



Kuriame  
Lietuvos ateitį  
2014–2020 metų  
Europos Sąjungos  
fondų investicijų  
veiksmų programa



Lietuvos Respublikos  
sveikatos apsaugos ministerija



**Projekto „Sveikatos srities viešojo valdymo institucijų efektyvumo ir gebėjimų tobulinimas,  
diegiant įrodymais grįsto valdymo priemones“**

**Nr. 10.1.1-ESFA-V-912-01-0010**

## **AMBULATORINIŲ IR STACIONARINIŲ SLAUGOS PASLAUGŲ PLĖTROS POREIKIO PROBLEMOS ĮRODYMŲ APŽVALGA**

Vilnius, 2019 m.

---

**Rengėjai:**

UAB „EVS Group“;

Higienos institutas;

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

**Autoriai:**

Dr. Sigita Burokienė (Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, KLinikinės medicinos institutas);

Prof. dr. Rimantė Čerkauskienė (Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, KLinikinės medicinos institutas);

Prof. dr. Sigita Lesinskienė (Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas, KLinikinės medicinos institutas);

Vincentas Liuima (Higienos institutas);

Dr. Laura Nedzinskienė (Higienos institutas);

Dr. Rima Vaitkienė (Higienos institutas);

Dr. Rolanda Valintėlienė (Higienos institutas).

**Finansavimas**

Įrodymų apžvalgos „Ambulatorinių ir stacionarinių slaugos paslaugų plėtros poreikio problemos“ rengimas finansuojamas iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų projekto Nr. 10.1.1-ESFA-V-912-01-0010 „Sveikatos srities viešojo valdymo institucijų efektyvumo ir gebėjimų tobulinimas, diegiant įrodymais grįsto valdymo priemones“ lėšų.

## TURINYS

SANTRUMPOS.....	4
PAGRINDINĖS SĄVOKOS.....	5
SANTRAUKA.....	6
1. PROBLEMA. NEPAKANKAMAS SLAUGOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS.....	9
1.1. Situacijos analizė.....	9
1.1.1. Palaikomojo gydymo ir slaugos (stacionarinės) paslaugos .....	9
1.1.2. Slaugos paslaugos namuose.....	11
1.1.3. Ilgalaikės priežiūros paslaugos namuose .....	11
1.2. Galimos problemos priežastys.....	12
1.2.1. Senėjanti visuomenė .....	12
1.2.2. Nepakankamas finansavimas .....	13
1.2.3. Slaugos specialistų trūkumas / nepakankamos kompetencijos.....	15
1.2.4. Žemas ilgalaikių integruotų paslaugų prieinamumas.....	16
2. PROBLEMOS SPRENDIMO PASIRINKIMAI.....	18
2.1. Pirmas pasirinkimas. Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose plėtra.....	18
2.2. Antras pasirinkimas. Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo įdiegimas Lietuvoje.....	23
3. ĮGYVENDINIMO APLINKYBĖS.....	28
4. LITERATŪRA.....	33
5. PRIEDAI.....	36

## SANTRUMPOS

ADL	– Pagrindinės kasdienio gyvenimo veiklos (angl. <i>basic activities of daily living</i> );
ASPĮ	– Asmens sveikatos priežiūros įstaiga;
ASPN	– Ambulatorinės slaugos paslaugos namuose;
EBPO	– Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (angl. <i>The Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD</i> );
ECOFIN	– Europos Sąjungos Ekonomikos ir finansų reikalų taryba;
EQLS	– Europos gyvenimo kokybės tyrimas (angl. <i>European Quality of Life Survey</i> );
ES	– Europos Sąjunga;
EU-SILC	– Europos Sąjungos statistikos duomenys apie pajamas ir gyvenimo sąlygas (angl. <i>European Union Statistics on Income and Living Conditions</i> );
IADL	– Instrumentinės kasdienio gyvenimo veiklos (angl. <i>instrumental activities of daily living</i> );
LR SAM	– Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija;
LR SADM	– Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija;
LRV	– Lietuvos Respublikos Vyriausybė;
LSD	– Lietuvos statistikos departamentas;
ILP	– Ilgalaikė priežiūra (angl. <i>Long term care</i> );
IP	– Integruota pagalba;
JK	– Jungtinė Karalystė;
NDNT	– Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos;
NST	– Nacionalinė sveikatos taryba;
PSDF	– Privalomojo sveikatos draudimo fondas;
PILPD	– Privalomasis ilgalaikės priežiūros draudimas;
PSO	– Pasaulio sveikatos organizacija;
SSS	– Sveikatos sąskaitų sistema (angl. <i>System of Health Accounts</i> );
TLK	– Teritorinė ligonių kasa;
VGK	– Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė;
VLK	– Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

## PAGRINDINĖS SĄVOKOS

**Ilgalaikė priežiūra** (angl. *long term care*) – tai slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kurias teikiant asmeniui, tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra. Ilgalaikė priežiūra taikoma, kai nustatomas tokių paslaugų poreikis asmeniui (šeimai) [1].

**Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos** apima gydymo, slaugos, kitas minimalias sveikatos būklės palaikymo paslaugas / priemones bet kurio amžiaus žmonėms, sergantiems lėtinėmis ligomis, neįgaliesiems ir kitiems pacientams, kai yra aiški ligos diagnozė ir nereikalingas aktyvus gydymas bei kontraindikuotina medicininė rehabilitacija. Pacientai hospitalizuojami, kai nustatyta galutinė diagnozė ir nereikia tirti papildomai [2].

**Slaugos paslaugos namuose** – tai asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientų namuose, siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą, tęstinumą, tenkinant paciento slaugos poreikius namų sąlygomis, skatinant paciento savirūpą bei gerinant paciento gyvenimo kokybę. Teikdamas slaugos paslaugą namuose, slaugytojas atlieka injekcijas, lašinės prijungimą, priežiūrą ir lašinę infuziją kateteriu; paima kraują, šlapimą ir kt. laboratoriniams tyrimams; atlieka elektrokardiogramą, žaizdų priežiūrą, pragulų profilaktiką ir priežiūrą, dirbtinių kūno angų priežiūrą (stomų priežiūrą), enterinį maitinimą ir kt. [3].

**Integrali pagalba** – tai į žmones orientuota (angl. *people centered*) pagalba, todėl pagrindinis siekis – užtikrinti asmeniui geresnę sveikatos priežiūros patirtį, pagerinti gyvenimo kokybę, saugumą, konstruoti pagalbą koprodukcijos principu, apjungiant formalios ir neformalios pagalbos teikėjus [4].

## SANTRAUKA

### PROBLEMA. NEPAKANKAMAS SLAUGOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS

**Situacijos analizė.** ES šalių Lietuva yra greičiausiai senėjanti šalis, todėl didėja sveikatos priežiūros paslaugų senyvo amžiaus žmonėms poreikis. LRS patvirtintuose strateginiuose dokumentuose numatyta daugiau sveikatos priežiūros paslaugų teikti arčiau gyvenamosios vietos, integruoti slaugos ir socialinės globos paslaugas, didesniai asmenų skaičiui teikti ambulatorines slaugos paslaugas, nuosekliai didinant ambulatorinių slaugos paslaugų, teikiamų pacientams namuose, skaičių. 2013- 2017 m. slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius Lietuvoje didėjo 18 proc., 2017 m. 1000 gyv. siekė 2,1. Numatytas 3/1000 gyv. slaugos lovų skaičius pasiektas tik Utenos apskrityje. Tuo tarpu EBPO šalyse 1000 gyv., vyresnių negu 65 metų, tenka vidutiniškai 50 ilgalaikės slaugos ir gydymo lovų, daugiausiai – Olandijoje (87 lovos), mažiausiai – Turkijoje (8 lovos). Ambulatorinės slaugos paslaugos namuose Lietuvoje teikiamos nuo 2008 m. jų teikimas derinamas su socialinių paslaugų teikimu.

#### Galimos problemos priežastys:

**1. Senėjanti visuomenė.** Iššūkis – užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą senyvo amžiaus žmonėms. 2019 m. pradžioje Lietuvoje vyresni nei 65 m. asmenys sudarė 19 proc. gyventojų. Prognozuojama, kad 2050 m. kas trečias ES gyventojas bus virš 65 metų amžiaus, o vyresnių nei 80 metų amžiaus žmonių grupė padvigubės – nuo 5,3 proc. padidės iki 10,9 proc., o Lietuvoje išaugs beveik 3 kartus. Lietuvoje prie spartaus visuomenės senėjimo prisidėjo papildomas veiksnys – darbingo amžiaus žmonių emigracija. Dėl poliligtumo vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonių skaičius bendro tipo ligoninėse yra daug didesnis nei bet kurio kito amžiaus tarpsnio žmonių, jie yra pagrindiniai slaugos ligoninių bei globos įstaigų paslaugų vartotojai.

**2. Nepakankamas finansavimas.** Lietuvoje 2017 m. išlaidos sveikatai 1 gyventojui sudarė apie pusę vidutinių ES išlaidų sveikatai vidurkio (ES 28 – 2773 Eur pagal perkamosios galios paritetą (PGP), Lietuvoje – 1463 Eur PGP), o BVP dalis, skirta sveikatos priežiūrai, – 6,3 proc., kai vidutiniškai ES 28 buvo skiriama 9,6 proc. nuo BVP. Siekiant efektyviai reaguoti į senėjančios visuomenės ir didėjančių lėtinių ligų iššūkius bei poreikius reikia plėtoti tęstinę ir koordinuotą priežiūrą už ligoninės ribų. Lietuvoje tarp visų sveikatos išlaidų išlaidos ilgalaikiai priežiūrai gerokai mažesnės (8 proc.) negu ES 28 (13 proc.).

**3. Slaugos specialistų trūkumas ir nepakankamos kompetencijos.** Lietuvoje įvardintos slaugos problemos, slaugytojų skaičius 1000 gyv., Lietuvoje yra nepakankamas ir ženkliai atsilieka nuo ES vidurkio: 2016 m. praktikuojančių slaugytojų skaičius 1000 gyv. ES 28 – 8,4; Lietuvoje – 6,7. Danijoje, Suomijoje, Šveicarijoje apie trečdalis slaugytojų yra „asocijuoti profesionalai“, t. y. slaugytojai su žemesniu kvalifikacijos lygiu. Nuo 2000 m. Danijoje ir Šveicarijoje didžiausias slaugytojų skaičiaus augimas vyko „asocijuotų profesionalų“ dėka.

**4. Žemas ilgalaikių integruotų paslaugų prieinamumas.** Vyresnio amžiaus žmonių poliligtumas ir problemų ilgalaikiškumas bei kompleksškumas reikalauja visų paslaugų koordinavimo arba

integravimo. Lietuvoje ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimas reglamentuotas. Integralios plėtros (pagalbos) programa vykdoma nuo 2013 m., patvirtintas Integralios pagalbos plėtros veiksmų planas 2016–2019 metams.

### **GALIMI PROBLEMOS SPRENDIMO PASIRINKIMAI**

#### **I pasirinkimas. Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose plėtra.**

##### **Galimybės:**

1) Tenkinant vartotojų ir jų artimųjų lūkesčius plėtoti integruotas slaugos ir socialines paslaugas namuose, užtikrinti ilgalaikį šių paslaugų teikimą, jų koordinavimą ir tęstinumą

(tenkinami vartotojų lūkesčiai, nes dauguma žmonių prioritetą teikia ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose teikimui. Socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas paciento namuose bei jų integracija užtikrina pagalbos koordinavimą, paslaugų tęstinumą bei padeda išvengti paslaugų fragmentiškumo ir / arba išteklių naudojimo dubliavimo. Integruotas slaugos ir socialinių paslaugų teikimas potencialiai gerina vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę).

2) Rengti žemesnio išsilavinimo slaugytojas ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose teikimui dirbant komandoje;

3) Plėtojant integruotas priežiūros paslaugas diegti atvejo vadybos modelį (Daugiadalykė atvejo vadyba efektyvi paslaugų koordinavimui, pacientų poreikių vertinimui, priežiūros plano vykdymui, sumažina institucinės ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikį. Žemesnio išsilavinimo slaugytojai, teikiantys ILP paslaugas namuose gali kompensuoti augantį slaugytojų trūkumą).

4) Įdiegti integruotų slaugos ir socialinių paslaugų (arba ilgalaikės priežiūros paslaugų) kokybės vertinimo sistemą (Kokybinis ILP paslaugų vertinimas užtikrina efektyvesnę priežiūrą ir racionalų išteklių panaudojimą).

5) Skatinti integruotų slaugos ir socialinių paslaugų (arba ilgalaikės priežiūros paslaugų) teikėjų įvairovę (Paslaugų teikėjų įvairovė pagerina paslaugų prieinamumą, didina konkurenciją ir vartotojų galimybę rinktis).

6) Sukurti ir įdiegti psichologinės, socialinės ir edukacinės pagalbos sistemą neformaliems paslaugų teikėjams (Psichologinė, socialinė ir edukacinė pagalba neformaliems paslaugų teikėjams pagerina neformalių ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybę ir sumažina našta artimiesiems).

##### **Grėsmės:**

1) Didėja administracinė našta, nes ilgalaikės priežiūros paslaugų koordinavimui gali būti steigiamos institucijos ir naujos pareigybės.

#### **II pasirinkimas. Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo įdiegimas Lietuvoje**

##### **Galimybės:**

1) Pasirinkti ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo ir finansavimo modelį, siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir jų apmokėjimą iš Valstybinio privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo fondo biudžeto. (Manoma, kad privatus ilgalaikės priežiūros draudimas dažnai sprendžia tik dalį problemų, todėl

siūlomas mišrus, t. y. viešasis ir privatus ilgalaikės priežiūros draudimas. Ilgalaikės priežiūros paslaugų apmokėjimas iš valstybinio privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo lėšų yra daug efektyvesnis nei iš privataus draudimo fondų. Pagerina slaugos ir ILP paslaugų prieinamumą. Viešojo sektoriaus finansai labiau nukreipiami į mažas pajamas turinčius asmenis. Finansavimo schemas padeda tinkamai organizuoti ir finansuoti ilgalaikės priežiūros bei atsižvelgti į poreikių lygmenį).

2) Derinti dalijimąsi sąnaudomis (t. y. priemokas) su subsidijomis mažas pajamas turintiems gyventojams. (Priemokų sistema leidžia išvengti perteklinio paslaugų vartojimo. Priemokos reikalingos siekiant išvengti per didelio paslaugų naudojimo).

3) Finansuoti neformalią priežiūrą siekiant sumažinti formalios priežiūros našta biudžetui. (Neformalios priežiūros finansavimas vaidina svarbų vaidmenį, mažindamas formalios priežiūros našta biudžetui).

4) Sudaryti pasirinkimo galimybes ilgalaikės priežiūros paslaugų vartotojams ir jų artimiesiems gauti formalią ar neformalią ilgalaikę priežiūrą pasirenkant išmokas ir / ar paslaugas (Daugelyje pasaulio šalių finansuojama neformali priežiūra. Paslaugų vartotojai ir jų artimieji turi pasirinkimo galimybę gauti formalią ar neformalią ilgalaikę priežiūrą su finansine išmoka bei paslaugomis).

5) Diegti į praktiką ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikio planavimo ir jų finansavimo modeliavimo metodus. (Poreikio ir finansų planavimas pritaikant gerąsias praktikas, mokslo įrodymais pagrįstas metodikas ir modelius).

#### **Grėsmės:**

1) Didėja mokesstinė našta gyventojams. (Olandijoje, Šveicarijoje, Vokietijoje ilgalaikė priežiūra apmokama Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo lėšomis. Daugelyje Vakarų Europos šalių veikia priemokų už ilgalaikės priežiūros paslaugas sistemos. Daugelyje šalių pasaulyje finansuojama neformali priežiūra).

2) Gali didėti administracinė našta dėl naujo privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo mokesčio administravimo.

3) Gali didėti išlaidos ilgalaikės priežiūros paslaugų ir jų finansavimo modeliavimo metodų taikymui praktikoje (Daugelyje šalių pasaulyje ilgalaikės priežiūros paslaugų ir jų finansavimo poreikis prognozuojamas taikant modeliavimo metodus bei planuojamas pritaikant kitų šalių geras praktikas).



# 1. PROBLEMA. NEPAKANKAMAS SLAUGOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS

## 1.1. Situacijos analizė

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2019 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 552 883 asmenys vyresni nei 65 m. (19 proc. šalies gyventojų) [5]. Tikėtina, kad 2050 m. pradžioje Lietuvoje net 28,5 proc. gyventojų bus vyresni nei 65 m. amžiaus. Prognozuojama, kad šimtui 15-64 metų gyventojų teks 52 vyresnio amžiaus žmonės [6]. Tokie demografiniai pokyčiai padidins jau esamą sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugoms poreikį [4].

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje numatyta užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius. Strategijoje numatyti siekiai mažinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo skirtumus šalyje, sudaryti galimybes gauti paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, gerinant Pirminės sveikatos priežiūros įstigų infrastruktūrą. Numatoma decentralizuotai teikti sveikatos priežiūros paslaugas, kurioms teikti nereikia sudėtingos technologinės įrangos, ir tokias paslaugas teikti sveikatos priežiūros įstaigose arčiau paciento gyvenamosios vietos. Taip pat numatoma plėtoti slaugos paslaugas savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ASPJ), integruoti slaugos ir socialinės globos paslaugas pagal pacientų poreikius [7].

Lietuvos demografijos, migracijos ir integracijos politikos 2018–2030 metų strategijoje [8] tarp kitų tikslų ir uždavinių numatyta pagerinti vyresnio amžiaus asmenų sveikatos priežiūros kokybę ir paslaugų prieinamumą. Strategijoje numatyta didesniai asmenų skaičiui teikti ambulatorines slaugos paslaugas, nuosekliai didinant ambulatorinių slaugos paslaugų, teikiamų pacientams namuose skaičių, didinant finansavimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšų. Taip pat numatoma plėsti integruotų slaugos ir socialinių paslaugų namuose teikimą.

### 1.1.1. Palaikomojo gydymo ir slaugos (stacionarinės) paslaugos

Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas Lietuvoje reglamentuoja keletas teisės aktų.

Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos apmokamos iš PSDF biudžeto, bet ne daugiau kaip 120 dienų per metus vienam asmeniui [9]. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugą teikia: gydytojas, slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, socialinis darbuotojas, masažuotojas, kineziterapeutas ar kineziterapeuto padėjėjas [9]. 2018 m. Lietuvoje slaugos ir palaikomojo gydymo stacionarinės paslaugos buvo teikiamos 98 ASPJ, paliatyvosios pagalbos stacionarines paslaugas pagal sutartis su Teritorinėmis ligonių kasomis (TLK) teikė 64 ASPJ. 2018 m. iš PSDF apmokamas Slaugos ir palaikomojo gydymo stacionarinės paslaugas gavo 31 420 asmenys (lyginant su 2017 m. pacientų skaičius išaugo 1 proc., suteikta paslaugų už 53,6 mln. Eur, PSDF), paliatyvosios pagalbos stacionarines paslaugas gavo 2028 asmenų (suteikta paslaugų už 5,88 mln.Eur, PSDF) [10].

Remiantis Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VLK) duomenimis, 2017 m. II pusmetį – 2018 m. I pusmetį Lietuvoje 1000 gyventojų teko 573 slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų lovadieniai bei 52 paliatyvosios pagalbos lovadieniai. Paslaugų vartojimo rodikliai atskirose

savivaldybėse labai netolygūs, pvz. Vilniaus TLK veiklos zonoje daugiausiai slaugos ir palaikomojo gydymo stacionarinių paslaugų teko Alytaus rajono savivaldybės gyventojams – 1032,8 lovadieniai/1000 gyventojų, mažiausiai – Vilniaus miesto gyventojams – 392,7 lovadieniai / 1000 gyventojų [10]. Per paskutinius penkerius metus Lietuvoje slaugos lovų skaičius padidėjo 18 proc. 2017 m. Lietuvoje buvo registruota 6004 stacionarinės slaugos lovos, t. y. 2,1 / 1000 gyventojų.

**1 lentelė.** Lovų ASP] skaičiaus pokyčiai 2013–2017 m. [11]

Metai	Lovų skaičius					Lovų skaičius / 10 000 gyventojų				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Lovų skaičius</b>	26604	26296	25385	24755	24552	90,4	90	87,9	86,9	87,4
<b>Iš jų:</b>										
<b>Slaugos ir palaikomojo gydymo</b>	5066	5120	5120	5562	6004	17,2	17,5	17,8	19,5	21,4
<b>Slaugos ir palaikomojo gydymo, proc.</b>	19,0	19,5	20,2	22,5	24,5	-	-	-	-	-

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) šalių ilgalaikės priežiūros (ILP) lovų skaičiaus vidurkis 50 lovos / 1000 vyresnių nei 65 metai asmenų skaičiui, daugiausiai ilgalaikės slaugos ir gydymo lovų 1000 vyresnių nei 65 m. gyventojų yra Olandijoje – net 87 lovos, mažiausiai – Turkijoje (8 lovos) ir Lenkijoje (12,3 lovos) [12]. Lietuvoje 1000 vyresnių nei 65 m. gyventojų, tenka 10,8 slaugos ir palaikomojo gydymo lovų [11].

EBPO šalių tendencijos – mažinti ILP lovų skaičių bendrojo pobūdžio ligoninėse, daugiau paslaugų teikti bendruomenėse bei specialiose stacionarinėse ILP institucijose (slaugos namuose). Prioritetas teikiamas ilgalaikės priežiūros paslaugoms namuose. Siekiama, kad institucinės ilgalaikės paslaugos būtų teikiamos esant intensyvios slaugos poreikiams, kai reikalingas multidisciplininės komandos darbas (ekonomiškai efektyviau) [12].

Lietuvoje palaikomojo gydymo ir slaugos lovos savivaldybėse pasiskirsto labai netolygiai [11]. Rekomenduojama taikyti lovų skaičiaus, standartizuoto pagal gyventojų amžiaus struktūrą, kriterijų konkrečioje savivaldybėje [13].

Valstybinio audito ataskaitoje [14] teigiama, kad vykdant stacionarinių slaugos paslaugų plėtrą buvo numatyta slaugos lovų skaičių padidinti iki 3 lovų 1000 gyventojų. Šis rodiklis pasiektas tik Utenos apskrityje, o šalies rodiklis 2017 m. buvo 2,19. Mažiausias slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius buvo Kauno ir Klaipėdos apskrityse, tad stacionarinių slaugos paslaugų prieinamumas gyventojams, išskyrus Utenos apskritį, negerėjo kiek planuota [14]. Valstybės kontrolė nustatė, kad 28 proc. gydymo įstaigų, teikiančių stacionarines slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas veikla 2016 m. nebuvo efektyvi: lovos funkcionavimo 41 įstaigoje nesiekė 300 (siektinas rodiklis 330). Valstybinio audito ataskaitoje teigiama, kad slaugos paslaugų prieinamumas galėjo būti didinamas efektyviau išnaudojant turimą infrastruktūrą,

bendradarbiaujant savivaldybėms ir gydymo įstaigoms teikiant stacionarines slaugos paslaugas kitų savivaldybių gyventojams [14].

### **1.1.2. Slaugos paslaugos namuose**

Ambulatorinės slaugos paslaugos Lietuvoje pradėtos teikti nuo 2008 m. teisės aktu patvirtinus ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimus, kurie nustato ambulatorinių slaugos paslaugų namuose (ASPN) rūšis, paslaugų organizavimą, teikimą ir indikacijas [3].

Paslaugas teikia pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, paslaugos apmokamos iš PSDF biudžeto.

ASPN gali teikti bendruomenės, bendrosios praktikos, išplėstinės praktikos ir (arba) psichikos sveikatos slaugytojas (toliau – slaugytojas), turintis galiojančią bendrosios slaugos praktikos ir (ar) specialiosios slaugos praktikos licenciją, suteikiančią teisę verstis bendrąja slaugos praktika ir (ar) specialiąja slaugos praktika. Slaugytojas ASPN gali teikti ir kartu su slaugytojo padėjėju. Įsakymu nustatytos asmenų grupės, turinčios teisę į tokias paslaugas – asmenys, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis, po gydymo stacionare dėl somatinių ligų ir pažeidimų nustatytas bendras funkcinis sutrikimas, kai Bartelio indeksas yra nuo 20 iki 61 balo, ir kurie kasdieniame gyvenime yra visiškai priklausomi arba beveik visiškai priklausomi nuo kitų žmonių pagalbos, bei asmenys, kuriems atlikta tracheostoma ar gastrostoma ir būtinas gleivių išsiurbimas iš kvėpavimo takų. ASPN teikiamos turint gydytojo siuntimą dėl ASPN poreikio. ASPN teikimas yra derinamas su socialinių paslaugų teikimu, vadovaujantis Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašu [1]. Iš PSDF biudžeto lėšų vienam paslaugos gavėjui, per kalendorinius metus gali būti apmokėtos ne daugiau kaip 52 ASPN, išlaidos. Už kiekvienos rūšies ASPN mokama PSDF biudžeto lėšomis tik tuomet, jei suteikiamas atitinkamas tai rūšiai priskiriamų paslaugų skaičius. Paslaugos metu atliekamas priemonių paruošimas, paciento informavimas apie procedūrą, procedūros atlikimas, dokumentavimas, paciento ir artimųjų mokymas.

2018 m. ambulatorines slaugos paslaugas namuose teikė 318 ASPĮ (viešosios ir privačios). Iš viso tokias paslaugas gavo 40 404 asmenys, suteiktos 355 499 paslaugos, šių paslaugų apmokėjimui buvo skirta 7,52 mln. Eur iš PSDF biudžeto. Atskirai išskiriamos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugos (slaugytojo diabetologo konsultacinė pagalba (5 pirminės ir 2 tęstinės konsultacijos), gydymasis pedikiūras (5 procedūros per metus, Diabetinės pėdos priežiūra (24 procedūros per metus). 2018 m. tokias paslaugas gavo 21 682 asmenys, jiems buvo suteiktos 58 523 paslaugos [10, 15].

### **1.1.3. Ilgalaikės priežiūros paslaugos namuose**

Ilgalaikės priežiūros paslaugos Lietuvoje teikiamos pagal Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministrų įsakymu, tvirtinančiu Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašą [1].

Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos visuomenė sparčiai senėja, o savivaldybėse stokojama nestacionarių paslaugų, alternatyvių globai ir slaugai, 2013 m. pradėta įgyvendinti Integralios plėtros (pagalbos) programa, finansuojama Europos socialinio fondo lėšomis [16]. Ja siekiama kokybiškos integralios pagalbos (slaugos ir socialinių paslaugų) asmenims su negalia, senyvo amžiaus asmenims jų namuose bei

konsultacinės pagalbos šeimos nariams, prižiūrintiems tokius asmenis. Pagal šią programą 2013–2015 m. buvo įgyvendintas bandomasis projektas 21 savivaldybėje: sukurtos mobilios slaugos ir socialinių paslaugų srities darbuotojų komandos, teikiančios slaugą ir socialines paslaugas į namus, konsultavimo paslaugas šeimos nariams ir kita.

Pasibaigus bandomiesiems projektams ir įvertinus jų rezultatus bei kaip integrali pagalba prisidėjo prie gavėjų gyvenimo kokybės gerinimo buvo patvirtintas naujas Integralios pagalbos plėtros veiksmų planas 2016–2019 metams [17]. Naujam veiksmų planui įgyvendinti iš viso numatoma skirti 16,4 mln eurų ES fondo lėšų. Planuojama, kad iki 2019 m. integralios pagalbos paslaugos bus suteiktos beveik 2,25 tūkst. neįgalių ir senovo amžiaus asmenų, konsultacinės paslaugoms – daugiau nei 1,5 tūkst. šeimos narių, kurie patys prižiūri savo neįgalius ar senyvus artimuosius. Įgyvendinant projektus teikiamos konsultavimo paslaugos prižiūrint neįgalius asmenis patiems šeimos nariams, prižiūrintiems vaikus, turinčius negalią, neįgalius darbingo amžiaus asmenis ar senovo amžiaus asmenis, organizuojami mokymai darbuotojams, į projektų veiklas įtraukiami savanoriai ir bendruomenės nariai, organizuojami renginiai integralios pagalbos į namus paslaugų prieinamumui ir kokybei gerinti. Projektų trukmė – iki 45 mėn. [12].

## 1.2. Galimos problemos priežastys

### 1.2.1. Senėjanti visuomenė

Tarp Europos Sąjungos (ES) šalių Lietuva yra greičiausiai senėjanti šalis. Iššūkis: poreikis užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą senovo amžiaus žmonėms [18]. 2019 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 552 883 asmenys vyresni nei 65 m. (19 proc. šalies gyventojų) [5]. Prognozuojama, kad jau po dešimtmečio ženkliai padidės senovo amžiaus žmonių dalis bendroje populiacijoje, o 2050 m. vyresnių nei 65 metų amžiaus žmonių dalis bendroje populiacijoje pasieks augimo viršūnę. Tada kas trečias Europos gyventojas bus virš 65 metų amžiaus. Eurostato duomenimis, nuo 2015 iki 2080 metų ES šalyse vyks ne tik gyventojų populiacijos senėjimas, bet keisis ir pačios vyresnių nei 65 metų amžiaus populiacijos stratifikacinė struktūra (2 lentelė). Tokie demografiniai pokyčiai iššauks poreikio sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugoms augimą. Lietuvoje prie spartaus visuomenės senėjimo prisideda papildomas veiksnys – darbingo amžiaus žmonių emigracija [4].

**2 lentelė.** Gyventojų amžiaus grupių pokyčių prognozės laikotarpiu nuo 2016 iki 2070 m. [19]

2016 m.				
	0-14 m. (proc.)	15-64 m. (proc.)	65+ (proc.)	80+ (proc.)
<b>Lietuva</b>	15	66	19	5
<b>ES</b>	16	65	19	5
2070 m.				
<b>Lietuva</b>	15	56	30	14
<b>ES</b>	15	56	29	13

Dėl gyventojų amžiaus grupių pokyčių tendencijų ES žymiai išaugs gyventojų priklausomybės nuo aplinkinių lygis. Planuojama, kad visoje ES demografinis seno amžiaus priklausomybės santykis (t. y. žmonių, kuriems 65 m. ir daugiau, santykis su 15-64 m. amžiaus grupės žmonėmis padidės nuo 29,6 proc. iki 51,2 proc). Tai turi įtakos pokyčiams ES, kai vietoj trijų darbingo amžiaus žmonių kiekvienam asmeniui, vyresniam negu 65 m., teks apie du darbingo amžiaus žmones. Planuojama, kad Lietuvoje šie pokyčiai bus dar ryškesni negu visoje ES. Tai iliustruoja seno amžiaus gyventojų priklausomybės lygio ir labai seno amžiaus žmonių priklausomybės pokyčių prognozės (3 ir 4 lentelės).

**3 lentelė.** Seno amžiaus žmonių priklausomybės nuo aplinkinių lygis (65+ / 15-64) procentais 2016–2070 m.

	2016 m.	2060 m.	2070 m.	Pokytis 2016–2070 m.
<b>Lietuva</b>	29,0	63,9	53,1	24,1
<b>ES</b>	29,6	51,6	51,2	21,6

**4 lentelė.** Labai seno amžiaus žmonių priklausomybės nuo aplinkinių lygis (80+ / 15-64) procentais 2016–2070 m.

	2016 m.	2060 m.	2070 m.	Pokytis 2016–2070 m.
<b>Lietuva</b>	8,1	25,7	24,9	16,8
<b>ES</b>	8,3	21,6	22,3	14,0

Demografinio senėjimo pokyčiai lemia gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų poreikio didėjimą. VLK specialistų skaičiais vidutinės sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam 50-64 m. amžiaus grupės Lietuvos gyventojui buvo 2 kartus, o 65 m. ir vyresnių gyventojų bei vaikų amžiaus grupės – 3 kartus didesnės nei 20–49 m. amžiaus grupės.

Dauguma vyresnio amžiaus žmonių serga lėtinėmis ligomis, turi psichologinių, socialinių ir praktinių problemų. Vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonių skaičius bendro tipo ligoninėse yra daug didesnis nei bet kurio kito amžiaus tarpsnio žmonių, jie yra ir pagrindiniai slaugos ligoninių bei globos įstaigų paslaugų vartotojai [20]. Dauguma lėtinių susirgimų didina paciento ir jo artimųjų dvasinę ir fizinę kančią, blogina gyvenimo kokybę, ypač jei tai tęsiasi ne vienerius metus [21].

### 1.2.2. Nepakankamas finansavimas

2017 m. Lietuvos išlaidos sveikatai 1 gyventojui sudarė apie pusę vidutinių EBPO išlaidų sveikatai vidurkio (ES 28 – 2773 Eur pagal perkamosios galios paritetą, LT – 1463 Eur pagal perkamosios galios paritetą. Tarp EBPO šalių 2017 m. bendrojo vidaus produkto (BVP) dalis, skirta sveikatos priežiūrai, buvo žemiausia Rumunijoje (5,2 proc.), Liuksemburge (6,1 proc.), Latvijoje ir Lietuvoje (po 6,3 proc.). Tuo tarpu 2017 m. (ar artimiausiais metais) vidutiniškai ES 28 sveikatos priežiūrai buvo skiriama 9,6 proc. nuo BVP [6].

Lyginant su EBPO vidurkiu tarp visų sveikatos išlaidų Lietuva iki šiol skiria didžiausią lėšų dalį ligoninėms ir medicinos prekėms, bet mažiau ilgalaikiai priežiūrai ir ambulatorinei priežiūrai. ILP paslaugų daugiausiai teikiama stacionarinėse įstaigose (ligoninėse, palaikomojo gydymo ir slaugos bei globos įstaigose), bet patenkinami ne visi poreikiai.

Gyventojų senėjimas reiškia ne tik tai, kad sveikatos priežiūros išlaidos didės ateityje, bet taip pat didėjantį ILP paslaugų poreikį. Todėl tikimasi didesnio augimo ILP išlaidoms negu visai sveikatos priežiūrai. Naujos skaitmeninės technologijos gali pasiūlyti sveiko senėjimo galimybes ir į žmones orientuotą sveikatos priežiūrą. Gyventojų senėjimas reikalauja gilių sveikatos sistemos transformacijų, nukreipiant dėmesį nuo aktyvaus gydymo ligoninėse į daugiau integruotą, į žmones nukreiptą priežiūrą bendruomenėje. Daugelis ES šalių pradėjo šiuos pokyčius prieš dešimtmetį, pvz. mažinant ligoninių apimtis ir trumpinant gulėjimo trukmę bei stiprinant priežiūrą bendruomenėje – tačiau šis procesas reikalauja ilgalaikių pastangų.

Daugelis šalių pripažino, kad siekiant efektyviai reaguoti į senėjančios visuomenės ir didėjančių lėtinių ligų iššūkius bei poreikius, reikalingos tolesnės pastangos, siekiant gerinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą bei teikti daugiau tęstinės ir koordinuotos priežiūros už ligoninės ribų [6].

Pagal Sveikatos sąskaitų sistemą (kuri suderinta tarp EBPO, Eurostato ir Pasaulio sveikatos organizacijos) einamosios sveikatos išlaidos apima asmens sveikatos priežiūrą (gydymas, reabilitacija ir ILP), papildomas paslaugas ir medicinos prekes bei kolektyvines paslaugas (prevencinė ir visuomenės sveikatos priežiūra, taip pat ir sveikatos administravimas). Gydymas, reabilitacija ir ILP taip pat gali būti klasifikuojamos pagal paslaugos teikimo būdą (stacionare, dienos priežiūra, ambulatorinė priežiūra, priežiūra namuose). Dėl ILP, tik priežiūra, kuri siejasi su asmens sveikatos pablogėjimo vadyba yra vertinama kaip sveikatos išlaidos, tačiau kai kuriose šalyse yra sunku aiškiai atskirti sveikatos ir socialinius ILP aspektus. Lietuvoje išlaidos ILP gerokai mažesnės (8 proc.) negu ES 28 tarp visų sveikatos išlaidų (5 lentelė) [6].

**5 lentelė.** Sveikatos išlaidos pagal funkcijas, 2016 (arba artimiausiais metais), procentais

<b>Funkcija</b>	<b>ES 28</b>	<b>LT</b>
<b>Stacionarinė priežiūra</b>	30	31
<b>Ambulatorinė priežiūra</b>	30	27
<b>ILP</b>	13	8
<b>Medicinos prekės</b>	20	30
<b>Kolektyvinės paslaugos</b>	7	4

ES šalyse sveikatos išlaidos nuo 2004 iki 2016 metų nuolat didėjo nepaisant finansinės krizės laikotarpio 2008–2012 metais. Šiai funkcijai sveikatos išlaidos didėjo daugiausiai palyginus su kitomis funkcijomis, tokiomis kaip stacionarinė priežiūra, ambulatorinė priežiūra, vaistai, prevencija ir administravimas (6 lentelė) [6].

**6 lentelė.** Sveikatos išlaidų augimo lygiai 1 gyventojui tam tikroms funkcijoms, ES vidurkis, 2004–2016, procentais

Funkcija	2004–2008 m.	2008–2012 m.	2012–2016 m.
Stacionarinė priežiūra	2,2	1,2	1,3
Ambulatorinė priežiūra	3,1	1,0	2,2
ILP	3,0	4,3	2,4
Vaistai	1,8	-0,7	0,8
Prevencija	4,7	-1,4	2,5
Administravimas	1,2	0,0	0,9

Iš VLK interneto svetainėje pateiktos informacijos paaiškėjo, kad nepaisant slaugos paslaugoms skirtų lėšų, skirtų slaugai ir palaikomajam gydymui bei slaugai namuose ir paliatyviajai pagalbai didėjimo absoliučiais skaičiais, asmens sveikatos priežiūrai skirtų lėšų dalis, skirta slaugos paslaugoms 2015–2018 metais siekė nuo 5,0 (2015 m. ) iki 5,4 (2016 m.) procento. Taigi, Lietuvoje slaugai iš PSDF biudžeto lėšos nedidėjo tiek, kiek kitose ES šalyse (2,4 proc. 2012–2016 m.) [10].

**7 lentelė.** Slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų pokyčiai 2015–2018 metais (paaiškinimai pateikiami 2 priede)

PSDF biudžeto išlaidų straipsnis	2015 m.		2016 m.		2017 m.		2018 m.	
	Eur	Proc.	Eur	Proc.	Eur	Proc.	Eur	Proc.
Asmens sveikatos priežiūrai (01)	978 486		1 016 369		1 110 757		1 195 754	
Asmens sveikatos priežiūrai skirtų lėšų dalis, skirta slaugos paslaugoms	49045,2	5,0	55076,2	5,4	59300,2	5,3	62104,5	5,2
Slaugos paslaugoms skirtų lėšų dalis, skirta slaugai ir palaikomajam gydymui	40100,8	81,8	44587,7	80,95	48518,0	81,8	49585,2	79,8
Slaugos paslaugoms skirtų lėšų dalis, skirta slaugai namuose	5553,7	11,32	5750,7	10,44	6948,2	9,9	6948,2	11,19

### 1.2.3. Slaugos specialistų trūkumas / nepakankamos kompetencijos

Lietuvos teisės aktuose [22] įvardijama problema, kad dėl šalyje egzistuojančio slaugos paslaugų finansavimo modelio nepakankamai išvystytas slaugos paslaugų teikimas ASPĮ ir namuose. Slaugos paslaugų kokybei ir pacientų saugumui užtikrinti įtakos turi nepalanki slaugytojų darbo ir kita socialinė aplinka: nepakankamas slaugytojų skaičius ir naujų darbo vietų trūkumas, dideli darbo krūviai, mažas darbo užmokestis, maža darbo vietų diferenciacija pagal slaugytojų įgytą išsilavinimą ir kompetencijas, neužtikrinta darbų sauga, žemas profesijos prestižas [4].

Lietuvoje slaugytojų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų, yra nepakankamas ir ženkliai atsilieka nuo ES vidurkio. 2016 (arba artimiausiais metais) praktikuojančių slaugytojų skaičius 1000 gyventojų Lietuvoje buvo 6,7, ES 28 – 8,4. Prognozuojama, kad slaugytojų trūkumas didės, nes dirbančių bendrosios praktikos slaugytojų, kurie sudaro didžiausią slaugos specialistų dalį, amžiaus vidurkis šiuo metu siekia 45,3 metus (bendruomenės slaugytojo 49,4 m.), o slaugytojo profesija tarp abiturientų nėra populiari [22].

Nesant nuoseklios slaugos politikos Lietuvoje, nėra slaugytojų poreikio ir prognozavimo stebėsenos sistemos, įvertinančios naujų darbo vietų ir pareigybių poreikį ir jų tolygų pasiskirstymą šalyje, tai apsunkina slaugos studijas pasirenkančių studentų skaičiaus planavimą ir absolventų įdarbinimo galimybes regionuose ir sveikatos priežiūros įstaigose. Nepakankama slaugytojų darbo vietų diferenciacija pagal išsilavinimą, karjeros galimybių stoka lemia motyvacijos studijuoti bei siekti aukštesnio išsilavinimo trūkumą. Slaugos mokslo įrodymais grįstų sprendimų įgyvendinimas praktikoje iki šiol yra nepakankamas.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (LR SAM) parengė Nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gaires, kurių tikslas – užtikrinti kokybiškas, integruotas, į asmenį orientuotas ir mokslo įrodymais pagrįstas slaugos paslaugas, racionaliai naudojant sveikatos išteklius. Viena iš krypčių – slaugytojų poreikio planavimas, kompetencijų tobulinimas ir plėtra [22].

Danijoje, Suomijoje, Šveicarijoje apie trečdalis slaugytojų yra „asocijuoti profesionalai“ – t. y. slaugytojai su žemesniu kvalifikacijos lygiu. Danijoje ir Šveicarijoje didžiausias slaugytojų skaičiaus augimas nuo 2000 m. vyko šios kategorijos asocijuotų profesionalių slaugytojų sąskaita.

**8 lentelė.** Slaugytojų skaičius 1000 gyventojų [23]

Šalis	2000 m.	2016 m.
Danija	12	16,9
Suomija	10,5	14,3
Vokietija	10	12,9
Čekija	10	17,0

#### **1.2.4. Žemas ilgalaikių integruotų paslaugų prieinamumas**

Kaip rodo ES valstybių narių patirtis, norint užtikrinti sąlygas vyresnio amžiaus žmonėms kuo ilgiau gyventi savo namuose, pagalbos namuose tarnybos turi teikti kompleksinę pagalbą. Lietuvoje vyrauja institucinis modelis, kai vieniši, negalią turintys asmenys yra hospitalizuojami stacionarinėse ASPJ arba socialinės globos įstaigose. Socialiniai ir sveikatos priežiūros poreikiai gali būti visiškai patenkinti tik kartu dirbant įvairių sričių specialistams: gydytojams, slaugytojams, psichologams, socialiniams darbuotojams ir kt. Tik sukūrus vientisą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tinklo struktūrą galima efektyviai kurti integruotą, atitinkančią namuose prižiūrimų asmenų poreikius, pagalbą. Įvairios, namuose teikiamos, paslaugos gali pagerinti pagyvenusių, neįgalių asmenų gyvenimo kokybę, sutaupyti valstybės lėšas skiriamas stacionariai šių asmenų priežiūrai [24].



Lietuvoje ilgalaikėi priežiūrai ir slaugai namuose skiriamas nepakankamas dėmesys. Tokiu būdu, namų slaugos paslaugos ir slaugytojo vaidmuo bendruomenėje liko neišplėtotas. Taigi, ilgalaikės slaugos reikalaujantys ligoniai namuose lieka be sistemingos nuolatinės profesionalios slaugos. Visa našta ir rūpestis namuose slaugomais ligoniais praktiškai paliktas šeimos nariams [4].

Lietuvoje už socialinių paslaugų teikimą atsakinga Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, tuo tarpu slaugos paslaugas – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Ilgalaikės priežiūros paslaugų Lietuvoje organizavimą ir teikimo reikalavimus numato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-558/A1-183 patvirtintas Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas [1]. Deja, bendras ministrų įsakymas buvo išleistas, tačiau ilgą laiką bendras slaugos ir globos paslaugų asmens namuose teikimas nebuvo įgyvendintas.

Teisės aktai reglamentuoja skirtingus finansavimo šaltinius slaugos ir socialinių paslaugų namuose apmokėjimui:

- slaugos bei paliatyviosios pagalbos paslaugos apmokamos PSDF lėšomis;
- socialinės paslaugos apmokamos savivaldybių lėšomis bei iš dalies kompensuojamos pagalbos į namus paslaugas gaunančių asmenų lėšomis.

Vertinant lėšas, skiriamas paciento slaugai namuose, pastebima, kad įkainiai neatitinka realių sąnaudų. S. Šileikaitė su bendraautoriais, nagrinėdami VŠĮ Centro poliklinikos patirtį modernizuojant slaugos paslaugų teikimą, teigia, jog palyginus slaugos paslaugų pacientams namuose visas sąnaudas bei išlaidas su pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų gaunamomis pajamomis iš PSDF biudžeto, gaunami dideli nesutapimai, t. y. išlaidos visiškai nepadengiamos, ir būtent dėl to Lietuvoje pirminės ASPĮ šiuo metu nėra suinteresuotos teikti slaugos paslaugų pacientams namuose. Galima daryti išvadą, kad nacionaliniu (sisteminiu) lygmeniu parengti teisės aktai leidžia ir skatina teikti integruotas slaugos ir socialines paslaugas pacientams namuose, tačiau šios paslaugos teikiamos skirtingų institucijų tiek nacionaliniu (LR SAM ir LR SADM), tiek savivaldybių (pirminės ASPĮ ir Socialinės paramos centrai) lygmeniu, dėl to sudėtingas sprendimų priėmimas, fragmentuotas paslaugų planavimas, finansavimas, organizavimas, bendradarbiavimas bei informacijos sklaida. Pagalbos namuose paslaugų teikimas šiuo metu neatitinka realių poreikių, todėl būtina keisti požiūrį į šių paslaugų teikimą, prieinamumą ir kokybę [24, 25].

Kadangi vyresnio amžiaus žmonės serga lėtinėmis ligomis, ir problemos būna ilgalaikės, reikia suderinti priežiūrą su individualiomis aplinkybėmis, todėl visos paslaugos turi būti koordinuojamos arba integruojamos, priklausomai nuo poreikių kompleksškumo [26].

## 2. PROBLEAMOS SPRENDIMO PASIRINKIMAI

Sisteminėse apžvalgose analizuojamos problemos, susijusios su slaugos paslaugų plėtra, prieinamumo gerinimu, gerąją užsienio šalių praktika organizuojant ir finansuojant ilgalaikės priežiūros (ILP) paslaugas. Apžvalgos autoriai išskyrė du svarbiausius problemos sprendimo pasirinkimus, kurie bus nagrinėjami detaliau:

- Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose plėtra
- Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo įdiegimas Lietuvoje

### 2.1. Pirmas pasirinkimas. Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose plėtra

Didėjančios išlaidos ir pacientų pageidavimai paskatino pereiti nuo ilgalaikės senyvo amžiaus institucinės priežiūros prie priežiūros namuose ir bendruomenėje. Kaip rodo ES valstybių narių patirtis, norint užtikrinti sąlygas vyresnio amžiaus žmonėms kuo ilgiau gyventi savo namuose, pagalbos namuose tarnybos turi teikti kompleksinę pagalbą. Atrinkome 12 sisteminių apžvalgų ir vieną EBPO šalių sveikatos sistemų apžvalgą, susijusių su ILP paslaugų namuose sveikatos politikos pasirinkimais. Išskyrėme keturis pasirinkimo elementus:

- 1) ILP paslaugų namuose teikimas;
- 2) ILP paslaugų kokybės užtikrinimas;
- 3) ILP paslaugų teikėjai;
- 4) ILP poreikio vertinimo svarba.

#### **1. Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose teikimas**

Įvairiose šalyse veikia skirtingi ILP paslaugų teikimo modeliai: kai kuriose valstybėse apjungiami sveikatos ir socialinio sektoriaus finansavimo šaltiniai ir profesionalų darbas vienoje institucijoje, kitose – (ILP) paslaugos finansuojamos ir organizuojamos iš dviejų (ar daugiau) skirtingų sistemų. Visais atvejais atsiranda veiklos koordinavimo poreikis, kurį geriausiai įgyvendina atvejo vadybos taikymas (angl. *case management*) [27].

Dauguma EBPO šalių įdiegė programas ir finansinius mechanizmus skatinančius slaugą namuose, ypač senyvo amžiaus žmonėms. Daugelis šalių pripažino, kad siekiant efektyviai reaguoti į senėjančios visuomenės ir didėjančių lėtinių ligų iššūkius bei poreikius, reikalingos tolesnės pastangos, siekiant gerinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikti daugiau tęstinės ir koordinuotos priežiūros už ligoninės ribų [6]. Studijos parodė, kad ILP paslaugoms namuose teikiamas prioritetas, siekiant senyvo amžiaus gyventojams suteikti galimybę kiek įmanoma gyventi savo namuose [6, 28, 29]. Yra svarbu įvertinti ILP poreikius - jeigu slaugos ir priežiūros poreikiai yra vidutiniai, prioritetas teikiamas paslaugoms namuose, jeigu dideli – slaugos įstaigoje [28].

Sisteminės apžvalgos parodė slaugos ir socialinių paslaugų namuose integracijos naudą [26, 27, 29, 30]. Paslaugų integracija užtikrina kompleksinę pagalbą asmenims, kuriems reikalingos ILP paslaugos. Kompleksinė pagalba apima biomedicininis ir socialinius komponentus – lėtinių ligų gydymą, pažintines funkcijas, psichikos sveikatą, slaugą ir kt. medicininius klausimus, vaistų vartojimą, formalių sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimą ir integravimą, pagalbą namuose, tarpdisciplininį požiūrį [29].

Organizuojant ILP namuose paslaugas ir sudarant priežiūros planą rekomenduojama teikti prioritetą sveikatos priežiūrai. Paslaugų kokybės kontrolė, kvalifikuotas personalas, valstybinis reguliavimas, dėmesys neformalios priežiūros paslaugoms yra būtini teikiant paslaugas namuose [27].

Atvejo vadybos modelis teikiant ILP paslaugas namuose pagerina pacientų fizinę būklę, užtikrina tinkamą vaistų naudojimą, didina bendruomenės paslaugų naudojimą ir mažina slaugytojų vizitų į namus poreikį. Atvejo vadybos modelis pagerina klinikines išeitis ir sumažina hospitalizacijų poreikį ir institucinės ILP poreikį [30].

MacAdam su kolegomis parengtoje sisteminėje apžvalgoje aprašomi trys integracijos lygiai: sisteminis, organizacijos ir klinikinis. Daugiadalykė atvejo vadyba yra efektyvi paslaugų koordinavimui, pacientų poreikių vertinimui, priežiūros plano vykdymui, taip pat atlieka vartininko funkciją. ILP integracija efektyvesnė paslaugų teikėjų tinkluose [26].

Sėkmingesnė integracija užtikrinama, kai skirtingi specialistai dirba vienoje įstaigoje, priežiūrą namuose koordinuoja atvejo vadybininkai [27].

## ***2. Ilgalaikės priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas***

Sveikatos priežiūros sistemos, kurios sėkmingai sumažino institucinės ILP ir stacionarinio gydymo apimtis, padidindami paslaugų apimtį bendruomenėje, sumažino visuomenines išlaidas ILP paslaugoms. Teikiant slaugos ir ilgalaikės priežiūros paslaugas namuose itin svarbu aukštus kokybės standartus atitinkanti paslaugų kokybė.

Siekiant atkreipti dėmesį į žemus ILP paslaugų kokybės vertinimus tiek iš vartotojų, tiek iš nevartojančių šių paslaugų, planuojant paslaugas senėjančiai visuomenei būtina apimti kokybinį vertinimą [31].

Siekiant užtikrinti paslaugų kokybę, būtina stebėti ir lyginti kokybės rodiklius tiek pačioje organizacijoje, teikiančioje ILP paslaugas namuose, tiek tarp skirtingų įstaigų. Yra daug kokybės rodiklių, tinkamų ILP paslaugų namuose kokybei išmatuoti, tačiau dauguma kokybės rinkinių, matuojančių klinikines išeitis ir neklinikinius aspektus turi trūkumų. Siūlomi kokybės rodikliai apima klinikinius, psichikos sveikatos, struktūros, koordinavimo, paliatyvios pagalbos, psichosocialinį aspektą, paslaugų vartojimą, apsitarnavimo lygį, paciento lūkesčius. Vertinimui dažniausiai naudojami kokybės rodiklių rinkiniai [32].

Blogai koordinuotos ILP paslaugos yra neefektyvios, sunku užtikrinti paslaugų kokybę ir įvertinti išlaidas [33]. ILP paslaugos potencialiai gerina vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę [34]. Gyvenimo kokybei vertinti naudojami fiziniai, psichologiniai, socialiniai, finansiniai, saugumo rodikliai, asmeninės laisvės ir pasiekimų lygmuo [35].

Nustatyta, kad teikiant paslaugas namuose patiriama mažiau išlaidų, kai kurie straipsniai parodė nežymiai geresnius rezultatus teikiant ILP paslaugas namuose nei institucijose vertinant gyvenimo kokybę, psichinę sveikatą, pažintines funkcijas tarp institucinės slaugos ir slaugos namuose [36].

Galimybė patiems paslaugų vartotojams priimti sprendimus (angl. *self management*) yra neatsiejama kokybiškų ILP paslaugų dalis. Atsižvelgiama į individualius poreikius, gerinama komunikacija su ASPJ, teikiamos mokymo ir psichologinės pagalbos paslaugos pacientams ir jų artimiesiems [37].

### **3. Ilgalaikės priežiūros paslaugų teikėjai**

Žmonėms su negalia ar ligotiesiems ILP paslaugas pirmiausia teikia šeimos nariai ar draugai. Formalios priežiūros paslaugos ES valstybėse narėse išplėtotos įvairia apimtimi. Duomenis apie ILP sunku palyginti dėl didelės jų įvairovės, formalios ir neformalios priežiūros balanso, formalios priežiūros paslaugų teikėjų, finansavimo ir paslaugų teikimo. Daugelyje Europos visuomenių didėja spraga tarp ILP poreikio ir formalios priežiūros gavimo galimybių. Daugelyje politikos dokumentų pasigendama dėmesio neformalios priežiūros teikėjams [31]. Asmenims, kuriems reikia ilgalaikės priežiūros, ir jų artimiesiems, papildomai teikiamos konsultacijos ir mokymo kursai priežiūrą teikiantiems šeimos nariams [38]. Psichologinė, socialinė ir edukacinė pagalba neformaliems paslaugų teikėjams pagerina neformalių ILP paslaugų kokybę ir sumažina našumą artimiesiems [29].

Literatūroje aprašomi skirtingi formalių ILP paslaugų namuose teikimo modeliai. Privačių teikėjų daugėja Airijoje, Suomijoje, Švedijoje ir Anglijoje. Privatūs pelno siekiantys paslaugų teikėjai geriau įvaldę rinkos mechanizmus ir stipriai konkuruoja su valstybinėmis ir nepelno organizacijomis [27].

Vokietijoje slaugos paslaugas namuose teikia ne pelno siekiančios, pelno siekiančios ir religinės organizacijos, finansuojama iš slaugos draudimo, kontroliuojamo valstybinių sveikatos draudimo fondų, įdiegti konkurenciją didinantys elementai. Jos konkuruoja tarpusavyje dėl tų pačių klientų ir dėl kontraktų su ILP draudimo institucijomis. Tai lemia nedidelę paslaugų kainą ir sąnaudų mažinimą, tad stengiamasi mažinti sąnaudas – kuo labiau trumpinti paslaugų teikimo trukmę ir įdarbinti žemesnio išsilavinimo darbuotojus. Atkreipiamas dėmesys, kad darbuotojų sąlygos pelno siekiančiose organizacijose yra prastesnės, lyginant su valstybinėmis ir nepelno organizacijomis. ILP paslaugas teikiantys darbuotojai (slaugytojai, socialiniai darbuotojai ir kt.) nepatenkinti nepastoviu darbo grafiku, jiems trūksta vadovybės pagalbos, dideli darbo krūviai. Dideli darbo krūviai, nereguliarios darbo valandos ir mokymų trūkumas dažniau pasireiškia privačiose įstaigose [27].

Prancūzijoje slaugos paslaugas namuose teikia su nacionaliniu sveikatos draudimo fondu sutartis sudariusios slaugytojos, o priežiūros namuose – nepelno organizacijos, finansuojamos viešaisiais finansais. Kai kurios savivaldybės turi integruotus ILP paslaugų centrus. Anglijoje ILP paslaugos teikiamos per nepriklausomus kontraktorius, su kuriais sudaromos sutartys dėl paslaugų teikimo ir finansavimo [27].

Slaugytojų vaidmuo didėja teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ILP institucijose bei teikiant paslaugas namuose. Slaugytojų skaičius vienam gyventojui nuo 2000 m. didėjo daugelyje Europos šalių, išskyrus Baltijos šalis (Estiją, Latviją ir Lietuvą), kur slaugytojų skaičius vienam gyventojui išliko stabilus.

Danijoje, Suomijoje, Vokietijoje, Liuksemburge, Prancūzijoje ir Maltoje didėjo slaugytojų skaičius vienam gyventojui [6].

#### **4. Ilgalaikės priežiūros poreikio vertinimo svarba**

ILP paslaugų poreikio ir apimtys vertinimas svarbus užtikrinant paslaugų prieinamumą tiems, kam labiausiai tokios paslaugos reikalingos. Daugybinės lėtinės būklės (poliligitumas) sąlygoja daug sveikatos ir sveikatos priežiūros problemų, ypač vyresnio amžiaus asmenims ir didesnį ILP poreikį. Daugelis studijų parodė, kad ligoninių paslaugų vartojimas didėjo su kiekviena papildoma lėtine būkle. Lėtinų būklių skaičius buvo labai reikšmingas ligonių paslaugų poreikio ir vartojimo prognozavimui [6].

ILP paslaugų poreikio vertinimas skiriasi tarp šalių – naudojamos skirtingos procedūros, instrumentai, specialistai ir socialinių poreikių apibrėžimai. Labiau standartizuotos procedūros taikomos Prancūzijoje, Jungtinėje Karalystėje ir Švedijoje. Rekomenduojama, kad poreikio vertinimą vykdytų nepriklausomos vertinimo agentūros ar valstybinės įstaigos. Prancūzijoje, Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje, Švedijoje ir Suomijoje poreikiai vertinami sudarant individualios priežiūros planą, kuriame numatomas paslaugų kiekis, struktūra ir trukmė (valandomis). Sudarytas planas turi būti nuolat monitoruojamas ir keičiamas pasikeitus poreikiams (iš žemesnio lygio į aukštesnį arba atvirkščiai). Švedijoje planas sudaromas tik keliems mėnesiams, po to atliekamas plano atitikimo poreikiams vertinimas, Suomijoje, Jungtinėje Karalystėje plano atitikimas vertinamas kas 6 mėnesius [27].

Vokietijoje Privalomųjų sveikatos draudimo fondų Medicininė patariamoji tarnyba vykdo vertinimus, ar asmenys atitinka nustatytus kriterijus teisei į išmokas. Privačiam IPD šią funkciją vykdo privati kompanija Mediproof. Šalyje 15 Medicinos tarybų asmens namuose (arba slaugos namuose) vykdo vertinimus privalomojo SIPD fondams. Tai atlieka geriatrijoje apmokytos slaugytojos ir gydytojai, kurie stebi asmens, kuriam reikia priežiūros, namus ir socialinę aplinką, pagal nacionalinius standartus vertiną jo sveikatos ir funkcinę būklę [38].

**9 lentelė.** Sisteminėse apžvalgose pateikiamų įrodymų santrauka (*1 pasirinkimas*)

<b>Įrodymų kategorija</b>	<b>Pagrindiniai įrodymai</b>
<b>Nauda</b>	<p>Tenkinami vartotojų lūkesčiai, nes dauguma žmonių prioritetą teikia ILP paslaugų namuose teikimui [28, 29].</p> <p>Socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas paciento namuose bei jų integracija užtikrina pagalbos koordinavimą, paslaugų tęstinumą bei padeda išvengti paslaugų fragmentiškumo ir / arba išteklių naudojimo dubliavimo [26, 27, 29, 30].</p> <p>Integruotas slaugos ir socialinių paslaugų teikimas potencialiai gerina vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę [34].</p> <p>Daugiadalykė atvejo vadyba efektyvi paslaugų koordinavimui, pacientų poreikių vertinimui, priežiūros plano vykdymui, sumažina</p>

	<p>institucinės ILP paslaugų poreikį [26].</p> <p>Žemesnio išsilavinimo slaugytojai, teikiantys ILP paslaugas namuose gali kompensuoti augantį slaugytojų trūkumą [6].</p> <p>Kokybinis ILP paslaugų vertinimas užtikrina efektyvesnę priežiūrą ir racionalų išteklių panaudojimą [27, 32, 33, 35].</p> <p>Paslaugų teikėjų įvairovė pagerina paslaugų prieinamumą, didina konkurenciją ir vartotojų galimybę rinktis [27].</p> <p>Psichologinė, socialinė ir edukacinė pagalba neformaliems paslaugų teikėjams pagerina neformalių ILP paslaugų kokybę ir sumažina našta artimiesiems [29].</p>
<b>Galimas neigiamas poveikis</b>	<p>Didėja administracinė našta, nes ILP paslaugų koordinavimui gali būti steigiamos institucijos ir naujos pareigybės [27, 30].</p> <p>ILP paslaugų teikėjų konkurencija tarpusavyje dėl tų pačių klientų ir dėl kontraktų su ILP draudimo institucijomis lemia nedidelę paslaugų kainą. ILP paslaugų teikėjai mažins sąnaudas – trumpins paslaugų teikimo trukmę, didins darbo krūvius, įdarbins žemesnės kvalifikacijos darbuotojus [27].</p>
<b>Resursų sąnaudos / išlaidos / ekonomiškumas</b>	<p>Priklauso nuo kiekvienos šalies modelio. Šalyse, kur finansuojama / remiama neformali artimųjų priežiūra, bendrosios išlaidos gali būti panašios kaip ir teikiant institucinę priežiūrą. Šalyse, kuriose nefinansuojama arba mažai finansuojama neformali priežiūra, paslaugos, teikiamos namuose ir bendruomenėje yra pigesnės negu institucinė priežiūra [36].</p> <p>Paslaugų integravimas padeda išvengti finansinių bei kitų išteklių dubliavimo [27].</p>
<b>Neapibrėžtumas, susijęs su nauda ir galimi trūkumai</b>	<p>Rytų Europos šalyse ir Lietuvoje mažai duomenų apie ILP integravimą bei priežiūrą namuose ir bendruomenėje [6].</p>
<b>Suinteresuotų subjektų požiūris ir patirtys</b>	<p>Dauguma žmonių prioritetą teikia ILP paslaugų namuose teikimui [28, 29].</p> <p>Poliligtumas tarp vyresnio amžiaus gyventojų, šių gyventojų bei artimųjų, teikiančių neformalią priežiūrą, pageidavimai ir lūkesčiai gauti daugiau ILP paslaugų namuose ir bendruomenėje, įtakoja politinius sprendimus, nes ši gyventojų grupė sudaro vis didėjančią visuomenės dalį. Tokiu būdu politikai įgyvendina į pacientus orientuotos priežiūros principą, kuris keičia ILP paslaugų organizavimo formas, teikiant prioritetą paslaugoms namuose ir bendruomenėje,</p>

	<p>leidžia išvengti paslaugų fragmentiškumo. Įvairiose šalyse veikia skirtingi modeliai: kai kuriose valstybėse apjungiami sveikatos ir socialinio sektoriaus finansavimo šaltiniai ir profesionalų darbas vienoje institucijoje, kitose – ILP paslaugos finansuojamos ir organizuojamos iš dviejų (ar daugiau) skirtingų sistemų [6].</p> <p>Visais atvejais atsiranda veiklos koordinavimo poreikis, kurį geriausiai įgyvendina atvejo vadybos taikymas (<i>angl.</i> case management) [26, 27].</p> <p>ILP paslaugas teikiantys darbuotojai (slaugytojai, socialiniai darbuotojai ir kt.) nepatenkinti nepastoviu darbo grafiku, jiems trūksta vadovybės pagalbos, dideli darbo krūviai [27].</p>
<p><b>Pagrindiniai pasirinkimo elementai, jei toks pasirinkimas jau buvo taikytas</b></p>	<p>Daugelyje Vakarų Europos šalių įdiegtos ir plėtojamos integruotos slaugos ir socialinės paslaugos namuose [27].</p> <p>Slaugytojų skaičius vienam gyventojui didėja daugelyje Europos šalių [6].</p> <p>Norvegija, Švedija, JK kokybę užtikrina griežta atskaitomybė, protokolų naudojimu ir paslaugų gavėjų apklausomis, vertinančiomis pacientų pasitenkinimo lygį [27].</p> <p>ILP paslaugų poreikio vertinimas skiriasi tarp šalių. Labiau standartizuotos procedūros taikomos Prancūzijoje, JK ir Švedijoje [27].</p>

**Remiantis sistemine apžvalga, siūlomos pagrindinės įgyvendinimo rekomendacijos:**

- Plėtoti integruotas slaugos ir socialines paslaugas namuose.
- Įdiegti integruotų slaugos ir socialinių paslaugų kokybės vertinimo sistemą.
- Rengti žemesnio išsilavinimo slaugytojas, kurios būtų pasirengusios teikti slaugos paslaugas ilgalaikės priežiūros namuose komandoje.
- Įdiegti sveikatos ir socialinių poreikių sudėtingumo lygių nustatymo ir vertinimo sistemą.

**2.2. Antras pasirinkimas. Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo įdiegimas Lietuvoje**

Atrinkome 7 sistemines apžvalgas ir dvi EBPO šalių sveikatos sistemų apžvalgas, susijusių su privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo įvedimo politikos pasirinkimu. Išskyrėme keturis pasirinkimo elementus:

- 1) Bendro finansavimo šaltinio suformavimas įdiegiant Privalomąjį ilgalaikės priežiūros draudimą.
- 2) Priemokų už ILP paslaugas sistemos sukūrimas.
- 3) Neformalios priežiūros finansavimas.
- 4) Poreikio ir finansų planavimo gerų praktikų pritaikymas.

Vienoje iš sisteminių apžvalgų Europos šalyse palyginus slaugos ir ilgalaikės priežiūros organizavimą bei finansavimą paaiškėjo, kaip tarp šalių skiriasi ILP paslaugų finansavimo modeliai. Daugumoje šalių ILP paslaugos apmokamos naudojant mišrius finansavimo šaltinius: bendrus mokesčius, socialinį ir sveikatos draudimą, regioninius ir / ar savivaldos biudžetus bei fondus ir privačias (namų ūkių) lėšas, tačiau kai kuriose valstybėse vienas iš finansavimo šaltinių yra pagrindinis. Pvz., Olandijoje, Šveicarijoje, Vokietijoje ILP apmokama Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo (toliau – PILPD) lėšomis, Danija ir Portugalija ILP paslaugas apmoka iš pagrindinių mokesčių, Prancūzijoje valstybė apmoka formalią ILP priežiūrą. Tenka pastebėti, kad Šveicarijoje ILP paslaugos namuose apmokamos iš kelių skirtingų administravimo lygių (federalinio, nacionalinio ir vietinio), taikant įvairias schemas [27, 39].

Reformos, kuriomis siekiama integruoti sveikatos ir socialinę priežiūrą, turėtų remtis vieningu finansavimu ir įveikti institucines kliūtis, kurios atsiranda tarp ambulatorinės ir stacionarinės priežiūros, tarp profesionalų ir neformalios priežiūros paslaugų teikėjų, taip pat tarp sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos paslaugų teikėjų [26]. ILP paslaugų poreikis ir lėšos jų apmokėjimui planuojamos, pritaikant ilgalaikio ir trumpalaikio ILP paslaugų poreikio modeliavimo metodikas [40].

Įgyvendinant ENEPRI mokslinio tyrimo projektą detaliai atskleistas Vokietijos ILP finansavimo modelis. Vokietijoje slaugos ir ilgalaikės priežiūros paslaugos finansuojamos iš PILPD biudžeto, kuris derinamas su valstybiniu Privalomuoju sveikatos draudimu. Vokietija taiko mišrią, viešą ir privačią finansavimo sistema. Viešoji PILPD sistema finansuojama iš įstatymu nustatyto nacionaliniu mastu vienodo darbo užmokesčio dalies mokesčio, kuris sudaro 1,95 proc. nuo darbo užmokesčio ir paskirstytas po lygiai darbdaviui ir darbuotojui (po 0,975 proc.). Viešoji PILPD sistema taikoma asmenims, kurių atlyginimas yra iki 3600 eurų per mėnesį. Darbuotojai, kurie uždirbo vidutiniškai daugiau negu 4012,5 eurų per mėnesį per praėjusių trijų metų laikotarpį, gali rinktis privatų sveikatos draudimą ir privatų PILPD. Privatus PILPD turi pasiūlyti bent jau to paties lygio paslaugas kaip ir viešasis PILPD. Vokietijoje įstatymu nustatytos šios ilgalaikės priežiūros paslaugos, apmokamos iš PILPD biudžeto lėšų: 1) paslaugos bendruomenėje; 2) išmokos pinigais neformaliai priežiūrai; 3) išmokų pinigais ir paslaugų derinimas; 4) atokvėpio priežiūra namuose, kai neformalus paslaugų teikėjas atostogauja arba serga; 5) medicininė įranga ir techninė pagalba; 6) dienos priežiūra ir nakties priežiūra; 7) trumpalaikė institucinė priežiūra; 8) nuolatinė institucinė priežiūra; 9) ilgalaikė priežiūra institucijoje neįgaliesiems; 10) socialinė neformalių priežiūros teikėjų apsauga; 11) mokymo kursai šeimos nariams, teikiantiems priežiūrą, ir savanoriams; 12) papildomos išmokos asmenims, kurių funkcijos ryškiai pablogėjusios; 13) išmokos į asmeninius biudžetus. Šias paslaugas teikia įvairios institucijos: ne pelno siekiančios, pelno siekiančios ir religinės organizacijos [38].

Rhee su kolegomis atliko lyginamosios politikos bei mokslinių publikacijų analizę ir pasiūlė alternatyvius metodus ILP paslaugų finansavimui vidutinių pajamų šalyse. Analizė parodė, kad vidutinių pajamų šalys turėtų kuo anksčiau pasirinkti ILP paslaugų teikimo ir finansavimo modelį, kol dar visuomenės senėjimas netapo ryškia problema. Siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą, dalijimasis sąnaudomis (t. y. priemokos) gali būti derinamas su subsidijomis mažas pajamas turintiems gyventojams. Priemokos



reikalingos siekiant išvengti per didelio paslaugų naudojimo [41]. Manoma, kad privatus ILP draudimas dažnai sprendžia tik dalį problemų, todėl siūlomas mišrus viešasis ir privatus ILP draudimas [40]. ILP paslaugų apmokėjimas iš valstybinio privalomojo ILP draudimo lėšų yra daug efektyvesnis nei iš privataus draudimo fondų.

EBPO šalyse auga lėšų poreikis ILP paslaugoms apmokėti. 2017 m. ILP paslaugų apmokėjimui nuo BVP Šveicarija skyrė 0,7 proc., JK, Vokietija po 0,6 proc. EBPO šalyse iš visų ILP skiriamų lėšų du trečdalius sudaro išlaidos institucinių ILP paslaugų apmokėjimui, tačiau kai kurios šalys, pvz., Austrija, Lenkija, Danija, Vokietija, net 50 proc. lėšų, numatytų ILP paslaugoms apmokėti, skiria ILP paslaugų, teikiamų paciento namuose, apmokėjimui [12].

Daugelis šalių taiko priemokas už tam tikras ILP paslaugas. Priemokos dažniausiai taikomos ne už medicinos, bet pvz. „už viešbučio“ paslaugas. Priemokų dydį lemia paciento slaugos ir priežiūros poreikių lygis ir šeimos finansinės galimybės [27].

ILP pagrindas yra artimųjų teikiama neformali priežiūra, todėl išmokų sistema neformalios priežiūros teikėjams turi būti subalansuota. Kadangi neformalios priežiūros teikėjai, kuriais dažniausiai būna darbingo amžiaus moterys, susiduria su daugeliu išmokų sistemų trikdžių, tai gali sąlygoti jų pasitraukimą iš darbo rinkos. Neformali priežiūra turi gauti visokeriopą valstybės paramą, nes formalios priežiūros poreikio didėjimas gali sukelti didesnį fiskalinį disbalansą [13, 40, 42].

Visame pasaulyje lėšos, skiriamos ILP [43], sudaro ženkliai ir reikšmingą sveikatos priežiūros išlaidų dalį, todėl įvertinus nuolatinį išlaidų ILP augimą, plačiai nagrinėjama ILP tvarumo problema. Pvz. Japonijoje nuo 2000 m. iki 2006 m. išlaidos ILP išaugo 100 proc. Modeliuojant ilgalaikės ILP politikos prognozes numatoma, kad 2036 m. BVP dalis, skiriama ILP, sieks 2,3 – 2,5 proc., jei išliks tokios demografinių pokyčių tendencijos, ir dalis institucinės ILP bus pakeista priežiūra namuose ar dienos centruose [9]. Analizuodami sveikatos priežiūros išlaidas pagal funkcijas matome, kad lėšos, skiriamos ILP, labai skiriasi tarp šalių. 2014 m. ir 2016 m. tokios šalys kaip Norvegija (2014 ir 2016 m. 28 proc. ), Švedija (2014 ir 2016 m. 26 proc.), Olandija (2014 m. 27 proc., 2016 m. 26 proc.) daugiau negu ketvirtadalį visų sveikatos priežiūros išlaidų skyrė ILP. ES 27 vidurkis – 15 proc. 2014 m. ir ES 28 vidurkis – 13 proc. 2016 m., Vokietija skyrė atitinkamai 14 proc. ir 16 proc. o Lietuva – 9 proc. ir 8 proc. Šie duomenys parodyti 10 lentelėje [11, 12].

**10 lentelė.** Sveikatos priežiūros išlaidų dalis, skirta ILP, procentais

<b>Valstybė</b>	<b>2014 m.</b>	<b>2016</b>
<b>Norvegija</b>	28	28
<b>Švedija</b>	26	26
<b>Olandija</b>	27	26
<b>Vokietija</b>	14	16
<b>Lietuva</b>	9	8
<b>ES 27 vidurkis</b>	15	–
<b>ES 28 vidurkis</b>	–	13

Atkreipiamas dėmesys, kad Sveikatos sąskaitų sistemoje apie išlaidas, skirtas ILP, šalys pateikia informaciją tik apie sveikatos priežiūros ILP išlaidų dalį. Tuo tarpu daugelyje šalių sunku aiškiai atskirti išlaidas ILP, skiriamas sveikatos priežiūrai ir socialinei apsaugai, todėl išlaidų, skirtų ILP vertinimas yra vienas iš veiksnių, ribojančių palyginamumą tarp šalių [11, 12].

**11 lentelė.** Sisteminėse apžvalgose pateikiamų įrodymų santrauka (*II pasirinkimas*)

<b>Įrodymų kategorija</b>	<b>Pagrindiniai įrodymai</b>
<b>Nauda</b>	<p>Pagerina slaugos ir ILP paslaugų prieinamumą [11, 12, 14].</p> <p>Viešojo sektoriaus finansai labiau nukreipiami į mažas pajamas turinčius asmenis [11, 12, 14].</p> <p>Finansavimo schemas padeda tinkamai organizuoti ir finansuoti ILP bei atsižvelgti į poreikių lygmenį [11,12].</p> <p>Priemokų sistema leidžia išvengti perteklinio paslaugų vartojimo [41].</p> <p>Neformalios priežiūros finansavimas vaidina svarbų vaidmenį, mažindamas formalios priežiūros našta biudžetui [11, 12, 14].</p> <p>Pasirinkimo galimybė gauti formalią ar neformalią ILP su išmoka bei paslaugomis [14, 38].</p> <p>Poreikio ir finansų planavimas pritaikant gerąsias praktikas, mokslo įrodymais pagrįstas metodikas ir modelius [12, 13].</p> <p>Didėja paslaugų teikėjų skaičius, jų konkurencingumas, didėja paslaugų teikėjų įvairovė [11].</p>
<b>Galimas neigiamas poveikis</b>	<p>Didina mokesstinę naštą gyventojams, didina administracinę naštą dėl naujo mokesčio administravimo ir ILP paslaugų plėtros organizavimo.</p>
<b>Resursų sąnaudos / išlaidos / ekonomiškumas</b>	<p>Analizuojant sveikatos priežiūros išlaidas pagal funkcijas lėšos, skiriamos ILP, tarp šalių labai skiriasi. 2014 m. ir 2016 m. tokios šalys kaip Norvegija (2014 ir 2016 m. 28 proc. ), Švedija (2014 ir 2016 m. 26 proc.), Olandija (2014 m. 27 proc., 2016 m. 26 proc.) daugiau negu ketvirtadalį visų sveikatos priežiūros išlaidų skyrė ILP. ES 27 vidurkis – 15 proc. 2014 m. ir 13 proc. 2016 m., Vokietija skyrė atitinkamai 14 proc. ir 16 proc. o Lietuva – 9 proc. ir 8 proc. [12, 43].</p> <p>2017 m. ILP paslaugų apmokėjimui nuo BVP Šveicarija skyrė 0,7 proc., Jungtinė Karalystė ir Vokietija po 0,6 proc.</p> <p>EBPO šalyse iš visų ILP skiriamų lėšų du trečdalius sudaro išlaidos institucinių ILP paslaugų apmokėjimui, tačiau kai kurios šalys, pvz., Austrija, Lenkija, Danija, Vokietija, net 50 proc. lėšų, numatytų ILP paslaugoms apmokėti, skiria ILP paslaugų, teikiamų paciento</p>

	namuose, apmokėjimui [13, 14].
<b>Neapibrėžtumas, susijęs su nauda ir galimi trūkumai</b>	<p>Trūksta duomenų apie situaciją Rytų Europos šalyse, tarp jų ir Lietuvoje [27].</p> <p>Sveikatos sąskaitų sistemoje apie išlaidas, skirtas ILP, šalys pateikia informaciją tik apie sveikatos priežiūros ILP išlaidų dalį. Tuo tarpu daugelyje šalių sunku aiškiai atskirti išlaidas ILP, skirtas sveikatos priežiūrai ir socialinei apsaugai, todėl išlaidų, skirtų ILP vertinimas yra vienas iš palyginamumą tarp šalių ribojančių veiksnių [13, 14].</p>
<b>Suinteresuotų subjektų požiūris ir patirtys</b>	Politiškai jautrus klausimas. Lietuvoje, siekiant užtikrinti ILP plėtrą, pagerinti šių paslaugų prieinamumą bei padidinti finansavimą, būtina diskusija su visuomene dėl papildomų finansavimo šaltinių paieškos.
<b>Pagrindiniai pasirinkimo elementai, jei toks pasirinkimas jau buvo taikytas</b>	<p>Olandijoje, Šveicarijoje, Vokietijoje ILP apmokama Privalomojo ilgalaiškės priežiūros draudimo lėšomis [11].</p> <p>Daugelyje Vakarų Europos šalių veikia priemokų už ILP paslaugas sistemos [11].</p> <p>Daugelyje šalių pasaulyje finansuojama neformali priežiūra [11].</p> <p>Daugelyje šalių pasaulyje ILP paslaugų ir finansavimo poreikis prognozuojamas taikant modeliavimo metodus bei planuojamas pritaikant kitų šalių geras praktikas [13].</p>

**Remiantis sisteminėmis apžvalgomis, siūlomos pagrindinės įgyvendinimo rekomendacijos:**

- Suformuoti bendrą papildomą finansavimo šaltinį įdiegiant Privalomąjį ilgalaiškės priežiūros draudimą.
- Sukurti priemokų už ilgalaiškės priežiūros paslaugas sistemą.
- Finansuoti neformalią priežiūrą.
- Ilgalaiškės priežiūros paslaugų ir finansavimo poreikio prognozavimui taikyti modeliavimo metodus bei kitų šalių geras praktikas.

### 3. ĮGYVENDINIMO APLINKYBĖS

ILP paslaugų plėtrai yra sudarytos teisinės galimybės [1], ES socialinių fondų lėšomis finansuojami pilotiniai projektai [16, 17], tačiau būtini politiniai sprendimai dėl ILP paslaugų sistemos ir tvaraus finansavimo. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2018 m. gruodžio 5 d. nutarimu Nr. 1216 „Dėl demografijos, migracijos ir integracijos politikos 2018–2030 metų strategijos įgyvendinimo 2019–2021 metų tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“ pavedė atsakingom institucijom pateikti siūlymus LRV dėl naujos rūšies draudimo – slaugos / globos paslaugų draudimo įvedimo bei išnagrinėti kitų šalių gerąją praktiką ir suformuluoti siūlymus Vyriausybei. Juos apsvarsčius, jei tikslinga, numatoma įvesti naują socialinio draudimo rūšį slaugai / globai.

Politikos pasirinkimų įgyvendinio galimybės ir trūkumai aptarti 2019-04-18 seminare-diskusijoje „Mokslo įrodymais paremta slaugos paslaugų plėtra“. Seminaro dalyviai: Žinių integravimo ir perdavimo tinklo koordinavimo tarybos nariai, sveikatos srities viešojo valdymo, slaugos paslaugas teikiančių institucijų bei universitetų atstovai. Renginio dalyviai diskusijų metu įvardino pasirinktų priemonių įgyvendinimo galimybes ir trūkumus asmens, teikėjo ir organizacijos lygmenyse (žr. 12 ir 13 lenteles).

**12 lentelė.** I pasirinkimas. Ilgalaikės priežiūros paslaugų namuose plėtra

LYGMUO	GALIMYBĖS	TRŪKUMAI
<b>ASMENS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Galimybė išlaisvinti darbingo amžiaus žmones, kurie slaugo namie savo šeimos narius. Artimieji išlieka darbo rinkoje ir atneša ekonominės naudos.</li> <li>Artimieji dalyvauja slaugos paslaugos teikime. Kartu gaunamos slaugos, socialinės ir mokymo paslaugos.</li> <li>Asmuo jaučiasi saugiai gaudamas paslaugas savoje aplinkoje. Neformalus teikėjas žino geriausiai ko reikia artimam žmogui, pažįsta jo asmenybę, gali teikti paslaugą iš karto kai jos reikia.</li> <li>Galimybė patiems paslaugų vartotojams priimti sprendimus „Self – management“ sau – priežiūra.</li> <li>Kompleksinės paslaugos pagreitina slaugos ir socialinių paslaugų gavimą - geresnis prieinamumas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kintanti demografinė padėtis – daugės ILP paslaugų gavėjų skaičius, ILP paslaugos bus sunkiau prieinamos.</li> <li>Šiuo metu trūksta informacijos apie slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose, nėra vieno langelio principo bendrai integraliai paslaugai.</li> <li>Artimųjų nenoras, kad ilgalaikės priežiūros paslaugos būtų teikiamos namuose. (nesaugi aplinka, neužtikrinamos kokybiškos paslaugos).</li> <li>Artimųjų nenoras dalyvauti slaugos priežiūroje ir pervargimas.</li> <li>Pasitikėjimo paslaugų teikėjais trūkumas.</li> </ol>

	<p>6. Paslaugos teikiamos Vieno langelio principu, nereikia ieškoti skirtingų paslaugų teikėjų, siekiant tenkinti asmens poreikius.</p> <p>7. Glaudesnis šeimos ir paslaugų teikėjų tarpusavio bendradarbiavimas;</p> <p>8. Galimybė parinkti paslaugas teikiančią komandą pagal poreikį ir specialisto kompetenciją;</p> <p>10. Savanoriško kaimyniškumo pagalbos vystymas (pagalba bendruomenės nariams)</p> <p>11. Sąnaudų pasidalinimas (galimybė paslaugos teikėjui gauti paslaugos gavėjo pensiją).</p> <p>12. Gauti integruotas paslaugas (kompleksą) nenutrūkstamai.</p> <p>Specialistų prieinamumas</p>	<p>7. Šiuo metu paslaugos neteikiamos ne darbo metu (savaitgaliais). Nėra trumpalaikės atokvėpio paslaugos namuose.</p> <p>8. Kompetetingų darbuotojų trūkumas, dažna kaita.</p> <p>9. Žinių ir įgūdžių trūkumai rūpintis slaugomu asmeniu (kai paslaugas teikia artimieji).</p> <p>10. Nėra paslaugos teikimo tęstinumo, kai paslaugos gavėjas keičia gyvenamąją vietą.</p> <p>11. Žemas raštingumas, įvairūs klausimai: slaugymo žinių stoka, informacijos apie paslaugų teikėjus trūkumas.</p>
<b>TEIKĖJO</b>	<p>1. Komandinis darbas – geresni rezultatai.</p> <p>2. Visuomenės lūkesčių tenkinimas.</p> <p>3. Veiklos optimizavimas, nenutrūkstamas finansavimas, galimybė įtraukti daugiau personalo.</p> <p>4. Įvairūs paslaugų teikėjai: NVO organizacijos; Biudžetinės įstaigos; Poliklinikos; Bažnyčios bendruomenė.</p> <p>5. Vieno langelio paslaugą, kai ji užtikrinama iš vieno finansų šaltinio, organizuoti paprasčiau.</p> <p>6. Transporto išlaidas teikiant paslaugas galėtų sumažinti apgyvendinimui skirtų būstų atsiradimas šalia paslaugas teikiamų ASPJ (Danijos patirtis).</p> <p>7. Vientisai, kokybiškai sistemingai teikiamos sveikatos ir socialinės paslaugos.</p> <p>8. Aiškus paslaugų reglamentavimas ir traktavimas.</p>	<p>1. Skirtingai teikiamos paslaugos. Konkurencija gali mažinti paslaugos kokybę.</p> <p>2. Nėra aišku kas turi teikti integruotas paslaugas, skirtingi finansavimo šaltiniai.</p> <p>3. Trūkstant žmogiškųjų ir finansinių užtekių neužtikrinamos visos reikalingos paslaugos, sunku užtikrinti paslaugų kokybę.</p> <p>4. Didelės transporto sąnaudos, sugaištama daug laiko kelionei.</p> <p>5. Paslaugų organizavimo trūkumai: nėra aiškios koncepcijos; nėra klinikinio lyderio; trūksta darbuotojų motyvacijos ir kompleksinio bendradarbiavimo.</p> <p>6. Personalo stoka, dideli darbo krūviai, pavargę darbuotojai.</p>

	<p>Vienas koordinatorius.</p> <p>Vienas finansavimo šaltinis.</p>	<p>7. Slaugomo asmens visų poreikių tenkinimo galimybių nebuvimas dėl finansavimo stoka.</p> <p>8. Nėra galimybių sukurti saugią aplinką namuose.</p> <p>9. Darbuotojų gebėjimų visapusiškai vertinant asmens poreikius stoka.</p> <p>10. Kvalifikuotų specialistų trūkumas, nekonkurencingas darbo užmokestis.</p> <p>11. Šiuo metu paslaugos teikiamos skirtingų sistemų (sveikatos ir socialinės apsaugos), galimi nuomonių konfliktai.</p> <p>12. Nėra vieningo paslaugos poreikio vertinimo įrankio.</p> <p>13. Silpnos NVO organizacijos Trūksta lėšų darbuotojų švietimui, mokymui.</p>
<p><b>ORGANIZACIJOS</b></p>	<p>1. ILP paslaugų kokybės užtikrinimas organizacijos lygmenyje – užtikrinti kompetencijas ir darbo sudėtingumą atitinkantį atlygį, kuris motyvuotų dirbti ir paslaugą suteikti kokybiškai ir profesionaliai (soc. darbuotojo padėjėjai / slaugytojo padėjėjai).</p> <p>2. Visa informacija vienose rankose. Finansavimas valdomas vieno šaltinio. Kontrolė, koordinavimas, aiškus funkcijų paskirstymas.</p> <p>3. Šviesti visuomenę pasitelkus žiniasklaidos priemones. Skatinti jaunas žmones rinktis slaugytojo profesiją.</p> <p>4. Plėtojama prevencija ilgina gyvenimo trukmę.</p>	<p>1. Skirtingi reikalavimai, nėra vienodų kriterijų gauti licenciją įvairiems tiekėjams.</p> <p>2. Politinės valios stoka.</p> <p>3. Nepakankamas finansavimas.</p> <p>4. Informacijos trūkumas: Kas, kur, kada, kokią pagalbą ir paslaugą teikia.</p> <p>5. Gali išaugti paslaugos administravimo kaštai.</p> <p>6. Trūksta bendradarbiavimo tarp institucijų, darbuotojų pritraukimo politikos, darbo krūvių kriterijų.</p> <p>7. Nėra ILP paslaugų sistemos nacionaliniu mastu. Problema turi</p>

	<p>5. Išnaudoti esamą politinę valią – palanki situacija šiuo metu.</p> <p>6. Galimybės teikti socialines ir slaugos paslaugas kartu.</p> <p>7. Bendros slaugos ir socialinių paslaugų teikėjų licencijavimo procedūros.</p>	<p>būti sprendžiama valstybiniu lygiu.</p> <p>8. Trūksta tarpinstitucinės sąsajos “Ligoninė - Slaugos namai – Slauga namuose”.</p> <p>9. Galimas paslaugų dubliavimas.</p> <p>10. Išaugę kaštai nepadengiami gaunamo finansavimo.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**13 lentelė.** II pasirinkimas. Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo įdiegimas Lietuvoje

<b>LYGMUO</b>	<b>GALIMYBĖS</b>	<b>TRŪKUMAI</b>
<b>ASMENS</b>	<p>1. Asmeniui PILPD sudarytų galimybę gauti daugiau paslaugų pas pasirinktą paslaugos teikėją.</p> <p>2. Eutanazijos problema.</p>	<p>1. Lūkesčiai neatitinka galimybių.</p> <p>2. Nepakankamas gyventojų informuotumas apie galimybes gauti ILP paslaugas.</p>
<b>TEIKĖJO</b>	<p>1. Neformalios pagalbos teikėjams – statuto įteisinimas, socialinės garantijos.</p> <p>2. Kaišiadorių rajono savivaldybės gyventojams sudarytos sąlygos gauti slaugos paslaugas namuose, Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros centras turi tam skirtą transportą ir atskirą slaugytoją. Savivaldybė turi pakankamai slaugos ir palaikomojo gydymo lovų gyventojų poreikiams patenkinti.</p>	<p>1. Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų teikėjai turi vykdyti biurokpatines funkcijas: papildomai teikia informaciją savivaldybių socialinės paramos skyriams dėl gydomų pacientų (pažymos dėl kompensacijos už pacientų gyvenamųjų būstų šildymą ir kt.).</p> <p>2. Juridinių formų ir saviraiškų įvairovė apsunkina sprendimų įgyvendinimą.</p>
<b>ORGANIZACIJOS</b>	<p>1. Įdiegus Privalomąjį ilgalaikės priežiūros draudimą būtų suformuotas naujas papildomas lėšų šaltinis ILP paslaugų finansavimui. Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo biudžetas būtų atskirtas nuo valstybės biudžeto analogiškai kaip ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas.</p> <p>2. Didelis ILP paslaugų poreikis</p>	<p>1. Lėšų trūkumas sveikatos sistemoje ir palyginus su kitomis ES ir EBPO šalimis nepakankama ambulatorinės ir stacionarinės slaugos paslaugoms skirtų lėšų dalis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete, sąlygoja siūlymą didinti mokesčius, įvedant Privalomąjį</p>

	<p>didžiuosiuose miestuose, nepakankamas paslaugų prieinamumas.</p> <p>3. Seimo ir Vyriausybės sprendimai dėl Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo įvedimo. Sutarimas tarp SAM ir SADM dėl Privalomojo ilgalaikės priežiūros draudimo reglamentavimo.</p> <p>4. Politinė lyderystė.</p> <p>5. Teisės aktai leidžia integruoti ILP paslaugos sveikatos ir socialinės priežiūros dalis.</p> <p>6. Pagerinti E. sveikatos sistemos ir elektroninės neįgalumo bei darbingumo nustatymo sistemų sąveiką.</p>	<p>ilgalaikės priežiūros draudimą.</p> <p>2. Politiškai jautrūs mokesčių politikos klausimai.</p> <p>3. Nepakankamai išplėtos stacionarinės ir ambulatorinės slaugos paslaugos. Slaugos paslauga – rizikų sąrašė dėl nepakankamo finansavimo ir slaugos specialistų trūkumo. Pereinamasis laikotarpis ir etapiškumas yra procese.</p> <p>4. E. sveikatos sistemoje trūksta duomenų, kad NDNT galėtų daryti išvadas dėl specialiųjų poreikių.</p> <p>5. Tobulintina specialiųjų poreikių nustatymo tvarka: nuolatinės slaugos poreikius nustato NDNT, bet slaugytojai tame procese nedalyvauja.</p> <p>6. Neįgyvendintas vieno langelio principas. Nepakankamas veiklos suderinamumas tarp NDNT ir savivaldybių. Nėra atgalinio ryšio.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## 4. LITERATŪRA

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.301549?jfwid=-9dzqnu48b>>.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-393 „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.424177?jfwid=-ebwr1y42w>>.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861?jfwid=-ebwr1y3od>>.
4. Danusevičienė L. Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veikmingumo įvertinimas. Daktaro disertacija. Kaunas, 2016. Prieiga per internetą: <<https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:18870617/>>.
5. Lietuvos statistikos departamentas. Prieiga per internetą: <[https://osp.stat.gov.lt/en/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?hash=034d4fb3-8aa3-4404-af105ed7e15f3310#](https://osp.stat.gov.lt/en/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?hash=034d4fb3-8aa3-4404-af105ed7e15f3310#/)>.
6. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Prieiga per internetą: <[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)>.
7. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/asr>>.
8. Lietuvos Respublikos Seimo 2018 m. rugsėjo 20 d. nutarimas Nr. XIII-1484 „Dėl demografijos, migracijos ir integracijos politikos 2018–2030 metų strategijos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/fbb35e02c21811e883c7a8f929bfc500?jfwid=-35aaxldoi>>.
9. LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionariems paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.416236?jfwid=-ebwr1xrnh>>.
10. VLK informacija. Prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugos/slaugos-paslaugos>>.
11. Higienos instituto informacija. Prieiga per internetą: <<https://stat.hi.lt/>>.
12. OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Prieiga per internetą: <[https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-en.pdf?expires=1563957611&id=id&accname=guest&checksum=B1981125706EC95D84FAA0491F534026](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1563957611&id=id&accname=guest&checksum=B1981125706EC95D84FAA0491F534026)>.
13. Worrall P, Chausalet TJ. A structured review of long-term care demand modelling. Health Care Manag Science. 2015; 18(2): 173-194. Prieiga per internetą: <<https://westminsterresearch.westminster.ac.uk/item/9z8q3/a-structured-review-of-long-term-care-demand-modelling>>.
14. Valstybinio audito ataskaita. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą. 2018; Nr. VA-2018-P-9-3-9. Prieiga per internetą: <[https://www.vkontrolė.lt/pranesimas\\_spaudai.aspx?id=24629](https://www.vkontrolė.lt/pranesimas_spaudai.aspx?id=24629)>.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. V-982 „Dėl Sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.329135?jfwid=-fxdp7h3u>>.
16. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. liepos 20 d. įsakymas Nr. A1-353 „Dėl Integralios pagalbos plėtos programos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.430819/gXbdYPXGKv>>.

17. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2015 m. liepos 14 d. įsakymas Nr. A1-435 „Dėl Integralios pagalbos plėtros veiksmų plano patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/2b93f3a02b2c11e58a4198cd62929b7a?jfwid=rivwzvpng>>.
18. OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018. Assessment and recommendations. OECD 2018. Prieiga per internetą: <<https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Lithuania-2018-Assessment-and-Recommendations.pdf>>.
19. The 2018 Ageing Report. European Economy Institutional Paper 065|November 2017. European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Prieiga per internetą: <[https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf)>.
20. Kanopienė V, Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai, Mykolo Romerio universitetas, Socialinės politikos fakultetas, Gerontologija 2006; 7(4): 188–200.
21. Nacionalinės Sveikatos tarybos Metinis pranešimas 2012, Sveikas senėjimas – nauji iššūkiai Lietuvai. Prieiga per internetą: <[www.sveikatostaryba.lt/metiniai-pranesimai](http://www.sveikatostaryba.lt/metiniai-pranesimai)>.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 10 d. įsakymas Nr. V-222 „Dėl Nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairių patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/f3e32e80d10211e59019a599c5cbd673?jfwid=-fxdp770g>>.
23. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Prieiga per internetą: <<http://ww1.read.oecd-library.org/social-issues-migration-health/health-at-a>>.
24. Kudukytė-Gasperė R, Jankauskienė D, Štaras K. Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje. Sveikatos politika ir valdymas. Prieiga per internetą: <[https://www.mruni.eu/upload/iblock/83e/008\\_kudukyte\\_jankauskiene.pdf](https://www.mruni.eu/upload/iblock/83e/008_kudukyte_jankauskiene.pdf)>.
25. Pociūtė R. Vyresnio amžiaus žmonių slaugos ir socialinių paslaugų poreikis Kauno mieste. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2014.
26. MacAdam M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review. CPRN Research Report. April 2008. Prieiga per internetą: <[http://www.nasud.org/sites/nasud/files/hcbs/files/139/6911/elder\\_care\\_framework.pdf](http://www.nasud.org/sites/nasud/files/hcbs/files/139/6911/elder_care_framework.pdf)>.
27. Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, Melchiorre MG, Greco C, Devillé W. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Services Research. 2011; 11:207. Prieiga per internetą: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-207>>.
28. Lehnert Th, Heuchert M, Hussain K, König HH. Stated preferences for long-term care: a literature review. Ageing & Society. Cambridge University Press. Apr 17 2018.
29. Johnson S, Bacsu J. Understanding complex care for older adults within Canadian home care: a systematic literature review. Home Health Care Services Quarterly. 2018 Jul-Sep; 37(3):232-246.
30. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Services Research. 2011; 11:93.
31. European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services and quality of society. Publications office of the European Union, Luxembourg. Prieiga per internetą: <<https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1641&context=intl>>.
32. Joling KJ, van Eenoo L, Vetrano DL, Smaardijk VR, Declercq A, Onder G, van Hout HPJ, van der Roest HG. Quality indicators for community care for older people: A systematic review. PLoS One. 2018; 13(1): e0190298.
33. Knapp M, Lemmi V, Romeo R. Dementia care costs and outcomes: a systematic review. International Journal Geriatric Psychiatry. 2013 Jun; 28(6):551-61. Prieiga per internetą: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/gps.3864>>.
34. Davies SL, Goodman C, Bunn F, Victor Ch, Dickinson A, Iliffe S, Gage H, Martin W, Froggatt K. A systematic review of integrated working between care homes and health care services. BMC Health Services Research. 2011; 11:320. Prieiga per internetą: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-320>>.
35. Makai P, Brouwe WB, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer AP. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. Social Science & Medicine. 2014; 102:83-93.
36. Young C, Hall AM, Gonçalves-Bradley DC, Quinn TJ, Hooft L, van Munster BC, Stott DJ. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane*





Kuriame  
Lietuvos ateitį  
2014–2020 metų  
Europos Sąjungos  
fondų investicijų  
veiksmų programa



Lietuvos Respublikos  
sveikatos apsaugos ministerija



5. PRIEDAI



1 PRIEDAS

Sisteminių apžvalgų, susijusių su sveikatos politikos pasirinkimais, santrauka

I pasirinkimas

Pasirinkimo elementas	Sisteminės apžvalgos tema	Pagrindiniai įrodymai	Dalis tyrimų atlikta
ILP paslaugų teikimas namuose	Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, Melchiorre MG, Greco C, Devillé W. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Services Research. 2011; 11:207.	<p>Šalyse skiriasi ILP paslaugų namuose išvystymo lygis. Studijos parodė, kad ILP paslaugoms namuose teikiamas prioritetas, siekiant senyvo amžiaus gyventojams suteikti galimybę kiek įmanoma gyventi savo namuose. Svarbu atsakomybių skirtinguose lygmenyse pasidalinimas (savivaldos, regioniniame ar nacionaliniame lygmenyse), organizuojant ILP namuose paslaugas teikti prioritetą sveikatos priežiūrai. Paslaugų kokybės kontrolė, kvalifikuotas personalas, valstybinis reguliavimas, dėmesys neformalios priežiūros paslaugoms yra būtini teikiant paslaugas namuose.</p> <p>Sėkmingesnė integracija užtikrinama, kai skirtingi specialistai dirba vienoje įstaigoje, priežiūrą namuose koordinuoja atvejo vadybininkai (Anglija, Islandija, Švedija, Italija, Suomija). Norvegijoje ILP paslaugas teikia integruotų paslaugų komandos, Jungtinėje Karalystėje koordinacija vykdoma tarp paslaugų ligoninėse ir namų priežiūros, siekiant sutrumpinti hospitalizacijos trukmę ir išvengti pakartotinių hospitalizacijų.</p>	<b>74 tyrimai</b> įtraukti į šią sistemine apžvalgą.
ILP paslaugų teikėjų įvairovė		<p>Europoje skiriasi ILP paslaugų teikėjai integralumo, priežiūros organizavimo ypatumais, neformalios ILP intensyvumu, nuosavybės forma bei valstybinio reguliavimo lygmeniu.</p> <p>Belgijoje ILP paslaugas teikia privačios įstaigos, slaugytojos, kurios šioje rinkoje konkuruoja.</p> <p>Vokietijoje ILP paslaugas teikia ne pelno siekiančios, pelno</p>	Įtrauktos studijos iš šių šalių: Austrija, Belgija, Čekija, Danija, Prancūzija, Suomija, Vokietija, Airija, Italija, Olandija, Norvegija, Lenkija, Portugalija, Slovėnija, Ispanija, Švedija, Šveicarija, Jungtinė Karalystė.

<p>Paslaugų kokybės užtikrinimas</p> <p>Poreikio vertinimo svarba</p>		<p>siekiančios ir religinės organizacijos, finansuojama iš slaugos draudimo, kontroliuojamo valstybinių sveikatos draudimo fondų. Įdiegti konkurenciją didinantys elementai.</p> <p>Prancūzijoje slaugos paslaugas namuose teikia su nacionaliniu sveikatos draudimo fondu sutartis sudariusios slaugytojos, o priežiūros namuose – nepelno organizacijos, finansuojamos viešaisiais finansais. Kai kurios savivaldybės turi integruotus ILP paslaugų centrus.</p> <p>Anglijoje ILP paslaugos teikiamos per nepriklausomus kontraktorius, su kuriais sudaromos sutartys dėl paslaugų teikimo ir finansavimo.</p> <p>Norvegija, Švedija, Jungtinė Karalystė kokybę užtikrina griežta atskaitomybe, protokolų naudojimu ir paslaugų gavėjų apklausomis, vertinančiomis pacientų pasitenkinimo lygį.</p> <p>Dideli darbo krūviai, nereguliarūs darbo valandos mokymų trūkumas neigiamai veikia paslaugų kokybę, dažniau pasireiškia privačiose įstaigose.</p> <p>Sveikatos raštingumo didinimas, priemonės įgalinančios apsitarnauti ir gyventi namuose plačiai taikomos JK, Danijoje, Lenkijoje.</p> <p>Periodinis poreikių LTC paslaugoms vertinimas paciento namuose vykdomas Švedijoje, Suomijoje, Jungtinė Karalystė.</p>	
<p>ILP paslaugų teikimas namuose</p>	<p>Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Services Research. 2011; 11:93.</p>	<p>Lyginami trys ILP paslaugų namuose modeliai: Atvejo vadybos; Integruotos priežiūros; Į pacientą orientuota priežiūra.</p> <p>Rekomenduojama apjungti skirtingų modelių elementus – visiškai integruotą priežiūros sistemą, kuri palengvina prieigą prie sveikatos ir bendruomenės paslaugų, kai vartotojai gauna atvejo valdymą, kad būtų maksimaliai padidintas klinikinis rezultatas ir užkirstas kelias nereikalingam institucionalizavimui ir / ar buvimui ligoninėje ir kai vartotojai gali patys kontroliuoti procesą pagal jų poreikius.</p>	<p><b>35 studijos.</b> Kanada, JAV, Anglija, Ispanija, Suomija.</p>

<p>ILP paslaugų teikimas namuose</p>	<p>MacAdam M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review. CPRN Research Report. April 2008.</p>	<p>Aprašomi trys integracijos lygiai (sisteminis, organizacijos ir klinikinis). Veiksmingos priemonės paslaugų integracijai: skėtinė organizacijų struktūra, paslaugų teikimo lygiai, jungtinės komandos darbas, atskaitomybė už paslaugų kokybę ir prieinamumą. Daugiadalykė atejo vadyba efektyvi paslaugų koordinavimui, pacientų poreikių vertinimui, priežiūros plano vykdymui, atlieka vartininko funkciją. ILP integracija efektyvesnė paslaugų teikėjų tinkluose (standartizuotos procedūros, jungtiniai mokymai, bendros IT sistemos, kokybės užtikrinimas). Rekomenduojami finansiniai mechanizmai, skatinantys prevenciją, reabilitaciją, mažesnę aktyvaus gydymo paslaugų vartojimą ligoninėse.</p>	<p><b>8 studijos.</b> Italija, Kanada, JAV, Australija.</p>
<p>ILP paslaugų teikimas namuose</p>	<p>Johnson S, Bacsu J. Understanding complex care for older adults within Canadian home care: a systematic literature review. Home Health Care Services Quarterly. 2018 Jul-Sep; 37(3):232-246.</p>	<p>Dauguma asmenų ILP paslaugas nori gauti namuose. Tai priklauso nuo ILP poreikių. Jeigu ILP poreikiai yra vidutiniai, prioritetas teikiamas paslaugoms namuose, jeigu dideli – slaugos įstaigoje. Kompleksinės pagalba labiau priklauso nuo medicininių poreikių, mažiau nuo socialinių. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra ir socialinės paslaugos namuose. Integruotas požiūris su specialistais ASPJ, ILP namuose teikėjais ir neformalios ILP paslaugų teikėjais.</p>	<p><b>16 publikacijų.</b> Kanada.</p>
<p>ILP paslaugų teikimas namuose</p> <p>Paslaugų teikėjų įvairovė</p>	<p>OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <a href="https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en">https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en</a></p>	<p>Dauguma žmonių prioritetą teikia ILP paslaugų namuose teikimui. Dauguma EBPO šalių įdiegė programas ir finansinius mechanizmus skatinančius slaugą namuose, ypač senyvo amžiaus žmonėms. Daugumoje EBPO šalių slaugos namuose paslaugų vartojimas išaugo, ypač Portugalijoje ir Švedijoje. Daugelis šalių pripažino, kad siekiant efektyviai reaguoti į senėjančios visuomenės ir didėjančių lėtinių ligų iššūkius bei poreikius, reikalingos tolesnės pastangos, siekiant gerinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikti daugiau tęstinės ir koordinuotos priežiūros už ligoninės ribų.</p> <p>Danijoje, Prancūzijoje, Šveicarijje trečdalis slaugytojų yra „asocijuoti profesionalai“ slaugytojai su žemesniu kvalifikacijos</p>	<p>Sveikatos sistemų apžvalga. 35 EBPO šalys.</p>

		lygiu. Danijoje ir Šveicarijoje didžiausias slaugytojų skaičiaus augimas nuo 2000 m. vyko šios kategorijos asocijuotų profesionalių slaugytojų sąskaita.	
ILP paslaugų teikimas namuose	Lehnert Th, Heuchert M, Hussain K, König HH. Stated preferences for long-term care: a literature review. <i>Ageing &amp; Society</i> . Cambridge University Press. Apr 17 2018.	Dauguma asmenų ILP paslaugas nori gauti namuose. Tai priklauso nuo ILP poreikių. Jeigu ILP poreikiai yra vidutiniai, prioritetas teikiamas paslaugoms namuose, jeigu dideli – slaugos įstaigoje.	<b>35 studijos.</b> Australija, Hong Kongas, JAV, Švedija, Vokietija, Kanada, Italija, Ispanija, Pietų Korėja.
ILP paslaugų teikimas namuose	Young C, Hall AM, Gonçalves-Bradley DC, Quinn TJ, Hooft L, van Munster BC, Stott DJ. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2017, Issue 4. Art. No.: CD009844. DOI: 10.1002/14651858.CD009844.pub2.	Nustatyta, kad teikiant paslaugas namuose patiriama mažiau išlaidų, kai kurie straipsniai parodė nežymiai geresnius rezultatus teikiant ILP paslaugas namuose nei institucijose vertinant gyvenimo kokybę, psichinę sveikatą, pažintines funkcijas tarp institucinės slaugos ir slaugos namuose (žemas įrodymų lygmuo).	<b>10 studijų.</b> JAV, Jungtinė Karalystė, Švedija, Havajai, Taivanas, Kanada.
ILP paslaugų teikimas namuose	Davies SL, Goodman C, Bunn F, Victor Ch, Dickinson A, Iliffe S, Gage H, Martin W, Froggatt K. A systematic review of integrated working between care homes and health care services. <i>BMC Health Services Research</i> . 2011; 11:320.	Integruotos slaugos ir socialinės paslaugos potencialiai gerina vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę.	<b>17 studijų.</b> Australija, Švedija, JAV, Jungtinė Karalystė.
Paslaugų kokybės užtikrinimas	Makai P, Brouwe WB, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer AP. Quality of	Gyvenimo kokybės vertinimo instrumentai QALY, HrQoL (mobilumas, skausmas, nerimas), ICECAP-O, ASCOT naudojami kaštų efektyvumui išmatuoti. Gyvenimo kokybei vertinti naudojami	<b>487 straipsniai.</b> Šalys nenurodytos.

	life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. <i>Social Science &amp; Medicine</i> . 2014; 102:83-93.	fiziniai, psichologiniai, socialiniai, finansiniai, saugumo rodikliai, asmeninė laisvės ir pasiekimų lygmuo.	
Paslaugų kokybės užtikrinimas	Joling KJ, van Eenoo L, Vetrano DL, Smaardijk VR, Declercq A, Onder G, van Hout HPJ, van der Roest HG. Quality indicators for community care for older people: A systematic review. <i>PLoS One</i> . 2018; 13(1): e0190298.	Kokybės rodikliai vertina proceso, rezultato ir struktūros kokybę. Apima klinikinius, psichikos sveikatos, struktūros, koordinavimo, paliatyvos pagalbos, psichosocialinį aspektą, paslaugų vartojimą, apsitarnavimo lygį, paciento lūkesčius. Naudojami kokybės rodiklių rinkiniai.	<b>25 straipsniai.</b> JAV, Jungtinė Karalystė, Kanada, Taivanas, Švedija, Olandija.
ILP paslaugų teikimas namuose	Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. <i>BMC Health Services Research</i> . 2011; 11:93.	Idealus ILP paslaugų namuose modelis galėtų apimti kelis pagrindinius elementus – visiškai integruotą priežiūros sistemą, kuri palengvintų prieigą prie sveikatos ir bendruomenės paslaugų, kur atvejo vadybininkas maksimaliai padidintų priežiūros rezultatus ir užkirstų kelią nereikalingam hospitalizavimui (institucinei slaugai).	<b>35 tyrimai</b> įtraukti į šią sistemine apžvalgą. JAV, Kanada, Ispanija, Italija, Suomija, Jungtinė Karalystė.
Poreikio vertinimo svarba	Schulz E. The Long-Term care system for the Elderly in Germany. <i>ENEPRI Research Report No. 78. Contribution to WP1 of the ANCIEN Project</i> . June 2010.	Privalomųjų sveikatos draudimo fondų Medicininė patariamoji tarnyba vykdo vertinimus, ar asmenys atitinka nustatytus kriterijus teisei į išmokas. Privačiam IPD šią funkciją vykdo privati kompanija Mediproof. Šalyje 15 Medicinos tarybų asmens namuose (arba slaugos namuose) vykdo vertinimus privalomojo SIPD fondams. Tai atlieka geriatrijoje apmokytos slaugytojos ir gydytojai, kurie stebi asmens, kuriam reikia priežiūros, namus ir socialinę aplinką, pagal nacionalinius standartus vertiną jo sveikatos ir funkcinę būklę.	Sveikatos sistemos apžvalga. Vokietija.
Paslaugų kokybės užtikrinimas	Taylor SJC, Pinnock H, Epiphaniou E, Pearce G, Parke HL, Schwappach A, et al. A rapid synthesis of the	Aprašytos įrodymais pagrįstos intervencijos padedančios patiems paslaugų vartotojams priimti sprendimus (angl. <i>self management</i> ). Pacientų įgalinimas – neatsiejama kokybiškos ILP dalis. Atsižvelgiama į individualius poreikius, gerinama komunikacija su	Metaanalizė. <b>13 studijų.</b> Jungtinė Karalystė, JAV, Kinija, Australija, Olandija, Švedija, Danija.



	evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS – Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions. Health Services and Delivery Research. NIHR Journals Library. 2014; 2(53).	ASPI, teikiamos mokymo ir psichologinės pagalbos paslaugos. Itin svarbi pagalba gerinant fizinę būklę (reabilitacinės priemonės). Kertiniai komponentai: sveikatos raštingumas, psichologinė, praktinė, socialinė pagalba, atgalinis ryšys. Tokių intervencijų įdiegimui reikalingas sisteminis požiūris.	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## II pasirinkimas

Pasirinkimo elementas	Sisteminės apžvalgos tema	Pagrindiniai įrodymai	Dalis tyrimų atlikta [įrašyti šalį]
Bendro finansavimo šaltinio suformavimas įdiegiant Privalomąjį ilgalaikės priežiūros draudimą  Priemokų už ILP paslaugas sistemos sukūrimas.	Genet N, Boerma WG, Kringos DS, Bouman A, Francke AL, Fagerström C, Melchiorre MG, Greco C, Devillé W. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Services Research. 2011; 11:207.	ILP paslaugos namuose dažniausiai apmokamos iš skirtingų šaltinių: mokesčių, sveikatos ir socialinio draudimo sistemos, savivaldos fondų bei privačių mokėjimų. Vokietijoje slaugos namuose paslaugas teikia ne pelno siekiančios, pelno siekiančios ir religinės organizacijos, finansuojama iš slaugos draudimo, kontroliuojamo valstybinių sveikatos draudimo fondų. Nuo 1995 m. Vokietijoje privaloma apdrausti numanomą slaugos ir ilgalaikės priežiūros riziką. Slaugos atveju suteikiamos paslaugos priklauso nuo slaugos poreikio lygio bei gali skirtis turintiems privalomą valstybinį ir privatų ILP draudimą.  Daugelyje šalių naudojamos priemokų sistemos, už kai kurias paslaugas (dažniausiai ne už medicinos, o už „viešbučio“ paslaugas), priemokų dydis priklauso nuo slaugomo asmens poreikių ir šeimos finansinių galimybių.	<b>74</b> tyrimai įtraukti į šią sistemine apžvalgą. Įtrauktos studijos iš šių šalių: Austrija, Belgija, Čekija, Danija, Prancūzija, Suomija, Vokietija, Airija, Italija, Olandija, Norvegija, Lenkija, Portugalija, Slovėnija, Ispanija, Švedija, Šveicarija, Jungtinė Karalystė.
Bendro finansavimo šaltinio	Rhee JC, Done N, Anderson GF. Considering long-term care insurance for middle-	Šios lyginamosios politikos analizės tikslas - pasiūlyti alternatyvius metodus finansuoti ilgalaikes priežiūros paslaugas vidutinių pajamų šalyse.	<b>31 publikacija</b> (nėra studijų vertinimo, įtraukti ir politiniai dokumentai).

<p>suformavimas įdiegiant Privalomąjį ilgalaikės priežiūros draudimą</p> <p>Priemokų už ILP paslaugas sistemos sukūrimas.</p> <p>Neformalios priežiūros finansavimas.</p>	<p>income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. Health Policy. 2015; 119(10): 1319-1329.</p>	<p>Autoriai orientuojasi į šalis, kurios naudoja socialiniu draudimu savo sveikatos priežiūros sistemų finansavimui.</p> <p>Vidutinių pajamų šalys turėtų kuo anksčiau pasirinkti LTC paslaugų teikimo ir finansavimo modelį, kol dar senėjimas netapo ryškia problema.</p> <p>Dalijimasis sąnaudomis, siekiant užkirsti kelią per dideliu paslaugų naudojimui, gali būti derinamas su subsidijomis mažas pajamas turintiems, siekiant užtikrinti ILP paslaugų prieinamumą.</p> <p>Neformalios ILP paslaugų teikėjai turi galimybę pasirinkti pinigines išmokas arba tiesioginį aprūpinimą paslaugomis. Tai turi įtakos moterų įsitraukimui į darbo rinką.</p>	<p>Įtrauktos šalys: Pietų Korėja, Japonija, Vokietija.</p>
<p>Bendro finansavimo suformavimas įdiegiant Privalomąjį ilgalaikės priežiūros draudimą</p> <p>Neformalios priežiūros finansavimas.</p>	<p>Mosca I, van der Wees PhJ, Mot ES, Wammes JJG, Patrick P.T. Jeurissen PPT. Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. International Journal Health Policy Management. 2016; 6(4):195-205.</p>	<p>Privatus ILP draudimas sprendžia tik dalį problemų, todėl siūlomas mišrus viešojo ir privataus sektoriaus draudimas.</p> <p>Artimųjų teikiama neformali priežiūra yra ILP pagrindas, todėl turi būti subalansuota išmokų sistema.</p>	<p><b>58 publikacijos.</b> Belgija, Jungtinė Karalystė, Prancūzija, Italija, Olandija.</p>
<p>Poreikio ir finansų planavimo gerų praktikų pritaikymas.</p>	<p>Worrall P, Chausalet TJ. A structured review of long-term care demand modelling. Health Care Manag Science. 2015; 18(2): 173-194.</p>	<p>ILP paslaugų poreikis ir lėšos jų apmokėjimui planuojamos pritaikant ilgalaikio ir trumpalaikio ILP paslaugų poreikio modeliavimo metodikas.</p>	<p><b>53 publikacijos, 17 tyrimų</b> įtraukta į sisteminę apžvalgą. Tyrimai atlikti: Jungtinė karalystė, Švedija, Kinija, Hong Kongas, Taivanas, Vokietija, Ispanija, Italija, Kaponija, Suomija, Kanada, JAV.</p>

Neformalios priežiūros finansavimas.	Da Roit B, Le Bihan B. Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. The Milbank Quarterly. 2010; Vol. 88 (3):286–309.	Neformali priežiūra yra tvarios ILP kertinis akmuo, tačiau neformali priežiūra susiduria su daugeliu iššūkių, susijusių su globos pašalpomis, dalyvavimo pašalpomis ir alternatyviomis išlaidomis neformalios priežiūros teikėjams, kuriais dažniausiai būna dirbančios moterys. Jei neformalios priežiūros aprūpinimas negali būti palaikomas, formalūs paslaugų teikėjai išlaikys didesnį fiskalinį priežiūros sistemos disbalansą.	Austrija, Prancūzija, Vokietija, Italija, Olandija ir Švedija.
Bendro finansavimo šaltinio suformavimas įdiegiant Privalomąjį ilgalaikės priežiūros draudimą	MacAdam M. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review. CPRN Research Report. April 2008.	Reformos, kuriomis siekiama integruoti sveikatos ir socialinę priežiūrą, turėtų būti vykdomos sutelkus finansavimo sistemas ir įveikus institucines kliūtis, ypač tarp ambulatorinės ir stacionarinės priežiūros, tarp profesionalų ir neformalios priežiūros paslaugų teikėjų, taip pat tarp sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų.	Cituoja daug. Įtrauktos 8 studijos. Italija, Kanada, JAV, Australija.
Bendro finansavimo šaltinio suformavimas įdiegiant Privalomąjį ilgalaikės priežiūros draudimą  Neformalios priežiūros finansavimas.	Schulz E. The Long-Term care system for the Elderly in Germany. ENEPRI Research Report No. 78. Contribution to WP1 of the ANCIEN Project. June 2010.	Privaloma ir visuotina Vokietijos socialinio ilgalaikės priežiūros draudimo sistema paremta viešojo ir privataus draudimo partneryste, apima beveik visus gyventojus ir užtikrina ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumą šalies gyventojams.  Asmenys, gaunantys priežiūrą namuose, gali rinktis tarp paslaugų teikimo bendruomenėje arba piniginių išmokų. Piniginės išmokos ir paslaugos gali būti derinamos. ENEPRI –European Network of Economic Policy Research Institutes ANCIEN –Assessing Needs of Care in European Nations	Vokietija.
Poreikio ir finansų planavimo gerų	OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing,	ILP paslaugų apmokėjimas iš valstybinio privalomojo draudimo lėšų yra daug efektyvesnis negu iš privataus draudimo fondų. EBPO šalyse auga lėšų poreikis ILP paslaugoms apmokėti. 2017 m.	„Grey literature“. Neanalizuojama publikacijų kokybė, remiamasi šalių sveikatos ir sveikatos sistemų

<p>praktikų pritaikymas.</p>	<p>Paris.  <a href="http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017/-en">http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017/-en</a></p>	<p>Šveicarija skyrė 0,7 proc., JK, Vokietija po 0,6 proc. BVP. EBPO šalyse du trečdalius ILP išlaidų skiria institucinių ILP paslaugų apmokėjimui, tačiau kai kurios šalys, pvz., Austrija, Lenkija, Danija, Vokietija net 50 proc. lėšų, skirtų ILP paslaugoms apmokėti, skiria ILP paslaugoms namuose.</p>	<p>statistinių rodiklių palyginimais ir publikacijomis.  35 EBPO šalys.</p>
<p>Poreikio ir finansų planavimo gerų praktikų pritaikymas.</p>	<p>Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. 2016.  <a href="http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en">http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en</a></p>	<p>Analizuojant sveikatos priežiūros išlaidas pagal funkcijas, lėšos, skiriamos ILP, tarp šalių labai skiriasi. 2014 m. tokios šalys kaip Norvegija (28 proc.), Švedija (26 proc.), Olandija (27 proc.) daugiau negu ketvirtadalį visų sveikatos priežiūros išlaidų skyrė ILP. ES 27 vidurkis buvo 15 proc., o Lietuva ILP skyrė 9 proc. Sveikatos sąskaitų sistemoje apie išlaidas, skirtas ILP, šalys pateikia informaciją tik apie sveikatos priežiūros ILP išlaidų dalį. Tuo tarpu daugelyje šalių sunku aiškiai atskirti išlaidas ILP, skirtas sveikatos priežiūrai ir socialinei apsaugai, todėl išlaidų, skirtų ILP vertinimas yra vienas iš palyginamumą tarp šalių ribojančių veiksnių.</p>	<p>„Grey literature“. Neanalizuojama publikacijų kokybė, remiamasi šalių sveikatos ir sveikatos sistemų statistinių rodiklių palyginimais ir publikacijomis.  35 EBPO šalys</p>

**Paiškinimas:**

VLK interneto svetainėje gauta informacija apie PSDF biudžeto lėšas, skirtas slaugos paslaugoms apmokėti:

<http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugos/slaugos-paslaugos/Documents/SLAUGA%20VISA%202013-2018%20%28vlk%20puslapiui%29.pdf> [44];

informaciją apie PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą **2018 m.** <http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdyimo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/PSDF%20biud%20%28vlk%20puslapiui%29.pdf> [45].

2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu patvirtintame 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžete išlaidoms Asmens sveikatos priežiūrai (01) skirta 1 195 754 Eur. 2018 m. PSDF biudžete slaugos paslaugoms skirta 62 104,5 Eur, tai sudarė 5,2 proc. iš Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų lėšų:

- 1) Iš jų Slaugai ir palaikomajam gydymui skirta 49 585,2 Eur, tai sudarė 79,84 proc. iš slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų;
- 2) Iš jų slaugai namuose skirta 6948,2 Eur, tai sudarė 11,19 proc. iš slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų.

**2017 metų:**

<http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdyimo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/0613%202017%20m.%20PSDF%20biud%20%28vlk%20puslapiui%29.pdf> [46].

2017 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu patvirtintame 2017 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete išlaidoms Asmens sveikatos priežiūrai (01) skirta 1 110 757 Eur. 2017 m. PSDF biudžete slaugos paslaugoms skirta 59 300,2 Eur, tai sudarė 5,3 proc. iš Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų lėšų:

- 1) Iš jų Slaugai ir palaikomajam gydymui skirta 48518,0 Eur, tai sudarė 81,8 proc. iš slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų;
- 2) Iš jų slaugai namuose skirta 6948,2 Eur, tai sudarė 9,9 proc. iš slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų.

**2016 metų:**

<http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdyimo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/LR%202016%20m.%20PSDF%20biud%20%28vlk%20puslapiui%29.pdf> [47].

2016 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu patvirtintame 2016 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete išlaidoms Asmens sveikatos priežiūrai (01) skirta 1 016 369 Eur. 2016 m. PSDF biudžete slaugos paslaugoms skirta 55 076,2 Eur, tai sudarė 5,4 proc. iš Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų lėšų:

- 1) Iš jų Slaugai ir palaikomajam gydymui skirta 44587,7 Eur, tai sudarė 80,95 proc. iš slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų;
- 2) Iš jų slaugai namuose skirta 5750,7 Eur, tai sudarė 10,44 proc. iš slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų.

**2015 metų:**

<http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdyimo-ataskaitu-rinkiniai/Documents/Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/2015%20m.%20Biud%C5%BEeto%20suvestin%C4%97s/LR%202015%20m.%20PSDF%20biud%C5%BEetas.pdf> [48].

2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu patvirtintame 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete išlaidoms Asmens sveikatos priežiūrai (01) skirta 978 486 Eur. 2015 m. iš PSDF biudžeto slaugos paslaugoms skirta 49 045,2 Eur, tai sudarė 5,0 proc. iš Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų lėšų:

- 1) Iš jų Slaugai ir palaikomajam gydymui skirta 40 100,8 Eur, tai sudarė 81,76 proc. iš slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų;
- 2) Iš jų slaugai namuose skirta 5553,7 Eur, tai sudarė 11,32 proc. iš slaugai skirtų PSDF biudžeto lėšų.

Visuomenės senėjimas toliau didins spaudimą sveikatos ir LTC išlaidoms, tuo pačiu metu mažėjant daliai darbingo amžiaus žmonių, kurie gali finansuoti tas išlaidas, taip keliant abejones dėl sveikatos ir LTC sistemų finansinio tvarumo.