagalbos skyriuose.

Skubiosios medicinos pagalbos paslauga	2018 m.	2014 m.	Pokytis proc.
Priėmimo-skubiosios pagalbos	330 764	150 306	+120
Stebėjimo	145 176	98 341	+48
Brangieji tyrimai ir procedūros	44 374	37 652	+18
II ir III lygio konsultacijos	684 321	752 237	-10
Iš viso	1 204 635	1 038 536	+16

Šaltinis: Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „SVEIDRA“ duomenys

Be to, pastaraisiais metais išryškėjo netolygus pacientų pasiskirstymas šalies SMP skyriuose, t.y. pacientai koncentruojasi didelių ligoninių SMP skyriuose, kai tuo tarpu mažos ligoninės sulaukia per mažo pacientų skaičiaus. Toks netolygus pasiskirstymas sukuria ydingas pacientų eiles didelių ligoninių SMP skyriuose, dėl to SMP paslaugų teikimo pradžia pailgėja tiek sunkios, tiek lengvos būklės pacientams. Sunkios būklės pacientai didelių ligoninių SMP skyriuose užtrunka dėl per didelio personalo užimtumo, lengvos – dėl netikslingai kelionei iš regionų į didžiąsias ligonines praleisto laiko ir eilių jose, nes tinkamas paslaugas (atitinkančias jų sveikatos sutrikimą) šie pacientai galėtų gauti greičiau mažesnių ligoninių SMP skyriuose, kurie yra arčiau jų gyvenamosios vietos. Be to, pastaraisiais metais ryškėja personalo, norinčio ir galinčio dirbti SMP skyriuose, trūkumas.

Ankstyvosios vaikų reabilitacijos paslaugos (toliau – AVR), kurios užtikrina vaikų neįgalumo prevenciją, kompleksinę ankstyvąją vaikų reabilitaciją bei jų integraciją į visuomenę ir švietimo sistemą, Lietuvoje nėra pakankamai išplėtos. Mokslinių tyrimų duomenimis, AVR paslaugų poreikis gali siekti iki 10 proc. visų gyvenančių savivaldybėje vaikų. LR valstybės kontrolės valstybinio audito ataskaitoje⁹ nurodoma, kad ankstyvosios reabilitacijos ambulatorinės paslaugos neteikiamos beveik pusėje (27) savivaldybių. Dėl sunkiai prieinamų ankstyvosios reabilitacijos ambulatorinių paslaugų dalis vaikų šių paslaugų negavo arba buvo gydomi stacionare, nors pagal sutrikimų lygį jiems nepriklausė stacionarinis gydymas, kuris yra brangesnis nei ambulatorinis gydymas.

Specializuotos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos koncentruojasi didmiesčiuose, neišnaudojami bendruomeniniai resursai, bendruomeninės paslaugos šiems tikslams Lietuvoje nėra įteisintos. Nepakankamas šeimos gydytojų paslaugas teikiančių įstaigų bei pirminės psichikos sveikatos paslaugas teikiančių įstaigų bendradarbiavimas. Dėl adaptuotų psichologinio vertinimo įrankių trūkumo nepakankamai išvystyta ankstyvoji psichikos ir elgesio sutrikimų diagnostika ir intervencijos. Vyrauja medikamentinis psichikos sutrikimų gydymo modelis, neišnaudojamas nuotolinių paslaugų potencialas, taupant įstaigų resursus ir didinant paslaugų prieinamumą. Nepakankama dalis paslaugų suteikiama ambulatoriniame ir dienos stacionaro lygmenyje. Neišnaudojami šeimos gydytojų, gydytojų specialistų ir slaugytojų išteklių teikiant mažesnės specializacijos reikalaujančias psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Nepakankamas skirtingų lygmenų ASPI tarpusavio bendradarbiavimas ir informacijos perdavimas, užtikrinant kompleksinės pagalbos suteikimą pacientui pagal jo poreikius bei koordinuojant stacionariąją ir ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą.

⁹ Nr. VA-P-10-4-27 „Ar ankstyvosios reabilitacijos paslaugos ir įtraukusis ugdymas atitinka neįgalių vaikų poreikius ir užtikrina jų socialinę integraciją“, 2016-12-08

Medicinos genetikos srityje ypatingas poreikis siejamas su onkologinėmis ir vaikų ligomis. Tolesnė medicinos genetikos plėtra šiose srityse sudarytų sąlygas suteikti kokybiškesnes paslaugas pacientams, kadangi genetikos žinios palengvina diagnozės nustatymą, padeda parinkti labiau individualizuotą gydymą ir stebėsenos planą, užkirsti kelią komplikacijoms ar sušvelninti ligos eigą, išvengti netinkamo gydymo. Taip pat reikalinga individualizuotos medicinos plėtra – Lietuva yra pasirašiusi 1 milijono genomų deklaraciją, tačiau nacionalinių lėšų populiariams genomo tyrimams neskirta, ženkliai atsiliekama nuo kitų ES šalių.

Lietuvoje neišnaudojamas organų donorystės potencialas - stebimas žemesnis nei vidutiniškai ES efektyvių donorų skaičius. Nacionalinio transplantacijos biuro prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, efektyvus donorų skaičius 2009-2018 m. svyravo nuo 9,7 iki 21,03 1 mln. gyventojų, 2018 m. sudarė 17,1 1 mln. gyventojų.

16 pav. Efektyvių donorų skaičius Lietuvoje 1 mln. gyventojų Lietuvoje



Šaltinis: Nacionalinis transplantacijos biuras prie Sveikatos apsaugos ministerijos

2021-2030 m. laikotarpiu identifikuojamas poreikis sukurti nacionalinę nepageidaujamų įvykių (NĮ) ¹⁰ valdymo ir prevencijos sistemą. NĮ stebėseną ir prevenciją - vienas iš pagrindinių pacientų saugos elementų sveikatos priežiūros įstaigose. Pacientų saugos užtikrinimas labai glaudžiai susijęs su paslaugų kokybe. Lietuvoje nacionalinė NĮ stebėsenos sistema pradėjo veikti nuo 2019 m., praplėtus NĮ sąrašą ir įpareigojus visas ASPĮ teikti duomenis nacionalinei institucijai, atsakingai už NĮ stebėseną. Iki 2019 m. buvo registruojamos šešios NĮ grupės, todėl duomenų apie NĮ dažnį ASPĮ kol kas nėra. NĮ stebėsenos sistema bus kompiuterizuota 2020 m. pabaigoje, įgyvendinus ES fondų finansuojamą projektą. NĮ prevencija šiuo metu vykdoma dažniausia ASPĮ lygmeniu.

5.2.2 Pagrindinės EK, EPBO rekomendacijos 2021-2030 m.

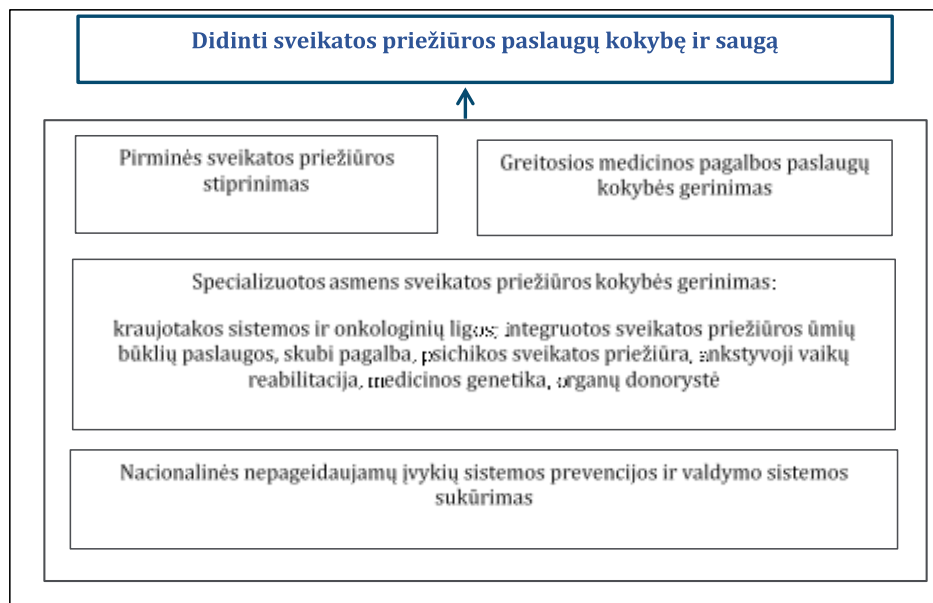
- Sveikatos priežiūros paslaugas teikti pagal sustiprintą pirminės sveikatos priežiūros ir labiau į asmenį orientuotą paslaugų modelį.
- Didinti psichikos sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų integraciją, geriau koordinuoti stacionariąją ir ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą.
- Teikti sistemingą paramą ASPĮ siekiant nuolat gerinti sveikatos priežiūros kokybę. Naudoti atitikties klinikinėms gairėms ir kokybės rodikliams stebėsenos informaciją ligoninėse sprendimų priėmimui.
- Tęsti 2016 m. pradėtą ASPĮ akreditavimo programą, stiprinti politikos poveikio vertinimą ir sveikatos priežiūros sistemų rezultatų vertinimo metodų taikymą.

¹⁰ Įvykis, įvykęs dėl veiklos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės.

- Gerinti galimybes gauti geros kokybės sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugas regioniniu mastu.

5.2.3 Planuojamos veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai

17 pav. 2-ojo uždavinio „Didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą“ intervencijų logika



Šio uždavinio įgyvendinimui prioriteto tvarka (aukščiausia pozicija – svarbiausias prioritetas) yra numatomos veiklų kryptys bei reikalingi resursai.

1. Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) stiprinimas.

Pacientų įtraukimo į sprendimus, susijusius su jų sveikata, plėtra ir susijusių rodiklių stebėseną; pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigų vertinimo sistemos tobulinimas; asmens sveikatos priežiūros įstaigų vidinio audito tobulinimas, PSP finansavimo sistemos tobulinimas, inovatyvių ir efektyvių sveikatos priežiūros modelių kūrimas ir diegimas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi pagerinus pirminės sveikatos priežiūros, kuri gali spręsti iki 80% gyventojų sveikatos sutrikimų, kokybę, padidės ir sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. Struktūrine reforma „Šeimos gydytojo komanda, ambulatorinių paslaugų plėtra“ 2018 - 2022 m. siekiama pagerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (trečdaliu sumažinti išvengiamos hospitalizacijos atvejų skaičių) bei prieinamumą (pacientams paslaugos bus suteiktos per 7 d.), 2019 m. sudarytos teisinės galimybės teikti pacientams išplėtotos ŠG komandos, kurią sudaro šeimos medicinos paslaugas teikiantis gydytojas (-ai), slaugytojas/akušeris ir/ar slaugytojo padėjėjas, ir/ar gyvensenos medicinos specialistas ir/ar kineziterapeutas ir/ar socialinis darbuotojas, paslaugas, padidinta vieno gyventojų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (išskyrus pirminės ambulatorinės odontologinės ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros) paslaugų metinė bazinė kaina ir įkainis už gerus darbo rezultatus, kas sudarys sąlygas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms priimti į šeimos gydytojo komandą naujus narius (kol kas statistikos apie įdarbintus naujus specialistus nėra). Iki 2020 m. galo planuojama parengti teisės akto projektą, nustatantį šeimos gydytojo komandos narių

teikiamų paslaugų mastą. Didėja pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai skirta Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšų dalis - 2019 m. ši dalis sudarė 19,6%.

2019 m. patvirtinus naujos redakcijos ŠG medicinos normą, išplėtojus slaugytojų kompetencijas, sudarytos galimybės teikti didesnės apimties sveikatos priežiūros paslaugas pirminiame lygyje. Tai įgalins šeimos medicinos paslaugas teikiančiam gydytojui dalį paslaugų perduoti slaugytojoms, o slaugytojoms perduoti slaugytojo padėjėjui.

Iš priemonės Nr. 08.1.3-CPVA-R-609 finansuotas ASPĮ infrastruktūros modernizavimas, susijęs su kraujotakos sistemos, galvos smegenų, onkologinių, vaikų ligų sritimis, taip pat sveiku senėjimu bei vyresnio amžiaus gyventojų profilaktika, prevencija ir ankstyvąja diagnostika, DOTS kabinetų įrengimas, infrastruktūros pritaikymas neįgaliųjų poreikiams pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose, opioidų pakaitinio gydymo kabinetų įrengimas psichikos sveikatos centruose, infrastruktūra slaugos, slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos įstaigose ir pacientų namuose, susijusi su onkologinėmis ligomis ir sveiku senėjimu (tikslines transporto priemones pacientų lankymui namuose įsigijo apie 90% visų projektų vykdytojų). Apie 90 proc. įstaigų buvo aprūpinta kompiuterine ir programine įranga su galimybe prisijungti prie E-sveikatos.

Šiuo metu įgyvendinamas projektas Nr. 10.1.3-ESFA-V-918-01-0009 „Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, parengiant pagrindines mirties priežastis Lietuvoje lemiančių ligų ir sveikatos sutrikimų integruotos sveikatos priežiūros standartus“ finansuojamas Vidaus reikalų ministerijos administruojamomis ES struktūrinių fondų lėšomis. Projekto metu sukurti 3 standartai: Diagnostikos ir gydymo metodinių dokumentų rengimo, taikymo ir atnaujinimo standartas; Greitosios medicinos pagalbos protokolų rengimo, taikymo ir atnaujinimo standartas bei Slaugos proceso kokybės valdymo algoritmo ir protokolų rengimo, taikymo ir atnaujinimo tvarkos standartas. Sukurtas įrankis leis užtikrinti standartizuotą metodinių dokumentų rengimą, taikymą bei atnaujinimą, ir, atsižvelgiant į parengtus standartus, bus parengti pagrindines mirties priežastis Lietuvoje lemiančių ligų ir sveikatos sutrikimų integruotų sveikatos priežiūros (prevencijos, šeimos medicinos, greitosios medicinos pagalbos, diagnostikos, gydymo, medicininės reabilitacijos ir slaugos) paslaugų metodinių dokumentų paketai. Ši intervencija yra horizontali ir prisideda prie daugelio kitose investicijų kryptyse numatytų problemų sprendimo, tačiau paslaugų teikimo algoritmų ir protokolų poreikis išlieka ir ateityje tose srityse, kurios jie nebus parengti 2014-2020 m.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Išplėtotai šeimos gydytojo komandai būtinas atsakomybių perskirstymas, specialistų kvalifikacijos tobulinimas/perkvalifikavimas, esamų paslaugų teikimo metodikų, rekomendacijų pritaikymas bei naujų kūrimas ir įdiegimas, medicinos priemonių (prietaisų) įsigijimas, patalpų pritaikymas.

Būtina tobulinti ŠG komandos teikiamų paslaugų vertinimą ir jo viešinimą, mokyti įstaigų vadovus, sveikatos priežiūros specialistus, savivaldybių administracijas bei pacientus interpretuoti paslaugų vertinimo rodiklius, dalinti gerąją praktiką ir siekti rodiklių vidurkio lygio pakilimo nacionaliniu mastu. ŠG komandos paslaugas teikiančios pirminės ASPĮ skatinamos už gerų darbo rezultatus (GDR). 2019 m. GDR rodikliai papildyti, tačiau to nepakanka. Lietuvoje šios įstaigos vertinamos pagal išskirtinai klinikinius rodiklius, tačiau kitose šalyse PSP kokybei vertinti naudojami organizaciniai (81 proc.) ir klinikiniai (19 proc.) kokybės indikatoriai ir jų yra ženkliai daugiau.

Reikalingas specialistų kvalifikacijos kėlimas/perkvalifikavimas dėl naujų ŠG ir slaugytojų medicinos normų. Siekiant gerinti pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina tobulinti ir pirminės sveikatos priežiūros finansavimo sistemą.

2. Greitosios medicinos pagalbos (GMP) paslaugų kokybės gerinimas.

GMP infrastruktūros pritaikymas pagal ligoninių aktyviojo gydymo paslaugų konsolidacijos planą. GMP infrastruktūros atnaujinimas reagavimui į ekstremalių situacijų padarinius.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi nuo GMP funkcionavimo dažnai priklauso paciento sveikata ar net gyvybė. Plėtojant klasterinių paslaugų tinklą, bei, norint pasiekti gerų gydymo rezultatų ir sumažinti išvengiamų mirčių skaičių, pacientai, esant insultui, miokardo infarktui ir (ar) sunkiai traumai, turi būti skubiai transportuojami į insultų gydymo centrus, traumų centrus, į ASPI, kuriose atliekama perkutaninė koronarinė intervencija dėl ūminio miokardo infarkto, esant ST segmento pakilimui.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Didelis. Pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-R-604 finansuotas GMP automobilių ir reikalingos įrangos įsigijimas tikslinėse teritorijose esančioms GMP paslaugas teikiančioms ASPI, rajonų lygmens ligoninėms, apskričių centrų ASPI: 94 automobiliai (A11 tipo - 24, B tipo - 59, C - 11). Iš Valstybės investicijų programos (VIP) nupirkta 50 GMP (B tipo) automobilių.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Vidutinis. Vykdamas ligoninių tinklo optimizavimą (atsisakant teikiamų paslaugų ligoninėse) ir plėtojant integruotos sveikatos priežiūros paslaugas dėl ūmių būklių teikiančių ASPI tinklą, didėja GMP paslaugų poreikis, didėja pervežimų bei nuvažiuotų kilometrų skaičius. Turint omeny tai, jog pasikeitė paslaugų teikimo ūmaus smegenų insulto atveju ir keičiama tvarka paslaugų teikimo miokardo infarkto atvejais, bei sunkių traumų atvejais, bei atsižvelgiant į tai, kad klasterių centrų nepasiekia 30-40 proc. pacientų¹², kuriems pagalba gali būti suteikta ūmių būklių klasterių centruose, tikėtina, jog tokių pervežimų skaičius tik didės.

Siekiant užtikrinti tinkamą pacientų transportavimą į perkutaninės koronarijos intervencijos centrus, insultų gydymo centrus, traumų centrus GMP infrastruktūrą (GMP automobilius bei įrangą juose) būtina atnaujinti nuolatos. Remiantis įprasta pasauline praktika, GMP automobiliai privalo būti atnaujinami kas 3-5 metai. Įvertinant tai, jog Lietuvos GMP automobilių, teikiančių būtinąsias pagalbos paslaugas pacientams, parka sudaro apie 250 automobilių, kasmetiniam parko atnaujinimui bent 20 procentų reikia apie 50 naujų GMP automobilių. Didžiausias poreikis fiksuojamas GMP paslaugas teikiančiose ASPI.

Specialios paskirties GMP automobilių (reagavimui į ekstremalias situacijas) Lietuvoje nėra.

3. Specializuotos sveikatos priežiūros stiprinimas.

3.1. Kraujotakos sistemos ligų prevencija, įskaitant cukrinio diabeto kontrolę

Dalyvavimo prevencinėje programoje didinimas, programos kokybės, organizavimo gerinimas

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi Lietuvoje mirštamumas nuo kraujotakos sistemos ligų yra ženkliai didesnis už ES vidurkį, be to, neišnaudojamas prevencijos priemonių potencialas.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Aukštas. Rengiamasi vykdyti tretinei prevencijai¹³ skirtą priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-610 „Kraujotakos sistemos ligų gydymo ir diagnostikos paslaugų infrastruktūros gerinimas“. Ji apims gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultacijas, į kurią įeina ir paciento mokymas, asmenims,

¹¹ A tipo – automobiliai bei įrangos, juose yra tik neštuvai. Skirti tik pacientų pervežimui. B tipo – įprasti GMP automobiliai, kurie naudojami teikiant pagalbą. C tipo – reanimobiliai, specialūs automobiliai, su papildoma įranga, kuriuos turi didžiosios gydymo įstaigos (Santaros, Kauno klinikos)

¹² SAM ministro įsakymu numatomi atvejai, kuomet pacientus pervežti į ASPI, teikiančias integruotos sveikatos priežiūros ūmių būklių paslaugas, yra privaloma. Pvz. iki šiol 40% insultu ištariamų pacientų buvo vežami į rajono ligonines, kurios dažnu atveju neturėjo reikiamos diagnostinės įrangos (kompiuterinės tomografijos) diagnostikos galimybių, o ne į insulto centrus.

¹³ Priemonių visuma, kuriomis siekiama sustabdyti įsisenėjusios ligos ryškėjimą, išvengti invalidumo bei pagerinti gyvenimo kokybę.

sergantiems širdies nepakankamumu, paslaugų prieinamumo gerinimą. Bus modernizuoti jau veikiantys širdies nepakankamumo kabinetai, steigiami nauji, keliama specialistų kvalifikacija. Šiuo metu SAM rengia šios programos vykdymo kokybės rodiklius.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Reikalinga didinti tikslinės grupės dalyvavimą programoje, gerinti programos kokybę, atnaujinti programos vykdymui reikalingą infrastruktūrą. Siekiant gerinti specializuotos sergančiųjų cukriniu diabetu (CD) asmens sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą, svarbu gerinti sergančiųjų CD specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir valdymą, paslaugų (ypač – ambulatorinių) kokybę ir prieinamumą, atsižvelgiant į įrodymais pagrįstas tarptautines rekomendacijas ir gerąją užsienio šalių patirtį, užtikrinti kvalifikuotus žmogiškuosius išteklius, skatinti inovatyvių, pažangių technologijų diegimą.

3.2. Onkologinės ligos.

Dalyvavimo prevencinėse programose didinimas

Nacionalinės „žaliųjų koridorių“ sistemos sukūrimas ir įdiegimas integruojant pirminę sveikatos priežiūrą.

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas, atsižvelgiant į įrodymais pagrįstas tarptautines rekomendacijas ir gerąją užsienio šalių patirtį.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi Lietuvoje mirštamumas nuo onkologijos ligų yra ženkliai didesnis už ES vidurkį, be to, nėra išnaudojamas prevencijos programų potencialas, būtinas tolesnis paslaugų kokybės didinimas.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Aukštas. Pagal priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-V-619 finansuojamas atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų įgyvendinimo efektyvumo didinimas; pirminio ir antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų mokymai kokybiškai teikti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų; efektyvaus pacientų srautų valdymo metodikos sukūrimas, įdiegimas į praktiką įgyvendinant bandomąjį projektą („žaliasis koridorius“); pasirinktose tikslinėse teritorijose (6-iose specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose ASPĮ) sveikatos priežiūros specialistų mokymai apie paliatyviosios pagalbos teikimą onkologiniams ligoniams. ESF investicijomis taip pat finansuojamas psichologinės ir socialinės pagalbos teikimas onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims (psichologo konsultacijos, savitarpio pagalbos grupių užsiėmimai, užsiėmimai regionuose, renginiai, specialistų mokymai ir kt.). Projektus įgyvendina nevyriausybinių organizacijų. Numatoma psichologinę ir socialinę pagalbą suteikti ne mažiau nei 100 onkologinėmis ligomis sergančių asmenų.

Iš priemonės Nr. 08.1.3-CPVA-V-606 finansuojamas spindulinės terapijos paslaugų infrastruktūros modernizavimas. inovatyvių technologijų diegimas specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose, branduolinių tyrimų centro infrastruktūros sukūrimas, medicinos įrangos (10 mamografų) mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos paslaugoms teikti įsigijimas daugiausiai atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos paslaugų teikiančiose gydymo įstaigose (papildomai planuojamas kolonoskopų įsigijimas), atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų koordinavimo centrų infrastruktūros sukūrimas.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis, tarpiniai (2018 m.) ES priemonių įgyvendinimo rodiklių reikšmės kol kas gerėja lėtai (žr. 7.1. priedą). Išliks tiek infrastruktūros, tiek „minkštųjų“ investicijų poreikis, susijęs su atrankinių patikros programų kokybės didinimu, inovatyvių paslaugų teikimo modelių, diagnostikos ir gydymo metodų diegimu, onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės gerinimu.

3.3. Integruotos sveikatos priežiūros paslaugos dėl ūmių būklių

Kardiologijos (2), ūminio insulto, sunkių traumų ir perinatologijos klasterių veiklos plėtojimas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi Lietuvoje mirštamumas nuo kraujotakos ir onkologijos ligų, traumų yra ženkliai didesnis už ES vidurkį. Perinatologijos klasterio atveju siekiama išlaikyti iki šiol pasiektą pažangą - žemus kūdikių mirtingumo rodiklius.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Didelis. Pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-R-610 finansuotas kraujotakos sistemos ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui skirtos kardiologinės ir kardiochirurginės įrangos įsigijimas penkiuose perkutaninės koronarinės intervencijos centruose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje) ir tarpinės pagalbos ligoninėse. Pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-603 finansuota šešių insulto gydymo centrų (Vilniuje (2), Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje) bei tarpinių pagalbos ligoninių infrastruktūra, reikalinga efektyviam kokybiškų ūminio galvos smegenų insulto integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui užtikrinti. Modernizuojama ligoninių infrastruktūra, skirta teikti tretinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas, keliama sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija. Pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-R-611 Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose (aukščiausio lygio traumos centras) finansuojamas skubios medicinos pagalbos teikimui reikalingos medicinos ir kitos reikalingos įrangos įsigijimas (iš 2007-2013 m. ES lėšų pastatyto skubios pagalbos korpuso aprūpinimas reikalinga medicinos ir kita įranga, baldais).

Šiuo metu vyksta integruotos sveikatos priežiūros paslaugų dėl ūmių būklių („klasterių“) organizavimo reglamentavimo griežtinimas. Nuo 2020 m. sausio 1 d. įsigaliojo SAM ministro įsakymas, kuriuo nustatomas privalomas paslaugų dėl ūminio galvos smegenų insulto teikimo modelis. Paslaugų konsolidavimas numatytas tik insulto gydymo centruose ir tarpinėse ligoninėse, nustatyti paslaugų kokybės rodikliai. Parengtas SAM ministro įsakymo projektas dėl paslaugų pacientams, kuriems įtariamas ūminis miokardo infarktas su ST pakilimu, teikimo modelio. Atsižvelgiant į šiuo metu vykdomą pilotinį tyrimą (sunkią traumą patyrusiems pacientams teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir efektyvumui įvertinti), rengiami sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais kokybės vertinimo kriterijai.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Išlieka infrastruktūros poreikis (tame tarpe laboratorinės įrangos), taip pat „minkštųjų“ investicijų poreikis: pilotinių paslaugų apmokėjimo, susieto su pasiektais rezultatais, modelių, jų išbandymo, sveikatos technologijų finansavimo, paslaugų teikimo standartų, stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemos, pacientų pasitenkinimo gautomis paslaugomis vertinimo sistemos sukūrimo poreikis. IT poreikiai susiję su klasterių veiklos procesų skaitmenizavimo ir analizės galimybių užtikrinimu.

3.4. Skubioji medicinos pagalba.

SMP infrastruktūros pritaikymas pagal ligoninių aktyviojo gydymo paslaugų konsolidacijos planą. Bandomųjų SMP paslaugų teikimo ir finansavimo modelių diegimas (pvz.: SMP skyrių regioninio tinklo sukūrimas ir gydytojų rotacijos vykdymas šiame tinkle).

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi SMP paslaugos dažnai lemia galutinį gydymo rezultatą, ūmių sveikatos sutrikimų baigtį ir asmens nedarbingumo lygį tiek artimajame, tiek tolimesniame ligos periode.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Siekiant gerinti skubiosios medicinos pagalbos paslaugų kokybę bei prieinamumą regionų gyventojams iš perskirstytų ES lėšų bus įgyvendinamas telemedicinos paslaugų teikimo SMP srityje bandomasis modelis. Bus steigiami trys telemedicinos paslaugų centrai: Kauno klinikose, Santaros klinikose ir Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje. Planuojama, kad kiekviena iš šių įstaigų turės po tris konsultuojamus skubiosios medicinos pagalbos skyrius rajonų ar regionų ligoninėse, kurioms teiks telekonsultacijas, o jei reikės – ir stebėjimo paslaugą bei įstaigoje atliks vidaus konsultacijas. Tokiu būdu tikimasi optimaliai paskirstyti pacientų srautus, efektyviau panaudoti

personalo išteklius dėl ko trumpėtų pacientų aptarnavimo laikas, didėtų pacientų pasitikėjimas medikais.

Keičiamas SMP paslaugų teikimo modelis. SMP paslaugų kokybės ir saugos didinimui yra parengtas ir patvirtintas specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos Skubiosios medicinos pagalbos skyriui ir skubiosios medicinos pagalbos kabinetui aprašas. Apraše nustatyti 5 SMPS tipai (iki to buvo keturi), reikalavimai personalui, kompetencijai, kvalifikacijos tobulinimui, patalpoms, patvirtinti privalomi tyrimų ir medicinos prietaisų sąrašai, kurie padėtų užtikrinti skubiosios medicinos pagalbos kokybę ir saugumą. Atsižvelgiant į planuojamą stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų konsolidavimą, parengta teisinė bazė skubiai medicinos pagalbai užtikrinti ir tose savivaldybėse, kuriose nebus teikiamos aktyviojo gydymo stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Aukštas. Dėl aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų konsolidavimo SMP skyriai turėtų užtikrinti didesnės dalies nesunkios būklės pacientų sveikatos sutrikimų gydymą išvengiant paciento stacionarizavimo ligoninėse. Be to, siekiant užtikrinti kokybiškas ir efektyvias SMP paslaugas nuolat didėjančio šių paslaugų poreikio sąlygomis, reikia efektyviau reguliuoti pacientų srautus, siekiant tolygiai paskirstyti pacientus SMP skyrių tinkle. Investicijos būtų reikalingos SMP infrastruktūrai modernizuoti pagal naują paslaugų teikimo modelį (tame tarpe – laboratorinei įrangai), padidinti juose atliekamų procedūrų ir stebėjimo paslaugų skaičių, diegti naujas ir efektyvias skubiosios medicinos pagalbos paslaugas, personalo kvalifikacijai tobulinti, skubiosios medicinos gydytojams rengti, bandomajam SMP regioninio tinklo sukūrimui, su galimybe vykdyti gydytojų rotaciją šiame tinkle. SMP infrastruktūros modernizavimas taip pat didintų darbo vietos patrauklumą ir naujų darbuotojų pritraukimą į šią sritį (kadangi stebimas šių specialistų trūkumas).

3.5. Psichikos sveikatos priežiūros stiprinimas.

Bendruomeninių psichologinių paslaugų plėtra, nemedikamentinių psichologinių paslaugų plėtra, psichikos sveikatos priežiūros ASPI tinklo pertvarka, priklausomybių ligų priežiūros ir reabilitacijos, „žemo slenksčio“ paslaugų priklausomiems asmenims prieinamumo ir kokybės didinimas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi savižudybių skaičius gerokai viršija ES vidurkį.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. Per priemones Nr. 08.1.3-CPVA-V-608 ir -621, kuriomis siekiama didinti priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumą tikslinėms grupėms, finansuotas Respublikinio priklausomybės ligų centro ir jo filialų Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje infrastruktūros modernizavimas, integruotos ankstyvosios diagnostikos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos sistemos kūrimas ir diegimas, 10-ye savivaldybių 3 metus finansuojamas „žemo slenksčio“¹⁴ kabinetų veiklos vykdymo išlaidos.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Reikalinga toliau plėtoti bendruomenines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas ir nemedikamentines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, toliau plėtoti ambulatorines ir dienos stacionarų paslaugas, psichosocialinę reabilitaciją, stiprinti bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų specialistais. Reikia stiprinti stacionarinės bei ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros koordinavimą, pirminio lygio psichikos sveikatos ir kitų pirminės sveikatos priežiūros (šeimos medicinos) paslaugų integruotumą bei didinti pirminės sveikatos priežiūros (šeimos medicinos paslaugas teikiančių) specialistų kvalifikaciją psichikos sveikatos srityje.

¹⁴ žalos mažinimo paslaugos: švirkštų ir adatų keitimas ir konsultavimas gydymo klausimais vartojantiems švirkščiamuosius narkotikus

Priklausomybių prevencijos, gydymo ir reabilitacijos srityje svarbu plėsti ambulatorinių, dienos stacionarų ir psichosocialinės reabilitacijos priklausomiems asmenims paslaugų prieinamumą ir kokybę. „Žemo slenksčio“ (priklausomybių sritis) paslaugų poreikis išlieka aukštesnis nei šių paslaugų pasiūla. Išlieka nedidelės apimties poreikis priklausomybės gydymo stacionarinių paslaugų infrastruktūros atnaujinimui (Respublikinio priklausomybės ligų centro Šiaulių filialas).

3.6. Ankstyvoji vaikų reabilitacija.

Paslaugų kokybės gerinimas pagal naują paslaugų teikimo modelį

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Vidutinis/aukštas, kadangi maždaug pusėje savivaldybių (2016 m.) šios paslaugos neteikiamos.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Per priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-622 investuojama į ASPĮ, teikiančias ankstyvosios reabilitacijos ambulatorines ir stacionarines paslaugas, infrastruktūros atnaujinimą: Vaikų ligoninės, VUL Santaros klinikų filialo, Vaikų reabilitacijos skyriaus Druskininkų „Saulutės“, į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutrikusios raidos ir funkciją praradusiems vaikams užtikrinimą ir į Vaikų ligoninės, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo, Vaiko raidos centro infrastruktūros atnaujinimą (renovacija bei naujų pastatų statyba).

Šiuo metu SAM kuriamas naują šių paslaugų teikimo modelis, kuriame numatomas AVR paslaugų konsolidavimo bei ASPĮ tinklo sukūrimas.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Siekiant pagerinti AVR paslaugų kokybę ir prieinamumą, reikalingas naujo šių paslaugų teikimo modelio finansavimo užtikrinimas ir su tuo susijęs infrastruktūros bei „minkštųjų“ investicijų finansavimas.

3.7. Medicinos genetika

Medicinos genetikos plėtra onkologinių ir vaikų ligų srityse

Individualizuotos medicinos plėtra

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Vidutinis/aukštas, nes genetiniai tyrimai suteikia galimybę taikyti individualizuotą, tuo pačiu efektyvesnį, gydymą. Tai ypatingai svarbu onkologijos ir vaikų ligų srityse.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. Per priemones Nr. 08.1.3-CPVA-V-612 ir -622 finansuojama vaikų retų ligų (80% retų ligų yra genetinės) sritis: vaikų retų ligų kompetencijos centrų universitetinėse ligoninėse patalpų modernizavimas, įrangos įsigijimas (1 genetinių tyrimų aparatas), registracijos posistemės ir nuotolinio konsultavimo linijų sukūrimas, įdiegimas, antrinio ir/ar tretinio lygio paslaugų infrastruktūros gerinimas, „minkštosios“ priemonės: metodikos, algoritmai, mokymo programos ir kt. Su onkologija susijusi genetikos sritis iš ES lėšų nebuvo finansuota.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Vidutinis. Išlieka poreikis toliau plėtoti genetikos sritį, susijusią su vaikų ligomis, taip pat skirti dėmesį onkologijos sričiai, kadangi tai sąlygotų sėkmingesnę gydymą ir mažesnę mirtingumą, konsoliduoti investicijas remiant Europos referencijos centrų (ERT) veiklose dalyvaujančius centrus. Tam bus reikalinga modernizuoti paslaugų teikimui reikalingą infrastruktūrą remiantis ERT standartais (ypatingai tyrimų įrangą); rengti, adaptuoti, periodiškai atnaujinti ir diegti diagnostikos ir gydymo

metodikas, efektyvius paslaugų teikimo modelius; tobulinti specialistų profesinę kvalifikaciją; diegti inovatyvias, pažangias paslaugų teikimo organizavimo, sveikatos priežiūros, ypač IT technologijas ir pan. Išlika poreikis finansuoti populiarius genomo tyrimus siekiant vykdyti 1 milijono genomų deklaraciją.

3.8. Organų donorystė

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Vidutinis/aukštas. Lietuvoje stebimas žemesnis nei vidutiniškai ES efektyvių donorų skaičius.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Iš ES lėšų finansuota nebuvo. 2020 m. parengtas „Organų donorystės skatinimo programos įgyvendinimo 2021-2025 m. veiksmų planas“, kuris numato donorystės procesų metodikos ir kitos dokumentacijos parengimą ir atnaujinimą, reguliavimo iniciatyvas (organų donorystės organizavimo modelio išplėtimas), organų donorystės komandų sudarymą ASPĮ, jų kvalifikacijos kėlimą, teigiamos nuomonės apie organų donorystę formavimą visuomenėje, kokybės rodiklius ir kt.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Vidutinis/aukštas. Situacijai pagerinti reikalinga įgyvendinti minėtame veiksmų plane numatytas priemonės.

4. Nacionalinės nepageidaujamų įvykių (NĮ) valdymo ir prevencijos sistemos sukūrimas.

NĮ valdymo modelio, adaptuoto Lietuvos situacijai, sukūrimas ir įdiegimas; mokymo programų medicinos auditoriams ir sveikatos priežiūros specialistams sudarymas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Vidutinis/aukštas, kadangi NĮ stebėseną ir prevenciją - vienas iš pagrindinių pacientų saugos elementų sveikatos priežiūros įstaigose.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. 2013–2015 m. per VP1-4.3-VRM-02-V priemonę „Viešųjų politikų reformų skatinimas“ „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ sukurta NĮ registravimo sistema.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Vidutinis. Nėra nacionaliniu mastu veikiančios NĮ stebėsenos ir prevencijos sistemos.

Toliau 2-o uždavinio investicijų kryptys prioriteto tvarka bei reikalingi ištekliai apibendrintai pateikiami lentelėje.

5 lentelė. 2 uždavinio „Didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą“ planuojamų veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai

Veiklos	Reikalingi resursai
1. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas.	
Pacientų įtraukimo į sprendimus, susijusius su jų sveikata, plėtra ir susijusių rodiklių stebėseną:	Mokymai
Komandinio darbo įgūdžių ŠG komandoje stiprinimas, kokybiškų paslaugų teikimo užtikrinimas pagal parengtas metodikas.	Kvalifikacijos kėlimas/perkvalifikavimas
	Metodikos ŠG komandos teikiamoms paslaugoms
	Medicinos priemonės (priešaisai)
	Patalpų pritaikymas pagal išplėstos ŠG

Pacientų sveikatos raštingumo didinimas PSP įstaigų vertinimo sistemos tobulinimas: esamų gerų darbo rezultatų analizė, naujų kūrimas, stebėsenos sistemos sukūrimas ir tobulinimas, viešinimas Asmens sveikatos priežiūros įstaigų vidinio audito tobulinimas Pirminės sveikatos priežiūros finansavimo sistemos tobulinimas.	komandos darbo modelį Skaičiavimo metodikos, specialistų kvalifikacijos kėlimas
2.Greitosios medicinos pagalbos paslaugų kokybės gerinimas.	
GMP infrastruktūros pritaikymas pagal ligoninių aktyviojo gydymo paslaugų konsolidacijos planą. GMP infrastruktūros atnaujinimas reagavimui į ekstremalių situacijų padarinius. Diagnostikos ir gydymo standartų rengimas, periodiškai atnaujinimas ir diegimas. GMP specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimas.	Modernizuota GMP infrastruktūra (GMP automobilių įsigijimas) Diagnostikos ir gydymo standartai Kvalifikacijos kėlimas
3. Specializuotos sveikatos priežiūros stiprinimas.	
<u>Apibendrintos veiklos:</u> inovatyvių paslaugų teikimo modelių, inovatyvių sveikatos priežiūros technologijų diegimas paslaugų teikimo standartizavimo dokumentų rengimas skaitmeninės sveikatos diegimas specializuotos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemos sukūrimas, įdiegimas paciento pasitenkinimo gautomis paslaugomis vertinimo sistemos sukūrimas, įdiegimas dienos stacionaro, ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos paslaugų plėtrai reikalingos infrastruktūros pritaikymas, sukūrimas Toliau detalizuojami tik specifiniai poreikiai pagal atskiras sritis.	Investicijų poreikiai visoms sritims: Diagnostikos ir gydymo metodikos, paslaugų teikimo modeliai, standartai Sveikatos priežiūros, t.t. IT, technologijos Specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimas Infrastruktūros modernizavimas: patalpos, įranga Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistema Paciento pasitenkinimo gautomis paslaugomis vertinimo sistema
3.1. Kraujotakos sistemos ligų prevencinės priemonės įskaitant cukrinio diabeto kontrolę.	
Dalyvavimo prevencinėje programoje didinimas, programos kokybės, organizavimo gerinimas	Pilotiniai paslaugų apmokėjimo, susieto su pasiektais rezultatais, modeliai, jų išbandymas
3.2. Onkologinės ligos.	

Dalyvavimo prevencinėse programose didinimas Nacionalinės „žaliųjų koridorių“ sistemos sukūrimas ir įdiegimas integruojant pirminę sveikatos priežiūrą Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas, atsižvelgiant į įrodymais pagrįstas tarptautines rekomendacijas ir gerąją užsienio šalių patirtį;	Pilotiniai paslaugų apmokėjimo, susieto su pasiektais rezultatais, modeliai, jų išbandymas
3.3. Integruotos sveikatos priežiūros ūmių būklių paslaugos (klasteriai).	
Integruotos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ūminio insulto, miokardo infarkto, sunkių traumų atvejais, nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros (perinatologijos) srityje gerinimas, atsižvelgiant į įrodymais pagrįstas tarptautines rekomendacijas ir gerąją užsienio šalių patirtį.	Pilotiniai paslaugų apmokėjimo, susieto su pasiektais rezultatais, modeliai, jų išbandymas
3.4. Skubioji medicinos pagalba.	
SMP infrastruktūros pritaikymas pagal ligoninių aktyviojo gydymo paslaugų konsolidacijos planą. Bandomųjų SMP paslaugų teikimo ir finansavimo modelių diegimas (pvz.: SMP skyrių regioninio tinklo sukūrimas ir gydytojų rotacijos vykdymas šiame tinkle) Telemedicinos būdu teikiamų SMP paslaugų apimtys plėtra	Visuomenės informavimas apie skubiosios medicinos pagalbos teikimo naujoves / pakeitimus. Telemedicinos infrastruktūra
3.5. Psichikos sveikatos priežiūros stiprinimas.	
Bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra pasitelkiant specialistų komandą (pagal poreikį psichiatras, psichologas, slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kt.), įtraukiant paciento bendruomenės narius. Nemedikamentinių psichologinių paslaugų plėtra įtraukiant specializuotus psichologinio konsultavimo ir psichoterapijos metodus, diegiant ir plėtojant nuotolines paslaugas Psichikos sveikatos priežiūros ASPĮ veiklos optimizavimas, didinant specializuotos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, užtikrinant pirminės priežiūros paslaugų prieinamumą ir optimalų resursų naudojimą, stiprinant stacionarinių ir ambulatorinių paslaugų koordinavimą ir įstaigų bendradarbiavimą, plėtojant dienos stacionarus ir psichosocialines paslaugas. Asmens sveikatos priežiūros specialistų (šeimos gydytojų, slaugytojų, gydytojų specialistų) kompetencijų didinimas ir jų funkcijų psichikos ir elgesio sutrikimų srityje išplėtimas, Priklausomybių ligų priežiūros ir reabilitacijos, „žemo slenksčio“ paslaugų priklausomiems asmenims prieinamumo ir kokybės didinimas, plėtojant ambulatorines, psichosocialinės reabilitacijos ir dienos stacionarų paslaugas, stiprinant bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų specialistais	Automobiliai IT priemonių įgyvendinimas – nuotolinių paslaugų IT infrastruktūros įrengimas Infrastruktūra – patalpų modernizavimas, priemonių įsigijimas Infrastruktūra – patalpų įrengimas, priemonių įsigijimas <u>Bendri resursai visoms veikloms:</u> Metodikos Kvalifikacijos kėlimas

	Pilotinių paslaugų finansavimas
3.6. Ankstyvoji vaikų rehabilitacija.	
Paslaugų kokybės gerinimas pagal naują paslaugų teikimo modelį	
3.7. Medicinos genetika.	
Medicinos genetikos plėtra onkologinių ir vaikų ligų srityse Individualizuotos tiksliosios medicinos plėtra	
3.8. Organų donorystė.	
Efektyvių donorų skaičiaus didinimas	Reglamentavimas Teigiamos nuomonės apie organų donorystę formavimas visuomenėje, tarptautinis bendradarbiavimas.
4. Nacionalinės nepageidaujamų įvykių (NĮ) valdymo ir prevencijos sistemos sukūrimas.	
NĮ valdymo modelio, adaptuoto Lietuvos situacijai, sukūrimas ir įdiegimas. Mokymo programų medicinos auditoriams ir sveikatos priežiūros specialistams sudarymas.	NĮ valdymo modelis Mokymai IT sprendimai

5.3 3 UŽDAVINYS. “DIDINTI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS EFEKTYVUMĄ IR PRIEINAMUMĄ IR PLĖSTI INOVATYVIAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS”

5.3.1 Išliekantys iššūkiai

Ligoninių aktyviojo gydymo paslaugų konsolidavimas ir infrastruktūros pertvarka išlieka iššūkiu. Valstybinės ligonių kasos (VLK) atliktoje analizėje¹⁵ teigiama, kad sumažėjus Lietuvos gyventojų skaičiui, dabartinis aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ligoninių tinklas tapo perteklinis ir neefektyvus, ne visada užtikrinamas paslaugų saugumas ir kokybė. Nepaisant išplėto ligoninių tinklo, Lietuva pagal gyventojų sveikatos rodiklius gerokai atsilieka nuo daugelio ES ir EBPO šalių. Lietuvos sveikatos sistemos neefektyvumą parodo ir gyventojų hospitalizavimo rodiklis, kurio reikšmė, nepaisant šiokios tokios jos mažėjimo tendencijos, išlieka viena didžiausių tarp ES šalių. Vien tik padidinus lovos funkcionavimą, esant dabartinei hospitalizacijos rodiklio reikšmei (22,4 atvejo 100-ui gyventojų), aktyviojo gydymo lovų poreikis sumažėtų 12 proc. (1 900 lovomis), o tuo atveju, jei hospitalizacijos rodiklio reikšmė būtų sumažinta iki 18 atvejų 100-ui gyventojų (reikšmė artima ES vidurkiui), šių lovų perteklius sudarytų 29 proc. (4 600 lovų) visų aktyviojo gydymo lovų.

2003–2017 m. įgyvendinus keturis sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo etapus, daugelis regiono ir rajono ligoninių nebėra daugiaprofilinės. Chirurginio profilio paslaugos nebeteikiamos 16 ligoninių, akušerijos (gimdymo) paslaugos neteikiamos 29 ligoninėse. Daugiau nei pusė 25 savivaldybių (buvo analizuojamos tik tos savivaldybės, kuriose yra ligoninės) gyventojų 2017 m. buvo gydomi kitų savivaldybių ligoninėse. 2017 m. Lietuvoje daugiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų buvo registruojama rajono lygmens ligoninėse (34 proc. visų hospitalizacijos

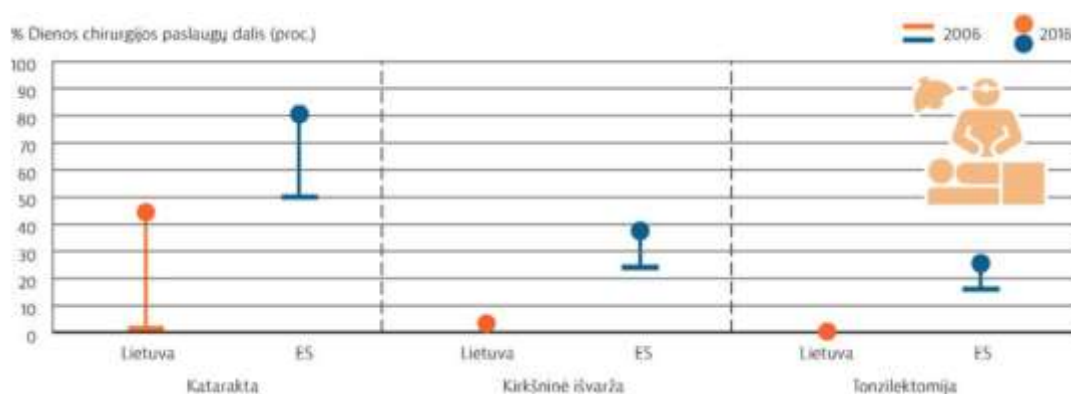
¹⁵ Lietuvos aktyviojo gydymo stacionarinių paslaugų ir ligoninių regioninio išdėstymo tinklo analizė bei siūlymai dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo konsolidavimo ir optimizavimo, 2018-04-30

atvejų) – tai dvigubai viršija šalies vidurkį (17 proc. visų hospitalizacijos. Taip pat pažymėtina, kad regiono ir rajono ligoninėse dirba santykinai didelė dalis gydytojų, vyresnių nei 60 metų.

VLK analizėje¹⁶ pateikiama ligoninių analizė pagal apskritis bei išskiriamos prasčiausios veiklos rezultatus demonstruojančios ASPĮ pagal kiekvieną vertinimo kriterijų. Ši informacija pateikiama 5 priede.

Taip pat pažymėtina, kad Lietuvoje dienos chirurgijos paslaugų, kurios priskiriamos ekonomiškai efektyvioms paslaugoms, apimtys išlieka mažesnės nei vidutiniškai ES.

18 pav. Dienos chirurgijos paslaugų dalis, %



Šaltinis: EPBO

Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) vertinimu, siekiant užtikrinti tolygų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei didinti jų kokybę, saugą ir efektyvumą šalyje yra tikslinga aktyvaus gydymo paslaugas koncentruoti respublikos ir regiono lygmens sveikatos priežiūros įstaigose, rajoninėse įstaigose užtikrinant šių paslaugų grupių plėtotę:

- Ambulatorinė konsultacinė pagalba
- Dienos stacionaras
- Dienos geriatija
- Ambulatorinė ir dienos chirurgija
- Skubioji (būtinoji) pagalba
- Ilgalaikė slauga (priežiūra): ambulatorinė ir institucinė

Tuo tarpu savivaldybės, būdamos šios infrastruktūros savininkės, turėtų būti suinteresuotos ieškoti sprendimų dėl galimai atsirasiančios perteklinės infrastruktūros panaudojimo. Svarstytinas jos pritaikymas kitiems savivaldybės poreikiams, kaip pvz. socialinio būsto įrengimui ar kt.

Sparčiai senstant visuomenei Lietuvoje stebimas nepakankamas ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumas. Šiuo metu ilgalaikės priežiūros paslaugos apima sveikatos priežiūros paslaugas (ambulatorinės slaugos namuose, palaikomojo gydymo ir slaugos stacionare, paliatyvios pagalbos) ir socialines paslaugas (pagalbos į namus, globos asmens namuose, dienos globos institucijoje, integralios pagalbos namuose, stacionarios globos).

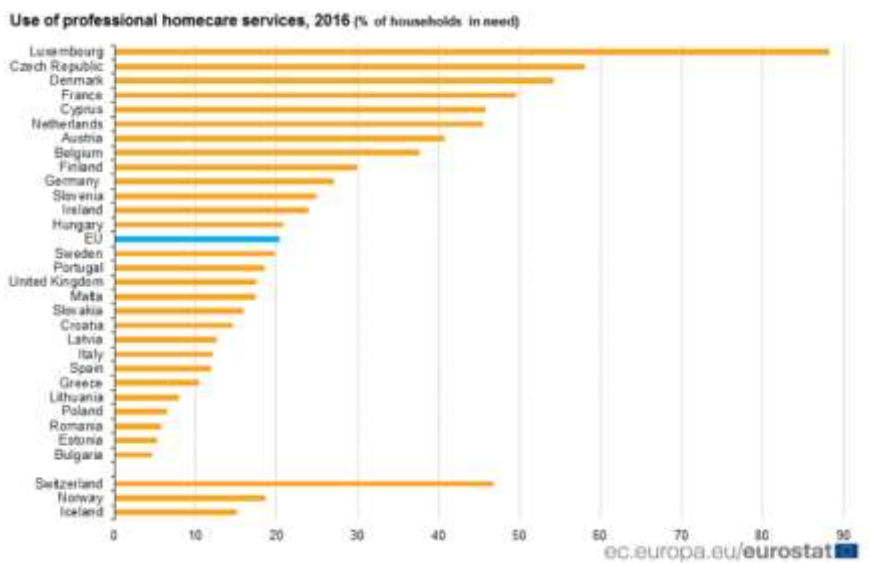
Sveikatos priežiūros paslaugos

Lietuvoje slauga išlieka orientuota į ligonines, turimų lovų skaičiaus neužtenka, slaugos ligoninėse susidariusios 3–4 mėn. eilės, kurios dar ir yra dirbtinai didesnės dėl kol kas nekontroliuojamų

¹⁶ Ten pat

registracijų į kelias ligonines vienu metu (analogiškai kaip ir pas gydytojus specialistus). Be to, per metus asmuo gali slaugos ligoninėje praleisti ne daugiau kaip 4 mėn.¹⁷ Ženklaus atsilikimas nuo kitų ES šalių stebimas slaugos paslaugų namuose pasiūlos srityje – ES šalyse vidutiniškai 20% visų namų ūkių, kuriems reikėjo šių paslaugų, gavo paslaugas namuose, tuo tarpu Lietuvoje – tik apie 8% 2016 m.

19 pav. Profesionalių slaugos paslaugų namuose vartojimas ES, 2016 (% nuo visų namų ūkių poreikių)



Šaltinis: EPBO

Šiuo metu ambulatorines slaugos paslaugas namuose Lietuvos Respublikoje, nepriklausomai nuo nuosavybės formos (valstybinės, savivaldybių, privačios), teikia 318 asmens sveikatos priežiūros įstaigų, turinčių galiojančią įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją teikti ambulatorines slaugos paslaugas namuose. 2018 m. šios įstaigos suteikė 355 499 ambulatorines slaugos paslaugas namuose 40 404 pacientams už 76 050 000 Eur PSDF biudžeto lėšų.

6 lentelė. Ilgalaikės priežiūros komponentų finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų, Eur

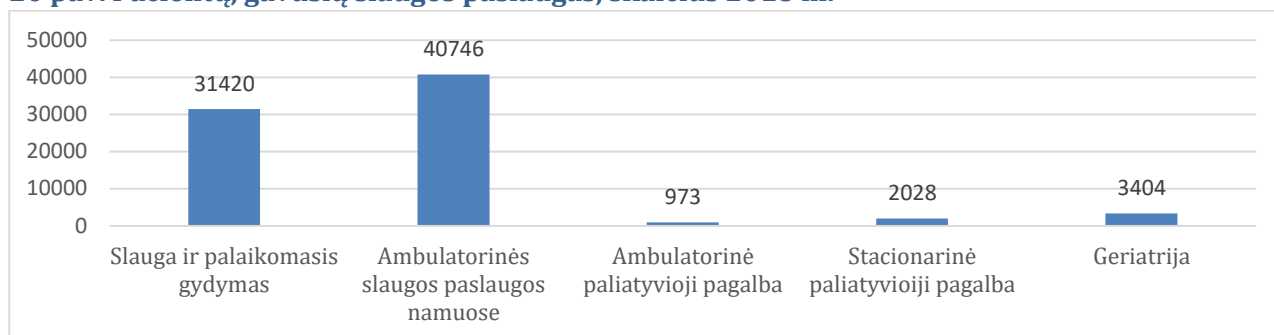
Paslaugos rūšis	2018 m.	2019 m.	2020 m.
Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms	53 835,7	59 420,9	67 919,4
Slaugos paslaugoms namuose	7 600,0	10 710,1	12 386,5
Paliatyviosios pagalbos paslaugoms	5 787,7	7 336,7	7 455,4
Iš viso	67 680,2	77 467,7	87 761,3

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

¹⁷ Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. vertinimas, Sveikatos apsauga, UAB „ESTEP Vilnius“, 2019 m.

Faktinis paslaugų gavėjų, kuriems reikalingos ambulatorinės slaugos paslaugos namuose, skaičius yra 96 400 asmenų. Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose poreikis (gavėjų skaičius) kasmet didėja vidutiniškai 3 proc., Sveikatos apsaugos ministerija prognozuoja, kad 2030 m. faktinis paslaugų gavėjų skaičius bus 140 000 asmenų (apie 5 proc. visų Lietuvos gyventojų).

20 pav. Pacientų, gavusių slaugos paslaugas, skaičius 2018 m.



Šaltinis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Šiandien Lietuvoje paliatyviosios pagalbos paslaugos (priskiriamos prie ilgalaikės priežiūros paslaugų) yra teikiamos stacionare (69,5 proc.), dienos stacionare (1 proc.) ir ambulatoriškai (29,5 proc.). Iš viso paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos 2 916 asmenų, gavėjų skaičius kasmet auga vidutiniškai 7 proc., Sveikatos apsaugos ministerija prognozuoja, kad 2030 m. paliatyvios pagalbos paslaugos bus teikiamos 5600 asmenų. Siekiama, kad daugiau paliatyviosios pagalbos paslaugų būtų teikiama ambulatoriškai – 70 proc.

Siekiant plėsti ambulatorinių slaugos paslaugų tinklą, yra būtini infrastruktūriniai pokyčiai, kurie apimtų šias paslaugas teikiančių tarnybų bazių įrengimą, transporto priemonių, skirtų pacientų lankymui namuose, įsigijimą, inovatyvių technologijų diegimui ir plėtrai, mobilios įrangos įsigijimui, techninės pagalbos priemonių įsigijimui. Šiuo metu ambulatorines slaugos paslaugas namuose teikiančios įstaigos pirmiau išvardintų priemonių neturi.

Žemiau pateikiamas šiuo metu ambulatorines slaugos paslaugas namuose teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų žemėlapis:

21 pav. Ambulatorinių slaugos paslaugų žemėlapis

ASPĮ SUDARIUSIŲ SUTARTIS SU TLK DĖL AMBULATORINĖS SLAUGOS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO, SKAIČIUS (2017 M.)



2017 m. dėl ASPN teikimo sutartis su TLK sudarė 321 ASPĮ, paslaugas teikė 310 ASPĮ

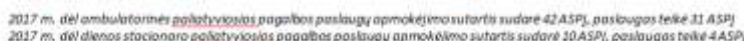
Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Informacija apie specialistus

2019 m. PSDF biudžeto lėšomis apmokamas ambulatorinės slaugos paslaugas namuose teikė 2773 specialistai. Atsižvelgiant į tai, jog specialistų komandos papildytos kineziterapeutais bei daugės slaugytojo padėjėjo vaidmuo komandose, taip pat įvertinus didėjantį faktinių gavėjų skaičių, 2030 m. ambulatorinės slaugos komandose dirbančių specialistų poreikis bus 4050. Specialistų komandą sudaro slaugytojas, slaugytojo padėjėjas bei kineziterapeutas (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 d. kovo 25 d. nutarimas Nr. 311).

Taip pat numatomas augimas ir paliatyvių komandos narių, kurias sudaro gydytojas, slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, socialinis darbuotojas, psichologas. Tikslas yra, kad paliatyviosios komandos paslaugas teiktų kiekvienoje savivaldybėje. Didesnėse savivaldybėse, komandų poreikis yra vertinamas atsižvelgiant į gyventojų skaičių, viena komanda teikia paslaugas ne daugiau nei 50 000 faktinių savivaldybės gyventojų.

22 pav. Dienos stacionaro/ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų žemėlapis



48

Atsižvelgiant į esamą situaciją, socialines paslaugas planuojama vystyti skiriant ypatingą dėmesį ilgalaikės priežiūros paslaugų plėtrai bendruomenėje, kad paslaugos būtų teikiamos kompleksiskai, kuo anksčiau ir kuo arčiau gyvenamosios vietos, suteikiant galimybę žmogui kaip įmanoma ilgiau likti savarankiškiems gaunant pagalbą savo namuose, dienos centre ar savarankiško gyvenimo namuose, o ilgalaikė socialinė globa socialinės globos namuose būtų tik paskutinė alternatyva. Numatoma, kad 2030 m. šių nestacionarių paslaugų gavėjų skaičius, palyginti su 2018 m., išaugs 65 proc., o stacionarių globos įstaigų tinklas bus plečiamas ne taip stipriai (papildomai apie 600 vietų), planuojant naujai steigti tik pagyvenusių asmenų, turinčių senatvinės demencijos ar Alzheimerio sutrikimus, globos namus. Siekiama, kad nestacionarių, bendruomenėje teikiamų paslaugų būtų dvigubai daugiau nei stacionarių paslaugų.

7 lentelė. Paslaugų gavėjų (senyvo amžiaus ir neįgaliųjų), kuriems numatomas ilgalaikės priežiūros paslaugų (IPP) poreikis, skaičius¹⁸

Metai	Paslaugų gavėjų skaičius				Augimas		Stacionarios globos (globos įstaigoje) vietų skaičius	Augimas vietomis	Nestacionarių ir stacionarių paslaugų santykis
	Pagalba į namus	Globa namuose	Dienos globa institucijoje (dienos centre)	Iš viso	proc.	gavėjais			
2018	11 410	3 360	2 290	17 060			12 830		1,3
2020*	12 340	3 670	2 410	18 420	8	1 360	12 960	130	1,4
2030**	17 280	7 340	3 600	28 220	53	9 800	13 430	470	2,1

* numatoma

**progozė

Šaltinis: Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija

Nuo 2013 m. Lietuvoje teikiamos integralios pagalbos į namus paslaugos, iš dalies finansuojamos Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšomis. Šių paslaugų teikimo tikslas – sukurti ir plėtoti kokybišką integralią pagalbą (socialinės globos ir slaugos namuose) neįgaliems vaikams, darbingo amžiaus neįgaliems asmenims, senyvo amžiaus asmenims, teikti konsultacinę pagalbą šeimos nariams, prižiūrintiems neįgalius vaikus, darbingo amžiaus neįgalius asmenis, senyvo amžiaus asmenis.

Integralią pagalbą namuose teikia socialinių paslaugų srities bei asmens sveikatos priežiūros specialistų komanda. Komandą sudaro šie specialistai: socialinis darbuotojas ir jo padėjėjai, slaugytojas ir jo padėjėjai, reabilitacijos specialistas. Vidutinė integralios pagalbos asmeniui teikimo trukmė – apie 4,5 valandos per parą (derinant integralios pagalbos periodiškumą su asmens dienos režimu), iki 7 dienų per savaitę.

2020 m. vasario mėn. duomenimis, paslaugas gavo 4,5 tūkst. asmenų, mokymuose dalyvavo 1 578 asmenys (mobilių komandų darbuotojai ir savanoriai).

SADM vertinimu, siekiant užtikrinti tolygų ir sklandų socialinės apsaugos ir sveikatos sistemų suintegravimą ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimui, pereinamuoju laikotarpiu būtina užtikrinti integralios pagalbos paslaugų plėtrą, įtraukiant ugdymo elementą į neįgaliems vaikams teikiamą paslaugą, bei tęstinumą, nes:

- paslaugos gavėjas gali būti savo namų aplinkoje ir gauti kokybiškas paslaugas, nes su juo dirbama individualiai;

¹⁸ Neįtraukti paslaugų gavėjai savarankiško gyvenimo ir grupinio gyvenimo namuose, krizių centruose, apsaugotam būste

- šeimos nariai įgijo ar patobulino specialius gebėjimus, reikalingus norint pasirūpinti neįgaliais šeimos nariais (buvo konsultuota 2517 šeimos narių). Šeimos nariams, globojantiems (slaugantiems) integralios pagalbos paslaugas gaunanti asmenį informaciją ir konsultacijas teikia įvairių sričių specialistai (pvz. socialinis darbuotojas, slaugytojas ir pan.), siekiant užtikrinti šeimos narių pagankamas žinias apie globojamo (slaugomos) asmens būklės kritimą, kasdienės veiklos atlikimą ir sudaryti sąlygas atokvėpiui gauti;
- integralios pagalbos teikimas intensyvu, nustatytu pagal asmens poreikį, sudaro sąlygas šeimos nariams dalyvauti darbo rinkoje.

Šiuo metu integralios pagalbos sveikatos priežiūros paslaugų dalis finansuojama ES lėšomis, o socialinių paslaugų dalis - valstybės specialių tikslinių dotacijų, savivaldybių biudžeto, asmenų mokėjimo už socialinę globą lėšomis.

Informacija apie specialistus ir neformalios pagalbos teikėjus

Vienas iš esminių paslaugų teikimo pakankamumo ir kokybės elementų yra paslaugas teikiantys specialistai, todėl šių asmenų kvalifikacija, įgūdžiai ir patirtis yra neatsiejama teikiamų paslaugų kokybės dalis. Siekiant didinti socialinių paslaugų prieinamumą, svarbu užtikrinti tinkamą ilgalaikės priežiūros specialistų skaičių, profesinę ir kvalifikacinę struktūrą, kad atliepti augančių ilgalaikės priežiūros paslaugų gavėjų poreikius bei šių paslaugų kokybę. Vadovaujantis reikalavimais socialinių paslaugų įstaigų personalo skaičiui, tikėtinas papildomas darbuotojų poreikis 2030 m. būtų apie 5,9 tūkst. Be to, svarbu plėtoti neformalią pagalbą suteikiant reikiamų žinių ir gebėjimų asmenims, prižiūrintiems artimuosius ar bendruomenės narius.

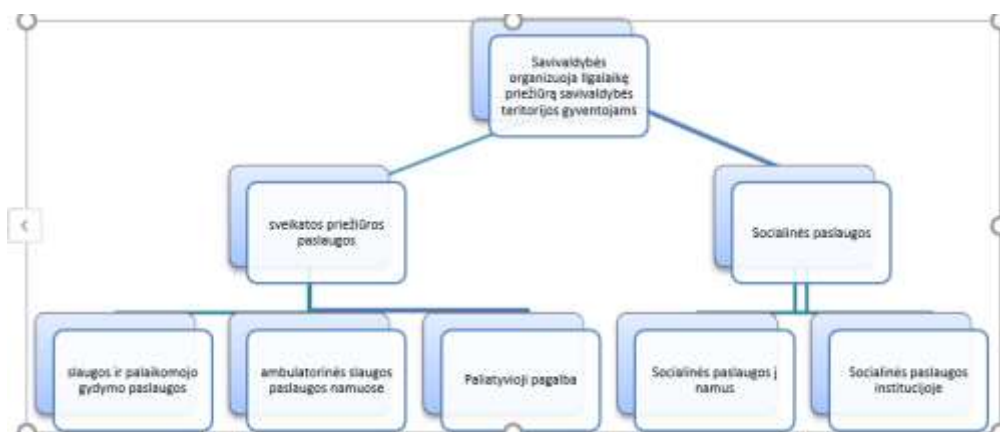
8 lentelė. Darbuotojų, teikiančių socialines paslaugas, poreikis

Darbuotojai pagal specialybes nestacionariuose įstaigose	Pagalba į namus		Globa namuose		Dienos globa institucijoje		Iš viso darbuotojų nestacionariuose įstaigose			Darbuotojai stacionarios globos įstaigose (globos namuose)		
	2030 m. poreikis	2019 m.	2030 m. poreikis	2019 m.	2030 m. poreikis	2019 m.	2030 m. poreikis	2019 m.	Papild. poreikis	2030 m. poreikis	2019 m.	Papild. poreikis
Socialinis darbuotojas	432	297	367	176	541	352	1 340	824	516	2 015	1 934	80
Socialinio darbuotojo / slaugytojo padėjėjai	2 879	1 978	5 651	2 704	1 082	704	9 612	5 385	4 227	10 073	9 671	402
Slaugytojas			367	168	103	67	470	235	235	672	645	27
Kineziterapeutas ir kt.			330	158	164	107	494	265	230	269	258	11
Gydytojas					72	47	72	47	25	134	129	5
Psichologas					103	67	103	67	36	134	129	5
Spec. pedagogas, užimtumo specialistas					172	112	172	112	60	336	322	13
Iš viso	3 311	2 274	6 715	3 205	2 237	1 455	12 263	6 935	5 329	13 631	13 088	544

Šaltinis: Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija

Ilgalaikės priežiūros paslaugų koncepcija, parengta SAM kartu su SADM¹⁹, 2019-10-18 buvo pateikta Lietuvos Respublikos Vyriausybei. Koncepcija apima socialinių paslaugų (pvz. socialinių paslaugų teikiamų namuose ir institucijoje) ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų (ambulatorinių slaugos paslaugų paciento namuose ir stacionarių slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų, paliatyviosios pagalbos), skirtų asmenims, kuriems dėl sveikatos būklės ar amžiaus, neįgalumo būtinos šios paslaugos, integravimą ir plėtrą.

23 pav. Ilgalaikės priežiūros paslaugų koncepcijos schema



Šaltinis: Ilgalaikės priežiūros paslaugų koncepcija

Ilgalaikės priežiūros uždavinys – sudaryti sąlygas asmeniui kuo ilgiau savarankiškai gyventi bendruomenėje, užtikrinant atitinkančią sveikatos būklę sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integruotą teikimą, siekiant išsaugoti asmens savarankiškumą, apsaugoti nuo ligos paūmėjimo ar esamų simptomų progresavimo, atsižvelgiant į asmens ir jo šeimos poreikius ir asmens bei jo šeimos, valstybės galimybes.

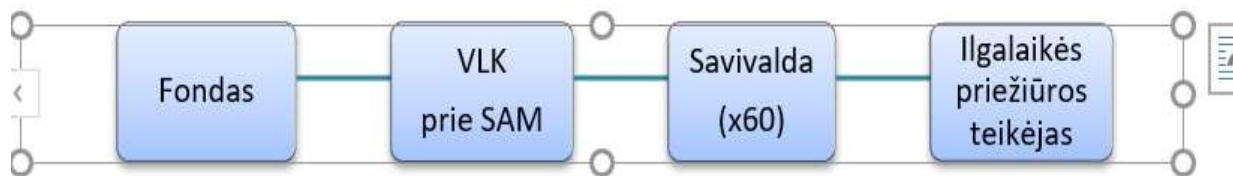
Siekiant įgyvendinti uždavinį, numatomi paslaugų integravimo veiksmai:

- paslaugų politikos formavime – sukurti bendrą tarpinstitucinį (socialinės apsaugos ministerijos, sveikatos apsaugos ministerijos ir savivaldybių) ilgalaikės priežiūros reglamentavimą, sukuriant bendrą ilgalaikės priežiūros teikimo ir apmokėjimo tvarką, paslaugos turinio, kokybės vertinimo ir pan. aprašus;
- ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavime – nustatant, kad savivaldybės atsakingos už asmens sveikatos priežiūros – slaugos ir socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą;
- ilgalaikės priežiūros paslaugų valdyme – nustatant, kad paslaugų organizavimo, teikimo ir kokybės stebėseną vyks vieningai ir integruotai bei koordinuotai per vieningą informacinę sistemą (pvz. Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (ESPB IS));
- ilgalaikės priežiūros paslaugų finansavime – ilgalaikėje perspektyvoje paslaugas finansuoti iš vieno bendro šaltinio, kurio šaltiniais galėtų būti valstybės biudžeto, savivaldybių biudžetų, PSDF, Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos ir kiti šaltiniai - dalis gyventojų pajamų mokesčio (atsakinga Valstybinė mokesčių inspekcija)

Šio fondo formavime turėtų dalyvauti visi nuolatiniai Lietuvos Respublikos gyventojai. Fondo lėšų paskirstymas pateikiamas žemiau:

¹⁹ Į Finansų ministerijos pateiktas pastabas ir klausimus žadama atsižvelgti rengiant koncepcijos įgyvendinamuosius dokumentus, kadangi jie pateikti po dokumento pateikimo Vyriausybei

24 pav. Ilgalaikės priežiūros fondo lėšų paskirstymas



Šaltinis: Ilgalaikės priežiūros paslaugų koncepcija

Iki fondo įsteigimo ilgalaikė priežiūra finansuojama kooperuojant PSDF ir specialių tikslinių dotacijų asmenų su sunkia negalia socialinei globai teikti lėšas, asmens mokėjimo už socialines paslaugas lėšas pagal šiuo metu galiojančią mokėjimo už socialines paslaugas tvarką.

Pagrindiniai Ilgalaikės priežiūros koncepcijos įgyvendinimo etapai:

Priemonės pavadinimas	Įvykdymo data
Savarankiškų ambulatorinės slaugos namuose paslaugų teikėjų tinklo suformavimas	2020-07-01
Savarankiškų ambulatorinės slaugos namuose paslaugų teikėjų tinklo integracija su socialinių paslaugų teikėjais (sutartiniu pagrindu).	2020-12-31
Ilgalaikės priežiūros įstatymo parengimas	2021-06-01
Ilgalaikės priežiūros fondo įkūrimas	2022-01-01

Atsižvelgiant į asmenų, kuriems numatomos ilgalaikės priežiūros paslaugos, organizmo funkcijų sutrikimus, jų savarankiškumą ir gebėjimus, pagalbos poreikius ir pan., ilgalaikės priežiūros pagalbą numatoma teikti tam tikrais lygiais pagal reikalingų sveikatos ir socialinių paslaugų santykį, priklausomai nuo to, kokios paslaugos geriausiai atitiks asmens poreikius ir padės kompensuoti prarastą savarankiškumą. Paslaugų mastą kiekvienu individualiu atveju nustatys savivaldybė, atsakinga už ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą.

9 lentelė. Galimi ilgalaikės priežiūros paslaugų lygiai pagal paslaugos tipą (socialinės ir sveikatos priežiūros) ir asmens mokėjimo dydžiai

Paslaugos	Socialinių paslaugų dalis	Sveikatos priežiūros paslaugų dalis	Asmens mokėjimas (procentinis dydis nuo asmens pajamų)
Pagalba į namus (iki 10 val. per sav.) (sveikatos priežiūra organizuojama pagal poreikį)	95	5	10
Pagalba į namus (iki 10 val./sav.) + ambulatorinė slauga (1k./sav.)	85	15	15
Globa namuose (iki 10 val. per dieną iki 7 kart./sav.) + ambulatorinė slauga (2 kart./sav.)	70	30	30
Dienos globa institucijoje (iki 10 val. per dieną. Iki 5 dienų/sav.)	70	30	50
Integranti pagalba namuose (globa ir slauga (visiems) + ugdymas (vaikams))	50	50	50

Stacionari globa (globos namuose)	50	50	80
Stacionari globa ir slauga (specializuotuose globos ir slaugos namuose)	30	70	80
Sauga ir palaikomasis gydymas, paliatyvioji slauga	10	90	5

Šaltinis: Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija

Didinant pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą reikalinga plėsti nuotolinių paslaugų apimtį. Šeimos medicinos paslaugas teikiančios gydymo įstaigos įgalintos teikti pacientams paslaugas nuotoliniu būdu: pratęsti receptus vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, skirti pacientams pakartotinius tyrimus, komentuoti jų rezultatus. Tačiau nuotolinių paslaugų apimtis dar nepakankama, šias paslaugas teikia ne visos šeimos gydytojo komandos paslaugas teikiančios įstaigos, todėl tikslinga šių paslaugų apimtį plėtra, sveikatos priežiūros įstaigų administracijos ir specialistų mokymai, savivaldybių gydytojų kvalifikacijos tobulinimas, pacientų sveikatos raštingumo didinimas. 2020 m. planuojama įteisinti nuotolines šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultacijas su gydytojais specialistais. Taip reikalinga plėtoti nuotolinio konsultavimo ūmių būklių atvejais paslaugas (pvz. steigiant specialų nacionalinį šių paslaugų centrą) tam, kad pacientai turėtų galimybę visą parą gauti konsultacijas dėl tolesnių su jų sveikata susijusių veiksmų.

Lėtinių neinfekcinių ligų efektyviam valdymui bei integruotų paslaugų teikimui (efektyvumo didinimui) būtina diegti inovatyvius modelius. Senėjanti visuomenė susiduria su daugybinėmis sveikatos problemomis (poliligitumu). Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos IS „Sveidra“ duomenimis, Lietuvoje 2016 metais daugiau nei dviem lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis²⁰ 50 - 65 m. amžiaus grupėje sirgo 34,6 proc. gyventojų, atitinkamai asmenų, vyresnių kaip 65 m., amžiaus grupėje – sergančiųjų buvo 62,7 proc. Poliligitumas siejamas su daugybe neigiamų rezultatų, įskaitant mirtingumą, negalią, žemą gyvenimo kokybę ir dideles sveikatos priežiūros išlaidas²¹. ES maždaug 70–80% sveikatos priežiūros biudžetų skiriama lėtinėms ligoms gydyti.

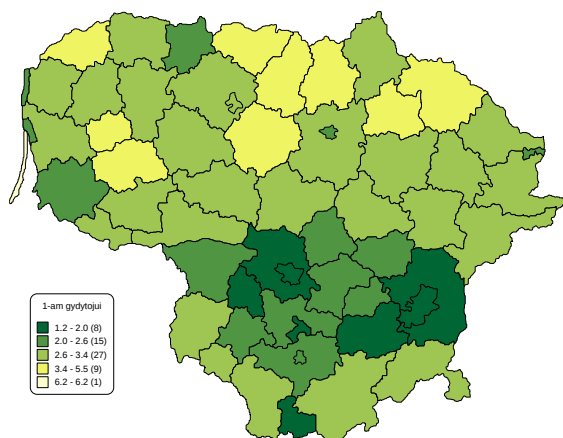
Sveikatos specialistų trūkumas ir pasisiskirstymo netolygumai lemia sveikatos priežiūros prieinamumo problemas. Pagal SAM skelbiamą informaciją apie ASPĮ esančias laisvas darbo vietas (2019 m. II pusm.) šalyje iš viso trūksta 428 sveikatos priežiūros specialistų, iš jų: šeimos gydytojų (52), vidaus ligų gydytojų (35), kardiologų (31), neurologų (26), psichiatrų (19), anesteziologų reanimatologų (17), vaikų ligų gydytojų (15), taip pat gydytojų odontologų ir gydytojų odontologų specialistų (ortodontų, endodontų, periodontų, burnos chirurgų) (22), slaugytojų (38). Daugiausiai sveikatos specialistų trūksta Vilniaus (106), Šiaulių (65), Panevėžio (47), Klaipėdos (46), Kauno (41) regionuose. Iš SAM atliktos savivaldybių apklausos pastebėtina tendencija, kad daugiausiai šeimos gydytojų trūksta ne rajonuose, o didžiuosiuose miestuose, nes juose yra didžiausias skaičius šeimos medicinos paslaugas teikiančių ASPĮ ir yra santykinai didžiausias pacientų skaičius. MOSTA modelyje identifikuojamas ir kitų gydytojų specialistų poreikis (tačiau modelį būtina tobulinti, kaip nurodyta 4 šio dokumento dalyje), tačiau didžiausias trūkumas identifikuojamas slaugytojų kategorijoje. Slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius Lietuvoje, kuris atspindi sveikatos išteklių panaudojimo efektyvumą, yra gerokai mažesnis nei vidutiniškai ES šalyse ir 2015 m. sudarė 1,8 palyginus su 2,8. Regioniniu mastu stebimi nemaži netolygumai.

25 pav. Slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius Lietuvoje pagal savivaldybes 2018 m.

Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Slaugytojų sk./1-am gydytojui	Savivaldybė	Slaugytojų sk./1-am gydytojui
Birštono sav.	1,2	Neringos sav.	6,2
Kauno r. sav.	1,5	Rietavo sav.	4,5
Kauno m. sav.	1,6	Šilalės r. sav.	4,0

²⁰ TLK-10-AM kodai: E10-E14, I11-I15, I48, I-50, I69, J44-J45, G20, G40, M05-M06

²¹ Onder ir kt., 2015



Vilniaus m. sav.	1,6	Pakruojo r. sav.	4,0
Vilniaus r. sav.	1,6	Rokiškio r. sav.	3,9
Lietuvos rodiklis 2,0/1-am gydytojui			

Šaltinis: Higienos institutas

Didžioji dalis Lietuvos skaitmeninės sveikatos elementų yra pradiniam brandos lygyje, todėl 2021-2030 m. reikalinga šias sritis plėtoti toliau. Efektyviai naudojami e. sveikatos sistemos sprendimai sudaro galimybes vieningai valdyti pacientų srautus ir paskirstyti resursus sveikatos priežiūros įstaigose, lengvai pasiekti išsamią informaciją apie pacientą (vienoje vietoje) realiu laiku, operatyviai sveikatos priežiūros įstaigoms keisti paciento sveikatos duomenimis, keisti standartizuota informacija vienodai aiškiai suprantama visiems sveikatos priežiūros įstaigų specialistams, išvengti tyrimų dubliavimo, užtikrinti sveikatos paslaugų tęstinumą (geografiškai ir laike), didinti paciento domėjimąsi sveikata bei teikti patikimą informaciją apie sveikatą.

10 lentelė. Lietuvos skaitmeninės sveikatos elementų brandos lygis

	I lygis Pradinis Chaotiškas Orientavimasis vieną paslaugą	II lygis Valdomas Kontroliuoja ma aplinka Orientavimas is daugialypės paslaugas	III lygis Apibrėžtas, standartizuotas Nuoseklus vykdymas Orientavimasis programą	IV lygis Pamatuotas procesas Kokybė ir produktyvumas Orientavimasis rinką ir priežiūros teikimą	V lygis Optimizavimas Nuolatinis tobulinimas Orientavimasis vartotoją
Elektroninė sveikatos istorija (ESI):			X		
1. Pacientų portalas			X		
2. Išankstinė pacientų registracija (IPR)		X			
Telemedicina	X				
Mobilioji aplikacija	X				
Skaitmeninės sveikatos raštingumas	X				
Europos Sąjungos e. sveikatos paslaugos	X				

Šaltinis: SAM

Remiantis 2019 viduryje SAM įvykdyta asmens sveikatos priežiūros įstaigų²² apklausa, 56% ASPĮ infrastruktūra išlieka nepritaikyta neigaliųjų poreikiams, be to, šios įstaigos nebuvo modernizuotos per paskutinius penkeris metus. Neigaliųjų poreikiams pritaikytų baseinų ir sporto ir fizinės kultūros patalpų neturi apie 60% ASP%, neigaliųjų automobiliams įrengtų parkavimo vietų, registratūros, infrastruktūros, pritaikytos regėjimo negalią turintiems asmenims, neturi apie 40% ASPĮ, sąlygų

²² Klausimyną užpildė 336 ASPĮ, iš jų 228 (68 proc.) ambulatorinės ASPĮ ir 108 (32 proc.) stacionarinės ASPĮ. Atkreiptinas dėmesys, kad skyrėsi klausimyną užpildžiusių ASPĮ pavaldumas – užpildytus klausimynus teikė viešosios įstaigos (218 (65 proc.)) ir privačios įstaigos (118 (35 %)).

neįgaliajam judėti įstaigos viduje nėra sudariusios 16% ir kt. Didžioji dalis šių poreikių susiję su ambulatorines paslaugas teikiančiomis ASPĮ.

Taip pat reikalinga gerinti odontologinės priežiūros paslaugų neįgaliesiems prieinamumą ir kokybę panaudojant mobilias odontologų brigadas visoje Lietuvoje bei teikiant specializuotą gydymą bendrinės neįautros sąlygomis ASPĮ.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui įtaką daro ir korupcija sveikatos apsaugos srityje, kurią Lietuvos gyventojai 2007–2018 m. įvardino kaip didžiausią lyginant su kitomis sritimis (tokios nuomonės buvo apie 50 proc. visų apklaustųjų)²³. Remiantis Lietuvos korupcijos žemėlapiu 2018, tarp labiausiai korumpuotų sveikatos apsaugos įstaigų Lietuvos gyventojai įvardino respublikines ligonines/klinikas, miestų ir rajonų ligonines, Valstybinę vaistų kontrolės tarnybą, poliklinikas. Pastebima, kad 2017–2018 m. padaugėjo manančių, kad kovoje su korupcija atsakingi yra patys respondentai ir jų aplinka (šeima, artimieji, pažįstami) – nuo vidutiniškai 13 proc. iki 46 proc. Kaip pagrindinę kyšio ėmimo priežastį didžioji dalis tiek apklaustų gyventojų, tiek įmonių atstovų, tiek valstybės tarnautojų nurodė per retą ir per mažą baudžiamąją atsakomybę už korupcines veikas.

Pastebimi ir nedideli teigiami pokyčiai: remiantis 2018-2019 m. reprezentatyvių Lietuvos gyventojų apklausų duomenimis, 0,8 proc. padidėjo žinančių, kad neoficialus atsidėkojimas/kyšio davimas gydytojui yra nusikaltimas, 3 proc. sumažėjo asmenų, kurie apsilankymo pas gydytoją metu patyrė spaudimą papildomai neoficialiai susimokėti už gaunamas paslaugas, 6 proc. padaugėjo tokių respondentų, kurie praneštų pastebėję korupcijos/kyšininkavimo atvejus gydymo įstaigoje.

Gyventojų išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms ir prekėms dalis nuo visų einamųjų išlaidų buvo didesnė nei vidutiniškai ES: 2016 m. sudarė 32,4%, 2017 m. – 32,3%, tuo tarpu ES vidurkis 2017 m. sudarė 15,8%. Lietuvoje šių išlaidų struktūroje išlaidos vaistams sudarė didžiausią dalį (16,9%). Šioje srityje įgyvendinama struktūrinė reforma "Mažesnės vaistų kainos" nukreipta į vaistų kompensavimo lygmenų ir kriterijų tikslinimą, dalies išlaidų už pridėtinę terapinę naudą turinčius vaistus padengimą mažas pajamas gaunantiems pacientams, racionalaus vaistų vartojimo skatinimą. Tikimasi, kad įgyvendinus reformą pacientų priemokos nuo visų išlaidų kompensuojamiems vaistams sudarys 16%, generinių vaistų vartojimas – 75%, o kompensuojamųjų vaistų dalis nuo visų receptinių vaistų - 60%.

Įgyvendinus naują vaistų bazinių kainų ir paciento priemokų už juos apskaičiavimo tvarką²⁴ bei tai, kad laikotarpyje nuo 2018 m. liepos mėnesio iki 2019 m. balandžio mėn. buvo padidinti kompensavimo procentai vaistams kompensuojamų 80, 90 ir 50 proc. lygmeniu, iki 100 proc., lėmė tai, kad vidutinė priemoka, tenkanti vienam receptui, sumažėjo 3,2 Eur arba 56%, vertinant nuo 2017 m. birželio mėn. su 2019 m. spalio mėn. duomenimis. Ateityje priemokų mažėjimą planuojama, kad įtakos 2019-10-27 Lietuvos Respublikos Seime priimtas Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2,10,11 ir 15 straipsnių pakeitimo įstatymas, kurio tikslas sudaryti sąlygas nemokant paciento priemokos gauti kompensuojamuosius vaistus ir kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemones mažas pajamas gaunantiems ir 75 metų ir vyresniems asmenims. Taip pat pacientų priemokas ir pigesnio vaisto grupėje pasirinkimą įtakos ir Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšomis vykdomas „Išmintingojo vaistų sąrašo“ ir leidinio pacientams, sveikatos priežiūros specialistams, farmacininkams apie racionalų vaistų vartojimą išleidimas ir informacijos sklaida apie racionalų vaistų vartojimą, kurio tikslas – gerinti žmonių sveikatą, skatinant racionalų vaistų vartojimą, remiantis įrodymais pagrįstos medicinos, vaistų veiksmingumo, saugumo, ekonomiškumo santykio vertinimo principais.

Gyventojų, atidėjusių kreipimąsi dėl sveikatos priežiūros paslaugų (pas gydytoją) dėl laukimo laiko (ilgų eilių) priežasčių, dalis, sudarė 11% 2014 m. (naujausi vieši duomenys, 2019 m. atliktas naujas tyrimas, tačiau duomenys kol kas neskelbiami), jį bus siekiama toliau mažinti. Pagrindinės priežastys, dėl kurių išlieka ilgos eilės gaunant kai kurias sveikatos priežiūros paslaugas yra gydytojų specialistų trūkumas/netolygus pasiskirstymas šalyje, pernelyg dideli, palyginti su įstaigos pajėgumais, pacientų

²³ Lietuvos korupcijos žemėlapis 2018, sudarytas pagal LR Specialiųjų tyrimų tarnybos užsakymu atliktą tyrimą

²⁴ 2018 m. sausio 17 d. patvirtino naują Vaistų bazinių kainų ir paciento priemokų už juos apskaičiavimo tvarką, kurios tikslas – ne tik reguliuoti bazines vaistų kainas, bet ir paciento priemokas už juos.

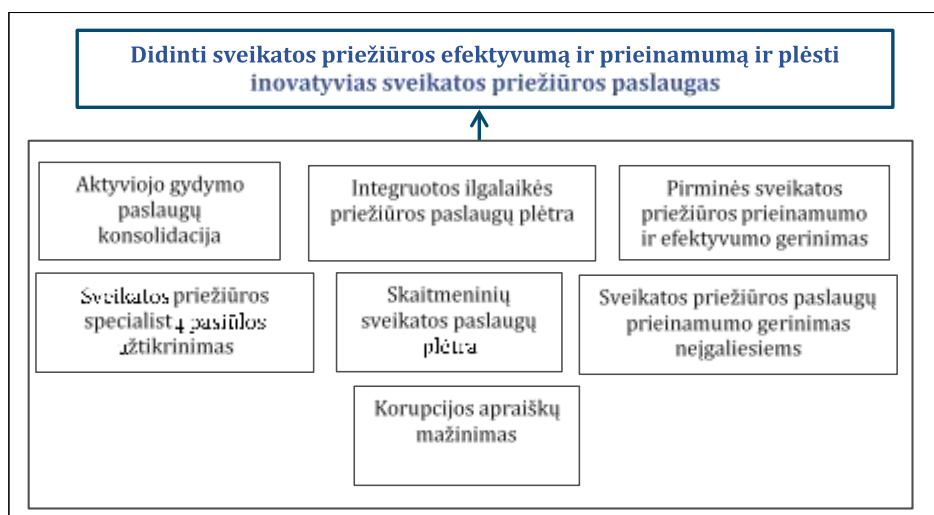
srautai dėl jų teisės rinktis gydymo įstaigą ir gydytoją, ne visada tikslingas siuntimas pas gydytojus specialistus, ribotas PSDF finansavimas ir pan. Paslaugų laukimo trukmei įtaką daro ir didelis ambulatorinių paslaugų vartojimas: 2016 m. Lietuvos gyventojai pas gydytoją lankėsi vidutiniškai daugiau nei 9 kartus per metus, tai yra 20% dažniau nei vidutiniškai ES šalyse. Siekiant efektyviai spręsti laukimo eilių problemas būtina toliau plėtoti elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos priemones, visiems pacientams užtikrinti galimybę vienodomis sąlygomis patekti per nustatytus laikus į gydymo įstaigas ir sudarytos galimybės kontroliuoti, kaip gydymo įstaigos užtikrina skaidrų ir efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, plėsti šeimos gydytojo komandos narių teikiamų paslaugų, taip pat nuotolinių paslaugų vartojimą (pacientas – gydytojas, gydytojas – gydytojas) bei gyventojų sveikatos raštingumą. Visos šios eilių susidarymo priežastys bus sprendžiamos numatytose 2021-2030 m. investicijų kryptyse.

5.3.2 Pagrindinės EK, EPBO rekomendacijos 2021-2030 m.

- Konsoliduoti ligoninių teikiamas aktyviojo gydymo paslaugas, optimizuoti ligoninių tinklą
- Plėtoti ilgalaikės priežiūros, ypač bendruomenines, paslaugas
- Didinti pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą
- Spręsti sveikatos priežiūros darbuotojų trūkumo, taip pat ir teritorinio pasiskirstymo, problemas
- Remti sveikatos priežiūros, ilgalaikės priežiūros darbuotojų kvalifikacijos keitimą bei kėlimą ir jų išlaikymą
- Užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą specialių poreikių grupėms
- Plėtoti skaitmeninius sveikatos sprendimus
- Efektyviau kovoti su korupcija

5.3.3 Planuojamos veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai

26 pav. 3-iojo uždavinio „Didinti sveikatos priežiūros efektyvumą ir prieinamumą ir plėsti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas“ intervencijų logika



Šaltinis: sudaryta autorių

Šio uždavinio įgyvendinimui prioriteto tvarka (aukščiausia pozicija – svarbiausias prioritetas) yra numatomos veiklų kryptys bei reikalingi resursai.

1.Ligoninių teikiamų aktyviojo gydymo paslaugų konsolidacija.

Aktyviojo gydymo paslaugų teikimas nustatytame ASPĮ tinkle.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi aktyviojo gydymo įstaigų skaičiaus tinklo patvirtinimas padidintų šių paslaugų teikimo efektyvumą, taip pat kokybę ir saugą.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Mažas. Įgyvendinant struktūrinę reformą „Ligoninių optimizacija, paslaugų kokybė, gydytojų prestižas“ didinami medikų atlyginimai: gydytojų atlyginimas didėjo vidutiniškai 20 proc., o slaugytojų – vidutiniškai 23 proc. Vidutiniškai po 8 proc. kasmet medikų atlyginimai didėjo ir 2016–2017 metais. Atlikta šių paslaugų poreikio analizė, tačiau stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ligoninių tinklas iki šiol nėra patvirtintas. Šiuo metu ligoninių pertvarkos siūlymai yra svarstomi su ekspertais pagal patvirtintą paraišką dėl techninės pagalbos iš ES struktūrinių reformų rėmimo programos, pagal kurią 2019-2021 m. stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų konsolidavimo projektai bus įgyvendinti dviejuose pilotiniuose regionuose. Projekto pabaigoje (2020 m. IV ketv.) plačiai visuomenei būtų pateikiami projekto rezultatai, ekspertų siūlymai bei projekto tęstinumo galimybės šalies mastu.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Išlieka poreikis patvirtinti stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ligoninių tinklą bei pritaikyti prie jo greitosios, skubiosios pagalbos paslaugų tinklus, medicinos specialistų pasiūlą, ligoninių infrastruktūrą bei investuoti į „minkštąsias“ priemones: darbuotojų kvalifikacijos tobulinimą/perkvalifikavimą ir kt.

2. Integruotų ilgalaikės priežiūros paslaugų plėtra

Integruotų slaugos paslaugų plėtra, ypač ambulatorinių, jų integracija su socialinėmis paslaugomis užtikrinant ilgalaikės priežiūros poreikį bendruomenėje.

Integralios pagalbos užtikrinimas pereinamuoju laikotarpiu, jos vystymas įtraukiant ugdymo elementą kai paslaugos teikiamos vaikams su negalia bei socialių paslaugų prieinamumo didinimas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi senstant visuomenei ir ilgėjant gyvenimo trukmei ilgalaikės priežiūros paslaugų (integruotų sveikatos ir socialinių paslaugų) prieinamumas išlieka žemas, o socialinių paslaugų – nepakankamas. Siekiant didesnio efektyvumo, reikalinga koncentruotis į ambulatorinių, tame tarpe bendruomeninių, paslaugų plėtrą bei į socialinių paslaugų prieinamumą. Tokiu būdu sumažėtų artimųjų globos ir slaugos poreikis, jie galėtų (daugiau) skirti laiko darbui bei kitoms visuomenės ir šeimos gerovei reikalingoms veikloms.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Mažas. Įgyvendinant struktūrinę reformą „Slaugos plėtra“ pacientai, kuriems teikiamos slaugos paslaugos namuose, nuo 2019 m. šių paslaugų gauna dvigubai daugiau - vietoje 24 - 52 per metus - tai yra 4 slaugytojo vizitai į namus per mėnesį. Vyriausybei pateikta Ilgalaikės priežiūros paslaugų koncepcija, parengta kartu su SADM. Per priemonę Nr. 08.4.2-ESFA-K-629 finansuotas bendruomenių ir nevyriausybinių organizacijų narių gebėjimų teikti priežiūros ir pagalbos paslaugas neįgaliesiems ir negalintiems apsitarnauti žmonėms namuose (programų sudarymas ir įgyvendinimas).

Vidutinis. Įgyvendinant priemonę Nr. 08.4.1-ESFA-V-418 „Integrali pagalba į namus“ numatyta, kad paslaugos bus teikiamos daugiau 4,6 tūkst. asmenų, tobulinamos specialistų kompetencijos (apmokytą daugiau nei 1,3 tūkst. specialistų) bei plėtojama neformali pagalba (konsultuota virš 1,6 tūkst. artimųjų). Pagal priemonę Nr. 08.1.1-CPVA-R-407 „Socialinių paslaugų infrastruktūros plėtra“ bus sukurtos ar modernizuotos 586 socialinės globos vietos senyvo amžiaus asmenims, tačiau tai nepatenkins viso jau šiuo metu esančio poreikio.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Įvertinant spartų visuomenės senėjimą bei migracijos šalies viduje tendencijas, didžiausi poreikiai, tikėtina, koncentruosis didmiesčiuose, ypač Vilniuje. Tikėtina, kad įdiegus veiksmingą ambulatorinę ilgalaikę priežiūrą stacionarios priežiūros taip pat ir slaugos lovų skaičiaus poreikio

augimą ateityje pavyks stabilizuoti, o tolimesnėje perspektyvoje gal net ir mažinti. Tačiau kadangi naujasis integruotų slaugos paslaugų modelis, kuris apims slaugos paslaugas namuose, dienos stacionarus bei institucinę slaugą, tik pradės veikti, slaugos lovų skaičiaus didinimas ASPĮ yra reikalingas. Siekiant sistemos efektyvumo didinimo tuo pačiu metu svarbu ASPĮ didinti dienos stacionaro paslaugų apimtį. Finansavimas šioje srityje bei ilgalaikės priežiūros paslaugų plėtrai reikalingas tiek infrastruktūros, tiek „minkštiesiems“ poreikiams: sveikatos bei socialinės srities specialistų perkvalifikavimui, kvalifikacijos kėlimui ir pan. Be to, pereinamuoju laikotarpiu svarbu užtikrinti integralios pagalbos teikimą, kad asmenys kiek įmanoma ilgiau išliktų savo namų aplinkoje ir nepatektų į stacionarias įstaigas, bei socialinių paslaugų prieinamumo didinimą, kad ateityje būtų užtikrintas sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų integralumas. Senyvo amžiaus asmenims, kuriems jų namuose teikiamos paslaugos nepatenkins vis didėjančio pagalbos poreikio (ypač turintiems demencijos sutrikimų, reikalaujančių nuolatinės priežiūros), bus reikalinga stacionari globa įstaigoje. Atsižvelgiant į tai ir šiuo metu esantį senyvo amžiaus asmenų poreikį apsigyventi globos namuose, būtina steigti senyvo amžiaus asmenų (ypač turinčių demencijos sutrikimų) poreikiams pritaikytus globos namus bendruomenėje.

3. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo ir efektyvumo gerinimas.

Nuotolinių paslaugų plėtra

Inovatyvių individualia ir grupine priežiūra bei visuomenės sveikatos priežiūra paremtų pacientų priežiūros modelių, tame tarpe ir poliligtų valdymo, modelių diegimas nacionaliniu mastu.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Aukštas, kadangi plečiant pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir didinant efektyvumą sumažėtų kitų sveikatos priežiūros grandžių apkrovimas, pvz. greitosios pagalbos, skubiosios pagalbos, gydytojų specialistų. Vertinama, kad pirminė sveikatos priežiūra galėtų spręsti iki 80% visų gyventojų sveikatos sutrikimų.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. Iš priemonės Nr. 08.4.2-ESFA-K-616 finansuojamas paslaugų teikimo modelio, skirto dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergantiems pacientams, atranka ir išbandymas. Sveikatos reforma „Šeimos gydytojo komanda, ambulatorinių paslaugų plėtra“ įgalino šeimos medicinos paslaugas teikiančias gydymo įstaigas teikti pacientams paslaugas nuotoliniu būdu, tačiau nuotolinių paslaugų apimtį dar nepakankama. Taip pat prieinamumo gerinimui buvo skirta priemonė Nr. 08.1.3-CPVA-R-609, kuri aptarta prie 2-ojo uždavinio 1-osios investicijų krypties.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Vidutinis. 2020 m. planuojama įteisinti nuotolines šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultacijas su gydytojais specialistais, tačiau paslaugų teikimas, planuojama, prasidėtų 2021 m. Reikalinga parengti paslaugų teikimo aprašus, atlikti e-sveikatos tobulinimo darbus, įsigyti nuotolinių paslaugų diegimui reikalingas medicinos priemones (priedaisus), skirtus stebėti pacientų sveikatos būklę ambulatoriškai ir nuotoliniu būdu, organizuoti sveikatos priežiūros specialistų mokymus, kaip teikti naujas paslaugas bei šias paslaugas viešinti. Būtina plėtoti ir kitų šeimos gydytojo komandos narių paslaugas (slaugytojos, kineziterapeuto, gyvensenos medicinos specialisto, socialinio darbuotojo), nuotolines konsultacijas tarp slaugytojų. Taip pat planuojama diegti ūmių būklių nuotolinių konsultacijų centrą, kuris galėtų sumažinti greitosios, skubiosios pagalbos, šeimos gydytojų komandos paslaugų poreikį. Didinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, t.t. sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, reikalingas išbandytų inovatyvių ir efektyvių paslaugų teikimo modelių, sudarančių prielaidas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, atrinkimas ir pritaikymas teikimui nacionaliniu mastu.

4. Sveikatos priežiūros specialistų pasiūlos užtikrinimas.

Rezidentūros studijų finansavimas darbui tikslinėse teritorijose

Sveikatos specialistų dalyjimosi/nukreipimo tinklų kūrimas

Inovatyvių paslaugų teikimo modelių (*angl. Task shifting*) diegimas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Didelis, kadangi aprūpinimo specialistais netolygumų mažinimas gerintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. 2008-11-07 SAM ministro įsakymu Nr. V-1080 siekiama padėti ASPĮ prisitraukti reikalingus specialistus, sumokant rezidentūros studijų kainą, pabaigęs studijas rezidentas atidirba įstaigoje sutartą laikotarpį (3-10 m. priklausomai nuo apmokėtų studijų trukmės ir/ar susitarimo). Sudarytų trišalių (ASPĮ, universitetų ir rezidentų) sutarčių yra 26, 5 asmenys yra nutraukę sutartis. Įvertinus bendrą tendenciją - įsakymas pasiteisina, nes specialistai atidirba nuo 3-10 metų, t. y. pasilieka gyventi regione.

2019 m. vasario 13 d. LR Vyriausybė priėmė nutarimą Nr. 144 „Dėl Medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“, kurių nuostatomis vadovaujantis, gydytojams rezidentams ir gydytojams odontologams rezidentams yra sudarytos teisinės prielaidos rezidentūros studijų programos vykdymo metu įgyti pakopines kompetencijas suteikiančius pažymėjimus ir atitinkamai įgyti teisę rezidentūros bazėse savarankiškai verstis medicinos ar odontologijos praktika pagal nustatytas kompetencijas. Veikla perduota įgyvendinti ES lėšomis Švietimo, mokslo ir sporto ministerijai.

Įsidiegus pakopines kompetencijas (kol kas neveikia, nes universitetai turi pritaikyti mokymo programas), 65 proc. rezidentų turės padirbėti regione ne mažiau nei 1 mėn.; laikotarpis trumpas, tačiau padėsiantis susipažinti, galbūt ir pasilikti regione, tai taip pat mažintų neigiamą požiūrį į regionus.

2014–2020 m. įgyvendinama priemonė Nr. 08.4.2-ESFA-V-617 „Specialistų pritraukimas sveikatos netolygumams mažinti“. Projekto pagrindinė veikla – šeimos gydytojų, kardiologų, neurologų, pulmonologų rezidentūros studijų finansavimas tikslinėse teritorijose. Projekte dalyvauja 14 rezidentų. Projektas įgyvendinamas kartu su partneriais (projekto partnerėmis parinktos tos į tikslines teritorijas patenkančios savivaldybės, kurios nori priimti jaunus gydytojus, gali pasiūlyti jiems optimalias darbo ir, jei yra galimybė, socialinio aprūpinimo sąlygas, kuriose konkrečių specialistų faktiškai trūksta arba, dėl garbaus dirbančiųjų specialistų amžiaus – 60 ir daugiau metų, jų pristigs).

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Sveikatos priežiūros specialistų trūksta, jų pasiskirstymas šalyje netolygus. Tikslinga toliau finansuoti rezidentūros studijas siekiant pritraukti rezidentus į tikslines teritorijas. Šiuo metu planuojama papildomai įtraukti vidaus ligų, chirurgijos, radiologijos, geriatrijos, psichiatrijos, traumatologijos, reumatologijos, skubiosios medicinos, vaikų odontologijos, odontologijos ortodontijos, ortopedijos odontologijos, periodontologijos, fizinės medicinos reabilitacijos urologijos, gastroenterologijos, neurochirurgijos rezidentūros studijas, atsižvelgiant į pagrindines ligų - mirties priežastis. Taip pat svarstoma mokėti skatinamuosius priedus dalyvaujantiems projekte:

- Studijuojantiems mokėti 20 proc. gydytojo rezidento darbo užmokesčio priedą.
- Po rezidentūros baigimo ir įsidarbinus pasirinktoje gydymo įstaigoje, mokėti 50 proc. specialisto darbo užmokesčio priedą.

2019 m. pabaigoje SAM atlikta apklausa savivaldybėse rodo, kad ASPĮ bei savivaldybės, siekdamos pritraukti rezidentus, taip pat ir išlaikyti esamus specialistus bei pritraukti kitus specialistus į mažesnes gydymo įstaigas, taip pat turėtų sudaryti ir kuo palankesnes kitas sąlygas, pavyzdžiui, materialinės bazės, darbo aplinkos, finansinės.

5. Skaitmeninių sveikatos paslaugų plėtra.

Nuotolinių paslaugų plėtra

Duomenų apie sveikatos paslaugas ir specialistus rinkimas ir analizė
Išankstinių registracijų pas gydytojus sistemos plėtra

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Didelis, kadangi skaitmeniniai sprendimai (visų pirma, e-sveikata) pagerina paslaugų prieinamumą, efektyvumą, sudaro sąlygas stebėti ir analizuoti duomenis.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. 2014-2020 m. nacionaliniu lygiu vystoma Išankstinės pacientų registracijos sistema (IPR), finansuojama ES SF lėšomis. Sukurta viena pacientų registravimo sistema (vienam siuntimui – viena registracija kompensuojamai paslaugai), sąsajos su Elektroninės sveikatos paslaugų bendradarbiavimo ir infrastruktūros informacine sistema (ESPBI IS), todėl bus geriau valdomas įstaigų, specialistų užimtumas, eilės. Taip pat bus padidintas ESPBI IS naudojimo patrauklumas modernizavus egzistuojančius komponentus, sukuriant naujus funkcionalumus ir didinant ESPBI IS greitaveiką; modernizuota ESPBI IS, sukuriant naujus procesus, susijusius su nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos duomenų tvarkymu, ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimu ir e. recepto posistemės funkcionalumais; padidintas ASPĮ HIS integracijos su ESPBI IS ir asmens duomenų saugos brandos lygis. Projektu pasiekti rezultatai:

1. Modernizuota ESPBI IS, atnaujinant jos dizainą, duomenų bazę, psichikos duomenų tvarkymo priemones bei realizuojant jų apsikeitimą elektronine medicinine istorija (toliau – EMI).
2. Sukurta ESPBI IS mobilioji programėlė.
3. Įsigytas techninės įrangos komplektas.
4. Sukurta ESPBI IS posistemė, skirta nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių duomenų tvarkymui.
5. Sukurta ESPBI IS posistemė, skirta ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimui.
6. Modernizuota E. recepto posistemė.
7. Parengtos išvados ir rekomendacijos dėl HIS mainų su ESPBI IS procesų brandos;
8. Parengtas gerąją praktiką paremtas HIS brandos aprašas;
9. Atlikta procesų, susijusių su asmens duomenų sauga reinžinerija;
10. Parengtas ESPBI veiklos procesų susijusių su asmens duomenų apsauga vykdymo aprašas, atitinkantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento 40 straipsnio nuostatas.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Didelis. Reikalinga tolimesnė e-sveikatos plėtra pereinant į aukštesnį e-sveikatos paslaugų brandos lygį. Siekiant kurti ir plėtoti pažangias integralias skaitmeninės sveikatos paslaugas, atitinkančias gyventojų, pacientų, sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų poreikius bei lūkesčius, numatomos pagrindinės strategijos kryptys: skaitmeninės sveikatos sprendimai, sveikatos priežiūros paslaugų skaitmenizavimas, telemedicina, mobiliosios sveikatos sprendimai, analitikos ir dirbtinio intelekto sprendimai, keitimasis sveikatos duomenimis, skaitmeninės sveikatos raštingumo didinimas.

6. Sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas neįgaliesiems.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Vidutinis, kadangi apie 60% ASPĮ yra nepritaikytos neįgaliųjų poreikiams.

Tikėtinas 2014-2020 m. ES fondų investicijų bei kitų intervencijų poveikis problemos mastui

Vidutinis. Per priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-R-609 finansuota 43 proc. pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų fizinės ir informacinės infrastruktūros pritaikymas specialiesiems neįgaliųjų poreikiams (125 ASPĮ), taip pat pagal priemonę Nr. 08.1.3-CPVA-V-607 finansuotas 15 rajono lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigų fizinė ir informacinė infrastruktūra pritaikymas specialiesiems neįgaliųjų poreikiams. Taip pat finansuotas bandomojo projekto, kuriuo numatoma gerinti odontologinės priežiūros paslaugas neįgaliesiems, įgyvendinimas, mokymo programų parengimas bei nuotolinių mokymų organizavimas.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Vidutinis. Išlieka poreikis pritaikyti apie 60% ASPĮ, su tuo susiję infrastruktūros ir sveikatos priežiūros darbuotojų apmokymo poreikiai. Taip pat reikalinga gerinti užtikrinti mobilių odontologinių brigadų darbą visoje Lietuvoje, finansuojant portatyvios odontologinės įrangos įsigijimą bei medicininės įrangos įsigijimą specializuotam gydymui bendrinės neįtautos sąlygomis, ASPĮ patalpų pritaikymą.

7. Korupcijos apraiškų mažinimas sveikatos sektoriuje.

Korupcijos apraiškų sveikatos apsaugos sistemoje stebėjimo ir vertinimo sistemos priežiūra ir plėtra.

Medicinos darbuotojų kvalifikacijos kėlimas korupcijos prevencijos temomis, visuomenės švietimas.

Tikėtinas poveikio problemos sprendimui stiprumas

Vidutinis. SAM įgyvendina projektą „Korupcijos apraiškų sveikatos apsaugos sistemoje stebėjimo ir vertinimo sistemos sukūrimas“ Nr. 10.1.2-ESFA-V-916-01-0010, finansuojamą Europos socialinio fondo ir valstybės biudžeto lėšomis. Viena iš veiklų – parengti korupcijos apraiškų sveikatos apsaugos sistemoje stebėjimo ir vertinimo sistemą. Iki 2020 m. gegužės bus parengtas dokumentų paketas, kuris sudarys sąlygas metodiškai pasirengti sistemos įdiegimui.

Išliekančios problemos 2021-2030 m. mastas

Nuolatinė teisinės bazės kaita bei siekis didinti medicinos darbuotojų nepakantumą korupcijai lemia, kad reikalingas nuolatinis ir sisteminis šios srities darbuotojų kvalifikacijos kėlimas korupcijos prevencijos temomis, visuomenės švietimas.

11 lentelė. 3 uždavinio „Didinti sveikatos priežiūros efektyvumą ir prieinamumą ir plėsti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas“ planuojamų veiklų (pokyčių) kryptys, veiklos ir resursai

Kryptys/veiklos	Reikalingi resursai
1.Ligoninių teikiamų aktyviojo gydymo paslaugų konsolidacija.	
Siekiant didinti rajoninėse ligoninėse teikiamų paslaugų kokybę, saugą ir efektyvumą, mažinti jose teikiamų aktyviojo gydymo paslaugų apimtį	Infrastruktūros pritaikymas pagal pasikeitusį paslaugų profilį Žmogiškųjų išteklių kvalifikacijos kėlimas/perkvalifikavimas
2.Integruotų ilgalaikės priežiūros paslaugų plėtra	
Ambulatorių slaugos paslaugų plėtra, jų integracija su socialinėmis paslaugomis užtikrinant ilgalaikės priežiūros poreikį bendruomenėje. Stacionarinių slaugos, paliatyvos pagalbos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtra Socialinių paslaugų prieinamumo didinimas, integralios pagalbos į namus vystymas bei užtikrinimas pereinamuoju laikotarpiu	Infrastruktūros modernizavimas/pritaikymas Žmogiškųjų išteklių kvalifikacijos kėlimas/perkvalifikavimas Darbo priemonės mobilių paslaugų teikimui Neformalios pagalbos stiprinimas Įranga, padedanti teikti paslaugas ar užtikrinanti didesnę asmenų savarankiškumą (pvz., lubiniai keltuvai, perkėlimo diržai, čiužiniai-vonios ir kt.) Senyvo amžiaus asmenų globos namų infrastruktūra.
3.Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo ir efektyvumo gerinimas.	
Nuotolinių paslaugų pacientams plėtra, nuotolinių šeimos	Medicinos priemonės (priedaisai), skirti

gydytojas - gydytojas specialistas konsultacijų diegimas. Nacionalinio visą parą veikiančio nuotolinio konsultacijų centro sukūrimas Išbandytų inovatyvių ir efektyvių paslaugų teikimo modelių, sudarančių prielaidas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, t.t. sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, atrinkimas ir pritaikymas teikimui nacionaliniu mastu, naujų inovatyvių modelių bandymas ir diegimas.	stebėti pacientų sveikatos būklę ambulatoriškai ir nuotoliniu būdu, programėlės mobiliam telefonui ir planšetiniam kompiuteriui, E-sveikatos plėtojimas, tobulinant paciento puslapį Viešinimas (pacientų sveikatos raštingumo didinimas) Sveikatos priežiūros specialistų mokymai Metodikos ir tvarkos aprašai, organizavimo tvarkos Patalpos, metodikos, algoritmai, Specialistų kvalifikacijos kėlimas/perkvalifikavimas Techninių priemonių, reikalingų centro sukūrimui, įsigijimas, jų pritaikymas, E- sveikatos sistemos pritaikymas Viešinimas, pacientų sveikatos raštingumo didinimas E-sveikatos pritaikymas
4. Sveikatos specialistų pasiūlos užtikrinimas.	
Finansuoti tam tikrų specialybių rezidentūros studijas siekiant pritraukti rezidentus darbui tam tikrose tikslinėse teritorijose. Skatinamųjų priedų dalyvaujantiems projekte mokėjimas: - Studijuojantiems mokėti 20 proc. gydytojo rezidento darbo užmokesčio priedą. - Po rezidentūros baigimo ir įsidarbinus pasirinktoje gydymo įstaigoje, mokėti 50 proc. specialisto darbo užmokesčio priedą. Sveikatos specialistų dalyjimosi/nukreipimo tinklų, skirtų spręsti specialistų trumpalaikius ir ilgalaikius trūkumus regionų lygmeniu per sutartis tarp ASPĮ ir Valstybinės ligonių kasos ir/ar valstybės biudžeto, kai pagrindinei regiono žmoniškųjų išteklių koordinavimo centro funkcijas atliekančiai įstaigai mokama už tam tikrų paslaugų užtikrinimą regiono mastu, kūrimas. Inovatyvių paslaugų teikimo modelių, kai skirtingų sveikatos priežiūros specialistų kompetencijos yra integruojamos ir pritaikomos prie konkrečių paslaugų poreikio, besikeičiančių technologijų ar sveikatos sistemos iššūkių (<i>angl. Task shifting</i>), diegimas.	Rezidentūros studijų finansavimas Skatinamųjų priedų finansavimas Finansinių skatinimo priemonių mokėjimas specialistams, kurie laikinai persikelia ar nuolat vyksta į tam tikrus regionus, kur trūksta tam tikrų specialistų. Specialistų kvalifikacijos tobulinimo, perkvalifikavimo veiklos, darbo vietų įrengimo sąnaudos Pacientų ir jų artimųjų informavimo apie paslaugų teikimo organizavimą ir prieinamumą veiklos.
5. Skaitmeninių sveikatos paslaugų plėtra.	
Skaitmeninės sveikatos sprendimai, kuriais siekiama:	ESPBI IS modernizavimas ir plėtra.

• Sudaryti sąlygas sveikatos priežiūros specialistų konsultacijas ir (ar) sveikatos priežiūros paslaugas gauti nuotoliniu būdu. • Rinkti /analizuoti duomenis apie paslaugų ir specialistų poreikį. • Mažinti netolygumus, suteikiant sveikatos paslaugas pacientams. • Didinti išankstinių registracijų skaičių pas gydytojus per paciento portalą arba programėlę, mažinant registracijų skaičių telefonu. <u>Sveikatos priežiūros paslaugų skaitmenizavimas:</u> • Išsamesni duomenų rinkiniai. • Tarptautinės nomenklatūros/klasifikatorių diegimas. • Procesų automatizavimas. • Klasterių skaitmenizavimas. • Tarpinstitucinis bendradarbiavimas. • Skaitmeninės sveikatos duomenų mainų užtikrinimas. • Sukurtų specializuotoms sveikatinimo veiklos sritims skirtų funkcionalumų ESPBI IS plėtojimas, naujų kūrimas. • Susijusių sveikatinimo paslaugų integravimas (greitoji medicinos pagalba, slauga ir t.t.). • Nacionalinės medicininių vaizdų archyvavimo ir mainų sistemos ir jos teikiamų elektroninių paslaugų plėtra. <u>Telemedicina, mobiliosios sveikatos sprendimai:</u> • Telemedicinos ir nuotolinių konsultacijų paslaugų sukūrimas ir plėtra pacientams. • Nuotolinių konsultacijų tarp gydytojų centro modelio sukūrimas ir plėtra. • Mobilios sveikatos plėtros sprendimai. • Duomenų išmaniaisiais įrenginiais surinkimo sukūrimas ir plėtojimas. <u>Analitikos ir dirbtinio intelekto sprendimai:</u> • Analitika ir rizikos valdymas. • Dirbtinio intelekto sprendimų taikymas. • Atvirų duomenų teikimas. • Skaitmeninės sveikatos analitikos platformos sukūrimas, kas leistų gerinti pacientų gydymo rezultatus, sveikatos paslaugų kokybę, sveikatos specialistų darbo efektyvumą, skatintų biomedicininis tyrimus bei racionaliau naudoti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos išteklius. • Esamų skaitmeninių sveikatos sprendimų sveikatos inovacijoms bei moksliniams tyrimams ir eksperimentinei plėtrai skatinti plėtojimas, naujų sukūrimas. <u>Keitimasis sveikatos duomenimis:</u> • skaitmeninės sveikatos duomenų mainų užtikrinimas • skaitmeninės sveikatos duomenų apsaugos su kitomis ES valstybėmis narėmis plėtojimas. <u>Skaitmeninės sveikatos raštingumo didinimas:</u> Skaitmeninės sveikatos sistemos priemonių naudojimo patrauklumo, visuomenės suinteresuotumo ir gebėjimo naudotis e. sveikatos sistema didinimas.	Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų prisitaikymas prie ESPBI Sveikatos priežiūros specialistų mokymai
6.Sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas neįgaliesiems.	

ASPI pritaikymas neįgaliųjų poreikiams Odontologijos paslaugų plėtra	Pritaikyta, įrengta infrastruktūra Medicinos įranga mobilioms odontologų brigadoms, medicinos įranga, patalpų pritaikymas ASPI, teikiančioms bendrinės neįautros paslaugas neįgaliųjų odontologijos srityje.
7. Korupcijos apraiškų mažinimas sveikatos sektoriuje.	
Korupcijos apraiškų sveikatos apsaugos sistemoje stebėjimo ir vertinimo sistemos priežiūra ir plėtra. Medicinos darbuotojų kvalifikacijos kėlimas korupcijos prevencijos temomis, visuomenės švietimas.	IT sprendimų plėtra Medicinos darbuotojų kvalifikacijos kėlimas Viešinimo paslaugos

6 INVESTICIJŲ Į INFRASTRUKTŪRĄ POREIKIS

Kaip matoma 5-oje šios ataskaitos dalyje, didžiausi investicijų į infrastruktūrą poreikiai 2021-2030 m. susiję su sveikatos priežiūra, 2-uoju (kokybė, sauga) ir 3-uoju (efektyvumas, prieinamumas, inovatyvios paslaugos) tikslais ir uždaviniais. Toliau pateikiamas investicijų į infrastruktūrą apibendrintas poreikis pagal uždavinius, veiklų kryptis ir veiklas.

12 lentelė. Investicijų į infrastruktūrą poreikis 2021-2030 m.

1 uždavinys „Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą“	
1. Integruotų, įrodymais grįstų, inovatyvių visuomenės sveikatos paslaugų plėtra.	
Patalpų pritaikymas, darbo priemonės (t.t. IT) integruotų sveikatos gyvensenos paslaugų diegimui visuomenės sveikatos, asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, automobilių mobilioms sveikatos stiprinimo veikloms tikslinėms grupėms.	
2. Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos bei elgesio sutrikimų ir savižudybių prevencijos gerinimas.	
IT priemonės, patalpų įrengimas darbo priemonės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, globos ir paliatyvos slaugos, kultūros, švietimo įstaigose vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatos ir emocinės gerovės stiprinimo iniciatyvoms.	
3. Užkrečiamųjų ligų valdymo stiprinimas.	
Transporto priemonės su mobiliu rentgeno aparatu, greitieji testai dėl ŽIV bei virusinių hepatitų, sifilio testai. Skiepais valdomų infekcijų e-mokymų modulis Išplėtos IT (e-sveikatos) priemonės, ypač mikrobiologijos laboratorijose. Kompiuterizuota antimikrobinio atsparumo stebėsenos ir reagavimo sistema.	
4. Antimikrobinio atsparumo valdymo gerinimas.	
Kompiuterizuota antimikrobinio atsparumo stebėsenos sistema, sukurta IT "reagavimo sistema".	
5. Aplinkos veiksnių rizikos žmonių sveikatai vertinimo ir valdymo plėtra.	
Laboratorinė įranga.	
6. Profesinės sveikatos priežiūros paslaugų plėtra.	
Patalpos, darbo priemonės šakinių/regioninių profesinės sveikatos kompetencijos centrų įsteigimui.	
2 uždavinys „Didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą“	
1. Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) stiprinimas ir kokybės gerinimas.	
Išplėtos šeimos gydytojo komandos teikiamų paslaugų plėtrai reikiamos infrastruktūros įrengimas / sukūrimas (patalpos, įranga, medicinos prietaisai, inovatyvios technologijos)	
2. Greitosios medicinos pagalbos (GMP) paslaugų kokybės gerinimas.	
GMP automobilių įsigijimas	
3. Specializuotos sveikatos priežiūros stiprinimas	
Infrastruktūra (patalpų modernizavimas, medicinos įranga, IT infrastruktūra ir kt.) kraujotakos sistemos, onkologijos ligų prevencijai, diagnostikai, gydymui; sunkių traumų diagnostikai, gydymui bei perinatologijos srityje; skubiosios medicinos pagalbos, psichikos sveikatos priežiūros, ankstyvosios vaikų reabilitacijos, medicinos genetikos, organų donorystės srityse.	
4. Nacionalinės nepageidaujamų įvykių (NI) valdymo ir prevencijos sistemos sukūrimas.	
IT sprendimai	
3 uždavinys „Didinti sveikatos priežiūros efektyvumą ir prieinamumą ir plėsti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas“	
1. Ligoninių teikiamų aktyviojo gydymo paslaugų konsolidacija.	
Infrastruktūros pritaikymas pagal pasikeitusį paslaugų profilį.	

2.Integruotų ilgalaikės priežiūros paslaugų plėtra.
Infrastruktūros kūrimas / modernizavimas/pritaikymas Darbo priemonės mobilių paslaugų teikimui
3.Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo ir efektyvumo gerinimas.
Patalpos, darbo priemonės (pvz. visą parą veikiančio nacionalinio ūmių būklių sveikatos priežiūros pagalbos centro kūrimui). E- sveikatos sistemos pritaikymas Medicinos priemonės (priedaisai), skirti stebėti pacientų sveikatos būklę ambulatoriškai ir nuotoliniu būdu, programėlės mobiliam telefonui ir planšetiniam kompiuteriui. E-sveikatos plėtojimas
4.Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems.
Pritaikyta, įrengta ASPĮ infrastruktūra Darbo priemonės mobilioms odontologų komandoms, bendrinės nejautos (odontologijos paslaugų teikimui ASPĮ) teikimui reikalinga įranga, patalpų atnaujinimas.
5.Skaitmeninių sveikatos paslaugų plėtra.
IT infrastruktūra
6. Korupcijos apraiškų mažinimas sveikatos sektoriuje.
IT sprendimų plėtra

7 INVESTICIJOS Į SVEIKATOS PRIEŽIŪROS INFRASTRUKTŪRĄ, PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO GERINIMO PRIEMONES 2014-2020 M.

2014-2020 m. Veiksmų programoje numatyti ES struktūrinių fondų investicijų tikslai pagal 8 prioritetą „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“:

1. Sumažinti teritorinius visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros prieinamumo bei sveikatos lygio skirtumus, taip pat išvystyti socialinės rizikos grupių asmenims aktualias paslaugas, sudarant prielaidas šių gyventojų grupių ilgesniam ir sveikesniam gyvenimui, mažesnei priešlaikinių mirčių bei socialinės atskirties ir skurdo rizikai.
2. Užtikrinti efektyvią prieigą prie viešųjų kokybiškų sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, ankstyvosios diagnostikos, prevencinių ir specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų tokiu būdu skatinant tikslinių grupių asmenis laiku ir pagal iškilusius sveikatos būklės poreikius pasinaudoti prieinamomis ir priimtinomis paslaugomis bei sudarant prielaidas jų ilgesniam ir sveikesniam gyvenimui, mažesnei priešlaikinių mirčių rizikai bei psichinės ir fizinės sveikatos lygio skirtumų mažėjimui.

Investavimo principai - trijų lygių priemonės:

1. priemonės, kurios tikslingai įgyvendinamos tik savivaldybių lygiu ir orientuotos į savivaldybėse gyvenančius tikslinių grupių asmenis (visuomenės sveikatos priežiūra, pirminė asmens sveikatos priežiūra);
2. priemonės, kurių įgyvendinimas orientuotas ir prisideda prie tikslinių teritorijų (savivaldybių) ir tikslinių grupių asmenų sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo (įstaiga veikia už savivaldybės ribų, tačiau jos veikla orientuota į tikslinių teritorijų gyventojų/tikslinių grupių asmenų sveikatos gerinimą);
3. nacionalinės priemonės, reikalingos sveikatos sistemos tobulinimui, siekiant užtikrinti sisteminius šalies sveikatos priežiūros pokyčius, lemiančius tolygią ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą.

2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 ir 8.4.2 uždaviniuose numatytoms veikloms įgyvendinti skirtos 22 Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) administruojamos priemonės, pagal 14 tikslines kryptis. (4 priede pateikiama VP investavimo krypčių schema).

2014–2020 metų ES fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ sveikatos srities intervencijoms įgyvendinti iš viso skirta 213,9 mln. Eur ES SF, iš jų infrastruktūrai – 167,9 mln. Eur Europos regioninės plėtros fondo lėšų (ERPF), prevencinėms bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pagerinti skirtoms „minkštosioms“ veikloms – 46 mln. Eur Europos socialinio fondo lėšų (ESF).

Bendra ES fondų investicijų į sveikatos apsaugos sektorių lėšų suma, įskaitant valstybės biudžeto (bendrojo finansavimo lėšas), sudaro 248,2 mln. eurų.

2014-2020 laikotarpiu viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros modernizavimui investicijos buvo skiriamos ir pagal Valstybės investicijų programą (VIP). Bendra sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros projektams skirta VIP lėšų suma 2014-2019 m. sudaro 122,45 mln. eurų (2020 m. numatoma skirti apie 13,8 mln. eurų VIP lėšų).

Finansavimas infrastruktūros investicijų projektams pagal sveikatos apsaugos srities Valstybės investicijų programą skiriamas atsižvelgiant į patvirtintą sveikatos apsaugos ministro valdymo srities investavimo prioritetų sąrašą bei investicijų projektų atrankos kriterijus.

2013 m. patvirtinti sveikatos apsaugos ministro valdymo srities investavimo prioritetai:

1. Motinos ir vaiko sveikatos stiprinimas.
2. Ligų profilaktikos ir kontrolės užtikrinimas.
3. Sergamumo ir mirtingumo nuo lėtinių neinfekcinių ligų mažinimas.
4. Įstaigų infrastruktūros atnaujinimas (tik tęstinis investicijų projektas arba naujas investicijų projektas neatidėliotiniams probleminiams atvejams spręsti, kai yra pateikti tai pagrindžiantys dokumentai). Šis kriterijus taikytas tik iki 2017 m.

VIP lėšos, skirtos 2014-2019 m. ir numatomos skirti 2020 m. (be ES ir kitos tarptautinės paramos lėšų) sveikatos paslaugų infrastruktūros investicijų projektams pagal investavimo prioritetus:

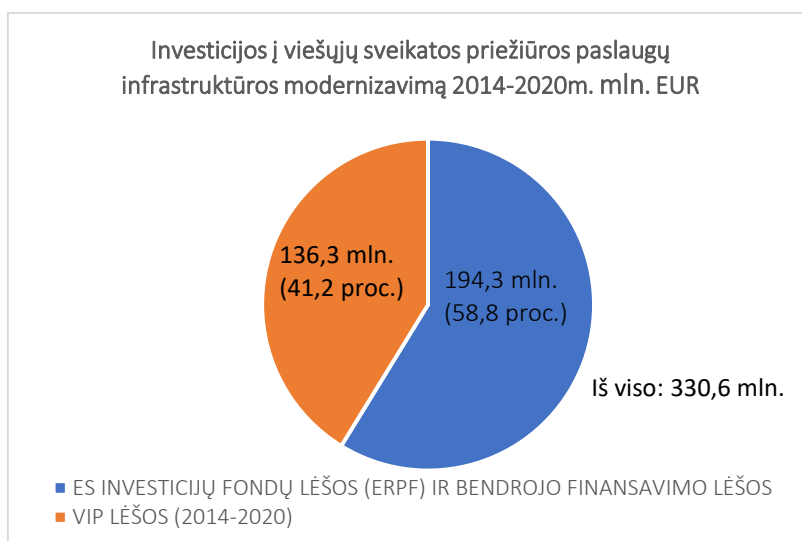
13 lentelė. VIP lėšos 2014-2020 m. sveikatos paslaugų infrastruktūrai, tūkst. eurų

	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2019 m.	Iš viso 2014- 2019 m.	2020 m. planas
Universitetų ligoninių, respublikos ir regiono lygmens ligoninių, visuomenės sveikatos priežiūrą vykdančių nacionalinių įstaigų investicijų projektai	12 990	13 062	13 222	17 366	11 356	6 363	74 359	7 791
Programos	40	492	958	1 476	1 075	799	4 840	844
<i>ASPI, teikiančių akušerijos paslaugas, aprūpinimas naujagimių klausai skirtais prietaisais</i>	40						40	
<i>LR SAM pavaldžių visuomenės sveikatos centrų plėtros investicijų programa</i>		492	958	1 476	1 075	799	4 800	449
<i>Rentgeno paslaugų kokybės gerinimo programa (lėšos nurodytos prie savivaldybių)</i>						0	0	395
Spindulinės terapijos paslaugų infrastruktūros modernizavimas Nacionaliniame vėžio institute Vilniuje	0	0	0	0	0	2 848	2 848	3 500
Savivaldybėse vykdomi investicijų projektai (įskaitant lėšas finansuoti rentgeno diagnostikos medicinos prietaisų įsigijimą rajono savivaldybių ligoninėms)	6 251	11 181	8 280	3 968	6 469	4 256	40 405	1 671
Iš viso:	19 281	24 735	22 460	22 810	18 900	14 266	122 452	13 806

Šaltinis: SAM

Bendrai 2014-2020 m. iš šio laikotarpio Veiksmų programos ir VIP bus investuota 330,6 mln Eur lėšų.

27 pav. Investicijos į sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros modernizavimą 2014-2020 m.

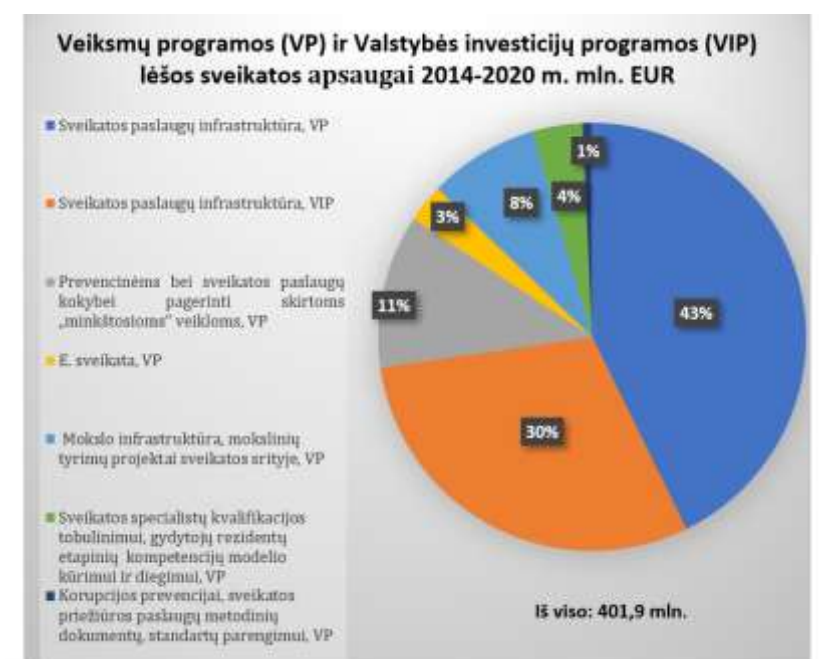


Šaltinis: SAM

Taip pat pagal VP 2 prioritetą „Informacinės visuomenės skatinimas“ numatyta skirti 13 mln. eurų ERPF lėšų elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (e. sveikata) duomenų bazės pertvarkymui ir sistemos optimizavimui, taip pat funkcionalumų tobulinimui. Iš VP 1 prioriteto „Mokslinių tyrimų, eksperimentinės plėtros ir inovacijų skatinimas“ numatyta skirti apie 38 mln. eurų ERPF lėšų mokslo infrastruktūros ir mokslinių tyrimų projektams sveikatos srityje finansuoti.

Visos Veiksmų programos, įskaitant ir Europos Socialinio Fondo (ESF), ir VIP lėšos sveikatos apsaugai 2014-2020 m. sudarys 401,9 mln. Eur.

28 pav. Veiksmų programos (VP) ir Valstybės investicijų programos (VIP) lėšos sveikatos apsaugai 2014-2020 m. mln. EUR



Šaltinis: SAM

ES fondų investicijų į sveikatos priežiūros infrastruktūrą, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo priemones žemėlapiai 2014-2020 m. pateikiami 7 priede.

1 PRIEDAS. SVEIKATOS SPECIALISTŲ POREIKIS 2028 M. (MOSTA MODELIS)

Profesinė kvalifikacija	Faktinis specialistų sk. 2018 m.	Pasiūlos/paklausos balansas kumuliatyvus 2028 m.
Abdominalinės chirurgijos gydytojas	105	41
Darbo medicinos gydytojas	11	2
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas	320	125
Gydytojas akušeris-ginekologas	605	3
Gydytojas alergologas ir klinikinis imunologas	33	12
Gydytojas anesteziologas reanimatologas	695	128
Gydytojas chirurgas	307	-30
Gydytojas dermatovenerologas	165	87
Gydytojas dietologas	26	18
Gydytojas endokrinologas	125	31
Gydytojas gastroenterologas	96	40
Gydytojas genetikas	16	16
Gydytojas geriatras	12	3
Gydytojas hematologas	38	15
Gydytojas infektologas	59	24
Gydytojas kardiologas	358	76
Gydytojas klinikinis farmakologas	1	0
Gydytojas klinikinis toksikologas	20	17
Gydytojas krūtinės chirurgas	22	8
Gydytojas nefrologas	104	45
Gydytojas neonatologas	108	0
Gydytojas neurochirurgas	70	23
Gydytojas neurologas	346	-15
Gydytojas oftalmologas	360	-41
Gydytojas onkologas chemoterapeutas	62	24
Gydytojas onkologas radioterapeutas	45	20
Gydytojas ortopedas traumatologas	351	40
Gydytojas otorinolaringologas	248	86
Gydytojas patologas	50	8
Gydytojas psichiatras	429	-39
Gydytojas pulmonologas	122	33
Gydytojas radiologas	348	193
Gydytojas reumatologas	53	21
Gydytojas urologas	133	41
Gydytojas vaikų alergologas	9	3
Gydytojas vaikų chirurgas	62	1
Gydytojas vaikų endokrinologas	14	8
Gydytojas vaikų gastroenterologas	21	8
Gydytojas vaikų hematologas	13	5
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras	62	45
Gydytojas vaikų kardiologas	33	15
Gydytojas vaikų nefrologas	10	3
Gydytojas vaikų neurologas	66	4
Gydytojas vaikų pulmonologas	34	1
Gydytojas vaikų reumatologas	4	-1

Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas	15	22
Kraujagyslių chirurgijos gydytojas	53	6
Laboratorinės medicinos gydytojas	76	0
Medicinos gydytojas*	2 432	NA
Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojas	47	53
Skubiosios medicinos gydytojas	1	94
Sporto medicinos gydytojas	37	26
Šeimos gydytojas	1 776	257
Širdies chirurgijos gydytojas	39	-2
Teismo medicinos gydytojas	49	12
Vaikų infekcinių ligų gydytojas	14	4
Vaikų intensyviosios terapijos gydytojas	39	23
Vaikų ligų gydytojas	629	-140
Vidaus ligų gydytojas	881	-189
Burnos higienistas	838	766
Dantų technikas	887	11
Gydytojas burnos chirurgas	62	79
Gydytojas burnos, veido ir žandikaulių chirurgas	11	-2
Gydytojas endodontologas	36	46
Gydytojas odontologas	2 852	763
Gydytojas odontologas ortopedas	153	7
Gydytojas ortodontas	66	16
Gydytojas periodontologas	41	22
Gydytojas vaikų odontologas	30	10
Gydytojo odontologo padėjėjas	1 510	235
Akušeris	925	178
Bendrosios praktikos slaugytojas	21 890	-7 350
Bendrosios praktikos slaugytojo profesinė kvalifikacija		
ir išplėstinės praktikos slaugytojo profesinė kvalifikacija	4	-2
VISO	41 556	-3 910

* Medicinos gydytojo licenciją gauna medicinos vientisąsias studijas baigę absolventai netęsiantys mokslų rezidentūroje ar tęsiantys mokslus rezidentūroje, tačiau dar negavę tikslią profesinę kvalifikaciją nurodančios sveikatos specialisto licencijos. Asmenys turintys medicinos gydytojo licenciją nėra įtraukiami į pasiūlos ir paklausos prognozę, tačiau įtraukiami skaičiuojant bendrus sveikatos specialistų skaičius (priskiriami sveikatos specialistams).

2 PRIEDAS. BAZINIO SCENARIJAUS PRIELAUDŲ TIPAI (MOSTA MODELIS)

Prielaidos tipas	Bazinis scenarijus
Realus specialistų poreikis 2018 m.	Realus poreikis didesnis nei dabartinis sveikatos specialistų skaičius. Realus poreikis skaičiuojamas prie 2018 metais dirbusių sveikatos specialistų skaičiaus pridodant Užimtumo tarnyboje 2017 liepos – 2018 birželio mėn. registruotų laisvų darbo vietų sveikatos specialistams, pagal Lietuvos profesijų klasifikatoriaus 4 skaitmenų kodą, skaičiumi. LPK 4 skaitmenų kodas nenurodo tikslios sveikatos specialisto profesinės kvalifikacijos (tam reikalingas 6 skaitmenų LPK kodas), todėl trūkstamų sveikatos specialistų skaičius koreguojamas atsižvelgiant į viešuose šaltiniuose identifikuotas trūkstamas profesines kvalifikacijas.
Plėtros prognozė	Ekspertinė prognozė. Odontologų ir burnos priežiūros specialistų poreikis išlieka stabilus ir mažai kintantis, kadangi šių paslaugų pasiūla jau yra pakankamai išplėta ir neturi pagrindo plėtrai mažėjant gyventojų skaičiui. Medicinos praktikos specialistų skaičius mažėja dėl specializuotų sričių gydytojų keitimo daugiaprofiliniais specialistais, specializuotų sričių gydytojų poreikio mažėjimo ir neefektyvaus išlaikymo rajoninėse ligoninėse. Daroma prielaida, kad iki 2028 metų medicinos praktikos specialistų poreikis išliks panašus tik trijų didžiausių miestų apskrityse (Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos), o kitose apskrityse specialistų skaičius mažės proporcingai mažėjant gyventojų skaičiui. Slaugos specialistų skaičius turėtų didėti ir vienam įdarbintam gydytojui tektų vidutiniškai bent du įdarbinti slaugos specialistai.
Atskirų profesinių kvalifikacijų (LPK 6 skaitmenų) plėtros paklausos diferencijavimas	Ekspertinė prognozė. Atskirų profesinių kvalifikacijų sveikatos specialistų poreikis per artimiausius 10 metų skirsis dėl skirtingo sveikatos paslaugų poreikio nulemtu senėjančios visuomenės. Atskirų profesinių kvalifikacijų diferencijavimo koeficientai iki 2028 metų nustatyti ekspertiniu būdu vadovaujantis dabartiniu sveikatos specialistų realiu poreikiu ir išoriniuose viešuose šaltiniuose pateikiamomis sveikatos specialistų plėtros prognozėmis <u>(konkretūs įverčiai šioms prielaidoms nesuteikti (yra techninė galimybė tai padaryti), todėl modelio bazinio scenarijus šių prielaidų neįvertina.)</u>
Išėjimas į pensiją	Tikimybinio modeliu paremta kasmet išėinančių į pensiją sveikatos specialistų prognozė. Daroma prielaida, kad pensinio amžiaus sveikatos specialistai, neturintys darbo Sodra duomenimis, yra išėję į pensiją. Modelyje remiamasi istoriniais 2014-2018 m. duomenimis apie dirbančių/nedirbančių sveikatos specialistų skaičių pagal amžių ir profesinę kvalifikaciją. Skaičiuojami prognozės metais pensinio amžiaus sulaukiančių sveikatos specialistų skaičius, kuris dauginamas iš tikimybės išeiti į pensiją (tikimybė skaičiuojama atskirai pagal amžių ir sveikatos specialistų licencijų grupę).
Išėjimas iš sveikatos specialisto darbo (ne pensinio amžiaus asmenims)	Remiamasi istoriniais 2014-2018 m. duomenimis apie dirbančių ir išėinančių iš sveikatos specialisto darbo asmenų skaičių pagal profesinę kvalifikaciją. Baziniame scenarijuje naudojamas 5 metų istorinių duomenų vidurkis pagal profesinę kvalifikaciją.

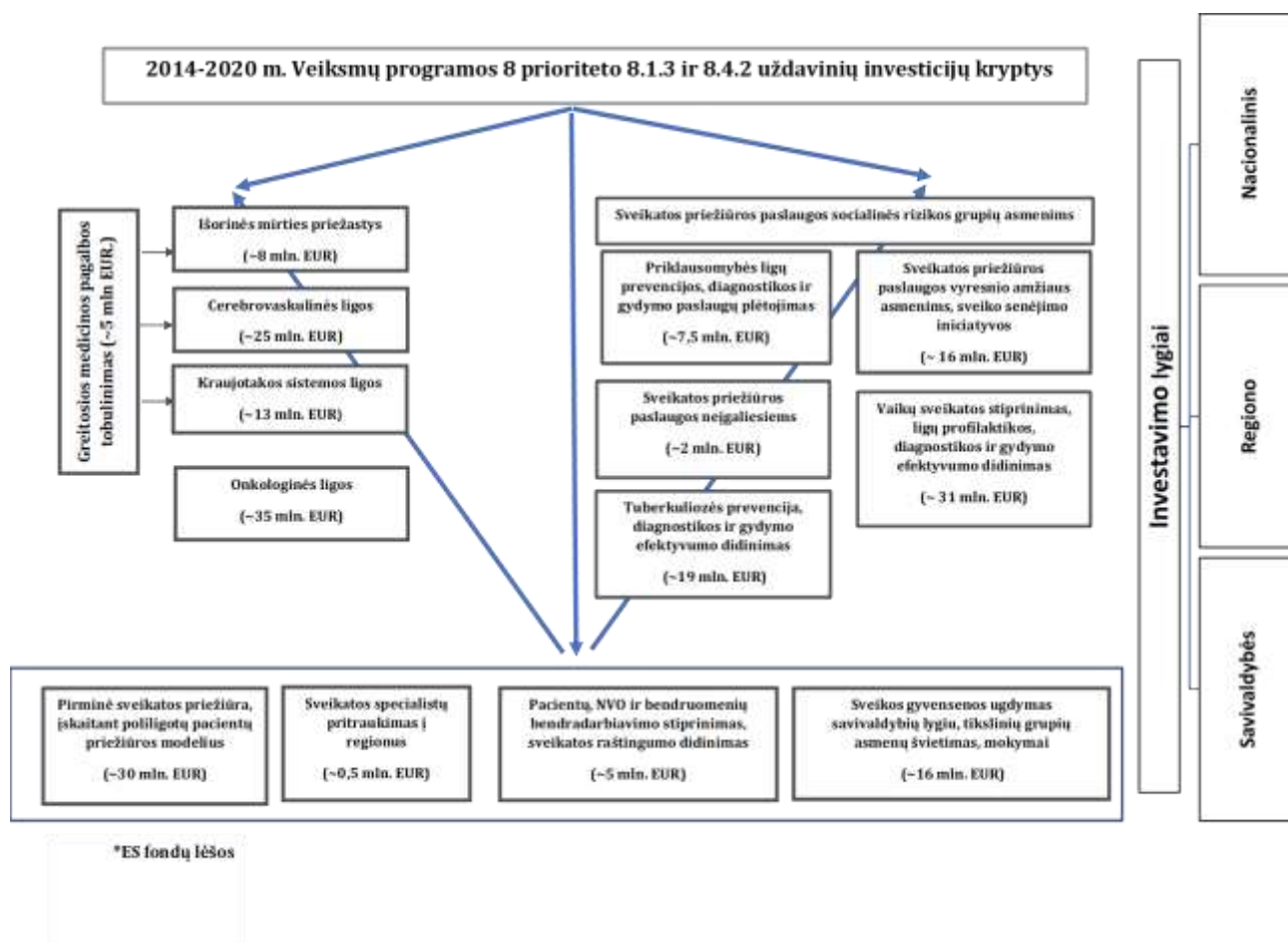
Absolventų įsidarbinimas sveikatos specialistais	Tikimybinio modelio prognozė pateikianti kasmet medicinos ir sveikatos studijas baigiančių ir įsidarbinusių sveikatos specialistais absolventų skaičių. Modelyje remiamasi istoriniais 2011–2018 m. studijų duomenimis, kuriais nustatomi fiksuoti vidurkiai, rodantys kokia dalis absolventų įsidarbina sveikatos specialistais, pagal studijų įstojimo ir baigimo metus, pakopą, suteikiamą profesinę kvalifikaciją. Per paskutinius 5 metus sukurtoms švietimo programoms nėra absolventų įsidarbinimo duomenų, todėl skaičiavimai atliekami naudojant 50 % įsidarbinimo rodiklį. Kvalifikacijoms, kuriose dėl labai mažo studentų skaičiaus nėra tikslių absolventų įsidarbinimo duomenų, taip pat taikomas 50 % įsidarbinimo rodiklis.
Neaktyvių sveikatos specialistų grįžimas	Remiamasi istoriniais 2016-2018 m. duomenimis apie naujai įsidarbinančius sveikatos specialistus (išskyrus medicinos ir sveikatos studijų Lietuvoje absolventus) pagal profesinę kvalifikaciją. Baziniame scenarijuje naudojamas 3 metų istorinių duomenų vidurkis pagal profesinę kvalifikaciją.

3 PRIEDAS. NPP UŽDAVINIAI IR RODIKLIAI

1 uždavinys. Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą.					
Rodikliai	Matavimo vnt.	Esama situacija	2025 m.	2030 m.	Duomenų šaltinis
Preveninėmis priemonėmis išvengiamas mirtingumas	Mirusiųjų skaičius 100 tūkst. gyventojų	336 (2016)	220	160	Eurostat duomenys
Suaugusiųjų, kurie vertina savo sveikatą kaip gerą ir labai gerą, dalis	Procentai	58 (2018)	64	68	Higienos institutas
Alkoholio suvartojimas, tenkantis vienam šalies gyventojui, vyresniam negu 15 m. amžiaus	Litrai absoliutaus alkoholio	15,0 (2016)	8,6	7,0	Pasaulio sveikatos organizacija (PSO)
15–64 m. amžiaus Lietuvos gyventojų, nurodžiusių, kad rūkė tabako gaminius per paskutinį mėnesį, dalis	Procentai	33,9	20	18	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas
Mirtingumas dėl savižudybių	Mirusiųjų skaičius 100 tūkst. gyventojų	24,4 (2018)	16	12	Higienos institutas
Nutukusių 20–64 metų amžiaus asmenų dalis	Procentai	19 (2014)	18,5	16	Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (SMLPC)
Suaugusiųjų, kurie užsiima energinga fizine veikla, dalis (5 d. x 30 min.)	Procentai	40,5 (2018)	42	47	Higienos institutas
Vaikų (2 metų), paskiepytų 1 MMR (tymų, kiaulytės (epideminio parotito) ir raudonukės) vakcinės doze, aprėptis	Procentai	92 (2018)	95	95	Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras (ULAC)
2 uždavinys. Didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą.					
Gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas	Mirusiųjų skaičius 100 tūkst. gyventojų	206 (2016)	150	100	Eurostat
Mirštamumas nuo miokardo infarkto per 30 dienų nuo hospitalizacijos	Procentai	15 (2017)	11	9	Higienos institutas
Mirštamumas nuo išeminio galvos smegenų insulto per 30 dienų po hospitalizacijos	Procentai	15,3 (2015)	14	12	Higienos institutas
Bendras 5-ųjų metų krūties vėžiu	Procentai	73	78	83	Nacionalinis vėžio institutas

išgyvenamumas sergant:	gimdos kaklelio vėžiu		59.2	64	68	
	storosios žarnos vėžiu		56,9	61	66	
3 uždavinys. Didinti sveikatos priežiūros efektyvumą ir prieinamumą ir plėsti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas.						
Slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius		Santykis	1,8 (2018)	2,1	2,5	Higienos insitutas
Gyventojų išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms ir prekėms dalis nuo visų einamųjų išlaidų		Procentai	32,4 (2016)	20	15	Statistikos departamentas
Gyventojų, atidėjusių kreipimąsi dėl sveikatos priežiūros paslaugų dėl laukimo laiko (ilgų eilių) priežasčių, dalis		Procentai	11 (2014)	8	6	Statistikos departamentas
Sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų skaitmeninės sveikatos duomenų pagrindu, dalis, palyginti su visomis suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis		Procentai	-	30	60	Sveikatos apsaugos ministerija
Efektyvių organų donorų skaičius		Skaičius 1 mln. gyventojų	17,1 (2018)	25	30	Nacionalinis transplantacijos biuras

4 PRIEDAS. VP INTERVENCIJŲ 2014-2020 M. SCHEMA



5 PRIEDAS. AKTYVIOJO STACIONARINIO GYDYMO PASLAUGAS TEIKIANČIŲ LIGONINIŲ VEIKLOS ANALIZĖ²⁵

Šioje dalyje pristatomi aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ligoninių veiklos analizės duomenys ir jų apibendrimas. Analizė buvo atliekama pagal toliau nurodytus parametrus, objektyviai (tiesiogiai ar netiesiogiai) atskleidžiančius ligoninių veiklą. Parametrų skaičių riboja tai, kad pagal juos renkami duomenys privalėjo būti patikimi ir gaunami iš įprastinių duomenų bazių. Ligoninių veikla buvo vertinama regioniniu (apskrities) mastu.

Parametrai, pagal kuriuos buvo analizuojama ligoninių veikla:

1. savivaldybės, kurioje yra ligoninė, gyventojų, išvykstančių gydytis į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines, dalis (proc.) 2017 m.
2. pacientų, atvykstančių gydytis į ligoninę iš kitų savivaldybių, dalis (proc.) 2017 m.
3. ligoninės pajėgumas: aktyviojo gydymo lovų skaičius pagal HI duomenis (2016 m.) **Klauda! Žymelė neapibrėžta.**
4. ligoninės veiklos apimtis: visi aktyviojo gydymo atvejai ir kai kurioms paslaugų grupėms (chirurgijos, akušerijos (gimdymai) ir pediatrijos) priskiriami aktyviojo gydymo atvejai;
5. išvengiamos hospitalizacijos (IH) atvejų ligoninėje dalis, palyginti su visais jos hospitalizacijos atvejais (proc.) 2017 m.

Parametrų reikšmių lentelėse pagal kiekvieną parametą raudonai žymimos atitinkamos apskrities ligoninių trys prasčiausios arba nulinės reikšmės (mažųjų apskričių – dvi reikšmės).

Vilniaus apskrities ligoninių analizė

1 lentelėje pateikiami 2017 m. Vilniaus apskrities 14 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus (nebuvo įtrauktos 2 psichiatrijos ligoninės). Pagal lentelėje pateikiamus duomenis matyti, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Širvintų rajono, Elektrėnų ir Trakų rajono savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VŠĮ Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninę, VŠĮ Širvintų ligoninę ir VŠĮ Švenčionių rajono ligoninę.

Vertinant pagal ligoninių pajėgumo parametą, 2017 m. mažiausiai aktyviojo gydymo lovų buvo VŠĮ Širvintų ligoninėje, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos Medicinos centre (toliau – LR VRM Medicinos centras) ir VŠĮ Elektrėnų ligoninėje – jose mažiausiai buvo ir aktyviojo gydymo atvejų. Nemažoje dalyje ligoninių 2017 m. nebuvo teikiamos kai kurios paslaugos:

- chirurgijos paslaugos nebuvo teikiamos arba buvo tik pavieniai chirurginio gydymo atvejai VŠĮ Širvintų ligoninėje, LR VRM Medicinos centre ir VŠĮ M. Marcinkevičiaus ligoninėje;
- akušerijos paslaugos nebuvo teikiamos VŠĮ Širvintų ligoninėje, VŠĮ Elektrėnų ligoninėje, VŠĮ Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninėje, VŠĮ Švenčionių rajono ligoninėje, LR VRM Medicinos centre, VŠĮ M. Marcinkevičiaus ligoninėje ir VŠĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje;
- pediatrijos paslaugos nebuvo teikiamos LR VRM Medicinos centre, VŠĮ M. Marcinkevičiaus ligoninėje ir VŠĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje.

²⁵ (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, „Lietuvos aktyviojo gydymo stacionarių paslaugų ir ligoninių regioninio išdėstymo tinklo analizė bei siūlymai dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo konsolidavimo ir optimizavimo“, 2018-04-30, Vilnius)

Galima konstatuoti, kad didžiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, buvo VŠĮ Širvintų ligoninėje, VŠĮ Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninėje ir LR VRM Medicinos centre.

1 lentelė. Vilniaus apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. Nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (IH)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VŠĮ VU lig. Santaros klinikos	Vilniaus m. sav.	545280	2.8%	44.5%	1483	70897	24148	3401	17187	8.3%
2	Nacionalinis vėžio institutas				60.6%	343	12439	6058	-	2	1.0%
3	VŠĮ VU lig. Žalgirio klinika				38.8%	58	3432	1364	-	701	0.0%
4	VŠĮ Vilniaus m. klinikinė lig.				20.2%	690	31838	8616	2611	6384	27.4%
5	VŠĮ Resp. Vilniaus universitetinė lig.				33.4%	710	29123	16056	0	0	7.4%
6	VŠĮ Vilniaus gimdymo namai				20.5%	108	6905	1629	3146	1250	0.0%
7	VŠĮ M. Marcinkevičiaus lig.				20.4%	168	5674	20	0	0	33.6%
8	LR VRM Medicinos centras				36.5%	50	1586	2	0	0	52.6%
9	VŠĮ Ukmergės lig.	Ukmergės r. sav.	35265	42.0%	11.6%	121	5465	1387	241	728	27.2%
10	VŠĮ Trakų lig.	Trakų r. sav.	32701	59.5%	14.8%	82	3232	432	308	715	25.4%
11	VŠĮ Švenčionių r. lig.	Švenčionių r. sav.	24565	50.8%	6.6%	66	2761	461	0	262	24.5%
12	VŠĮ Šalčininkų r. sav. lig.	Šalčininkų r. sav.	31789	54.7%	1.8%	86	3132	258	0	640	39.4%
13	VŠĮ Elektrėnų lig.	Elektrėnų sav.	23770	61.7%	6.9%	53	2046	324	0	470	34.7%
14	VŠĮ Širvintų lig.	Širvintų r. sav.	15863	69.1%	2.3%	38	964	2	0	91	47.9%

Kauno apskrities ligoninių analizė

2 lentelėje pateikiami 2017 m. Kauno apskrities 8 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Kaišiadorių, Prienų ir Raseinių rajonų savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VŠĮ Kėdainių ligoninę, VŠĮ Kaišiadorių ligoninę ir VŠĮ Jonavos ligoninę.

Vertinant pagal ligoninių pajėgumo parametą, 2017 m. mažiausiai aktyviojo gydymo lovų buvo VŠĮ Prienų ligoninėje, VŠĮ Kaišiadorių ligoninėje, VŠĮ Raseinių ligoninėje ir VŠĮ Jonavos ligoninėje. Mažiausiai aktyviojo gydymo atvejų buvo VŠĮ Kaišiadorių ligoninėje, VŠĮ Prienų ligoninėje ir VŠĮ Raseinių ligoninėje. Kai kurios paslaugos 2017 m. nebuvo teikiamos arba buvo teikiamos maža apimtimi šiose ligoninėse:

- chirurgijos paslaugos nebuvo teikiamos arba buvo tik pavieniai chirurginio gydymo atvejai VŠĮ Prienų ligoninėje ir VŠĮ Kaišiadorių ligoninėje; mažiausiai chirurginio gydymo atvejų buvo VŠĮ Raseinių ligoninėje;
- akušerijos paslaugos nebuvo teikiamos VŠĮ Prienų ligoninėje ir VŠĮ Kaišiadorių ligoninėje; mažiausiai akušerijos atvejų buvo VŠĮ Kėdainių ligoninėje ir VŠĮ Raseinių ligoninėje;
- mažiausiai pediatrijos atvejų buvo VŠĮ Kaišiadorių ligoninėje, VŠĮ Prienų ligoninėje ir VŠĮ Raseinių ligoninėje.

Taip pat galima konstatuoti, kad didžiausia išvengiamos hospitalizacijos (IH) atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, buvo VŠĮ Kaišiadorių ligoninėje, VŠĮ Prienų ligoninėje ir VŠĮ Raseinių ligoninėje.

2 lentelė. Kauno apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (IH)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	LSMU lig. Kauno klinikos	Kaunas	292691	3.5%	60.1%	1955	84743	37936	3304	12837	6.7%
2	VšĮ Resp. Kauno lig.				38.6%	742	25253	5267	803	1549	17.1%
3	VšĮ Kauno klinikinė lig.				27.9%	763	31941	8391	1827	5495	19.7%
4	VšĮ Kėdainių lig.	Kėdainių r. sav.	47872	43.0%	2.6%	141	6722	1507	270	935	27.2%
5	VšĮ Jonavos lig.	Jonavos r. sav.	42561	47.4%	5.6%	102	5162	1154	310	1040	29.0%
6	VšĮ Raseinių lig.	Raseinių r. sav.	33467	48.9%	8.4%	102	4343	1017	284	685	31.2%
7	VšĮ Prienų lig.	Prienų r. sav.	27121	67.9%	10.4%	51	2225	7	0	436	41.2%
8	VšĮ Kaišiadorių lig.	Kaišiadorių r. sav.	30836	71.0%	3.5%	56	1898	13	0	290	47.5%

Klaipėdos apskrities ligoninių analizė

3 lentelėje pateikiami 2017 m. Klaipėdos apskrities 7 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Klaipėdos, Kretingos ir Šilutės rajonų savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VšĮ Šilutės ligoninę, Klaipėdos rajono savivaldybės Gargždų ligoninę, VšĮ Kretingos ligoninę.

Vertinant pagal ligoninių pajėgumo parametą, 2017 m. mažiausiai aktyviojo gydymo lovų buvo Klaipėdos rajono savivaldybės Gargždų ligoninėje, Kretingos rajono savivaldybės VšĮ Kretingos ligoninėje ir VšĮ Šilutės ligoninėje – jose atitinkamai mažiausiai buvo ir aktyviojo gydymo atvejų. Kai kurios paslaugos 2017 m. nebuvo teikiamos arba buvo teikiamos maža apimtimi šiose ligoninėse:

- mažiausiai chirurgijos paslaugų buvo suteikta Klaipėdos rajono savivaldybės Gargždų ligoninėje, Kretingos rajono savivaldybės VšĮ Kretingos ligoninėje ir VšĮ Šilutės ligoninėje;
- akušerijos paslaugos nebuvo teikiamos Klaipėdos rajono savivaldybės Gargždų ligoninėje, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje ir VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje;
- mažiausiai pediatrijos gydymo atvejų buvo VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje, Klaipėdos rajono savivaldybės Gargždų ligoninėje.

Didžiausia išvengiama hospitalizacijos (IH) atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, buvo Klaipėdos rajono savivaldybės Gargždų ligoninėje, VšĮ Kretingos ligoninėje ir VšĮ Šilutės ligoninėje.

3 lentelė. Klaipėdos apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (HI)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VšĮ Klaipėdos universitetinė lig.	Klaipėda	151309	5.8%	52.3%	883	39865	11580	3159	2307	11.9%
2	VšĮ Klaipėdos vaikų lig.				43.1%	160	9072	1212	-	7611	14.0%
3	VšĮ Resp. Klaipėdos lig.				51.1%	585	18240	7602	0	89	17.6%
4	VšĮ Klaipėdos jūrininkų lig.				64.0%	527	17291	6578	0	1	10.5%
5	VšĮ Šilutės lig.	Šilutės r. sav.	39902	51.3%	5.9%	105	5609	1082	99	1442	19.1%
6	Kretingos r. sav. VšĮ Kretingos lig.	Kretingos r. sav.	38558	62.4%	13.8%	95	4265	870	295	834	35.1%
7	Klaipėdos r. sav. Gargždų lig.	Klaipėdos r. sav.	54635	82.9%	9.5%	58	1816	276	0	701	40.0%

3.1. Šiaulių apskrities ligoninių analizė

4 lentelėje pateikiami 2017 m. Šiaulių apskrities 7 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Šiaulių, Akmenės ir Pakruojo rajonų savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VšĮ Naujosios Akmenės ligoninę, VšĮ Pakruojo ligoninę ir VšĮ Kuršėnų ligoninę. Vertinant pagal ligoninių pajėgumo ir veiklos apimtį parametrus, 2017 m. šiose ligoninėse buvo mažiausiai aktyviojo gydymo lovų ir atitinkamai mažiausiai aktyviojo gydymo atvejų. Kai kurios paslaugos 2017 m. nebuvo teikiamos arba buvo teikiamos maža apimtimi šiose ligoninėse:

- chirurgijos paslaugos nebuvo teikiamos arba buvo tik pavieniai chirurginio gydymo atvejai VšĮ Kuršėnų ligoninėje, VšĮ Pakruojo ligoninėje, VšĮ Naujosios Akmenės ligoninėje ir VšĮ Joniškio ligoninėje;

– akušerijos paslaugos nebuvo teikiamos VŠĮ Kuršėnų ligoninėje, VŠĮ Naujosios Akmenės ligoninėje, VŠĮ Pakruojo ligoninėje, VŠĮ Joniškio ligoninėje, VŠĮ Radviliškio ligoninėje ir VŠĮ Kelmės ligoninėje;

– pediatrijos paslaugos nebuvo teikiamos arba buvo mažiausiai pediatrijos gydymo atvejų VŠĮ Kuršėnų ligoninėje, VŠĮ Radviliškio ligoninėje ir VŠĮ Joniškio ligoninėje.

Didžiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, buvo VŠĮ Naujosios Akmenės ligoninėje, VŠĮ Kuršėnų ligoninėje ir VŠĮ Pakruojo ligoninėje.

4 lentelė. Šiaulių apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (HI)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VŠĮ Resp. Šiaulių ligoninė	Šiauliai	101214	20,1%	45,4%	888	37382	11630	2145	6045	11,3%
2	VŠĮ Kelmės ligoninė	Kelmės r. sav.	27745	49,7%	4,6%	103	3692	942	0	582	26,9%
3	VŠĮ Radviliškio ligoninė	Radviliškio r. sav.	37112	65,8%	25,7%	63	3294	1770	0	2	19,2%
4	VŠĮ Joniškio ligoninė	Joniškio r. sav.	22449	56,3%	4,4%	68	2463	243	0	22	32,3%
5	VŠĮ Pakruojo ligoninė	Pakruojo r. sav.	20311	66,7%	2,2%	40	1526	0	0	445	35,2%
6	VŠĮ N. Akmenės ligoninė	Akmenės r. sav.	20210	72,8%	1,2%	28	1273	1	0	248	54,7%
7	VŠĮ Kuršėnų ligoninė	Šiaulių r. sav.	41441	80,9%	3,8%	50	1249	0	0	0	47,6%

Panevėžio apskrities ligoninių analizė

5 lentelėje pateikiami 2017 m. Panevėžio apskrities 5 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Kupiškio, Pasvalio ir Biržų rajonų savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VŠĮ Biržų ligoninę, VŠĮ Kupiškio ligoninę ir VŠĮ Rokiškio rajono ligoninę.

Vertinant pagal ligoninių pajėgumo parametą, 2017 m. mažiausiai aktyviojo gydymo lovų buvo VŠĮ Kupiškio ligoninėje, VŠĮ Rokiškio rajono ligoninėje ir VŠĮ Pasvalio ligoninėje. Mažiausiai aktyviojo gydymo atvejų buvo VŠĮ Kupiškio ligoninėje, VŠĮ Pasvalio ligoninėje ir VŠĮ Biržų ligoninėje. Kai kurios paslaugos 2017 m. nebuvo teikiamos arba buvo teikiamos maža apimtimi šiose ligoninėse:

- chirurgijos paslaugos nebuvo teikiamos arba buvo tik pavieniai chirurginio gydymo atvejai VŠĮ Kupiškio ligoninėje, VŠĮ Pasvalio ligoninėje ir VŠĮ Biržų ligoninėje;
- akušerijos paslaugos nebuvo teikiamos arba jų buvo suteikta mažiausiai VŠĮ Kupiškio ligoninėje, VŠĮ Biržų ligoninėje, VŠĮ Rokiškio rajono ligoninėje;
- pediatrijos paslaugos nebuvo teikiamos arba buvo mažiausiai pediatrijos gydymo atvejų VŠĮ Kupiškio ligoninėje, VŠĮ Biržų ligoninėje ir VŠĮ Rokiškio rajono ligoninėje.

Didžiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, buvo VŠĮ Kupiškio ligoninėje, VŠĮ Pasvalio ligoninėje ir VŠĮ Rokiškio rajono ligoninėje.

5 lentelė. Panevėžio apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (HI)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	Panevėžys	91054	17,8%	45,0%	789	30636	11014	1362	4069	16,4%
2	VŠĮ Rokiškio r. ligoninė	Rokiškio r. sav.	30451	43,1%	3,3%	80	3638	893	22	340	28,0%
3	VŠĮ Pasvalio ligoninė	Pasvalio r. sav.	24796	48,1%	11,5%	96	3400	703	239	488	29,7%
4	VŠĮ Biržų ligoninė	Biržų r. sav.	24645	45,5%	2,7%	101	3542	793	0	297	27,5%
5	VŠĮ Kupiškio ligoninė	Kupiškio r. sav.	17670	66,5%	3,0%	35	1326	0	0	269	47,7%

Marijampolės apskrities ligoninių analizė

6 lentelėje pateikiami 2017 m. Marijampolės apskrities 5 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Kazlų Rūdos, Kalvarijos ir Šakių rajono savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VŠĮ Kazlų Rūdos ligoninę, VŠĮ Kalvarijos ligoninę ir VŠĮ Šakių ligoninę. Vertinant pagal ligoninių pajėgumo ir veiklos apimtį parametrus, 2017 m. šiose ligoninėse buvo mažiausiai aktyviojo gydymo lovų ir atitinkamai mažiausiai aktyviojo gydymo atvejų, nebuvo teikiamos akušerijos paslaugos. Chirurgijos ir pediatrijos paslaugos nebuvo teikiamos VŠĮ Kalvarijos ligoninėje, VŠĮ Kazlų Rūdos ligoninėje, o mažiausiai šių paslaugų buvo teikiama VŠĮ Šakių ligoninėje. Didžiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, buvo VŠĮ Kalvarijos ligoninėje, VŠĮ Šakių ligoninėje ir VŠĮ Vilkaviškio ligoninėje.

Apibendrinimas. Pagal parametrų reikšmes Marijampolės apskrityje žemiausiai buvo įvertinta VŠĮ Kazlų Rūdos ligoninė, VŠĮ Kalvarijos ligoninė ir VŠĮ Šakių ligoninė.

6 lentelė. Marijampolės apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (HI)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VŠĮ Marijampolės ligoninė	Marijampolės sav.	55757	39,9%	23,8%	250	10899	2080	425	2116	24,3%
2	VŠĮ Vilkaviškio ligoninė	Vilkaviškio r. sav.	37473	42,8%	5,3%	109	4749	879	242	754	27,9%
3	VŠĮ Šakių ligoninė	Šakių r. sav.	28938	52,8%	4,4%	65	3204	681	1	676	33,1%
4	VŠĮ Kazlų Rūdos ligoninė	Kazlų Rūdos sav.	12125	86,8%	1,8%	10	384	0	0	0	15,1%
5	VŠĮ Kalvarijos ligoninė	Kalvarijos sav.	11067	84,9%	4,4%	15	340	0	0	0	47,6%

Alytaus apskrities ligoninių analizė

7 lentelėje pateikiami 2017 m. Alytaus apskrities 4 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Lazdijų ir Varėnos rajonų bei Druskininkų miesto savivaldybių gyventojų, o

mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VŠĮ Varėnos ligoninę, VŠĮ Lazdijų ligoninę ir VŠĮ Druskininkų ligoninę. Vertinant pagal ligoninių pajėgumo ir veiklos apimties parametrus, 2017 m. šiose ligoninėse buvo mažiausiai aktyviojo gydymo lovų ir atitinkamai mažiausiai aktyviojo gydymo atvejų, nebuvo teikiamos akušerijos paslaugos, buvo teikiama mažiausiai chirurgijos ir pediatrijos paslaugų. Taip pat galima konstatuoti, kad didžiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, buvo VŠĮ Lazdijų ligoninėje ir VŠĮ Varėnos ligoninėje.

7 lentelė. Alytaus apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (HI)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VŠĮ Alytaus apsk. S. Kudirkos ligoninė	Alytus	52792	39,5%	33,4%	257	12124	2180	672	2250	25,5%
2	VŠĮ Druskininkų ligoninė	Druskininkai	20041	43,1%	15,9%	89	3371	782	1	374	25,5%
3	VŠĮ Varėnos ligoninė	Varėnos r. sav.	22399	44,5%	6,8%	67	2924	581	0	372	32,5%
4	VŠĮ Lazdijų ligoninė	Lazdijų r. sav.	19821	50,3%	9,4%	67	2410	453	0	307	47,6%

Telšių apskrities ligoninių analizė

8 lentelėje pateikiami 2017 m. Telšių apskrities 3 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Plungės ir Mažeikių rajonų savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VŠĮ Regioninę Telšių ligoninę ir VŠĮ Mažeikių ligoninę. Vertinant pagal ligoninių pajėgumo ir veiklos apimties parametrus, 2017 m. mažiausiai aktyviojo gydymo lovų ir atitinkamai mažiausiai aktyviojo gydymo atvejų buvo VŠĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninėje ir VŠĮ Regioninėje Telšių ligoninėje. Kai kurios paslaugos 2017 m. nebuvo teikiamos arba jų buvo suteikta mažiausiai šiose ligoninėse:

- mažiausiai chirurgijos paslaugų buvo suteikta VŠĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninėje ir VŠĮ Regioninėje Telšių ligoninėje;
- akušerijos paslaugų nebuvo teikiama VŠĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninėje, o mažiausiai šių paslaugų buvo suteikta VŠĮ Regioninėje Telšių ligoninėje;
- mažiausiai pediatrijos paslaugų buvo suteikta VŠĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninėje ir VŠĮ Mažeikių ligoninėje.

Didžiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, 2017 m. buvo VŠĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninėje ir VŠĮ Mažeikių ligoninėje.

8 lentelė. Telšių apskrities ligoninės duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (HI)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VŠĮ Mažeikių ligoninė	Mažeikių r. sav.	53380	44,5%	10,0%	144	6770	1780	377	961	21,1%
2	VŠĮ Regioninė Telšių ligoninė	Telšių r. sav.	41925	43,4%	6,8%	133	5988	1439	317	1098	20,8%
3	VŠĮ Plungės r. sav. ligoninė	Plungės r. sav.	34737	54,6%	16,5%	104	4599	977	0	776	29,4%

3.2. Utenos apskrities ligoninių analizė

9 lentelėje pateikiami 2017 m. Utenos apskrities 6 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Molėtų, Zarasų ir Ignalinos rajonų savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VšĮ Molėtų ligoninę, VšĮ Ignalinos rajono ligoninę ir Zarasų rajono savivaldybės VšĮ Zarasų ligoninę. Vertinant pagal ligoninių pajėgumo ir veiklos apimties parametrus, 2017 m. šiose ligoninėse mažiausiai buvo aktyviojo gydymo lovų ir atitinkamai mažiausiai aktyviojo gydymo atvejų, nebuvo teikiamos chirurgijos ir akušerijos paslaugos. Pediatrijos paslaugos nebuvo teikiamos VšĮ Molėtų ligoninėje, mažiausiai pediatrijos gydymo atvejų buvo VšĮ Ignalinos rajono ligoninėje ir VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninėje. Didžiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais, 2017 m. buvo Zarasų rajono savivaldybės VšĮ Zarasų ligoninėje, VšĮ Molėtų ligoninėje ir VšĮ Ignalinos rajono ligoninėje.

9 lentelė. Utenos apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (HI)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VšĮ Utenos ligoninė	Utenos r. sav.	38836	33,9%	29,2%	195	8838	1933	326	971	25,3%
2	VšĮ Visagino ligoninė	Visaginas	19178	35,1%	29,5%	130	4596	828	180	667	22,2%
3	VšĮ Anykščių r. sav. ligoninė	Anykščių r. sav.	24999	42,0%	6,2%	96	3587	643	47	506	37,3%
4	Zarasų r. sav. VšĮ Zarasų ligoninė	Zarasų r. sav.	16169	69,7%	5,8%	28	1262	15	0	539	56,3%
5	VšĮ Ignalinos r. ligoninė	Ignalinos r. sav.	15892	67,6%	4,9%	41	1154	3	0	241	39,8%
6	VšĮ Molėtų ligoninė	Molėtų r. sav.	18407	74,1%	4,0%	32	928	1	0	0	42,4%

Tauragės apskrities ligoninių analizė

10 lentelėje pateikiami 2017 m. Tauragės apskrities 3 ligoninių duomenys pagal pirmiau minėtus parametrus. Šios lentelės duomenys parodo, kad 2017 m. į kitose savivaldybėse dislokuotas ligonines išvyko gydytis daugiausia Šilalės ir Jurbarko rajonų savivaldybių gyventojų, o mažiausiai kitų savivaldybių gyventojų gydytis atvyko į VšĮ Šilalės rajono ligoninę ir VšĮ Jurbarko ligoninę. Vertinant pagal ligoninių pajėgumo ir veiklos apimtį parametrus, 2017 m. šiose ligoninėse buvo mažiausiai aktyviojo gydymo lovų ir atitinkami mažiausiai aktyviojo gydymo atvejų, taip pat nebuvo teikiamos akušerijos paslaugos, mažiausiai buvo suteikta chirurgijos ir pediatrijos paslaugų, jose buvo didžiausia išvengiamos hospitalizacijos atvejų dalis, palyginti su visais hospitalizacijos atvejais.

10 lentelė. Tauragės apskrities ligoninių duomenys pagal analizuojamus parametrus 2017 m.

Eil. nr.	Ligoninė	Ligoninės sav.	Gyventojų sk. sav. (2017 m. pradžioje)	Išvykstančių dalis (proc.)	Atvykstančių dalis (proc.)	Lovų sk. 2016 m. pab. (HI)	Aktyviojo gydymo atvejų skaičius				IH dalis, proc.
							Iš viso:	Iš jų chirurgija	Iš jų akušerija (gimdymai)	Iš jų pediatrija	
1	VšĮ Tauragės ligoninė	Tauragės r. sav.	39923	44,4%	21,8%	171	6510	1899	438	1083	22,4%
2	VšĮ Jurbarko ligoninė	Jurbarko r. sav.	26800	48,2%	8,4%	90	3764	1008	0	500	28,0%
3	VšĮ Šilalės rajono ligoninė	Šilalės r. sav.	23791	69,0%	3,2%	48	1678	46	0	544	29,8%

6 PRIEDAS. SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO LOVŲ POREIKIS²⁶

Slaugos ir palaikomojo gydymo lovų poreikis 2017 m.

Savivaldybė	Slaugos lovų, tenkančių 1 000-iui gyventojų, poreikis, atsižvelgiant į jų amžiaus struktūrą ir šalies normatyvą – 3 lovos 1 000-iui gyventojų	Faktinis slaugos ir palaikomojo gydymo lovų, tekusių 1 000-iui gyventojų, skaičius 2016 m. pabaigoje (HI duomenimis)	Lovų poreikio ir faktinio lovų, tekusių 1 000-iui gyventojų, skaičiaus skirtumas
Lietuvos Respublika	3,00	1,85	1,15
Ignalinos r. sav.	4,29	2,71	1,58
Anykščių r. sav.	4,27	3,20	1,07
Lazdijų r. sav.	4,17	2,07	2,10
Birštono sav.	4,11	0,00	4,11
Varėnos r. sav.	4,00	3,08	0,92
Zarasų r. sav.	3,97	1,98	1,99
Alytaus r. sav.	3,92	1,62	2,30
Rokiškio r. sav.	3,87	1,97	1,90
Molėtų r. sav.	3,86	3,26	0,60
Biržų r. sav.	3,85	1,74	2,11
Kupiškio r. sav.	3,82	2,55	1,27
Prienų r. sav.	3,78	2,99	0,79
Ukmergės r. sav.	3,77	2,24	1,53
Kelmės r. sav.	3,67	2,63	1,04
Druskininkų sav.	3,58	2,79	0,78
Palangos m. sav.	3,54	0,00	3,54
Utenos r. sav.	3,51	2,37	1,14
Raseinių r. sav.	3,51	2,27	1,24
Švenčionių r. sav.	3,50	2,77	0,73
Akmenės r. sav.	3,48	2,28	1,20
Šakių r. sav.	3,44	2,00	1,44
Skuodo r. sav.	3,41	1,31	2,10
Jurbarko r. sav.	3,40	1,87	1,54
Pasvalio r. sav.	3,35	2,66	0,69
Širvintų r. sav.	3,29	1,89	1,40
Joniškio r. sav.	3,29	2,09	1,19
Pakruojo r. sav.	3,27	2,36	0,91
Vilkaviškio r. sav.	3,26	1,71	1,55
Panevėžio m. sav.	3,24	2,42	0,83
Kėdainių r. sav.	3,23	2,32	0,92
Kalvarijos sav.	3,22	2,26	0,96
Radviliškio r. sav.	3,22	1,89	1,33
Telšių r. sav.	3,22	2,08	1,14

²⁶ (Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, „Lietuvos aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų ir ligoninių regioninio išdėstymo tinklo analizė bei siūlymai dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo konsolidavimo ir optimizavimo“, 2018-04-30, Vilnius)

Savivaldybė	Slaugos lovų, tenkančių 1 000-iui gyventojų, poreikis, atsižvelgiant į jų amžiaus struktūrą ir šalies normatyvą – 3 lovos 1 000-iui gyventojų	Faktinis slaugos ir palaikomojo gydymo lovų, tekusių 1 000-iui gyventojų, skaičius 2016 m. pabaigoje (HI duomenimis)	Lovų poreikio ir faktinio lovų, tekusių 1 000-iui gyventojų, skaičiaus skirtumas
Kazlų Rūdos sav.	3,20	2,47	0,73
Kauno m. sav.	3,17	1,49	1,68
Rietavo sav.	3,17	2,59	0,58
Tauragės r. sav.	3,09	2,48	0,61
Panevėžio r. sav.	3,08	1,87	1,21
Kretingos r. sav.	3,06	1,95	1,11
Šiaulių r. sav.	3,05	1,59	1,46
Šiaulių m. sav.	3,04	2,13	0,91
Kaišiadorių r. sav.	2,97	2,17	0,80
Marijampolės sav.	2,96	2,19	0,77
Plungės r. sav.	2,96	1,93	1,03
Šilutės r. sav.	2,93	1,50	1,42
Klaipėdos m. sav.	2,92	2,08	0,84
Alytaus m. sav.	2,91	2,18	0,73
Šilalės r. sav.	2,90	2,82	0,09
Pagėgių sav.	2,90	1,98	0,92
Trakų r. sav.	2,82	1,90	0,93
Elektrėnų sav.	2,79	2,94	-0,16
Jonavos r. sav.	2,74	1,62	1,12
Šalčininkų r. sav.	2,59	2,71	0,12
Mažeikių r. sav.	2,57	1,54	1,04
Kauno r. sav.	2,47	0,82	1,64
Vilniaus m. sav.	2,46	1,34	1,12
Klaipėdos r. sav.	2,37	1,76	0,61
Visagino sav.	2,36	1,51	0,85
Vilniaus r. sav.	2,23	1,38	0,86
Neringos sav.	1,93	3,23	-1,30

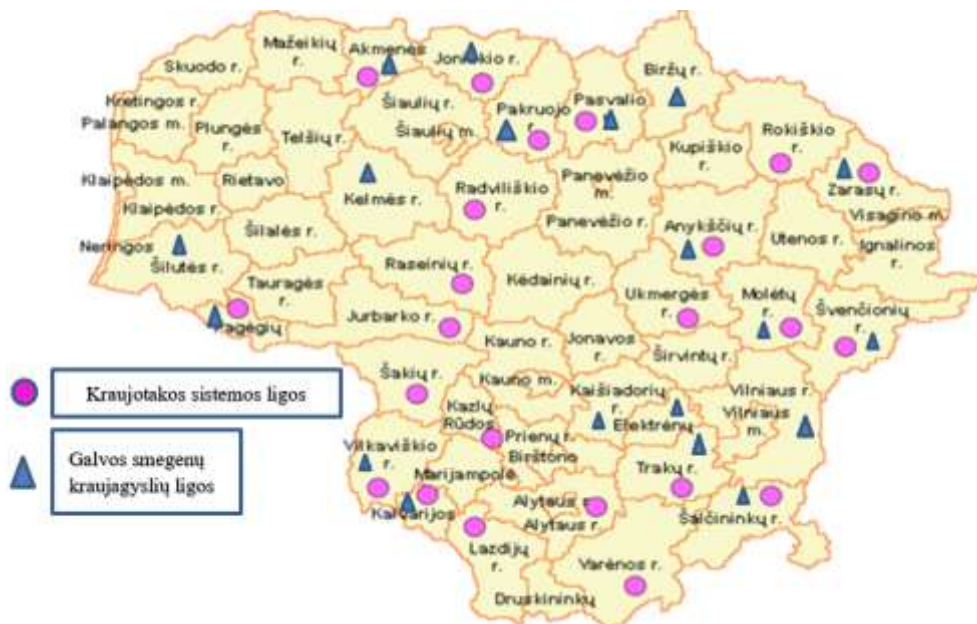
7 PRIEDAS. ES FONDU INVESTICIJŲ Į SVEIKATOS PRIEŽIŪROS INFRASTRUKTŪRĄ, PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO GERINIMO PRIEMONES ŽEMĖLAPIAI 2014-2020 M.

INVESTICIJOS Į SERGAMUMO IR PIRMALAIKIO MIRTINGUMO NUO KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGŲ (IŠKAITANT GALVOS SMEGENŲ KRAUJOTAKOS) MAŽINIMA

2014-2020 m. programavimo laikotarpiu šioje srityje numatytos **kompleksinės investicijos**, siekiant:

- padidinti profilaktinių ir rizikos veiksnių valdymo priemonių prieinamumą ir efektyvumą tikslinių savivaldybių gyventojams;
- pagerinti ankstyvąją kraujotakos ligų diagnostiką tikslinių savivaldybių gyventojams ir plėtoti efektyvią ir savalaikę pagalbą ištiktiesiems miokardo infarkto ir ūminio galvos smegenų insulto sistemą (integruotos priežiūros modelį), sudarančią prielaidas mažinti sveikatos priežiūros netolygumus.

Išskirtos tikslinės savivaldybės **kraujotakos sistemos ligų** srityje (23 savivaldybės) ir **galvos smegenų kraujagyslių ligų (insultų)** srityje (19 savivaldybių). Iš viso 28 tikslinės savivaldybės pagal abi ligų priežastis, **bendras gyventojų (tikslinės grupės) skaičius – 669.082).**



Investicijų rezultatai:

ESF investicijomis finansuojami:

- **28 tikslines savivaldybes apimantys projektai** sveikatos ugdymo priemonių, tikslingai nukreiptų į pagrindinių kraujotakos ligas lemiančių rizikos veiksnių poveikio mažinimą, įgyvendinimui. **Projektus tikslinėse savivaldybėse įgyvendina visuomenės sveikatos biurai ir savivaldybių administracijos.**
- **23 tikslinių savivaldybių (kraujotakos sistemos ligų srityje) gyventojų pirmosios pagalbos, pradinio gaivinimo ir automatinės išorinės defibriliacijos bei kraujavimo stabdymo panaudojant realias pagalbos teikimo priemones mokymai** (mokymuose dalyvavo 7200 unikalių asmenų), taip pat išorinių automatinių išorinių defibriliatorių ir turniketų tinklo įrengimas. Taip pat šių 23 tikslinių savivaldybių gyventojams finansuojami **sveikos mitybos ir sveikatai palankaus maisto gaminimo įgūdžių formavimo mokymai** (planuojamas mokymų dalyvių skaičius – 7420), gyventojų raštingumą didinanti informacinė kampanija. Taip pat finansuojamas bendruomenių ir nevyriausybinių organizacijų vykdomas raštingumo didinimo projektas kraujotakos sistemos ligų antrinės prevencijos srityje **Šiaulių apskrities tikslinių savivaldybių gyventojams** (planuojamas mokymų dalyvių skaičius – 2000).

ERPF investicijomis finansuojami:

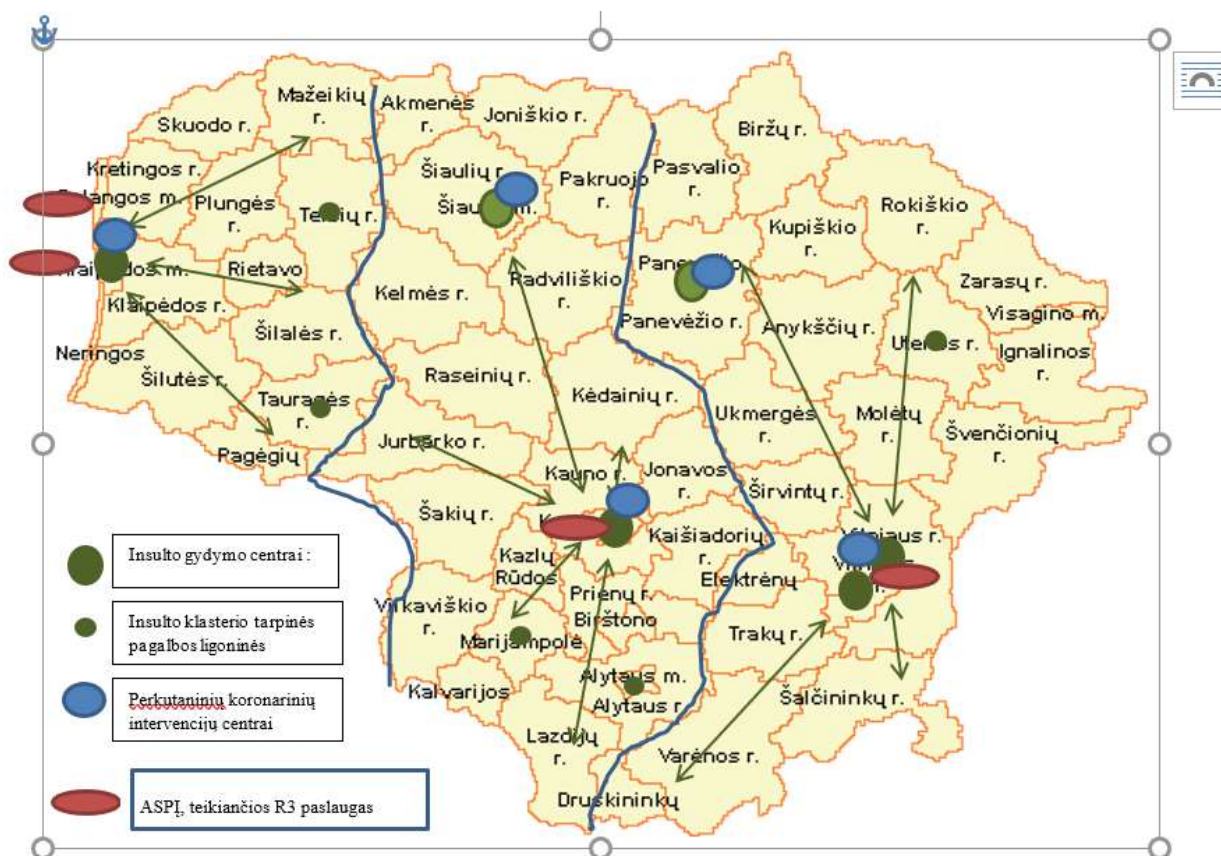
- **28 tikslinėse savivaldybėse viešąsias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros modernizavimo projektai:** statinių ir (ar) patalpų rekonstrukcija ir (ar) remontas, reikiamos medicinos įrangos pagal šeimos gydytojo normą įsigijimas, taip pat baldų, tikslinių transporto priemonių, skirtų pacientams lankyti bei paslaugas teikti namuose, įsigijimas. Investicijos skirtos stiprinti tikslinėse savivaldybėse ypač paplitusių lėtinių ligų – kraujotakos sistemos (įskaitant cerebravaskulinių ligų) susirgimų prevenciją, todėl išigyjama įranga, reikalinga kraujotakos sistemos ligų profilaktikai ir ankstyvajai diagnostikai, pvz., nešiojami elektrokardiografai. Apie 90 proc. įstaigų numatę įsigyti kompiuterinę ir programinę įrangą su galimybe prisijungti prie e. sveikatos sistemos, taip pat apie 90 proc. visų projektų vykdytojų numatę įsigyti tikslines transporto priemones pacientų lankymui namuose.

Siekiant pacientams užtikrinti kvalifikuotą šiuolaikinę diagnostiką bei gydymą, 2013 m. pabaigoje – 2014 m. pradžioje **sukurti ir išbandyti pirminiai skubios pagalbos miokardo infarkto ir insultų atvejais paslaugų teikimo modeliai (paslaugų klasteriai)**. Šių paslaugų teikimo pagrindas yra integruota sveikatos priežiūra, apimanti skirtingo lygio įstaigų bei tarnybų tarpusavio bendradarbiavimą.

ERPF investicijomis:

- **38 šalies savivaldybėse** (tikslinėse savivaldybėse pagal kraujotakos sistemos ir galvos smegenų kraujotakos ligas bei traumas ir išorines mirtingumo priežastis) **įgyvendinus greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų prieinamumo gerinimo projektą** (63 asmens sveikatos priežiūros įstaigoms nupirkti ir perduoti 94 vnt. (A, B ir C tipo) greitosios medicinos pagalbos automobilių su įranga), užtikrinta **120 000 gyventojų iš tikslinių savivaldybių** gauti savalaikes ir kokybiškas skubios pagalbos paslaugas;
- **modernizuojama 6 insulto gydymo centrų** (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje) bei **5 tarpinės pagalbos ligoninių** (Telšiuose, Tauragėje, Utenoje, Marijampolėje, Alytuje) infrastruktūra, reikalinga efektyviam kokybiškų ūminio galvos smegenų insulto integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui užtikrinti. Su galvos smegenų kraujotakos ligų ankstyvąją diagnostiką, specializuotą gydymą ir specializuotą stacionarinę medicininę reabilitaciją vykdančių įstaigų veikla siejamos prielaidos ženkliai pagerinti tikslinių savivaldybių gyventojams teikiamų paslaugų kokybę, paslaugų teikimo operatyvumą ir kompleksiskumą, ir atitinkamai mažinti šių gyventojų mirštamumą (ypač hospitalinį mirštamumą), priešlaikinį mirtingumą bei ilgalaikę išeminio galvos smegenų insulto sukeltą negalią.
- **modernizuojama 5 perkutaninės koronarinės intervencijos centrų** (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje) infrastruktūra, reikalinga efektyviam kokybiškų ūminio miokardo infarkto (su ST segmento pakilimu ir be ST segmento pakilimo) integruotos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui užtikrinti (sukurto modelio funkcionavimui užtikrinti).
- **modernizuojama ligoninių infrastruktūra, skirta teikti tretinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas** pacientams, sergantiems cerebravaskulinėmis ligomis, atnaujinimui (būtinų reabilitacijos priemonės, įranga, patalpos, kuriose teikiamos šios paslaugos, atnaujinimas). Tretinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas pacientams, sergantiems cerebravaskulinėmis ligomis, teikiančios ASPĮ Lietuvoje: VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikos, VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninė;
- Siekiant užtikrinti efektyvų sukurtų integruotos priežiūros paslaugų klasterių funkcionavimą numatytos **ESF investicijos specialistų komandų**, kurias sudaro gydytojai ir kiti sveikatos srities specialistai, žinių ir **gebėjimų teikti integruotą pagalbą** kraujotakos sistemos ligų, galvos smegenų kraujotakos ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų atvejais, **tobulinimui**.

Žemėlapyje pateiktas ASPĮ tinklas, kuriose buvo/yra atnaujinama klasterinių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra. Šis tinklas sudarytas, įvertinus teikiamų paslaugų ilgalaikėje perspektyvoje efektyvumą, reikalingų technologijų, žmogiškųjų išteklių kvalifikacijos ir fizinio užtikrinimo galimybes, pacientų srautus.



2014-2020 m. ES fondų investicijos į klasterines ASPĮ

ASPĮ, kuriose yra insulto gydymo centras ir perkutaninės koronarinės intervencijos centras	Įsigyta / numatyta įsigyti med. įranga	Patalpų įrengimas, atnaujinimas
VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	PKI centrui skirta įranga: 3 angiografai monoplanai, dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatas (DPV), vidutinės klasės ultragarsinės diagnostikos sistema, HOLTER EKG analizavimo programinė ir kompiuterinė įranga, aukštos klasės echokardiografas, kt. Insulto gydymo centrui skirta įranga: angiografinė sistema, kompiuterinės tomografijos aparatas; ultragarso sistemos, palatų įranga, reabilitacijos (kineziterapijos, ergoterapijos, fizioterapijos) sistemos, kt.	Kraujagyslių chirurgijos skyriaus ir operacinio bloko patalpų remontas.
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	PKI centrui skirta įranga: echoskopinių vaizdų apdorojimo ir analizės stotis, echoskopai, skaitmeninės EKG aparatai, endotelio tyrimo sistema, krūvio tyrimo sistema (veloergometrijos aparatas), impedanso matavimo sistema, automatinis defibriliatorius, elektrofiziologinė registravimo sistema, kompiuterinis tomografas, angiografijos aparatas Insulto gydymo centrui skirta įranga: angiografinė sistema, magnetinio rezonanso tomografijos aparatas, kompiuterinės tomografijos aparatas; ultragarso sistemos, palatų įranga, reabilitacijos (kineziterapijos,	Kardiologijos korpuso pastato rekonstrukcija, įrengiant patalpas paslaugų teikimui kraujotakos sistemos ligomis sergantiems pacientams.

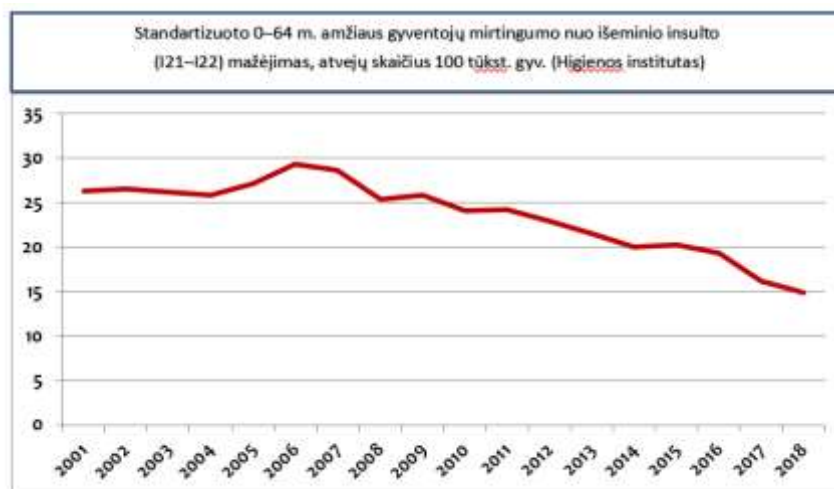
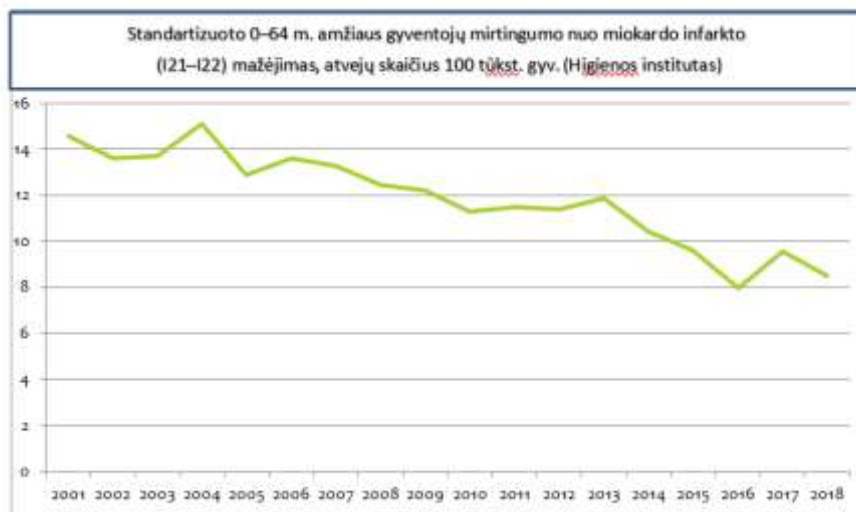
	ergoterapijos, fizioterapijos) sistemos, kt.	
VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	PKI centrui skirta įranga: automatinis angiografinis švirkštas, echoskopas su 4 D perstempliniu davikliu, echokardioskopas su kardiologiniu ir intrakardiniu davikliu, dirbtinės plaučių ventilacijos aparatai, gyvybinių funkcijų sekimo monitoriai su centrine monitoravimo sistema (stotis), kardiodefibriliatoriai, kt. Insulto gydymo centrui skirta įranga: kompiuterinis tomografas, angiografinė sistema, ultragarso sistemos, palatų įranga, reabilitacijos (kineziterapijos, ergoterapijos, fizioterapijos) sistemos, kt.	
VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	PKI centrui skirta įranga: ultragarso aparatas, centrinė monitoravimo stotis, ilgalaikio EKG stebėjimo ir analizės sistema, EKG aparatas, bioimpedansai, vainikinių širdies arterijų rotabliacijos konsolė, kt. Insulto gydymo centrui skirta įranga: kompiuterinis tomografas, angiografinė sistema; ultragarso aparatai, palatų įranga, vaizdų archyvavimo ir perdavimo sistema, kt.	
VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	PKI centrui skirta įranga: C lanko sistema, ultragarso sistema, telemetrijos sistema, monitoravimo sistemos centrinė stotis, portatyvinis DPV, EKG aparatas, veloergometrijos kompleksas, impedanso kardiografijos aparatas, palatų įranga, kt. Insulto gydymo centrui skirta įranga: kompiuterinis tomografas, angiografinė sistema; ultragarso sistemos, palatų įranga, vaizdų archyvavimo ir perdavimo sistema, kt.	Ūmaus miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo paslaugų teikimui skirtos vienos antžeminio aukšto priestato prie ligoninės Priėmimo-skubiosios pagalbos pastato statyba.
VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė*	Insulto gydymo centrui skirta įranga: kompiuterinis tomografas, angiografinė sistema; ultragarso aparatai, palatų įranga, vaizdų archyvavimo ir perdavimo sistema, kt.	
ASPI, kurios atlieka tarpinės pagalbos ligoninių funkcijas		
VŠĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė	128 pjūvių kompiuteriniai tomografs, ultragarso sistemos, gyvybinių funkcijų stebėjimo sistemos, EKG, defibriliatoriai, palatų įranga, vaizdų archyvavimo ir perdavimo sistemos, kt.	
VŠĮ Utenos ligoninė		
VŠĮ Marijampolės ligoninė		
VŠĮ Telšių ligoninė		
VŠĮ Tauragės ligoninės		

* ASPI yra tik insulto gydymo centras

Investicijų krypties įgyvendinimo stebėsenos rodiklių pasiekimai

Rodiklis	Matavimo vnt.	Pradinė reikšmė 2012 m.	2013 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	Siektina reikšmė 2023 m.
Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo kraujotakos sistemos ligų	Atvejų skaičius 100000 gyv.	158,91	144,5	146,2	134,8	135,3	124,5	114,4	105
Standartizuoto 0–64	Atvejų	30,03	23,9	29,2	23,8	25,8	20,2	23,2	24

m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo cerebrovaskulinių ligų	skaičius 100000 gyv.								
--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--



INVESTICIJOS Į TRAUMŲ IR NELAIMINGŲ ATSTIKIMŲ PROFILAKTIKOS, NEĮGALUMO IR MIRTINGUMO NUO IŠORINIŲ PRIEŽASČIŲ MAŽINIMĄ

2014-2020 m. programavimo laikotarpiu šioje srityje numatytos **kompleksinės investicijos**, siekiant:

- tikslinių savivaldybių gyventojams pagerinti traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių lemiamo mirtingumo ir neįgalumo profilaktiką;
- padidinti pagalbos nukentėjusiesiems nuo išorinių priežasčių efektyvumą ir užtikrinti jos suteikimą laiku, siekiant išvengti neigiamų pasekmių bei kuo greičiau grąžinti žmones į aktyvų gyvenimą – taip prisidedant prie gyventojų užimtumo didinimo, socialinės atskirties rizikos mažinimo ir gyventojų sveikatos teritorinių netolygumų mažinimo.

Išskirtos tikslinės savivaldybės, kuriose ypatingai didelis išorinių priežasčių sąlygojamas pirmalaikis mirtingumas (**31 savivaldybė**), **bendras gyventojų (tikslinės grupės) skaičius – 819 409**).



Investicijų rezultatai

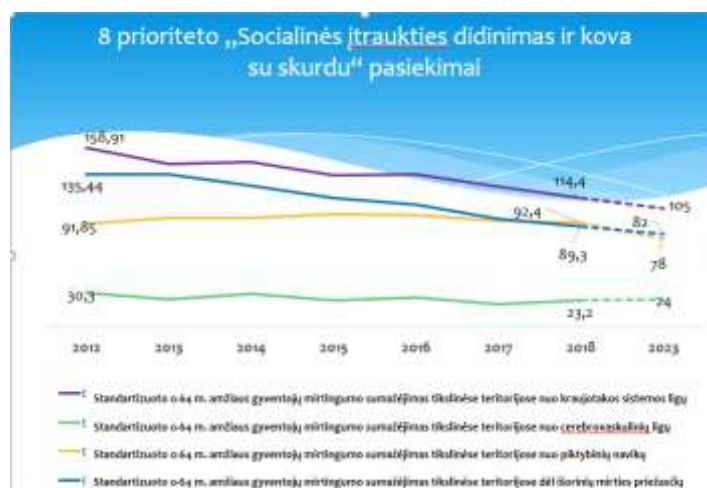
ESF investicijomis finansuojama:

- **31 tikslinėje savivaldybėje** sveikatos ugdymo priemonių, tikslingai nukreiptų į efektyvų informavimą, švietimą, mokymą traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių lemiamo mirtingumo ir neįgalumo profilaktikos temomis, įgyvendinimui skirti projektai. **Projektus tikslinėse savivaldybėse įgyvendina visuomenės sveikatos biurai ir savivaldybių administracijos.**
- **31 tikslinės savivaldybės gyventojų pirmosios pagalbos, pradinio gaivinimo ir automatinės išorinės defibriliacijos bei kraujavimo stabdymo** panaudojant realias pagalbos teikimo priemones **mokymai** (mokymuose dalyvavo 7200 unikalių asmenų), taip pat išorinių automatinių **išorinių defibriliatorių ir turniketų tinklo įrengimas.**

ERPF investicijomis:

- **38 šalies savivaldybėse** (tikslinėse savivaldybėse pagal kraujotakos sistemos ir galvos smegenų kraujotakos ligas bei traumas ir išorines mirtingumo priežastis) **įgyvendinus greitosios medicinos pagalbos ir pacientų transportavimo paslaugų prieinamumo gerinimo projektą** (63 asmens sveikatos priežiūros įstaigoms nupirkti ir perduoti 94 vnt. (A, B ir C tipo) greitosios medicinos pagalbos automobilių su įranga), užtikrinta **120 000 gyventojų iš tikslinių savivaldybių** gauti savalaikes ir kokybiškas skubios pagalbos paslaugas.
- **papildomai investuota** į 2007–2013 m. ES fondų lėšomis sukurtų traumų centrų infrastruktūrą, t. y. iš esmės į vieną asmens sveikatos priežiūros įstaigą – **Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninę Kauno klinikas**, teikiančią sudėtingiausią pagalbą nukentėjusiems nuo traumų ir kitų išorinių priežasčių, **aprūpinant** iš 2007–2013 m. ES lėšų naujai pastatytą **skubios pagalbos korpusą reikalinga medicinos ir kita įranga, baldais.**
- **atnaujinama vienintelio šalyje Toksikologijos centro**, esančio VŠĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, kuriame gydomi sunkiausiai apsinuodiję ligoniai, **infrastruktūra:** toksikologijos centro patalpų remontas, medicinos, laboratorinės diagnostikos, IT ir kitos reikalingos įrangos bei baldų įsigijimas toksikologijos paslaugoms teikti.
- **atnaujinama Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijos analitinė ir pagalbinė laboratorinė įranga**, skirta atlikti biologinių terpių tyrimus, kurie būtini lėtinių ir profesinių

apsinuodijimų diferencinei diagnostikai. Taip pat tyrimų logistikai iš visos šalies į diagnostikos laboratoriją užtikrinti įsigyjama specialiosios paskirties transporto priemonė.



TUBERKULIOZĖS PROFILAKTIKOS, DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO EFEKTYVUMO DIDINIMAS

2014–2020 m. laikotarpiu ES fondų investicijomis finansuojamos kompleksinės priemonės, skirtos didinti tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumą siekiant šalyje sumažinti tuberkuliozės paplitimą ir mirtingumą. Įgyvendinant kompleksines priemones, ne tik atnaujinamos ir modernia medicinine įranga aprūpinamos tuberkuliozės ligoninės ir skyriai visoje šalyje, bet ir organizuojami mokymai gydytojams, slaugytojams, visuomenės sveikatos specialistams, vykdomi tuberkulioze sergančių pacientų ir jų šeimos narių mokymai.

Įgyvendintos / iki finansavimo periodo pabaigos planuojamos įgyvendinti priemonės, padėsiančios efektyviau ir rezultatyviau kovoti su šia liga:



Investicijų rezultatai

ERPF investicijomis:

1. Modernizuota infrastruktūra asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose viešąsias stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas tuberkuliozės srityje (statinių ir (ar) patalpų, susijusių su tuberkuliozės ligų profilaktika, diagnostika ir gydymu, statyba, rekonstrukcija ir remontas);
2. asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiančios viešąsias stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas tuberkuliozės srityje aprūpintos įranga skirta tuberkuliozės diagnostikai ir gydymui užtikrinti.
3. asmens sveikatos priežiūros įstaigos, vykdančios mikroskopijos centrų funkcijas aprūpintos įranga reikalinga tuberkuliozės diagnostikai ir laboratoriniams tyrimams atlikti. Taip pat pritaikytos patalpos, siekiant užtikrinti personalo apsaugą nuo pavojingo tuberkuliozės užkrato (atliktas patalpų, susijusių su tuberkuliozės diagnostika ir laboratoriniais tyrimais remontas, įsigyta reikalinga įranga).
4. įsigyti automobiliai, skirti mobilioms konsultacijoms tuberkulioze sergantiems pacientams teikti, taip pat įvykdyti mokymai skirti specialistams dirbantiems mobiliuose brigadose. Trys tikslinės priemonės (lengvieji automobiliai) – viešoji įstaiga Respublikinė Klaipėdos ligoninė – 1 automobilis, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos – 1 automobilis, Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos – 1 automobilis.
5. įrengti tiesiogiai stebimo gydymo kurso (DOTS) kabinetai asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas tuberkuliozės srityje (3 DOTS kabinetai)

(atlikta patalpų, susijusių su tuberkuliozės ligų profilaktika, diagnostika ir gydymu, rekonstrukcija, remontas, įsigyta medicinos įranga ir priemonės, baldai, kompiuterinė technika), taip pat įrengti 60 DOTS kabinetų prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

ESF investicijomis:

6. vykdytos socialinės paramos priemonės, gerinančios tuberkuliozės gydymo prieinamumą pacientams tuberkuliozės ambulatorinio gydymo metu: 490 tuberkulioze sergančių pacientų skirti maisto paketai ir kuponai maisto produktams, kompensuotos kelionės į asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir atgal į namus išlaidos (toliau – socialinis paketas). Iki finansavimo laikotarpio pabaigos socialinių paketų numatyta skirti **2353 tuberkulioze sergantiems pacientams**.

7. Parengta ir įvykdyta informacijos sklaida skirta visuomenės informavimui apie tuberkuliozės epidemiologinę būklę ir apsaugojimo nuo jos būdus.

8. Parengtos mokymo rekomendacijos ir įvykdyti sergančiųjų tuberkulioze ir jų šeimos narių mokymai skirti tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės klausimais.

Iki finansavimo laikotarpio pabaigos visuomenės informavimo veiklose (mokymuose, renginiuose) dalyvavusių asmenų skaičius sieks apie **6000 asmenų**.

9. Įvykdyti sveikatos specialistų mokymai tuberkuliozės epidemiologinės priežiūros, profilaktikos ir kontrolės tobulinimo klausimais. Iki finansavimo laikotarpio pabaigos mokymuose dalyvavusių **sveikatos specialistų** skaičius sieks **1600 asmenų**.

10. parengtos nacionalinės tuberkuliozės diagnostikos ir gydymo metodikos.

Investicijų krypties įgyvendinimo stebėsenos rodiklių pasiekimai

Stebėsenos rodiklio pavadinimas	Matavimo vienetas	Pasiekimo reikšmė 2019 m.	Planuojama pasiekti reikšmė iki finansavimo pabaigos
„Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas“	Skaičius	38	1941
„Mirtingumas nuo tuberkuliozės“	Atvejų skaičius 100 000 gyv.	2,5	2
„Sergamumas tuberkulioze (nauji tuberkuliozės atvejai)“	Atvejų skaičius 100 000 gyv.	30,4	15
„Vaikų sergamumas tuberkulioze (nauji tuberkuliozės atvejai)“	Atvejų skaičius 100 000 gyv.	6,8	2
„Sergamumas plaučių tuberkulioze (nauji plaučių tuberkuliozės atvejai)“	Atvejų skaičius 100 000 gyv.	28,1	10
„Dauginio atsparumo vaistams tuberkuliozės atvejai nuo visų naujų tuberkuliozės atvejų“	Procentai	16,2	10
„Naujų bakteriologiškai patvirtintų plaučių tuberkuliozės atvejų dalis“	Procentai	90,2	70
„Naujai susirgusių plaučių tuberkulioze asmenų nutraukto gydymo atvejų dalis“ (be dauginio atsparumo vaistams (DAV))	Procentai	2,2*	3
„Sėkmingai išgydytų naujų bakteriologiškai patvirtintų plaučių tuberkuliozės atvejų dalis“	Procentai	68,88*	85
„Viešasis sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius“	Skaičius	3	9
„Tikslinių grupių asmenys, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo renginiuose bei sveikatos raštingumą didinančiose veiklose“	Skaičius	1795	6068
„Mokymuose dalyvavę sveikatos priežiūros ir kiti specialistai“	Skaičius	0	1600
„Parengtos ir patvirtintos metodikos, tvarkos aprašai ir kiti dokumentai“	Skaičius	1	1

* 2018 m. duomenys.

SVEIKAS SENĖJIMAS

ERPF investicijos:

Senėjant visuomenei auga sveikatos priežiūros paslaugų, pagerinančių vyresnio amžiaus žmonių sveikatą, jų gyvenimo kokybę, poreikis. Vienos didesnių investicijų infrastruktūrai skirtos sveiko senėjimo srityje bei vyresnio amžiaus gyventojų ligų profilaktikos, prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos srityse: **asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas tikslinėse teritorijose, infrastruktūros, skirtos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, modernizavimas** (statinių ir (ar) patalpų rekonstrukcija ir (ar) remontas), šeimos medicinos gydytojo paslaugoms teikti reikalingos medicininės ir kitos įrangos įsigijimas (nešiojamas elektrokardiografas, dermatoskopas, tonometras akispūdžiui matuoti, kompiuterinė įanga, baldai, odontologo darbo vietos įranga), aprūpinimas tikslinėmis transporto priemonėmis, skirtomis pacientams lankyti bei paslaugas teikti namuose.

Geriatrinių paslaugų plėtrai reikalingos infrastruktūros sukūrimui/atnaujinimui (geriatrijos centrų, stacionarių geriatrinių skyrių, geriatrijos dienos stacionarų ir konsultacinių kabinetų įkūrimas / atnaujinimas) 2014–2020 m. ES investicijų fondų laikotarpiu skirta 20.405.791,00 eurų.



Visos investicijos į infrastruktūrą vykdomos kartu su specialistų parengimu, esamų – kvalifikacijos tobulinimu, reikalingo teisinio reglamentavimo tobulinimu ir kt., derinant su galimybėmis apmokėti už paslaugas privalomojo sveikatos draudimo lėšomis.

Tikėtini investicijų rezultatai: įsteigti 2 geriatrijos centrai, 8 ASPĮ modernizuoti geriatrijos stacionarai bei 28 ASPĮ dienos stacionarai ir geriatrijos konsultaciniai kabinetai. Iki finansavimo laikotarpio pabaigos geriatrijos paslaugas numatyta suteikti apie **15 300 pacientų**.

ESF investicijos:

Tobulinant pirminę priežiūrą ir jos kokybę **išbandomi inovatyvūs ir efektyvūs paslaugų teikimo modeliai, sudarantys prielaidas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis**, kuriuos ateityje galima būtų įdiegti nacionaliniu mastu. Šiems paslaugų teikimo modelių išbandymams 2014–2020 m. ES investicijų fondų laikotarpiu skirta 6 mln. eurų.

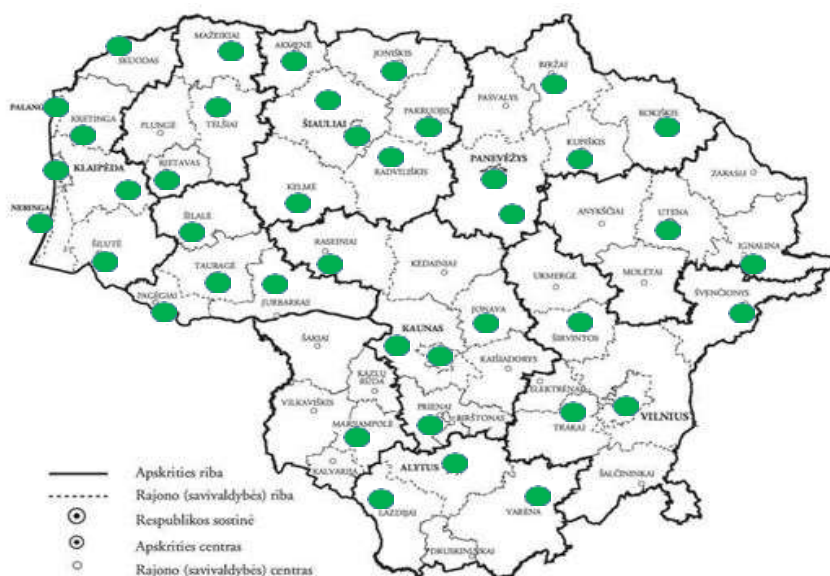
Taip pat įgyvendinant Sveiko senėjimo užtikrinimo prioritetinę kryptį vykdoma informacijos sklaida apie racionalų vaistų vartojimą sveikatos priežiūros specialistams, farmacijos specialistams ir pacientams, siekiant,

kad pacientai, ypač vyresnio amžiaus ir (ar) sergantys lėtinėmis ligomis, vaistus vartotų racionaliai. Šiai priemonei 2014–2020 m. ES investicijų fondų laikotarpiu įgyvendinti skirta 0,39 mln. eurų.

Investicijų rezultatai: parengti ir išleisti informaciniai leidiniai apie racionalų vaistų vartojimą („Išmintingas vaistų sąrašas“ sveikatos priežiūros, farmacijos specialistams – **3000 egz.**, Leidinys pacientams apie racionalų vaistų vartojimą – **1000 egz.**), taip pat išplatinta informacija sveikatos priežiūros specialistams, farmacijos specialistams ir pacientams, siekiant, kad pacientai, ypač vyresnio amžiaus ir (ar) sergantys lėtinėmis ligomis, vaistus vartotų racionaliai (Mokymuose apie racionalų vaistų vartojimą **dalyvavusių asmenų skaičius – 2000**).

2014–2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų laikotarpiu tęsiamas kompleksinių veiksmų įgyvendinimas siekiant padidinti tikslinių grupių asmenų sveikatos raštingumo lygį bei suformuoti pozityvius jų sveikatos elgsenos pokyčius. Šiai priemonei 2014–2020 m. ES investicijų fondų laikotarpiu įgyvendinti skirta 15,9 mln. eurų.

Pagal priemonę įgyvendinami 59 projektais, kurių vykdomos veiklos apima visą Lietuvos Respublikos teritoriją. Iš 59 projektų, veiklos susijusios su vyresnio amžiaus asmenimis (renginiai/seminarai sveikos gyvensenos ir psichinės sveikatos gerinimo srityse, mokymai palankios sveikatai mitybos srityje, fizinio aktyvumo skatinimo užsiėmimai), vykdomos 41 projekte arba 70 proc. nuo visų įgyvendinamų projektų.



Pasiekti investicijų rezultatai: informavimo, švietimo ir mokymo renginiuose bei sveikatos raštingumą didinančiose veiklose dalyvavo apie 75.000 tikslinių grupių asmenys.

Rodiklių pasiekimai:

Eil. Nr.	Rodiklio pavadinimas	Pasiekimas 2020-02-01	Siektina reikšmė laikotarpio pabaigoje
Priemonė „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros modelius“			
1.	P.N.602 „Mokymuose dalyvavę sveikatos priežiūros ir kiti specialistai“	n/d*	160
Priemonė „Sveiko senėjimo paslaugų kokybės gerinimas“			
2.	P.S.363 „Viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius“	n/d*	38
3.	R.N.601 „Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas“	n/d*	8.000
Priemonė „Sveiko senėjimo skatinimo iniciatyvos“			
4.	P.N.603 „Parengtos ir patvirtintos metodikos,	n/d*	1

tvarkos aprašai ir kiti dokumentai“		
-------------------------------------	--	--

* pagal priemonę nėra baigtų įgyvendinti projektų, todėl rodiklio pasiekimo reikšmės nėra galimybės nustatyti.

VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO, LIGŲ PROFILAKTIKOS BEI EFEKTYVAUS GYDYMO UŽTIKRINIMAS

2014–2020 m. ES fondų **investicijos skirtos septynioms esminėms vaikų sveikatos srities kryptims:**

1. visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės didinimo;
2. vaikų traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių (sužalojimai, paskendimas, apsinuodijimai ir kt.) lemiamo mirtingumo profilaktikos tikslinėse teritorijose.
3. vaikų psichikos ir vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų ir sveikatos priežiūros paslaugų vaikams, turintiems psichikos ir (ar) vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų, prieinamumo ir kokybės gerinimo;
4. sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės gerinimo vaikams, alergiškiems maistui ir vaistams;
5. vaikų burnos sveikatos priežiūros profilaktikos ir vaikų burnos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo;
6. sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės gerinimo vaikams, sergantiems retomis ligomis;
7. sveikatos priežiūros paslaugų vaikams teikimo sistemos tobulinimo ir pritaikymo prie kylančių iššūkių (pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sustiprinimas, tretinio lygio paslaugas teikiančių ASPĮ infrastruktūros optimizavimas bei antrinio lygio paslaugų, jų santykio su pirminio ir tretinio lygio paslaugomis ištyrimas, reglamentavimo tobulinimas).

Investicijų rezultatai

ERPF investicijomis:

1. Investuojama į šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūrą, gerinančią paslaugų vaikams kokybę ir prieinamumą. Didžiausios investicijos infrastruktūrai skirtos vaikų ligų profilaktikos, prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos srityse: asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, infrastruktūros modernizavimas: statinių ir (ar) patalpų rekonstrukcija ir (ar) remontas, reikalingos įrangos įsigijimas, aprūpinimas tikslinėmis transporto priemonėmis. Tikslines transporto priemones pacientų lankymui namuose įsigijo apie 90 proc. visų projektų vykdytojų. Investicijos į įrangą buvo skirtos odontologo darbo vietos įrangos įsigijimui, kraujo analizatoriams, šlapimo analizatoriams, dantaliniai rentgeno aparatai, medicinos įrangai pagal šeimos gydytojo normą ir k.
2. Vaikų psichikos ir vaikų raidos sutrikimų profilaktikos bei ankstyvosios diagnostikos gerinimo srityje, siekiant 2007 – 2013 m. investicijų papildomumo, investuojama į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutrikusios raidos ir funkciją praradusiems vaikams užtikrinimą ir į Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo, Vaiko raidos centro infrastruktūros atnaujinimą (naujų pastatų statyba);
3. Taip pat numatomos investicijos į reikalingą infrastruktūrą vaikų retų ligų srityje Vilniuje ir Kaune (VšĮ Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose), sukuriant du kompetencijos centrus šalyje – aukščiausio lygio paslaugas teikiančiose įstaigose - universitetų ligoninėse. Iš brangios įrangos įsigyti 2 masių spektrometrijos sistemos.
4. Vaikų medicininės reabilitacijos paslaugų gerinimo srityje investuojama į Vaikų ligoninės, VUL Santaros klinikų filialo, Vaikų reabilitacijos skyriaus Druskininkų „Saulutės“ infrastruktūros atnaujinimą.
5. Investuojama į VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo Vaikų ligoninės III lygio ambulatorinių ir stacionarinių specializuotų paslaugų vaikams organizavimui ir teikimui infrastruktūros gerinimą (aprūpinimą medicinos įranga) siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą vaikams. Pastato statybai yra naudojamos valstybės biudžeto lėšos. Investicijos taip pat nukreiptos į asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių specializuotas (antrinio ir (ar) tretinio lygio) viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, infrastruktūros modernizavimą teikiančias paslaugas vaikams (medicinos įrangos ir baldų įsigijimas ir rangos darbų atlikimas): VšĮ Marijampolės ligoninę, VšĮ Tauragės ligoninę, VšĮ Regioninę Telšių ligoninę, VšĮ Utenos ligoninę, VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninę, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninę, ir VšĮ Respublikinę Šiaulių ligoninę.
6. Investuojama į tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimą vaikams VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje.

Numatoma, kad pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas sudarys ne mažiau kaip 85 tūkst. Vaikai, kuriems patvirtinta retos ligos diagnozė – 200.

ESF investicijomis:

- Skiepijimo apimčių didinimas socialiai pažeidžiamose gyventojų grupėse, pvz., imigrantų, pabėgėlių, romų bendruomenėse. Siekiant didinti informuotumą apie skiepų naudą būtina šviesti ir mokyti visuomenę ir tokiu būdu mažinti sergamumą ir mirtingumą nuo skiepais valdomų užkrečiamųjų ligų. Bus apmokyti imunoprofilaktikos klausimais sveikatos priežiūros specialistai. **Iki 2019 m. apmokyta 150 sveikatos priežiūros specialistų.**

- Vaikams ir paaugliams sveikatos stiprinimo ir odontologinių ligų profilaktikos paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas, sukuriant ir nacionaliniu lygiu įdiegiant odontologinių ligų profilaktikos sistemai reikalingas metodines rekomendacijas bei parengiant informacinę medžiagą sklaidai. Projekto tikslinė grupė - sveikatos priežiūros specialistai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, socialiniai darbuotojai, vaikų ugdymo įstaigų darbuotojai, visuomenės sveikatos specialistai, prisidedantys prie vaikų sveikatos išsaugojimo, stiprinimo, sveikatos stebėsenos ir ligų profilaktikos įgūdžių formavimo. **Iki 2019 m. parengtos 5 metodikos.**

- Švietimas ir mokymas vaikų anafilaksijos, alergijos maistui bei medikamentams diagnostikos, gydymo ir prevencijos temomis, reikalingų metodinių rekomendacijų šeimos bei vaikų gydytojams; vaikų ugdymo įstaigų vadovams, pedagogams ir visuomenės sveikatos specialistams parengimas. Taip pat planuojama sukurti elektroninės anafilaksijos atvejų registracijos funkcionalumą ir išplėsti integracines sąsajas su sveikatos priežiūros įstaigomis (pvz., LSMU ligoninė Kauno klinikos ir VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos). Tai leis vertinti anafilaksijos paplitimą bei priežastis Lietuvos mastu.

- Siekiama pagerinti vaikams ir paaugliams mokyklose teikiamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, vaikų traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių (sužalojimai, paskendimas, apsinuodijimai ir kt.) lemiamo mirtingumo profilaktiką tikslinėse teritorijose. Taip pat numatyti specializuoti mokymai pagalbos teikimo staigios mirties vaikams atvejais tema ir mokymai ikistacionarinės pagalbos teikimo traumos atvejais vaikams prioritetų tema. Šie mokymai yra būtini atnaujinant, keliant bei įgyjant kvalifikaciją sveikatos priežiūros įstaigų specialistų komandoms, teikiančioms pagalbą vaikų ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų atvejais, siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumą ir kokybę. Tai sąlygos pokyčius visame ikistacionariniame ir stacionariniame pagalbos sektoriuje teikiant skubią pagalbą vaikams. Pagerės paslaugų tinkamumas, priimtumas ir kokybė. **Bus apmokyta apie 50 proc. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių vaikų ligų diagnostikos bei gydymo paslaugas vaikams, specialistų. Iki 2019 m. apmokyta 946 sveikatos priežiūros specialistų.**

- Įdiegus Vaikų sveikatos stebėsenos informacinę sistemą (VSS IS) ikimokyklinio ugdymo įstaigose, šalies mastu, bus sukurta posistemė, kurioje bus kaupiami duomenys apie ikimokyklinio amžiaus vaikų sveikatos būklę, sudarytos galimybės šių duomenų analizei, tokiu būdu užtikrinant vaikų sveikatos būklės stebėsenos efektyvumo didinimą bei sveikatos netolygumų mažinimą. Bus parengta reikalinga teisinė bazė. Ši vieninga VSS IS veiks visose Lietuvos savivaldybėse, kuriose visuomenės sveikatos biurų specialistai bus aprūpinti kompiuterine įranga ir jiems bus praversti mokymai kaip dirbti su VSS IS.

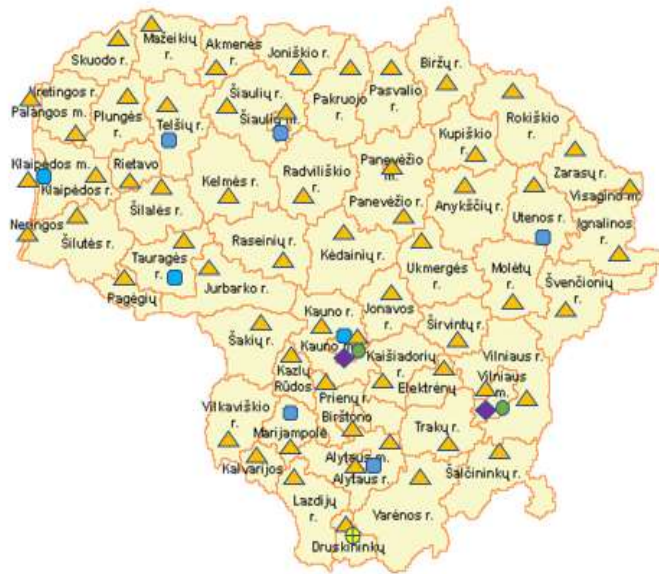
- Išplėtoti vaikų ir paauglių savižudybių bei patiriamo smurto veiksmų prevencijos galimybes bei pagerinti pagalbos prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Pagal parengtą ir patvirtintą programą bus apmokyti PSP specialistų komandos aukščiausiais savižudybių rodikliais pasižyminčiose Lietuvos apskrityse.

- Vaikams ir paaugliams palankių, kokybiškų ir veiksmingų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimas pagerinant vaikams ir paaugliams mokyklose teikiamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, vaikų traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių (sužalojimai, paskendimas, apsinuodijimai ir kt.) lemiamo mirtingumo profilaktiką tikslinėse teritorijose. **Iki 2019 m. apmokyta 160 sveikatos priežiūros specialistų ir parengtos 2 metodikos.**

- Bus parengtos ir įdiegtos į praktiką pozityvios tėvystės įgūdžių ir specialistų mokymo programos, susijusios su vaikais, turinčiais psichikos ir/ar raidos sutrikimus, bei įgyvendinti bandomieji projektai, siekiant sukurti, išbandyti ir įdiegti į praktiką naujus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius (regioninės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai, neišnešiotų naujagimių, turinčių raidos sutrikimų srityse), kurie vėliau galėtų būti integruoti į esamą psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistemą, taip pat planuojami specialistų apmokymai bei keliama tėvų/globėjų kompetencija. Tikslinės grupės – Lietuvos gyventojai (visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, tėvai, socialiniai darbuotojai ir sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių vaikų ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo bei medicininės reabilitacijos paslaugas vaikams, specialistai). **Iki 2019 m. parengta 1 metodika.**

Įgyvendinus minėtus projektus yra numatoma, kad **bus apmokyta ne mažiau kaip 2500 specialistų (projektų sutartyse suplanuota reikšmė), parengta ne mažiau kaip 18 metodikų.**

Investicijos į infrastruktūrą derinamos su ESF finansuojamomis priemonėmis, siekiant pagerinti vaikams ir paaugliams ligų profilaktikos paslaugų prieinamumą ir priimtumą.



Investicijos į universitetų ligoninių infrastruktūrą Kaune ir Vilniuje vaikų psichikos ir vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų ir sveikatos priežiūros paslaugų vaikams, turintiems psichikos ir (ar) vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų, prieinamumo ir kokybės gerinimo srityje: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutrikusios raidos ir funkcijų praradusiems vaikams užtikrinimą ir į Vaikų ligoninės, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialo, Vaiko raidos centro infrastruktūros atnaujinimą (naujų pastatų statyba).

2014–2020 m. ES fondų investicijos į VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo Vaikų ligoninės infrastruktūros efektyvesniam III lygio ambulatorinių ir stacionarių specializuotų paslaugų vaikams organizavimui ir teikimui reikalingos infrastruktūros Vilniaus mieste gerinimą (aprūpinimą medicinos įranga) ir į asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių specializuotas (antrinio ir (ar) tretinio lygio) viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, infrastruktūros modernizavimą VŠĮ Marijampolės ligoninę, VŠĮ Tauragės ligoninę, VŠĮ Regioninę Telšių ligoninę, VŠĮ Utenos ligoninę, VŠĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninę, VŠĮ Klaipėdos vaikų ligoninę, VŠĮ Kauno klinikinę ligoninę ir VŠĮ Respublikinę Šiaulių ligoninę (patalpų, susijusių su paslaugų teikimu vaikams rekonstrukcija ir remontas, reikalingos medicinos įrangos ir baldų įsigijimas).

Investicijos į universitetų ligoninių Vilniuje ir Kaune (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose) retų ligų kompetencijos centrų infrastruktūrą (patalpų, susijusių su paslaugų teikimu vaikams rekonstrukcija ir remontas, reikalingos medicinos įrangos įsigijimas).

Savivaldybėse investicijos infrastruktūrai skirtos vaikų ligų profilaktikos, prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos srityse: asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (statinių rekonstrukcija ir remontas, medicinos įrangos bei transporto priemonių įsigijimas).

Vaikų ligoninės, VUL Santaros klinikų filialo, Vaikų reabilitacijos skyriaus Druskininkų „Saulutės“ infrastruktūros atnaujinimas.

EFEKTYVIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO GERINIMAS NEĮGALIESIEMS

2014–2020 m. numatomų investicijų tikslas – gerinti neįgalių asmenų sveikatą, didinti jų funkcinį savarankiškumą ir socialinį aktyvumą, mažinti socialinės atskirties bei skurdo riziką sudarant efektyvią prieigą prie sveikatos priežiūros paslaugų. Šiam tikslui pasiekti ES struktūrinių fondų lėšos investuojamos tiek į kompleksines, tiek į tikslines priemones:

Neįgaliųjų sveikatos stiprinimas:

ESF investicijos:

bendruomenių ir nevyriausybinų organizacijų narių gebėjimų teikti priežiūros ir pagalbos paslaugas neįgaliesiems ir negalintiems apsitarnauti žmonėms namuose stiprinimas, taip pat bendruomenių ir nevyriausybinų organizacijų rėmimas sudarant ir įgyvendinant priežiūros ir pagalbos paslaugų neįgaliesiems ir negalintiems apsitarnauti žmonėms programas.

Investicijų krypties įgyvendinimo stebėsenos rodiklių pasiekimai suplanuoti projektų sutartyse:

Stebėsenos rodiklio kodas	Stebėsenos rodiklio pavadinimas	Matavimo vienetas	Tarpinė reikšmė 2018 m. gruodžio 31 d.	Galutinė reikšmė 2023 m. gruodžio 31 d.
P.N.621	„Asmenys, dalyvavę mokymuose, skirtuose sudaryti ir (arba) įgyvendinti priežiūros ir pagalbos paslaugų neįgaliesiems ir negalintiems savarankiškai apsitarnauti žmonėms programas“	Skaičius	0	50*

*planuojama pasiekti rodiklio reikšmė baigus įgyvendinti projektus.

Sveikatos priežiūros įstaigų fizinio prieinamumo pritaikymas neįgaliųjų specialiesiems poreikiams:

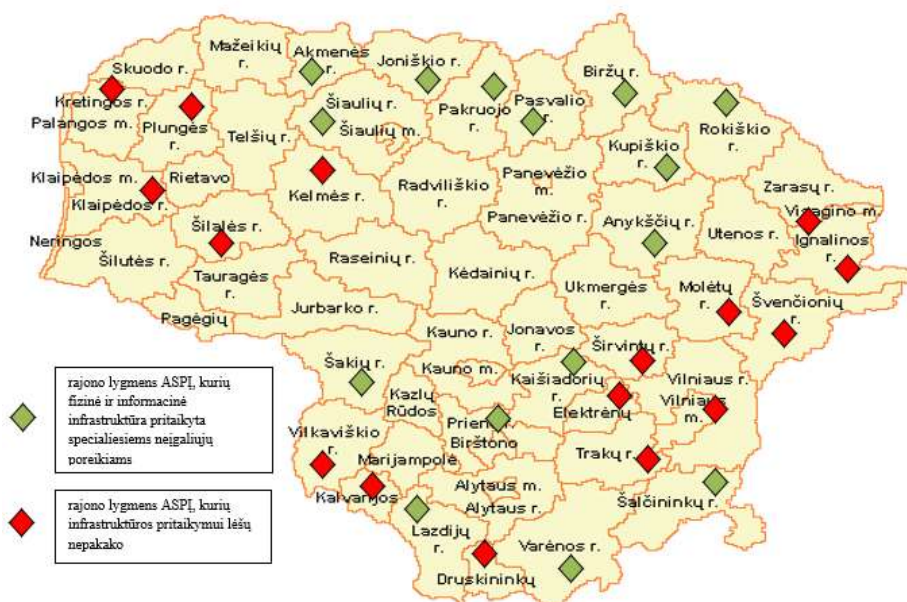
ERPF investicijos:

- **15 rajono lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigų** fizinė ir informacinė infrastruktūra pritaikyta specialiesiems neįgaliųjų poreikiams.
- **43 proc.** pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų fizinės ir informacinės infrastruktūra pritaikyta specialiesiems neįgaliųjų poreikiams (125 ASPI).
- numatoma ir toliau remti šalies sveikatos priežiūros įstaigas (visų pirma pirminės sveikatos priežiūros įstaigas ir likusias rajonines ligonines), kurios neturi finansinių galimybių pritaikyti fizinę, informacinę infrastruktūrą specialiesiems neįgaliųjų poreikiams. ES struktūrinių fondų lėšos bus skiriamos esminei infrastruktūrai įrengti, įrangai įsigyti, skirtai teikti ambulatorines paslaugas neįgaliesiems, bei priemonėms, gerinančioms sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą neįgaliesiems žmonėms.

Investicijų krypties įgyvendinimo stebėsenos rodiklių pasiekimai suplanuoti projektų sutartyse:

Stebėsenos rodiklio kodas	Stebėsenos rodiklio pavadinimas	Matavimo vienetas	Tarpinė reikšmė 2018 m. gruodžio 31 d.	Galutinė reikšmė 2023 m. gruodžio 31 d.
R.N.647	„Neįgalių pacientų, vertinančių fizinės ir informacinės aplinkos pritaikymo specialiesiems neįgaliųjų poreikiams lygį ES struktūrinę paramą gavusiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose gerai ir labai gerai, dalis“	Procentai	0	60*
P.S.363	„Viešasis sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius“	Skaičius	0	140

*rodiklio pasiekimo reikšmė bus nustatyta kai projektų vykdytojai per vienus kalendorinius metus po projekto finansavimo pabaigos atliks apklausą.



Burnos ertmės profilaktinės priežiūros ir odontologinės pagalbos prieinamumo gerinimas neįgaliesiems.

Įgyvendinamas **bandomasis projektas**, kuriuo numatoma gerinti odontologinės priežiūros paslaugas neįgaliesiems. Šio projekto tikslas – odontologinės priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo neįgaliesiems modelio išbandymas **tikslinėje teritorijoje, apimančioje Vilniaus r. ir Vilniaus m.**, ir jo sukūrimas.

ERPF investicijos:

- suformuotos **2 mobilios odontologų brigados** ir aprūpintos reikiama įranga.
- iki 2019 m. pabaigos **635 apsilankymai** pas pacientus. Numatoma, kad iki projekto pabaigos šiomis paslaugomis pasinaudos **800 pacientų**.

ESF investicijos:

- Iki 2019 m. pabaigos **apmokyti 383 specialistai** apie neįgalųjų ir pacientų, turinčių specialiųjų poreikių, burnos priežiūros ypatumus.
- Parengtas mobiliųjų ambulatorinių odontologinės priežiūros paslaugų neįgaliesiems teikimo tvarkos aprašas, parengtos mokymų programos specialistams ir metodinės prevencinės priemonės, neįgalųjų asmenų ir jų artimųjų mokymams burnos ligų profilaktikos temomis.
- baigus įgyvendinti projektą bus parengtos rekomendacijos dėl odontologinės priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo neįgaliesiems. Vadovaujantis rekomendacijoms, Sveikatos apsaugos ministerija parengs galutinį mobiliųjų ambulatorinių odontologinės priežiūros paslaugų neįgaliesiems teikimo tvarkos aprašą.



Investicijų krypties įgyvendinimo stebėsenos rodiklių pasiekimai suplanuoti projekto sutartyje:

Stebėsenos rodiklio kodas	Stebėsenos rodiklio pavadinimas	Matavimo vienetas	Tarpinė reikšmė 2018 m. gruodžio 31 d.	Galutinė reikšmė 2023 m. gruodžio 31 d.

R.N.601	„Pacientai, kuriems pagerinta paslaugų kokybė ir prieinamumas“	Asmenys	0	635*
P.S.363	„Viešasis sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose pagerinta paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius“	Skaičius	0	3
P.N.603	„Parengtos ir patvirtintos metodikos, tvarkos aprašai ir kiti dokumentai“	Skaičius	0	3

*pateiktas apsilankymų pas pacientus skaičius, unikalūs pacientai bus suskaičiuoti pabaigus projektą.

PRIKLAUSOMYBĖS NUO ALKOHOLIO BEI KITŲ PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ PREVENCIJOS, GYDYMO BEI SOCIALINĖS INTEGRACIJOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO DIDINIMAS

2014–2020 m. programavimo laikotarpiu šioje srityje numatytos kompleksinės investicijos, siekiant:

- įdiegti efektyvią ankstyvos intervencijos, priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyvių medžiagų prevencijos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos ir žemo slenksčio paslaugų teikimo integracijos sistemą;
- padidinti ankstyvosios intervencijos, specializuoto priklausomybių gydymo, socialinės integracijos bei žemo slenksčio paslaugų prieinamumą ir kokybę suaugusiems ir vaikams.

ERPF investicijomis:

1. Savivaldybių lygmeniu yra remiamas priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo kabinetų įrengimas (patalpų rekonstrukcija ir (ar) remontas, reikalingos įrangos įsigijimas) psichikos sveikatos centruose, asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Finansavimas skirtas 60 savivaldybių.

2. Siekiant prisidėti prie priklausomybės ligų gydymo sąlygų Lietuvoje gerinimo, numatytos investicijos Respublikinio priklausomybės ligų centro (RPLC) teikiamų priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų infrastruktūrai modernizuoti. Numatoma, kad bendras lovų skaičius Vilniaus ir Kauno filialuose padidės nuo 117 iki 121. RPLC, kaip biudžetinės įstaigos, projekto veiklų tęstinumą užtikrins pagrindinis finansavimo šaltinis - valstybės biudžeto, Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos, pajamos už mokamas paslaugas. Bus pagerinta Respublikinių priklausomybės ligų centrų teikiamų paslaugų kokybė ir jų prieinamumas pritaikant turimą infrastruktūrą priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo paslaugų teikimui 5 355 pacientams.

ESF investicijos:

1. Siekiant pagalbos nuo alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų priklausomiems asmenims efektyvaus organizavimo ir koordinavimo sistemos sukūrimo, būtina sąveika tarp atskirų motyvuojančių veiksmų, kaip pvz.: vaiko teisių apsaugos srityje dirbančios įstaigos, asmens sveikatos priežiūros įstaigos, vietos bendruomenės, teismo įpareigojimo gydytis priklausomybės ligas ir pan. Kuriam ir diegiama integruotos ankstyvosios diagnostikos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos sistema (toliau - integruota sistema), numatant sveikatos priežiūros įstaigų glaudų bendradarbiavimą su vaikų teisių apsaugos srityje dirbančiomis įstaigomis, seniūnijomis, socialinės paramos ir teisėsaugos įstaigomis ir NVO. **Siekiami rezultatai:** kokybinis dabartinės situacijos tyrimas, integruotos sistemos tvarkos aprašų parengimas 15-oje Lietuvos savivaldybių, integruotos sistemos diegimas 15-oje Lietuvos savivaldybių, visuomenės informavimo renginiai, įdiegtos integruotos sistemos vertinimo tyrimas, mokymai atvejo vadybos, motyvacinio interviu, intervizių vedimo, žemo slenksčio, priklausomybės nuo alkoholio ankstyvos diagnostikos, ankstyvojo alkoholio vartojimo rizikos įvertinimo, užkrečiamųjų ligų prevencijos temomis (**apmokyta daugiau kaip 3000 specialistų**), priklausomybės konsultantų rengimas (**parengta 120 specialistų**).

2. Savivaldybių lygmeniu taip pat remiama 10 „žemo slenksčio“ kabinetų, finansuojant kabinetų veiklos vykdymo išlaidas 3 metus nuo projekto įgyvendinimo pradžios. „Žemo slenksčio“ kabinetai finansuojami šiose savivaldybėse: Vilniaus, Kauno, Visagino, Švenčionių, Ukmergės, Kėdainių, Alytaus, Mažeikių, Klaipėdos ir Šiaulių. Tam reikalingas patalpų išlaikymas, vienkartinės priemonės, darbo užmokestis darbuotojams, aprūpinimas baldais, interneto prieiga bei kompiuterine įranga ir pan. „Žemo slenksčio“ kabinetų veiklos vykdymo išlaidos finansuojamos tose savivaldybėse, kuriose labiausiai paplitęs švirkščiamųjų narkotikų vartojimas. Remiant šiuo projektu vykdomą tikimasi valdyti ŽIV ir kitų užkrečiamųjų ligų riziką, konsultuojant klientus nukreipti juos į metadono programą. **Numatomas apsilankymų žemo slenksčio paslaugų kabinetuose skaičiaus padidėjimas 5 proc. iki 2023 m. Apsilankymai žemo slenksčio paslaugų kabinetuose skaičius 145 tūkst.**



★ 2014–2020 m. ES fondų investicijos į Respublikinio priklausomybės ligų centro Vilniaus, Kauno Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio filialų pastatus arba jų dalis, pagerinti negalią turinčių asmenų patekimą į patalpas, taip pat įsigyti naują įrangą bei baldus.

▲ Savivaldybėse įrengti priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo kabinetai (patalpų rekonstrukcija ir (ar) remontas, reikalingos įrangos įsigijimas) psichikos sveikatos centruose, asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

■ Savivaldybės, kuriose finansuojamos „žemo slenkščio“ kabinetų veiklos vykdymo išlaidos.

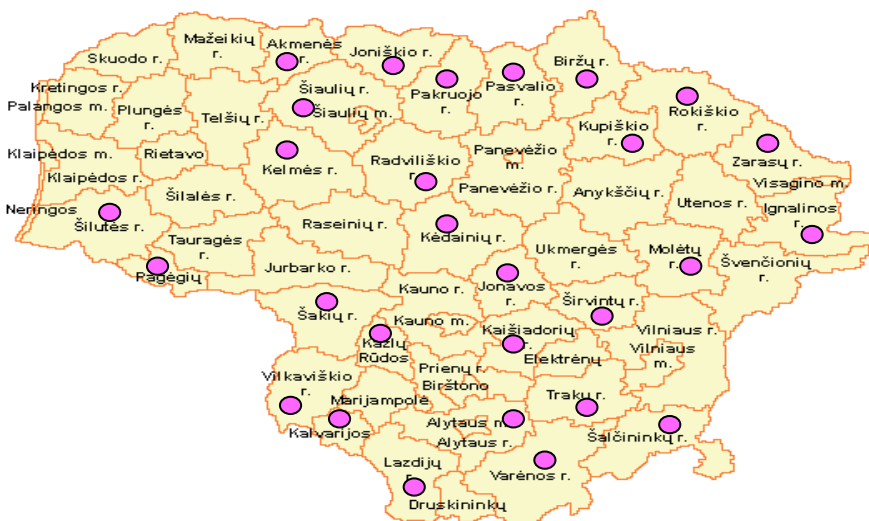
● Savivaldybės, prisijungusios prie Integruota ankstyvosios diagnostikos, priklausomybių gydymo ir socialinės pagalbos sistema padidins asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų prieinamumą ir kokybę asmenims, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis, socialinės rizikos šeimoms ir jose gyvenantiems vaikams mažinant jų socialinę atskirtį

SERGAMUMO IR PIRMALAIKIO MIRTINGUMO NUO ONKOLOGINIŲ LIGŲ MAŽINIMAS

2014–2020 m. programavimo laikotarpiu šioje srityje numatytos kompleksinės investicijos, siekiant:

- padidinti pirminės profilaktikos ir rizikos veiksnių valdymo priemonių prieinamumą ir efektyvumą tikslinių savivaldybių gyventojams;
- padidinti atrankinės patikros programų efektyvumą;
- plėtoti inovatyvius paslaugų teikimo modelius, diagnostikos ir gydymo metodus;
- gerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę.

Išskirtos tikslinės savivaldybės **onkologinių ligų srityje**. Iš viso 28 tikslinėse savivaldybėse bendras gyventojų (tikslinės grupės) skaičius – 694,8 tūkst.



Investicijų rezultatai

ESF investicijomis finansuojami 28 tikslines savivaldybes apimantys projektai, skirti sveikatos ugdymo priemonių, tikslingai nukreiptų į pagrindinių onkologines ligas lemiančių rizikos veiksnių poveikio mažinimą, įgyvendinimui. Tikslinių grupių asmenims organizuoti sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo, informaciniai ir (ar) šviečiamieji renginiai, mokymai ir pan. **Projektus tikslinėse savivaldybėse įgyvendina visuomenės sveikatos biurai ir savivaldybių administracijos.**

ERPF investicijomis finansuojami 28 tikslinėse savivaldybėse viešąsias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros modernizavimo projektai: statinių ir (ar) patalpų rekonstrukcija ir (ar) remontas, reikiamos medicinos įrangos pagal šeimos gydytojo normą įsigijimas, taip pat baldų, tikslinių transporto priemonių, skirtų pacientams lankyti bei paslaugas teikti namuose, įsigijimas. Investicijos skirtos stiprinti tikslinėse savivaldybėse paplitusių onkologinių susirgimų prevenciją, todėl įsigijama įranga, reikalinga onkologinių susirgimų profilaktikai ir ankstyvajai diagnostikai, pvz., ginekologinės kėdės, kraujo analizatoriai, šlapimo analizatoriai. Taip pat įsigijama kompiuterinė ir programinė įranga su galimybe prisijungti prie e. sveikatos sistemos

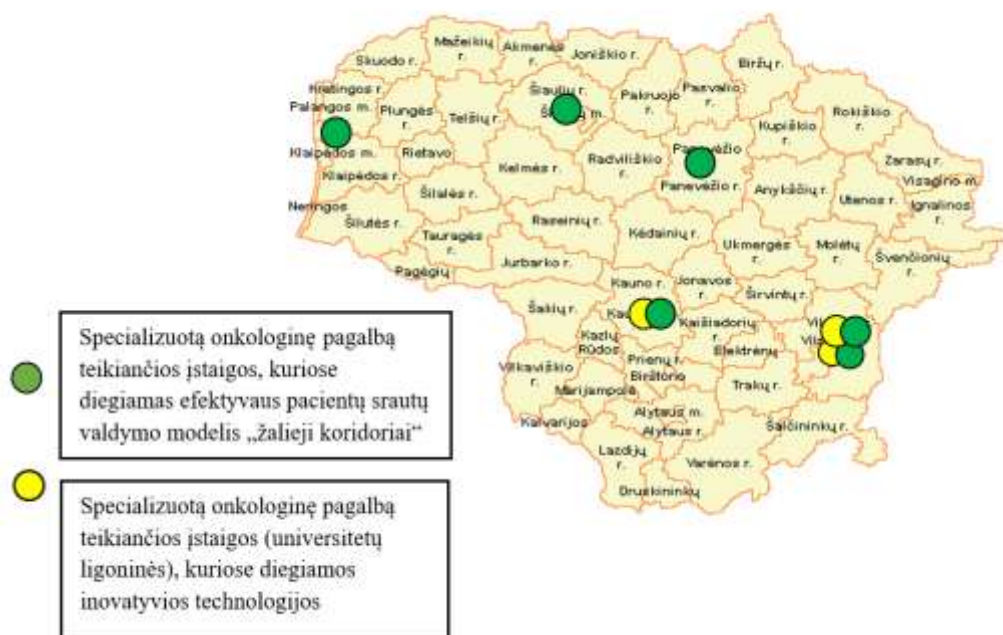
Siekiant sumažinti gyventojų mirtingumą bei negalią nuo gimdos kaklelio, krūties ir storosios žarnos vėžio ir pagerinti ankstyvąją diagnostiką ES fondų lėšomis finansuojamos atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų efektyvumo didinimo priemonės.

ESF investicijomis finansuojami pasirengimo koordinuoti atrankinės patikros programų įgyvendinimą projektai: kokybės užtikrinimo ir kokybės kontrolės reikalavimų parengimas, sveikatos priežiūros specialistų mokymai, informacijos sklaida ir tikslinių grupių asmenų švietimas, bandomoji Rytų regiono (VUL Santaros klinikos) bei Vidurio ir vakarų regiono (LSMUL Kauno klinikos) koordinavimo centrų (toliau – koordinavimo centrai) veikla.

ERPF investicijomis:

- sukurama atrankinės koordinavimo centrų infrastruktūra: patalpų rekonstrukcija / remontas, baldų, kompiuterinės technikos ir programinės įrangos įsigijimas;
- modernizuojama daugiausiai atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos paslaugų teikiančių gydymo įstaigų (Respublikinės Panevėžio ligoninės, LSMUL Kauno klinikų, Respublikinės Šiaulių ligoninės, Kauno miesto poliklinikos, Nacionalinio vėžio instituto, Centro poliklinikos ir Šeškinės poliklinikos) infrastruktūra – nupirkta 10 modernių skaitmeninių mamografų.

Žemėlapyje pateiktas 6-ių specializuotą onkologinę pagalbą teikiančių ASPĮ, kuriose diegiamas efektyvus pacientų srautų valdymo modelis bei inovatyvūs diagnostikos ir gydymo metodai, tinklas.



ESF investicijomis bus sukurtas ir įdiegtas į praktiką efektyvus pacientų srautų valdymo modelis, užtikrinantis, kad būtų laiku suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos asmenims, kuriems pirmą kartą įtarta onkologinė liga (žaliasis koridorius). Numatoma parengti reikalavimus, apmokyti specialistus, įgyvendinti bandomąją veiklą. Šis modelis bus įdiegtas šalyje veikiančiose 6-iose specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose įstaigose.

ERPF investicijos skirtos modernios, inovatyvios medicinos įrangos įsigijimui universitetų ligoninėse:

Specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios ASPI	Įsigyta / numatyta įsigyti med. įranga	Patalpų įrengimas, atnaujinimas
Nacionalinis vėžio institutas	Spindulinės terapijos paslaugų plėtrai skirta įranga: linijinis greitintuvas su spindulinio gydymo procedūros vaizdinimo ir valdymo sistema; tūrinės dozimetrijos sistema; Inovatyvių diagnostikos ir gydymo metodų įdiegimui skirta įranga: magnetinio rezonanso tomografo ir ultragarso vaizdų tapatinimo (suliejimo) sistema, tracheolaringinė aukšto dažnio ventiliacijos sistema.	
Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Inovatyvių diagnostikos ir gydymo metodų įdiegimui skirta įranga: multipleksinis vaizdinimo magnetinio rezonanso tomografijos aparatas, minimaliai invazinės ir hibridinės išmanios chirurgijos integracinė sistema su daugiafunkcinės patikros ir kontrolės priemonėmis, optinis koherentinis tomografas su angiografijos funkcija ir kt.	
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Spindulinės terapijos paslaugų plėtrai skirta įranga: linijinis greitintuvas (komplektas). Inovatyvių diagnostikos ir gydymo metodų įdiegimui skirta įranga: gama peilis, ciklotronas, karštosios kameros ir kita įranga.	Pastatytas radiacinės saugos reikalavimus atitinkantis pastatas, skirtas gama peilio instaliavimui, pacientų gydymui bei personalo darbui. Pastato, kuriame bus instaliuotas ciklotronas ir gaminami radiofarmaciniai preparatai pozitronų emisijos tomografams, statyba.

Onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybės gerinimas.

ESF investicijomis finansuojamas psichologinės ir socialinės pagalbos teikimas onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims (psichologo konsultacijos, savitarpio pagalbos grupių užsiėmimai, užsiėmimai regionuose, renginiai, specialistų mokymai ir kt.). Projektus įgyvendina nevyriausybinės organizacijos. Numatomas psichologinę ir socialinę pagalbą suteikti **ne mažiau nei 100 onkologinėmis ligomis sergančių asmenų**.

Investicijų krypties įgyvendinimo stebėsenos rodiklių pasiekimai*:

Rodiklis	Matavimo vienetas	Pradinė reikšmė 2012 m.	2013 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	Siektina reikšmė 2023 m.
Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo piktybinių navikų	Atvejų skaičius 100000 gyv.	91,85	96,8	96,5	99,7	99,2	93,8	92,4	78
Didžiausiais sveikatos ir jos priežiūros prieinamumo netolygumais pasižyminčiuose regionuose	Procentai	15		20	19	20	21	23	35

gyvenančių asmenų, dalyvaujančių prevencinėse programose, dalis									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Projektų veiklos pradėtos įgyvendinti 2017-2018 m., todėl įtakoti rodiklių pasiekimo dar negalėjo. Tačiau kompleksiskai vykdant ESF ir ERPF finansuojamas veiklas numatomas poveikis po projektų įgyvendinimo.

SPECIALISTŲ PRITRAUKIMAS SVEIKATOS NETOLYGUMAMS MAŽINTI

Siekiant mažinti sveikatos netolygumus tarp Lietuvos regionų bei gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą gyventojams 2014–2020 m. laikotarpiu ES fondų investicijos nukreiptos į reikalingų sveikatos specialistų pritraukimą į didžiausiais sveikatos ir kitų sveikatos paslaugų teikimui būtinų specialistų netolygumais tarp tikslinių gyventojų grupių pasižyminčių šalies regionų sveikatos priežiūras įstaigas.

ES investicijomis finansuojamos kardiologų, neurologų, šeimos gydytojų ir pulmonologų rezidentūros studijos. Projekte dalyvavę ir rezidentūros studijas baigę specialistai ar šeimos gydytojai asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, nurodytoje rezidentūros finansavimo sutartyje įsipareigoja dirbti ne trumpiau kaip dvejus metus.

Gydytojų pulmonologų rezidentūros studijos finansuojamos šioms sveikatos priežiūros įstaigoms – Tauragės ligoninė, Respublikinė Šiaulių ligoninė, Pakruojo ligoninė, Kelmės ligoninė, Mažeikių ligoninė, Kretingos ligoninė, Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė.

Gydytojų kardiologų rezidentūros studijos finansuojamos šioms sveikatos priežiūros įstaigoms – N. Akmenės ligoninė, Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, Anykščių ligoninė, Joniškio ligoninė, Kalvarijos ligoninė, Lazdijų ligoninė, Molėtų ligoninė, Pasvalio ligoninė, Pakruojo ligoninė, Radviliškio ligoninė, Raseinių ligoninė, Rokiškio ligoninė, Šalčininkų ligoninė, Šakių ligoninė, Švenčionių ligoninė, Tauragės ligoninė, Trakų ligoninė, Ukmergės ligoninė, Varėnos ligoninė, Zarasų ligoninė.



Šeimos gydytojų rezidentūros studijos finansuojamos šioms savivaldybėms – Akmenės raj. savivaldybė, Birštono savivaldybė, Joniškio raj. savivaldybė, Kalvarijos savivaldybė, Molėtų raj. savivaldybė, Pagėgių savivaldybė, Pasvalio raj. savivaldybė, Pakruojo raj. savivaldybė, Rokiškio raj. savivaldybė, Šalčininkų raj. savivaldybė, Šilutės raj. savivaldybė, Trakų raj. savivaldybė, Vilkaviškio raj. savivaldybė.

Gydytojų neurologų rezidentūros studijos finansuojamos šioms sveikatos priežiūros įstaigoms – N. Akmenės ligoninė, Anykščių ligoninė, Biržų ligoninė, Elektrėnų ligoninė, Joniškio ligoninė, Kaišiadorių ligoninė, Kalvarijos ligoninė, Kelmės ligoninė, Molėtų ligoninė, Pasvalio ligoninė, Pakruojo ligoninė, Rokiškio ligoninė, Šalčininkų ligoninė, Šilutės ligoninė, Švenčionių ligoninė, Tauragės ligoninė, Trakų ligoninė, Vilkaviškio ligoninė, Zarasų ligoninė.



Investicijų krypties įgyvendinimo stebėsenos rodiklių pasiekimai

Stebėsenos rodiklio pavadinimas	Matavimo vienetas	Pasiekimo reikšmė 2019 m.	Planuojama pasiekti reikšmė iki finansavimo pabaigos
„Asmenys, kurie dalyvavo ESF veiklose, skirtose rezidentūrai“	Skaičius	18	34
„Asmenų, kurie po dalyvavimo ESF veiklose baigė rezidentūros studijas, dalis“	Procentai	53	85
„Rezidentūros studijas pabaigę asmenys, kurie mažiausiai 2 metus dirbo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tikslinėse teritorijose“	Skaičius	0	21

Iki 2019 m. pabaigos projekte dalyvaujančių gydytojų rezidentų skaičius siekia 19 asmenų. 4 iš jų studijuoja šeimos mediciną, 7 – kardiologiją, 3 – neurologiją ir 5 – pulmonologiją.