

2022–2030 METŲ PLĖTROS PROGRAMOS VALDYTOJOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
KOKYBĖS IR EFEKTYVUMO DIDINIMO PLĖTROS PROGRAMOS PAGRINDIMAS
PLĖTROS PROGRAMOS PASKIRTIS

2021–2030 metų Nacionalinio pažangos plano (toliau – NPP) uždavinys:

2.11. Didinti kokybiškų ir inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir sveikatos atsparumą grėsmėms

1. Problema – Didelis žmonių mirtingumas nuo ligų, kurių galima išvengti gydymo priemonėmis

Lietuvos gyventojų tikėtina gyvenimo trukmė – viena trumpiausių ES. Remiantis EBPO duomenimis¹, 2000–2019 m. numatoma gyvenimo trukmė Lietuvoje pailgėjo daugiau kaip ketveriais metais – nuo 72,1 metų iki 76,5 metų. Vis dėlto 2020 m., įvertinus tiesioginę ir netiesioginę COVID-19 pandemijos įtaką, tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėjo beveik 17 mėnesių – iki 75,1 metų (plg. ES vidurkis – 80,6). Lietuvoje moterys vidutiniškai gyvena beveik 10 metų ilgiau negu vyrai: atitinkamai 80 metų ir 70,1 metų. Šis vyrų ir moterų tikėtinų gyvenimo trukmės skirtumas yra didžiausias ES ir jį daugiausia lemia labai didelis mirtingumas nuo išeminės širdies ligos ir dėl išorinių priežasčių, kurios labiau paplitusios tarp Lietuvos vyrų. Be to, mirtingumą lemia ir su gyvenimo būdu ir aplinka susiję rizikos veiksniai, tokie kaip prasta mityba, tabako ir alkoholio vartojimas, mažas fizinis aktyvumas. Su šiais veiksniais susijusios problemos ir jų priežastys detalčiau aptariamos 2021–2030 metų plėtros programos valdytojos Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programoje.

2022–2030 metų plėtros programos valdytojos Sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos pagrindime įvardytos kompleksinės problemos bei jų priežastys, kurias numatoma spręsti priemonėmis, užtikrinančiomis bazinių, orientuotų į gyventojų sveikatos poreikius ir integruotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, gerinant specializuotos sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę, lanksčiai reaguojant į grėsmes ir besikeičiančias demografinės tendencijas.

Gydymo priemonėmis išvengiama mirtingumo rodiklį tarptautinės organizacijos (EBPO, Eurostat, PSO) naudoja kaip pirminį rodiklį **sveikatos priežiūros sistemos kokybei matuoti**. Gydymo priemonėmis išvengiama mirtingumas suprantamas kaip mirties, kurios asmenys iki 75 metų amžiaus gali išvengti laiku gavę veiksmingas intervencijas, įskaitant antrinę prevenciją ir gydymą², priežastys. EBPO ataskaitos *Health at a Glance: Europe 2020*³ duomenimis, Lietuvoje gydymo priemonėmis išvengiama mirtingumas yra vienas didžiausias ES, o 2017 m. standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų siekė 184, palyginti lyginant su ES-27 vidurkiu – 108 (1 paveikslas). Mažiausias šis rodiklis yra Prancūzijoje, Nyderlanduose – šalyse, kurios įvairių tarptautinių organizacijų vertinimu pripažįstamos kaip šalys, kuriose sveikatos sistemos yra geriausios⁴.

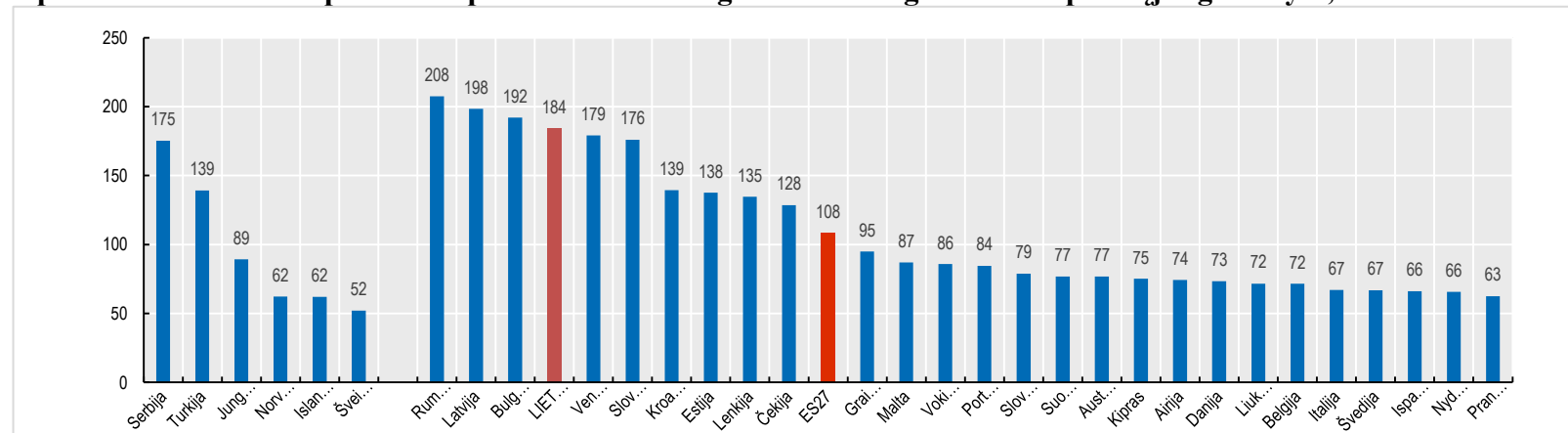
¹ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021. Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-1vjsessionid=0HiL9GNfAx1-xQzyu6KuFvxu.ip-10-240-5-23

² Prieiga per internetą: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

³ Prieiga per internetą: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1639813577&id=id&accname=guest&checksum=12408FAACC9E1293B15C52A33E15D91C>

⁴ Prieiga per internetą: <https://www.lovemoney.com/gallerylist/95417/countries-best-value-healthcare-in-the-world-revealed-japan-netherlands-norway>. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

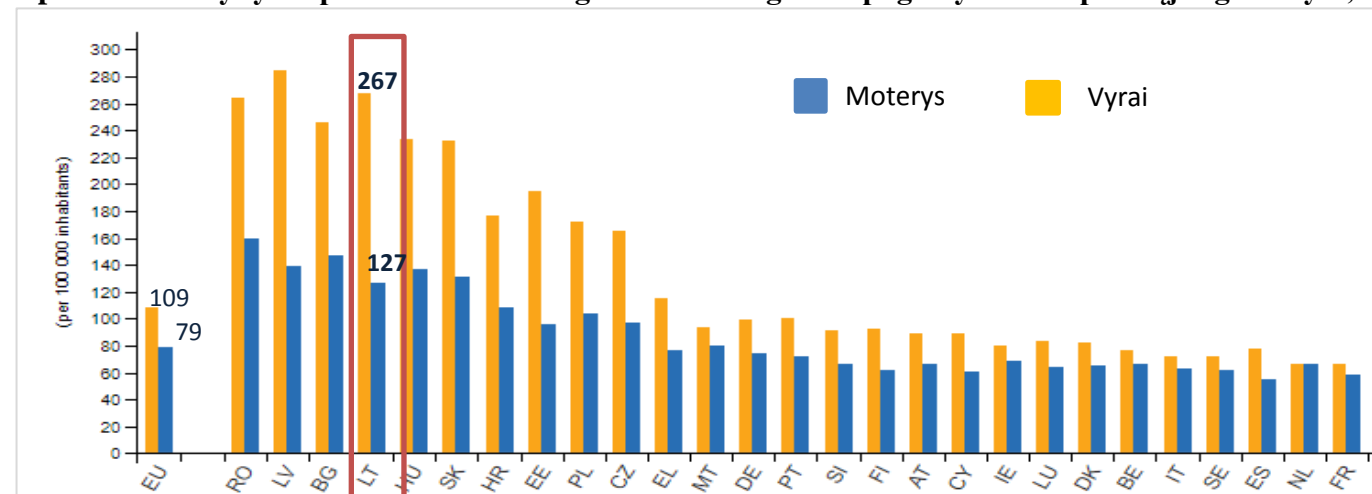
1 paveikslas. Sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas Europos Sąjungos šalyse, 2017 m.



Šaltinis: EBPO ataskaita. 2020 m. sveikatos būklės Europoje apžvalga

Visose ES šalyse, išskyrus Nyderlandus, gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas asmenų iki 75 m. amžiaus grupėje, 2017 m. duomenimis, didesnis buvo vyrų negu moterų (2 paveikslas). Mažiausias šio rodiklio skirtumas tarp lyčių buvo Nyderlanduose, **didžiausias – Lietuvoje**: vyrų grupėje gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų siekė 267, moterų – 127, o ES vidurkis vyrų grupėje buvo net 2,5 karto mažesnis ir siekė 109; moterų grupėje ES vidurkis 1,6 karto mažesnis nei Lietuvos ir siekė 79.

2 paveikslas. Gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas pagal lytis Europos Sąjungos šalyse, 2017 m.

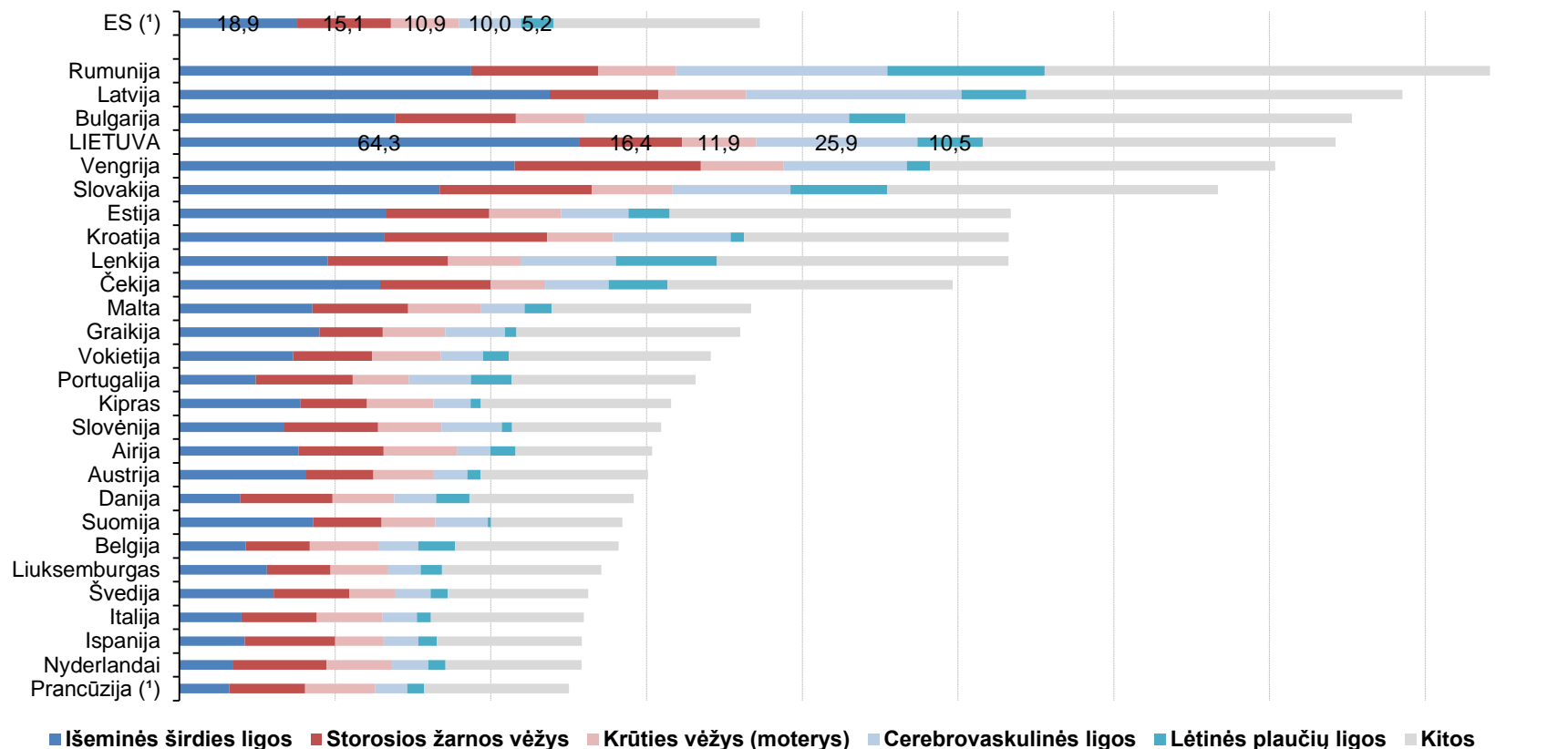


Šaltinis: Eurostat

Eurostat 2016 m. duomenimis, vyrauja 5 pagrindinės gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo ES-27 šalyse asmenų iki 75 metų amžiaus grupėje

priežastys: i) išeminės širdies ligos; ii) cerebrovaskulinės ligos; iii) storosios žarnos vėžys; iv) krūties vėžys (moterims); v) plaučių ligos, kurios ES-27 lygiu lemia iki 65 proc. visų gydymo priemonėmis išvengiamų mirčių⁵. Lietuva išsiskiria iš kitų ES šalių ypač aukštu išvengiamų mirčių dėl išeminės širdies ligų rodikliu, kuris net 3,6 karto didesnis nei ES-27 šalių vidurkis (3 paveikslas).

3 paveikslas. Gydymo priemonėmis išvengiamo asmenų iki 75 metų standartizuoto mirštamumo pagal 5 pagrindines mirties priežastis, 2018 m. (100 000 gyventojų)



Šaltinis: Eurostat

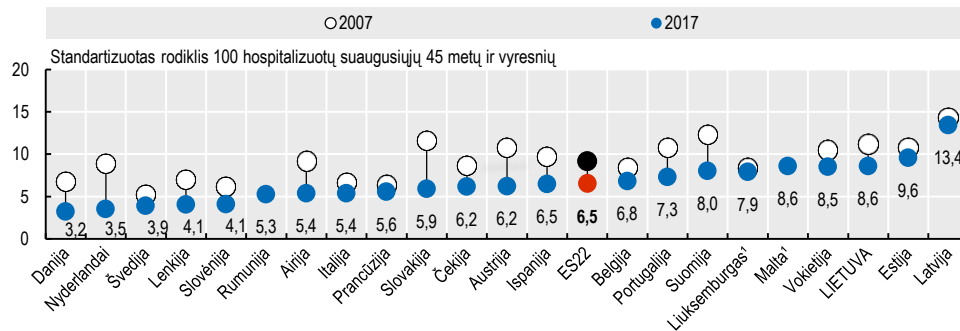
Eurostat duomenimis, Lietuvoje gydymo priemonėmis išvengiamų mirčių struktūroje išeminė širdies liga sudaro 35 proc. visų gydymo priemonėmis išvengiamų mirčių; cerebrovaskulinės ligos – 14 proc.; storosios žarnos vėžys 8 proc., krūties vėžys ir plaučių ligos – po 6 proc.

⁵ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics

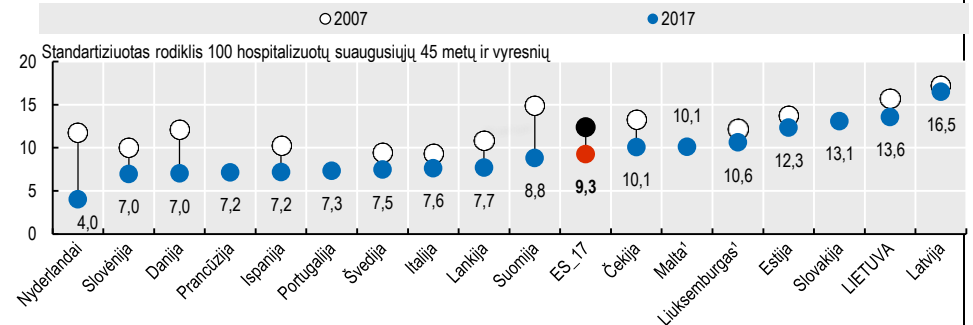
Lietuvoje šios 5 priežastys lemia iki 70 proc. gydymo priemonėmis išvengiamų mirčių.

Dar vienas plačiai naudojamas rodiklis gydymo kokybei matuoti yra mirštamumas nuo ūmaus miokardo infarkto per 30 dienų nuo hospitalizacijos. Šis rodiklis skirtas aktyviojo gydymo kokybei matuoti. Iš esmės rodiklis nurodo sveikatos priežiūros procesų kokybę, pvz., savalaikį paciento pristatymą į gydymo įstaigą bei veiksmingų gydymo intervencijų taikymą. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad rodiklis priklauso ne tik nuo to, kaip kokybiškai pagalba buvo suteikta ligoninėje, bet ir nuo to, kokia priežiūra buvo teikiama vėliau, kokia buvo vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė ir, žinoma, nuo paciento būklės sudėtingumo. Paprastai skaičiuojamos dvi rodiklio reikšmės: a) mirtys, kurios nuo hospitalizacijos pradžios per 30 d. įvyko ligoninėje, į kurią pacientas buvo pristatytas; b) mirtys, kurios nuo hospitalizacijos pradžios per 30 d. įvyko bet kurioje įstaigoje (ligoninėje, į kurią pacientas buvo pristatytas, ar ligoninėje, į kurią pacientas vėliau buvo perkeltas, ar namuose, pacientą jau išrašius iš gydymo įstaigos) (4a ir 4b paveikslai). EBPO ataskaitos duomenimis, abu šie rodikliai ES valstybėje reikšmingai gerėjo (lyginant 2007 ir 2017 metus). Lietuvoje pokytis nebuvo toks ryškus: a) mirštamumas per 30 d. nuo hospitalizacijos ligoninėje, į kurią pacientas buvo pristatytas, mažėjo nuo 11,2 (2012) iki 8,6 (2017) (plg., Nyderlanduose nuo 8,9 (2007) iki 3,5 (2016)); b) mirštamumas per 30 d. nuo hospitalizacijos bet kurioje įstaigoje Lietuvoje sumažėjo nuo 15,7 (2012) iki 13,6 (2017) (plg., Nyderlanduose sumažėjo nuo 11,8 (2007) iki 4 (2016)). Nepaisant mažėjimo tendencijų, abu rodikliai Lietuvoje išlieka gana aukšti, palyginti su kitomis ES valstybėmis.

4a paveikslas. Mirštamumas nuo ūmaus miokardo infarkto per 30 d. nuo hospitalizacijos (ligoninėje, į kurią pacientas pristatytas)



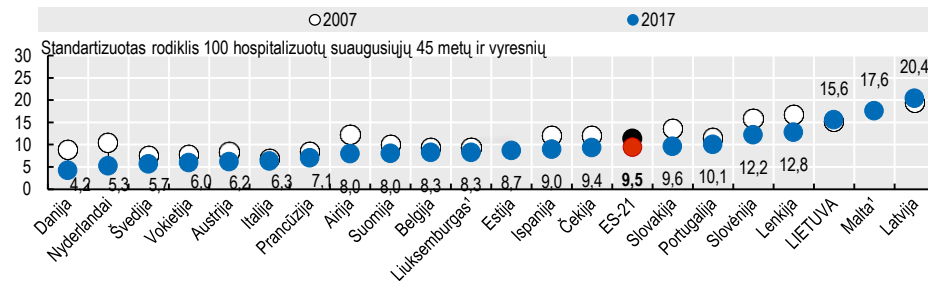
4b paveikslas. Mirštamumas nuo ūmaus miokardo infarkto per 30 d. nuo hospitalizacijos (bet kurioje įstaigoje)



Šaltinis: EBPO ataskaita. 2020 m. sveikatos būklės Europoje apžvalga

Analogiškas rodiklis yra mirštamumas nuo išeminio insulto per 30 d. nuo hospitalizacijos (5a ir 5b paveikslai). EBPO ataskaitos duomenimis, abu šie rodikliai Europos Sąjungos (toliau – ES) valstybėje reikšmingai gerėjo (lyginant 2007 ir 2017 metus). Lietuvoje mirštamumas per 30 d. nuo hospitalizacijos ligoninėje, į kurią pacientas buvo pristatytas, praktiškai nemažėjo, **priešingai, pastebimos nors ir nežymios, bet augimo tendencijos** – nuo 15,2 (2012 m.) iki 15,6 (2017 m.) (plg., Nyderlanduose šis rodiklis mažėjo 10,6 (2007 m.) iki 5,3 (2016 m.)); b) mirštamumas per 30 d. nuo hospitalizacijos bet kurioje įstaigoje **Lietuvoje yra vienas didžiausių ES** – 20,5 (2017 m.) (plg., Nyderlanduose šis rodiklis sumažėjo nuo 14 (2007 m.) iki 5,7 (2016 m.)).

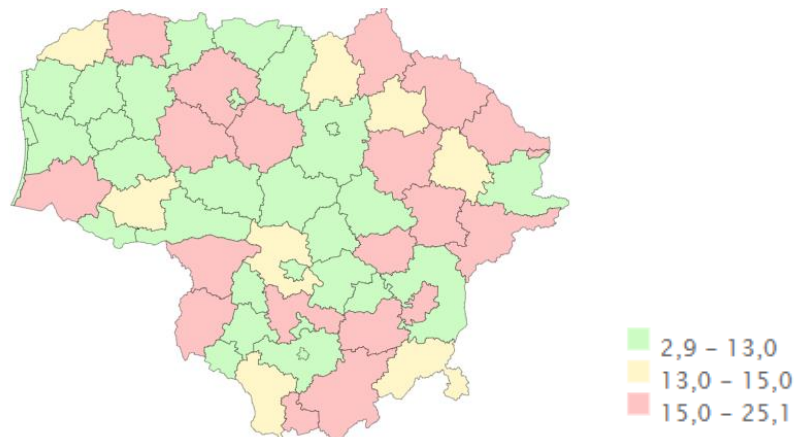
5a paveikslas. Mirštamumas nuo išeminio insulto per 30 d. nuo hospitalizacijos (ligoninėje, į kurią pacientas pristatytas)



Šaltinis: EBPO ataskaita. 2020 m. sveikatos būklės Europoje apžvalga

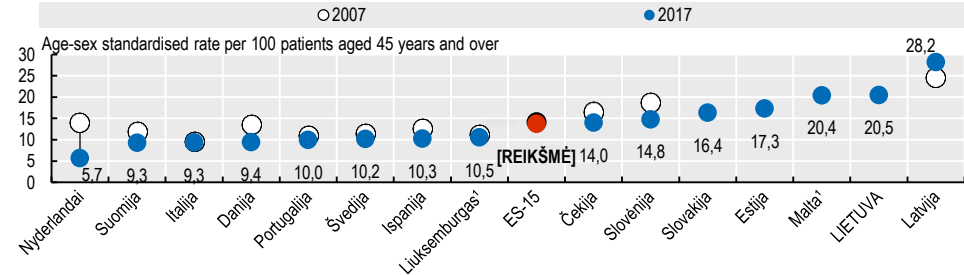
EBPO ekspertų teigimu, abu šie rodikliai iš esmės priklauso nuo to, kaip yra organizuota sveikatos priežiūra šalyje, kaip greitai pacientai, ištikti miokardo infarkto ar insulto, pristatomi į specializuotas gydymo įstaigas, kuriose suteikiama kokybiška ir veiksminga pagalba. Lietuvos situacija byloja, kad dar didelė dalis pacientų, ištikus ūmiam miokardo infarktui ar insultui, reikiamos pagalbos nesulaukia (6 ir 7 paveikslai).

6 paveikslas. Standartizuoti mirštamumo nuo miokardo infarkto per 30 dienų po hospitalizacijos rodikliai Lietuvoje ir pagal savivaldybės (2018–2020 m. vidurkis)



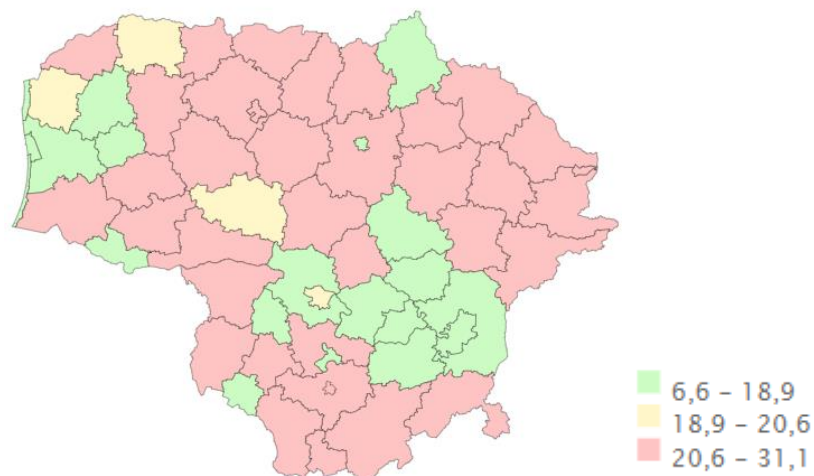
Šaltinis: <https://sveikstat.hi.lt/>

5b paveikslas. Mirštamumas nuo išeminio insulto per 30 d. nuo hospitalizacijos (bet kurioje įstaigoje)



| Mažiausi rodikliai | | Didžiausi rodikliai | |
|-----------------------------|---|---------------------|---|
| Savivaldybė | Atvejai 100-ui hospitalizuotų 45 metų amžiaus ir vyresnių suaugusiųjų | Savivaldybė | Atvejai 100-ui hospitalizuotų 45 metų amžiaus ir vyresnių suaugusiųjų |
| Neringos sav. | 2,9 | Švenčionių r. sav. | 25,1 |
| Birštono sav. | 2,9 | Trakų r. sav. | 22,8 |
| Rietavo sav. | 6,2 | Visagino sav. | 22 |
| Pagėgių sav. | 6,8 | Anykščių r. sav. | 20 |
| Marijampolės sav. | 7,5 | Vilkaviškio r. sav. | 19,1 |
| Lietuvos vidurkis 14 | | | |

7 paveikslas. Standartizuoti mirštamumo nuo išeminio insulto per 30 dienų po hospitalizacijos rodikliai Lietuvoje ir pagal savivaldybes (2018–2020 m. vidurkis)

2020 m. vidurkis)

| Mažiausi rodikliai | | Didžiausi rodikliai | |
|-------------------------------|---|---------------------|---|
| Savivaldybė | Atvejai 100-ui hospitalizuotų 45 metų amžiaus ir vyresnių suaugusiųjų | Savivaldybė | Atvejai 100-ui hospitalizuotų 45 metų amžiaus ir vyresnių suaugusiųjų |
| Širvintų r. sav. | 6,6 | Pakruojo r. sav. | 31,1 |
| Pagėgių sav. | 9,6 | Šakių r. sav. | 30,2 |
| Neringos sav. | 10,4 | Radviliškio r. sav. | 29 |
| Kazlų Rūdos sav. | 14,1 | Ignalinos r. sav. | 27,6 |
| Vilniaus m. sav. | 14,3 | Anykščių r. sav. | 27,5 |
| Lietuvos vidurkis 19,7 | | | |

Šaltinis: <https://sveikstat.hi.lt/>

Vėžio gydymo veiksmingumas Lietuvoje gerokai padidėjo, bet vis dar atsilieka nuo daugumos ES šalių. Penkerių metų išgyvenamumas diagnozavus vėžį per pastarąjį dešimtmetį (nuo 2000 m. iki 2010–2014 m.) nuolat didėjo, bet vis dar yra vienas mažiausių ES, išskyrus prostatos vėžį (1 lentelė).

1 lentelė. Penkerių metų išgyvenamumas, diagnozavus vėžį, Lietuvoje ir ES

| | Prostatos vėžys | Vaikų leukemija | Krūties vėžys | Gimdos kaklelio vėžys | Storosios žarnos vėžys | Plaučių vėžys |
|----------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------------|------------------------|---------------|
| Lietuva | 94 % | 75 % | 74 % | 59 % | 57 % | 10 % |
| ES23 | 87 % | 85 % | 82 % | 63 % | 60 % | 15 % |

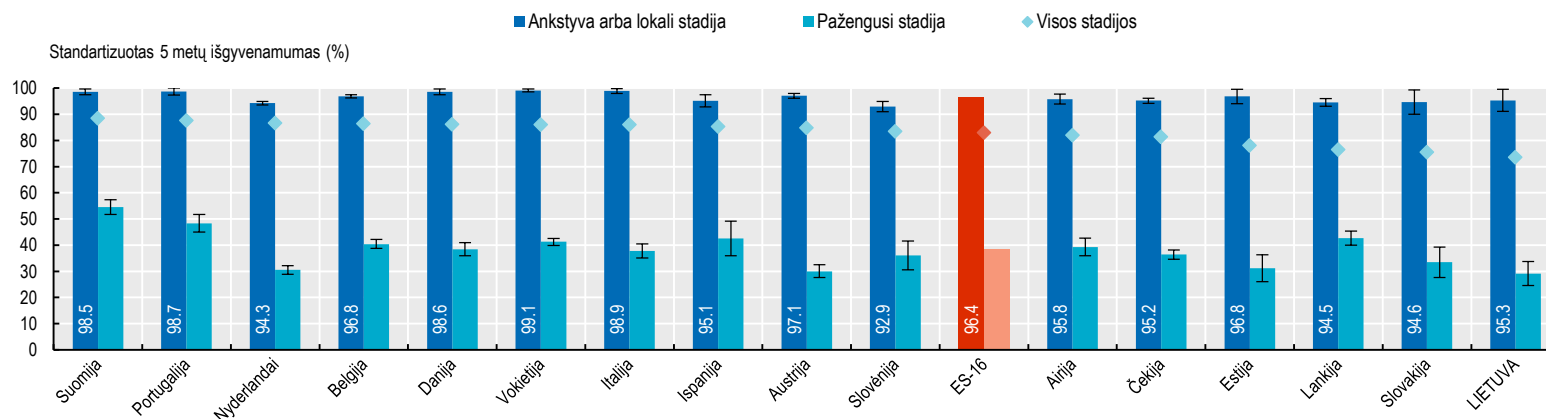
Šaltinis: CONCORD programa, Londono higienos ir tropinės medicinos mokykla. Duomenys apima 2010–2014 metų laikotarpį diagnozuotus susirgimus.

Pavyzdžiui, 5-erių metų išgyvenamumas susirgus krūties vėžiu, palyginti 2000–2004 m. ir 2010–2014 m. laikotarpius, padidėjo nuo 65 proc. iki 74 proc., bet vis dar yra mažesnis nei kaimyninėse Baltijos šalyse Latvijoje ir Estijoje ir beveik 10 proc. mažesnis už ES vidurkį. Atkreiptinas dėmesys, kad EBPO ataskaitos „*Health at a glance: Europe 2020*“⁶ duomenimis, Lietuvoje krūties vėžys ankstyvoje stadijoje nustatomas tik 43,2 proc.

⁶ Prieiga per internetą: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1639813577&id=id&accname=guest&checksum=12408FAACC9E1293B15C52A33E15D91C>

pacienčių, nors šalyje vykdomos krūties vėžio, gimdos kaklelio vėžio, storosios žarnos vėžio ir priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos yra plačiai prieinamos (8 paveikslas).

8 paveikslas. Bendras 5 metų išgyvenamumas, susirgus krūties vėžiu, pagal stadijas 2010–2014 m.



Šaltinis: EBPO ataskaita. 2020 m. sveikatos būklės Europoje apžvalga

EBPO ataskaitoje taip pat atkreipiamas dėmesys į prastus Lietuvos vaikų, sergančių leukemija, penkerių metų išgyvenamumo rezultatus, lyginant su ES šalių vidurkiu (1 lentelė).

Būtinybė gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įperkamumą ir sistemos efektyvumą pabrėžiama ir 2019 ir 2020 m. Tarybos rekomendacijose⁷ Lietuvai. Dėmesys atkreipiamas į tai, kad „sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tebėra viena iš pagrindinių priežasčių, lemiančių prastus sveikatos priežiūros rezultatus. Priežiūros paslaugų kokybės gerinimo priemonės yra fragmentiškos: pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje akreditavimo siekiama labai vangiai, o ligoninėms akreditavimo sistema netaikoma.“ Valstybinio audito ataskaitoje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“⁸ konstatuojama, kad paslaugų apmokėjimas nesiejamas su jų kokybe, todėl gydymo įstaigos neturi finansinių paskatų šią kokybę gerinti. Apsiribojama paslaugų vertinimu tik pagal nustatytas teisės aktuose sąlygas paslaugoms teikti (pavyzdžiui: licencijos, medicininės įrangos turėjimas, atitiktis higienos sąlygų užtikrinimo reikalavimams).

⁷ Tarybos Rekomendacijos (2019 m.): <http://www.euro.lt/uploads/main/documents/files/Post%202020/%C5%A0alies%20ataskaita%2BCSR/2019%20CSR%20Lietuviskai.pdf>; Tarybos Rekomendacijos (2020 m.): https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/2020-european-semester-csr-comm-recommendation-lithuania_lt.pdf

⁸ Valstybės kontrolės 2018 m. rugsėjo 28 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2018-P-9-3-9 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23794/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybe-saugumas-ir-veiksmingumas>

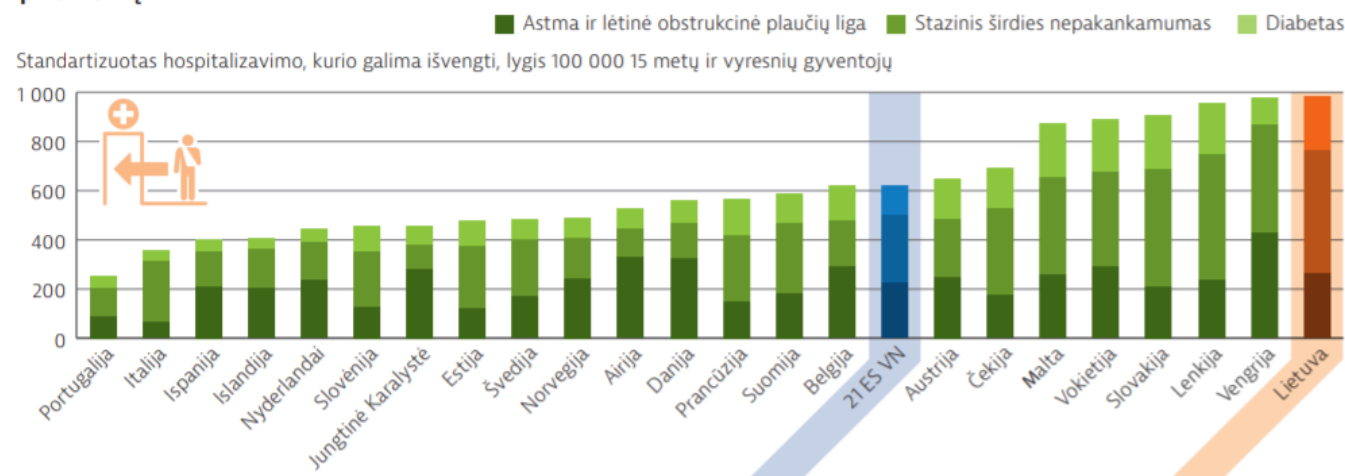
1 problemos priežastys:

- 1.1. neefektyvi pirminė sveikatos priežiūra;
- 1.2. ribotas ir netolygus specializuotos pagalbos prieinamumas;
- 1.3. sveikatos sistema nepajėgi lanksčiai reaguoti į grėsmes ir besikeičiančias demografines tendencijas;
- 1.4. ribota inovacijų plėtra;
- 1.5. sveikatos priežiūra per mažai orientuota į pacientus;
- 1.6. nepakankama sveikatos priežiūros sauga ir rizikų valdymas;
- 1.7. neracionalus vaistų vartojimas.

1.1. Neefektyvi pirminė sveikatos priežiūra

Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksniai gali būti neišvengiami (pvz., amžius, lytis) ir išvengiami (pvz., žalingi įpročiai, gyvenimo būdas, profesiniai veiksniai ir kita). Lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai svarbus išvengiamų rizikos veiksnių savalaikis identifikavimas ir šalinimas (ar bent jų poveikio minimizavimas). Laiku ir veiksmingai teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, kaip antai lėtine obstrukcine plaučių liga ar diabetu, jų hospitalizavimo paprastai galima išvengti. Nuo 2005 m. **hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, dalis Lietuvoje sumažėjo, bet vis dar yra viena didžiausių iš ES šalių** (9 paveikslas).

9 paveikslas. Daugelio hospitalizavimo atvejų galima išvengti stiprinant pirminę sveikatos priežiūrą

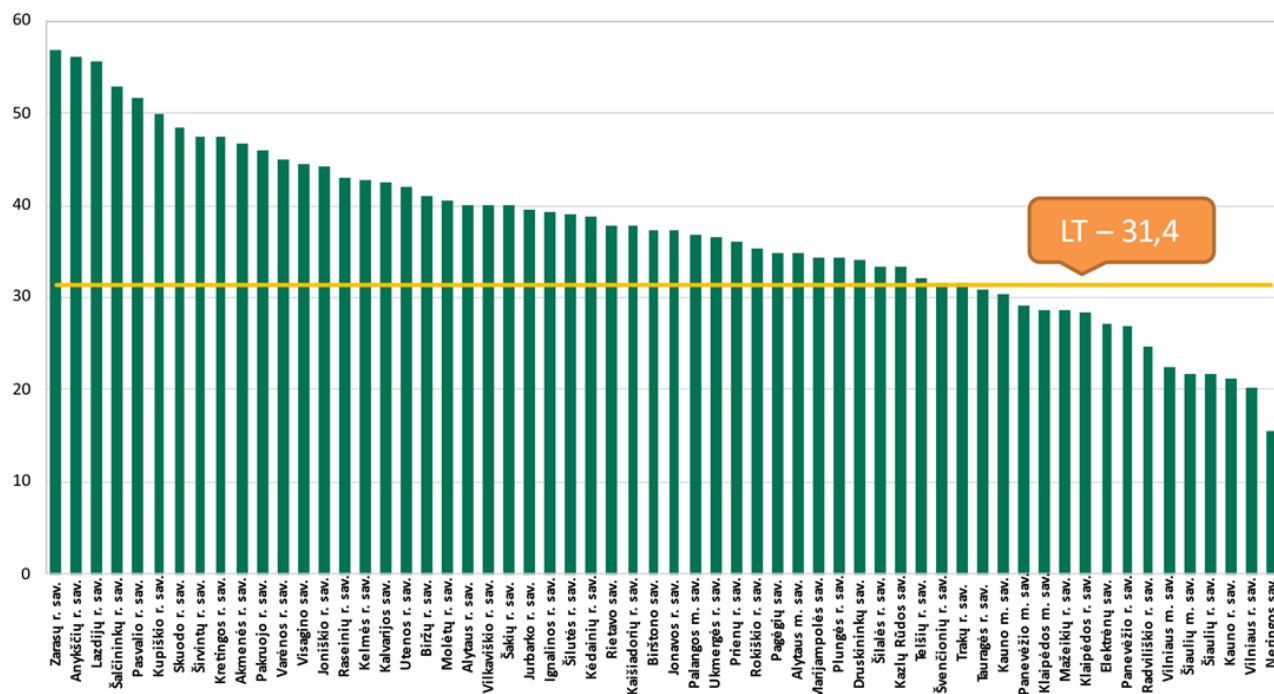


Šaltinis: EBPO ataskaita. 2019 m. sveikatos būklės šalyse apžvalga.

Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) ekspertų teigimu, apie 80–90 procentų per asmens gyvenimą patiriamų sveikatos sutrikimų (ūmių ligų

diagnostika ir gydymas, lėtinių ligų ilgalaikė priežiūra, ligų profilaktika ir kt.) gali būti sprendžiami teikiant pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas⁹. Dėl šios priežasties išvengiamos hospitalizacijos rodiklį galima laikyti vienu iš svarbiausių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę atspindinčiu rodikliu. Situacija savivaldybėse labai netolygi. Yra nemažai savivaldybių, kuriose išvengiamų hospitalizacijų rodiklis reikšmingai didesnis nei šalies vidurkis (10 paveikslas).

10 paveikslas. Išvengiamų hospitalizacijų rodiklis savivaldybėse (atvejų skaičius 1000 gyv.) 2019 m.



Šaltinis: Higienos institutas

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra apima šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) komandos teikiamas paslaugas, pirminę ambulatorinę odontologinę asmens sveikatos priežiūrą ir pirminę ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą. Jeigu šiems specialistams būtų patikėtas svarbesnis vaidmuo kontroliuojant lėtines ligas, tai galėtų padėti sumažinti hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, skaičių.

Yra nemažai priežasčių, kodėl pirminė sveikatos priežiūra yra nepakankami efektyvi: didelis gydytojų darbo krūvis, kvalifikacijos ir įgūdžių

⁹ Prieiga per internetą: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>.

stoka, nesukomplektuotos šeimos gydytojo ir pirminio lygio gydytojo psichiatro komandos, netinkamas funkcijų pasiskirstymas, atvejo vadybos stoka, nepakankama integracija su visuomenės sveikatos priežiūros bei socialinės priežiūros paslaugomis. Esminės problemos yra ilgalaikės. 2010–2011 m. atlikto tyrimo¹⁰ rezultatai parodė, kad funkcijoms, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos, šeimos gydytojais sugaišta 22 proc. darbo dienos laiko. Dažniausios priežastys, dėl kurių nebuvo vykdomos visos nustatytos kompetencijos, buvo šios: laiko stoka (nurodė 67 proc. gydytojų), netinkamos darbo sąlygos (nurodė 43 proc. gydytojų), reikiamos įrangos stoka (nurodė 30 proc. gydytojų), nepakankama kvalifikacija ir įgūdžių stoka (nurodė 23 proc. gydytojų). Valstybės kontrolės 2013 m. ataskaitoje¹¹ taip pat nurodyta, kad šeimos gydytojais funkcijoms, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos, sugaišo 22 proc. darbo dienos laiko, todėl mažiau laiko galėjo skirti diagnostiniam ir gydomajam darbui, visas Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas vykdė mažiau nei trečdalis apklaustų šeimos gydytojų, daugiau nei pusė jų kompetencijas vykdė iš dalies, pacientus konsultacijos pas gydytojus specialistus siuntė nepanaudoję visos savo kompetencijos tirdami ir gydydami ligonius ir pan.

1.1. Problemų priežastys:

- 1.1.1. ribota visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros integracija bei ankstyvoji diagnostika (profilaktika);**
- 1.1.2. nepakankama šeimos medicinos paslaugų aprėptis ir mastas dėl nesukomplektuotos šeimos gydytojo komandos;**
- 1.1.3. neužtikrintas šeimos gydytojo bei pirminės priežiūros gydytojo psichiatro ir jų komandos narių profesinių kompetencijų įgyvendinimas;**
- 1.1.4. nepakankamai efektyviai vykdoma ankstyvoji ligų diagnostika;**
- 1.1.5. pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas nesukuria paskatų siekti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės.**

1.1.1. Ribota visuomenės sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros integracija bei ankstyvoji diagnostika (profilaktika)

2021–2030 m. plėtros programos valdytojos Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programoje išsamiai aptiriamos kompleksinės problemos bei jų priežastys, kurias numatoma šalinti įgyvendinant sveikatos tausojimą ir stiprinimą skatinančias priemones, keičiant žmonių gyvenimo būdą, rizikingą elgseną, ugdant atsakingą požiūrį į sveikatą, užtikrinant būtinų visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumą tikslinėms grupėms ir taip mažinant prevencinėmis priemonėmis išvengiamą mirtingumą, ilginant sveiko gyvenimo trukmę. Tačiau įgyvendinant numatytas priemones svarbu išlaikyti glaudžią integraciją su asmens sveikatos priežiūros sistema.

2019 m. Tarybos rekomendacijose¹² Lietuvai atkreiptas dėmesys į tai, kad veiksmams, kurių imtasi, sustiprinti vietos lygmeniu trūksta bendros vizijos ir juos įgyvendinti trukdo tai, kad visuomenės sveikatos biurai ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos nepakankamai sistemingai bendradarbiauja. Fragmentiškas pagrindinių sveikatos rizikos veiksnių (tabako, alkoholio vartojimo ir kt.) įvertinimas pirminės sveikatos priežiūros grandyje, kuris leistų laiku atpažinti gyvensenos veiksnius ir paskatinti bei nukreipti dėl šių veiksnių korekcijos. Neišnaudojamas potencialas anksti atpažinti ir diagnozuoti sunkias ir lėtines psichikos ligas, pavyzdžiui, demenciją, pirmąjį psichozės epizodą, depresijos simptomus, autizmą, priklausomybės ligas,

¹⁰ M. Dūdona. LSMU Medicinos akademijos daktaro disertacija „Šeimos gydytojų veiklos apimtys vertinimas per 15 pirminės sveikatos priežiūros reformos metų (1995–2010). Prieiga per internetą: <https://www.lsmuni.lt/cris/bitstream/20.500.12512/13900/2/Disertacija%20-%20Mindaugas%20Dudonis.pdf>

¹¹ Valstybės kontrolės 2013 m. vasario 28 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-2-4 „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“. Prieiga per internetą: <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=2831>

¹² Tarybos rekomendacijos (2019 m.): <http://www.euro.lt/uploads/main/documents/files/Post%202020/%C5%A0alies%20ataskaita%20BCSR/2019%20CSR%20Lietuviskai.pdf>

psichosolamitnius sveikatos sutrikimus.

Bendradarbiavimo stoką iliustruoja ir tai, kad socialiniai ir gyvensenos rizikos veiksniai psichikos sveikatos srityje nėra koreguojami bendradarbiaujant šeimos gydytojams, gydytojams psichiatriams ir visuomenės sveikatos biurams, skatinant vyresnio amžiaus bei pažeidžiamų grupių asmenų fizinį aktyvumą, socialinį, kultūrinį ir meninį dalyvavimą savivaldybėje prieinamose veiklose. Dėl to šie asmenys dažniau patiria socialinę atskirtį, vienišumą ir kitas būkles, bloginančias tiek fizinę, tiek psichikos sveikatą.

Nepakankamą šių struktūrų bendradarbiavimą iliustruoja ir Lietuvoje nuo 2015 m. sausio 1 d. vykdoma Sveikatos stiprinimo programa, skirta širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto profilaktikai (toliau – programa). Įgyvendinant programą, šeimos gydytojai, dirbantys pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, nustatę, kad pacientas priklauso širdies ir kraujagyslių ligų ar cukrinio diabeto rizikos grupėms, privalo jam pasiūlyti dalyvauti 2 mėnesių trukmės sveikatos stiprinimo programoje. Šešių metų programos vykdymo patirtis rodo, kad daugiau kaip pusė ją baigusių asmenų sunormalizuoja kraujo ir kūno rodiklius, pakeičia gyvenseną, atsisako žalingų įpročių ar juos sumažina. Kas metai ją baigia daugiau kaip 1000 dalyvių. Deja, šis programą baigusiujų skaičius nėra pakankamas, kad galima būtų pastebėti pagerėjusius širdies ir kraujagyslių ligų ar cukrinio diabeto sergamumo rodiklius. Programos plėtra nėra pakankamai efektyvi todėl, kad šeimos gydytojai menkai apie ją žino ir nepasinaudoja galimybe paciento vizito metu jį informuoti apie sveikatos išsaugojimą ir širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją bei nukreipti į visuomenės sveikatos biurus. Be to, pastebima, kad trūksta pačių gyventojų noro ir motyvacijos dalyvauti nemokamai organizuojamose prevencinėse programose ir keisti savo gyvenseną, nepakankamai vykdomos gyventojų informavimo apie vykdomos programos naudą kampanijos. Šeimos gydytojams rekomendavus pacientams dalyvauti Širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos stiprinimo programoje, 2020 m. visoje Lietuvoje programą pradėjo 2 636 asmenys, o baigė 2 004 asmenys. Bendras programos efektyvumo vidurkis – 59 proc.¹³

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (toliau – PSO), alkoholio vartojimo rizikos įvertinimas ir pagalbos alkoholią vartojantiems asmenims teikimas pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose yra viena efektyviausių alkoholio vartojimo prevencijos priemonių¹⁴. Ankstyvasis alkoholio vartojimo rizikos įvertinimas taip pat priskiriamas šeimos gydytojo kompetencijai, tačiau šios veiklos šeimos gydytojai praktiškai nevykdo arba vykdo nereguliariai dėl per didelio darbo krūvio ir abejonės, kad trumposios intervencijos gali pakeisti paciento alkoholio vartojimo įpročius, bei paskatinimo dirbti su alkoholio vartotojais nebuvimo¹⁵. Nors ankstyvojo alkoholio vartojimo rizikos įvertinimo paslauga yra skatinamoji paslauga¹⁶, tačiau mažas paslaugos įkainis (0,89 Eur) nemotyvuoja ir taip labai užimtų šeimos gydytojų plėtoti šios paslaugos teikimą. Be šeimos gydytojo, šią paslaugą gali teikti bendrosios praktikos slaugytojas, bendruomenės slaugytojas, išplėstinės praktikos slaugytojas, psichikos sveikatos slaugytojas ar medicinos psichologas ne trumpiau kaip 5 minutes, o paslaugos jau teikiamos daugiau kaip 85 proc. savivaldybių. Vis dėlto paslaugų suteikiam

¹³ Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro parengta 2020 m. Sveikatos stiprinimo programos, skirtos širdies ir kraujagyslių ligų bei cukrinio diabeto profilaktikai, efektyvumo vertinimo ataskaitų suvestinė. Prieiga per internetą: http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienuoms/2017%20metai/neinfekcines/SKL%20programos%20vykdymas%202018/SSP_SKL_CD_2020_suvestine_ataska.pdf

¹⁴ World Health Organization, 2017. WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. Prieiga per internetą: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917-new-cover.pdf

¹⁵ 2018 m. LSMU Visuomenės sveikatos fakultetas „Medicinos“ vientisųjų studijų baigiamasis magistro darbas. Nuoroda internete <https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:28245086/28245086.pdf>

¹⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ (2021 m. lapkričio 4 d. redakcija).

nepakankamai (2 lentelė).

2 lentelė. „Ankstyvasis alkoholio vartojimo rizikos įvertinimas“ paslaugos teikimo tendencijos

| Paslaugos kodas | Paslaugos pavadinimas | 2019 m. | | 2020 m. | |
|-----------------|---|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| | | Paslaugų skaičius | Unikalių asmenų skaičius | Paslaugų skaičius | Unikalių asmenų skaičius |
| 3543 | Ankstyvasis alkoholio vartojimo rizikos įvertinimas | 91 702 | 89 978 | 35 918 | 35 272 |

Šaltinis: IS „Sveidra“ duomenys

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, analizuodamas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo tendencijas ir pokyčius nurodo, kad 2020 m., palyginti su 2019 m., nuo su rūkymu susijusių piktybinių navikų mirusių asmenų skaičius padidėjo 1 % (nuo 1 914 iki 1 931 asmens), dauguma iš jų (1 566, arba 81,1 proc.) buvo vyrai, o dažniausios priežastys – trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai¹⁷. Eurobarometro (2020 m.) tyrimo duomenimis¹⁸, net 84 proc. Lietuvos respondentų pažymėjo, kad bandė mesti rūkyti ar metė rūkyti be pagalbos (ES vidurkis – 76 proc.) ir tik 1 proc. lietuvių respondentų pažymėjo, kad naudojosi medicinine pagalba arba telefoninio konsultavimo paslaugomis. Šie duomenys rodo didelį asmenų motyvavimo nerūkyti bei pagalbos rūkantiems asmenims atsisakyti šio žalingo įpročio poreikį.

Lietuvoje tik pradedamos plėtoti **PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencijos rekomenduojamos priemonės**, skirtos padėti metantiems rūkyti asmenims, tačiau būtinas sistemingas jų išplėtojimas: rūkymo rizikos įvertinimo, trumposios intervencijos ir metimo rūkyti pagalbos paslaugų teikimo integravimas į pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, psichologinio konsultavimo metantiems rūkyti asmenims prieinamumo užtikrinimas, farmakologinių preparatų, skirtų padėti atsikratyti priklausomybės nuo nikotino, (dalinio) kompensavimo klausimo sprendimas, sistemingas sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų pagalbos metantiems rūkyti srityje plėtojimas (specialistų rengimas ir kvalifikacijos tobulinimas), metodinių įrankių sveikatos priežiūros specialistams parengimas ir specialistų apmokymas.

1.1.2 Nepakankama šeimos medicinos paslaugų aprėptis ir mastas dėl nesukomplektuotos šeimos gydytojo komandos

Šeimos medicinos plėtos tikslas – užtikrinti Lietuvos gyventojams galimybę gauti visapusiškas, prieinamas, kokybiškas ir saugias šeimos medicinos paslaugas. Siekiama, kad šios paslaugos būtų labiau orientuotos į sveikatos stiprinimą ar išsaugojimą, o ne sveikatos problemų sprendimą, kad šeimos gydytojo, odontologijos, psichikos sveikatos specialistų teikiamos paslaugos būtų koordinuojamos.

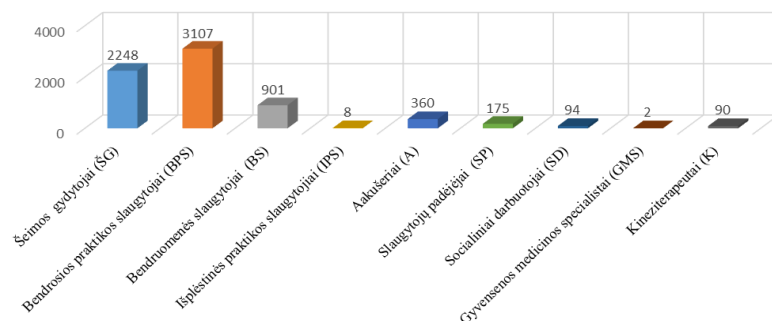
2019 m. sudarytos teisinės galimybės teikti pacientams išplėtotas šeimos gydytojo komandos paslaugas. Iki 2019 m. šeimos gydytojo komandą sudarė

¹⁷ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Psichoaktyviųjų medžiagų tendencijos ir pokyčiai (2021 m.). Prieiga per internetą: https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Psichoaktyviosios_medziagos_tendencijos_ir_pokyciai_2021.pdf

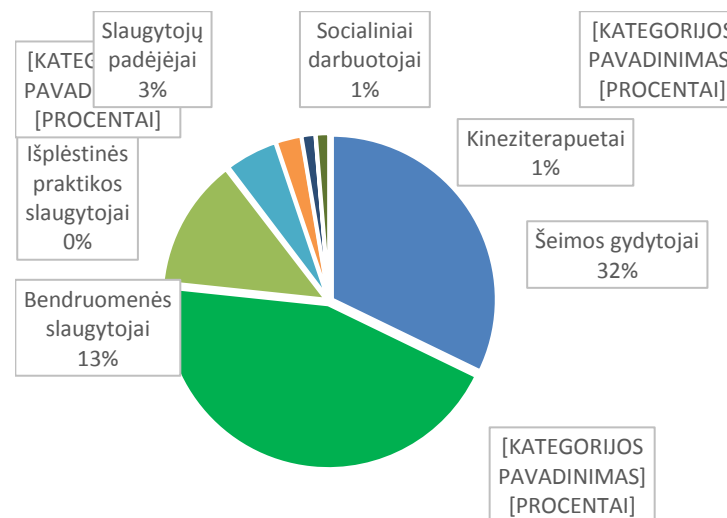
¹⁸ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Eurobarometro tyrimas „Požiūris į tabako gaminius ir elektronines cigaretes“ (2020 m.). Prieiga per internetą: https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/euromarometro%20tyrimas%20tabakas%20ir%20el_%20c_%202020.pdf

šeimos medicinos paslaugas teikiantis gydytojas (-ai) ir slaugytojas / akušeris. Nuo 2019 m. rugsėjo šeimos gydytojo komanda papildyta naujais nariais, pagal poreikį į komandą gali būti įtraukti šie specialistai: slaugytojo padėjėjas, gyvensenos medicinos specialistas ir (ar) kineziterapeutas, ir (ar) socialinis darbuotojas¹⁹. 2021 m. Sveikatos apsaugos ministerijai atlikus 391 šeimos medicinos paslaugas teikiančios įstaigos, (tai sudaro 94 proc. nuo visų (423) 2021 m. su teritorinėmis ligonių kasomis pasirašiusių sutartis dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų) apklausą apie šeimos gydytojo komandos narius nustatyta, kad šeimos gydytojo komandos praktiškai nėra sukomplektuotos (11 ir 12 paveikslai).

11 paveikslas. Šeimos gydytojų komandų narių skaičius



12 paveikslas. Šeimos gydytojų komandų narių procentinė sudėtis

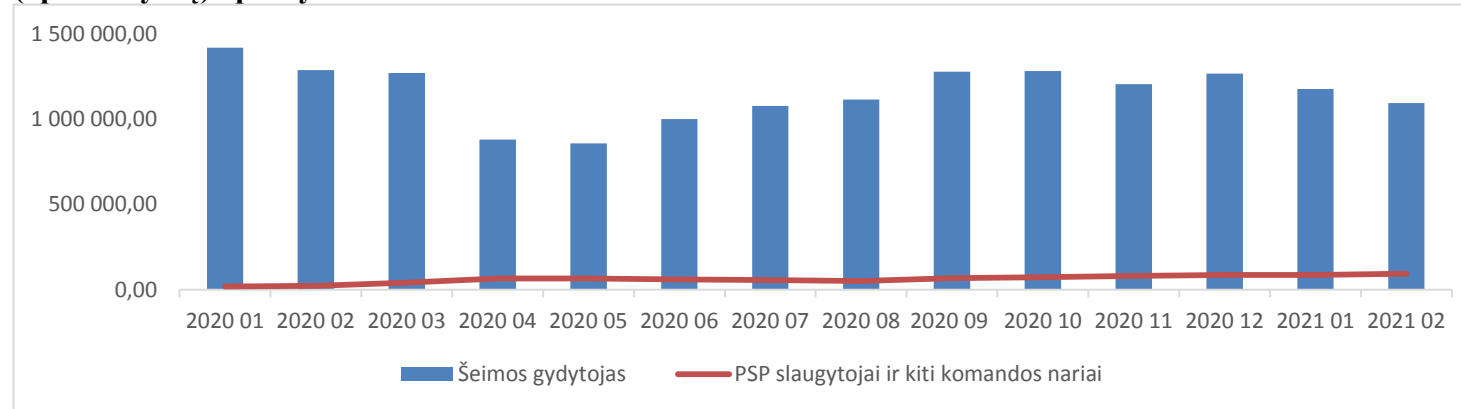


Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos 2021 m. sausio mėn. apklausos (391 šeimos medicinos paslaugas teikiančios įstaigos) duomenys

Pilnai nesuformuotos šeimos gydytojo komandos paslaugos nesudaro prielaidos kokybiškų ir prieinamų paslaugų teikimui. Iš šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir kitų šeimos gydytojo komandos narių suteiktų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšomis apmokamų kontaktinių paslaugų (apsilankymų) apimtis 2020 m. sausio–2021 m. vasario mėn. laikotarpiu duomenų matyti, kad kiti šeimos gydytojo komandos nariai suteikė vos vieną procentą kontaktinių konsultacijų, ir šis skaičius buvo didžiausias, palyginus 2020 m. sausio ir 2021 m. vasario mėn. duomenis (13 paveikslas).

¹⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

13 paveikslas. PAASP šeimos gydytojo ir jo komandos specialistų suteiktų PSDF biudžeto lėšomis apmokamų kontaktinių paslaugų (apsilankymų) apimtis 2020 m. sausio–2021 m. vasario mėn.



Šaltinis: IS „Sveidra“ duomenys

Šie duomenys rodo, kad kitų komandos narių indėlis teikiant sveikatos priežiūros paslaugas yra akivaizdžiai per mažas. 2021 m. sausio mėn. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos atliktos apklausos duomenimis, šeimos gydytojų komandų sudėtyje yra tik 90 kineziterapeutų. Vienam šeimos gydytojui šiuo metu tenka 1,7 bendrosios praktikos slaugytojo, bendruomenės slaugytojo, išplėstinės praktikos slaugytojo, o vienam šeimos gydytojui tenka 2,1 kitų komandos narių, tai nepakankamas santykis siekiant užtikrinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Vertinant užsienio šalių patirtį, tokiems darbams, kaip pvz., informacijos suvedimas ir valdymas, pacientų registravimas ir kiti sveikatos priežiūros veiksmų nereikalaujantys darbai, komandoje būtinas sekretorius, taip pat, siekiant efektyviai užtikrinti lėtinėmis ligomis sergančio paciento kelią, komandoje reikalingas atvejo vadybininkas. Pirminėms ambulatorinėms sveikatos priežiūros įstaigoms reikia įtraukti į komandą naujus šeimos gydytojo komandos narius: slaugytojo padėjėją, socialinį darbuotoją, gyvensenos medicinos specialistą, kineziterapeutą. Psichikos sveikatos paslaugų teikimas savivaldybėse taip pat nėra integruotas su šeimos gydytojo komandos veikla. Minimali siekiamybė būtų, kad vienas šeimos gydytojas galėtų komandoje dirbti su 2 slaugytojais, o šeimos gydytojo ir kitų šeimos gydytojo komandos narių minimalus santykis turėtų būti bent 1:4. Tačiau to padaryti daugelyje įstaigų negalima dėl specialistų trūkumo, tam nepritaikytų patalpų, medicinos priemonių (prietaisų) trūkumo (ypač tai aktualu teikiant kineziterapeuto paslaugas), taip pat dėl nepakankamo pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo (išsamesnė analizė pateikta aprašant 1.1.5 priežastį).

Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas (toliau – komanda). Tačiau, kaip rodo pirminio sveikatos centro (toliau – PSC) veiklos laiko analizė, visi komandos nariai yra labai užimti, ir laiko skirti atvejo vadybos klausimams beveik nelieka, todėl yra labai svarbu papildyti komandą nauju nariu, kuris užsiimtų paciento atvejo vadybos klausimais, t. y. periodiškai susisiektų su sunkių ir labai sunkių psichikos sveikatos sutrikimų turinčiu pacientu ir pasidomėtų, ar tinkamai vartojami vaistai, ar nepablogėjusi jo psichikos sveikata, esant poreikiui nuvyktų į namus, informuotų gydytoją apie pablogėjusią paciento psichikos sveikatą, organizuotų konsultaciją ir pan.

1.1.3. Neužtikrintas šeimos gydytojo bei pirminės priežiūros gydytojo psichiatro ir jų komandos narių profesinių kompetencijų įgyvendinimas

Sveikatos priežiūroje nuolat taikomos naujos gydymo technologijos ir metodai, diegiama geroji praktika. Todėl šeimos gydytojo komandoje dirbančių specialistų įgytų žinių ir gebėjimų po tam tikro laiko nepakanka aukštos kokybės, saugiai ir veiksmingai sveikatos priežiūrai užtikrinti. Be to, periodiškai atnaujinamos asmens sveikatos priežiūros specialistų kompetenciją reglamentuojančios Lietuvos medicinos normos. Jos papildomos naujais diagnostikos, gydymo, slaugos būdais, atsižvelgiant į sveikatos mokslų pažangą, o specialistai privalo žinoti, išmanyti ir gebėti realizuoti savo kompetencijas pagal galiojančias Lietuvos medicinos normas, nors profesinę kvalifikaciją yra įgiję labai seniai ir studijų metu nebuvo mokomi to, ko šiuo metu reikalauja Lietuvos medicinos normos. Trūkstamas kompetencijas specialistai turi įgyti tobulindami savo profesinę kvalifikaciją.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPI) administravimo ypatumų dalis slaugytojų vykdo registratorių-sekretorių funkcijas, bet neteikia sveikatos priežiūros paslaugų pagal ženkliai praplėstą bendrosios praktikos slaugytojo kompetenciją, nurodytą Lietuvos medicinos normoje MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“.

Gydytojai psichiatrai, dirbantys pirminėje grandyje, neturi pakankamai žinių specifinėse psichikos sveikatos priežiūros srityse, tokiose kaip autizmo spektro sutrikimų, kitų vaikų ir paauglių psichikos ir elgesio sutrikimų gydymo, priklausomybių gydymo srityse. Medicinos psichologams, socialiniams darbuotojams ir slaugytojams taip pat neretai stinga žinių apie ankstyvąją psichikos ir elgesio sutrikimų prevenciją, lengvų atvejų valdymą, taip pat apie tai, kaip tinkamai teikti pagalbą vaikų ir paauglių bei suaugusiųjų psichikos ir elgesio sutrikimų atvejais (ypač esant sunkiems sutrikimams).

Plačiau priežastys analizuojamos 1.3.3.2 Neveikia sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimo sistema.

1.1.4. Nepakankamai efektyviai vykdoma ankstyvoji ligų diagnostika

Dėl pacientų pavėluoto kreipimosi į šeimos gydytoją Lietuvoje gausu užleistų ligų atvejų. Lietuvoje PSDF lėšomis finansuojamos 5 ligų ankstyvosios diagnostikos programos: Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa ir Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa.

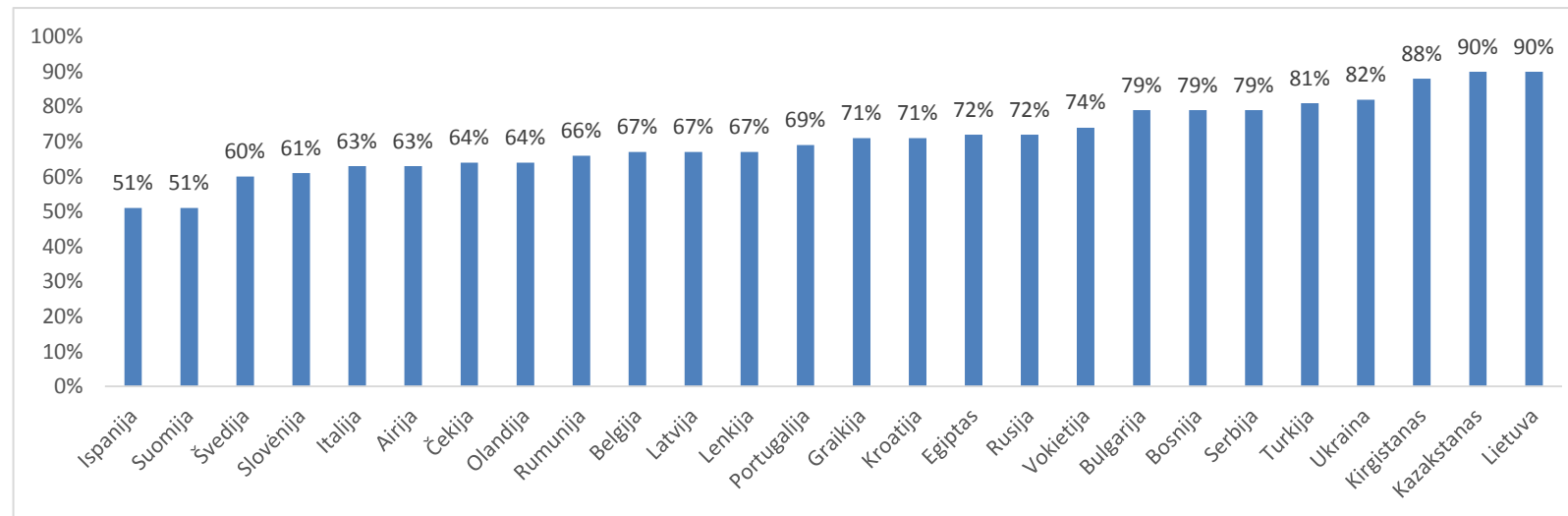
Lietuvos gyventojų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų – vienas didžiausių Europoje. Sergamumo širdies ir kraujagyslių ligomis bei mirtingumo nuo jų rodikliai yra beveik 2–3 kartus blogesni už ES vidurkį. EBPO duomenimis²⁰, 2018 m. pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje buvo išeminė širdies liga (13 195 mirtys, arba 34,9 proc. nuo visų mirčių), insultas sudarė 13 proc. visų mirčių. **Antroji pagal dažnumą mirties priežastis**

²⁰ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021. Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-lv;jsessionid=0HiL9GNfAx1-xQzyu6KuFvxu.ip-10-240-5-23

šalyje yra onkologinės ligos – dažniausiai mirštama nuo plaučių, storosios žarnos ir skrandžio vėžio (atitinkamai 3,4 proc., 2,4 proc., 1,5 proc. visų mirčių).

Lietuvoje nuo 2006 m. vykdoma Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa²¹. Pagrindinis programos tikslas – sumažinti asmenų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, mirtingumą ir sergamumą. Europos kardiologų draugijos 2019 m. atliktas EUROASPIRE V (angl. *European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events V*) tyrimas²², kuriuo siekta nustatyti pagrindinių koronarinės širdies ligos rizikos veiksnių – nutukimo, cukrinio diabeto, dislipidemijos, arterinės hipertenzijos bei rūkymo – paplitimą Europos šalyse ir įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos gairių taikymą klinikinėje praktikoje. Šio tyrimo duomenimis, Lietuva priskiriama prie šalių, kuriose dislipidemijos (90 % Lietuvoje; 59,8 % visoje Europoje) dažnis yra vienas didžiausių Europoje (14 paveikslas). Tai rodo, kad pacientų, kuriems nustatyta vainikinių arterijų liga, lipidų kiekis kraujyje valdomas neoptimaliai ir kad asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programos vykdymas turi trūkumų.

14 paveikslas. Pacientų, kuriems nustatyta vainikinių arterijų liga, didelio tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracijos kraujo serume kiekis viršijo 1,8 mmol/l dalis (proc.)



Šaltinis: EUROASPIRE

²¹ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“.

²² European Journal of Preventive Cardiology, Volume 28, Issue 4, April 2021, Pages 380–382, <https://doi.org/10.1177/2047487320915662> <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2047487320915662>

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa Lietuvos mastu pasiekė 2017 m. 43 proc., 2018 m. – 45 proc., 2019 m. – 47 proc. programos tikslinės populiacijos.

Onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programų tikslas – sumažinti mirtingumą nuo vėžio prevenciškai tikrinant sveikus asmenis, siekiant aptikti nepiktybinio pobūdžio atitinkamų organų pakitimus, kurie lengvai išgydomi ir taip išvengiama šių pakitimų supiktybėjimo, ar aptikti kuo ankstyvesnės stadijos piktybinius pakitimus, kuriuos galima išgydyti be esminių pasekmių asmens sveikatai, išvengti ligos sukeltos asmens socialinės atskirties bei ekonominių praradimų. Per laikotarpį nuo 2005 m., kada buvo pradėtos vykdyti onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos programos, gyventojų mirtingumas dėl šių ligų šiek tiek mažėjo, tačiau pažanga tikrai nėra pakankama (3 lentelė).

3 lentelė. Lietuvos standartizuotas mirtingumo nuo piktybinių navikų, dėl kurių vykdomos ankstyvosios diagnostikos programos, rodiklis (100 000 gyv. pagal naują Europos standartą)

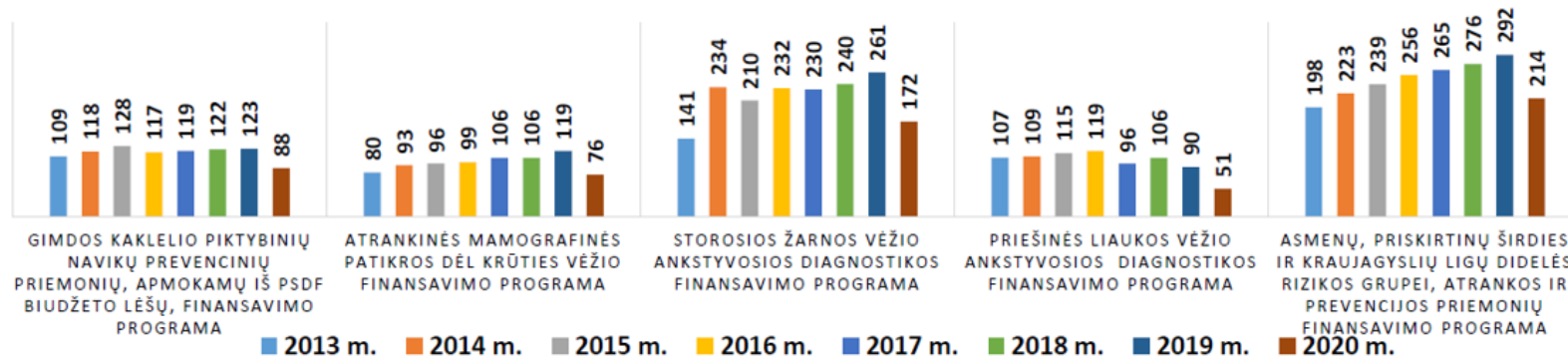
| Onkologinė liga | Programų pradžia (2005 m.) | 2014 m. | 2015 m. | 2016 m. | 2017 m. | 2018 m. | 2019 m. | 2020 m. |
|--------------------------------|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Krūties vėžys (mot.) | 34,39 | 28,6 | 31,9 | 28,6 | 26,9 | 28,7 | 30,5 | 30,6 |
| Gimdos kaklelio vėžys (mot.) | 12,49 | 10,5 | 12,0 | 10,6 | 11,4 | 11,3 | 11,2 | 11,1 |
| Storosios žarnos vėžys (gyv.) | 34,95 | 32,3 | 34,0 | 31,8 | 31,5 | 30,5 | 31,4 | 30,5 |
| Priešinės liaukos vėžys (vyr.) | 60,18 | 59,1 | 61,0 | 62,91 | 59,4 | 59,1 | 57,4 | 59,1 |

Šaltinis: Higienos institutas

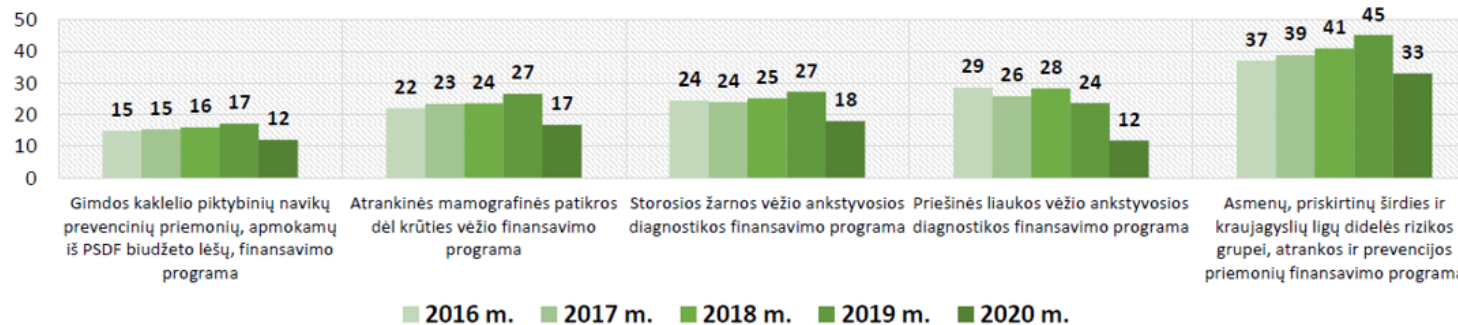
Vertinant kiekvienais metais Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) pateikiamus statistinius duomenis, matyti, kad mūsų šalies gyventojų dalyvavimas vykdomose prevencinėse patikros programose vis dar nėra pakankamai aukštas. Dabartinės profilaktinių programų patikrų apimtys vis dar nesiekia Europos Tarybos rekomendacijų, t. y. 80 proc.²³ Tiek Europos Taryba, tiek ir moksliniai tyrimai bei analizės yra pagrindusios, kad efektyviam prevencinės patikros programų vykdymui rekomenduojama patikrinti 80 proc. tikslinės pacientų grupės. Ankstyvosios diagnostikos programų aprėptis nuosekliai didėja, tačiau vis dar nėra pakankama. 2020 m. neigiamos įtakos dalyvavimui prevencinėse programose turėjo ir COVID-19 pandeminė situacija šalyje (15 ir 16 paveikslai). Vėlyvas ligų nustatymas sąlygoja blogesnius gydymo rezultatus.

²³ Cancer screening in the European union (2008). Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf

15 paveikslas. Ankstyvosios ligų diagnostikos programose dalyvavusių asmenų skaičius (tūkst.)



16 paveikslas. Prevencinėse programose dalyvavusios tikslinės populiacijos dalis (proc.) nuo PAASPI prirašytų gyventojų



Šie rezultatai sąlygoja, kad Lietuvoje tikimybė išgyventi 5 metus diagnozavus krūtų vėžį ankstyvoje stadijoje siekia 95 proc. (ES vidurkis – 96,4 proc.), tačiau nustatius diagnozę vėlyvoje stadijoje ši tikimybė yra tik 29,1 proc. (ES vidurkis – 38,3 proc.).²⁴ Užsienio autorių duomenimis,

²⁴ EBPO ataskaitos Health at a Glance: Europe 2020. Prieiga per internetą: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1639813577&id=id&accname=guest&checksum=12408FAACC9E1293B15C52A33E15D91C>

siekiant sumažinti mirštamumą nuo krūties vėžio, pagal programą būtina patikrinti 80 % tikslinės grupės moterų²⁵. 2019–2020 m. VLK duomenimis, per vieną atitinkamos ankstyvosios diagnostikos programos ciklą patikrinama 45–50 proc. tikslinės grupės asmenų.

Vadovaujantis Europos mokslininkų parengtomis minėtų programų vykdymo ir kokybės užtikrinimo gairėmis²⁶, dalyvavimas ankstyvosios diagnostikos programose nepakankamas ir turi būti didinamas – pereinama prie koordinuoto ir organizuoto programų vykdymo, diegiama kokybės užtikrinimo sistema ir naudojamos informacinės technologijos programų vykdymui organizuoti ir pasiektiems rezultatams analizuoti ir vertinti.

1.1.4.1. Mažas gyventojų informuotumas ir aktyvumas dalyvaujant vykdomose prevencinėse programose

Siekiant išsiaiškinti gyventojų informuotumą apie ligų ankstyvos diagnostikos programas, VLK užsakymu 2020 m. liepą buvo atliktas specialus gyventojų informuotumo ir įsitraukimo į ligų prevencijos programas sociologinis tyrimas²⁷. Jis parodė, kad net 8 iš 10 Lietuvos gyventojų (arba 85 proc.) yra girdėję apie valstybės finansuojamas prevencines programas, pusė apklaustųjų kurioje nors iš jų yra dalyvavę. Geriausiai žinomos yra gimdos kaklelio (žino 66 proc. apklaustųjų) ir krūties (65 proc.) vėžio prevencinės programos. Po 61 proc. respondentų teigė girdėję apie priešinės liaukos (prostatos) vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų, 58 proc. – apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą.

Apklaustųjų teigimu, pagrindinis informacijos apie ligų ankstyvosios diagnostikos programas šaltinis – šeimos gydytojas ar kitas sveikatos priežiūros specialistas poliklinikoje ar šeimos centre. 57 proc. apie programas teigė išgirdę iš žiniasklaidos, 47 proc. – iš draugų, šeimos narių. 76 proc. prisipažino žinantys, kur kreiptis norint gauti paslaugas pagal prevencines programas. Dauguma (79 proc.) apklaustųjų norėtų būti informuoti apie ligų prevencijos programas apsilankymo pas gydytoją metu, 40 proc. apklaustųjų pageidautų būti informuoti telefonu, 25 proc. – elektroniniu paštu, 24 proc. – SMS žinute.

Įvertinus pateiktus informacinės sklaidos tyrimo rezultatus ir juos palyginus su faktiniu prevencinėse programose dalyvavusiųjų skaičiumi, akivaizdu, kad reikia tobulinti informacijos sklaidos kokybę ir metodus.

Visų teritorinių ligonių kasų teritorijose pastebimi ryškūs asmens sveikatos priežiūros įstaigų informavimo apie onkologinių ligų ankstyvąją diagnostiką skirtumai: yra pavienės įstaigos, kurių informavimo paslaugų procentas siekia tik 3–4,5 proc. planuotų patikrinti asmenų, nemažai tokių, kurių informavimo paslaugos siekia 20–30 proc., yra asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurių informavimo rodiklis siekia apie 100 proc.

²⁵ Breast cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546549/>

²⁶ European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, „European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, „European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis

²⁷ Šalies gyventojų informuotumo ir įsitraukimo į ligų prevencijos programas sociologinis tyrimas. 2020 m. liepos mėn. Prieiga per internetą:

<https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/%C5%A0ALIES%20GYVENTOJ%C5%B2%20INFORMUOTUMO%20IR%20C4%AESITRAUKIMO%20C4%AE%20LIG%C5%B2%20PREVENCIJOS%20PROGRAMAS%20SOCIOLOGINIS%20TYRIMAS.pdf>

1.1.4.2. Profilaktiniai darbuotojų sveikatos tikrinimai profesinių ligų ankstyvo nustatymo požiūriu mažai efektyvūs

Lietuvos profesinių ligų valstybės registro duomenimis, profilaktiškai tikrinant sveikatą įtariama tik 6–15 proc. visų kasmet užregistruojamų profesinių ligų atvejų. Dažniausia profesinės ligos įtariamos asmenims, kurie patys kreipiasi į gydytojus, kai liga pažengusi ir asmuo jau iš dalies arba visiškai nedarbingas.

Darbuotojų profilaktinius sveikatos tikrinimus Lietuvoje gali atlikti šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai, išklause ne mažiau kaip 36 valandų darbo medicinos kursą pagal su Sveikatos apsaugos ministerija suderintą programą, arba darbo medicinos gydytojai (konsultuodamiesi su kitų profesinių kvalifikacijų gydytojais). Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje skelbiamais duomenimis, 2022 m. vasario mėn. Lietuvoje buvo 17 galiojančių darbo medicinos gydytojo praktikos licencijų turinčių gydytojų, ir šis skaičius reikšmingai nesikeičia beveik kelis dešimtmečius.

HI 2012 m. atlikto tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų savo žinias atliekant darbuotojų profilaktinius sveikatos tikrinimus vertina kaip vidutines ir nepakankamas. 19,3 proc. šeimos gydytojų profilaktinius tikrinimus atlieka neišklause darbo medicinos kurso, 32,5 proc. jų nėra tobulinę darbo medicinos žinių 5 metus. Įvertinus periodinių darbuotojų sveikatos tikrinimų praktiką bei gydytojų požiūrį į profilaktinių darbuotojų sveikatos tikrinimų tvarką, padarytos šios išvados²⁸:

- Periodinių darbuotojų sveikatos tikrinimų veikloje dalyvauja didelė dalis šeimos gydytojų (79,3 proc. apklausos dalyvių), tačiau daugeliu atvejų tai nėra pagrindinė šeimos gydytojo veikla (86,5 proc. respondentų užima iki 20 proc. darbo laiko).
- Profesinę ligą savo praktikoje yra įtarę pusė (49,6 proc.) respondentų. Apie įtartą profesinę ligą ne visada pranešama nustatyta tvarka. Pagrindinės nurodytos pranešimo apie įtartą profesinę ligą nepildymo priežastys – tai papildomas nemokamas darbas ir paciento pageidavimas.
- Atlikdami profilaktinius darbuotojų sveikatos tikrinimus trečdalis (35,3 proc.) šeimos gydytojų niekada nesikonsultuoja su darbo medicinos gydytoju.
- Galiojanti profilaktinių darbuotojų sveikatos tikrinimų tvarka tenkina trečdalį (34,5 proc.), apmokėjimo už profilaktinius sveikatos tikrinimus tarifai – tik 14,3 proc. gydytojų.

Išanalizavus pacientų, atvykusių pas darbo medicinos gydytoją dėl profesinės ligos nustatymo, patirtį dalyvaujant profilaktiniuose periodiniuose sveikatos tikrinimuose iki profesinės ligos įtarimo, prieita prie šių išvadų²⁹:

- Lietuvoje atliekami profilaktiniai periodiniai darbuotojų sveikatos tikrinimai profesinių ligų ankstyvo nustatymo požiūriu yra neefektyvūs. Jie atliekami ne visiems darbuotojams, kuriems vėliau įtariama profesinė liga, o jų metu profesinė liga buvo įtarta ir apie ją pranešta tik 4,2 proc. visų respondentų.

²⁸ 2013 m. Visuomenės sveikata „Periodinių darbuotojų sveikatos tikrinimų praktika ir šeimos gydytojų požiūris į profilaktinių darbuotojų sveikatos tikrinimų tvarką Lietuvoje“. Prieiga per internetą: [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.3\(62\)/VS%202013%203\(62\)%20ORIG%20S%20Darbuotoju%20sveikatos%20tikrinimas.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.3(62)/VS%202013%203(62)%20ORIG%20S%20Darbuotoju%20sveikatos%20tikrinimas.pdf).

²⁹ 2013 m. Visuomenės sveikata „Dėl profesinės ligos nustatymo besikreipiančių pacientų patirtis dalyvaujant profilaktiniuose periodiniuose darbuotojų sveikatos tikrinimuose“. Prieiga per internetą: [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2\(61\)/VS%202013%202\(61\)%20ORIG%20S%20Profesines%20ligos.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2(61)/VS%202013%202(61)%20ORIG%20S%20Profesines%20ligos.pdf).

- 48,4 proc. respondentų manė, jog svarbiausia priežastis, dėl kurios profesinė liga jiems nebuvo įtarta profilaktinių periodinių darbuotojų sveikatos tikrinimų metu, – gydytojas neskiria pakankamai laiko ir dėmesio periodiniam darbuotojo sveikatos tikrinimui.
- 73,2 proc. respondentų nurodė, kad jiems nepakanka profilaktinių periodinių darbuotojų sveikatos tikrinimų metu gydytojo suteiktos informacijos apie kenksmingų darbo aplinkos veiksnių poveikį sveikatai bei sveikatos tikrinimo rezultatus arba ši informacija jų nesudomina.

Naujesnių tyrimų nuo 2012 m. šioje srityje nėra atlikta, o reikšmingų pokyčių nerodo ir profesinės sveikatos priežiūros srityje dirbančių specialistų įžvalgos, praktiškai nesikeičiantis galiojančią darbo medicinos gydytojo praktikos licenciją turinčių gydytojų skaičius (2012 m. lapkričio mėn. jų buvo 16, 2022 m. vasario mėn. – 17), iš Lietuvos sveikatos mokslų universiteto gauti duomenys apie 36 val. darbo medicinos kursus baigusių gydytojų (šeimos medicinos, darbo medicinos ir kt.) skaičių rodo, kad 2016 m. tokius kursus baigė 42, 2017 m. – 15, 2018 m. – 24, 2019 m. – 4, 2020 m. – 39, 2021 m. – 17 asmenys (tikėtina, kad panašios tendencijos būtų ir tokius pačius kursus organizuojančiame Vilniaus universitete).

1.1.5. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas nesukuria paskatų siekti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pajamas Lietuvoje sudaro mokėjimai už prisirašiusius pacientus ir dalis, susijusi su veiklos rezultatais. Šiuo metu įstaigos gauna mokėjimus už prisirašiusius pacientus, atsižvelgiant į amžių ir vietovę (tai sudaro maždaug tris ketvirtadalius įstaigų pajamų), ir su tam tikrų rūšių veikla susijusius mokėjimus pagal konkrečių paslaugų, kaip antai imunizavimo ar nėščiųjų priežiūros, sąrašą. Dar viena pajamų dalis – veiklos rezultatais grindžiami mokėjimai, mokami pagal veiklos efektyvumo rodiklių sąrašą (gero darbo rezultatų rodiklių); šios sumos sudaro maždaug 10 proc. pajamų. Šiuo metu naudojami rodikliai yra, pavyzdžiui, atrankinės patikros dėl vėžio aprėptis ir siuntimai hospitalizuoti dėl lėtinių ligų, pvz., diabeto. Pastaraisiais metais mokėjimų už prisirašiusius pacientus dalis nuo visų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pajamų sumažėjo ir atitinkamai padidėjo su veiklos rezultatais siejama dalis. Toks veiklos rezultatais grindžiamą mokėjimą palankiai vertina EBPO ekspertai, tačiau taip pat mato galimybių tobulinti įtraukiant kitus rodiklius, pavyzdžiui, proceso rodiklius³⁰.

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (PAASP) srityje pagrindinė problema yra auganti apmokėjimo fragmentacija (pirmiausia – dėl skatinamųjų priedų), kuri sukuria paslaugų teikėjams prieštaringas paskatas dėl veiklos produktyvumo ir paslaugų kokybės užtikrinimo, taip pat nepakankamos paskatos (ir formalūs su apmokėjimu nesusiję apribojimai) išsamiau ištirti pacientus ir dėl PAASP lygmeniu prieinamų tyrimų nesiųsti jų į specializuotos sveikatos priežiūros įstaigas, o psichikos sveikatos srityje – suteikti kompleksines ir tęsines psichikos sveikatos centro specialistų komandos bei bendruomenines paslaugas, užtikrinančias kokybišką sunkiomis psichikos ligomis sergančių asmenų priežiūrą. Be to, tobulintinas apmokėjimo už paslaugas mechanizmas, veiklos rodiklių (gerų darbo rezultatų) sąrašas ir PAASP teikėjų skatinimo už šiuos rodiklius mechanizmas.

1.2. Ribotas ir netolygus specializuotos pagalbos prieinamumas

1.2. Problemos priežastys:

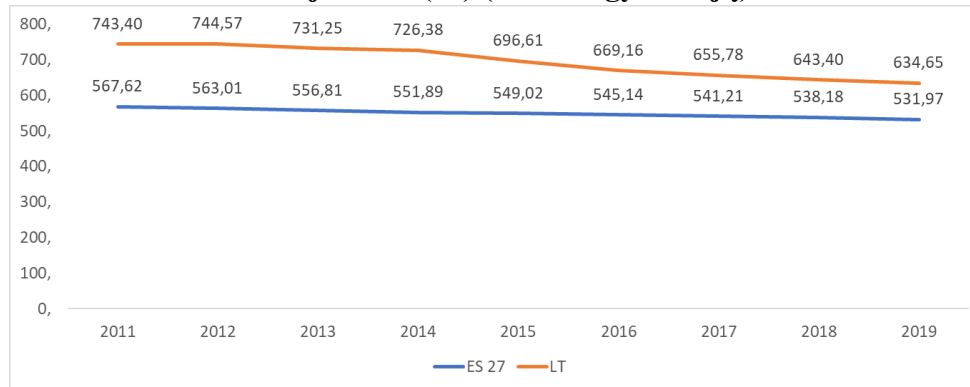
³⁰ OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018. Assessment and Recommendations. <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Lithuania-2018-Assessment-and-Recommendations.pdf>

- 1.2.1. neefektyvus ligoninių tinklas;
- 1.2.2. nepakankamai efektyviai teikiamos integruotos sveikatos priežiūros paslaugos;
- 1.2.3. neefektyvus greitosios medicinos pagalbos valdymas;
- 1.2.4. nesklandus sveikatos priežiūros paslaugų dėl onkologinių ligų teikimo organizavimas;
- 1.2.5. nepakankamai išplėtos ir efektyviai teikiamos vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios rehabilitacijos paslaugos.

1.2.1. Neefektyvus ligoninių tinklas

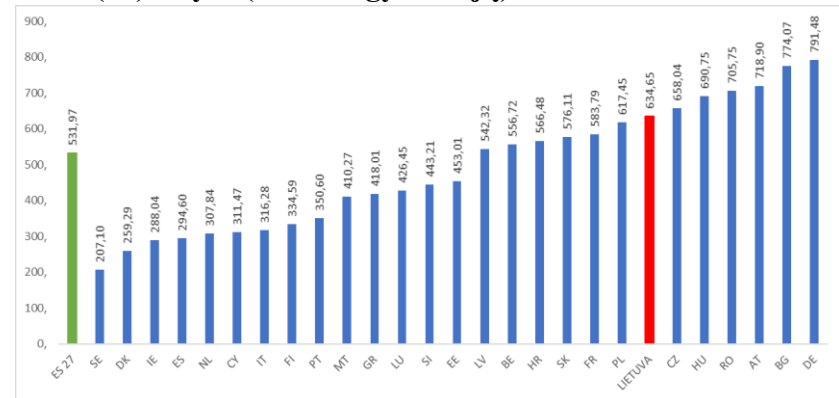
Lietuva turi išplėtotą ligoninių tinklą. Bendras (aktyviojo ir ilgalaikio gydymo) lovų ligoninėse skaičius Lietuvoje per 2011–2019 m. laikotarpį sumažėjo 14,6 proc. (nuo 743,40 iki 643,65 lovų 100 000 gyventojų), o ES 27 šalių bendras lovų ligoninėse skaičiaus vidurkis per tą patį laikotarpį mažėjo nežymiai – 6,3 proc. (17 paveikslas). Nors Lietuvoje vyko ne viena ligoninių tinklo reforma ir bendras lovų ligoninėse skaičius sumažėjo, tačiau Lietuvos ligoninių tinklas pagal bendrą ligoninių lovų skaičių, tenkantį 100 000 gyventojų, yra vienas neefektyviausių tarp ES 27 šalių ir beveik **18 proc. viršija vidurkį ES 27 šalyse** (18 paveikslas).

17 paveikslas. Bendras lovų ligoninėse skaičiaus kitimas 2011–2019 m. Lietuvoje ir ES (27) (100 000 gyventojų)



Šaltinis: Eurostat

18 paveikslas. Bendras lovų ligoninėse skaičius 2019 m. Lietuvoje ir ES (27) šalyse (100 000 gyventojų)



Šalies ligoninių pagalba yra teikiama trimis sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo lygmenimis: respublikos (įskaitant universiteto ligonines), regiono ir rajono³¹. Apie 90 proc. visų ligoninių lovų priklauso viešosioms gydymo įstaigoms, kurių steigėjas yra valstybė arba savivaldybės, ir tik apie 10 proc. visų lovų priklauso privačioms gydymo įstaigoms (plg. Nyderlanduose visos ligoninių lovos priklauso privačioms (pelno

³¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“.

nesiekiančioms) ligoninėms; Vokietijoje 59 proc. lovų, Belgijoje 74 proc. lovų priklauso privačiai valdomoms ligoninėms; mažiausia lovų dalis valstybės valdomose ligoninėse yra Kipre (54 proc.) ir Prancūzijoje (62 proc.))³².

HI duomenimis, 2019 m. Lietuvos ligoninėse buvo 14 578 aktyviojo gydymo lovos. 2019 m. daugiausia aktyviojo gydymo atvejų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas, kai pacientas hospitalizuojamas ir išrašomas tą pačią dieną) buvo suteikta respublikos lygmens ligoninėse – 74 proc., mažiausiai – rajono ligoninėse (14 proc.) (4 lentelė).

4 lentelė. Lietuvos ligoninių skaičius ir aktyviojo stacionarinio gydymo paslaugų skaičius pagal ligoninių lygmenis 2019 m.

| Lygmuo | Ligoninių skaičius | Lovų skaičius pagal HI 2019 m. | Aktyviojo gydymo atvejų, išskyrus dienos chirurgijos atvejus, kai pacientas hospitalizuojamas ir išrašomas tą pačią dieną, skaičius (proc.) | |
|-------------|--------------------|--------------------------------|---|-------|
| Respublikos | 18 | 10 806 | 451 751 | 74 % |
| Regiono | 11 | 1 565 | 72 389 | 12 % |
| Rajono | 35 | 2 207 | 85 685 | 14 % |
| Iš viso | 64 | 14 578 | 609 825 | 100 % |

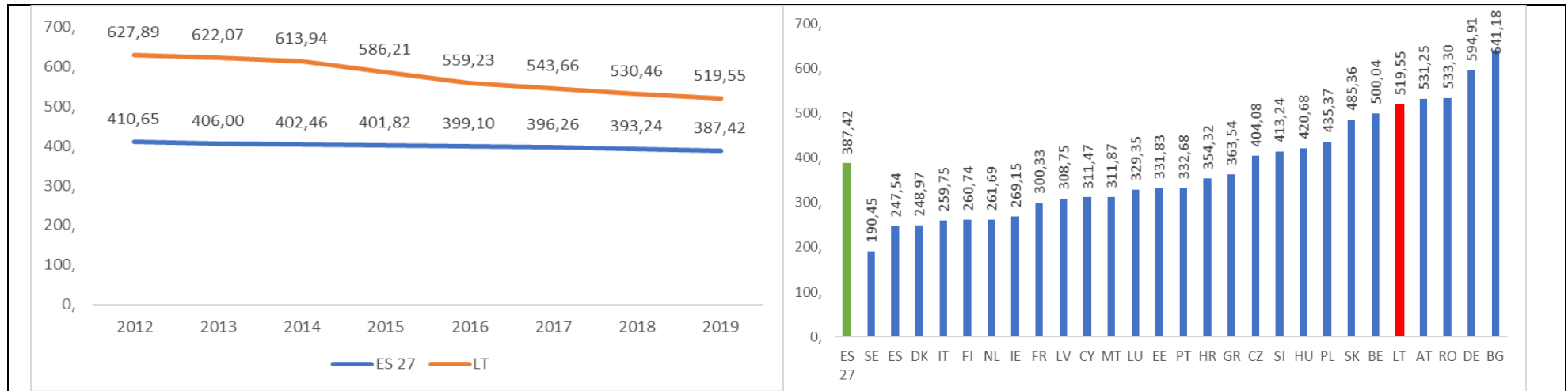
Šaltinis: Higienos institutas

2003–2017 m. įgyvendinus keturis sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo etapus³³, daugelyje regiono ir rajono ligoninių nebeliko tam tikro profilio paslaugų. Chirurginio profilio paslaugos nebeteikiamos 16 ligoninių, kai kuriose iš jų teikiamos tik dienos chirurgijos I–IV apmokėjimo grupių paslaugos. Akušerijos (gimdymo) paslaugos neteikiamos 29 ligoninėse. Bendras lovų ligoninėse skaičius daugiausia mažėjo dėl aktyviojo gydymo lovų skaičiaus mažėjimo, tačiau Lietuva išlieka viena iš penkių šalių, kuriose aktyviojo gydymo lovų skaičius 100 000 gyventojų yra didžiausias ES – 2019 m. **ES vidurkį Lietuva viršija 29 proc.** (19 ir 20 paveikslai).

19 paveikslas. Aktyviojo gydymo lovų ligoninėse skaičiaus kitimas 2012–2019 m. Lietuvoje ir ES (27) (100 000 gyventojų) **20 paveikslas. Aktyviojo gydymo lovų ligoninėse skaičius 2019 m. Lietuvoje ir ES (27) šalyse (100 000 gyventojų)**

³² Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds#Hospital_beds

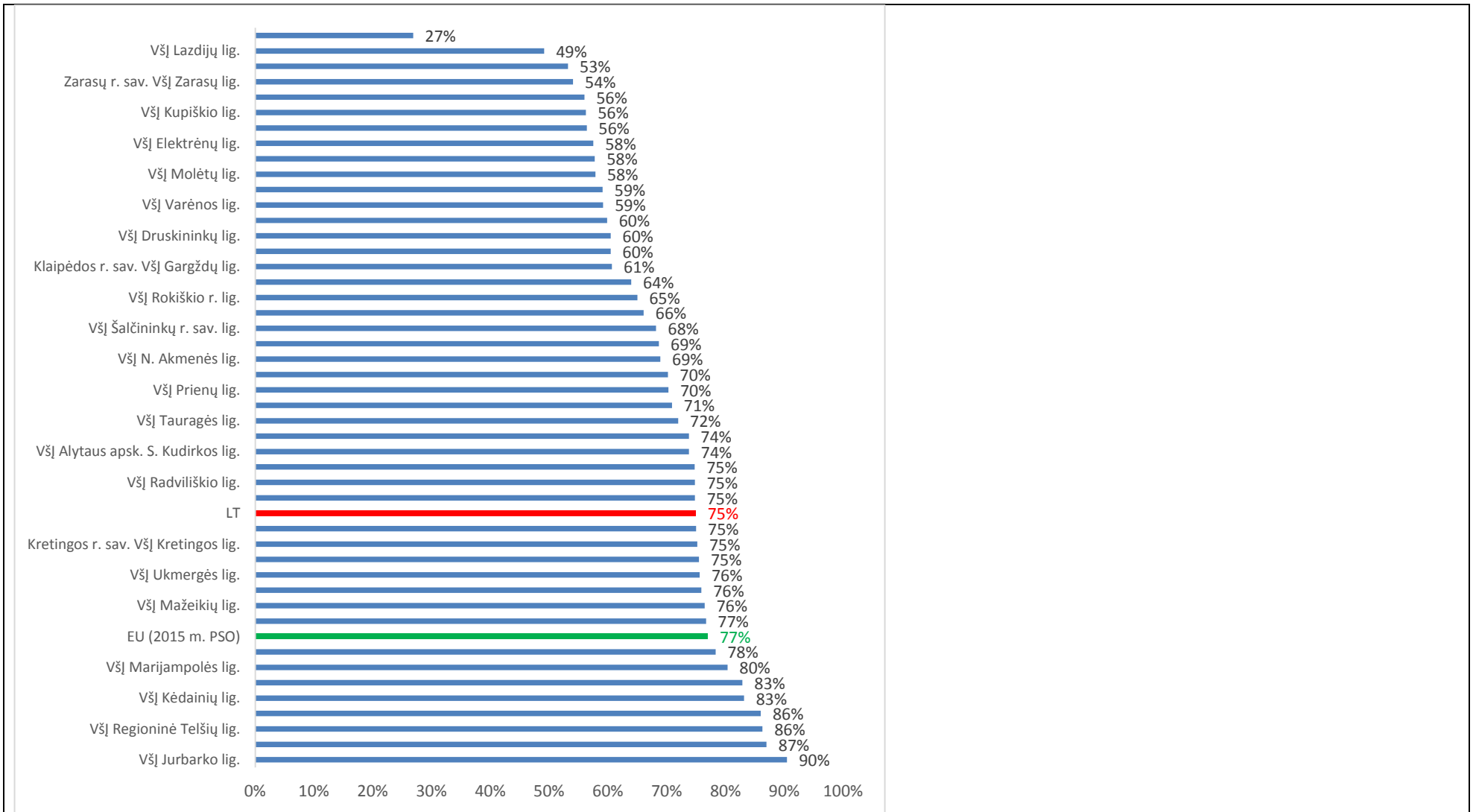
³³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“; Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“; Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“; Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1290 „Dėl Ketvirtąjo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“.



Šaltinis: Eurostat duomenys

Neefektyvų išteklių naudojimą rodo ne tik didelis lovų skaičius, bet ir palyginti mažas aktyviojo gydymo lovų užimtumas šalies ligoninėse. Vidutinis aktyviojo gydymo lovos užimtumas (2018 m. duomenimis) Lietuvoje sudaro apie 75 proc. metinio dienų skaičiaus (arba 274 dienas per metus) ir ne daug atsilieka nuo ES vidurkio – 77 proc. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad 2018 m. net 28 ligoninėse (60 proc.) aktyviojo gydymo lovos užimtumas nesiekė šalies vidurkio (21 paveikslas). Mažiausias lovos užimtumas buvo VšĮ Kalvarijos ligoninėje (27 proc.), VšĮ Lazdijų ligoninėje (49 proc.), didžiausias – VšĮ Jurbarko ligoninėje (90 proc.).

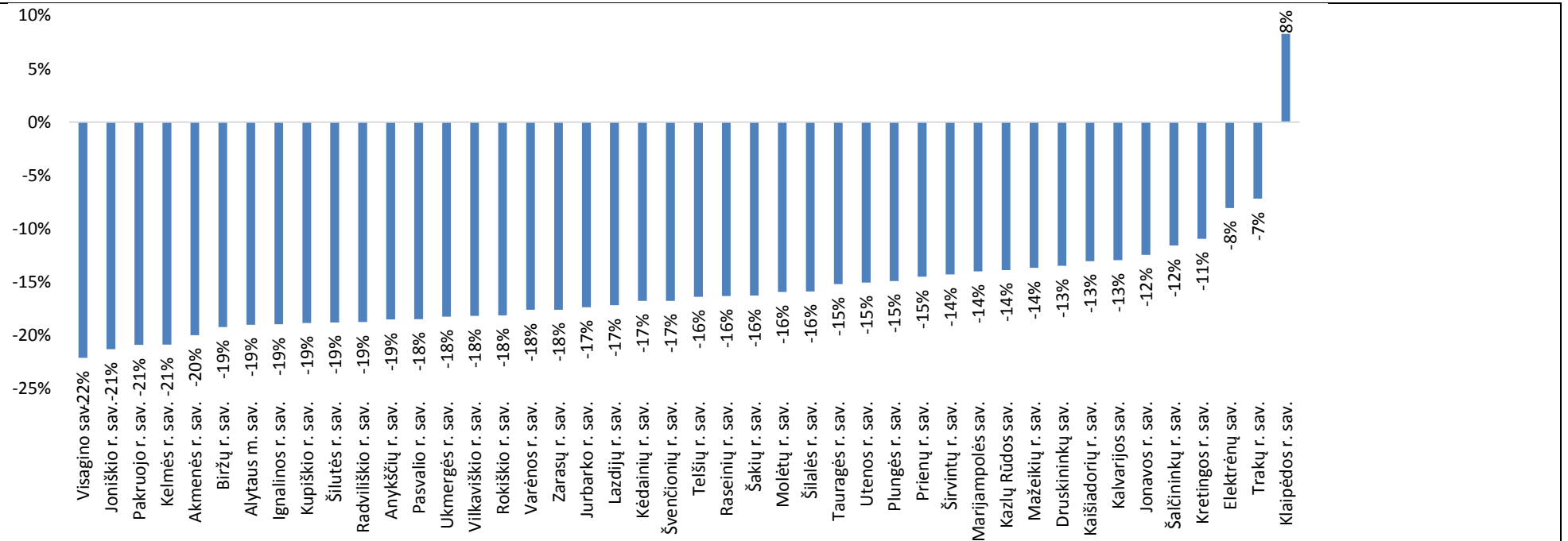
21 paveikslas. Aktyviojo gydymo lovų užimtumas Lietuvos ligoninėse



Šaltinis: VLK duomenys

Mažą lovų užimtumą sąlygoja kelios priežastys. Viena jų – natūralus gyventojų skaičiaus mažėjimas, dėl to mažėja sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Statistikos departamento duomenimis, per 2010–2018 m. laikotarpį gyventojų skaičius šalyje sumažėjo 11 proc. Kai kuriose savivaldybėse pastebimas ypač didelis gyventojų skaičiaus mažėjimas (22 paveikslas).

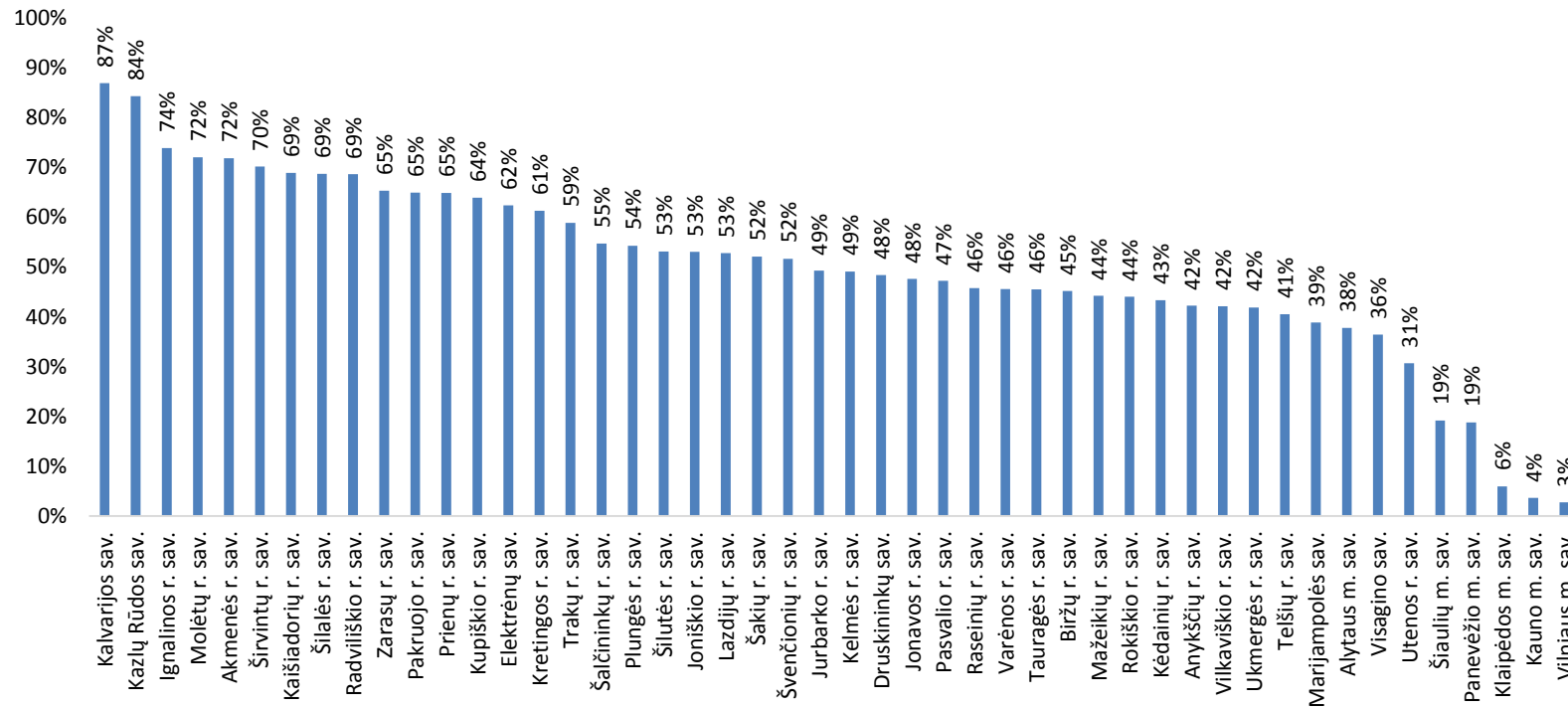
22 paveikslas. Statistinio gyventojų skaičiaus pokytis Lietuvos rajonų savivaldybėse 2010–2018 m.



Šaltinis: Statistikos departamentas

Kita priežastis – daugelio šalies savivaldybių nemaža gyventojų dalis išvyksta gydytis į kitų savivaldybių ligonines. 2018 m. duomenimis, 23 savivaldybių (buvo analizuojamos tik tos savivaldybės, kuriose yra ligoninės) daugiau nei pusė gyventojų vyko gydytis į kitų savivaldybių ligonines (23 paveikslas).

23 paveikslas. Savivaldybės gyventojų, išvykusių gydytis į kitų savivaldybių ligonines, dalis (proc.), palyginti su visais savivaldybės gyventojais, kuriems buvo suteiktos aktyviojo stacionarinio gydymo paslaugos 2018 m.



Šaltinis: VLK duomenys

Mažėjančios paslaugų apimtys tiek dėl natūralaus gyventojų skaičiaus mažėjimo šalyje, tiek dėl atskirų savivaldybių gyventojų pasirinkimo gydytis ne savo savivaldybės teritorijoje esančioje ligoninėje, kadangi kai kurios ligoninės negali užtikrinti visų reikiamų paslaugų teikimo visą parą, pagalba pacientui yra fragmentuota, paciento kelias pas specialistus yra ilgas ir nekoordinuotas, stinga specialistų, nepasitikima jų kvalifikacija ir pan. Visa tai didina stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės netolygumus.

1.2.2. Nepakankamai efektyviai teikiamos integruotos sveikatos priežiūros paslaugos

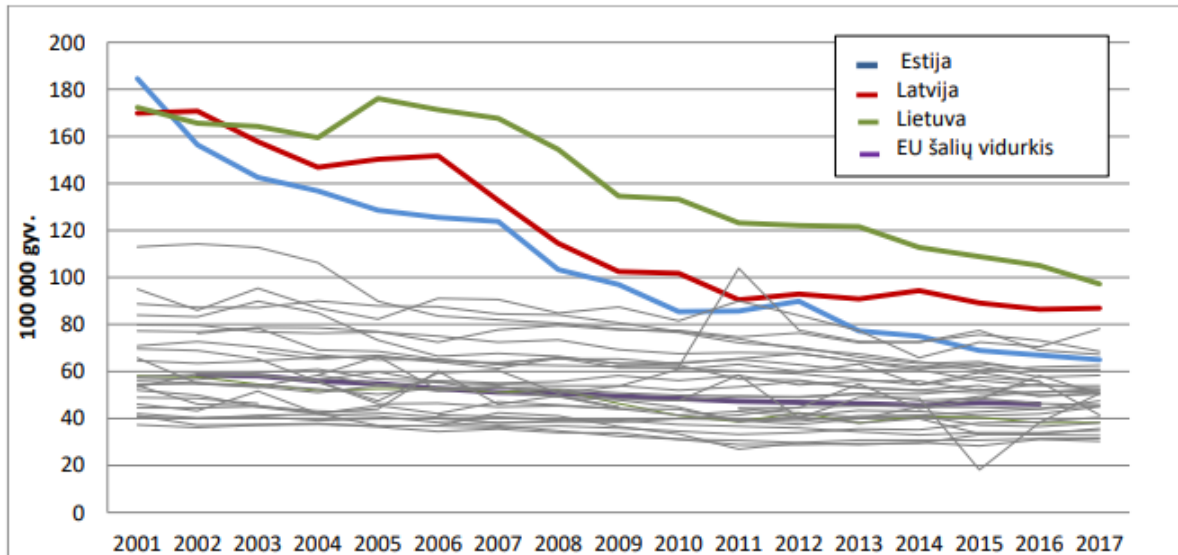
Lietuvoje veikiantys **sunkių traumų, perinatologijos, kardiologijos, ūminio insulto, skubios medicinos pagalbos** integruotos sveikatos priežiūros (klasterių) paslaugų teikimo modeliai vis dar neužtikrina galimybės visiems Lietuvos gyventojams laiku gauti kokybiškas ir veiksmingas aukščiausio lygio medicinos pagalbos paslaugas.

1.2.2.1. Sunkių traumų klasterio veikla neužtikrina galimybės laiku gauti kokybiškas paslaugas

HI Sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūra jau daugelį metų išlieka nepakitusi – pagrindinėmis

mirties priežastimis išlieka kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys. Nors pastaruoju metu mirtingumas dėl išorinių priežasčių (t. y. dėl sužalojimų ir apsinuodijimų) Lietuvoje mažėja, bet Eurostato 2017 m. duomenimis, Lietuva kartu su Latvija tebepirmauja ES pagal mirtingumą nuo traumų (24 paveikslas).

24 paveikslas. Standartizuotas mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių Europos Sąjungos valstybėse 100 tūkst. gyv.

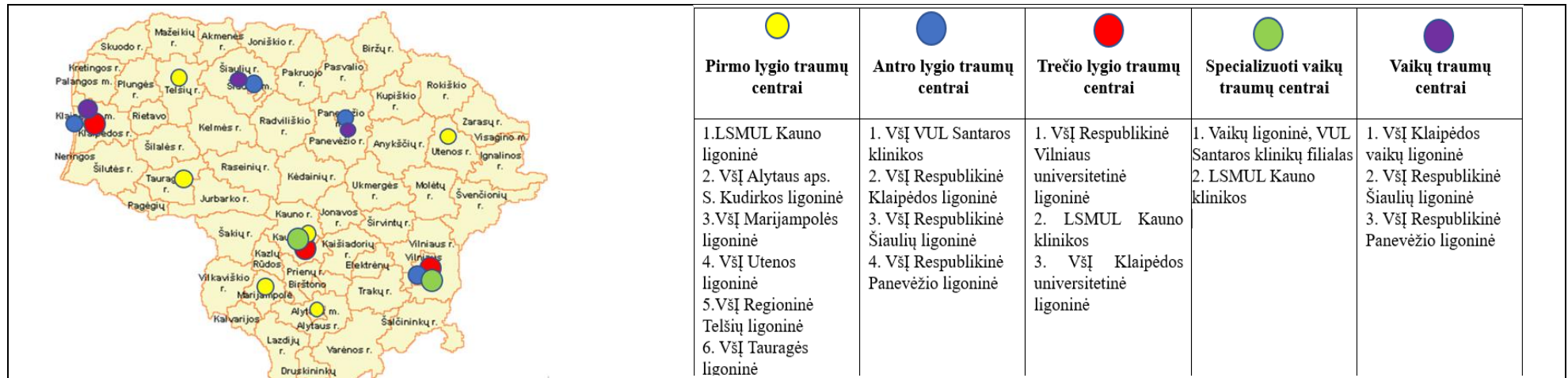


Šaltinis: Eurostato duomenų bazė

2018 m. patvirtintas Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašas³⁴ (toliau – Aprašas) ir pradėta įgyvendinti sunkių traumų klasterio veikla – bendra sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema, leidžianti optimizuoti pacientų srautus taip, kad visoje Lietuvoje nukentėjusieji nuo sunkių traumų laiku gautų kokybišką pagalbą. Sunkių traumų atvejais integruota sveikatos priežiūra teikiama trijų lygių ASPI (25 paveikslas).

25 paveikslas. ASPI, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas įtariant ar diagnozavus sunkią traumą, tinklas

³⁴ Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 19 d. įsakymu Nr. V-824 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo“.



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija

Nors sunkių traumų klasterio veikla (bendra sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema) apima visą Lietuvos teritoriją, **šiuo metu Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų tinklas neužtikrina galimybės pacientams, patyrusiems sudėtingas traumas, laiku gauti kokybiškas paslaugas, todėl sudėtingų traumų gydymo rezultatai ir pagalba žmonėms, siekiant sumažinti ar išvengti neįgalumo, vis dar nepakankama.**

Veiksniai, sąlygojantys sunkių traumų klasterio veiklos pagrindinių problemų atsiradimą:

- **Efektyvus pacientų, patyrusių sunkią traumą, srautų valdymo modelio nebuvimas.** Šiuo metu kiekviena ASPĮ (tarp jų ir greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) duomenis apie sunkią traumą patyrusius pacientus, jiems teikiamą pagalbą, veiklos efektyvumą renka savo atskirose sistemose, nėra skaitmenizuoto viso paciento kelio. Nuo 2020 m. liepos 1 d. iš GMP paslaugas teikiančių įstaigų ir traumų centrų, vaikų traumų centrų pradėta rinkti informacija apie sunkią traumą patyrusiems pacientams teiktas sveikatos priežiūros paslaugas pagal patvirtintus rodiklius, tačiau duomenys renkami ne centralizuotai, o atskirai iš GMP paslaugas teikiančių įstaigų ir traumų centrų.

- **Nepakankama sveikatos priežiūros specialistų kompetencija.** Šiuo metu retas traumų komandos narys yra baigęs pasaulyje aukštinį standartu laikomus ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) kursus ir turi galiojantį ATLS pažymėjimą. Visi traumos komandų nariai galėtų turėti galiojančius ATLS pažymėjimus. Ekspertų nuomone, kai sunkias traumas patyrusius pacientus tiria ir gydo ATLS kursus baigę sveikatos priežiūros specialistai, gerėja gydymo išeitys ir mažėja su sunkiomis traumomis susijęs mirštamumas.

- **Neužtikrinti nuotolinio konsultavimo sąlygos, IT technologijų (telemedicinos) diegimas.** Žemesnio lygio traumos centrai ne visada turi personalą, sukaupusį reikiamos patirties gydant sunkias traumas patyrusius pacientus, todėl teikiama pagalba gali neatitikti priimtinių standartų. Ši problema iš dalies yra sprendžiama pervežant šiuos pacientus į aukštesnio lygio traumos centrus, telefonu suderinus pervežimą su priimančio centro atsakingais darbuotojais. Tačiau atsižvelgiant į tai, kad trauminių sužalojimų išiečiai yra labai svarbus laiko veiksnys ir tai, kad norint parinkti optimalų transportavimo laiką, reikia priimančios institucijos gydytojams turėti visą realią informaciją apie pacientą, pervežimo sistema tik iš dalies sprendžia savalaikės pagalbos sunkias traumas patyrusiems pacientams problemą. Šiuos trūkumus galėtų kompensuoti telemedicina. Ji neturėtų

apsiriboti tik vaizdo ir telekonferencijomis, bet turėtų apimti ir ekspertinę pagalbą visais teikiamos sveikatos priežiūros aspektais. Telepriežiūra turėtų būti prieinama visą parą. Toks sukurtas tinklas turėtų būti naudojamas ne tik traumos atveju, bet ir teikiant pagalbą pacientams dėl ūminių ligų.

- **Bendros sunkias traumas patyrusių pacientų duomenų bazės nebuvimas.** Nėra galimybės kokybiškai įvertinti visos vientisos sistemos funkcionavimo, nėra galimybės susieti su GMP informacine sistema, Traumų informacine sistema. Nėra bendrų duomenų apie sunkias traumas patyrusių pacientų diagnostiką, transportavimą, taikytą gydymą, baigtis. Pasaulyje traumas patyrusių pacientų duomenų bazės („Traumų registrai“) yra būtina integruotos traumų sistemos dalis. „Registro“ duomenys naudojami kaip kokybės kontrolės priemonė, palyginant nacionalinius rezultatus su tarptautiniais standartais, stebint rezultatų pokyčius laikui bėgant arba nustatant institucijas, kurių rodikliai ženkliai skiriasi nuo priimtino vidurkio.

- **Integruotos sveikatos priežiūros metodinių dokumentų, taikomų nacionaliniu mastu, trūkumas.** Lietuvoje trūksta bendrų metodinių dokumentų rengimo, taikymo ir atnaujinimo standartų bei pagrindinės mirties priežastis Lietuvoje lemiančių ligų ir sveikatos sutrikimų integruotos sveikatos priežiūros (prevencijos, diagnostikos, gydymo, medicininės reabilitacijos, slaugos ir kt.) metodinių dokumentų. Bendro (integruoto) paslaugų teikimo reglamentavimo trūkumą yra identifikavusi ir Valstybės kontrolė³⁵, nurodyma, kad „<...Metodikų ir protokolų paskirtis – standartizuoti gydymo procesą, kad pacientas respublikos, regiono ar rajono lygmens gydymo įstaigoje būtų gydomas vienodai saugiai ir veiksmingai...>“; kad „<... ligų diagnostikos ir gydymo standartizavimo procesas – viena sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sudedamųjų dalių. Siekiant užtikrinti saugias ir veiksmingas šios priežiūros paslaugas visuose paslaugų teikimo etapuose, ligų diagnostiką ir gydymą nustatantys dokumentai turėtų būti rengiami bendrai visoms gydymo įstaigoms...>“.

1.2.2.2. Neišplėtos integruotos skubiosios medicinos pagalbos paslaugos

Lietuvoje veikia daugiau kaip 60 skubiosios medicinos pagalbos skyrių (SMPS, *angl. emergency department*). Šiuose skyriuose teikiamų skubiosios medicinos pagalbos paslaugų poreikis auga visose ES, taip pat ir Lietuvoje. 2019 m. suteiktos 1 319 853 skubiosios medicinos pagalbos paslaugos 602 970 pacientų, t. y. 21 proc. paslaugų daugiau negu 2014 m. (1 038 536 paslaugos) ir 8,7 proc. daugiau negu 2018 m. (1 204 635 paslaugos).

Skubioji medicina yra labai nauja medicinos sritis Lietuvoje, pirmieji šios srities gydytojai pradėjo dirbti prieš 3 metus. Kol bus patenkintas skubiosios medicinos gydytojų poreikis (ne anksčiau kaip po 10 metų), SMPS paslaugas teikia įvairių profesinių kvalifikacijų gydytojai, todėl būtina ieškoti naujų metodų veiklos efektyvumui ir kokybei užtikrinti.

Skubiosios medicinos pagalbos padaliniuose darbo specifika pasižymi didele pacientų kaita, sprendimų priėmimo intensyvumu, dideliu stresu. Taip pat skubiosios medicinos pagalbos padaliniai stokoja personalui, pacientams, lankytojams draugiškos aplinkos. Visa tai lemia, kad šiuose padaliniuose dirbantiems gydytojams ir slaugytojams palyginti dažnai nustatomas perdegimo sindromas, vyksta didelė darbuotojų kaita.

- **Trūksta kvalifikuoto skubiosios medicinos pagalbos personalo.**
- **Trūksta metodinės paramos,** skubiosios medicinos pagalbos skyriuose teikiamų paslaugų metodikų, standartų, algoritmų.
- Netolygus skubiosios medicinos pagalbos paslaugų prieinamumas, nepakankamas jų efektyvumas, **neracionaliai paskirstomi pacientų**

³⁵ Valstybės kontrolės 2018 m. rugsėjo 28 d. valstybinio audito ataskaitoje Nr. VA-2018-P-9-3-9 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: Saugumas ir veiksmingumas“. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23794/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybe-saugumas-ir-veiksmingumas>

srautai: universitetų, respublikinių ligoninių skubiosios medicinos pagalbos skyriuose susidaro per dideli pacientų srautai, laukiančių skubios pagalbos pacientų eilės, **didėja pacientų nepasitenkinimas**, o dalyje rajono ligoninių – pacientų srautai per maži.

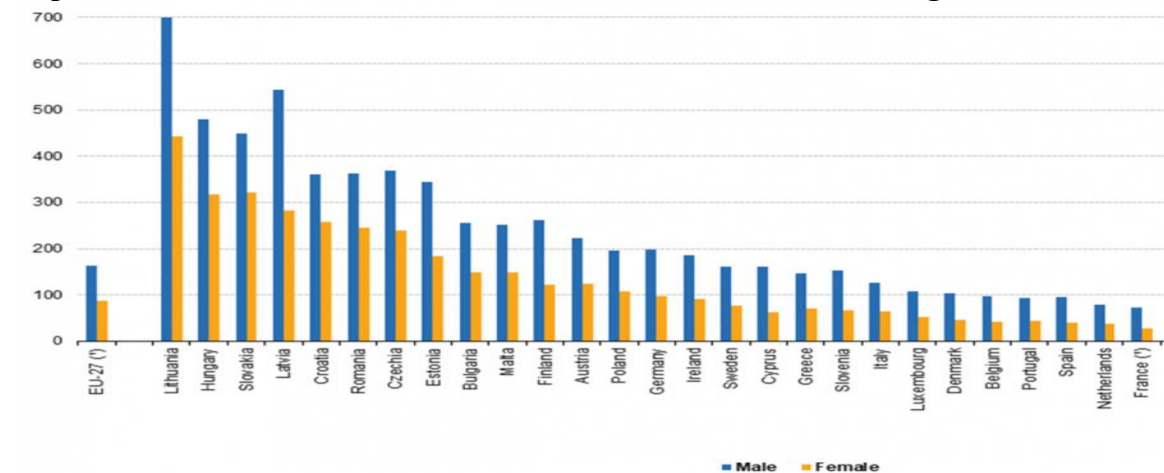
– SMPS nepakankamai naudojamos pažangios sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formos, paremtos šiuolaikinėmis technologijomis, organizacinės, vadybinės, paslaugų kokybės vertinimo ir užtikrinimo naujovės.

– Daugelio SMPS patalpų išdėstymas neatitinka pažangiose šalyse šių skyrių išplanavimui taikomų standartų ir neužtikrina sąlygų saugioms (ypač esant pandemijai ir kitoms ekstremalioms situacijoms) ir efektyvioms skubiosios medicinos pagalbos paslaugoms teikti. Atsižvelgiant į SMPS tipus (A, A1, B, B1, C) ir aptarnaujamų pacientų amžių, sveikatos apsaugos ministro įsakymu³⁶ nustatyti reikalavimai patalpoms, medicinos priemonėms ir kt.

1.2.2.3. Kardiologijos klasterio veikla neužtikrina galimybės laiku gauti kokybiškas paslaugas

Lietuvoje kraujotakos sistemos ligos išlieka pagrindine mirties priežastimi. Remiantis HI Sveikatos informacijos centro 2020 m. duomenimis, nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) 2019 m. mirė daugiau nei pusė, t. y. 54,6 proc. (20 901 atvejis) visų mirusiųjų, 2020 m. – 52,7 proc. (22 940 atvejų). Tarp mirties priežasčių pirmą vietą vis dar užima išeminės širdies ligos. Mirtingumas dėl šios priežasties nuo 2000 m. šiek tiek mažėjo, bet gerokai lėčiau nei kitose Baltijos šalyse ir vis dar yra didžiausias tarp ES šalių (26 paveikslas).

26 paveikslas. Standartizuotas mirštamumas nuo išeminės širdies ligos, 2017 m. (100 000 gyventojų)



³⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo“.

Šaltinis: Eurostat

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros įstaigų koordinuotus veiksmus teikiant paslaugas pacientams ūminio miokardo infarkto atveju³⁷. Šiuose įsakymuose nustatyta specializuotos integruotos kardiologinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarka, šias paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos bei asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybės rodikliai.

VASPVT, vykdydama gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybės valstybinę priežiūrą ir siekdama užtikrinti pacientų teisę į tinkamas paslaugas, 2020 m. atliko konsoliduotus planinius patikrinimus, siekdama nustatyti, ar pacientams, sergantiems miokardo infarktu, kai ST segmentas pakilęs, asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos nepažeidžiant teisės aktų reikalavimų. Tikrinimų metu buvo vertinama, ar ligoninės turi teisę teikti paslaugas pacientams, sergantiems miokardo infarktu, kai ST segmentas nepakilęs, paslaugų prieinamumas ir atitiktis teisės aktų reikalavimams, darbuotojų profesinės kvalifikacijos įgijimas ir profesinis pasirengimas, darbo krūvis bei darbo laikas, turimos medicinos priemonės bei įranga, pacientų medicinos dokumentai. Patikrintų ligoninių įvertinimas parodė, kad **net 80 proc. patikrintų ligoninių neužtikrino medicinos biologų, laboratorinės medicinos gydytojų nepertraukiamo darbo, nebuvo užtikrintas savalaikis pirmojo troponino tyrimo rezultatų gavimas. Tik vienoje iš patikrintų ligoninių buvo organizuotas visų pacientų, kuriems buvo nustatyti miokardo infarkto, kai ST segmentas nepakilęs, diagnostikos kriterijai ir didelė ar labai didelė rizika, perkėlimas į perkutaninės vainikinių arterijų intervencijos (PVAI) centrą per nustatytą laiką.**

Pagrindinės priežastys dėl kurių iki šiol nepakankamai efektyviai teikiamos integruotos kardiologijos paslaugos:

- **Efektyvus, asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, modernių diagnostikos ir rizikos stratifikacijos priemonių nebuvimas.** Lietuvoje nėra taikoma efektyvi ir šiuolaikiška išeminės širdies ligos diagnostika – pacientams išeminės širdies ligos diagnostikai nėra plačiai atliekama kompiuterinės tomografijos vainikinių arterijų angiografija, nėra apskaičiuojamas vainikinių arterijų kalcio indeksas (angl. *coronary artery calcium score*). Šis metodas yra mažos rizikos pacientui neinvazinis širdies vaizdinis tyrimas, turintis didelę prognozinę vertę. Šiuo metu pacientams diagnostiniais tikslais yra atliekama intervencinė procedūra – vainikinių arterijų angiografija, kuri yra susijusi su komplikacijų rizika, apšvita, gydytojų specialistų neefektyviu apkrovimu vykdant ekonomiškai neefektyvią pacientų atranką ir dėl susidarančių eilių atitolinanti didelės rizikos pacientų išeminių širdies ligų diagnostiką ir gydymą atliekant PVAI.

- **Bendro pacientų, sergančių išeminėmis širdies ir kraujagyslių ligomis, valdymo modelio nebuvimas, duomenų bazės nebuvimas, žaliųjų koridorių kardiologiniams ligoniams nebuvimas.** Šiuo metu kiekviena ASPĮ (tarp jų ir GMP) duomenis apie pacientus, kuriems įtariamas miokardo infarktas, jiems teikiamą pagalbą, veiklos efektyvumą renka savo atskirose sistemose, nėra skaitmenizuoto viso paciento kelio, paciento transportavimo ir pervežimų iš ASPĮ metu nėra užtikrinama PVAI per 2 valandas (arba 24 valandas pagal nustatytą algoritmą). GMP, veždama ligonį, negali gauti kompetentingos konsultacijos dėl paciento transportavimo, PVAI centrui neturi informacijos apie GMP atvežamus pacientus, kuriems 2 val. laikotarpiu būtina atlikti vainikinių kraujagyslių revaskuliarizaciją. Nėra bendrų duomenų apie miokardo infarktą patyrusių pacientų diagnostiką,

³⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 17 d. įsakymas Nr. V-244 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas pakilęs, teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir 2017 m. rugpjūčio 3 d. įsakymas Nr. V-940 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį miokardo infarktą, kai ST segmentas nepakilęs, teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

transportavimą, taikytą gydymą, baigtis. Be standartizuotų klinikinių duomenų bazės nėra galimybės vertinti paslaugų kokybės kriterijus.

- **Tarpinės ASPI neturi priemonių didelio jautrumo širdies troponino koncentracijai nustatyti ir rekomenduojamam diagnostiniam algoritmui visą parą (24/7) užtikrinti.** Didelio jautrumo širdies troponinas (miokardo nekrozės žymuo) yra pagrindinis miokardo ląstelių žūties žymuo (didelio jautrumo širdies troponinas matuojamas ng/l). Į kraujotaką širdies troponinai patenka tik esant negrįžtamam kardiomiocito pažeidimui, todėl jų savalaikis nustatymas yra ypač svarbus teikiant miokardo infarkto gydymo paslaugas.

- **Gydytojo kardiologo paslaugų teikimo asmenims, priskirtiniams širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, efektyvaus algoritmo nebuvimas (įskaitant nuotoliniu būdu teikiamas paslaugas), skaitmenizuotų procesų protokolų (įskaitant grįžtamąjį ryšį), paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos sistemos nebuvimas.**

- **Nepakankamos širdies ir kraujagyslių ligų specialistų (gydytojų kardiologų ir vidurinio medicinos personalo) kompetencijos, nepakankama kokybė ir netolygus paslaugų pasiskirstymas bei prieinamumas Lietuvos apskrityse asmenims, sergantiems kraujotakos sistemos ligomis.**

1.2.2.4. Ūminio galvos smegenų insulto klasterio veikla neužtikrina galimybės laiku gauti kokybiškas paslaugas

HI duomenimis, sergamumas ūminiu išeminiu galvos smegenų insultu 2015–2019 m. siekė nuo 8142 iki 9474 atvejų per metus. Mirštamumas nuo ūminio išeminio galvos smegenų insulto per 2015–2019 m. svyravo nuo 2075 iki 2717 asmenų per metus. 2015–2019 m. laikotarpiu registruota daugiausia sergančiųjų I63 ligos kodu, t. y. išeminiu galvos smegenų insultu (ši asmenų dalis sudarė nuo 86,3 iki 87,5 proc. visų galvos smegenų kraujotakos ligomis sergančių asmenų). Mirusių nuo galvos smegenų kraujotakos ligų taip pat daugiausia registruota išeminio insulto grupėje ir tai sudarė 74,9–77,4 proc. visų galvos smegenų kraujotakos ligų grupėje mirusių asmenų.

Be didelio mirštamumo nuo insulto kita problema, su kuria susiduria insultą išgyvenę pacientai ir jų artimieji – negalia. Po persirgto insulto tik apie 10 proc. pacientų visiškai pasveiksta, 25 proc. turi nežymų neįgalumą, 40 proc. – nuo vidutinių iki didelių pažeidimų. ES šalyse mirštamumo nuo galvos smegenų insulto rodikliai jau daugelį metų nuolat mažėja, o Lietuvoje tokios tendencijos nepastebima. Be to, Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė ilgėja, daugėja vyresnio amžiaus žmonių. Kadangi trys ketvirtadaliai visų insultų įvyksta tarp vyresnių kaip 64 metų asmenų, tikėtina, kad ateityje absoliutus insulto skaičius didės. Insulto sąlygotos išlaidos yra labai didelės. Jas sudaro ne tik tiesioginės išlaidos, susijusios su tokių pacientų gydymu (medikamentai, reabilitacija ir pan.), bet ir netiesioginės išlaidos, pirmiausia susijusias su pacientų ilgalaikiu nedarbingumu arba neįgalumu (nepagamintas vidaus produktas, artimųjų nedalyvavimas aktyvioje darbo rinkoje, išlaidos pacientų priežiūrai ir pan.).

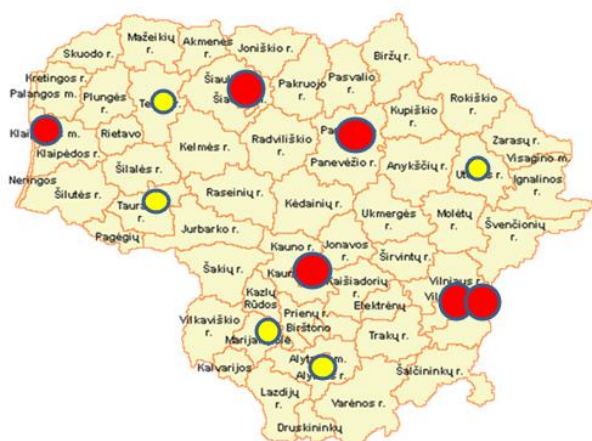
2014 m. Lietuvoje pradėta integruotos sveikatos priežiūros strategija, kuri prisideda mažinant hospitalinį mirštamumą bei pagerinti neįgalumo rodiklius. Lietuvoje Ūminio galvos smegenų insulto integruotos sveikatos priežiūros klasteris pradėjo veikti 2014 m.

2014 m. patvirtintas **Ūminio galvos smegenų insulto diagnostikos ir gydymo insulto gydymo centruose tvarkos aprašas**³⁸, kuris reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros įstaigų koordinuotus veiksmus, atliekamus pacientams, kuriems įtariamas ar diagnozuotas ūminis galvos smegenų insultas. Pagrindinis šio klasterio tikslas – užtikrinti prieinamas ir savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas miesto ir kaimo pacientams, sumažinti staigios mirties atvejus nuo ūmaus insulto ir laiku užtikrinti invazinės strategijos taikymą (per 1 valandą) ir sumažinti negalią. Insulto diagnostika

³⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 20 d. įsakymas Nr. V-40 „Dėl Ūminio galvos smegenų insulto diagnostikos ir gydymo insulto gydymo centruose tvarkos aprašo patvirtinimo“.

vykdoma insulto gydymo centre (IGC) arba tarpinės pagalbos ligoninėje (TPL), o tolesnis gydymas priklauso nuo kiekvieno paciento tinkamumo arba netinkamumo specializuotam insulto gydymui. Lietuvoje išvystytas IGC ir TPL tinklas, apimantis visus šalies regionus, todėl specializuotas gydymas atliekamas tik IGC ir TPL. Lietuvoje yra 6 IGC, veikiantys 5-se didžiuosiuose Lietuvos miestuose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje, Šiauliuose) ir 5 TPL 5 regioninėse ligoninėse (27 paveikslas). Vienas iš ūminio insulto klasterio tikslų – sumažinti hospitalinį pacientų, IGC ar TPL gydytų dėl ūminio galvos smegenų infarkto, mirštamumą.

27 paveikslas. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įtariant ar diagnozavus ūminį galvos smegenų insultą teikimas. IGC ir tarpinės pagalbos ligoninių tinklas



Insulto gydymo centrai:

1. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos
2. VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė
3. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos
4. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė
5. VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė
6. VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė

Tarpinės pagalbos ligoninės:

1. VšĮ Alytaus aps. S. Kudirkos ligoninė
2. VšĮ Marijampolės ligoninė
3. VšĮ Regioninė Telšių ligoninė
4. VšĮ Tauragės ligoninė
5. VšĮ Utenos ligoninė

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys

2020 m. sausio 1 d. įsigaliojo **Ūminio galvos smegenų insulto diagnostikos ir gydymo insulto gydymo centruose tvarkos aprašo nauja redakcija**, nustatyti reikalavimai specializuotam ūminio galvos smegenų insulto gydymui, paciento logistikai po specializuoto gydymo, paciento gydymui kitas paslaugas teikiančioje ASPĮ, paslaugų, teiktų dėl ūminio galvos smegenų insulto, kokybės rodikliai ir jų siektinos reikšmės, kurių vertinimą atlieka Insulto integruotos sveikatos priežiūros komitetas. **Insulto klasterio veiklos rezultatai parodė, kad tiek GMP (iki hospitalinė pagalba), tiek IGC, TPL veikla yra tobulintina, ne visos nustatytų rodiklių reikšmės yra pasiektos.**

Išskiriamos pagrindinės priežastys, dėl kurių iki šiol nepakankamai efektyviai teikiamos ūminio galvos smegenų insulto klasterio paslaugos:

- **Vieningos ūminį galvos smegenų patyrusių pacientų duomenų bazės nebuvimas.** Nėra galimybės kokybiškai įvertinti visos vientisos sistemos funkcionavimo, nėra galimybės susieti su GMP informacine sistema. Nėra bendrų duomenų apie ūminį galvos smegenų insultą patyrusių pacientų diagnostiką, transportavimą, taikytą gydymą, baigtis. Duomenis apie pacientų pateikimą į IGC, TPL teikia Lietuvos GMP įstaigų asociacija, tačiau renkami ir teikiami duomenys neišsamūs – duomenis pateikia ne visos GMP paslaugas teikiančios ASPĮ. Esama duomenų kaupimo ir vertinimo sistema neužtikrina gydymo algoritmo taikymo atsekamumo, o tuo pačiu ir reikiamo standarto paslaugų

pacientui suteikimo. Per pastaruosius metus Lietuvoje integruotų sveikatos priežiūros paslaugų dėl ūminio galvos smegenų insulto veikla jau duoda teigiamų rezultatų: gerėja pacientų, kuriems įtariamas ūmus galvos smegenų insultas, pervežimo į TPL/IGC sparta, IGC sumažėjęs hospitalinio mirštamumo rodiklis iki ne daugiau kaip 10 %. **Tam, kad situacija nacionaliniu lygmeniu keistųsi greičiau, reikalingas tolesnis šios veiklos plėtojimas, sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų stiprinimas.** Teikiant Ūminio galvos smegenų insulto klasterio paslaugas ypač svarbu koordinuotas visų integruotos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių grandžių darbas. Lietuvoje ASPĮ duomenis į centrinę e. sveikatos sistemą (ESPBI IS) teikia tiesiogiai arba per savo naudojamų informacinių sistemų (HIS) integracijas. Įgyvendinant klasterio procesų skaitmenizavimą (įdiegiant skaitmenines klinikinių duomenų pateikimo formas, taip pat kuriant procesų nuoseklumą ir tikslumą bei pritaikant ASPĮ teikiamus duomenis automatizuotiems ataskaitų formulavimo arba (ir) analitikos sprendimams), reikės ASPĮ naudojamoms informacinėms sistemoms įdiegti naujus funkcionalumus; praplėsti integraciją su ESPBI IS ir ESPBI IS plėtra (ESI įrašų sukūrimas ir pildymas per specialistų portalą); sukurti automatizuotą įrankį, įgalinantį stebėti paslaugos teikimą realiuoju laiku, sukurti automatizuotų ataskaitų įrankį klasterių veiklos analitikai.

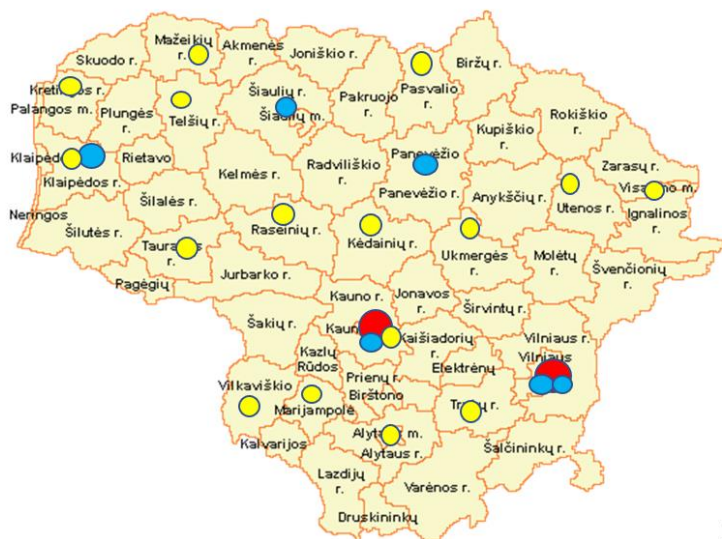
- **Koordinuotų veiksmų trūkumas tarp šias paslaugas teikiančių gydymo įstaigų.** Šiuo metu ASPĮ IS naudoja 6–8 skirtingas informacines sistemas (HIS), skirtas medicininiams duomenims ir sveikatos priežiūros įstaigoje vykstantiems procesams valdyti bei informacijos mainams su kitomis įstaigomis užtikrinti. Priklausomai nuo ASPĮ lygmens ir teikiamų paslaugų specifikos, jų naudojamos HIS yra adaptuotos pagal poreikį, todėl turi kokybinių skirtumų. Dėl nepakankamai išplėto klasterių skaitmenizacijos proceso šiandien e. sveikatos sistema neturi automatizuoto įrankio, įgalinančio stebėti paslaugos teikimą realiuoju laiku, sukurti ataskaitas, reikalingas klasterių veiklos analitikai. Trūksta ir kitų e. sveikatos funkcionalumų ASPĮ naudojamoms informacinėms sistemoms, integracijų praplėtimo su ESPBI IS ir ESPBI IS plėtra (ESI įrašų sukūrimas ir pildymas per specialistų portalą).
- **Integruotos sveikatos priežiūros metodinių dokumentų, taikomų nacionaliniu mastu, trūkumas** (*detaliau analogiška problema aprašyta 1.2.2.1. Sunkių traumų klasterio veikla neužtikrina galimybės laiku gauti kokybiškas paslaugas*).




1.2.2.5. Gerintina integruotų perinatologijos paslaugų kokybė ir teikimo organizavimas

Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pradėtas reglamentuoti 1999 m., 2013 m. patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-900 „Dėl Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ nustato nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarką. Pagrindinis teisės akto tikslas – užtikrinti prieinamas ir laiku suteikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, mažinti kūdikių, taip pat nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumą.

Teikiama trijų lygių pagalba nėščiosioms ir gimdyvėms: I lygio pagalba – pirminė ambulatorinė nėščiųjų sveikatos priežiūra, II lygio pagalba – ambulatorinės ir stacionarinės akušerijos, nėštumo patologijos ir neonatologijos paslaugos, kurios skirstomos pagal nėštumo rizikos veiksnius bei neonatologinės pagalbos poreikį, III (aukščiausio) lygio pagalba – dviejuose perinatologijos centruose (universitetinėse ligoninėse) teikiamos paslaugos (28 paveikslas).

28 paveikslas. ASPI, teikiančių perinatologijos paslaugas, tinklas



|  Perinatologijos centrai |  II B lygio paslaugas teikia |  II A lygio paslaugas teikia: |
|--|---|---|
| VšĮ VUL Santaros klinikos LSMUL Kauno klinikos | VšĮ Vilniaus gimdymo namai VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė LSMU Kauno ligoninė (Akušerijos ginekologijos skyrius ir P. Mažylio gimdymo namai) VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė | VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė VšĮ Jonavos ligoninė LSMU Kauno ligoninė (Krikščioniškieji gimdymo namai) VšĮ Kėdainių ligoninė VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė Kretingos r. sav. VšĮ Kretingos ligoninė VšĮ Marijampolės ligoninė VšĮ Mažeikių ligoninė VšĮ Pasvalio ligoninė VšĮ Raseinių ligoninė VšĮ Regioninė Telšių ligoninė VšĮ Tauragės ligoninė VšĮ Trakų ligoninė VšĮ Ukmergės ligoninė VšĮ Utenos ligoninė VšĮ Visagino ligoninė VšĮ Vilkaviškio ligoninė |

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys

Pagrindinės priežastys, dėl kurių iki šiol nepakankamai efektyviai teikiamos integruotos perinatologijos paslaugos:

- Šias paslaugas teikiančių gydymo įstaigų veiklos koordinavimo trūkumas. Šiuo metu ASPĮ IS naudoja 6–8 skirtingas informacines sistemas (HIS), skirtas medicininiams duomenims ir sveikatos priežiūros įstaigoje vykstantiems procesams valdyti bei informacijos mainams su kitomis įstaigomis užtikrinti. Priklausomai nuo ASPĮ lygmens ir teikiamų paslaugų specifikos, jų naudojamos HIS yra adaptuotos pagal poreikį, todėl turi kokybinių skirtumų. Dėl nepakankamai išplėto klasterių skaitmenizacijos proceso šiandien e. sveikatos sistema neturi automatizuoto įrankio, įgalinančio stebėti paslaugos teikimą realiuoju laiku, sukurti ataskaitas, reikalingas klasterių veiklos analitikai. Trūksta ir kitų e. sveikatos funkcionalumų ASPĮ naudojamoms informacinėms sistemoms; integracijų praplėtimo su ESPBI IS ir ESPBI IS plėtra (ESI įrašų sukūrimas ir pildymas per specialistų portalą).
- **Bendrų metodinių dokumentų rengimo, taikymo ir atnaujinimo standartų trūkumas** (*detalesnė analogiškos priežastys aprašytos 1.2.2.1. Sunkių traumų klasterio veikla neužtikrina galimybės laiku gauti kokybiškas paslaugas*).

1.2.3. Neefektyvus greitosios medicinos pagalbos valdymas

Greitosios medicinos pagalbos (GMP) tarnybos pagrindinis uždavinys – **teikti būtinąją medicinos pagalbą įvykio vietoje sergantiems ir sužeistiems asmenims ir, esant indikacijų, skubiai juos nugabenti į stacionarinę sveikatos priežiūros įstaigą arba patarti kreiptis į ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą.** Visų lygių sveikatos priežiūros sistemoje ypatingą vietą užima GMP tarnyba. GMP specialistai, teikdami skubią pagalbą, dirba sudėtingomis sąlygomis, susiduria su neapibrėžtomis situacijomis, priima įvairiapusių sprendimus, gauna didelį kiekį informacijos, todėl jiems dažnai kyla skaudžių, pacientų gyvenimą ir gerovę lemiančių klaidų tikimybė. Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė ilgėja, visuomenė sensta, yra daroma prielaida, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų paklausa ateityje tik didės. Atsižvelgiant į tai, užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlą bus iššūkis ne tik valstybės mastu, bet ir kiekvienai gydymo įstaigai.

Lietuvos GMP sistema yra decentralizuota. GMP paslaugas **teikia 49 įstaigos:**

- 19 savivaldybių taryboms pavaldžių viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigų (GMP STOTYS);
- 28 viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų padaliniai;
- 2 privačios įmonės.

GMP paslaugas teikia 219 GMP brigados (pažangaus gyvybės gelbėjimo ir pradinio gyvybės gelbėjimo) bei 20 klasterinių GMP brigadų. Iš viso Lietuvoje paslaugas teikia 239 GMP brigados. GMP įstaigose dirba 2 266 darbuotojai.

Vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių GMP paslaugų kokybę ir prieinamumą, yra specializuotų GMP automobilių skaičius, jų nusidėvėjimas bei aprūpinimas medicinos įranga. Netikėtai pasaulį ir Lietuvą užklupusi naujoji COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) atskleidė sveikatos priežiūros sistemos spragas, kurios sutrikdė tinkamą ir savalaikį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Tiek medicinos įstaigoms, tiek gyventojams iškilo būtinybė pereiti prie skaitmeninių sprendimų, siekiant užtikrinti sklandžią tolesnę veiklą. Pandemijos metu GMP susidūrė su problema, kad, be įprasto ir nuolatinio darbo, jie dar turėjo vežti pacientus, kuriems įtariama COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), tai padidino darbo krūvius ir parodė, kad spragos GMP sistemoje yra didelės.

Per mažas visiškai sukomplektuotų GMP automobilių skaičius. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-975 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo 2015–2020 metų programos patvirtinimo“ nustatyti GMP automobilių parko atnaujinimo kriterijai (įvertinus teisės aktų reglamentuotą privalomą GMP įstaigoms turėti automobilių rezervą):

GMP paslaugos teikiamos teritorijose, pasižyminčiose didžiausiais sveikatos netolygumų rodikliais;

GMP automobilis netinkamas naudoti dėl autoavarijos, techninio gedimo ar nusidėvėjimo;

GMP automobilio rida – daugiau kaip 500 tūkst. kilometrų;

GMP automobilio eksploatavimo trukmė – daugiau kaip 5 metai;

GMP paslaugos skirtos pacientams pervežti (išskyrus pervežimą iš asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ)) į perkutaninės koronarinės intervencijos (PKI) paslaugas teikiančią ir jų teikimą organizuojančią ASPĮ dėl ūminio miokardo infarkto, kai ST segmentas pakilęs, insulto gydymo centrą dėl ūminio galvos smegenų insulto arba į atitinkamo lygio traumų gydymo centrą dėl sunkios traumos.

GMP automobilių parke iš viso yra 515 GMP automobilių. Naudojamų automobilių yra 448, iš jų seniausias yra 10 metų senumo, nuvažiavę daugiau kaip 800 000 km, 57 proc. – iki 5 metų senumo, 43 proc. automobilių yra senesni kaip 5 metų. GMP automobilių rida yra didelė. Iki 300 tūkst.

kilometrų yra nuvažiavę 244 automobiliai, 300–500 tūkst. kilometrų – 128 automobiliai. 76 automobiliai yra didesnės nei pusės milijono kilometrų ridos. Siekiant užtikrinti tinkamą pacientų transportavimą į PKI centrus, insultų gydymo centrus, traumų centrus ir kitų būtinų GMP paslaugų teikimą, būtina aprūpinti GMP automobilius kokybiškomis paslaugoms teikti reikalinga medicinos įranga.

GMP darbuotojų trūkumas. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 lapkričio 6 d. įsakymu Nr. V-895 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ patvirtinto Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo 17.7 punkto nuostata, nuo 2024 metų vairuotojai, neturintys paramediko profesinės kvalifikacijos, GMP brigadose dirbti nebegalės. Tik 20–25 proc. iš visų 1 200 Lietuvos GMP vairuotojų turi paramedikų kvalifikaciją ir gali padėti kitam kartu dirbančiam GMP medikui. ES šalyse beveik visi GMP vairuotojai yra paramedikai. Vadinasi, 75 proc. GMP vairuotojų per 3 metus turi įgyti paramediko profesinę kvalifikaciją, kad galėtų dirbti GMP struktūroje. Laiku neparengus pakankamai paramedikų, GMP teikimas gyventojams bus paralyžiuotas. Įsigaliojus įsakymo pataisai, GMP vairuotojai, kaip neturintys reikiamos kvalifikacijos, bus priversti ieškoti kito darbo arba papildyti bedarbių gretas. Ypač tai opu rajonuose, nes beveik visi ten dirbantys GMP vairuotojai neturi paramediko kvalifikacijos. Mokymai įgyti paramediko kvalifikaciją kainuoja apie 3 300 eurų ir yra per brangūs vairuotojams, kurių vidutinis atlyginimas yra apie 600 eurų per mėnesį atskaičius mokesčius, nors vairuotojų, įgijusių paramedikų kvalifikaciją, atlyginimai padidėtų 150–200 eurų per mėnesį atskaičius mokesčius. Gydymo įstaigos, kuriose dirba vairuotojai, nėra linkusios investuoti į jų kvalifikacijos kėlimą dėl neaiškios GMP priklausomumo padėties ir dėl to, kad išleisti darbuotojus mokytis ir užtikrinti nepertraukiamą darbo režimą įstaigos nepajėgia finansiškai.

Netinkamas GMP brigadų išdėstymas. Beveik 80 proc. GMP paslaugas teikiančių įstaigų turi mažiau negu penkias GMP brigadas (remiantis gerąja praktika, efektyviai naudojami ištekliai, kai GMP paslaugas teikianti įstaiga turi ne mažiau kaip penkias GMP brigadas). Pažymėtina, kad turint privalomas dvi ar daugiau GMP brigadas savivaldybėje, šioms įstaigoms sudėtinga tinkamai išdėstyti brigadas aptarnaujamoje teritorijoje, kad laikas nuo iškviatimo užregistravimo iki pirmosios medicinos pagalbos teikimo pradžios gyvybei grėsmingu atveju būtų ne ilgesnis kaip 15 min. mieste ir 25 min. kaimo vietovėje (kaip nustatyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakyme Nr. V-1075 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos iškviatimų įvertinimo ir greitosios medicinos pagalbos brigados siuntimo į iškviatimo vietą tvarkos aprašo patvirtinimo“). Kuo mažiau savivaldybėje gyventojų, tuo mažesnis GMP paslaugų finansavimas iš PSDF (vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“), o kartais toks finansavimas nepakankamas net privalomoms dviem brigadoms išlaikyti.

1.2.4. Nesklandus sveikatos priežiūros paslaugų dėl onkologinių ligų teikimo organizavimas

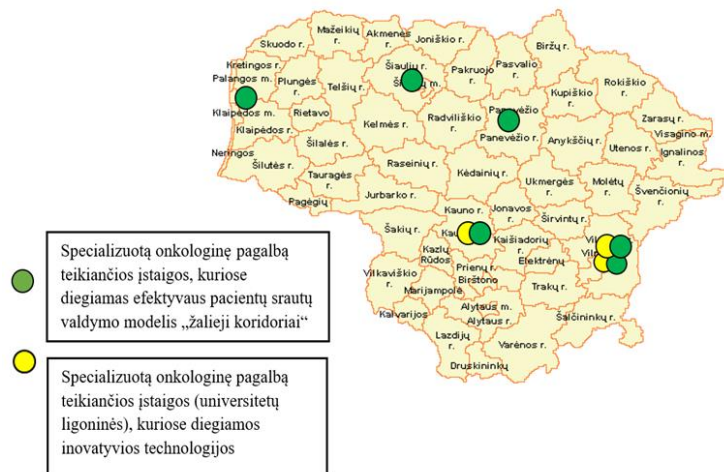
Pagal problemos mastą Lietuvoje, kaip ir kitose ES valstybėse narėse, piktybiniai navikai yra antra mirties priežastis. Remiantis EBPO duomenimis³⁹, 2020 m. Lietuvoje prognozuota apie 16 600 naujų vėžio atvejų ir daugiau kaip 8 000 mirčių nuo vėžio, o bendras mirtingumas nuo vėžio – 280 atvejai 100 000 gyventojų (plg., ES – 260 atvejai 100 000 gyventojų).

³⁹ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021. Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-lv;jsessionid=0HiL9GNfAx1-xQzyu6KuFvxu.ip-10-240-5-23

Onkologinių ligų gydymo veiksmingumas Lietuvoje gerokai padidėjo dėl gerėjančios ankstyvos diagnostikos, šiuolaikinio gydymo galimybių, bet vis dar atsilieka nuo daugumos ES šalių. Penkerių metų išgyvenamumas diagnozavus daugelio rūšių vėžį (pvz., krūties, gimdos kaklelio, plaučių, vaikų leukemijos) per pastarąjį dešimtmetį nuolat didėjo, bet vis dar yra vienas mažiausių ES, išskyrus prostatos vėžį⁴⁰.

Vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 2017 m. vasario 17 d. įsakymu Nr. V-156 „Dėl Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“ Lietuvoje yra 6 specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (29 paveikslas).

29 paveikslas. Specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos



Specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos:

1. Nacionalinis vėžio institutas
2. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė viešoji įstaiga Kauno klinikos;
3. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos;
4. VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė;
5. VŠĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė;
6. VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė.

Įstaigos, kuriose diegiamos inovatyvios diagnostikos ir gydymo technologijos:

1. Nacionalinis vėžio institutas;
2. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė viešoji įstaiga Kauno klinikos;
3. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos.

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys

Vertinant stacionariųjų onkologijos radioterapijos aktyviojo gydymo paslaugų, stacionariųjų onkologijos chemoterapijos paslaugų ir jas gavusių asmenų skaičiaus dinamiką 2014–2020 m., tiek paslaugų, tiek jas gavusių asmenų skaičius nuosekliai mažėja (5 ir 6 lentelės).

⁴⁰ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021. Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-1v;jsessionid=0HiL9GNfAx1-xQzyu6KuFvxu.ip-10-240-5-23

5 lentelė. Stacionariųjų onkologijos chemoterapijos paslaugų / asmenų skaičiaus dinamika 2014 / 2020 m.

| Gydymo įstaiga | 2014 m. | 2020 m. |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| LSMUL Kauno klinikos | 4 000 / 1 200 | 4 613 / 1 245 |
| VŠĮ VUL Santaros klinikos | 2 800 / 800 | 3 091 / 832 |
| Nacionalinis vėžio institutas | 4 000 / 1 100 | 2 054 / 568 |
| VŠĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė | 1 800 / 500 | 1 739 / 429 |
| VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė | 1 000 / 200 | 628 / 140 |
| VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė | 700 / 300 | 772 / 182 |
| Iš viso | 14 300 / 4 100 | 12 897 / 3 396 |

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

6 lentelė. Stacionariųjų onkologijos radioterapijos paslaugų / asmenų skaičiaus dinamika 2014 / 2020 m

| Gydymo įstaiga | 2014 m. | 2020 m. |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nacionalinis vėžio institutas | 1 800 / 1 300 | 1 387 / 854 |
| LSMUL Kauno klinikos | 1 300 / 1 200 | 1 045 / 960 |
| VŠĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė | 400 / 400 | 231 / 194 |
| VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė | 200 / 200 | 101 / 93 |
| VŠĮ VUL Santaros klinikos | 20 / 20 | 7 / 7 |
| Iš viso | 3 720 / 3 120 | 2 771 / 2 108 |

Paslaugos dėl onkologinių ligų turi būti koncentruojamos ir teikiamos tik onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo kompetencijų centruose – Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose, Nacionaliniame vėžio institute, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose, VŠĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VŠĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, VŠĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, stiprinant jų infrastruktūrą ir kompetencijas teikti savalaikes ir kokybiškas paslaugas (investicijos į diagnostikos ir gydymo infrastruktūrą, inovacijas, naujų paslaugų tiekimo modelių diegimas, IT įrankių diegimas, specialistų kompetencijų didinimas).

Paslaugų dėl onkologinių ligų prieinamumo ir kokybės rodikliai reglamentuoti⁴¹. Pavyzdžiui, yra nustatyta, kad pacientui, kuriam pirmą kartą nustatyta onkologinė liga, diagnostikos ir gydymo planą sudaro daugiadalykė gydytojų komanda, laikotarpis nuo pirmojo apsilankymo pas gydytoją specialistą dienos iki diagnozės pacientui nustatymo dienos turi būti ne ilgesnis kaip 28 k. d., o nuo onkologinės ligos diagnozės nustatymo iki gydymo pradžios – 14 k. d. Planinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos dėl onkologinių ligų turi būti suteiktos, brangusis tyrimas atliktas ne vėliau kaip per 30 k. d., laikotarpis nuo paciento paguldymo stacionariniame gydymui iki planinės chirurginės operacijos dienos – 2 k. d. ir kt.

Nėra užtikrintas savalaikis pacientų patekimas į specializuotas asmens sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias sveikatos priežiūros paslaugas dėl onkologinių ligų (žalias koridorius). Šeimos gydytojas ne visais atvejais nukreipia pacientą, kuriam įtariama onkologinė liga, į specializuotas asmens sveikatos priežiūros dėl onkologinių ligų paslaugas teikiančią įstaigą, todėl pacientas sugaišta daugiau laiko apsilankydamas keliose, tinkamos ir pagalbos negalinčiose suteikti sveikatos priežiūros įstaigose, užuot gavęs pagalbą greičiausiu ir tiesiausiu keliu – žaliuoju koridoriumi. Be to, kai

⁴¹ Sveikatos apsaugos ministro 2017 m. vasario 17 d. įsakymas Nr. V-156 „Dėl Onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklių ir jų stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“.

kuriose įstaigose nesilaikoma onkologinių ligų prieinamumo ir kokybės rodiklių (nėra daugiadalykės gydytojų komandos, inovatyvių diagnostikos ir gydymo technologijų ir pan.), tai lemia netinkamos kokybės paslaugų pacientams suteikimą, išgyvenamumo tikimybės blogėjimą. Šiuo metu veikiantis onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir valdymo modelis, kai racionaliai paskirstomi pacientų srautai, kad pacientai gautų reikalingą gydymą per ne ilgesnį kaip 21 d. laikotarpį, – žaliųjų koridorių sistema – neužtikrina, kad visiems pacientams reikiamu laiku būtų suteikta pagalba, atitinkanti jų poreikius.

Pagrindinės priežastys, ribojančios integruotų sveikatos priežiūros paslaugų dėl onkologinių ligų teikimo organizavimą:

- paslaugų teikimo organizavimas nepakankamai užtikrina efektyvų žaliųjų koridorių veikimą ir savalaikį paslaugų suteikimą;
- pasenusi, nerenovuota onkologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (prevencijos, diagnostikos, gydymo, organizavimo ir kt.) teikti reikalinga infrastruktūra (ilgalaikio naudojimo medicinos priemonių (prietaisų) stoka, neatnaujintos patalpos);
- trūksta IT sprendimų, reikalingų onkologijos sveikatos priežiūros veiklos kokybei ir efektyvumo vertinimo rodiklių rinkimui ir analizavimui užtikrinti (duomenų bazių kūrimas, sąsaja su esamomis duomenų bazėmis, e. sveikatos plėtra ir kt.);
- taikomi gydymo algoritmai neatnaujami pagal tarptautines rekomendacijas ir gerąją užsienio šalių patirtį;
- neužtikrintas asmens sveikatos priežiūroje dalyvaujančių sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos kėlimas;
- ribotas bendradarbiavimas su pacientams atstovaujančiomis organizacijomis;
- lėta inovatyvių paslaugų, tokių kaip telemedicina, plėtra.

Vaikų sergamumas onkologinėmis ligomis pastaraisiais metais nežymiai didėjo, tačiau reikšmingo skirtumo su kitomis ES šalimis nenustatyta. Apie 35 proc. pacientų diagnozuojama ūminė limfoblastinė ir mieloblastinė leukemija, 25–30 proc. – centrinės nervų sistemos navikai, 7–8 proc. – įvairios limfomos, kitiems – įvairūs solidiniai navikai. Dažniausi iš jų yra tipiški vaikų amžiaus navikai: nefroblastoma, neuroblastoma, hepatoblastoma, sarkomos ir germinatyviniai navikai. Rečiau pasitaiko suaugusiesiems būdingos karcinomos. Dažniausia vaikų onkologinė liga yra ūminė leukemija.

Specializuota onkologinė pagalba (chemoterapija, radioterapija, chirurginis gydymas) vaikams teikiama dviejuose centruose – VšĮ VUL Santaros klinikose ir LSMUL Kauno klinikose. Ambulatorinė ir antrinio lygio specializuota (vaikų stacionarinė onkohematologija) pagalba teikiama VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje ir VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. Vaikų, sergančių onkologinėmis ligomis, sisteminis gydymas atliekamas vadovaujantis standartizuotais Europos tarptautinės vaikų vėžio draugijos (SIOP) patvirtintais protokolais. Gydymas visiems vaikams yra prieinamas ir eilių nėra. Pagal Europos onkologinėmis ligomis sergančių vaikų sveikatos priežiūros standartus atnaujintas Vaikų onkohematologijos antrinio ir tretinio lygio stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų aprašas⁴² – papildytas nuostatomis, reglamentuojančiomis psichologinės, socialinės pagalbos, žaidimų terapijos užtikrinimą, vaiko amžių atitinkančios aplinkos įrengimą, vaikų, sukausių 18 metų amžiaus ir gydomų stacionare dėl onkologinės ar hematologinės ligos, perdavimo suaugusiųjų gydytojams procedūrų nustatymą.

⁴² Sveikatos apsaugos ministro 2021 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. V-1780 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 18 d. įsakymo Nr. V-638 „Dėl Vaikų hematologijos ir onkologijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo“.

Siekiant atitikti ES misijos „Įveikti vėžį“⁴³ iškeltus tikslus bei SIOPE (Tarptautinės vaikų onkologijos draugijos) Europos vaikų onkologijos strateginį planą⁴⁴, identifikuojami šie poreikiai:

- **Gerinti vaikų onkologinių ligų diagnostiką ir gydymo paslaugų kokybę, koncentruojant paslaugų teikimą, investuoti į vaikų onkohematologijos centrų infrastruktūrą:** a) būtinos struktūrinės investicijos plečiant / steigiant ligoninės vaistinės veiklas, sudarant galimybę paruošti vartojimui citostatinius vaistinius preparatus vaikams. Šiuo metu šį darbą atlieka slaugytojos. SIOPE audito, atlikto 2017 m. sausio 16 d. ir tyrusio vaikų onkologijos paslaugų teikimo kokybės atitiktį Europos onkologinėmis ligomis sergančių vaikų sveikatos priežiūros standartams⁴⁵, išvadose centralizuotos vaistinės nebuvimas buvo nurodytas kaip vienas iš vaikų onkologijos paslaugų teikimo trūkumų. Ligoninės vaistinė teiktų paslaugas ne tik vaikams, sergantiems onkologinėmis ir hematologinėmis ligomis, bet ir suaugusiems bei neonkologinėmis ligomis sergantiems pacientams; b) reikia daugiau koordinatorių (koordinuojant pacientų ištyrimo, daugiadalykių aptarimų planavimą, dalyvavimą nekomerciniuose (pelno nesiekiančiuose) tyrimuose. Minėto audito metu nustatyta, kad dirbančio personalo skaičius yra mažas, turint omenyje vaikų onkologijos srities tyrimų skaičių, kuris turėtų būti vykdomas universiteto ligoninės vaikų onkologijos centre.
- **Tobulinti vaisingumo išsaugojimo technologijas bei gerinti jų prieinamumą visų amžiaus grupių pacientams, įskaitant vaikus.**
- **Diegti naujas sveikatos technologijas,** tokias kaip ląstelių terapija, taikinių terapija, į klinikinę praktiką. Plėtoti personalizuotą mediciną skiriant gydymą remiantis konkretais naviko biologiniais ypatumais, gerinant inovatyvios terapijos prieinamumą pacientams, sergantiems gydymui atspariomis vėžio formomis, plėtojant vaikų dalyvavimą biobanko veikloje.
- **Gilinti sveikatos priežiūros specialistų žinias,** tobulinti įgūdžius vaikų onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo srityje: a) tobulinti sveikatos priežiūros specialistų bendravimo su onkologine liga sergančiais pacientais (įvairaus amžiaus) ir jų artimaisiais įgūdžius; b) gerinti slaugytojų, dirbančių su vėžiu sergančiais vaikais, kompetencijas ir žinias apie mokslinių tyrimų reikšmę vaikų vėžio gydymui ir jų tiesioginę įtaką išgyvenamumui; skatinti slaugytojų įsitraukimo į nekomercinius (pelno nesiekiančius) mokslinius tyrimus; c) plėtoti dietinio ir individualaus maitinimo priežiūrą stacionaruose; d) plėtoti klinikinio farmakologo įsitraukimą į gydymo procesą, gydymo skyrimą ir komplikacijų valdymą.
- **Gerinti pasveikusiųjų gyvenimo kokybę:** a) reikalingi pasveikusiojo atvejo vadybininkai. Iki 62 proc. pasveikusiųjų serga bent viena lėtine neinfekcine liga, susijusia su vėžio gydymu vaikystėje, o net 28 proc. pasveikusiųjų gali sirgti sunkiai. Vėlyvosios vėžio komplikacijos labai įvairios, gali būti pažeistas bet kuris organas, todėl stebėseną vykdo įvairių specialybių gydytojai. Kitose šalyse steigiamos Stebėsenos klinikos (Follow-up clinics), kurios yra vaikų onkologijos centro padalinys ir kartu turi glaudų ryšį su suaugusiųjų specialistais, kurie perima tolesnę stebėseną. Šiuo metu tokia stebėseną vykdoma, tačiau labai trūksta pasveikusiojo atvejo vadybininkų / koordinatorių, kurie sektų kiekvieno pasveikusiojo stebėsenos planą, padėtų derinant įvairių specialistų konsultacijas, paciento vizitų planavimą, daugiadalykius atvejo aptarimus; b) reikalingos investicijos į pirminės sveikatos priežiūros grandies specialistų mokymus apie atokias vaikų vėžio gydymo pasekmes ir jų specifinius stebėsenos poreikius. Lietuvoje atliktas tyrimas parodė⁴⁶, kad 93 proc. šeimos gydytojų įvertino savo žinias apie vaikų vėžio gydymo komplikacijas kaip nepakankamas.

⁴³ https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/missions-horizon-europe/cancer_en

⁴⁴ <https://siope.eu/european-strategic-plan/>

⁴⁵ <https://siope.eu/european-research-and-standards/standards-of-care-in-paediatric-oncology/>

⁴⁶ Krivienė I. Šeimos gydytojų požiūris į vaikystėje sirgusių onkologine liga pacientų stebėsenos organizavimo ir įgyvendinimo galimybes įvertinimas [magistro darbas]. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2019.

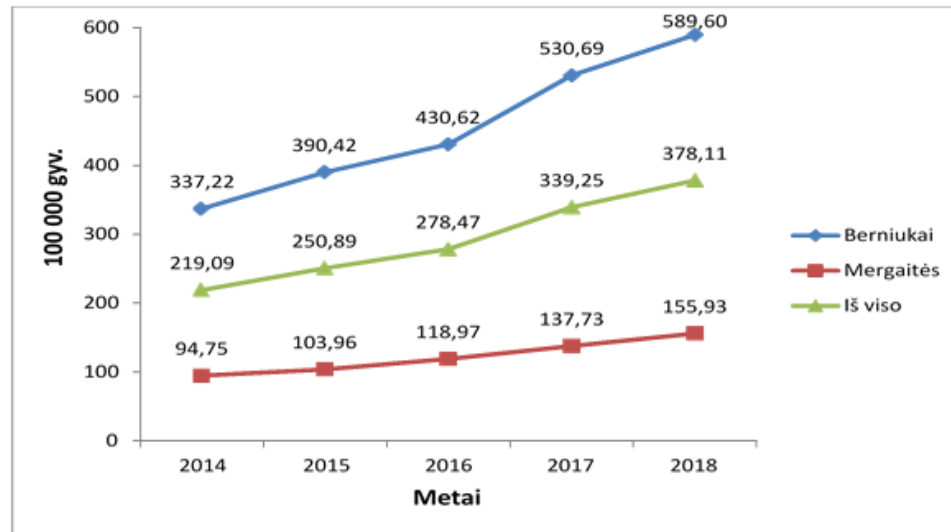
- **Gerinti vėžio prevenciją:** reikalingos kryptingos ilgametės informacinės / aiškinamosios kampanijos apie vėžio prevencinių programų svarbą, sveiką gyvenseną, vakcinaciją – panašios kaip vykdomos lytinio švietimo kampanijos. Reikalingas sisteminis vaikų (pradedant nuo mažų) atsakomybės už savo sveikatą, kartu ugdati atsakomybę prieš visuomenę, sveikatos sistemos lėšų naudojimą (pigiau išvengti, nei gydyti).

1.2.5. Nepakankamai išplėtotos ir efektyviai teikiamos vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos

Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (toliau – VRSAR) paslaugos – specialistų komandos teikiamos licencijuojamos ambulatorinės ir (ar) stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, užtikrinančios ankstyvą vaikų (iki 7 metų amžiaus) raidos sutrikimų nustatymą, ankstyvą kompleksinę pagalbą raidos sutrikimų ar jų rizikos veiksnių turintiems vaikams ir jų tėvams.

Specialistų komandą sudaro gydytojas (papildomai pasirengęs vaikų ligų gydytojas, gydytojas vaikų neurologas arba fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas), medicinos psichologas, logoterapeutas, kineziterapeutas, slaugytojas, socialinis darbuotojas. Taip pat komandoje gali dirbti ergoterapeutas, specialusis pedagogas, meno terapeutas. VRSAR paslaugos užtikrina vaikų neįgalumo prevenciją, kompleksinę ankstyvąją vaikų reabilitaciją bei jų integraciją į visuomenę ir švietimo sistemą. Šios paslaugos teikiamos vaikams, turintiems psichologinės, motorinės ir socialinės raidos sutrikimų ar jų rizikos veiksnių, ir šių vaikų tėvams. Mokslinių tyrimų duomenimis, VRSAR paslaugų poreikis gali siekti iki 10 proc. visų gyvenančių savivaldybėje vaikų. Lietuvoje 0–17 m. amžiaus asmenų, kuriems ambulatorinėse ar stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose užregistruotas bent vienas įvairiapusės raidos sutrikimo susirgimas, skaičius 100 000 gyv. nuo 2014 m. iki 2018 m. išaugo 1,7 karto (30 paveikslas). Absoliutus skaičius padidėjo nuo 1 158 (2014 m.) iki 1 896 (2018 m.).

30 paveikslas. 0–17 m. amžiaus asmenų, kuriems ambulatorinėse ar stacionarinėse ASPĮ užregistruotas bent vienas įvairiapusės raidos sutrikimo susirgimas



Šaltinis: Higienos institutas

Valstybės kontrolės audito ataskaitoje⁴⁷ pažymima nepakankamai išvystyta ankstyvosios reabilitacijos paslaugų infrastruktūra: beveik pusėje (27) savivaldybių neteikiamos ankstyvosios reabilitacijos ambulatorinės paslaugos. Dėl sunkiai prieinamų ankstyvosios reabilitacijos ambulatorinių paslaugų dalis vaikų šių paslaugų negavo arba buvo gydomi stacionare, nors pagal sutrikimų lygį jiems nepriklausė stacionarinis gydymas, kuris yra brangesnis nei ambulatorinis gydymas.

Pagrindinės nepakankamo VRSAR paslaugų prieinamumo priežastys:

- ilgas laukimo laikas;
- nedidelis apmokamų PSDF biudžeto lėšomis paslaugų skaičius;
- neteikiamos stebėjimo paslaugos vyresniems nei 7 m. amžiaus vaikams;
- trūkstant paslaugų regionuose, jos teikiamos stacionaruose Vilniuje ir Kaune;
- paslaugos sunkiai prieinamos vaikams, patiriantiems nepriežiūrą;
- neteikiamos VRSAR paslaugos vaikui artimoje aplinkoje (gyvenamojoje vietoje, ugdymo įstaigoje).

Taip pat pastebimi VRSAR paslaugų kokybės netolygumai (įskaitant specialistų kiekį ir kompetenciją, paslaugų kokybės kriterijus, diagnostikos /

⁴⁷ Valstybės kontrolės 2016 m. gruodžio 8 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-4-27 „Ar ankstyvosios reabilitacijos paslaugos ir įtraukusis ugdymas atitinka neįgalių vaikų poreikius ir užtikrina jų socialinę integraciją“. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23674/ar-ankstyvosios-reabilitacijos-paslaugos-ir-itrukusis-ugdymas-atitinka-neigaliu-vaiku-poreikius-ir-uztikrina-ju-socialine-integracija>

gydymo testus bei metodikas).

1.3. Sveikatos sistema nepajėgi lanksčiai reaguoti į grėsmes ir besikeičiančias demografines tendencijas

Dėl COVID-19 pandemijos paskelbtos ekstremaliosios padėties valdymas atskleidė sveikatos sistemos infrastruktūros bei specialistų kompetencijų trūkumą siekiant užtikrinti pasirengimą greitai ir efektyviai reaguoti į kylančias grėsmes, krizes, pandemijas, kitas galimas nelaimes. Vertinant išmoktas pamokas akivaizdu, kad siekiant užtikrinti sklandų sveikatos priežiūros įstaigų darbą esant ekstremalioms situacijoms yra būtina užtikrinti apsirūpinimą asmeninėmis apsaugos priemonėmis, sukurti ir įdegti aiškiai veikiančius gydymo įstaigų išlaidų kompensavimo mechanizmus, užtikrinti sveikatos specialistų mokymus, skirtus krizių valdymo kompetencijoms ugdyti. Būtina eliminuoti grėsmes sveikatos paslaugų nepertraukiamam teikimui, kylančias dėl nepakankamos infekcijų kontrolės gydymo įstaigose infekcinių ligų protrūkių metu, taip pat reikia užtikrinti detalios analitinės informacijos, reikalingos epidemiologinei stebėsenai vykdyti ir įrodymais pagrįstiems sprendimams priimti, teikimą nacionaliniu ir savivaldos lygmeniu, jos kokybę ir operatyvumą bei sutelkti pakankamus finansinius išteklius ir užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą.

Sveikatos sistema taip pat turi atliepti ir kitą svarbų iššūkį – prisitaikyti prie sisteminių ilgalaikių iššūkių (radiacinė sauga, klimato kaita, senėjanti populiacija), kurie daro įtaką visai sveikatos sistemos paslaugų pasiūlos ir paklausos struktūrai ir kelia grėsmę sistemos finansiniam tvarumui. Senėjančios visuomenės poreikiams atliepti ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas ilgalaikės priežiūros paslaugų prieinamumo ir jų kokybės užtikrinimui, eliminuojant kliūtis dėl šiuo metu atskirai veikiančių dviejų – socialinės ir sveikatos priežiūros (slaugos) paslaugų – sistemų nesuderinamumo, nepakankamo finansavimo bei nepakankamų žmogiškųjų išteklių.

Didėjančias paslaugų apimtis sąlygoja senstančios visuomenės poreikiai. 2014–2018 m. duomenys apie PSDF biudžeto lėšomis apmokėtas ir suteiktas paslaugas rodo, kad bendras paslaugų skaičius augo 8 proc.. Pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo augimo priežastys yra besikeičianti gyventojų amžiaus struktūra – mažėja vaikų ir daugėja vyresnio amžiaus asmenų. 2019 m. pradžioje šalyje gyveno 552,4 tūkst. 65 metų ir vyresnių asmenų. Jų pagausėjo nuo 15,8 proc. (2005 m. pradžioje) iki 19,8 proc. (2019 m. pradžioje) visų Lietuvos nuolatinių gyventojų. Šimtui vaikų 2019 m. pradžioje teko 131 pagyvenęs žmogus (2005 m. pradžioje – 93). Remiantis Eurostato prognozėmis, šimtui 15–64 metų gyventojų 2030 m. teks 45,8 65 metų ir vyresnių asmenų. „Aging Europe“ ataskaitoje⁴⁸ prognozuojama, jog 2050 m. Lietuvos gyventojų populiacija bus viena iš 4 vyriausių Europoje, gyventojų amžiaus mediana bus beveik 7 metais didesnė negu šiuo metu ir sieks 51 metus. Ilgėjant gyventojų gyvenimo trukmei, tikėtina sveiko gyvenimo trukmė auga lėčiau. Pagal tiek vyrų, tiek moterų vidutinę tikėtiną gyvenimo ir vidutinę tikėtiną sveiko gyvenimo trukmę Lietuva gerokai atsilieka nuo ES vidurkio. Lietuvoje vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo 2007 m., kai šio rodiklio reikšmė buvo 64,5 metų, kasmet didėja ir 2018 m. siekė 70,9 metų. Palyginti su kitomis ES šalimis, Lietuvos vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra 7,3 metų mažesnė. Moterų situacija kiek geresnė nei vyrų – jų vidutinė gyvenimo trukmė 2018 m. siekė 80,7 metų ir mažai atsilieka nuo ES vidurkio (83,7 metų).

Planuojama, kad dėl senstančios visuomenės ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikis artimiausią dešimtmetį išaugs iki 40 proc., taip pat trečdaliu

⁴⁸ Aging Europe. Looking at the lives of older people in the EU. 2019 edition Prieiga internetu: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19-681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893?t=1631631350686>

padidės finansavimo poreikis paslaugoms ir du kartus – ilgalaikės priežiūros infrastruktūrai. Ilgalaikė priežiūra – tai visuma slaugos ir socialinių paslaugų, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra⁴⁹. Organizuojant ir teikiant šias paslaugas turi būti vadovaujamosi prieinamumo, tinkamumo, bendradarbiavimo, kompleksiskumo, saugumo ir komandos principais.

Ilgalaikės priežiūros paslaugos apima sveikatos priežiūros paslaugas (slaugos paslaugos pacientų namuose, slaugos paslaugos slaugos ligoninėse) ir socialines paslaugas (pagalbos į namus, globos asmens namuose, dienos globos institucijoje, integralios pagalbos namuose, stacionarios globos), tačiau jos **teikiamos fragmentuotai, nėra koordinuojamos ir derinamos tarpusavyje.**

Nors Lietuvoje vis daugiau socialinių paslaugų teikiama namuose (2019 m. socialines paslaugas namuose gavo apie 20,4 tūkst. šalies gyventojų, tai yra 26 proc. daugiau nei 2012 m), tačiau paslaugas namuose gauna tik nedidelė asmenų, kuriems nustatyti specialieji poreikiai, dalis (2012 m. – 16,5 proc., 2019 m. – 24,7 proc.). Slaugos paslaugas namuose 2019 m. gavo apie 43,1 tūkst. gyventojų. Pagalba namuose yra ribota ir dėl paslaugų organizavimo ypatumų – šios paslaugos teikiamos atskirų sistemų specialistų (asmenys, kuriems yra reikalinga ilgalaikė priežiūra, paslaugas gauna iš dviejų tiekėjų – socialinio ir sveikatos apsaugos sektorių) tik darbo dienomis ir darbo valandomis. Asmenys, kurie negali gyventi savarankiškai ir nesulaukia pagalbos savo artimoje aplinkoje, šeimos, kurios neturi galimybės namuose prižiūrėti savo artimųjų dėl darbo ar kitų įsipareigojimų, priversti ieškoti vietos socialinės globos ar slaugos namuose bei ligoninėse.

1.3. Problemos priežastys:

1.3.1. augantis lėtinių ligų paplitimas;

1.3.2. per menka ambulatorinių paslaugų plėtra augantiems gyventojų poreikiams patenkinti;

1.3.3. neišplėtos ambulatorinės slaugos, paliatyviosios pagalbos ir ilgalaikės priežiūros paslaugos (giluminės problemos priežastys bus analizuojamos rengiant regionų plėtros planus);

1.3.4. netolygiai prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos regionuose dėl sveikatos priežiūros specialistų trūkumo;

1.3.5. operatyviam valdymui trūksta sprendimams priimti reikalingos informacijos;

1.3.6. esama infrastruktūra ir ribotas finansavimas nesudaro galimybių operatyviai reaguoti į grėsmes.

1.3.1. Augantis lėtinių ligų paplitimas

2017 m. 65 metų Lietuvos gyventojai galėjo tikėtis gyventi dar 17,4 metų, t. y. 1,3 metų ilgiau nei 2000 m., bet vis tiek 2,5 metų trumpiau nei vidutiniškai ES. Be to, sulaukę 65 metų Lietuvos gyventojai gali tikėtis maždaug du trečdalius gyvenimo sirgti kokia nors lėtine liga ir turėti negalią. Tai ypač pasakytina apie moteris: nors 65 metų asmenų tikėtinos gyvenimo trukmės atotrūkis pagal lytį vis dar yra penkeri metai moterų naudai, sveiko gyvenimo trukmės atotrūkio pagal lytį nėra, nes sulaukusios 65 metų Lietuvos moterys dažniausiai gyvena didesnę gyvenimo dalį sirgdamos lėtinėmis ligomis ir turėdamos negalią. Daugiau nei pusė 65 metų ir vyresnių Lietuvos gyventojų nurodo, kad serga bent viena lėtine liga; tai mažiau

⁴⁹ Sveikatos apsaugos ministro ir 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“.

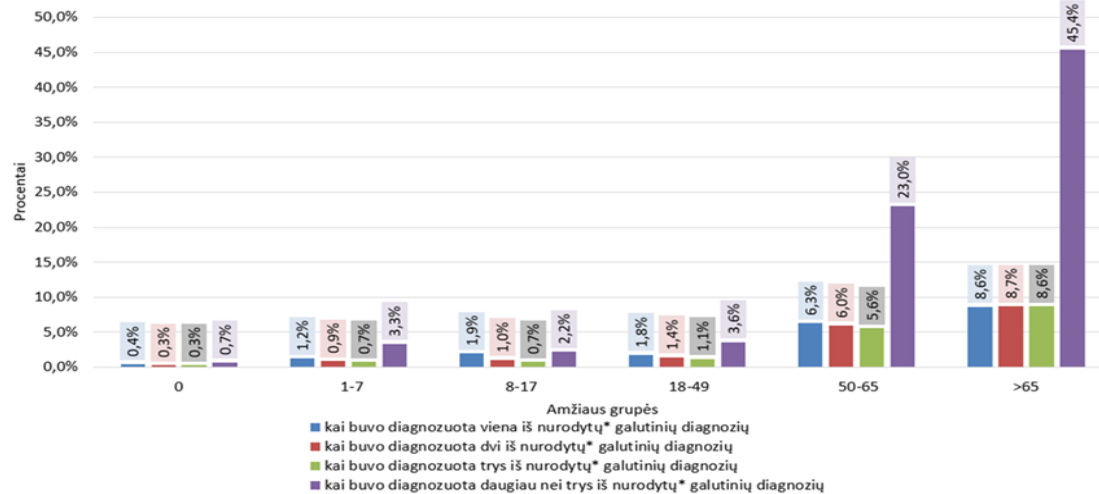
nei visoje ES. Tokie sveikatos sutrikimai vyresniame amžiuje neretai sukelia negalią. Vienas iš keturių 65 metų ir vyresnių Lietuvos gyventojų nurodo tam tikrus apribojimus užsiimant įprasta kasdiene veikla, pavyzdžiui, prausiantis, apsirengiant arba išlipant iš lovos, dėl kurių jiems gali reikėti ilgalaikės priežiūros. Prognozuojama, kad Lietuvoje iki 2050 m. su vyresniu amžiumi siejamų demencinių sutrikimų turinčių asmenų skaičius padidės net 60 proc.⁵⁰

Atkreiptinas dėmesys, kad ligotumas dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – poliligotumas), kuris Lietuvoje susijęs su papildomu 258 761 loviadieniu, 61 proc. padidina 30 d. pakartotinės hospitalizacijos dažnį. Poliligotų pacientų ambulatorinių konsultacijų dažnis išauga net 2.1 karto lyginant su viena liga sergančiais pacientais. Lietuvoje poliligoti pacientai 9,6 karto dažniau negu pacientai, sergantys viena liga, šeimos gydytojų lankomi namuose. Mūsų šalyje apie 15 proc. pacientų į ligonines guldami nesant būtinybės, t. y. ligoninių išteklių naudojami lėtiniais sutrikimams, kurių galima išvengti arba jie gali būti išgydyti pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, gydyti. VLK IS „Sveidra“ duomenimis, Lietuvoje 2016 m. daugiau nei dviem lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (TLK-10-AM kodai: E10-E14, I11-I15, I48, I-50, I69, J44-J46, G20, G40, M05-M06) amžiaus grupėje nuo 50 iki 65 metų sirgo 34,6 proc. gyventojų, atitinkamai vyresnių kaip 65 metų amžiaus grupėje sergančiųjų buvo 62,7 proc. gyventojų (31 paveikslas).

31 paveikslas. Asmenų, kuriems diagnozuotos daugiau nei viena lėtinė liga, dalis nuo prisirašiusių tos amžiaus grupės asmenų (proc.)

⁵⁰ Alzheimer Europe, Dementia in Europe Yearbook 2019: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>

**ASMENŲ, KURIEMS DIAGNOZUOTOS NURODYTOS* GALUTINĖS DIAGNOZĖS, DALIS (PROC.)
PALYGINTI SU VISAIS PRISIRAŠIUSIAIS TOS AMŽIAUS GRUPĖS ASMENIMIS 2016 M.**



* TLK-10-AM kodai: E10-E14, I11-I15, I50, J45-J46, J44, I48, I69, G20, G40, M05, M06

12

Poliligtumo neigiami rezultatai turi įtakos mirtingumui, negaliai, žemai gyvenimo kokybei, didelėms sveikatos priežiūros išlaidoms⁵¹. Pagal Vilniaus universiteto Santaros klinikų tyrimą Lietuvoje poliligotiems pacientams, kurie sudaro apie 20–30 proc. populiacijos, skiriama apie 74 proc. išteklių, skirtų sveikatos apsaugai.

Teikiant sveikatos paslaugas nenaudojami inovatyvūs ir efektyvūs paslaugų teikimo modeliai poliligotiems pacientams nacionaliniu mastu, nesuformuotos tokioms paslaugoms teikti komandos, nėra teikiamos farmacinės rūpybos paslaugos, nepakankamai prieinamos farmacinės paslaugos, nepritaikytos medicinos priemonės (prietaisai) ir informacinės technologijos, nenumatytas jų finansavimo mechanizmas ir lėšos.

Sveikatos apsaugos ministerija, remdamasi Europos Komisijos iniciatyvos „JA-CHRODIS“ surinktais mokslo įrodymais bei rekomendacijomis, 2020 m. inicijavo priemonę, skirtą inovatyvių integruotos sveikatos priežiūros modelių praktiniam bandymui pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. sausio 13 d. įsakymą Nr. V-45 „Dėl 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo priemonės Nr. 08.4.2-ESFA-K-616 „Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas tikslinėms gyventojų grupėms įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius sveikatos priežiūros modelius“ projektų finansavimo sąlygų aprašo

⁵¹ Onder G and others Eur J Intern Med 2015 Apr;26(3):157-9. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS) Prieiga internetu: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25797840/>

Nr. 1 patvirtinimo“. 2020 m. įvyko konkursas siekiant atrinkti ir finansuoti ES fondų lėšomis projektus, kuriais būtų išbandyti inovatyvūs ir efektyvūs paslaugų teikimo modeliai, sudarantys prielaidas pagerinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pacientams, sergantiems dviem ir daugiau lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, kuriuos ateityje būtų galima įdiegti nacionaliniu mastu. 14 inovatyvių modelių bandyme 2 metus kaip vykdytojai ar partneriai dalyvauja 44 pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, taip pat antrinės ambulatorinės paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, vaistinės, socialines paslaugas teikiančios įstaigos. Modeliai bus bandomi 22 savivaldybėse, tai yra daugiau nei trečdalyje Lietuvos savivaldybių. Išbandžius modelius, iš jų būtina atrinkti efektyviausius ir labiausiai pritaikomus Lietuvai diegti nacionaliniu mastu, numatyti jų finansavimo mechanizmą ir lėšas, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms suformuoti komandas, pritaikyti informacines technologijas bei įsigyti trūkstamus medicinos prietaisus (priemonės).

Sveikatos paslaugų vartojimas auga ir dėl didėjančių lūkesčių paslaugų kokybei ir prieinamumui. Taip pat vis didesniu iššūkiu tvariam sveikatos sistemos finansavimui tampa dideli pažangių gydymo metodų diegimo ir aptarnavimo kaštai, fragmentuotai taikomas sveikatos technologijų vertinimas bei įrodymais grįstų sprendimų priėmimas planuojant viešąsias išlaidas sveikatos priežiūrai.

1.3.2. Per menka ambulatorinių paslaugų plėtra augantiems gyventojų poreikiams patenkinti

Atlikus PSDF veiklos 2010–2018 m. auditą⁵² buvo nustatytos kelios problemos, susijusios su pernelyg dideliu naudojimusi stacionariosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis; todėl darytina išvada, kad teikiant ambulatorinės ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugas hospitalizavimo atvejų skaičius galėtų sumažėti 20 proc. Lietuvos gyventojai yra linkę kreiptis dėl sveikatos priežiūros paslaugų dažniau nei kiti ES piliečiai. 2016 m. jie kreipėsi į gydytojus vidutiniškai daugiau nei devynis kartus, t. y. 20 proc. daugiau už ES vidurkį. Tais pačiais metais hospitalizuotų ir iš ligoninių išrašytų asmenų skaičius buvo ketvirtas pagal dydį ES šalyse. Toks aukštas naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis lygis leidžia manyti, kad gydytojų ir ligoninių prieinamumas yra geras, bet toks prieinamumas neužtikrina kito svarbaus sveikatos priežiūros aspekto – kokybės.

Išvengiamų hospitalizacijų skaičių taip pat lemia neišplėtotos ilgalaikės priežiūros paslaugos. HI atlikta išvengiamų hospitalizacijų rodiklių analizė atskleidė, kad pagal amžių į aukščiausių rodiklių ketvertuką pateko hospitalizacijos dėl pneumonijos (65+ m.), stazinio širdies nepakankamumo (65+ m.), 2-ojo tipo cukrinio diabeto ir jo komplikacijų (65+ m.), krūtinės anginos (65+ m.). Ligų ir sveikatos sutrikimų, kuriuos galima gydyti ambulatoriškai, gydymo paslaugų kokybės ir šių paslaugų prieinamumo didinimas spręstų pacientų artimųjų problemas, susijusias su negalėjimu pasirūpinti sunkiais ir nuolatinės priežiūros reikalaujančiais pacientais bei užtikrintų skurdžiausiai gyvenančių ir pažeidžiamiausių asmenų grupių galimybę oriai gyventi ir gauti reikalingas socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas.

1.3.2.1. Neišplėtotos dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugos

Vystantis sveikatos priežiūros technologijoms atsiranda galimybės sveikatos priežiūros paslaugas teikti taikant inovatyvius būdus, kurie sudaro prielaidas tam tikras ligas ar sveikatos būkles gydyti efektyviau, t. y. naudojant mažiau ligoninės išteklių pacientą pagydyti per trumpesnę laiką. Prie tokių paslaugų priskiriamos dienos chirurgijos, dienos stacionaro, ambulatorinės reabilitacijos paslaugos.

⁵² Valstybės kontrolės 2019 m. balandžio 15 d. valstybinio audito ataskaita Nr. YD-4 „Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas“. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23836>

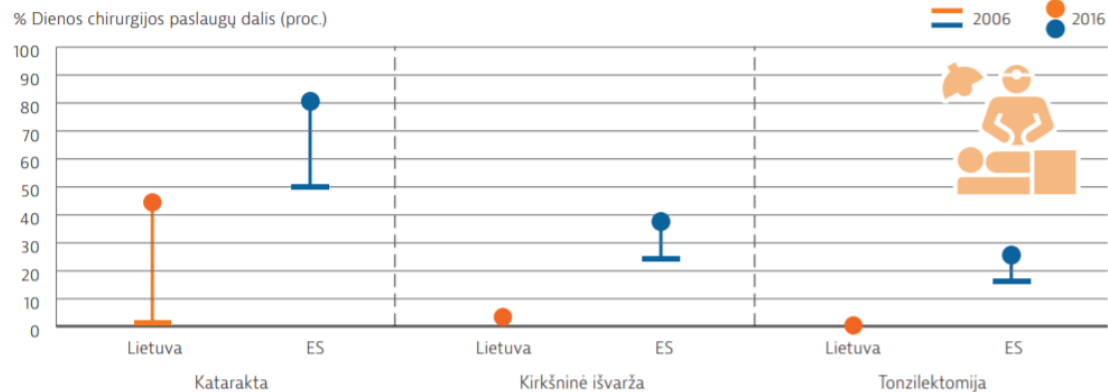
Dienos chirurgijos paslauga – planinė asmens sveikatos priežiūros paslauga, kurios metu atliekama gydomoji ir (ar) diagnostinė intervencinė procedūra. Skiriamos dvi dienos chirurgijos paslaugos rūšys: vienos dienos chirurgijos paslauga ir pratęstos priežiūros dienos chirurgijos paslauga. Vienos dienos chirurgijos paslauga – planinė asmens sveikatos priežiūros paslauga, kai gydomoji ir (ar) diagnostinė intervencinė procedūra atliekama pacientui, atvykstančiam į įstaigą ir išvykstančiam iš įstaigos tą pačią dieną. Pratęstos priežiūros dienos chirurgijos paslauga – planinė asmens sveikatos priežiūros paslauga, kai atliekama gydomoji ir (ar) diagnostinė intervencinė procedūra ir bendra paslaugos teikimo trukmė yra ne ilgesnė kaip 24 valandos. Dienos chirurgijos paslaugų sąrašą ir bazinės kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija⁵³.

Dienos chirurgijos paslaugos naudingos pacientams pirmiausiai dėl to, kad medicinos paslaugos suteikiamos tą pačią dieną, taigi pacientas nėra atitraukiamas nuo jam įprastos socialinės aplinkos bei sutrumpėja jo nedarbingumo laikotarpis. Jeigu yra poreikis, pacientas prižiūrimas ir ilgiau – iki 24 valandų. **Dienos chirurgija naudinga visai sveikatos apsaugos sistemai, nes nesudėtingos operacijos atliekamos per trumpą laiką, todėl sutrumpėja planinių operacijų laukiančių pacientų eilės. Medicinos paslaugos tampa prieinamesnės ir efektyvesnės.** Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta 141 operacijos ar diagnostikos procedūra, kurios gali būti atliekamos dienos chirurgijos sąlygomis.

Dienos chirurgijos paslaugų plėtra skirtingose šalyse skiriasi. EBPO šalis lygina pagal tris populiariausias operacijas: kataraktos, kirkšnies išvaržos ir tonzilektomijos. Per pastaruosius 10 metų Lietuvoje išaugo kataraktos operacijų, atliekamų dienos chirurgijos sąlygomis, skaičius, jos sudaro 44,7 proc. visų kataraktos operacijų, tačiau apimtys išlieka vienos mažiausių lyginant su ES vidurkiu (84,2 proc.) ar lyginant su lyderiaujančiomis šalimis: Nyderlandais (99,6 proc.), Estija (99,2 proc.). Dienos chirurgijos sąlygomis atliekamos kirkšnies išvaržos operacijos ir tonzilektomijos Lietuvoje atitinkamai tesudaro vos 3,7 proc. ir 1,4 proc., lyginant su ES vidurkiu (40,8 proc. kirkšnies išvaržų operacijų ir 29,2 proc. tonzilektomijų), ir per 10 metų pažanga nepastebėta (32 paveikslas).

32 paveikslas. Dienos chirurgijos paslaugų dalis 2006 ir 2016 m.

⁵³ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. V-668 „Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“



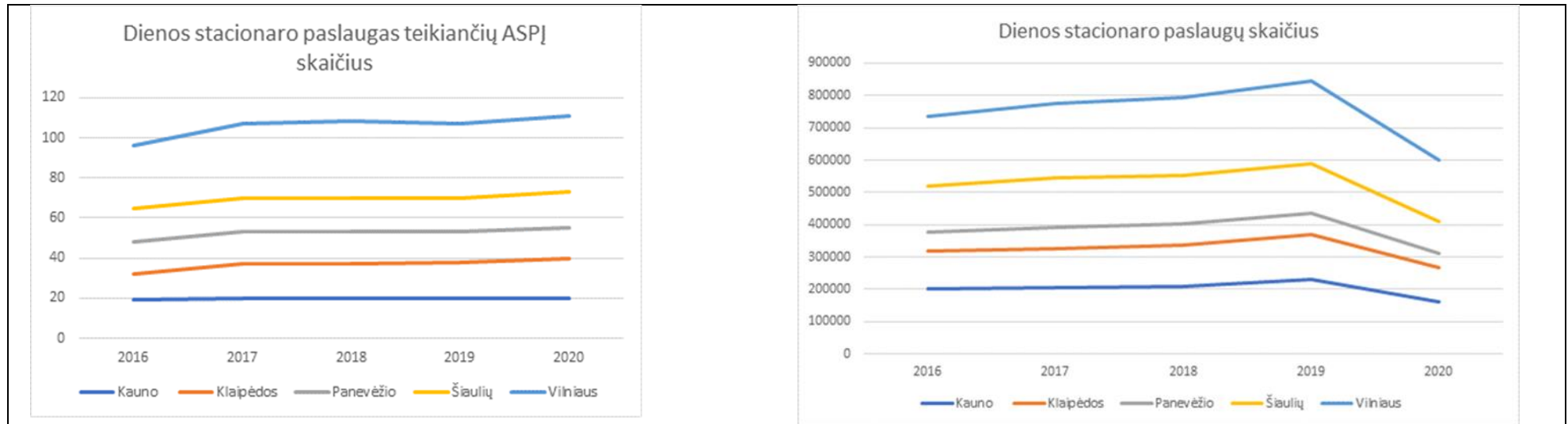
Pagrindinės priežastys, trukdančios dienos chirurgijos paslaugų plėtrai, yra susijusios su gydymo įstaigų tinkamos infrastruktūros stoka (patalpų pritaikymas, reikalingos įrangos neturėjimas), specialistų trūkumu, paslaugų apmokėjimo būdu, kuris nesukuria paskatų paslaugas teikti dienos chirurgijos sąlygomis.

Dienos stacionaro paslaugos – tai nėštumo patologijos, alerginių ir imuninių ligų diagnostikos ir gydymo, kardiologinės intervencinės radiologijos, onkologijos, spindulinės terapijos, oftalmologijos, skausmo diagnozavimo ir gydymo dienos stacionaro paslaugos, taip pat psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos ir kitos. Šių paslaugų sąrašas nuolat pildomas.

Dienos stacionaro paslaugų teikimo metu užtikrinama paciento priežiūra iki 8 valandų. Dienos stacionaro paslaugos teikimo metu pacientas mažiau atitraukiamas nuo savo įprasto gyvenimo, turi galimybę sveikti ir dalį laiko praleisti namuose, tai mažina paciento stresinę būklę, gerina gijimą, mažina infekcijų plitimo tikimybę. Teikiant dienos stacionaro paslaugas, mažesnė našta tenka sveikatos priežiūros įstaigai, nes nereikia užtikrinti paciento priežiūros visą parą. Dienos stacionaro paslaugas 2020 m. teikė 111 ASPĮ. Per pastaruosius penkerius metus dienos stacionaro paslaugas teikiančių ASPĮ skaičius didėjo visuose regionuose (33 ir 34 paveikslai).

33 paveikslas. Dienos stacionaro paslaugas teikiančių ASPĮ skaičiaus pokytis 2016–2020 m. laikotarpiu pagal regionus

34 paveikslas. Dienos stacionaro paslaugų skaičiaus pokytis 2016–2020 m. laikotarpiu



Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

2007–2013 m. ES struktūrinės paramos lėšomis buvo atnaujinti 27 psichiatrijos dienos stacionarai visoje Lietuvoje⁵⁴, tam skirta 10,06 mln. eurų. Vis dėlto šių paslaugų aprėptis vis dar yra per maža ir neatitinka modernios, į žmogaus teises ir veiksmingą gydymą orientuotos psichikos sveikatos sistemos principų. VLK duomenimis, 2020 m. psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas gavo 5 158 asmenys, iš jų – 412 vaikų ir paauglių, o psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų apimtis sudaro tik 7,4 proc. nuo viso psichikos sveikatai skiriamo PSDF biudžeto. Dėl to vis dar dominuoja stacionariųjų paslaugų teikimas, dalis pacientų, kuriems reikalinga intensyvesnė priežiūra ir turėtų būti teikiamos dienos stacionaro paslaugos, yra hospitalizuojami, nevykdoma specializuotų (psichoterapijos, valgymo sutrikimų) dienos stacionarų plėtra. Paslaugų faktinės sąnaudos viršija kompensuojamą įkainį, todėl neretai psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų sąnaudos dengiamos kitų psichiatrijos paslaugų (stacionaro) sąskaita, o paslaugų teikimo reikalavimai yra labai bendriniai, todėl nesudaromos prielaidos užtikrinti vienodą paslaugų kokybės standartą šalies mastu.

1.3.2.2. Neišplėtos nuotolinės paslaugos

Telemedicina – e. sveikatos sprendimų, sudarančių sąlygas sveikatos priežiūros specialistų konsultacijas ir (ar) sveikatos priežiūros paslaugas gauti nuotoliniu būdu, vystymas. Šiuo metu įteisintos tik telekardiologijos, teleradiologijos ir teleoftalmologijos paslaugos, kurios teikiamos labai nedidele apimtimi. Pradėjęs veikti nuotolinis pacientų konsultavimas, teikiant šeimos gydytojo komandos paslaugas siaura apimti, įteisintas dar 2018 m. pradžioje ir nuolat plėtojamas. Nuo 2020 m. kovo 16 d. karantino laikotarpiu suteikta teisė teikti nuotolines sveikatos priežiūros paslaugas

⁵⁴ http://www.esparama.lt/pasirasytos-sutartys?priem_id=000bdd5380003dc5

ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantiems gydytojams, slaugytojams ir kitiems sveikatos priežiūros specialistams pagal teisės aktų nustatytą kompetenciją. Remiantis EBPO duomenimis⁵⁵, per pirmuosius 12 pandemijos mėnesių nuotolinėmis paslaugomis Lietuvoje naudojosi 56 proc. apklaustųjų asmenų (ES vidurkis – 39 proc.), tačiau 26 proc. lietuvių nurodė, kad atsisakė medicininės priežiūros (ES vidurkis – 21 proc.).

Per pandemiją ženkliai išaugęs nuotolinių konsultacijų poreikis leido išvelgti tokių konsultacijų realizavimo problemas – metodikų, algoritmų nebuvimą, platformų, IT priemonių naudojimo, paciento asmens tapatybės nustatymo, informacijos konfidencialumo, asmens duomenų tvarkymo trūkumus ir kt. susijusius aspektus. Dar vis neįteisintos ir nepradėtos teikti nuotolinės paslaugos, kurios ženkliai padidintų pirminių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, ypač atokiau nuo sveikatos centro gyvenantiems pacientams, pvz., nuotolinės kineziterapijos, pacientų sveikatos būklės stebėsenos paslaugos. Nuotolinių gydytojų gydytojams teikiamų konsultacijų, nuotolinių paslaugų plėtojimui ir diegimui asmens sveikatos priežiūros įstaigose reikalingos ne tik atskiros IT platformos, bet ir nuotoliniu būdu informaciją perduodantys medicinos prietaisai (priemonės) ir juos naudoti gebantys specialistai.

1.3.2.3. Nepakankamai veiksmingas pagalbos organizavimas ir specializuotų paslaugų teikimas savižudybės grėsmę patiriantiems bei priklausomybės ligomis sergantiems asmenims

HI duomenimis, 2020 m. Lietuvoje nusižudė 607 asmenys, iš kurių 474 buvo vyrai ir 133 moterys. Analizuojant savižudybių statistiką skirtingose amžiaus grupėse, daugiausia mirčių dėl savižudybių fiksuojama 25–44 m. ir 45–59 m. amžiaus vyrų grupėse. Santykinai jaunas nusižudžiusių asmenų amžius lemia, kad savižudybės turi didelę įtaką vidutinės gyvenimo trukmės rodikliui.

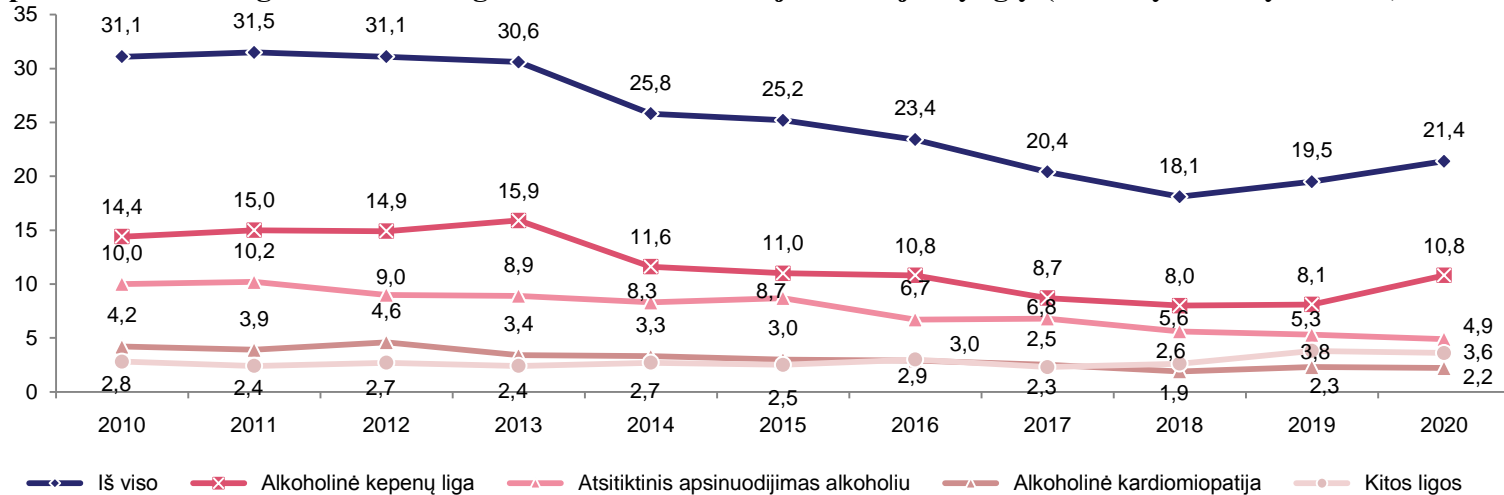
Viena iš savižudybių priežasčių – savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims ne visada atliekamas psichosocialinis vertinimas ir prireikus sudaromas pagalbos ir savisaugos planas. Valstybinio psichikos sveikatos centro analizės duomenimis, 2019 m. iš 529 asmenų, kuriems buvo priskirtas savižudybės grėsmės kodas, tik 288 asmenys gavo psichosocialinio vertinimo paslaugą, o daugiau nei pusė psichikos sveikatos centrų 2018–2019 m. nesuteikė nė vienos psichosocialinio vertinimo paslaugos. Dviem iš trijų pacientų, kuriems psichikos sveikatos centre suteikta psichosocialinio vertinimo paslauga, nebuvo nurodytas savižudybės krizę žymintis TLK-10-AM kodas.

Specializuoti savižudybių intervencijos centrai ir specializuotos paslaugos šiuo metu teikiamos tik Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre, specializuotame savižudybių prevencijos skyriuje. Nepakankamai taikomos mokslo įrodymais pagrįstos savižudybių prevencijos intervencijos, tokios kaip bendradarbiavimu grįsto savižudybių valdymo (angl. *Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS*) metodas, trumpa intervencijos programa bandžiusiems nusižudyti asmenims (angl. *Attempted Suicide Short Intervention Program, ASSIP*), mentalizacija grįsta terapija (angl. *Mentalization-based therapy, MBT*) ar dialektinė elgesio terapija (angl. *Dialectical behavioural therapy, DBT*). Šių paslaugų prieinamumą riboja ir tai, kad ambulatorinių psichoterapijos paslaugų aprėptis yra ypač maža, o jos plėtrą stabdo nekonkurencingas paslaugos apmokėjimas: 2020 m. informacinės sistemos „Sveidra“ duomenimis, Lietuvoje 915 pacientų buvo suteiktos 7 693 psichoterapijos paslaugos.

⁵⁵ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021. Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-lv;jsessionid=0HiL9GNfAx1-xQzyu6KuFvxu.ip-10-240-5-23

HI duomenimis, 2020 m. 598 žmonės mirė dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusių ligų, tai 42 daugiau negu 2019 m. Dažniausiai pasitaikiusios tiesiogiai alkoholio vartojimo sukeltos ligos buvo alkoholinė kepenų liga (50,3 proc.), atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu (22,7 proc.) ir alkoholinė kardiomiopatija (10,2 proc.) (35 paveikslas). Vyrų dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusių ligų 2020 m. mirė 2,8 karto daugiau nei moterų: iš viso užregistruoti 443 (74,1 proc.) vyrų mirties atvejai ir 155 (25,9 proc.) moterų.

35 paveikslas. Mirtingumas dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusių ligų (mirusių asmenų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų)



Šaltinis: Statistikos departamentas⁵⁶

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento pranešime apie psichoaktyviųjų medžiagų tendencijas ir pokyčius⁵⁷ nurodyta, kad 2020 m. užregistruota 61 mirtis, kurios pagrindinė priežastis yra narkotikų ir psichotropinių medžiagų vartojimas, daugumą sudarė vyrai (51 vyras, 10 moterų). Lyginant su 2019 m., 2020 m. atvejų sumažėjo 20-ia, o rodiklis 100 000 gyv. – 0,7.

Rūkymas lemia apie 15 proc. bendro Lietuvos mirtingumo, taigi nuo rūkymo sukeltų ligų Lietuvoje kasmet miršta apie 6 000 Lietuvos gyventojų. HI duomenimis, pastebima sergamumo ir mirtingumo nuo rūkymo sąlygojamų ligų didėjimo tendencija.

Lietuvoje dominuoja stacionarinio gydymo dėl psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paslaugos, daugiau nei pusė (54,5 proc.) visų besigydyusių dėl šių sutrikimų asmenų buvo taikytas aktyvus stacionarinis gydymas. Iš skiriamų PSDF lėšų net 3,097 mln. eurų (70 proc.) buvo skirta stacionarinio aktyviojo gydymo paslaugoms, kurių didžiąją dalį sudaro trumpalaikis abstinencijos gydymas, finansuoti, kur kas

⁵⁶ <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=f6c556c6-da60-4c7d-8351-9197be54e24b#/>

⁵⁷ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Psichoaktyviosios medžiagos tendencijos ir pokyčiai 2021. Prieiga per internetą: https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Psichoaktyviosios_medziagos_tendencijos_ir_pokyciai_2021.pdf

mažiau lėšų naudojama ilgesnės trukmės stacionariniam psichosocialiniam gydymui.

VLK duomenimis, 2020 m. psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas gavusių asmenų skaičius buvo 4 746, Respublikinis priklausomybės ligų centras (RPLC) 2020 m. psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas suteikė tik 46 asmenims. Viena iš priežasčių, kodėl suteikta nedaug paslaugų, yra tai, kad priklausomybės ligomis sergantiems asmenims dėl ligos specifiškumo reikalingas atskiras dienos stacionaro paslaugos profilis.

Lietuvoje vis dar nepakankamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas po išrašymo iš stacionaro. VLK duomenimis, tik 25 proc. pacientų gavo pirminės asmens psichikos sveikatos priežiūros, dienos stacionaro ar psichosocialinės reabilitacijos paslaugas per 7 dienas po išrašymo iš stacionaro, net 50 proc. asmenų tokias paslaugas gavo per 30 dienų. Pradėjus įgyvendinti ES fondų lėšomis finansuojamus projektus, skirtus psichosocialinės reabilitacijos ir integracijos į darbo rinką paslaugoms asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, teikti, šiems asmenims užtikrintas trumpalaikės socialinės globos teikimas. Vis dėlto Lietuvoje vis dar išlieka nepakankamai išplėtotas asmens poreikius atitinkantis socialinių ir psichologinių reabilitacijos paslaugų teikimas.

1.3.2.4. Neišplėtotos bendruomeninės ir nemedikamentinio gydymo paslaugos psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims

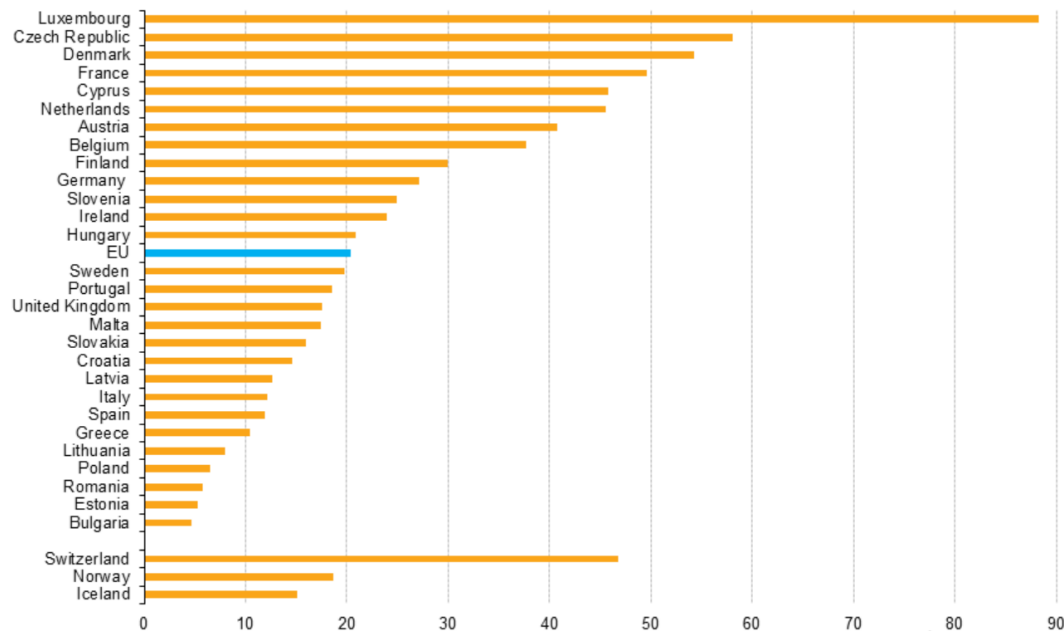
Siekiant, kad psichikos sveikatos priežiūros paslaugos būtų veiksmingos, sumažintų atkryčio atvejus ir būtų teikiamos gerbiant žmogaus teises, jos turi būti organizuojamos taip, kad jas gaunantys asmenys galėtų būti kuo savarankiškesni ir dalyvautų visuomenės gyvenime, gautų paslaugas kuo mažiau apribotoje aplinkoje, arti savo gyvenamosios vietos ir bendruomenės. PSO 2021 m. išleido rekomendacijas su gerosios praktikos plėtojant psichosocialinių paslaugų modelį bendruomenėje pavyzdžiais. Daugelyje šalių bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos apima platų spektrą paslaugų, teikiamų paciento namuose ar kuo arčiau gyvenamosios vietos, įskaitant krizės valdymo, savitarpio pagalbos, psichikos sveikatos paslaugų vartotojų tarpusavio paramos, įtraukimo į bendruomenę, atkryčio prevencijos, psichosocialinės atvejo vadybos, palydimosios pagalbos po hospitalizavimo paslaugas.

Moksliniai tyrimai rodo, kad bendruomeninės paslaugos papildo sveikatos priežiūros sistemą, yra orientuotos į asmens atsigavimą ir resocializaciją ir grįstos pagarba žmogaus teisėms, leidžia mažinti hospitalizavimo aprėptis ir dažnu atveju išvengti prievartinių priemonių, tokių kaip priverstinis hospitalizavimas ir fizinis suvaržymas. Šiuo metu Lietuvoje išlieka paslaugų (krizės valdymo, savitarpio pagalbos, psichikos sveikatos paslaugų vartotojų tarpusavio paramos, įtraukimo į bendruomenę, atkryčio prevencijos, psichosocialinės atvejo vadybos, palydimosios pagalbos po hospitalizavimo) trūkumas, neišplėtoti bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistema, neišnaudojamas nevyriausybinių organizacijų potencialas, pastebima didelė psichikos sveikatos priežiūros institucionalizacija: 62 proc. psichikos sveikatai skiriamų PSDF lėšų skiriama stacionarinėms paslaugoms apmokėti, 17 proc. – ambulatorinėms paslaugoms ir 21 proc. – psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Taip pat trūksta bendruomenėje (gyvenamojoje vietoje) teikiamų paslaugų sunkiomis ir lėtinėmis psichikos ligomis sergantiems pacientams, trūksta specializuotų paslaugų savižudybės grėsmę patiriantiems, priklausomybės ligomis sergantiems asmenims bei vaikams ir paaugliams, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų.

1.3.3. Neišplėtotos ambulatorinės slaugos, paliatyviosios pagalbos ir ilgalaikės priežiūros paslaugos (giluminės problemos priežastys bus analizuojamos rengiant regionų plėtros planus)

Lietuvoje slauga išlieka orientuota į ligonines, turimų lovų skaičiaus neužtenka, slaugos ligoninėse susidariusios 3–4 mėn. eilės, kurios dar ir dirbtinai yra didesnės dėl kol kas nekontroliuojamos registracijos į kelias ligonines vienu metu (analogiškai kaip ir pas gydytojus specialistus). Be to, per metus asmuo gali slaugos ligoninėje praleisti ne daugiau kaip 4 mėn. Didelis atsilikimas nuo kitų ES šalių yra slaugos paslaugų namuose pasiūlos srityje – ES šalyse vidutiniškai 20 proc. visų namų ūkių, kuriems reikėjo šių paslaugų, gavo paslaugas namuose, o **Lietuvoje - tik apie 8 proc.** 2016 m. (36 paveikslas).⁵⁸

36 paveikslas. Profesionalių slaugos paslaugų namuose vartojimas ES, 2016 m. (proc. nuo visų namų ūkių poreikių)



Šaltinis: Eurostat duomenys⁵⁹

Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, visuomenė sensta: daugėja vyresnio amžiaus žmonių ir didėja jų dalis bendroje gyventojų struktūroje. Vyresnių, pagyvenusių asmenų (65+ amžiaus) grupėje pastebimas dažnesnis sergamumas lėtinėmis ligomis, ypač dažnas poliligitumas, kai asmuo serga keliomis lėtinėmis ligomis. Dėl sveikatos sutrikimų sumažėję savirūpos gebėjimai 65+ amžiaus grupės asmenims sukelia didesnę kompleksinių – socialinių ir sveikatos priežiūros – paslaugų poreikį.

⁵⁸ Eurostat nėra atnaujinęs aktualių duomenų.

⁵⁹ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4187653/8516121/Use-of-professional-homecare-services.png/77627466-bacb-427f-a3fe-c7c73b6dc39a?t=1519722117656>

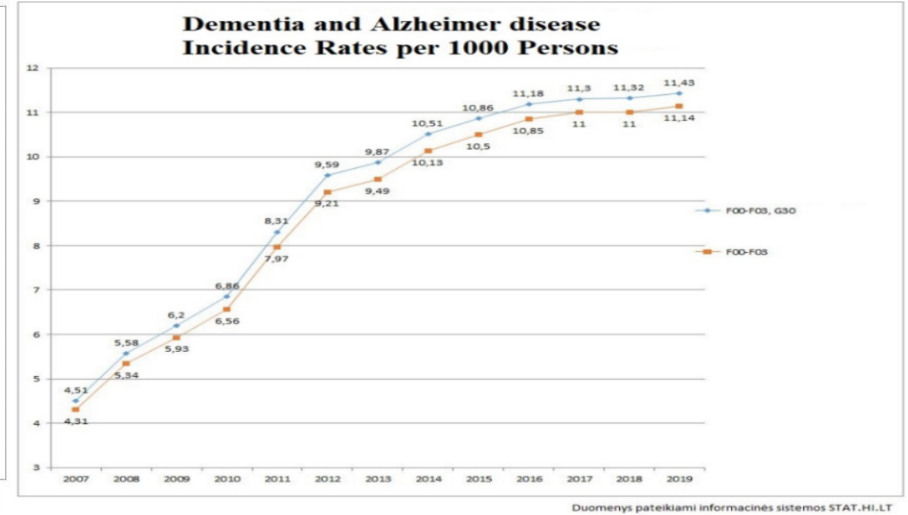
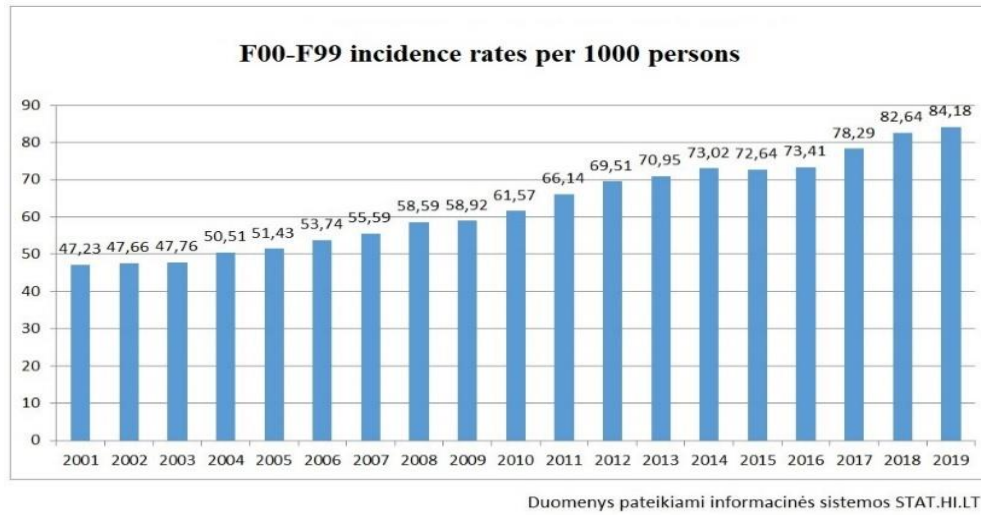
Vyresnių, pagyvenusių asmenų (65+ amžiaus), kuriems dažniausiai reikalingos ilgalaikės priežiūros paslaugos, grupei priklausančių asmenų 2019 m. Lietuvoje buvo 552,4 tūkst. (19,8 proc.), 2020 m. – 556 tūkst. (19,9 proc. visų Lietuvos gyventojų). Iš jų 18 proc. (101,4 tūkst. gyventojų) 2019 m. buvo suteikta nors viena stacionarinės slaugos ir palaikomojo gydymo arba stacionarinės paliatyviosios pagalbos, arba ambulatorinės paliatyviosios pagalbos, arba ambulatorinės slaugos paciento namuose paslauga. 2019 m. daugiausia buvo suteikta ambulatorinių slaugos paslaugų namuose (šias paslaugas gavo 40,9 tūkst. asmenų) bei stacionarinės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (paslaugas gavo 31,9 tūkst. asmenų). 2020 m. I ketv. šias paslaugas gavo 54,7 tūkst. asmenų.

Faktinis paslaugų gavėjų, kuriems reikalingos ambulatorinės slaugos paslaugos namuose, skaičius yra 94 100 asmenų. **Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose poreikis (gavėjų skaičius) kasmet didėja vidutiniškai 3 proc., Sveikatos apsaugos ministerija prognozuoja, kad 2030 m. faktinis paslaugų gavėjų skaičius bus 140 000 asmenų (apie 5 proc. visų Lietuvos gyventojų).**

2020 m. Lietuvoje paliatyviosios pagalbos paslaugos buvo teikiamos stacionare (69,5 proc.), dienos stacionare (1 proc.) ir ambulatoriškai (29,5 proc.). Iš viso paliatyviosios pagalbos paslaugos buvo teikiamos 2 916 asmenų, gavėjų skaičius kasmet auga vidutiniškai 7 proc., Sveikatos apsaugos ministerija prognozuoja, kad 2030 m. paliatyviosios pagalbos paslaugos bus teikiamos 5 600 asmenų. Siekiama, kad daugiau paliatyviosios pagalbos paslaugų – 70 proc. – būtų teikiama ambulatoriškai. Teikiant ambulatorines slaugos ar paliatyviosios pagalbos paslaugas taip pat svarbus ir vaistinių įsijungimas padedant namuose slaugomiems pacientams ir jų artimiesiems pagerinti ar užtikrinti tinkamą vaistų vartojimą (pvz., individualių dozių paruošimas, vaistų vartojimo peržiūra ir pan.).

Demencija ir Alzheimerio liga sergančių asmenų problematika. Visame pasaulyje demencija yra reikšminga problema. Lietuva taip pat nėra išimtis. Remiantis HI duomenimis, pastarąjį dešimtmetį demencija sergančių žmonių beveik padvigubėjo – nuo 6,866 atvejų 1000 gyventojų (0,686 proc.) iki 11,43 1000 gyventojų (1,143 proc.) (37 ir 38 paveikslai).

37 paveikslas. Psichikos ir elgesio sutrikimų atvejų pasiskirstymas 1000 asmenų **38 paveikslas. Demencijos ir Alzheimerio ligos atvejų pasiskirstymas 1000 asmenų**



Šaltinis: Higienos institutas

Didėjantis sergančių asmenų skaičius kelia vis daugiau naujų iššūkių sveikatos priežiūros sistemai. ES deklaruotas tikslas yra sudaryti galimybes demencija ir Alzheimerio liga sergantiems asmenims kuo ilgiau gyventi savoje aplinkoje. Todėl namų priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas yra prioritetiniai. 2020 m. atlikto tyrimo metu (D. Trepel, M. Čiurlionis), siekiančio nustatyti ambulatorinių paslaugų prieinamumą namuose demencija ir Alzheimerio liga sergantiems asmenims Vilniaus regione, buvo atskleista, kad tik pusė asmenų, besigydančių ambulatoriškai, gauna ambulatorines slaugos paslaugas namuose. Surinkti duomenys taip pat atskleidė, kad asmenys, kuriems buvo diagnozuota liga, žymima TLK-10 kodu G.30 (ankstyvoji Alzheimerio liga), iš viso negavo namų priežiūros paslaugų.

Lietuvoje teikiamos integralios pagalbos namuose paslaugos, finansuojamos iš 2014–2020 Europos Sąjungos fondų investicijų. Šių paslaugų teikimo tikslas – sukurti ir plėtoti kokybišką integralią pagalbą (socialinės globos ir slaugos namuose) neįgaliesiems vaikams, darbingo amžiaus neįgaliesiems asmenims, senyvo amžiaus asmenims, teikti konsultacinę pagalbą šeimos nariams, prižiūrintiems neįgalius vaikus, darbingo amžiaus neįgalius asmenis, senyvo amžiaus asmenis. Integralią pagalbą (socialinę globą bei slaugą) namuose teikia socialinių paslaugų srities bei asmens sveikatos priežiūros specialistų komanda, kurios tikslas – nustatyti asmens poreikį gauti socialinės globos ir slaugos namuose paslaugas, jas organizuoti ir teikti taikant efektyvias slaugos bei priežiūros (pagalbos) priemones. Komandą sudaro šie specialistai: socialinis darbuotojas ir jo padėjėjai, slaugytojas ir jo padėjėjai, reabilitacijos specialistas. Šiuo metu integrali pagalba finansuojama ES lėšomis, valstybės specialiųjų tikslinių dotacijų, savivaldybių biudžeto, asmenų mokėjimo už socialinę globą lėšomis. 2021 m. I ketv. duomenimis, nuo projektų įgyvendinimo pradžios paslaugas gavo 5,3 tūkst. asmenų, mokymuose dalyvavo 1 598 asmenys (mobilių komandų darbuotojai ir savanoriai). Tačiau pastebima, kad **šiuo metu integralios pagalbos namuose paslaugos neapima visų asmeniui būtinų sveikatos priežiūros paslaugų bei yra teikiamos nedalyvaujant šeimos gydytojo komandai, o tai yra ypač svarbu ilgalaikiai asmens priežiūrai.**

1.3.4. Netolygiai prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos regionuose dėl sveikatos priežiūros specialistų trūkumo

Organizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, kvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistai yra kritiškai svarbūs. EBPO vertinimu sveikatos sektoriuje daugelyje šalių dirba daugiau nei 10 proc. dirbančiųjų⁶⁰, ir šis skaičius ateityje tik augs dėl senstančios visuomenės poreikių. 2020 m. Tarybos rekomendacijose Lietuvai atkreipiamas dėmesys į būtinybę spręsti sveikatos priežiūros darbuotojų <...> trūkumo problemą. 2019 m., palyginti su ES vidurkiu⁶¹ (3,6/1000 gyv.), Lietuvoje yra daug gydytojų (4,5 / 1000 gyventojų), iš kurių šiek tiek daugiau nei penktadalis yra šeimos gydytojai, tačiau trūkumą lemia gydytojų netolygus pasiskirstymas. Kita vertus, slaugytojų skaičius yra šiek tiek mažesnis nei ES vidurkis (7,7 ir 8,5). Per pastaruosius 20 metų gydytojų padaugėjo, o praktikuojančių slaugytojų skaičius išliko nepakitęs, tad slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykis sumažėjo nuo 2,1 2000 m. iki 1,7 2016 m. 2021–2030 metų nacionalinės pažangos plano siekinys – iki 2030 m. pasiekti slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykį iki 2,0, tačiau atkreiptinas dėmesys, kad pastaruosius keletą metų slaugytojų skaičius nežymiai mažėja, o skiriamos valstybės finansuojamos vietos nėra užimamos.

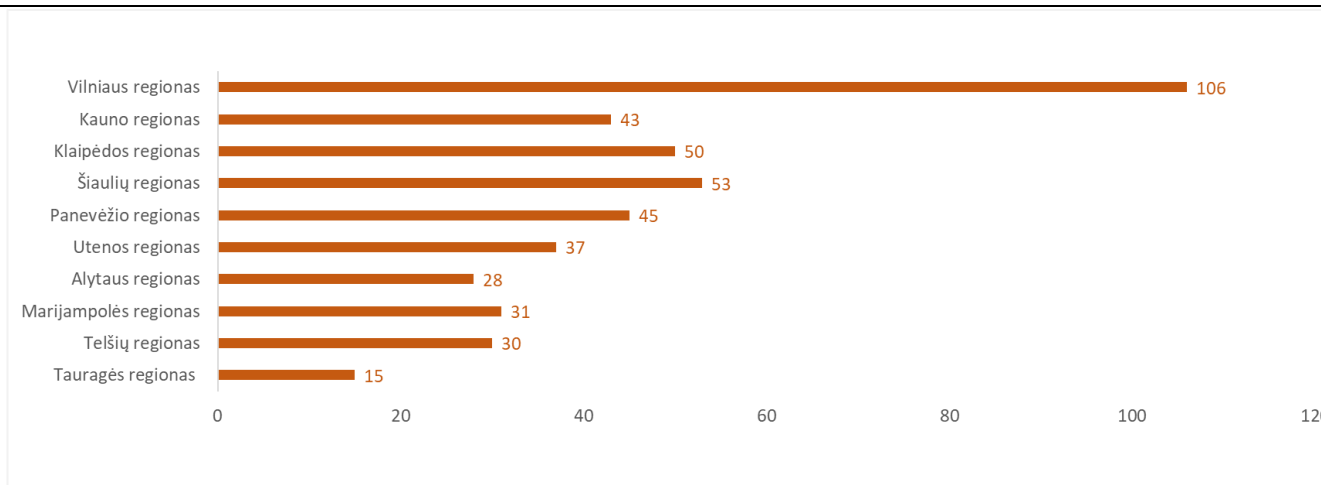
Siekdama kaupti informaciją apie asmens sveikatos priežiūros (toliau – ASP) įstaigose esantį specialistų trūkumą, Sveikatos apsaugos ministerija savo interneto svetainėje yra sukūrusi atskirą skiltį⁶² ir sudariusi sąlygas sveikatos priežiūros įstaigoms skelbti darbo pasiūlymus (kartu su pasiūlymo aprašymu), t. y. informaciją apie ASP specialistų trūkumą ASP įstaigose. Duomenys yra pateikti pagal 10 regionų (anksčiau buvusios teritorinės ir administracinės apskritys). **Pastarųjų 5 m. API pateiktais duomenimis, kasmet trūksta apie 410 sveikatos priežiūros specialistų (2016 m. – 389, 2017 m. – 379, 2018 m. – 382, 2019 m. – 428, 2020 m. 452). 2021 m. birželio mėn. duomenimis, iš viso trūksta 438 specialistų (368 gydytojų ir 70 kitų sveikatos priežiūros specialistų (iš jų 56 slaugytojų) (39 paveikslas).**

39 paveikslas. Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas pagal regionus (2021 m. I pusmečio duomenys)

⁶⁰ EBPO, 2016. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places., Prieiga per internetą: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-policies-in-oecd-countries_9789264239517-en#page14

⁶¹ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2019. Prieiga per internetą: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2019_a955e69f-lt#page11

⁶² Darbo pasiūlymai sveikatos priežiūros specialistams. Prieiga per internetą: <http://sam.lrv.lt/lt/skelbimai-1/darbo-pasiulymai-sveikatos-prieziuros-specialistams>

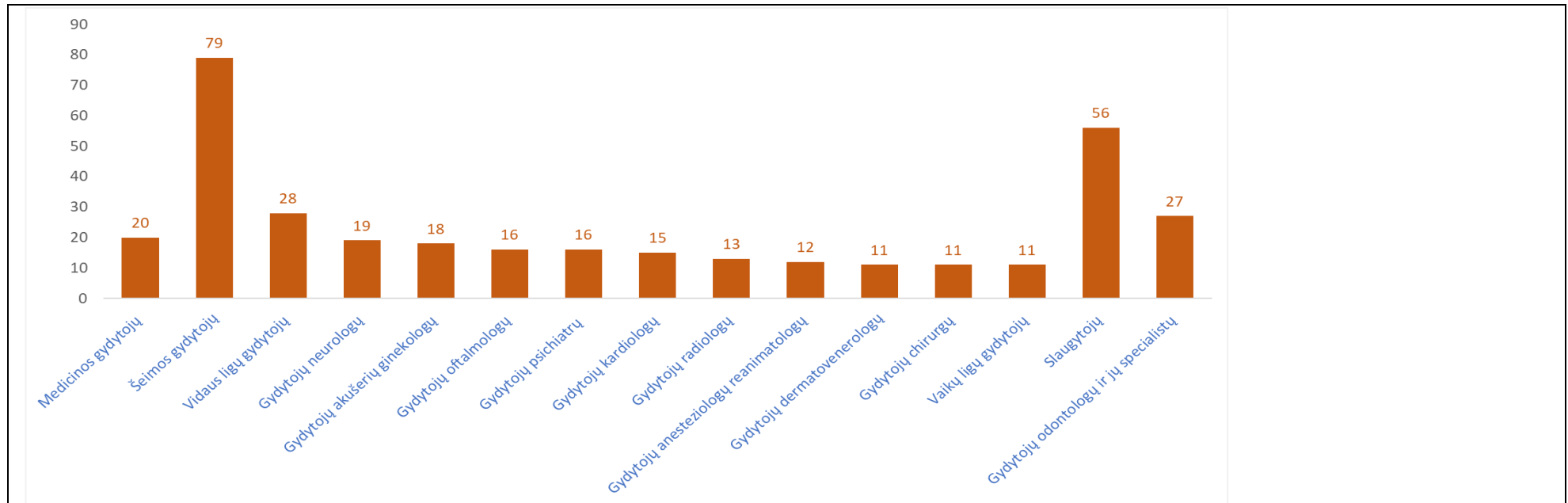


Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys

Vertinant pagal įstaigas, daugiausiai specialistų trūksta Alytaus apskrities V. Kudirkos ligoninėje, Utenos ligoninėje, Mažeikių ligoninėje, Vilniaus m. Šeškinės poliklinikoje, Rokiškio raj. ligoninėje, Jonavos ligoninėje ir Pakruojo ligoninėje, Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, Regioninėje Telšių ligoninėje, Pasvalio ligoninėje, Anykščių ligoninėje, Marijampolės ligoninėje. Tačiau pastebėtina, kad ASP įstaigų ir jose trūkstančių sveikatos priežiūros specialistų skaičiai nuolat keičiasi, vienos ASP įstaigos gauna reikiamus specialistus, o kitose atsiranda jų trūkumas. Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas pagal profesines kvalifikacijas⁶³ pateiktas 40 paveiksle.

40 paveikslas. Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas pagal profesines kvalifikacijas (2021 m. I pusmečio duomenys)

⁶³ Darbo pasiūlymai sveikatos priežiūros specialistams. Prieiga per internetą: <http://sam.lrv.lt/lt/skelbimai-1/darbo-pasiulymai-sveikatos-prieziuros-specialistams>



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerijos duomenys

Siekdama sužinoti medikų bendruomenės lūkesčius dėl geresnių darbo sąlygų ir mediko profesijos prestižo didinimo, Sveikatos apsaugos ministerija atliko savivaldybių apklausą apie tai, kokios priemonės, jų nuomone, gali paskatinti pritraukti gydytojus dirbti į regionus bei atokesnius šalies rajonus. Iš savivaldybių gauti tokie pasiūlymai:

- 1) materialinės bazės kokybė (nauja moderni įranga bei IT, pritaikytos darbo priemonės ir pan.);
- 2) darbo aplinka: jaukios darbo sąlygos, tvarkinga aplinka, patogios ir gerai įrengtos bei sutvarkytos darbo vietos;
- 3) žmogiškieji veiksniai: geras darbo mikroklimatas, lankstus darbo grafikas, pozityvus požiūris į darbuotojus ir pan.;
- 4) finansiniai veiksniai: darbą atitinkantis atlyginimas, geresnis atlyginimas regionuose nei didmiesčiuose arba darbo užmokesčio diferencijavimas už paslaugas mieste ir regionuose; įvairios kompensacijos (kurui, transportui, kvalifikacijos tobulinimui ir pan.), pagal poreikį – rezidentūros studijų apmokėjimas.

Dėl senstančios visuomenės poreikių didėjantis tam tikrų paslaugų vartojimas, gyventojų sveikatos netolygumai, technologinė sveikatos technologijų pažanga taip pat reikalauja planuoti ir stebėti sveikatos sistemos poreikius atitinkančių žmogiškųjų išteklių pasiūlą.

1.3.4.1. Netinkamas specialistų poreikio planavimas

Valstybės kontrolės 2018 m. atlikto veiklos audito ataskaitoje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“ nustatyta, kad „Sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimas tobulintinas. Ministerija, formuodama sveikatos priežiūros specialistų rengimo užsakymą

mokslo ir studijų įstaigoms, nevertina paslaugų struktūros pokyčių, jų poreikio regionuose, specialistų krūvių, gydytojų pasitraukimo iš profesijos, emigracijos prognozių. Siekiama tik pakeisti išeinančius į pensiją gydytojus, o slaugytojų poreikis neplanuojamas. Šalies gydytojų vidurkis viršija ES, tačiau trūksta tam tikrų specialistų, pvz.: kardiologų, oftalmologų, neurologų, slaugytojų, tai turi įtakos paslaugų prieinamumui (1 skyrius, 18–20 psl.).

Sveikatos priežiūros specialistų poreikis nacionaliniu lygiu (pagal savivaldybes / apskritis neanalizuota) buvo analizuojamas Vyriausybės strateginės analizės centro (STRATA) tyrime⁶⁴, kuris apėmė medicinos darbuotojų (sveikatos specialistų) darbo rinkos situaciją Lietuvoje iki 2028 m. 2020 m. tyrimas atnaujintas⁶⁵ pateikiant prognozes iki 2030 m. Padarytos išvados, kad 2030 m. sveikatos priežiūros specialistų poreikis Lietuvoje bus 1,8 tūkst. specialistų didesnis nei 2020 m. dirbusių sveikatos specialistų skaičius. Didžiausias nominalus (asmenimis) kumuliatyvus sveikatos specialistų trūkumas 2030 m. prognozuojamas bendrosios praktikos slaugytojų (3 163), šeimos gydytojų (428), vidaus ligų gydytojų (420). Didžiausias specialistų perteklius prognozuojamas burnos higienistų (995), gydytojų odontologų (945), dantų technikų (124).

STRATA tyrime dalyvavę nepriklausomi ekspertai pateikė savo įžvalgas apie licencijuojamų ir nelicencijuojamų sveikatos priežiūros specialistų poreikį Lietuvoje 2020–2030 m., įvertindami šiuos aspektus: 1) bendrą specialistų poreikį Lietuvoje 2020 m. ir COVID-19 pandemijos įtaką; 2) specialistų poreikį iki 2030 m., atsižvelgiant į paslaugų skaičių, įstaigų teritorinį pasiskirstymą, technologinę plėtrą, specialistų ruošimą, išėjimą į pensiją, emigraciją, teisinį reglamentavimą. Be to, tyrimo atnaujinimo proceso metu išaiškėjo, kad VLK renkami paslaugų duomenys neapima tikslaus tas paslaugas teikiančių specialistų sąrašo. Atlikti tikslesnius skaičiavimus, prognozes, duomenimis pagrįstą kokybišką žmoniškųjų išteklių sveikatos sistemoje planavimą nėra galimybės, nes nėra užtikrintas išsamus paslaugų ir jas teikiančių specialistų duomenų kaupimas.

Viena iš pagrindinių problemų vykdant sveikatos priežiūros specialistų planavimą – vientisąsias ir podiplomines (rezidentūros) studijas baigiančių specialistų skaičius. Problema yra ta, kad vientisąsias valstybės finansuojamas, o kartu ir valstybės nefinansuojamas medicinos studijas baigia daugiau absolventų, negu tais metais Vyriausybės nutarimu skiriama vietų į valstybės finansuojamas medicinos rezidentūros studijas. Taip vyksta dėl to, kad universitetai į vientisąsias medicinos studijas priima nemažai valstybės nefinansuojamų studentų, dėl to ženkliai padidėja vientisąsias medicinos studijas baigiančiųjų skaičius, kuris neatitinka tais metais Vyriausybės nutarimu nustatomo priėmimo į valstybės finansuojamą medicinos rezidentūrą vietų skaičiaus. Siekdami spręsti šią problemą, universitetai stengiasi didinti valstybės nefinansuojamų medicinos rezidentūros vietų skaičių, tačiau ir šis skaičius yra ribojamas, atsižvelgiant į finansines šalies galimybes (dėl skiriamo fiksuoto darbo užmokesčio fondo apimties (valstybės asignavimų) rezidentų darbo užmokesčiui rezidentūros bazėse finansuoti). Dėl šių aspektų ir kyla nepakankamo valstybės finansuojamų rezidentūros vietų skaičiaus problema, kuri apsunkina sveikatos priežiūros specialistų rengimo planavimo procesą.

Farmacijos specialistų poreikio analizė nacionaliniu lygiu nėra atliekama, nėra nustatyti poreikio kriterijai. Neturint tinkamo specialistų poreikio vertinimo sudėtinga prisitaikyti prie nuolat augančių visuomenės lūkesčių gauti kokybiškas farmacinės paslaugas bei naujas paslaugas vaistinėje, farmacinės rūpybos, išplėstinės praktikos vaistininko paslaugas tiek miestuose, tiek regionuose.

⁶⁴ STRATA „Medicinos darbuotojų poreikio prognozavimo modelis“, 2019 m. liepos mėn. Prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/images/tyrimai/Sveikatos%20specialistu%20poreikio%20tyrimas.pdf>

⁶⁵ STRATA „Sveikatos priežiūros specialistų prognozių atnaujinimas“, 2021 m. liepos mėn. Prieiga per internetą: <https://strata.gov.lt/images/tyrimai/2021-metai/20210719-sveikatos-specialistu-poreikis.pdf>

1.3.4.2. Neveikia sveikatos specialistų kvalifikacijos kėlimo sistema

Sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų palaikymas ir tobulinimas tai pat kelia iššūkių. Valstybės kontrolė pažymi⁶⁶, kad esama kvalifikacijos tobulinimo praktika nesiejama su turima specialistų kompetencija, vykdoma profesine veikla ir šalies poreikiais, nerenkami ir neanalizuojami sveikatos priežiūros specialistų tobulinimosi poreikiai (pavyzdžiui, kokiose srityse, kurių gydymo įstaigų ir kokiems specialistams reikia mokymų). Sveikatos apsaugos ministerijai pateikta rekomendacija „Peržiūrėti ir pakeisti specialistų kvalifikacijos tobulinimo sistemą: kad ji būtų paremta kompetencijų vertinimu; užtikrintų, kad specialistai tobulintų savo profesinę kvalifikaciją pagal jų medicinos normose nustatytas kompetencijas; kad tam būtų sukurtos ir pritaikytos specialistų tobulinimo programos; kad būtų prižiūrima licencijų sąlygų laikymosi priežiūros metu“.

VASPVT 2021 m. duomenimis, fiziniams asmenims išduotos 55 443 galiojančios licencijos: medicinos praktikos – 17 442 gydytojams (59 medicinos praktikos profesinių kvalifikacijų rūšių); bendrosios slaugos praktikos – 27 258 slaugytojams; akušerijos praktikos – 1179 akušeriams; burnos priežiūros praktikos – 4702 burnos priežiūros specialistams; odontologijos praktikos – 4553 gydytojams odontologams; asmens sveikatos priežiūros praktikos – 169 išplėstinės praktikos vaistininkams; visuomenės sveikatos priežiūros – 140.

Nuo 2021 m. gegužės 1 d. papildomai pradėtas iki šiol nelicencijuotų specialistų licencijavimas (apie 20 tūkst. specialistų) – medicinos genetikų, medicinos biologų, biomedicinos technologų, radiologijos technologų, paramedikų, dietistų, optometrininkų, skubiosios medicinos pagalbos paramedikų, medicinos psichologų, masažuotojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų.

Pažymėtina, kad nors specialistas ar jo darbdavys VASPVT pateikia visus kvalifikacijos tobulinimo dokumentus, jie yra kaupiami skenuota forma ir nėra tinkami kompiuterizuotai duomenų analizei ir apdorojimui. Tai sukuria didžiulę administracinę naštą tiek specialistui, tiek gydymo įstaigai, tiek licencijų sąlygų laikymosi priežiūrą vykdančiai institucijai (2019 m. buvo atlikta apie 16 000 specialistų licencijų sąlygų laikymosi priežiūra), reikalauja tiek laiko, tiek finansinių išteklių bei užkerta kelią specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo proceso stebėsenai ir efektyviam valdymui.

Šiuo metu nėra bendros informacinės sistemos, kurioje būtų kaupiama visa aktuali su specialisto profesine veikla susijusi informacija bei duomenys apie profesinės kvalifikacijos tobulinimą ir apie Lietuvos tobulinimo organizatorių vykdomas tobulinimo programas. Dalis profesinės kvalifikacijos tobulinimo programų yra skelbiama Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA posistemėje METAS, tačiau atitinkamus specialistus rengiančios švietimo institucijos savo vykdomų tobulinimo programų šioje sistemoje neskelbia. Tobulinimo programų pasirinkimas vyksta neįvertinant individualių specialisto profesinei veiklai reikalingų žinių, nėra galimybės analizuoti duomenis apie specialistų įgytas / patobulintas kompetencijas. Iš naudojamų registrų, tarp jų ir Lietuvos Respublikos apdraustųjų valstybiniu socialiniu draudimu ir valstybinio socialinio draudimo išmokų gavėjų registro, VLK, nerenkami ir neanalizuojami duomenys apie specialisto einamas pareigas, apie jo profesinę patirtį gydymo įstaigose (gaunami duomenys tik apie įdarbinimo pradžią ir pabaigą). Taip pat nėra galimybės analizuoti, kiek medikų nesiverčia profesine veikla, o tik pratęsia

⁶⁶ Valstybės kontrolės 2018 m. rugsėjo 28 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2018-P-9-3-9 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23794/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybe-saugumas-ir-veiksmingumas>

licenciją, kiek emigravo iš šalies. Šių duomenų reikia specialistų planavimui, pritraukimui ekstremalios situacijos metu. Su analogiškais iššūkiais susiduriame planuojant farmacijos specialistų poreikį, organizuojant specialistų kvalifikacijos tobulinimą, todėl minėtos problemos turėtų būti sprendžiamos kompleksškai, apimant visus sveikatos sektoriaus specialistus.

Galima išskirti dvi pagrindines problemas:

1. Nėra galimybės identifikuoti sveikatos specialisto turimų kompetencijų, kad jas vėliau būtų galima palyginti su standarto ar paslaugų aprašymo reikalavimais.
2. Nėra įrankio, leidžiančio tinkamai valdyti, stebėti ir planuoti sveikatos specialisto atitinkamų papildomų kompetencijų įgijimą ar turimų kompetencijų tobulinimą, vykdyti reikiamų kompetencijų specialistų poreikio stebėseną, padedančią užtikrinti kryptingą ir nuoseklų sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo procesą.

1.3.4.3. Dalies sveikatos sektoriui reikalingų profesijų nepatrauklumas

Įvertinus sveikatos sistemos strategiją, plėtrą, sveikatos rodiklius, senėjančią visuomenę, akivaizdu, kad bendrosios praktikos slaugytojų ir gydytojų geriatrų poreikis ateityje didės, tačiau šios profesinės kvalifikacijos nėra patrauklios tarp stojančiųjų. Nors skiriamų valstybės finansuojamų vietų skaičius į bendrosios praktikos slaugos studijas didėja, tačiau studentai neužpildo visų skiriamų valstybės finansuojamų vietų. Studentai taip pat vangiai renkasi geriatrijos, teismo medicinos rezidentūros programas. Kiekvienais metais Valstybės užsakymo komiteto (VUK)⁶⁷ posėdžių metu bandoma skirti vis daugiau valstybės finansuojamų vietų, tačiau ne visos skiriamos vietos užimamos, todėl vėliau tenka jas perskirstyti. Į geriatrijos studijas kiekvienais metais priimama po 3–5 studentus, todėl geriatrų trūkumas, įvertinus geriatrijos plėtrą, ateityje drastiškai didės. Nepakankamo priėmimo į geriatrijos studijas problema buvo sprendžiama leidžiant vidaus ligų gydytojams įgyti geriatrijos kompetencijų mokymų metu, tačiau tokia strategija buvo numatyta iki 2025 m. (pereinamajam laikotarpiui, bandant išvengti specialistų trūkumo, kol bus paruošti gydytojai geriatrai), nes kelių mėnesių kursai negali atstoti 4 metų rezidentūros programos, per trumpi mokymai gali turėti įtakos teikiamų paslaugų kokybei.

Reikalingų profesinių kvalifikacijų patrauklumui daro įtaką ir netolygūs darbo krūviai, pavyzdžiui, geriatrų darbo krūvių vidurkis yra 1.16 etato, o bendrosios praktikos slaugytojų 1.04 etato. Darbo krūviai netolygiai pasiskirsto miestuose ir regionuose dėl netolygaus darbo užmokesčio dydžių pasiskirstymo bei specialistų trūkumo.

Taip pat profesinių kvalifikacijų nepatrauklumui turi įtakos tokie aspektai, kaip neigiami stereotipai dėl ribotų karjeros galimybių, tam tikrų profesijų atsakomybių ir vaidmens įstaigos hierarchijoje bei stereotipai dėl tam tikrų profesinių kvalifikacijų priskyrimo konkrečioms lytims ir kt. Bendrosios praktikos slaugytojai, nepriklausomai nuo to, ar profesinę kvalifikaciją yra įgiję kolegijoje, ar universitete, atlieka tas pačias funkcijas ir gauna vienodą darbo užmokesį. Trūksta slaugytojų nuoseklios karjeros laiptelių. Šiuo metu praktikuojančių slaugytojų Lietuvoje yra apie 23 000. Egzistuojančios 5 specializacijos suteikia galimybę tik pakeisti veiklos pobūdį, t. y. galima tik horizontalioji karjera, o vertikalios karjeros galimybė tik viena – tapti slaugos administratoriumi. Slaugytojas – gydytojo asistentas, jo kompetencijos ribotos, jis dažnai nepripažįstamas komandos narių. Slaugytojų

⁶⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 12 d. įsakymas Nr. V-1168 (2021 m. liepos 2 d. įsakymo Nr. V-1596 redakcija) „Dėl Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komiteto sudarymo“.

pareigas dažniausiai atlieka moterys (vyrų yra tik apie 1,5 proc.)

1.3.4.4. Neužtikrinama palanki psichosocialinė darbo aplinka ir kompleksinė psichologinė pagalba asmens sveikatos priežiūros specialistams

Asmens sveikatos priežiūros specialistai rūpinasi pacientais, visapusiška jų sveikatos būkle, tačiau dėl savo darbo pobūdžio bei nuolatinio krūvio dirbant krizinių situacijų metu, patiria didžiules psichoemocines perkrovas. Atlikti moksliniai tyrimai rodo, jog asmens sveikatos priežiūros specialistai jaučia perdegimo sindromo simptomus, skundžiasi per dideliu darbo krūviu, maža įtaka priimant darbo sprendimus, dideliais reikalavimais darbe, nepakankama vadovo ar bendradarbių parama. Patiriamo su darbu susijusio streso dažna priežastis būna medicinos praktikos klaidos baimė, nesutarimai su pacientais, bendradarbiais, vadovais bei patiriamas psichologinis smurtas. Tarptautiniai moksliniai tyrimai rodo, kad depresijos paplitimas tarp gydytojų vidutiniškai siekia 29 proc., perdegimo simptomus jaučia apie 52 proc. gydytojų. 10–12 proc. gydytojų išsivysto priklausomybės liga, o savižudybės rizika tarp gydytojų yra dvigubai didesnė nei bendrojoje populiacijoje. 2019 m. atliktas Lietuvos asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pagalbą dėl psichikos sveikatos tyrimas atskleidė, kad 63 proc. jų nesikreipia profesionalios pagalbos, kai jaučia depresijos ir perdegimo simptomus, emocinį išsekimą. Asmens sveikatos priežiūros sistemos būsimų darbuotojų psichologinės gerovės užtikrinimas prasideda aukštosiose mokyklose. 2020 m. Vilniaus universiteto atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad psichosocialinį stresą patyrė absoliuti dauguma (98,5 proc.) biomedicinos mokslų studijų programų studentų, daugiau nei pusė jų (60,4 proc.) teigė, jog stresą patyrė dažnai ir labai dažnai. Tokia situacija atskleidžia ne tik didelį psichologinės pagalbos aukštosiose mokyklose poreikį, bet ir būtinybę studentams būti išprususiems psichikos sveikatos srityje bei psichologiškai atspariems, t. y. turėti žinių, kaip palaikyti gerą savijautą, įveikti kylančius sunkumus, prireikus kreiptis pagalbos. Trūksta mokymų, skirtų pačių asmens sveikatos priežiūros specialistų ir gydymo įstaigų vadovų psichikos sveikatos raštingumui ir krizių valdymo kompetencijoms stiprinti, gerai psichikos sveikatos būklei palaikyti ir atsparumui psichosocialiniams profesinės rizikos veiksniams didinti, bei pagalbos priemonių perdegimą, psichologinį smurtą ar kitus emocinius sunkumus patiriantiems asmens sveikatos priežiūros specialistams. Tarptautinių tyrimų duomenys atskleidžia, kad asmens sveikatos priežiūros specialistų patiriamas psichologinis smurtas darbo vietoje negatyviai veikia asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, didina psichologinių ir psichosomatinių sutrikimų atsiradimo tikimybę. Šiai problemai spręsti trūksta psichologinio smurto ir mobingo prevencijos priemonių bei saugaus pranešimo mechanizmo.

1.3.5. Operatyviam valdymui trūksta sprendimams priimti reikalingos informacijos

1.3.5.1. Fragmentuotai vystomos ir teikiamos skaitmeninės sveikatos sistemos sprendiniais grįstos inovatyvios paslaugos

Didžioji dalis Lietuvos skaitmeninės sveikatos elementų yra pradinio brandos lygio. Neišvystytos nuotolinės specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos (gydytojo konsultacija gydytojui), žemas klasterių veiklos efektyvumui ir integruotų sveikatos priežiūros paslaugų tiekimui reikalingų medicininių duomenų bei pacientų grįžtamojo ryšio duomenų panaudojimas, nepakankamos integracijos tarp sveikatos sektoriaus ir išorinių informacinių sistemų, reikalingos operatyviam ir kokybiškam sprendimų priėmimui, veiklos procesų gerinimui ir rezultatų stebėsenai, naujų paslaugų kūrimui bei duomenimis pagrįstų inovacijų vystymui.

Pandemija išryškino ir nuotolinių konsultacijų, nuotolinių paslaugų poreikį, svarbą ir problemas. Problemos dėl konsultacijų telefonu, kompiuterinių ar mobiliųjų programų garso ar vaizdo sprendimų naudojimo pirmiausia susijusios su asmens duomenų apsaugos ir konfidencialumo klausimais, taip

pat galimybėmis įsigyti ir naudoti priemones, įgūdžiais jomis naudotis, taip pat interneto ryšio ir ryšio kokybės užtikrinimu bei finansų saugioms nuotolinėms konsultacijoms įgyvendinti trūkumu.

Inovatyvių sveikatos priežiūros sprendimų poreikis sparčiai didėja pasauliniu mastu, o tai sudaro prielaidas išskirtiniam gyvybės mokslų sektoriaus augimui. Moksliniai tyrimai ir eksperimentinė plėtra gyvybės mokslų srityje yra viena iš didžiausių pridėtinę vertę kuriančių sričių pažangiose pasaulio ekonomikose. Gyvybės mokslų sektorius šiuo metu sukuria daugiau kaip 1 proc. Lietuvos BVP, tačiau kuriant aukštos pridėtinės vertės ekonomiką ši dalis ilgalaikėje perspektyvoje turi būti ženkliai didesnė. Šiame šalies ekonominės raidos etape, kuriam įtakos turėjo Europoje ir visame pasaulyje vykstantys pokyčiai, būtina sutelkti mokslininkų pajėgas ir sukurti infrastruktūrą kompleksiniams moksliniams tyrimams.

1.3.5.2. Žemas sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų skaitmeninio raštingumo lygis

Sveikatos sektorius susiduria tiek su sveikatos priežiūros specialistų, tiek ir su gyventojų, kaip pacientų, skaitmeninio raštingumo problema. Skaitmeninis sveikatos raštingumas yra sveikatos raštingumo dalis ir siejamas su kompiuteriniu raštingumu – gebėjimais informaciją apie sveikatą rasti ryšių priemonėmis, naudotis informacinėmis sistemomis ir technologijomis siekiant teikti ir (arba) gauti sveikatos paslaugas. Žemas skaitmeninis sveikatos raštingumas riboja skaitmeninių sveikatos sprendimų naudojimą, todėl šie sprendimai neduoda efektyvios pamatuojamos naudos. Sveikatos priežiūros specialistai, ypač vyresnio amžiaus, dažnai susiduria su iššūkiu naudotis informacinėmis sistemomis, jose pildyti elektroninius medicinos dokumentus, konsultuoti nuotoliniu būdu ar teikti paslaugas telemedicinos priemonėmis. Iš kitos pusės, pacientai, kurių kompiuterinis raštingumas yra žemas, patiria sunkumų jungdamiesi prie e. sveikatos sistemos, registruodamiesi gauti sveikatos priežiūros paslaugų ar ieškodami informacijos apie jiems paskirtus tyrimus, išduotus vaistus ir kt. Nemažai vyresnio amžiaus gyventojų neturi prisijungimo priemonių, kuriomis galėtų jungtis prie informacinių sistemų patvirtindami tapatybę (m. parašo, el. bankininkystės), todėl net padedami kitų asmenų negali prieiti prie savo sveikatos duomenų ar registruotis gauti sveikatos priežiūros paslaugų pažangiomis priemonėmis. Todėl skaitmeninių kompetencijų ugdymas turėtų būti tinkamai integruotas ir į sveikatos sistemą.

1.3.5.3. Žemas sveikatos duomenų panaudojimo lygis dėl jų kokybės ir fragmentiškumo

Sveikatos sistemos informacinėse sistemose sukauptų ir kaupiamų gyventojų sveikatos duomenų pakartotiniam panaudojimui nesudarytos vienodos, aiškos sąlygos, todėl duomenys negali būti tinkamai įveiklinami inovacijų, plėtros, mokslinių tyrimų, švietimo, žinių vadybos ir kitais tikslais. Pastebėtina, kad didžiosios sveikatos priežiūros įstaigos savo informacinėse sistemose tvarko daug didesnius sveikatos duomenų kiekius, palyginti su tais, kuriuos privalomai teikia į ESPBI IS (teikiama iki 40 proc. tvarkomų duomenų). Informacinėse sistemose tvarkomi sveikatos duomenys nėra įveiklinami dėl žinių ir išteklių trūkumo, asmens duomenų saugumo pažeidimo rizikos, nuasmeninimo įrankių neturėjimo ir dėl nepakankamos duomenų brandos, siekiant juos jungti į rinkinius, ir nepakankamo sistemų interoperabilumo (sąveikumo) ar tokių sprendimų nebuvimo. Neįveiklinami duomenys nekuria pridėtinės vertės ir naudos visuomenei (pacientams, mokslo ir verslo, sveikatos sistemos atstovams). Nepanaudojant duomenų pakartotinai, nesudaromos sąlygos greito diagnozavimo sprendimams, gerinantiems sveikatos priežiūrą, kurti. Pavyzdžiui, kuriant dirbtinio intelekto pagrindu veikiančias sistemas, kurios automatiškai nustatytų paciento sveikatos būklę, atskirose diagnostikos srityse būtų taupomas sveikatos priežiūros specialistų darbo laikas. Taip pat nesudaromos sąlygos naujoms paslaugoms ir produktams sukurti ir tobulinti (pažangūs telemedicinos sprendimai), politikos formavimui gerinti žinių vadyba sveikatos srityje paremtais sprendimais.

Pirminis asmens sveikatos duomenų rinkimo tikslas yra tiesioginė sveikatos priežiūros įstaigų veikla, t. y. ligų prevencija, diagnostika ir gydymas. Tačiau sveikatos sistemoje sukauptus duomenis ypač svarbu pakartotinai panaudoti tiek mokslo ir verslo inovacijoms kurti, tiek veiklos analitikai, padedančiai priimti racionalius, duomenimis pagrįstus sprendimus, optimizuoti procesus, kaštus bei specialistų darbo laiką. Šiuo metu didelė dalis vadybinių sprendimų priimami nesivadovaujant duomenimis, vien dėl tos priežasties, kad sveikatos įstaigų IS nėra pritaikytos automatizuotam duomenų kaupimui ir analitikai (nestruktūruoti įrašai, nėra analitinių įrankių, nėra reikiamų personalo išteklių ir kompetencijos).

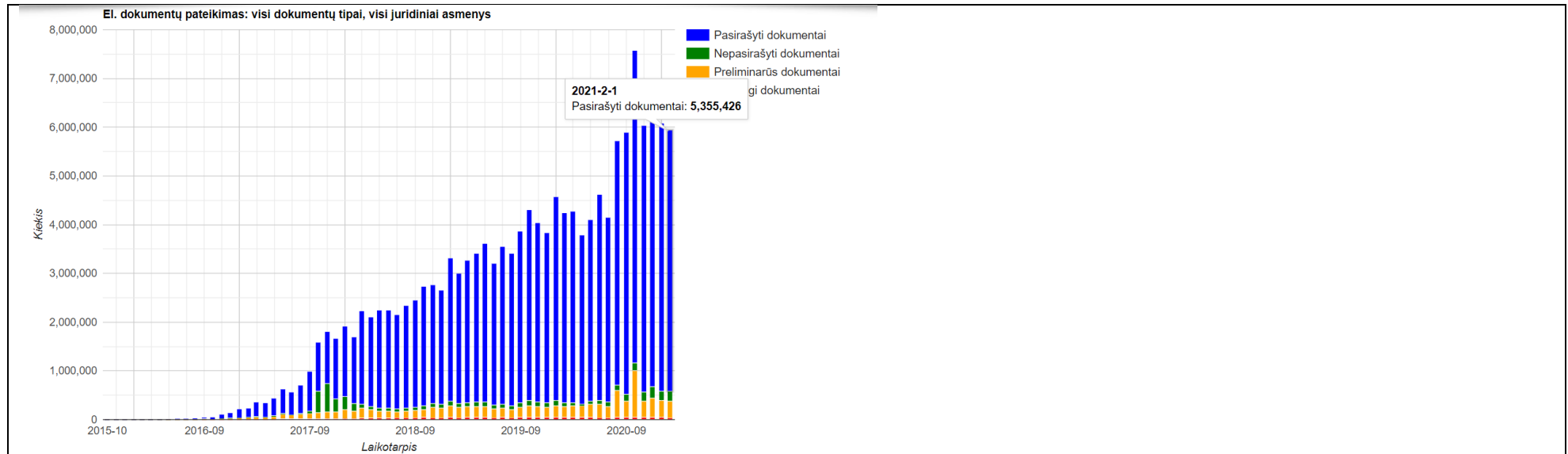
Duomenų mokslo ir DI pagrindu gali būti kuriamos inovatyvios pacientų stebėsenos ir klinikinių sprendimų palaikymo sistemos, pranokstančios žmogaus gebėjimus apdoroti milžiniškus informacijos kiekius. Tačiau duomenų analitikos reikmėms būtina tinkamai struktūruoti ir integruoti daugiaprofilines informacines sistemas, užtikrinti saugias duomenų prieigos priemones, įdiegti duomenų apdorojimo programinę įrangą bei skaičiavimo pajėgumus, užtikrinti reikiamus žmogiškuosius išteklius sistemos priežiūrai. Taip būtų skatinama tolesnė sveikatos priežiūros skaitmenizacija, didėtų galimybė dalyvauti tarptautiniuose mokslo ir inovacijų projektuose bei pagerėtų konkurencingumas tarptautinėje rinkoje.

1.3.5.4. Nepakankamas sveikatos sistemos procesų skaitmenizavimo lygis

2015 m. buvo pradėta naudoti pagrindinė Lietuvos e. sveikatos sistemos įgyvendinimo priemonė Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (ESPBI IS) – Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos organizacinių, techninių ir programinių priemonių, skirtų pacientų elektroninėms sveikatos istorijoms centralizuotai formuoti, naudoti ir kaupti ir jomis keistis tarp sveikatinimo veiklą vykdančių įstaigų, jų specialistų ir kitų darbuotojų, visuma. ESPBI IS užtikrina Lietuvos elektroninės sveikatos sistemos subjektų bendradarbiavimą ir jų informacinių sistemų integraciją, elektroninės sveikatos paslaugų teikimą ir prieigą prie viešojo administravimo institucijų informacinių išteklių.

Į ESPBI IS per mėn. pateikiama apie 5 mln. medicinos dokumentų. Nuo 2017 m. elektroninių receptų skaičius ženkliai augo – Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, 2020 m. gruodžio mėn. 99,7 proc. visų kompensuojamųjų vaistų receptų buvo elektroniniai. Ne tik e. recepto, bet ir visos e. sveikatos sistemos naudojimas ženkliai išaugo: 2020 m. gruodžio mėn. duomenimis, 95 proc. stacionaro epikrizių, 100 proc. ambulatorinių apsilankymų aprašymų, 100 proc. siuntimų, 96 proc. vairuotojo sveikatos patikrinimo medicininių pažymų, 100 proc. vaiko gimimo pažymėjimų ir medicininių mirties liudijimų yra išrašoma elektroniniu būdu. E. sveikatos naudojimas ženkliai padidėjo Lietuvoje 2020 m. paskelbus ekstremaliąją situaciją ir karantiną dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) (41 paveikslas).

41 paveikslas. Elektroninių dokumentų pateikimo apimtys sveikatos apsaugos sistemoje



Šaltinis: ESPBI

2019 m. balandžio mėn. ESPBI IS pradėjo veikti vaistų sąveikos tikrinimo, išrašant elektroninius receptus, funkcija. 2020 m. aktyviai komunikuoiant su sveikatos priežiūros įstaigomis, funkcionalumo naudojimas išaugo iki 100 proc. Ateityje tikimasi dar labiau sumažinti dėl nepageidaujamos vaistų sąveikos kylančių sveikatos sutrikimų atvejų skaičių ir skatinti racionalų vaistų skyrimą.

ESPBI IS esantys duomenys yra svarbūs ir epidemiologiniais tikslais – Lietuvoje 2020 m. paskelbus ekstremaliąją situaciją ir karantiną dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės, sveikatos apsaugos ministro, valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimais įstaigos (mobilieji punktai, laboratorijos ir kitos įstaigos) įpareigosios į ESPBI IS suvesti duomenis apie paimitus ėminius COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) laboratoriniams tyrimams atlikti ir šių tyrimų rezultatus. Šių duomenų centralizuotas ir operatyvus surinkimas per ESPBI IS yra ypač svarbus vertinant epidemiologinę situaciją šalyje ir planuojant epidemijos suvaldymo priemones. Vakcinacijos įrašai yra taip pat tvarkomi centrinėje e. sveikatos sistemoje (ESPBI IS).

Nors pastebima didelė sveikatos sektoriaus skaitmenizavimo pažanga, kryptingo vystymo procesus stabdo tai, kad nėra parengta ilgalaikė sveikatos sistemos skaitmenizavimo strategija, pagrįsta integralumo, nuoseklumo ir kuriamos vertės principais. Ilgą laiką atskirtų sveikatos sistemos grandžių / įstaigų informacinės sistemos vystėsi fragmentuotai, skiriasi jų skaitmeninė branda, galimybės keistis generuojamais duomenimis, juos analizuoti ir priimti sprendimus. Veiklos procesų logika daugeliu atveju vis dar yra pagrįsta ne duomenų, bet dokumentų generavimo sprendimais, informacinės sistemos vystomos prioritetą teikiant įstaigos vidiniams poreikiams (angl. *institution centered*), bet ne paciento poreikiams (angl. *patient centered*), per mažai skiriama dėmesio informacinių sistemų „draugiškumui“ vartotojui kaip bendram kokybės standartui. Neįgyvendintos visos būtinos sveikatos duomenų įveiklinimo sąlygos, kurios užtikrintų jautrių sveikatos duomenų apsaugą, nustatytų skaitmeninių sveikatos duomenų pagrindu kuriamų

inovacijų etinius standartus ir kokybės bei saugos reikalavimus.

Nepakankamas patologijos tyrimų duomenų struktūravimo ir skaitmenizavimo lygis šalies ASPI stabdo patologijos tyrimų duomenų integraciją į ESPBĮ, neleidžia palaikyti šiuolaikinių patologijos tyrimų standartų, apsunkina medicinos specialistų dalyvavimą daugiadalykių komandų aptarimuose, nuotolinio konsultavimosi ir kituose telemedicinos projektuose. Struktūrizuoti vėžio ir kitų patologijos tyrimų diagnozių protokolai, duomenų struktūrizavimas ir vaizdų skaitmeninimas reikalingi siekiant optimalaus duomenimis pagrįsto kokybės valdymo, analitikos ir gydymo sprendimų.

1.3.5.5. Trūksta išsamesnių duomenų sveikatos sistemos veiklos rezultatų ir kokybės vertinimui

Sveikatos apsaugos ministerija šiuo metu įgyvendina Struktūrinės reformos paramos programos projektą, kurio tikslas yra sukurti sveikatos sistemos efektyvumo vertinimo sistemą (angl. *HSPA*), atrenkant aktualiausius Lietuvos kontekstui rodiklius pagal tematinės grupes ir hierarchinius lygius. Pilnam šios sistemos įveiklinimui stinga teisinių prielaidų, susitarimo dėl siektinų rezultatų konkretiems rodikliams, prieigos prie reikalingų analitinių duomenų ir šių duomenų apdorojimo įrankių, siekiant kuo daugiau informacijos atverti visuomenei. Siekis yra sukurti sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo vertinimo modelį, apimančią nacionalinį, savivaldybių bei gydymo įstaigų lygmenis.

Lietuva renka daug duomenų, leidžiančių stebėti gyventojų sveikatos rodiklių pokyčius, taip pat sveikatos priežiūros išteklių pokyčius nacionaliniu ir savivaldybių lygmenimis. Tačiau labai trūksta rodiklių, leidžiančių tinkamai įvertinti visuomenės sveikatos biurų, pirminės sveikatos priežiūros centrų, ligoninių efektyvumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Nėra sistemos ir bendro sutarimo, kaip palyginti gydymo įstaigų veiklą. Be to, atsižvelgiant į tai, kad už dalį sveikatos priežiūros paslaugų, tokių kaip pirminė priežiūra, visuomenės sveikata, psichikos sveikata, slauga ir ilgalaikė priežiūra, yra atsakingos savivaldybės, labai svarbu turėti įrankį sveikatos priežiūros rezultatams ir kokybei įvertinti savivaldybių lygmeniu.

1.3.6. Esama infrastruktūra ir ribotas finansavimas nesudaro galimybių operatyviai reaguoti į grėsmes

1.3.6.1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklas nepritaikytas potencialioms grėsmėms

ASPI tinklas nepritaikytas potencialioms grėsmėms plačiąja prasme (branduolinės avarijos, užterštumo radioaktyviosiomis medžiagomis, pavojingų užkrečiamųjų ligų epidemijos ir (ar) pandemijos, cheminės avarijos, didelės pramoninės avarijos ar teroristinių išpuolių ir masinių neramumų atvejais, užsieniečių, nelegaliai kirtusių Lietuvos sieną, atvejais). COVID-19 infekcijos sukelta ekstremali situacija sukėlė staigų specifinių sveikatos priežiūros paslaugų augimą, kuriam sveikatos sistema nebuvo pasiruošusi: trūko žinių apie infekcijos sukėlėją, diagnostiką, gydymą, ASPI ir kiti sveikatos sistemos subjektai neturėjo pakankamai asmeninės apsaugos priemonių, medicininės įrangos, vaistų, apmokyto ir pakankamo personalo, pritaikytos infrastruktūros ir darbo organizavimo algoritmų. COVID-19 pandemijos metu išmoktos pamokos rodo, kad tiek infekcijų protrūkių, tiek kitokio pobūdžio ekstremalių situacijų rizika turi būti tinkamai vertinama ir sistema turi būti pajėgi transformuotis, kad užtikrintų būtinų sveikatos priežiūros

paslaugų prieinamumą visiems šalies gyventojams krizių laikotarpiais. EBPO, PSO, EK ypač atkreipia dėmesį į pažeidžiamiausių grupių poreikius (slaugos / globos įstaigose esančius asmenis, mažas pajamas turinčius, vienišus, neįgalius asmenis, tautines mažumas ir pan.)⁶⁸.

ASPI nepasiruošimą dirbti ekstremaliosios situacijos atveju pademonstravo antroji COVID-19 banga – didelis sergamumas lėmė ženklus ir neišvengiamus reanimacijos intensyviosios terapijos sistemos pokyčius bei atskleidė esminius sistemos organizavimo ir kokybės kontrolės trūkumus. Lietuvoje pasireiškė santykinai aukštas pacientų, hospitalizuotų reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuose, mirštamumas, pavyzdžiui, VLK duomenimis, pacientų, kuriems buvo nustatyta COVID-19 diagnozė ir kuriems buvo taikyta invazinė dirbtinė plaučių ventiliacija, 2020 m. rugsėjo–gruodžio mėn. mirštamumas siekė iki 77,9 proc. (6 lentelė).

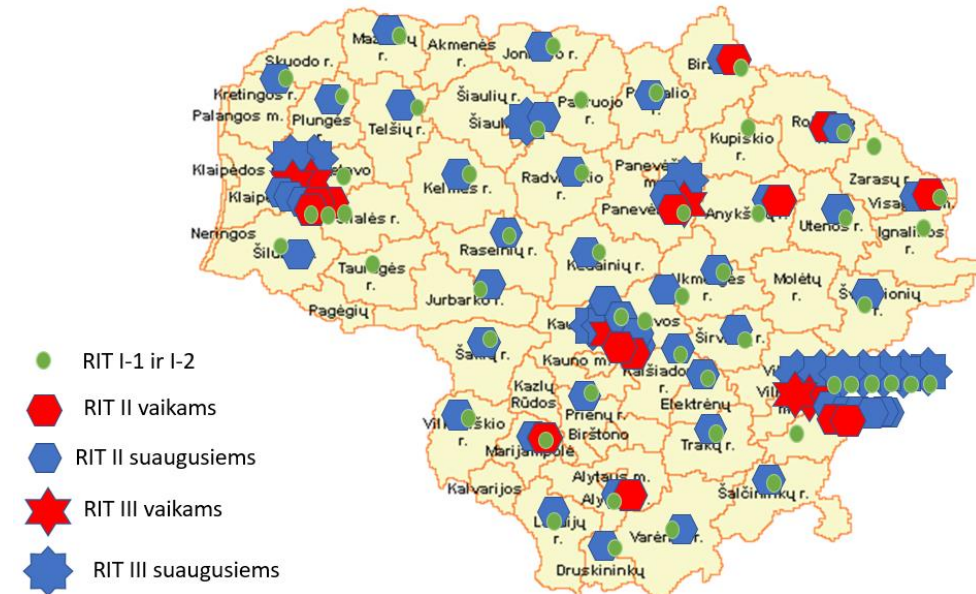
6 lentelė. Sergančiųjų COVID-19 liga mirštamumas Lietuvoje 2020-09-01 ir 2020-12-31:

| Kriterijus | Gydymo atvejų skaičius | | | Mirusiųjų skaičius | | | Mirusiųjų dalis |
|---|------------------------|---------|---------|--------------------|---------|---------|-----------------|
| | < 65 m. | ≥ 65 m. | iš viso | < 65 m. | ≥ 65 m. | iš viso | iš viso |
| Covid-19 pacientai ASPI: | 4 978 | 6 695 | 11 673 | 433 | 1 970 | 2 403 | 20,6 % |
| iš jų sergantys pneumonija ar sepsiu | 3 911 | 5 409 | 9 320 | 394 | 1 786 | 2 180 | 23,4 % |
| Covid-19 pacientai RITS: | 704 | 1 124 | 1 828 | 276 | 682 | 958 | 52,4 % |
| iš jų sergantys pneumonija ar sepsiu | 547 | 860 | 1407 | 258 | 627 | 885 | 62,9 % |
| RITS pacientai (Covid-19 pagrindinė ir nepagrindinė), kuriems taikyta invazinė DPV: | 337 | 521 | 858 | 225 | 443 | 668 | 77,9 % |
| ≤ 24 val.: | 87 | 168 | 255 | 56 | 145 | 201 | 78,8 % |
| > 24 val. ir < 96 val.: | 73 | 124 | 197 | 41 | 99 | 140 | 71,1 % |
| ≥ 96 val.: | 177 | 229 | 406 | 128 | 199 | 327 | 80,5 % |
| RITS pacientai, kuriems taikyta EKMO: | 12 | 1 | 13 | 9 | 1 | 10 | 76,9 % |
| RITS pacientai, kuriems taikyta PIT: | 101 | 101 | 202 | 71 | 86 | 157 | 77,7 % |

Reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugų, kai dirbtinė plaučių ventiliacija buvo taikoma daugiau kaip 24 val., 2019 m. buvo suteikta 3710 atvejais. 2957 atvejais (80 proc.) šios paslaugos buvo suteiktos 10 ASPI (18 proc.), 3414 atvejais (92 proc.) paslaugos buvo suteiktos 20 ASPI (36 proc.), kitos 35 ASPI (64 proc.) teikė paslaugas 296 atvejais (8 proc.). Kompleksinės intensyviosios terapijos paslaugos yra koncentruotos stambiausiuose centruose (42 paveikslas).

⁶⁹ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021. Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-1v;jsessionid=0HiL9GNfAx1-xQzyu6KuFvxu.ip-10-240-5-23

42 paveikslas. Reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugų pasiskirstymas regionuose



Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija

Reanimacijos ir intensyviosios terapijos (toliau – RIT) paslaugų teikimas pandemijos metu parodė, kad esama paslaugų teikimo sistema nėra pasiruošusi krizinėms situacijoms – dalis intensyviosios terapijos lovų buvo nepanaudota, o didžiosios šalies ligoninės atidarė papildomus RIT skyrius (toliau – RITS), keitė RITS profilį ir stabdė paslaugų teikimą kitomis ligomis sergantiems pacientams. Iš 56 ASPI, turinčių RITS, 36 ASPI RITS yra iki 6 lovų dydžio (64 proc. visų Lietuvos RITS), kurie nėra aprūpinti centralizuotomis deguonies tiekimo sistemomis, neturi reikiamų diagnostinių priemonių, negali užtikrinti reikiamo organų palaikymo, trūksta personalo.

Išaiškėjo paslaugų teikimo regionuose netolygumas, dėl ko galimas neefektyvus resursų panaudojimas ir klinikinių išiečių / kokybės skirtumai, pavyzdžiui, 2019 m. pacientų mirštamumas per 60 dienų po hospitalizavimo į RITS Rokiškio, Kupiškio, Ignalinos, Lazdijų, Širvintų, Pakruojo (RITS iki 6 lovų) buvo 36–21 proc., o pacientų mirštamumas LSMUL Kauno klinikų, VšĮ VUL Santaros klinikų, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje ir VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje – 13,7–6,6 proc.

Lėtas atsakas į COVID-19 pandemijos iššūkius pademonstravo, kad **RIT paslaugų teikimo struktūra ir struktūrinė adaptacija pokyčiams nėra pakankamai dinamiška, todėl negali tinkamai atliepti kintančių poreikių bei iššūkių.** Išaiškėjo paslaugų teikimo regionuose netolygumas, dėl ko galimas neefektyvus resursų panaudojimas ir klinikinių išiečių / kokybės skirtumai.

Efektyvus intensyviosios terapijos ir intensyviosios priežiūros paslaugas teikiančių ASPI tinklo funkcionavimo pagrindas – intensyviosios terapijos

paslaugų teikimo reikalavimų ir paslaugų standarto nustatymas. Iki šiol Lietuvoje galioję standartai apibrėžė tik įrangos ir specialistų reikalavimus, tačiau nebuvo reikalavimų patalpoms. Didžioji dalis intensyviajai terapijai skirtų patalpų nėra specialiai projektuotos. Patalpos, kurios buvo renovuotos ir pritaikytos, neatitinka minimalių erdvės poreikių, retas intensyviosios terapijos skyrius yra bent iš dalies pritaikytas infekcinių ligų epidemijoms. Skyrių struktūra dažnai nepalanki antibiotikams atsparių infekcijų valdymui. Paskelbus ekstremaliąją situaciją dėl užsieniečių, nelegaliai kirtusių Lietuvos Respublikos sieną, išryškėjo problemos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimu, jų apmokėjimu, specialistų trūkumu, ypač teikiant pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros ir greitosios medicinos pagalbos paslaugas.

1.3.6.2. Neišplėta kraujo vaistinių preparatų gamyba

Kraujo vaistiniai preparatai (KVP) – tai iš kraujo plazmos gaminami vaistai, skirti gyvybei pavojingoms ūminėms bei lėtinėms ligoms gydyti. Kraujo plazmą donuoja donorai. Iš kraujo plazmos gaminami KVP: normalus žmogaus imunoglobulinas, krešėjimo veiksniai, albuminas, protrombino kompleksas, kt.

Vertinant pasauliniu mastu, asmens sveikatos priežiūroje pakankamai plačiai vartojami KVP, kurie yra gaminami būtent iš donorų kraujo dalies – plazmos. Pvz., ES per metus suvartojama: Ig* – 76g/1000 gyventojų, JAV – 200g/1000 gyventojų, o Lietuvoje šiuo metu Ig suvartojama maždaug pusė ES vidurkio. Planuojama, kad Ig bei kitų KVP vartojimas sparčiai didės dėl senėjančios visuomenės (silpnėjančio imuniteto), didesnio imunosupresuotų pacientų skaičiaus visuomenėje, periodinių epidemijų bei pandemijų. Be to, planuojami nauji KVP, pvz., hiperimuniniai Ig prieš konkrečius pandemijų sukėlėjus.

Lietuvoje 2019 m. sunaudota apie 43 000 g centralizuotai perkamo normalaus žmogaus imunoglobulino (Ig), papildomai Santaros klinikose 2019 m. sunaudota 12 000 g Ig, tam tikras Ig sunaudojamas ir kitose šalies įstaigose, todėl šiuo metu Lietuvos poreikiams reikia 55 000 – 60 000 g Ig (Valstybinės ligonių kasos, Santaros klinikų informacija). Lietuvos dabartiniais KVP poreikiams patenkinti reikia maždaug 20 000 plazmos donacijų per metus.

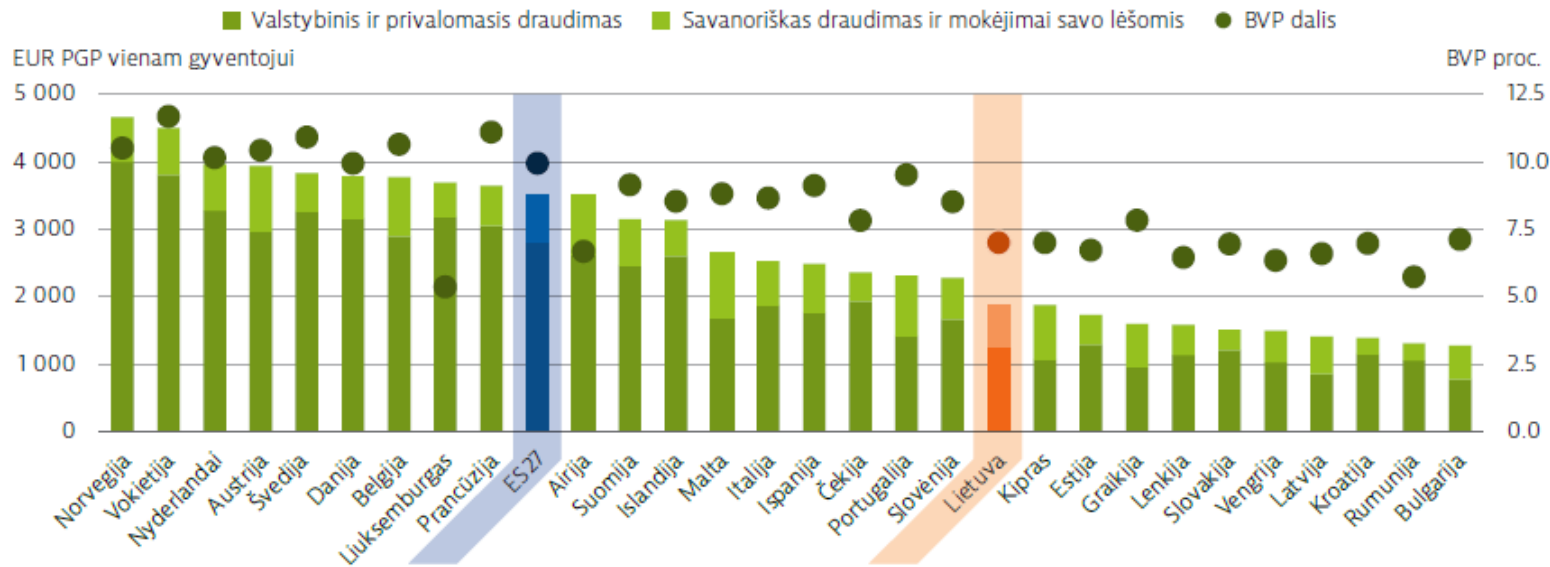
ES 50 proc. gaminamų preparatų priklauso nuo trečiosiose šalyse paruoštos plazmos. Visi Lietuvoje vartojami KVP yra importuojami pagaminti ne iš Lietuvos donorų plazmos. COVID-19 pandemijos metu plazmos donacijų skaičius JAV bei ES ryškiai sumažėjo. Kyla rizika, kad užsitęsęs donacijų sumažėjimas sutrikdys KVP gamybą. Šis faktas patvirtina Lietuvos priklausomybę nuo trečiųjų šalių dėl galimų strateginės žaliavos plazmos bei KVP tiekimo, jei sutrinka arba nutrūksta tiekimas. Neturint galimybės pačiai šaliai apsirūpinti gyvybiškai svarbiais kraujo preparatais, ištikus krizinėms situacijoms (dėl infekcinių ligų pandemijos, Astravo atominės elektrinės avarijos atveju, klimato kaitos sukeltos grėsmės ir pan.) sveikatos sistema tampa labai pažeidžiama ir nepajėgi užtikrinti gyvybiškai svarbios sveikatos priežiūros.

1.3.6.3. Sveikatos sistemos finansavimas nėra tvarus

Išlaidos sveikatai Lietuvoje tebėra mažos, tačiau pastaraisiais metais jos nuolat didėjo. 2019 m. vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai Lietuvoje (1 885 EUR) buvo beveik per pusę mažesnės už ES vidurkį (3 521 EUR, pakoreguota atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus), tačiau jos yra vienos didžiausių Vidurio ir Rytų Europoje (43 paveikslas). 2015–2019 m. išlaidos sveikatai nuolat didėjo maždaug 6 proc. per metus, todėl laipsniškai mažėjo atotrūkis nuo ES vidurkio. Išlaidas sveikatai išreiškus BVP dalimi, jos Lietuvoje išliko palyginti nedidelės ir siekė 7,0 proc. BVP (ES vidurkis – 9,9 proc.). 2019 m. valstybės lėšomis buvo finansuojama tik du trečdaliai (66 proc.) išlaidų sveikatai, o likęs trečdalis

buvo padengiamas iš privačių šaltinių, daugiausia atliekant mokėjimus savo lėšomis. Padėtis šioje srityje skiriasi nuo ES vidurkio, kai viešosiomis lėšomis padengiama apie 80 proc. išlaidų sveikatai⁶⁹.

43 paveikslas. Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai ES ir Lietuvoje, 2019 m.⁷⁰



Pastaba. ES vidurkis yra svertinis.

Šaltinis: EBPO

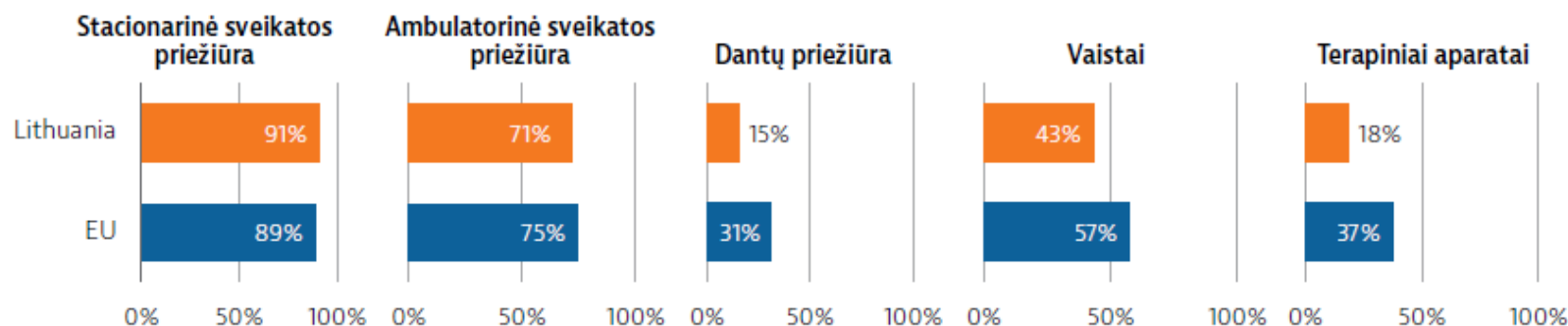
Kompensuojamos paslaugos Lietuvoje apibrėžtos plačiai ir apima prevencijos, pirminės ir specializuotos sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir slaugos paslaugas. Viešieji paslaugų teikėjai už pirminės ir specializuotos ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugas (įskaitant kai kuriuos tyrimus ir vartojimo reikmenis, taip pat apsilankymus pas gydytojus specialistus be siuntimo) taiko tam tikrus paciento mokesčius. Valstybės lėšomis padengiama 50 arba 100 proc. ambulatoriniam gydymui skirtų kompensuojamųjų vaistų ir 80 arba 100 proc. kompensuojamųjų medicinos priemonių įsigijimo išlaidų. Padengiamos išlaidos už odontologijos paslaugas, teikiamas pirminės sveikatos priežiūros centruose, tačiau nekompensuojamos

⁶⁹ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021. Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-lv;jsessionid=0HiL9GNfAx1-xQzyu6KuFvxu.ip-10-240-5-23

⁷⁰ Maltos atveju pateikti 2018 m. duomenys.

išlaidos suaugusiųjų dantų priežiūros medžiagoms. Iš 44 paveikslą matyti, kad, nepaisant pastaruoju metu pagerėjusios padėties, valstybės lėšomis padengiama išlaidų ambulatorinei sveikatos priežiūrai, vaistams, medicinos priemonėms ir dantų priežiūrai dalis tebėra mažesnė už ES vidurkį⁷¹.

44 paveikslas. Viešosios išlaidos, palyginti su visomis išlaidomis sveikatai, pagal paslaugų rūšį, 2019 m.



Pastaba. Ambulatorinių paslaugų sektoriuje teikiamos medicininės paslaugos daugiausia yra bendrosios praktikos gydytojų ir gydytojų specialistų teikiamos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos. Vaistai apima receptinius ir nereceptinius vaistus, taip pat neilgalaikio vartojimo medicinos prekes. Terapiniai aparatai yra regos priemonės, klausos aparatai, neįgalųjų vežimėliai ir kitos medicinos priemonės.

Šaltinis: EBPO

2020 m. Tarybos rekomendacijose Lietuvai atkreipiamas dėmesys į būtinybę „didinti sveikatos sistemos atsparumą, be kita ko, sutelkiant adekvatų finansavimą <...>. Sveikatos draudimo sistemos plėtojimas neatskiriamas nuo sveikatos priežiūros aprėpties didinimo. Prieinama ir kokybiška sveikatos priežiūra yra žmonių gerovės ir sėkmingo valstybės ekonominio bei socialinio vystymosi pagrindas. PSO deklaruoja⁷², kad tikslo „Sveikata visiems“ (angl. *Health for All*) siekimas leis gerinti žmonių gyvenimo kokybę, o tai svarbu taikai pasaulyje ir visuotiniam saugumui užtikrinti. PSO šalys narės 2005 m. susitarė, kad plėtos savo sveikatos priežiūros sistemas taip, kad visi jų gyventojai turėtų vienodą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir nekenktų dėl finansinės naštos, mokėdami už šias paslaugas.

2020 m. visam pasauliui, įskaitant Lietuvą, susidūrus su COVID-19 infekcija ir jos sukeltais padariniais, Lietuvos valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalies didinimas yra iššūkis, tačiau atsižvelgiant į tai, kad ši dalis šiuo metu yra viena mažiausių ES (2019 m. Lietuvoje valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai sudarė apie 66 proc. visų išlaidų sveikatai, o PSO rekomenduoja, kad ši dalis turėtų sudaryti apie 80 proc.), pastangos siekti ES vidurkio yra pagrįstos. Augančios gyventojų sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos leistų užtikrinti prieinamą, saugią, kokybišką valstybės

⁷¹ EBPO. Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021. Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-lyjsessionid=0HiL9GNfAx1-xQzyu6KuFvxu.ip-10-240-5-23

⁷² Health systems financing. The path to universal coverage. World Health Organization, WHO Press, 2010.

kompensuojamų paslaugų teikimą, o iš kitos pusės, ir sveikatos priežiūros finansinį tvarumą neapibrėžto laikotarpio ekonomikos padarinių, sukeltų COVID-19 infekcijos, aplinkybėmis: užtikrintų, kad sveikatos priežiūros teikėjai laiku gautų nepertraukiamą apmokėjimą, teisingą darbo sąnaudas ir kvalifikaciją atitinkantį atlygį.

Valstybės kontrolės atliktame Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinime yra konstatuota, kad valstybė nesumoka ar sumoka mažiau įmokų į fondą už socialiai jautriausių asmenų grupes ir taip neįvykdo savo įsipareigojimų fondui.⁷³ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarime teigiama, kad „daugelis sveikatos priežiūros paslaugų yra finansuojama iš viešųjų lėšų, kurios gali būti sukaupiamos ir įstatymų leidėjui pasirinkus privalomąjį sveikatos draudimą; valstybė <...> privalo pasirūpinti ir tuo, kad šios lėšos būtų naudojamos atsakingai ir racionaliai; atsižvelgiant į tai, kad dėl didėjančių sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, vis aukštesnių jų kokybės standartų, sudėtingesnių ir brangesnių sveikatos priežiūros technologijų šių paslaugų teikimo išlaidos nuolat auga, o joms apmokėti skirtos viešosios lėšos yra ribotos, <...> kyla pareiga nustatyti tokį teisinį reguliavimą, kuriuo būtų sudarytos prielaidos valstybei šį finansavimą planuoti“. 2021 m. PSDF biudžeto pajamų struktūroje dirbančiųjų privalomojo sveikatos draudimo (PSD) įmokos, administruojamos „Sodros“, sudaro 1 535 mln. Eurų, arba 63 proc. Analizuojant 2020 m. vidutinį apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu skaičių, pastebima, kad iš 2 963 765 apdraustųjų asmenų valstybės lėšomis draudžiamųjų skaičius siekė 1 542 898, arba 52 proc.

Tobulinant sveikatos sistemos finansų valdyseną ir skatinant sveikatos priežiūros įstaigas racionaliai naudoti sveikatos sistemos resursus, ieškoma naujų apmokėjimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas būdų. Šiuo metu Lietuvoje vyrauja mišri apmokėjimo sistema: stacionare – apmokėjimas už atvejį / epizodą; pirminėje sveikatos priežiūroje daugiausia taikomas *per capita* metodas; brangiems tyrimams taikomas apmokėjimas už rezultatą. Apmokėjimas už atvejį / epizodą ar paslaugą skatina paslaugų teikėjų produktyvumą, bet ne orientaciją į naudą pacientui. Tiek ambulatorinių paslaugų srityje pagal ambulatorinius apsilankymus per metus 1 gyventojui, tiek ypač stacionarinių paslaugų srityje pagal hospitalizacijų skaičius per metus 100 gyventojų Lietuva ženkliai viršija ES šalių vidurkį.

Visų sveikatos sistemoje veikiančių elektroninių sistemų ir jų sąsajų su kitomis valstybės elektroninėmis sistemomis efektyvumas yra viena iš svarbiausių valdymo inovacijų. Nemodernizuotas analitinės informacijos valdymas sąlygoja sveikatos sektoriaus, iš kurio vien ligoninių apyvarta 2019 m. viršijo 700 mln. eurų, valdymo efektyvumo stoką, nes tam trūksta patikimos, išsamios, efektyviai surenkamos bei apdorojamos ir, kas labai svarbu, palyginamos informacijos valdymo sprendimams priimti tiek ligoninių padalinių, tiek pačių ligoninių, tiek ir viso ligoninių sektoriaus lygmeniu. Šiuo metu ši informacija renkama ir apdorojama didelėmis administracinėmis pastangomis bei kaštais, yra fragmentuota ir dažnai sunkiai palyginama: Lietuvos ligoninės (65 aktyviojo gydymo ir 12 atskirų slaugos ligoninių) ir kitos sveikatos priežiūros įstaigos naudoja lokalius, skirtingus, mažai

⁷³ Valstybės kontrolės 2018 m. spalio 1 d. valstybinio audito ataskaita Nr. FA-2018-P-6-3-7-1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23808/privalomojo-sveikatos-draudimo-fondo-2017-metu-konsoliduotuju-finansiniu-ir-biudz>

integruotus veiklos ir išteklių valdymo informacinius sprendimus arba apskritai tokių sprendimų nenaudoja. Valstybės kontrolė akcentavo, kad iš privalomojo sveikatos draudimo apmokamos paslaugų kainos nėra pagrįstos objektyviomis sąnaudomis⁷⁴. Auditorių nuomone, už gydymo paslaugas turėtų būti nustatyta tokia kaina, kuri padengtų objektyviai pagrįstas paslaugų teikimo sąnaudas, nes šiuo metu apskaičiuojamos netikslios (sumažintos) paslaugų, kurioms suteikti naudojamas turtas, taikomos naujos technologijos ir pan., kainos.

1.4. Ribota inovacijų plėtra

1.4. Problemos priežastys:

- 1.4.1. sveikatos technologijų vertinimas neintegruotas į sprendimų priėmimo procesą;**
- 1.4.2. ribotas ir nesavalaikis inovatyvių vaistų prieinamumas;**
- 1.4.3. neišplėtotos pažangios terapijos technologijos;**
- 1.4.4. lėta personalizuotos medicinos plėtra;**
- 1.4.5. sveikatos duomenys nėra įveiklinami pacientų gydymo kokybei gerinti;**
- 1.4.6. neišvystyta embrionų ir organų donorystės sistema;**
- 1.4.7. ribotos Privalomojo sveikatos draudimo fondo galimybės finansuoti inovatyvias sveikatos priežiūros technologijas.**

1.4.1. Sveikatos technologijų vertinimas neintegruotas į sprendimų priėmimo procesą

Sveikatos technologijų vertinimo (STV) procesas įtvirtintas aukščiausiu lygmeniu – Sveikatos sistemos įstatyme, kuriame apibrėžtas jo tikslas, apimtis bei įgaliotos institucijos.

Lietuvoje STV veikla išlieka fragmentiška. Horizontalusis koordinavimas (bendrų metodikų kūrimas, suinteresuotų šalių dalyvavimas, sklaidos ir įgyvendinimo planai bei informuotumo didinimas) nevyksta. STV patikimumas priklauso ne tik nuo nepriklausomumo interesų grupėms, bet ir nuo metodinės patirties, kartu išlaikant glaudų ryšį su sprendimų priėmėjais. Todėl būtina užtikrinti stabilų, ilgalaikį STV finansavimą ir politinės įtakos neutralizavimo mechanizmus. Pastaraisiais dešimtmečiais sveikatos priežiūros technologijų kūrimas ir naudojimas augo itin dideliu tempu. Dėl staigaus naujų technologijų pasiūlos augimo tapo neįmanoma suspėti su medicinos pažanga, o neefektyvios technologijos įsiliejo į sveikatos priežiūros sistemą. Sveikatos priežiūros technologijos tampa vis brangesnės – tiek įsigyti, tiek naudoti; tai prisideda prie nuolatinio sveikatos priežiūros kainų augimo. Būtina pasiekti maksimaliai racionalų turimų išteklių panaudojimą, tad kyla būtinybė stabdyti neefektyvių sveikatos priežiūros technologijų integraciją, kol neįrodoma reali jų nauda, taip pat neleisti pakeisti turimų efektyvių diagnostikos ir terapinių procedūrų naujomis, tačiau nepatvirtintomis technologijomis, kuriomis negalima pasiekti geresnių rezultatų ar kurios nėra ekonomiškai efektyvios.

Lietuvoje yra kelios atskiros, pagal kompetenciją atliekančios skirtingų sveikatos technologijų vertinimą, įstaigos – VASPVT, HI, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba. 2013–2015 m. parengtos ir patvirtintos visuomenės sveikatos technologijų ir su medicinos priemonėmis susijusių technologijų

⁷⁴ Valstybės kontrolės 2018 m. spalio 1 d. valstybinio audito ataskaita Nr. FA-2018-P-6-3-7-1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23808/privalomojo-sveikatos-draudimo-fondo-2017-metu-konsoliduotuju-finansiniu-ir-biudzo>

vertinimo metodikos. VASPVT sveikatos priežiūros technologijų, susijusių su medicinos prietaisais, vertinimus atlieka pagal Europos sveikatos priežiūros technologijų vertinimo tinklo EUnetHTA parengtą modelį.

Nuo 2020 m. įsigaliojo nauja vaistų, kaip sveikatos technologijų, vertinimo metodika ir tvarka⁷⁵. Nuo 2014 m. veikia SAM sudarytas STV komitetas, kurio tikslas – koordinuoti STV veiklas. Tačiau STV naudojimas aukščiausiu politiniu ir administraciniu lygmeniu yra neaiškus. Informacija apie šio komiteto aprobuotas / neaprobuotas sveikatos technologijas skelbiama Sveikatos apsaugos ministerijos puslapyje⁷⁶. 2015 m. parengta Lietuvos Sveikatos technologijų vertinimo strategija, kuri taip ir nebuvo patvirtinta⁷⁷.

Nuo 2019 m. liepos 1 d. įsigaliojo asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo procesas, įtvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9² punkto nuostatomis. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų proceso tikslas – vertinti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios turėtų būti apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, ir PSDF biudžeto lėšomis jau apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo sąnaudos padidėjo dėl organizacinių pakeitimų ir (ar) diegiamų naujų technologijų (toliau – paslaugos), išdėstyti jas prioriteto tvarka ir siūlyti sveikatos apsaugos ministrui jas įrašyti į kompensuotinų PSDF biudžeto lėšomis paslaugų sąrašą. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto veikla viešinama Sveikatos apsaugos ministerijos interneto puslapyje⁷⁸.

Tačiau iki šiol STV nėra visiškai integruotas į sprendimų priėmimo procesą ir nėra aiškaus ryšio tarp STV proceso metu suformuluotų rekomendacijų ir sprendimų priėmimo dėl sveikatos technologijos kompensavimo.

1.4.2. Ribotas ir nesavalaikis inovatyvių vaistų prieinamumas

Farmacijos įstatymo 58 straipsnio 11 dalis nustato, kad sveikatos apsaugos ministro sprendimas dėl vaistinio preparato įrašymo ar neįrašymo į kompensavimo sąrašus turi būti priimamas ne vėliau kaip per 180 dienų nuo paraiškos įrašyti vaistinį preparatą į kompensavimo sąrašus įregistravimo sveikatos apsaugos ministro įgaliotoje institucijoje – Valstybinėje vaistų kontrolės tarnyboje (VVKT) – dienos. Vaistinių preparatų įrašymo į kompensavimo sąrašus tvarka yra detalizuojama apraše⁷⁹, kuriame nustatytas 90 dienų maksimalus terminas, per kurį VVKT turi atlikti sveikatos technologijų, susijusių su vaistiniais preparatais, vertinimą, t. y. išnagrinėti pateiktą paraišką ir pateikti Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijai vertinimo išvadą ir rekomendaciją dėl vaistinio preparato kompensavimo tikslingumo. VVKT nepateikęs pirmiau nurodytų dokumentų, kompensavimo komisija negali toliau nagrinėti paraiškos ir priimti sprendimo.

Tyrimo „*The impact of pharmaceutical innovation on premature mortality, cancer mortality, and hospitalization in Slovenia, 1997–2010*“⁸⁰ duomenimis, apie du trečdalius 2000–2010 m. ankstyvo mirtingumo sumažėjimo gali lemti farmacijos naujovės. Tyrimo duomenimis, jei 1992–

⁷⁵ Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos interneto puslapis: <https://www.vvkt.lt/index.php?4245342188>

⁷⁶ Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos interneto puslapis: <https://sam.lrv.lt/lt/darbo-grupes/sveikatos-prieziuros-technologiju-vertinimo-komitetas/tab.dokumentai>

⁷⁷ Lietuvos sveikatos technologijų vertinimo (STV) strategija. HTA-Strategy for Lithuania. Prieiga per internetą:

<https://vaspvt.gov.lt/files/SPTV/Lietuvos%20sveikatos%20technologij%20d0%95%20d1%96%20National%20HTA%20strategy.pdf>

⁷⁸ Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos interneto puslapis: <https://sam.lrv.lt/lt/darbo-grupes/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-vertinimo-komitetas/tab.dokumentai>

⁷⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. 159 „Dėl Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir jų keitimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁸⁰ Lichtenberg (2015) „The impact of pharmaceutical innovation on premature mortality, cancer mortality and hospitalisation in Slovenia 1997–2010“; National Library of Medicine, 2015 Apr;13(2).

2003 m. Slovėnijoje nebūtų buvę pradėti naudoti nauji inovatyvūs medikamentai, 2008 m. mirčių nuo vėžio skaičius pagal amžių būtų buvęs 12,2 proc. didesnis. Apskaičiuota, kad 2003–2009 m. Slovėnijoje pradėjus taikyti naujus inovatyvius medikamentus 2010 m. hospitalizacijos atvejų skaičius sumažėjo 7 proc.

1.4.2.1. Stringa sveikatos technologijų vertinimo procesas

2019–2020 m. priėmus teisės aktų (Farmacijos įstatymo, Įsakymo Nr. 159) pakeitimus, kurie sudarė sąlygas įdiegti STV sistemą, buvo siekiama užtikrinti ne tik visapusišką, išsamesnę ir kokybiškesnę vaistų vertinimą atsižvelgiant į vaisto klinikinį efektyvumą, kaštus bei pacientų poreikius, bet ir sutrumpinti vaistinių preparatų vertinimo ir įtraukimo į kompensavimo sistemą procesą. Tačiau dėl žmoniškųjų išteklių stokos ir kitų su tuo susijusių problemų 2021 m. vertinimo procesas labai užsitęsė ir net kelis kartus viršija teisės aktuose nustatytą 90 d. maksimalų terminą (gali užtrukti net iki 500 dienų). Kadangi užsitęsęs STV procesui ir atitinkamai sprendimų dėl vaistų įtraukimo į kompensavimo sistemą priėmimui nukenčia pacientų interesai laiku gauti inovatyvų gydymą, būtina pašalinti priežastis, sąlygojančias šią problemą.

- **Žmoniškųjų ir finansinių išteklių trūkumas** – šalies darbo rinkoje labai ribota reikiamos kvalifikacijos specialistų, kurie gali atlikti sveikatos technologijų vertinimą, pasiūla (o ir iš jų labai maža dalis turi praktinio darbo patirties, t. y. gali efektyviai ir savarankiškai nuo pirmos darbo dienos atlikti minėtus vertinimus), nepakankamas įdarbintų specialistų skaičius vertinimą atliekančioje institucijoje, didelė darbuotojų kaita, ribotos galimybės ugdyti gebėjimus, nepatrauklus viešajame sektoriuje mokamas darbo užmokestis vertinimą atliekantiems specialistams.

- **Labai sudėtinga galiojanti vaistų, kaip sveikatos technologijų, vertinimo metodika ir tvarka**, dėl to tiek paraiškų rengimas, tiek jų vertinimas reikalauja labai daug laiko ir ypač aukštos kvalifikacijos bei praktinės patirties turinčių specialistų dalyvavimo.

- **Nesudarytos galimybės pripažinti kitose ES valstybėse atlikto sveikatos technologijų vertinimo rezultatus** – iki šiol nėra priimtas Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas dėl sveikatos technologijų vertinimo, kuris dabar svarstomas ES institucijose. Europos sveikatos technologijų vertinimo tinkle (toliau – EUNetHTA tinklas), prie kurios yra prisijungusi ir VVKT, atliktų vaistinių preparatų vertinimų panaudojimą apsunkina tai, kad ne visi vertinimų rezultatai (klinikinio veiksmingumo ir kaštų naudingumo) gali būti perimami dėl skirtingų nacionalinių gydymo gairių, šalies poreikių ir ekonominės situacijos. Būtina šių rezultatų adaptacija.

1.4.2.2. Nepakankamas inovatyvių vaistų finansavimas

Tiesioginių gyventojų mokėjimų ir viešojo sektoriaus išlaidų receptiniams vaistams santykis ir toliau išlieka vienas didžiausių Europoje. 2020 m. receptinių vaistų kompensavimui Lietuvoje valstybė skyrė 325 mln. eurų, o gyventojai receptiniams vaistams įsigyti išleido 238 mln. eurų (t. y. 1 Eur valstybės išlaidų tenka 0,73 Eur tiesioginių gyventojų išlaidų). Iš gyventojų patiriamų išlaidų 22 mln. Eur (arba 4,3 proc.) sudarė priemokos už kompensuojamuosius vaistus. Dar 110 mln. Eur (21,7 proc.) gyventojai išleido vaistams, kurie yra įrašyti į kompensuojamųjų vaistų sąrašą, tačiau dėl taikomų skyrimo ribojimų tais konkrečiais atvejais negalėjo būti kompensuojami. Panaši suma – 99 mln. Eur (19,5 proc.) – buvo skirta nekompensuojamiesiems receptiniams vaistams įsigyti. 2018 m. EUROSTAT duomenimis, pagal išlaidas vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms pagal finansavimo šaltinius Lietuvoje viešasis sektorius dengia tik 39 proc. išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms (ES vidurkis – 69 proc.) – tai vienas mažiausių rodiklių tarp ES šalių (Slovakija – 69 proc., Čekija – 56 proc., Estija ir Rumunija – 50 proc., Vengrija – 49 proc., Latvija – 38 proc., Lenkija – 37 proc.).

Vaistų politikos gairėse⁸¹ nustatyta, kad PSDF biudžeto lėšų dalis, skiriama vaistams, turi didėti proporcingai PSDF biudžeto didėjimui. Tačiau šios nuostatos ne visada laikomasi. 2018 m. PSDF išlaidų ir išlaidų kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms (toliau – MPP) didėjimas buvo vienodas – 7 proc. 2019 ir 2020 m. patvirtintuose PSDF išlaidų planuose išlaidų vaistams didėjimas buvo mažesnis nei bendrų išlaidų didėjimas: 2019 m. visų PSDF biudžeto išlaidų augimas sudarė 16 proc., išlaidų vaistams – 12 proc., o 2020 m. atitinkamai 8 proc. ir 6 proc. Kadangi per 2020 m. iš PSDF biudžeto rezervo buvo skirtos papildomos lėšos kompensuojamųjų vaistų ir MPP išlaidoms padengti, bendras išlaidų augimas vaistams ir MPP buvo didesnis nei PSDF išlaidų augimas. 2021 m. PSDF biudžeto išlaidos didėjo 18 proc., išlaidos vaistams ir MPP – 28 proc. **Neproporcingas PSDF biudžeto lėšų paskirstymas atskiroms sveikatos sritimis finansuoti** – PSDF biudžeto lėšų dalis, skiriama vaistams, ne visada auga proporcingai PSDF biudžeto didėjimui.

1.4.2.3. Ribota asmens sveikatos priežiūros specialistų teisė pavieniams pacientams skirti nė vienoje valstybėje neregistruotus inovatyvius vardinius vaistinius preparatus

Farmacijos įstatymo 8 straipsnio 3 dalis įgalioja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrą nustatyti neregistruotų vaistinių preparatų tiekimo tvarką. Remiantis šia nuostata, sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gegužės 9 d. įsakymu Nr. V-374 „Dėl Vardinių vaistinių preparatų įsigijimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintos Vardinių vaistinių preparatų įsigijimo taisyklės be kitų dalykų nustato, kad vardiniai vaistiniai preparatai turi būti registruoti ES ar EEE valstybėje arba bent gamintojo šalyje ir nenumato galimybės skirti niekur neregistruotų vaistinių preparatų, su kuriais yra atliekami ar atlikti klinikiniai vaistinio preparato tyrimai ir pagal gautus tyrimų rezultatus galima daryti išvadą, kad tiriamasis vaistinis preparatas yra kokybiškas, saugus ir veiksmingas (toliau – eksperimentinis vaistinis preparatas). Eksperimentiniai vaistiniai preparatai apima ir naujus kuriamus inovacinius vaistinius preparatus, kurie galėtų būti skiriami sunkiems pacientams gydyti nelaukiant, kol bus atliktos šių vaistinių preparatų registravimo procedūros.

Siekiant sudaryti sąlygas tiekti ir vartoti eksperimentinius vaistinius preparatus, tikslinga pakeisti Farmacijos įstatymą ir įtvirtinti galimybę tiekti ir vartoti sveikatos priežiūrai eksperimentinius vaistinius preparatus, kad įgyvendinamieji teisės aktai negalėtų susiaurinti įstatymo teisinio reguliavimo. Tuo tikslu įstatyme reikia nustatyti pagrindinius vardinių vaistinių preparatų kriterijus atsižvelgiant į jų registracijos statusą, apibrėžti eksperimentinio vaistinio preparato sąvoką, taip pat tikslinga įstatyme išsamiau išdėstyti sveikatos apsaugos ministro kompetenciją įgyvendinant Farmacijos įstatymo nuostatas dėl vardinių vaistinių preparatų tiekimo ir vartojimo sveikatos priežiūrai.

Nėra teisinio pagrindo skirti dar nė vienoje valstybėje neregistruotus inovatyvius vaistinius preparatus – Farmacijos įstatymas įtvirtina galimybę tiekti ir vartoti sveikatos priežiūrai vardinius vaistinius preparatus (tai Lietuvoje ar Europos Sąjungoje neregistruoti vaistiniai preparatai) ir sveikatos apsaugos ministrui suteikia įgaliojimus patvirtinti jų tiekimo tvarką. Tačiau įstatyminės nuostatos yra neišsamios ir nedetalizuoja pagrindinių teisinių aspektų, kurie turėtų būti įtvirtinti įgyvendinamajame teisės akte, bei nenustato jokių kriterijų ar sąlygų vardiniams vaistiniams preparatams, todėl sveikatos apsaugos ministras įgyvendinamuoju teisės aktu gali susiaurinti arba išplėsti vardinių vaistinių preparatų vartojimo galimybes.

⁸¹ Sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugpjūčio 28 d. įsakymas Nr. V-1008 „Dėl Vaistų politikos gairių patvirtinimo“.

Sveikatos apsaugos ministro įsakymas nustato, kad vardiniai vaistiniai preparatai turi būti registruoti ES ar EEE valstybėje arba bent gamintojo šalyje. Tačiau yra poreikis sunkiai sergantiems ligoniams skirti dar nė vienoje valstybėje neregistruotus inovatyvius vaistinius preparatus, su kuriais atliekami ar atlikti klinikiniai vaistinio preparato tyrimai ir pagal gautus tyrimų rezultatus galima daryti išvadą, kad tiriamasis vaistinis preparatas yra kokybiškas, saugus ir veiksmingas.

Registruotojai nesuinteresuoti tiekti tam tikrų dozuočių ir (ar) formų vaistinius preparatus dėl mažo pacientų skaičiaus. Registruotojai neregistruoja, arba registravę netiekia mažų dozuočių (vartojamų gydymui pradėti ir (ar) nutraukti) vaistų, taip pat vaistų, skirtų vaikams.

Apsunkintas bendrų pirkimų su kitomis šalimis įgyvendinimas – teisinio reglamentavimo skirtumai, skirtingi šalių poreikiai sąlygoja tai, kad nuo 2012 m. įgyvendinant trijų Baltijos šalių partnerystės susitarimą dėl bendro vaistų ir medicinos prietaisų pirkimo bei centralizuotai įsigytų vaistų ir medicinos prietaisų skolinimo buvo įsigyta (pasiskolinta) vos keli vaistai. Nuo 2017 m. Lietuva taip pat dalyvauja Višegrado susitarime (jame, be Lietuvos, dalyvauja Lenkija, Vengrija, Slovakija, Čekija, iki 2018 m. Slovėnija ir Kroatija), kurio pradinis tikslas buvo bendros derybos dėl inovatyvių vaistų kainų. Tačiau dėl labai sudėtingo proceso (teisinio reglamentavimo skirtumų, skirtingų poreikių) iki šiol nepasiektas joks rezultatas: vyksta tik konsultacijos tarp dalyvaujančių šalių naujų vaistų vertinimo klausimais, klausimai dėl bendrų derybų organizavimo nėra keliami.

1.4.3. Neišplėtotos pažangios terapijos technologijos

Sergamumas onkologinėmis ligomis didėja. Statistikos departamento duomenimis, 2019 m. buvo diagnozuota apie 17–19 tūkst. naujų piktybinių navikų atvejų. Palyginti su 2010 m. duomenimis, šis skaičius išaugo daugiau kaip 35 procentais.

Šiandien onkologinės ligos yra gana sėkmingai gydomos dėl sukuriamų naujų vaistų, technologijų ir tikslingo jų taikymo konkrečioms navikams. Atsižvelgiant į onkohematologinės ligos formą, taikomi skirtingi gydymo būdai. Gydymas parenkamas priklausomai nuo paciento amžiaus, specifinių citogenetinių ar kitų pakitimų, todėl onkologinių, kraujo ir kitų didelę negalią sukeliančių ligų gydymas turi būti individualizuotas, įvertinus paciento amžių, vaistų toleravimą, ligos stadiją, citogenetinius bei epigenetinius pokyčius ir kt. Dėl pasireiškiančių šalutinių reiškinių gydant onkologines, kraujo ar kitas didelę negalią sukeliančias ligas, ieškoma naujų vaistų ir jų kombinacijų, pasižyminčių mažiausiais šalutiniais reiškiniais. Vadovaujantis statistiniais duomenimis, per pastarąjį dešimtmetį sergančiųjų kraujo vėžiu išgyvenamumas dėl naujų diagnostikos bei gydymo metodų diegimo Lietuvoje didėjo. Tačiau naujausių gydymo metodų prieinamumas lieka ribotas, o išsivysčiusiose šalyse jau taikoma pažangi terapija Lietuvos pacientams yra beveik neprieinama.

Pažangi terapija (PT) – tai milžinišką potencialą turinti medicinos sritis. Inovacija ir mokslinė pažanga medicinoje suteikė galimybę sukurti ir į klinikinę praktiką įdiegti naujus vaistus, atveriančius iki tol neprieinamas gydymo galimybes ligoniams. PT – tai viltis pacientams, sergantiems neišgydomomis ar sunkiai išgydomomis ligomis. Pažangios terapijos technologijos gali būti pritaikytos gydyti daugelį ligų: vėžį, autoimunines ligas, transplantato prieš šeiminingą ligą, kaulų ir kremzlių ligas, genetinius sutrikimus, širdies infarkto sukeltus pažeidimus, sunkius odos nudegimus. Ir tai tik keli pavyzdžiai iš ilgo ligų sąrašo.

Pažangios terapijos vaistiniai preparatai (PTVP) – tai nauji medicininės paskirties vaistiniai preparatai, gaminami panaudojant genų inžinerijos,

ląstelių bei audinių inžinerijos technologijas. PTVP neretai yra gaminami konkrečiam pacientui, vadovaujantis **ligoninės išimties** reguliacija.

Lietuvoje yra pakankamai didelės kompetencijas ir tarptautinę patirtį turinčių sveikatos priežiūros specialistų, gebančių plėtoti pažangios terapijos vaistinius preparatus. PTVP gaminti yra rekomenduojama atsižvelgti į geros gamybos praktikos (GGP) reikalavimus, kurių Lietuvos gydymo įstaigų, turinčių potencialą tokius vaistinius preparatus gaminti, turima infrastruktūra neatitinka.

1.4.4. Lėta personalizuotos medicinos plėtra

Lietuvos teisės aktuose personalizuota medicina nėra apibrėžta, tarptautinėje erdvėje taip pat nėra visuotinai priimto personalizuotos medicinos apibrėžimo. Europos Komisijos suburta „Horizontas 2020“ patariamoji grupė personalizuotą mediciną apibrėžia kaip „medicininį modelį, kuriame naudojami individualūs fenotipų ir genotipų duomenys (pvz.: molekulinis profiliavimas, medicininiai vaizdai, gyvenimo būdo duomenys), kad būtų pritaikytos tinkamos terapijos strategijos tinkamam asmeniui, tinkamu laiku ir (arba) nustatytas polinkis į ligas, ir (arba) laiku ir tikslingai vykdoma prevencija.“ Personalizuotos medicinos vystymas tampriai susijęs su sėkmingu retų ligų gydymu. Pagal Lietuvą ir ES galiojantį apibrėžimą, reta liga – tai liga, kuria serga ne daugiau kaip 5 iš 10 000 asmenų, tačiau bendras retų ligų skaičius siekia net 6 000–8 000 nozologinių vienetų, todėl bendras retomis ligomis sergančiųjų skaičius – apie 6–8 proc. gyventojų. Apie 75 proc. retų ligų prasideda vaikystėje, vaikai sudaro 33–50 proc. sergančiųjų retomis ligomis. Apie 80 proc. retų ligų yra genetinės ligos, todėl ypač svarbi genetinė diagnostika ir šeimų konsultavimas. Kitos retos ligos – tai retos autoimuninės, onkologinės, infekcinės, idiopatinės ligos.

Taip pat pažymėtina, kad nuo pat 2010 m. Europos Komisija personalizuotą mediciną mato kaip vieną iš Europos prioritetų ir siekia tapti globalia personalizuotos medicinos lydere, todėl į mokslinius tyrimus bei iniciatyvas jau investavo beveik 4 mlrd. eurų. Europos Komisijos nuomone, perėjimas prie personalizuotos medicinos ne tik padės pagerinti ligų baigtis, reikšmingai pagerinti sveikatos prieinamumą regionuose, bet ir ilgojoje perspektyvoje padės sumažinti sveikatos išlaidas, kurios nuolatos auga dėl senstančios Europos populiacijos.

Atkreiptinas dėmesys, kad Lietuvoje nėra sukurtas predikcinių ir prognostinių tyrimų, leidžiančių ne tik tiksliau nustatyti ligos diagnozę, bet ir būtinų parenkant individualizuotą gydymą, finansavimo mechanizmas. Šiuo metu finansavimas yra fragmentuotas – dalį tyrimų finansuoti yra įpareigoti vaisto gamintojai, dalis tyrimų finansuojama VLK. Predikcinių ir prognostinių žymenų, numatančių ligos eigą ir atsaką į gydymą, spektras greitai plečiasi, todėl tikslinga sukurti bendrą taikinių terapijai taikomų žymenų apmokėjimo ir struktūruotų duomenų surinkimo tvarką, analizuoti gautus duomenis, užtikrinant tyrimų kokybę bei vaistų skyrimo tikslingumą.

Nuolatinis biotechnologijų progresas bei naujausi medicininių duomenų apdorojimo metodai (dirbtinis intelektas, toliau – DI) atvėrė galimybę apdoroti gerokai didesnius duomenų kiekius bei priimti tikslesnius klinikinius sprendimus. Šiandieninėje klinikinėje praktikoje taikomas bandymo-klaudos („trial and error“) principas, kuris suformuotas iš ribotų klinikų duomenų ir galimybių juos apdoroti bei įvertinti. Vis dėlto šiuo metu Lietuvoje yra labai ribotos teisinės ir finansinės galimybės reikalingoms kompetencijoms suformuoti ir patirčiai sukaupti, vystant ir diegiant praktikoje sveikatos duomenų pagrindu teikiamas inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas, ir personalizuotai medicinai vystyti, ypač panaudojant dirbtinį intelektą gydant retas ligas, taikant šiuos metodus onkologijoje, psichikos sveikatos priežiūroje ir kitose srityse. Sunkiomis ir lėtinėmis psichikos ligomis sergantiems žmonėms reikalingi personalizuotos medicinos sprendimai, pavyzdžiui, individualus jų poreikius atitinkantis psichikos sveikatos priežiūros planas, atvejo vadyba, skaitmeninių sprendimų pasitelkimas užtikrinant veiksmingesnę priežiūrą.

1.4.5. Sveikatos duomenys nėra įveiklinami pacientų gydymo kokybei gerinti

Skaitmeninės technologijos atvėrė naujas galimybes naudoti DI sistemas įvairiose sveikatos priežiūros srityse. Duomenų mokslo ir DI pagrindu kuriamos inovatyvios pacientų stebėsenos ir klinikinių sprendimų palaikymo sistemos, pranokstančios žmogaus gebėjimus apdoroti milžiniškus informacijos kiekius. Joms reikalingos DI ekosistemos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, galinčios realiuoju laiku apdoroti didžiuosius sveikatos duomenis ir teikti individualizuoto gydymo rekomendacijas. ES Inovacijų ir technologijų instituto (angl. *The European Institute of Innovation and Technology (EIT)*), veikiančio nuo 2008 m., užsakymu „McKinsey & Company“ atlikta analizė⁸² nagrinėja, kaip DI gali padėti pagerinti sveikatos priežiūros rezultatus, pacientų patirtį, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, sveikatos priežiūros specialistų produktyvumą. „McKinsey & Company“ ataskaitoje naudojamas vidutinis scenarijus, pagal kurį tikimasi, kad 15 proc. dabartinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo darbo valandų bus automatizuota. Pasinaudojus didžiųjų duomenų analitika ir priėmus reikiamus diagnostinius, terapinius ar administracinius sprendimus, galima optimizuoti darbo procesus, efektyviai išnaudoti žmogiškuosius išteklius ir sutaupyti personalo darbo laiko. DI paremtų diagnostinių tyrimų ir sprendimų palaikymo sistemų rezultatai gali suteikti vertingos informacijos individualizuojant sprendimus dėl chirurginių procedūrų, brangios biologinės ar imunoterapijos tikslingumo. Radiologijos ir patologijos tyrimų duomenų struktūrizavimas, papildymas DI rezultatais ir integravimas su kitų paciento tyrimų duomenimis padės kompleksiskai įvertinti gydymo alternatyvas, greičiau paskiriant chirurginį ar kitą gydymą, sumažinant pacientų gulėjimo stacionare trukmę (lovadienius) ir dėl ligos prarastų dienų skaičių.

Lietuvoje šiuo metu nėra sudarytos tinkamos sąlygos sėkmingam sukauptų sveikatos duomenų antriniam panaudojimui nei nacionaliniu, nei instituciniu mastu. Tam nesama nei aiškių procesų, nei techninių sąlygų bei profesinių kompetencijų. Taip pat nėra iki galo atsakyti ir teisiniai bei sveikatos duomenų saugumo klausimai. Lyginant su ES šalimis, Lietuvos gyventojai yra labiausiai susirūpinę dėl savo sveikatos duomenų privatumo ir saugumo. Dėl šių priežasčių sveikatos, mokslo ir verslo subjektams, siekiantiems gauti sveikatos duomenis antriniam panaudojimui, kyla didelių sunkumų tiek dėl keblių teisinių procedūrų, tiek ir dėl efektyvių techninių / organizacinių sprendimų stokos.

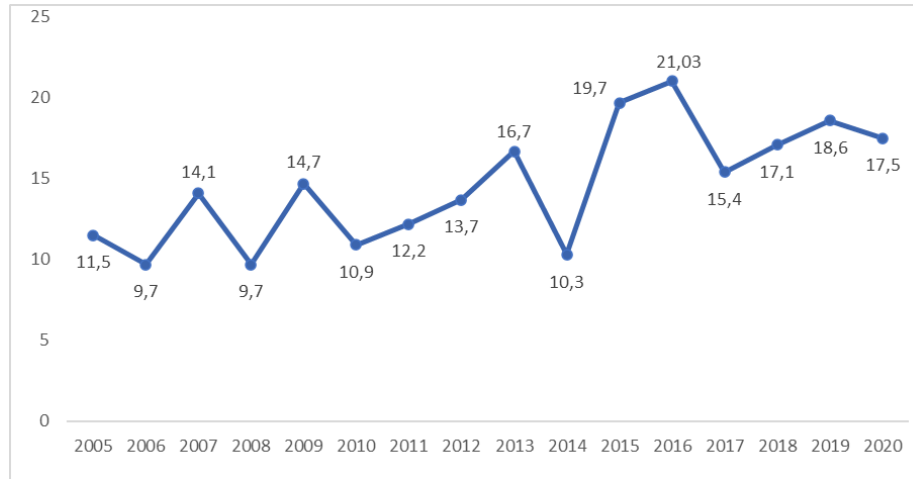
1.4.6. Neišvystyta embrionų ir organų donorystės sistema

Neefektyvi organų donorystė riboja galimybes taikyti inovatyvius gydymo metodus. Organų donorystė šiuo metu susiduria su nemažai problemų, viena iš jų – COVID-19 pandemija, ji turėjo didelę neigiamą įtaką donorystės ir transplantacijų procesui visame pasaulyje, taip pat ir Lietuvoje, dėl nežinojimo, kaip elgtis pandemijos sąlygomis, dėl nustatytų ribojimų sveikatos sektoriui (pavyzdžiui, inkstų transplantacijos iš gyvo donoro pandemijos metu buvo laikinai sustabdytos), sustabdyto susisiekimo ir judėjimo tiek šalies viduje, tiek ryšiams su užsieniu (46 ir 47 paveikslai).

46 paveikslas. Efektyvių donorų skaičiaus 1 mln. gyventojų pokytis 47 paveikslas. Efektyvių donorų skaičius 1 mln. gyventojų

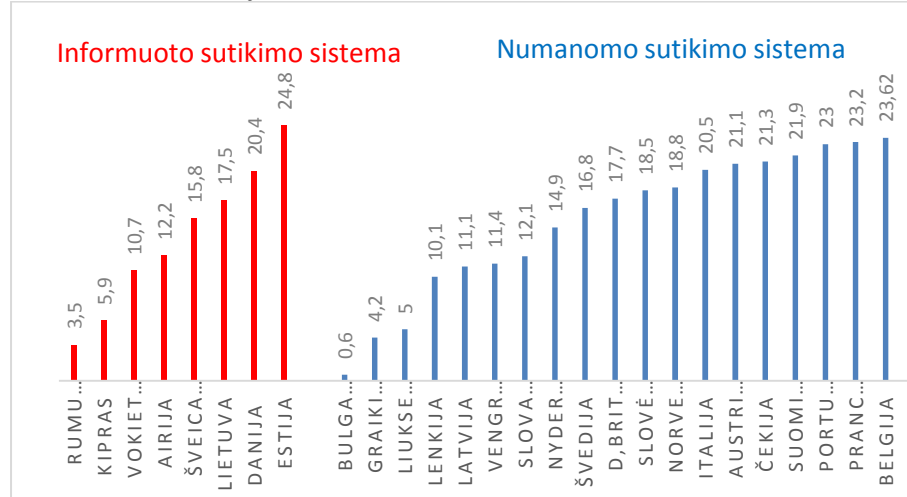
⁸² EIT Health & McKinsey: Transforming healthcare with AI. Prieiga internetu: <https://eit.europa.eu/library/eit-health-mckinsey-transforming-healthcare-ai>

2005–2020 m. Lietuvoje



Šaltinis: Transplantacijos biuras

pagal skirtingas donorystės sistemas Lietuvoje ir kitose šalyse (2020 m. duomenys)



Pastarųjų 2 metų statistiniai duomenys rodo, kad Europoje yra vyraujanti numanomo sutikimo donorystei sistema, kuri reiškia, kad žmonėms nereikia pasirašyti jokio sutikimo norint po mirties tapti organų donoru. Visi žmonės laikomi potencialiais donorais, išskyrus tuos, kurie raštu pareiškia to nenorintys. Nors Lietuva pagal efektyvių donorų skaičių, tenkantį vienam milijonui gyventojų, yra viena pirmaujančių šalių, vertinant tik informuoto sutikimo sistemą donorystei taikančias šalis, tačiau efektyvių donorų skaičiaus, tenkančio vienam milijonui gyventojų, vidurkis didesnis tose Europos šalyse, kuriose įtvirtintas numanomos donorystės sutikimo modelis (47 paveikslas). Informuoto donorystės sutikimo modelis, kuris šiuo metu galioja Lietuvoje, apsunkina koordinavimo procesą, nes artimieji nežino mirusiojo valios šiuo klausimu, o priimti tokį sprendimą sunkią akimirką nelengva. Perėjimas prie numanomo sutikimo donorystės modelio neabejotinai prisidėtų prie donorų skaičiaus didėjimo.

Transplantacijų centrai – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos (VUL SK) ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos (LSMUL KK) – neturi mobilios organų transportavimo ir saugojimo (užsienio specialistų dažnai vadinamos OCS – *Organ Care System*) įrangos, skirtos donoriniams organams transportuoti ir organų gyvybingumui išlaikyti gabenant juos dideliu atstumu. Lietuva, dalyvaudama tarptautinėje FOEDUS donorinių organų mainų programoje, kai Europos šalys viena kitai siūlo donorinius organus, kuriems nepavyksta rasti tinkamo donoro savoje šalyje, buvo gavusi nemažai donorinių organų pasiūlymų, tačiau organus galėjo atsivežti tik iš nedideliu atstumu nutolusios šalies (Latvijos), nes norint skubiai atsivežti, pavyzdžiui, donorinę širdį iš tolimesnio nei 1100 km atstumo, dėl ilgesnio nei 2 valandos skrydžio laiko ir labai mažo leistino donorinio organo išėmimo laiko to padaryti negalėjo ir negali, nes dėl finansavimo trūkumo nėra galimybių sudaryti sutarčių su privačiais oro vežėjais, skubiam organų atsigabenimui panaudojant mažus greitaiegius lėktuvus. Lietuva ketina stoti į *Eurotransplant* organizaciją, kuri vienija 8 vidurio ir vakarų Europos šalis. Viena iš stojimo sąlygų – organai privalo būti gabenami specialiai paruoštais ir organizacijos testuotais lėktuvais, recipientų šaliai apmokant transportavimo kaštus pagal šios organizacijos nustatytus įkainius. Todėl yra būtina numatyti tikslias lėšas

donorinių organų transportavimui.

Dėl to, kad šiuo metu nėra išspręstas donorų paruošimo ligoninėse finansavimo klausimas, dėl mažų įkainių bei dėl nenumatytų lėšų kiaurą parą dirbančio koordinatoriaus darbo tinkamam apmokėjimui ligoninės nesiima ruošti donorų. Transplantologams, kaip ir kitiems sveikatos priežiūros specialistams, trūksta žinių ir didesnės patirties. Pavyzdžiui, šiuo metu dėl nepakankamos plaučių transplantologų komandos narių profesinės kvalifikacijos LSMUL KK atliekamų plaučių transplantacijų kiekis nedidelis, išgyvenamumo rodiklis gana žemas. Retos plaučių transplantacijos ir nepakankamai geri jų rezultatai neskatina recipientų registruotis ir laukti šių transplantacijų, taip pat neprisideda prie plaučių transplantologų profesinio tobulėjimo.

Embrionų donorystė yra itin svarbi vaisingumo sutrikimų gydymo dalis, nes kai kurioms poroms tai yra vienintelė reali galimybė susilaukti vaikų. Taip pat tai yra viena iš alternatyvų, kylant moralinių dilemų dėl tolesnių veiksmų, susijusių su pagalbinio apvaisinimo procedūrų ne moters kūne metu sukurtų, bet tos pačios poros apvaisinimui nepanaudotų embrionų. Remiantis naujausiu 2016 m. Europos žmogaus reprodukcijos ir embriologijos draugijos (*angl. European Society for Human Reproduction and Embryology, ESHRE*) ir 2018 m. JAV ligų kontrolės ir profilaktikos centro (*angl. Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) ataskaitų duomenimis, pagalbinio apvaisinimo procedūros, panaudojant donuotus embrionus, sudaro apie 0,8 proc. visų pagalbinio apvaisinimo ne moters kūne gydymo ciklų. Nors iš šių statistinių duomenų gali atrodyti, kad tai ne itin dideli skaičiai, tačiau norint juos tinkamai įvertinti svarbu suvokti šios srities specifiką ir dinamiką.

Remiantis tarptautinėmis gairėmis ir geros klinikinės praktikos rekomendacijomis, pagalbinio apvaisinimo procedūros, panaudojant donuotus embrionus, atliekamos išskirtiniais, itin sudėtingais atvejais, kai anksčiau taikyti vaisingumo sutrikimų gydymo būdai buvo neveiksmingi ir (arba) nesitikima, kad kiti metodai būtų efektyvūs. Pavyzdžiui, kai negaunama arba neįmanoma gauti kokybiškų moteriškų ir (arba) vyriškų lytinių ląstelių, kartotinių pagalbinio apvaisinimo procedūrų metu nesusiformuoja embrionai, susiformavę embrionai nesivysto ir (arba) jų kokybė yra itin prasta arba siekiama išvengti sunkią negalią sukeliančios paveldimos ligos. Skaičiuojama, kad pastojimo dažnis po pagalbinio apvaisinimo procedūrų, panaudojant donuotus embrionus, svyruoja nuo 40,0 iki 50,0 proc. (tam tikrų autorių duomenimis, gali siekti net 90,0 proc. po 3–4 gydymo ciklų), gyvų naujagimių gimimo dažnis siekia 40,0 proc., o nėštumo užsimezgimo tikimybei recipientės moters amžius nėra toks reikšmingas kaip kitų nevaisingumo gydymo metodų atveju. Išvardyti pastojimo ir nėštumo išnešiojimo rodikliai neretai yra geresni nei po kitų pagalbinio apvaisinimo ne moters kūne procedūrų. Kartu svarbu suprasti, kad tokių porų atveju tai yra vienintelė galimybė moteriai pačiai išnešioti ir pagimdyti naujagimį, įgyjant ne tik socialinę, bet ir biologinę motinystę.

Ilgalaikiai JAV ligų kontrolės ir profilaktikos centro (*angl. santrumpa CDC*) duomenys parodė, kad pagalbinio apvaisinimo procedūrų, panaudojant donuotus embrionus, skaičius padidėjo nuo 0,3 proc. 2000 m. iki 0,8 proc. 2018 m. Nuolat vykstantis šių gydymo paslaugų skaičiaus kilimas, jau pasiekęs 2,7 karto padidėjimą, irgi atskleidžia šios problemos aktualumą.

Remiantis Lietuvos vaisingumo sutrikimų diagnostikos ir gydymo klinikų duomenimis, pagalbinio apvaisinimo procedūrų, panaudojant donuotus embrionus, poreikis mūsų šalyje atitinka tarptautinius statistinius duomenis. 2016 m. rugsėjo mėn. 14 d. priimtame Lietuvos Respublikos pagalbinio apvaisinimo įstatyme embrionų donorystė buvo įteisinta, tačiau **iki šiol trūksta sklandaus šios programos įgyvendinimo, o tai sukelia įvairiapuses neigiamas pasekmes. Vis dar nėra aiškiai apibrėžtos donorų ir recipientų teisės donavimo metu, įsipareigojimai ir atsakomybė būsimam vaikui. Taip pat nėra aiškaus reguliavimo dėl vaiko teisės žinoti savo kilmę.** Pažymėtina, kad šiuo metu embrionų recipientų poros, negalėdamos

dalyvauti embrionų donorystės programoje, neretai arba visiškai nutraukia nevaisingumo gydymą, arba renkasi kitus mažiau efektyvius gydymo metodus, arba išvyksta toliau gydytis į užsienio klinikas. Šiais atvejais ne tik nėra užtikrinama konstitucinė žmogaus teisė į medicininę pagalbą, sukeliama ekonominiai nuostoliai pacientams ir valstybei, bet sukeliamos neigiamų pokyčių prielaidos tiek individualių žmonių gyvenimui, tiek visuomenės raidai.

1.4.7. Ribotos Privalomojo sveikatos draudimo fondo galimybės finansuoti inovatyvias sveikatos priežiūros technologijas

Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) lėšų turi būti pradedami kompensuoti inovatyvūs ir tik aukštą terapinę vertę turintys vaistai už Privalomojo sveikatos draudimo sistemai priimtina kainą. Tačiau tokių vaistų kompensavimas yra susietas su papildomomis PSDF biudžeto išlaidomis. Papildomos PSDF biudžeto lėšos vaistams ir MPP, planuojant naują PSDF biudžetą, skiriamos atsižvelgiant į bendrą planuojamą šio biudžeto augimą, taip pat kitų sričių finansavimo užtikrinimą. Todėl ne visada tų papildomų lėšų pakanka pradėti kompensuoti vaistus, dėl kurių yra priimtas teigiamas sprendimas dėl kompensavimo. Pavyzdžiui, 2021 m. esant lėšų poreikiui naujiems vaistams daugiau kaip 10 mln. eurų, jiems buvo numatyta 6,6 mln. eurų ir 2 vaistai iš Rezervinio sąrašo liko neįtraukti į kompensavimo sąrašą. Taip pat nepakankant 2020 m. numatytų PSDF lėšų naujiems vaistams kompensuoti, buvo apsispręsta skirti beveik 25 mln. eurų iš PSDF fondo rezervo inovatyviems vaistams kompensuoti.

1.5. Sveikatos priežiūra per mažai orientuota į pacientus

Pacientų saugos užtikrinimas – labai svarbi prielaida į pacientą orientuotai sveikatos priežiūrai. Pacientų sauga – rizikos ir nepageidaujamų įvykių (NĮ) atpažinimas, analizė ir valdymas, siekiant, kad pacientų sveikatos priežiūra taptų saugesnė ir būtų sumažinta žala pacientams. PSO duomenimis, kas 10 ligoninėje gydomas pacientas patiria NĮ, kurių pusės galima išvengti. Šie rezultatai atspindi skirtingą pacientų saugos kultūros brandą ASPI, metodinio vadovavimo ir sisteminio požiūrio į NĮ priežasčių išaiškinimą ir šalinimą stoką. **Remiantis šiais duomenimis, kol kas sveikatos priežiūros įstaigos šalyje labiau orientuotos į geresnių savo veiklos rezultatų pacientų saugos srityje parodymą, o ne į pacientą.**

1.5. Problemos priežastys:

- 1.5.1. apmokėjimas už paslaugas nėra susietas su jų kokybe;**
- 1.5.2. sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra nepritaikyta neįgaliems asmenims;**
- 1.5.3. sveikatos priežiūros paslaugos nėra organizuojamos atsižvelgiant į socialiai pažeidžiamų gyventojų poreikius;**
- 1.5.4. nepakankamai išplėtotas paciento kelio koordinavimas ir atsakomybių pasiskirstymas tarp skirtingų sveikatos priežiūros grandžių;**
- 1.5.5. personalui nepakanka bendravimo su pacientais įgūdžių ir žinių apie paciento poreikius;**
- 1.5.6. nepakankama pacientus atstovaujančių organizacijų organizacinė branda ir įsitraukimas į paslaugų kokybės gerinimo veiklas;**
- 1.5.7. nėra įrankių, kurie operatyviai užtikrintų pacientų grįžtamąjį ryšį.**

1.5.1. Apmokėjimas už paslaugas nėra susietas su jų kokybe

Valstybės kontrolės ataskaitoje atkreiptas dėmesys, kad „suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos iš PSDF apmokamos teisės aktų nustatyta tvarka, bet

nei sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis sudarymas, nei paslaugų apmokėjimas nėra siejamas su gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybės reikalavimais: paslaugų veiksmingumu ir gydymo rezultatais⁸³. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo modelis neskatina orientacijos į rezultatus. Taikant sistemą „Apmokėjimas už suteiktas paslaugas“ (angl. *Fee-for-service*) gydytojui mokama už kiekvieną procedūrą. Užmokesčiu už suteiktas paslaugas gydytojų darbo apmokėjimo sistema skatina skirti daugiau dėmesio gydymui, brangioms diagnostinėms technologijoms nei profilaktikai, nes tai yra pelningiau.⁸⁴ Ši sistema neskatina profilaktinio darbo ar medicinos pagalbos nenutrūkstamumo, jei profilaktika nėra struktūrizuota kaip konkreti paslauga. Pagrindinis trūkumas yra tas, kad gydymo įstaigos neturi ekonominio suinteresuotumo gerinti gyventojų sveikatą, nes kuo daugiau sergančių žmonių, tuo daugiau apmokamų apsilankymų, įvairių tyrimų ir procedūrų.

1.5.2. Sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra nepritaikyta neįgaliesiems asmenims

Sveikatos priežiūros įstaigų pritaikymas neįgaliųjų poreikiams taip pat aktuali sveikatos sektoriaus problema. Sveikatos priežiūros įstaigų nepakankamai pritaikyta aplinka riboja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą fizinę ir kt. negalią turintiems pacientams: kai kur kelių aukštų sveikatos priežiūros įstaigose neįrengti liflai, patogios prievažos, specializuotos apžiūrų kėdės ir pan. 2017 m. Neįgaliųjų reikalų departamento prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos užsakymu atliktas tyrimas⁸⁵ parodė, kad pritaikyta 19 proc. (65 įstaigos) apklausoje dalyvavusių sveikatos (gydymo) įstaigų, jose neįgalieji gali savarankiškai judėti visame pastate ir teritorijoje. 13 proc. įstaigų (45 įstaigos) nepritaikytos, t. y. neįgalieji į pastatą patekti negali. Likusios 68 proc. (230 įstaigų) įstaigų pritaikytos iš dalies: neįgalieji gali naudotis tik pirmame aukšte esančiomis patalpomis, yra nepritaikytų pastato (infrastruktūros) elementų, asmenys gali judėti pastate ar teritorijoje padedant asistentui.

NPP Lygių galimybių visiems horizontaliojo principo įgyvendinimo užtikrinimui būtina vertinti, ar sveikatos priežiūros paslaugos yra vienodai prieinamos ir atliepia pacientų poreikius, nepaisant jų lyties, tautybės, rasinės ar etninės kilmės, pilietybės, kalbos, religijos, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, negalios, sveikatos būklės, socialinės padėties, amžiaus, seksualinės orientacijos ar kitų bruožų. Ataskaitoje „*Health in the EU Companion*“⁸⁶ pabrėžiama, kad nei vienoje ES šalyje iš tiesų nėra pasiektas visuotinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (angl. *universal health coverage*) dėl objektyviai egzistuojančių apribojimų tam tikriems asmenims ar jų grupėms gauti reikalingas paslaugas. Neįgaliųjų reikalų departamento prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos vykdomos Neįgaliųjų socialinės integracijos veiklos rezultatų bei Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo įgyvendinimo stebėsenos duomenimis (2019 m.), **tik 340 sveikatos įstaigų infrastruktūra (19 proc.) visiškai pritaikyta, o 68 proc. pritaikyta iš dalies atliepiant neįgaliųjų poreikius**⁸⁷.

Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų poveikį skirtingą negalią turintiems asmenims, būtina atlikti vertinimą bei nustatyti esminius

⁸³ Valstybės kontrolės 2018 m. rugsėjo 28 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2018-P-9-3-9 „Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23794/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybe-saugumas-ir-veiksmingumas>

⁸⁴ Focus on Better ways to pay for health care, OECD. Prieiga per internetą: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>

⁸⁵ Lietuvos žmonių su negalia sąjungos „Fizinės aplinkos pritaikymo neįgaliesiems valstybės ir savivaldybių sveikatos (gydymo) paskirties įstaigose vertinimo tyrimas“, 2017 m. Prieiga per internetą: http://www.ndt.lt/wp-content/uploads/sveikatos_tyrimas_12-10.pdf

⁸⁶ State of Health in the EU Companion Report 2019. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_companion_en.pdf

⁸⁷ Statistiniai rodikliai pagal JT neįgaliųjų teisių konvencijos straipsnius už 2019 metus, Neįgaliųjų reikalų departamentas. Prieiga per internetą: <http://www.ndt.lt/wp-content/uploads/Kriteriju-lentele-2019m.pdf>

prieinamumą ribojančius veiksnius konkrečiose sveikatos priežiūros įstaigose ar jų aplinkoje bei šio vertinimo pagrindu remti šalies sveikatos priežiūros įstaigas, kurios dėl ribotų finansinių galimybių negali pritaikyti infrastruktūros, fizinės ir informacinės aplinkos specialiesiems neįgaliųjų poreikiams.

1.5.3. Sveikatos priežiūros paslaugos nėra organizuojamos atsižvelgiant į socialiai pažeidžiamų gyventojų poreikius

Socialiai pažeidžiami asmenys – tai asmenys (šeimos), kurie yra jautresni socialiniams, ekonominiams iššūkiams, rizikoms ir turi mažiau išteklių su jais sėkmingai susidoroti. Socialiai pažeidžiami asmenys gali tuo pačiu metu būti laikomi ir socialinę riziką patiriančiais, ir socialinę atskirtį patiriančiais asmenimis⁸⁸. Trūksta tikslios ir susistemintos informacijos apie socialiai pažeidžiamų asmenų sveikatos būklę ir gydymo poreikius. Tyrimų duomenimis, Lietuvoje odontologo paslaugos yra prieinamos mažesnei daliai žmonių nei Europoje (76 proc., Europos vidurkis – 92 proc.)⁸⁹. Yra nemažai finansinio paslaugų prieinamumo kliūčių: pastaraisiais metais apie 4 proc. suaugusių gyventojų (ir 8 proc. skurdžiausiai gyvenančių žmonių) teigė, kad negali gauti odontologo konsultacijos ar gydymo, kurių tikrai reikėjo. 80 proc. žmonių (ir 90 proc. skurdžiausiai gyvenančių žmonių) negavo reikalingo gydymo, nes neįstengė už jį susimokėti⁹⁰.

2012 m. atlikto tyrimo⁹¹ duomenimis, odontologų paslaugų prieinamumas pacientams, turintiems judėjimo negalią, nepakankamas. Ne visos odontologijos paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos pritaikytos judėjimo negalią turintiems pacientams: tik 47,4 proc. įstaigų įrengtos prievažos, 35,9 proc. – panaikinti slenksčiai ar pakylės, 29,6 proc. – sumontuoti porankiai. Odontologų paslaugų prieinamumas pacientų, turinčių judėjimo negalią, požiūriu yra problemiškas (70,9 proc. respondentų kelia problemų): 39,7 proc. apklausos dalyvių reikalingas lydimasis asmuo, 29,8 proc. – būtinas transportas ar transportavimo paslaugos, 49,7 proc. respondentų įvardijo finansinius sunkumus, 81,3 proc. – sveikatos problemas, 26 proc. jų teigė, kad laukiamasis nėra pritaikytas judėjimo negalią turintiems pacientams, 21,9 proc. nurodė, kad nepritaikytas tualetas.

Neįgaliųjų, turinčių judėjimo ir psichikos negalią, odontologinės pagalbos poreikis yra labai didelis, tą rodo ir neįgalius pacientus vienijančios organizacijos, ir VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos patirtis. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos duomenimis, atvykę į įstaigą gydytis neįgalieji jau turi vidutiniškai apie 20 ėduonies pažeistų dantų, vyrauja gilūs ėduonies pažeidimai su periodonto audinių destrukcija. Atvykę neįgalieji ir jų artimieji nurodo, kad anksčiau atvykti neturėjo galimybės dėl materialinių sunkumų, specializuoto transporto stokos, o šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai nebuvo prisitaikę priimti judėjimo negalią turintį pacientą tiek dėl kompetencijos stokos, tiek dėl nepritaikytos aplinkos.

Judėjimo negalią turinčių pacientų gydymo vizitas vidutiniškai užtrunka 20 proc. ilgiau nei sveiko paciento, o psichikos negalią turintiems pacientams dažniausiai odontologinės sveikatos priežiūros pagalba gali būti teikiama tik taikant bendrąją nejautrą. Šiuo metu patekti pas gydytoją gydyti neįgalus

⁸⁸ <http://www.socmodelis.lt/wp-content/uploads/II-6.pdf>

⁸⁹ EC. Special Eurobarometer 330. Oral Health. Report. 2010.

⁹⁰ Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojų pajamos ir gyvenimo sąlygos. 2011. Gyventojų pajamos ir gyvenimo sąlygos. 2012.

⁹¹ L. Narkauskaitė, R. Varvuolienė, J. Valentienė, V. Aguonytė, A. Beržanskytė. Odontologų paslaugų prieinamumas pacientams su judėjimo negalia Lietuvoje. Visuomenės sveikata, 2013/2(61), p. 38.

Prieiga per internetą: [https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2\(61\)/VS%202013%202\(61\)%20ORIG%20S%20Odontologu%20paslaugos.pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2(61)/VS%202013%202(61)%20ORIG%20S%20Odontologu%20paslaugos.pdf)

paciento, taikant bendrąją nejautrą, reikia laukti 1 metus, nors gydomi vidutiniškai 3 pacientai kas savaitę. Šią situaciją iš dalies lėmė įrangos, būtinų neįgaliesiems pacientams gydyti taikant bendrąją nejautrą, trūkumas. Taip pat remiantis VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos gydymo praktika, dažniausiai susiduriama su labai sudėtingais ir komplikuotais atvejais gydant neįgalius pacientus ir pacientus, turinčius specialiųjų poreikių, tai liudija apie šių pacientų grupių burnos ligų prevencijos, savalaikės diagnostikos ir gydymo stoką. Iki šiol nėra neįgaliųjų sergamumo burnos ligomis duomenų, o neturint statistinių ar mokslo tyrimų duomenų, sunku planuoti profilaktikos ir gydymo priemonės neįgaliesiems pacientams.

2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijomis įgyvendintas bandomasis projektas⁹², skirtas gerinti odontologinės priežiūros paslaugas neįgaliesiems. Bandomojo projekto tikslinė grupė buvo sunkią negalią turintys asmenys, kuriems odontologinės paslaugos yra neprieinamos. Odontologinės paslaugos buvo teikiamos didžiausių neįgaliųjų skaičių turinčioje teritorijoje, Vilniaus regione. Įgyvendinant projektą buvo ištirta neįgaliųjų burnos sveikatos būklė, suformuotos mobilios paslaugų teikimo komandos, atliktas vertinimas projekto vykdomoje teritorijoje, vykdyti specialistų, neįgaliųjų ir jų šeimos narių mokymai burnos ligų profilaktikos temomis. Įgyvendinant projektą, vykdant darbuotojų, teigiančių odontologines paslaugas, apklausą paaiškėjo, kad paslaugų prieinamumas priklauso nuo daugelio veiksnių: darbuotojų požiūrio į paslaugų teikimo galimybes, turimų žinių apie pacientų, turinčių sunkią negalią poreikius, gydymo specifiką ir darbuotojų bendravimo su sunkią negalią turinčiais pacientais įgūdžių.⁹³

Atlikus apklausą, projekto dalyviai siūlė atsižvelgti į teritorinio prieinamumo sąlygą ir teikti odontologinės sveikatos priežiūros paslaugas atokių vietovių Lietuvos gyventojams. Pagrindinė paslaugos plėtros problema – didelės laiko ir finansinės sąnaudos, sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų stoka. Ši paslauga yra specifinė, tai ne tik paslauga pacientui, tai ir bendravimas su artimaisiais, todėl, be infrastruktūros plėtros, būtina sveikatos priežiūros specialistams kelti kvalifikaciją įvairiomis temomis – nuo komandinio darbo iki kokybiškų paslaugų teikimo neįgaliesiems srityje. Projekto įgyvendinimo metu viena mobili komanda (gydytojas odontologas, odontologo padėjėjas ir vairuotojas) vidutiniškai vienam pacientui paslaugas teikė darbo dieną apie 1 val. 40 min., važiuoti reikėjo apie 16 km. Vieno paciento gydymui buvo vidutiniškai skirta 2,5 valandos, o važiuot teko apie 23,5 km. Viena komanda gali aplankyti apie 400 pacientų per metus, bet tai priklauso nuo įvairių kintančių veiksnių, pvz., didesnių atstumų, lankant pacientus atokiose vietovėse, arba, priešingu atveju, galimas intensyvesnis darbas vienoje socialinės globos įstaigoje.⁹⁴

2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijomis įgyvendinto bandomojo projekto rezultatai parodė, kad teikiant paslaugas namuose gerinama pacientų gyvenimo kokybė ir pasitenkinimas bei specializuotų paslaugų prieinamumas. Odontologinių paslaugų teikimas paciento namuose – tai būtina grandis užtikrinant odontologinę priežiūrą tikslinei grupei, t. y. sunkią negalią turintiems asmenims.

Nepakankamas neįgaliesiems teikiamų reabilitacijos paslaugų koordinavimas gyvenamojoje vietoje tarp skirtingų žinybų neužtikrina neįgaliųjų teisių į efektyvią sveikatos priežiūrą ir padidina ekonominius šių grupių asmenų sveikatos priežiūros kaštus. Vadovaujantis tarptautinių organizacijų

⁹² 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ 8.1.3 uždavinio „Pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą tikslinėms gyventojų grupėms bei sumažinti sveikatos netolygumus“ priemonė Nr. 08.1.3-CPVA-V-607 „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas neįgaliesiems“.

⁹³ L. Murauskienė. Odontologijos priežiūros teikimo asmenims su sunkia negalia modelio tobulinimo ir plėtros rekomendacijos. 2020, p. 23. Prieiga per internetą:

https://www.esinvesticijos.lt/media/force_download/?url=/uploads/main/esproducts/docs/115806_e293e54311d7d40a9e62ce7b0b4156e8.pdf

⁹⁴ Ten pat, p. 23.

rekomendacijomis, Lietuvoje sunkiausią negalią turinčių asmenų integracijai į visuomenę būtina išplėtoti kompleksines reabilitacijos programas neįgaliųjų gyvenamojoje vietoje (bendruomenės lygmeniu), panaudojant visus asmens gyvenamojoje teritorijoje esančius sveikatos, švietimo, socialinio sektorių ir nevyriausybinių, bendruomeninių organizacijų resursus. Pagrindinis tikslas – kiek galima ilgiau po stacionarinės reabilitacijos išlaikyti neįgaliojo asmens funkcinį savarankiškumą, gebėjimą kuo ilgiau išlikti aktyviam įprastinėje veikloje, kad jis negrižtų į asmens sveikatos priežiūros įstaigą blogesnės būklės su komplikacijomis, kad jam būtų sudaryta galimybė gauti švietimo, sveikatos priežiūros paslaugas, socialines konsultacijas ir t. t. Neįgaliojo asmens funkciniam savarankiškumui išlaikyti taip pat svarbios jo žinios sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo srityse. Nepakankamai finansuojamos konkrečios neįgaliųjų reabilitacijos programos (įskaitant palaikomąją), kurios pagerina individo funkcinę būklę, funkcinį savarankiškumą ir užtikrina aktyvesnį visuomeninį gyvenimą. Trūksta metodinės medžiagos individualioms reabilitacijos programoms sudaryti ir stebėsenai užtikrinti, vykdant sunkių ligonių reabilitaciją iki jų integracijos į visuomenę.

1.5.4. Nepakankamai išplėtotas paciento kelio koordinavimas ir atsakomybių pasiskirstymas tarp skirtingų sveikatos priežiūros grandžių

Dideli pacientų srautai gydymo įstaigose, sunkumai patekti pas gydytojus specialistus, registracijos dėl įvairių konsultacijų nesklandumai, gydytojų darbo krūviai, ligų diagnostikos indikacijų ir algoritmų neapibrėžtumas ir kitos problemos smarkiai apsunkina galimybę pacientui gauti tikslingą pagalbą laiku. Kitas taip pat ne mažiau reikšmingas aspektas – tai paciento individualūs veiksniai: jo psichologinės reakcijos (nerimas, baimė, išgastis, pasimetimas „sistemoje“), gyvenamoji vieta, ekonominė padėtis – visa tai gali dar labiau pristabdyti ar apsunkinti būtinus procesus. Lietuvoje žaliųjų koridorių principu⁹⁵ sveikatos priežiūros paslaugos organizavimas pradėtas onkologijos srityje, tačiau kitose srityse (kardiologija, neurologija ir kt.) šis paslaugų organizavimo modelis dar tik pradedamas diegti. Paciento kelio koordinavimo problemos taip pat yra aktualios ir po pacientų hospitalizacijos, kai turi būti užtikrintos šeimos gydytojo, psichikos sveikatos centro (PSC) specialistų komandos, reabilitacijos, slaugos ir kt. paslaugos, siekiant išvengti pakartotinio hospitalizavimo ar užtikrinant kuo spartesnę paciento sveikimą ir geresnę gyvenimo kokybę. Informacija iš stacionariųjų įstaigų ne visada sklandžiai perduodama ir panaudojama vykdant pacientų priežiūrą psichikos sveikatos centruose. Nepakankamai išnaudojamas Visuomenės sveikatos biurų (VSB) tinklo potencialas mažinant psichikos ir elgesio sutrikimų skaičių (prevencija), todėl būtinas glaudesnis PSC ir VSB bendradarbiavimas.

Pirminio lygio paslaugų teikimas yra ribotas ir fragmentiškas lyginant su ES vidurkiu, Lietuvoje pastebimas didesnis stacionariųjų lovų poreikis ir ilgesnis hospitalizavimo laikas. Taip pat yra nereglamentuotų ir pasikartojančių procesų ir procedūrų, kurias reikia sureguliuoti pritaikant paciento kelio reikalavimus ir taip pagerinant ambulatorinių paslaugų kokybę.

1.5.5. Personalui nepakanka bendravimo su pacientais įgūdžių ir žinių apie paciento poreikius

⁹⁵ Žaliasis koridorius – onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir valdymo modelis, skirtas pacientui, kuriam pirmą kartą įtariama onkologinė liga, registracijai, tyrimams, gydymo pradžiai pagreitinti ir būtinoms sveikatos paslaugoms per trumpiausią numatomą terminą suteikti.

Sveikatos priežiūros paslaugų rezultatai priklauso nuo specialisto ir paciento bendrų pastangų, todėl paciento motyvacija, lūkesčiai ir poreikiai kreipiantis dėl sveikatos problemų yra labai svarbūs⁹⁶. EBPO pažymi, kad valstybėse narėse ir esant tvirtiems sveikatos priežiūros specialistų parengimo ir licencijavimo metodams daugiau turi būti daroma užtikrinant sveikatos priežiūros specialistų žinias ir įgūdžius, būtinus šiuolaikinėms sparčiai besiplečiančioms sveikatos priežiūros paslaugoms teikti⁹⁷. Teikiant medicinos paslaugas dėl fizinės sveikatos sutrikimų, trūksta laiku, vietoje ir priimtiniu būdu teikiamos papildomosios psichologinės pagalbos pacientams. Sveikatos priežiūros paslaugos nepakankamai orientuotos į gyventojus, turinčius didesnius poreikius ir sunkesnę prieinamumą prie šių paslaugų, todėl siekiant užtikrinti horizontaliųjų paslaugų prieinamumo ir kokybės principų įgyvendinimą, būtina diegti naujas, mokslo įrodymais pagrįstas ir pasaulinėje praktikoje išbandytas į paciento individualius poreikius orientuotas paslaugas.

1.5.6. Nepakankama pacientus atstovaujančių organizacijų organizacinė branda ir įsitraukimas į paslaugų kokybės gerinimo veiklas

European Patients Forum parengtoje ataskaitoje „*The Added Value of the Patient Organizations*“⁹⁸ nurodoma, ką reikėtų daryti, kad pacientus vienijančios organizacijos galėtų kurti pridėtinę vertę: 1) formuojant politiką atkreipti dėmesį į tai, kas svarbu pacientams, kokios yra pacientų patirtys gaunant sveikatos priežiūros paslaugas; 2) didinti pacientų raštingumą ir stiprinti pacientų ir jų grupių gebėjimus atstovauti savo interesams įvairiais formatais; 3) užtikrinti tarptautinį bendradarbiavimą su kitų šalių pacientus vienijančiomis organizacijomis, perimti gerąsias patirtis; 4) dalyvauti atliekamuose moksliniuose ir klinikiuose tyrimuose. Nevyriausybinių organizacijų (NVO) dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje riboja išorinės ir vidinės kliūtys: hierarchiniai ryšiai, lygiateisio bendradarbiavimo ir dialogo su valdžios institucijomis stoka, riboti finansiniai, žmogiškieji ir laiko ištekliai. Trūksta stiprių organizacijų, vienijančių asmenis, turinčius ar turėjusius psichikos ir elgesio sutrikimų, bei atstovaujančių jų interesams. Visuomenė ir patys asmenys nepripažįsta psichikos ir elgesio sutrikimų patirties vertės ir nedalyvauja veikloje, kuri galėtų padėti į panašias situacijas pakliuvusiems asmenims. Vis labiau suprantama, kad didinant pacientų sveikatos raštingumą NVO vaidina vieną svarbiausių vaidmenų. Pacientų sveikatos raštingumo trūkumas ypač išryškėjo Covid-19 pandemijos metu ir judėjimuose prieš vakcinaciją. Todėl NVO organizacinė branda tampa ir valstybės problema.

1.5.7. Nėra įrankių, kurie operatyviai užtikrintų pacientų grįžtamąjį ryšį

Valstybės kontrolės užsakymu 2017 m. atlikto Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimo duomenimis, pagrindinė asmens sveikatos priežiūros problema yra didelės eilės. Šio tyrimo metu gyventojai blogiausiai įvertino gydytojų specialistų antrinio lygio konsultacinių paslaugų prieinamumą. Daugiau nei pusė gyventojų patenkinamai arba blogai vertino ir galimybę norimu laiku patekti pas šeimos gydytoją. Ekspertai dideles eiles pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti grindžia ženkliai padidėjusia emigracija, dėl kurios kiekvieno šeimos gydytojo apylinkėje

⁹⁶ Health at a Glance 2019, OECD indicators. Prieiga per internetą: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1592759316&id=id&accname=guest&checksum=8388A0A457C993910350F7CE18CE9212>

⁹⁷ Caring for quality in health, lesson learnt from 15 reviews of health care quality. Prieiga per internetą: <https://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm>.

⁹⁸ Prieiga per internetą: https://www.eu-patient.eu/globalassets/library/publications/epf_added_value_report_final.pdf

santykiškai išaugo pagyvenusių ar pensinio amžiaus pacientų skaičius, o tai yra dažniau sergantys žmonės. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai nurodo, kad didelės eiles nulėmė specialistų trūkumas, riboti PSDF biudžeto ištekliai.

Atlikto vertinimo duomenimis, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problema dėl didelių eilių išlieka aktuali: ją įvardija 55 proc. apklaustų gyventojų. Pacientai vis dar neįtraukiami į sprendimų priėmimo procesus ir todėl nėra aktyvūs sveikatos priežiūros dalyviai. Tarptautinių ekspertų nuomone, ilgų eilių sveikatos priežiūros paslaugoms gauti problema didina sunkių pasekmių, tokių kaip paciento mirtis, komplikacijos ar kiti nepageidautini įvykiai, atsiradimo tikimybę, taip pat didina neteisėtų susitarimų tikimybę tarp medikų ir pacientų siekiant pagreitinti reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminus, atsiranda prielaidos neoficialiems mokėjimams. Nuolatinis nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas skatina smulkiają korupciją sveikatos priežiūros sistemoje, mažina pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema ir privalomuoju sveikatos draudimu.

Specialiųjų tyrimų tarnybos (STT) atliktų analizių⁹⁹ išvadose nurodoma, kad pacientų sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėseną vykdoma remiantis nepakankamai patikimais duomenimis, todėl nėra tikslių duomenų stebėsenos rezultatų objektyvumui užtikrinti. Neturint efektyvaus, objektyviais duomenimis pagrįsto sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos mechanizmo, nėra galimybės Sveikatos apsaugos ministerijai ir jos įgaliotoms institucijoms operatyviai gauti informaciją ir reaguoti į analizuojamose veiklos srityse vykstančius pokyčius, gauti informaciją apie įgyvendinamų (tiek nacionaliniu, tiek regioniniu, tiek instituciniu lygmeniu) priemonių, kuriomis siekiama gerinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, daromą poveikį, identifikuoti sisteminės priežastis, lemiančias veiklos neatitiktis instituciniu lygmeniu, objektyviai įvertinti, ar praktikoje nacionaliniu, regioniniu ir instituciniu lygmenimis užtikrinamas reikalaujamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir su tuo susijusių sprendimų skaidrumas, įvertinti pacientų interesams atstovaujančių organizacijų ir pan. teikiamos informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių atsiradimo priežastis pagrįstumą.

Nesudaryta galimybė pacientui reitinguoti Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (LNSS) priskiriamas ASPI pagal sveikatos priežiūros paslaugas gavusių pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo rezultatus. STT siūlymu būtina sudaryti pacientams skirtus klausimynus, kurie sudarytų galimybę įvertinti korupcijos mastą instituciniu lygmeniu, kad apklausose dalyvaujantiems pacientams būtų aišku, kas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas turi būti laikoma korupcija, o kas tiesiog netinkamu paslaugos teikimu, taip būtų sudarytos sąlygos ne tik gauti informaciją apie ASPI korumpuotumo lygį, bet ir išsiaiškinti, ar pacientai korupcijai nepriskiria to, kas turėtų būti laikoma netinkamu paslaugos teikimu.

Ne tik pacientų nuomonė apie suteiktas paslaugas, bet ir jų gyvenimo kokybės pokyčiai gydant atskiras ligas yra svarbūs teikiamų paslaugų kokybės rodikliai. Todėl daugelyje valstybių taikomi PROM (angl. *patients reported outcome measures*) ir PREM (angl. *patients reported experience measures*) – instrumentai, kurių kol kas neturime Lietuvoje.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisės aktais, asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi rinkti ir kasmet pateikti VASPVT informaciją apie atitinkamus jų veiklos kokybės ir efektyvumo rodiklius, priklausomai nuo teikiamų ambulatorinių ar stacionarinių asmens sveikatos priežiūros

⁹⁹ https://www.stt.lt/data/public/uploads/2020/01/vspi_eiliu_kra_isvada.pdf

paslaugų. Vienas šių rodiklių – pacientų pasitenkinimo suteiktomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis, kuriam apskaičiuoti reikalingus duomenis asmens sveikatos priežiūros įstaigos ima apklausdamos pacientus anonimiškai. Šį ir kitus rodiklius asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikia VASPVT siųsdamos raštus, ir į vieną bendrą lentelę šie rodikliai yra suvedami rankiniu būdu, nes nėra sukurto skaitmeninio būdo, leidžiančio asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tiesiogiai suvesti duomenis į bendrą lentelę elektroninėje erdvėje, kurią praktikoje jau naudoja dalis Lietuvos valstybinių institucijų.

1.6. Nepakankama sveikatos priežiūros sauga ir rizikų valdymas

Paslaugų rizikų valdymas neišnaudojamas pacientų saugai gerinti. Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros aspektų yra pacientų rizikos nukentėti dėl ligos, taip pat rizikos patirti nepageidaujamas diagnostikos ir gydymo pasekmes valdymas. Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, klaidų ir nepageidaujamų pasekmių išvengti neįmanoma, tačiau taikant atitinkamas rizikos valdymo priemones tokių pasekmių ar įvykių galima sumažinti ar juos pašalinti¹⁰⁰. Įvairiuose literatūros šaltiniuose nepageidaujamas įvykis nevienodai apibrėžiamas, tačiau apibūdinant dažniausiai nurodoma, kad tai yra įvykis dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, įvykęs daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo negu dėl paties paciento ligos ar būklės. Lietuvoje nepageidaujamo įvykio sąvoka yra apibrėžta Nepageidaujamų įvykių stebėsenos ir valdymo apraše¹⁰¹ – tai „įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui“. Yra patvirtintas nepageidaujamų įvykių sąrašas, pvz., įvykiai, susiję su vaistinių preparatų vartojimu, su medicinos prietaisų ir priemonių naudojimu, su kraujo ir jo komponentų transfuzija, su pacientų patirta avarine arba nenumatyta apšvita ir t. t.

1.6. Problemų priežastys:

1.6.1. netinkamai valdomi nepageidaujami įvykiai;

1.6.2. neišplėtotą asmens sveikatos įstaigų akreditavimo sistema;

1.6.3. specialistų licencijų sąlygų laikymosi priežiūra nesiejama su jų kompetencijų vertinimu.

1.6.1. Netinkamai valdomi nepageidaujami įvykiai

Tinkama nepageidautinų įvykių (NĮ) stebėseną yra vienas iš svarbių šių įvykių valdymo elementų, padedančių nustatyti problemines pacientų saugos vietas ir prioritetus ir sudaryti sąlygas metodiškai vadovauti NĮ priežasčių šalinimui. ES šalys jau dešimtmečius turi nacionalines NĮ registravimo sistemas. Lietuvoje tik 2019 m. įteisinta pareiga visoms ASPĮ teikti duomenis apie NĮ vienai koordinuojančiai institucijai – HI.

HI atlieka šių įvykių stebėseną nacionaliniu lygiu ir kiekvienais metais skelbia NĮ duomenų suvestinėse nurodytų duomenų analizės rezultatus¹⁰². 2020 m. bendras užregistruotų NĮ skaičius siekė 3 042 ir buvo 1,1 karto didesnis nei 2019 m.¹⁰³ 2019–2020 m. duomenys atskleidė šias problemas:

¹⁰⁰ Cagliano A. C., Grimaldi S., Rafele C., A systemic methodology for risk management in healthcare sector, 2011. Prieiga per internetą: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/22251/a-systemic-methodology-for-riskmanagement-in-healthcare-sector>

¹⁰¹ Sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. 401 „Dėl Nepageidaujamų įvykių stebėsenos aprašo patvirtinimo“.

¹⁰² Nepageidaujamų įvykių duomenų ataskaitos. Prieiga per internetą: <https://hi.lt/lt/ataskaitos.html>

¹⁰³ Higienos institutas. Visuomenės sveikatos technologijų centras. Nepageidaujami įvykiai 2020 m. ataskaita. Prieiga per internetą: https://hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/VSTC%20IS/NI/2021/2020_m_NI_ataskaita.pdf

- mažas ambulatorinių ASPI įsitraukimas į NĮ stebėsenos vykdymą (tik keli proc. įstaigų teikia duomenis);
- labai mažas užregistruojamų NĮ skaičius (apie 3000 per metus);
- dideli NĮ rodiklių skirtumai tarp įvairaus lygio ASPI, taip pat ir tarp to paties tipo ASPI (pvz., NĮ skaičius, tenkantis 10 000 lovdienų, ligoninėse svyruoja nuo 0 iki 36,1);
- daugiau nei pusė (51,6 proc.) stebėsenoje dalyvavusių ASPI 2020 m. neužregistravo nei vieno NĮ.
- dažniausiai registruojami NĮ, susiję su pacientų priežiūra (pragulos ir pacientų griuvimai) –58,3 proc.

Šie rezultatai atspindi skirtingą pacientų saugos kultūros brandą skirtingose ASPI, taip pat metodinio vadovavimo ir sisteminio požiūrio į nepageidaujamų įvykių priežasčių išaiškinimą ir šalinimą stoka.

Viena iš NĮ grupių yra hospitalinės infekcijos. Lietuvoje hospitalinių infekcijų epidemiologinė priežiūra įteisinta 2008 m ir vykdoma pagal Europos ligų kontrolės ir prevencijos centro protokolus (ECDC). Nacionaliniuose infekcijų paplitimo tyrimuose dalyvauja apie 90 proc. bendrojo pobūdžio ligoninių. Nuo 2009 m. hospitalinių infekcijų paplitimo situacija Lietuvoje mažai kinta – bendrojo pobūdžio ligoninėse infekcijų paplitimas išlieka stabilus – 3–4 proc., ir yra apie du kartus mažesnis nei ES šalių vidurkis. Maždaug trečdalis šalies bendrojo pobūdžio ligoninių neregistruoja nei vienos hospitalinės infekcijos.

Nors hospitalinių infekcijų paplitimas Lietuvos ligoninėse nedidelis, infekcijų prevenciją ligoninėse atspindintys indikatoriai gerokai blogesni nei ES šalyse. Rankų higienos lygį atspindintis alkoholinio rankų antiseptiko sunaudojimas, kuris labai svarbus infekcijų plitimui, Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse beveik nesikeičia nuo 2012 m. ir yra perpus mažesnis (2020 m – vidurkis 11,7, o mediana – 10,6 ml / lovdieniui) už ES šalių (2016–2017 m. mediana – 20,3 ml / lovdieniui). Mikrobiologinių tyrimų (kraujo kultūrų, ėminių dėl *Clostridioides difficile* infekcijos) Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse taip pat atliekama gerokai mažiau nei ES šalyse. 2020 m duomenimis, rekomenduojamo gydytojų / vyr. specialistų skaičiaus neturi 66 proc., o rekomenduojamo specialistų skaičiaus – daugiau kaip 70 proc. bendrojo pobūdžio ligoninių. Tokia situacija, be abejonės, turi įtakos hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros rezultatams.

Nepageidaujamų įvykių valdymas Lietuvoje vykdomas fragmentiškai, Lietuva neturi kompetentingos institucijos, turinčios pakankamai išteklių ir kompetencijos metodiškai vadovauti NĮ valdymui, rengti ir diegti nacionaliniu lygiu NĮ prevencines priemones. Nors kai kurių NĮ prevencija yra koordinuojama (pvz., už hospitalinių infekcijų valdymą atsakingas HI, už NĮ, susijusių su vaistinių preparatų vartojimu, valdymą – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba ir t. t), tačiau, pavyzdžiui, didžiausią dalį (58,3 proc.) sudarančių NĮ, susijusių su pacientų priežiūra, priežasčių išaiškinimui ir šalinimui metodinio vadovavimo nėra. Siekiant pradėti spręsti šią problemą, 2020 m. sukurta Nepageidaujamų įvykių ekspertų komisija, kurios misija – nacionaliniu lygiu koordinuoti NĮ valdymą: vertinti NĮ stebėsenos rezultatus, nustatyti prioritetines pacientų saugos tobulinimo sritis ir teikti siūlymus dėl NĮ prevencijos priemonių nacionaliniu mastu kūrimo ir diegimo ASPI.

1.6.2. Neišplėtotą asmens sveikatos įstaigų akreditavimo sistema

Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnyje akreditavimas apibrėžtas kaip įstaigos savanoriškai inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas. Įstaigų akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai

sąlygos nustatytos to paties įstatymo 6 straipsnyje. Akreditavimą sudaro dvi dalys – akreditavimo reikalavimai (standartai) ir akreditavimo procesas¹⁰⁴.

Akreditavimo reikalavimus rengia aukštosios mokyklos ir mokslo įstaigos kartu su sveikatos priežiūros specialistų organizacijomis. Akreditavimo reikalavimų rengimą užsako, juos tvirtina ir registruoja Sveikatos apsaugos ministerija ar jos įgaliota institucija (6 straipsnis). Šiuo metu Akreditavimo tarnyba yra parengusi į pacientą orientuotos šeimos medicinos paslaugos akreditavimo programą, t. y. akreditavimo reikalavimus (Nacionalinius šeimos medicinos paslaugos akreditavimo standartus) ir Šeimos medicinos paslaugos akreditavimo procedūrą. Akreditavimo programą rengė darbo grupė, sudaryta iš Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų kolegijos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ir Vilniaus universiteto Šeimos medicinos klinikų, Klaipėdos universiteto bei Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos atstovų. Konsultavo patyrę ekspertai iš *Accreditation Canada International*: Karen Kieley ir David John Maxwell Butcher.

Akreditavimo programą parengė Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT), įgyvendindama ES struktūrinių fondų finansuojamą projektą¹⁰⁵ „Asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, įgyvendinant sveikatos technologijų vertinimo ir valdymo sistemas bei pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos akreditavimą“. 2016 m. buvo patvirtinti šeimos medicinos paslaugų akreditavimo standartai¹⁰⁶ ir šeimos medicinos paslaugų akreditavimo procedūra¹⁰⁷. Pagal šią akreditavimo programą šeimos medicinos paslaugą teikiančios įstaigos akredituojamos 4 metų laikotarpiui. Akredituotos šeimos medicinos paslaugą teikiančios įstaigos skatinamos finansiškai didinant vieno šeimos gydytojo (arba vidaus ligų, arba vaikų ligų gydytojo) aptarnaujamo prirašyto gyventojų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinę bazinę kainą 1,25 balo¹⁰⁸.

VASPVT plačiai informavo šeimos medicinos paslaugą teikiančias įstaigas apie akreditavimo galimybę straipsniais savo svetainėje, spaudoje (laikraštyje ir portale „Lietuvos sveikata“. Šiuo klausimu publikuoti 6 straipsniai, vienas straipsnis Lietuvos šeimos gydytojų kolegijos žurnale „Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas“). VASPVT specialistai akreditavimo standartus ir procedūrą pristatė regioninių seminarų metu (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje), teikė konsultacijas akreditavimo klausimais įstaigų atstovams, įstaigų prašymu vyko į įstaigas, kuriose supažindino darbuotojus su akreditavimo standartais, pasirengimu akreditavimui ir akreditavimo procesu (organizuotos keturios išvykos į įstaigas).

Pirmosios įstaigos buvo akredituotos 2016 m. Iki 2021 m. birželio 10 d. akreditavimo pažymėjimai yra išduoti 43 įstaigoms, teikiančioms šeimos medicinos paslaugą. Trys įstaigos jau akredituotos antram akreditavimo periodui. Akreditavimo procese dalyvavusios įstaigos pripažino, kad nors pasirengimas akreditavimui pareikalavo daug laiko ir pastangų, tačiau tai buvo galimybė išsamiai peržiūrėti savo veiklos organizavimą, įvertinti

¹⁰⁴ Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 7 d. įsakymas Nr. 280 (aktuali redakcija 2021-03-01) „Dėl Akreditavimo sveikatos priežiūrai nuostatų patvirtinimo“.

¹⁰⁵ Projektas Nr. VP1-4.3-VRM-02-V-05-011 „Asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, įgyvendinant sveikatos technologijų vertinimo ir valdymo sistemas bei pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos akreditavimą“, 2013–2015 m.

¹⁰⁶ VASPVT direktoriaus 2016 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. T1-233 „Dėl nacionalinių akreditavimo standartų šeimos medicinos paslaugai patvirtinimo“.

¹⁰⁷ VASPVT direktoriaus 2016 m. kovo 3 d. įsakymas Nr. T1-329 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigos akreditavimo šeimos medicinos paslaugai procedūros patvirtinimo“.

¹⁰⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ 28.6 p.

paslaugų kokybės spragas, jas ištaisyti, atkreipti dėmesį į įstaigos stipriąsias puses ir jas panaudoti sudarant tolesnio šeimos medicinos paslaugų kokybės gerinimo planą. Įstaigos ir akreditavimo procese kaip vertintojai dalyvavę sveikatos priežiūros specialistai atkreipė ypatingą dėmesį į akreditavimo proceso metu sudarytą galimybę pasidalyti gerą patirtimi tarp akredituojamos įstaigos šeimos gydytojo komandos narių ir vertintojų – šeimos medicinos paslaugą teikiančių specialistų iš jau akredituotų įstaigų. Tačiau įstaigų aktyvumas galėjo būti didesnis, turint galvoje tai, kad Lietuvoje yra daugiau kaip 400 įstaigų, teikiančių šeimos medicinos paslaugą. Gali būti, kad kliūtis įstaigoms aktyviau dalyvauti akreditavimo procese buvo tai, kad kai kurioms įstaigoms reikėjo keisti jau pagal ISO:9001 standartus įdiegtas ir sertifikuotas savo kokybės vadybos sistemas, orientuotas į įstaigoje vykstančius procesus taip, kad jos būtų orientuotos į pacientą ir jo kelią įstaigoje teikiant šeimos medicinos paslaugą, kaip to reikalauja akreditavimo standartai.

Pasibaigus 4 metų akreditavimo ciklui, atsižvelgiant į akredituotų įstaigų bei akreditavimo procese dalyvavusių specialistų patirtį ir siūlymus bei pasikeitusius sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančius teisės aktus, buvo peržiūrėti ir pataisyti Šeimos medicinos paslaugų akreditavimo standartai ir procedūra, sugriežtinant akreditavimo reikalavimus.

Šiuo metu akreditavimo procesą reglamentuojančiais teisės aktais (Akreditavimo sveikatos priežiūrai nuostatai ir akreditavimo šeimos medicinos paslaugai procedūra) galima vadovautis akredituojant ir kitas sveikatos priežiūros veiklos sritis (paslaugas, ligonines ir kt.). **Tačiau tam nėra parengtų akreditavimo standartų. Standartų rengimas yra sudėtingas, ilgai trunkantis ir daug išteklių (tiek finansinių, tiek žmogiškųjų) reikalaujantis procesas.** Galima patiems rengti akreditavimo standartus arba pasinaudoti kitų (Pvz., *Health Standards Organization, Joint Commission International, Accreditation Canada International* ar DNV GL) parengtais tarptautiniu mastu pripažintais standartais juos pritaikant Lietuvai.

1.6.3. Specialistų licencijų sąlygų laikymosi priežiūra nesiejama su jų kompetencijų vertinimu

Kvalifikuoti specialistai – viena iš sąlygų teikti saugias ir veiksmingas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Profesionalų medicinos personalą vienu svarbiausių sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų laiko 52 proc. šalies gyventojų.¹⁰⁹ Kad asmens sveikatos priežiūros paslaugas teiktų tik kvalifikuoti specialistai, jų veikla reguliuojama¹¹⁰, vykdoma specialistų registracija ir licencijavimas. Sveikatos priežiūra keičiasi labai sparčiai, nuolat atsiranda naujos gydymo technologijos ir metodai, diegiama geroji praktika. Todėl sveikatos specialistų įgytų žinių ir gebėjimų po tam tikro laiko nebepakanka aukštos kokybės saugiai ir veiksmingai sveikatos priežiūrai užtikrinti.¹¹¹ EBPO pažymi, kad, be medicinos praktikos licencijavimo, efektyvūs būdai skatinti sveikatos priežiūros specialistus teikti kokybiškas paslaugas yra tęstinis medicininis ir nuolatinis profesinis tobulėjimas.¹¹²

Atkreiptinas dėmesys, kad sveikatos technologijų pažanga ir diagnostikos bei gydymo metodų tikslumas keičia ir atskirų sveikatos sektoriaus profesijų vaidmenį gydymo procese, atskirų profesijų kompetencijų rinkiniai yra integruojami, klinikinės kompetencijos yra perduodamos tarp profesijų – tai kelia iššūkių valstybei ieškant sprendimų, kaip užtikrinti sveikatos paslaugų saugą ir kokybę, planuoti, vertinti, palaikyti ir tobulinti sveikatos

¹⁰⁹ Valstybės kontrolės 2018 m. rugsėjo 28 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2018-P-9-3-9 „Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas. Prieiga per internetą:

<https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23794/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybe-saugumas-ir-veiksmingumas>

¹¹⁰ Sveikatos sistemos įstatymas, 15, 16, 50 str.

¹¹¹ 8 OECD, Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality, 2017. Prieiga per internetą: <https://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm>

¹¹² Ten pat.

priežiūros specialistų kompetencijas, medicinos normų reikalavimus bei sudaryti galimybes atsirasti naujiems inovatyviems sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modeliams.

Valstybės kontrolė atkreipė dėmesį¹¹³, kad VASPVT praktiką pripažįsta pagal darbdavio išduotus dokumentus apie specialisto einamas pareigas, o ne apie jo vykdytą veiklą.¹¹⁴ Nėra nustatytų reikalavimų pagrįsti, kad specialistas dirbo pagal jo medicinos normoje nustatytas kompetencijas, bei nurodyti, koku mastu (suteiktų paslaugų, atliktų diagnostinių tyrimų, operacijų, manipuliacijų skaičius ir kt.), tai pat nėra vertinama licencijuojamojo profesinė patirtis.

Europos medicinos specialistų sąjungos (angl. UEMS – *European Union of Medical Specialists*) patvirtintoje UEMS Bazelio deklaracijoje nurodoma, kad periodišką medicinos specialistų kompetencijų vertinimas yra svarbus kaip kvalifikacijos tobulinimo dalis, nes įvertinama, kad gydytojai dirba pagal turimą kvalifikaciją ir naudoja įgytas žinias, tai leidžia tikslingai pasirinkti tobulinimosi formą ir apimtį, įvertinamas atliktas darbas ir kaip pasikeitė jo rezultatai patobulinus kvalifikaciją, didėja gydytojo atsakingumas, gydymo efektyvumas ir saugumas. Lietuvoje sveikatos priežiūros specialisto profesinę kompetenciją patikrinti (įvertinti) privaloma tik tais atvejais, kai jo veikla sukėlė pavojų ar padarė žalą paciento sveikatai. Valstybės kontrolės vertinimu tai yra postprevencinė priemonė. **Siekiant išvengti profesinių klaidų, paslaugas teikti saugiai ir veiksmingai, svarbu periodiškai vertinti, ar gydytojų kompetencijos, profesinė veikla atitinka medicinos normose nustatytus ir kitus reikalavimus, tačiau tai Lietuvoje nėra numatyta ir nedaroma.**

Nėra bendros informacinės sistemos, kurioje būtų kaupiama visa aktuali informacija, susijusi su profesinės kvalifikacijos tobulinimu ir vykdomais mokymais (dalis profesinės kvalifikacijos tobulinimo programų yra skelbiama Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA posistemėje METAS (toliau – METAS), tačiau atitinkamus specialistus rengiančios švietimo institucijos savo vykdomų tobulinimo programų šioje sistemoje neskelbia), tobulinimo programų pasirinkimas vyksta neįvertinant individualių specialisto profesinei veiklai reikalingų žinių, nėra kompiuterizuotas duomenų apie specialistų išklaustytus tobulinimo kursus surinkimas ir kaupimas, todėl neįmanoma specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo proceso valdyti, stebėti ir planuoti.

Sveikatos priežiūros ir farmacijos įstaigos administracija privalo planuoti įstaigoje dirbančio personalo tobulinimą, numatyti šiam tikslui reikalingas lėšas (rekomenduojama ne mažiau kaip vieną procentą įstaigos darbo užmokesčio fondo) bei sudaryti sąlygas privalomam specialisto profesinės kvalifikacijos tobulinimuisi. Siekdama teikti licencijuojamas stacionarines, ambulatorines ar bendrąsias asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ASPĮ privalo turėti įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją teikti atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas, o specialistai, teikiantys šias paslaugas, privalo atitikti atitinkamos paslaugos apraše nustatytus papildomo profesinio pasirengimo ir (arba) patirties reikalavimus. ASPĮ vadovas yra atsakingas už tai, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugas teiktų specialistai, turintys reikiamas galiojančias atitinkamos praktikos licencijas ir atitiktą darbo vietai keliamus papildomo profesinio pasirengimo ir (arba) patirties reikalavimus.

¹¹³ Valstybės kontrolės 2018 m. rugsėjo 28 d. valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2018-P-9-3-9 „Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas. Prieiga per internetą: <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/23794/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-kokybe-saugumas-ir-veiksmingumas>

¹¹⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 634 patvirtinto Medicinos normų rengimo reikalavimų aprašo 6 punktas.

Nėra nustatyta ir vertinama darbdavio atsakomybė už su sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimu susijusius veiksmus. Iš Lietuvos Respublikos apdraustųjų valstybiniu socialiniu draudimu ir valstybinio socialinio draudimo išmokų gavėjų registro nėra galimybės gauti duomenų apie specialisto einamas pareigas gydymo įstaigose (gaunami duomenys tik apie įdarbinimo pradžią ir pabaigą). Pirmiau minėtos problemos aktualios ir farmacijos sektoriui. Pastebimi specialistų kompetencijų ugdymo iššūkiai, nepakankamai efektyvi farmacijos specialistų kvalifikacijos kėlimo sistema. Nėra farmacijos specialistų kompetencijų platformos (informacinių technologijų įrankio), skirtos specialistų kvalifikacijos tobulinimo poreikiui nustatyti, stebėti ir susieti su licencijų sąlygų laikymosi priežiūra.

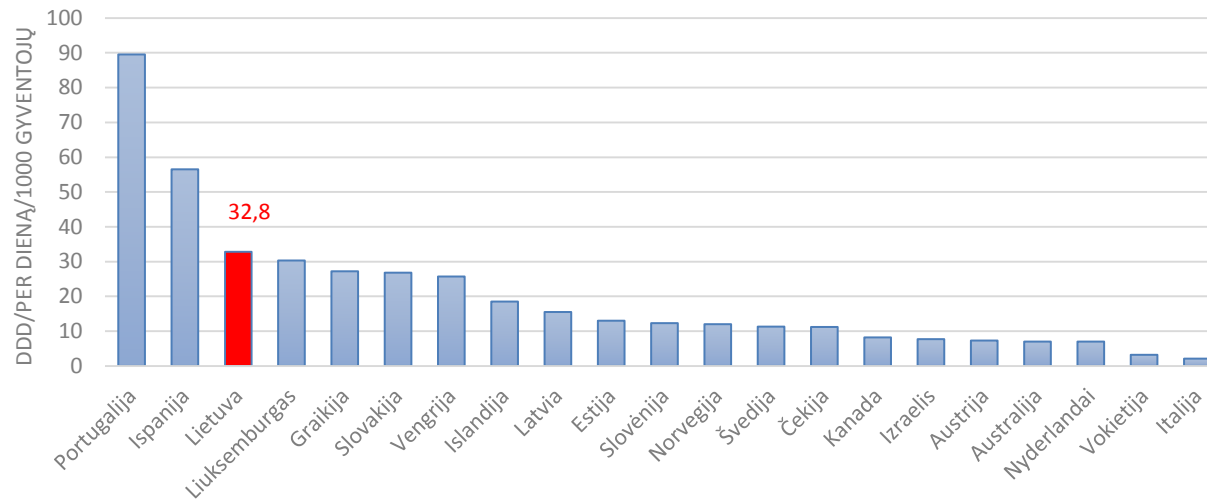
Atsižvelgiant į nurodytus aspektus, svarbu siekti efektyviai valdyti su specialistų kompetencijų tobulinimu susijusį procesą bei būtina perkelti specialistų tobulinimo planavimą ir jo vykdymo stebėseną į skaitmeninę erdvę bei duomenis apie kvalifikacijos tobulinimą ir profesinę patirtį susieti su kiekvieno specialisto licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūra ir profesine veikla. Svarbu tobulinti specialisto kvalifikacijos tobulinimo proceso organizavimo modelį, į jį įtraukiant su sveikatos specialistų profesine veikla ir kompetencija susijusio profesinės kvalifikacijos tobulinimo poreikio nustatymą, tobulinimosi planavimą, vykdymą ir stebėseną ir šiuos procesus susieti su licencijų sąlygų laikymosi priežiūra.

1.7. Neracionalus vaistų vartojimas

Skirtingų vaistinių preparatų suvartojimo duomenys, suvartojimo tendencijos ir skirtumai, lyginant su kaimyninėmis šalimis, gyventojų patiriamos išlaidos vaistiniams preparatams, iš gyventojų surenkamų naikintinų vaistinių preparatų kiekis patvirtina, kad racionalaus vaistų vartojimo problema Lietuvoje yra itin aktuali.

VVKT ir EBPO statistikos portalo duomenimis, Lietuvoje plataus veikimo spektro sistemiškai veikiančių antibiotikų, benzodiazepinų yra suvartojama žymiai daugiau nei Latvijoje ar Estijoje, t. y. šalyse, turinčiose panašią sveikatos priežiūros sistemą, demografinę, socialinę ir ekonominę padėtį. Pavyzdžiui, Lietuvoje benzodiazepinų (psichotropinių vaistų nerimui mažinti – anksiolitikų) yra vartojama nuo 2,3 iki 2,6 kartų daugiau (atsižvelgiant į gyventojų skaičių) nei Latvijoje ir Estijoje, plataus veikimo spektro antibiotikų Lietuvoje suvartojama apie 2,5 karto daugiau nei Latvijoje ir Estijoje (48 paveikslas). Kaptoprilio, vaisto kraujospūdžiui mažinti, kurio vartojimas paplitęs kraujospūdžiui greitai sumažinti ir kurio didelis suvartojimas signalizuoja apie dažnus atvejus, kai arterinė hipertenzija nėra efektyviai valdoma nuolat paciento vartojamais vaistais, suvartojama net 10 kartų daugiau nei Latvijoje ar Estijoje kartu sudėjus. Tai tik keli pavyzdžiai, indikuojantys racionalaus vaistų skyrimo problemos mastą šalyje. Taip pat yra prielaidų manyti, kad dalis receptinių vaistų pačių gyventojų iniciatyva yra įsigyjama be recepto, t. y. vaisto nepaskyrus sveikatos priežiūros specialistui ir jam neprižiūrint.

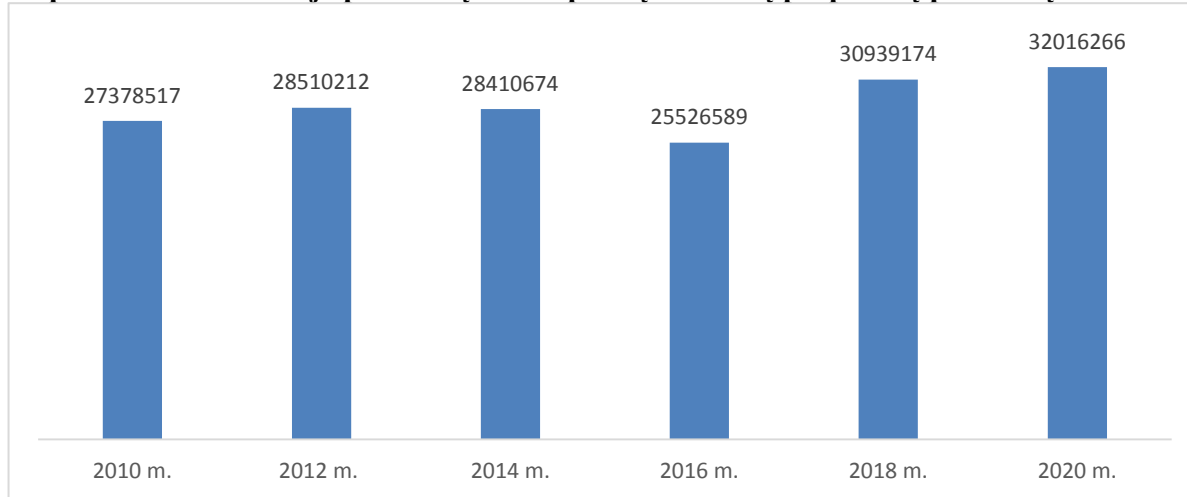
48 paveikslas. N05B anksiolitikų grupės vaistinių preparatų suvartojimas 2019 m., DDD/per dieną/1000 gyventojų



Šaltinis: VVKT

Nepakankamas gyventojų įsitraukimas į savo gydymo procesą bei prevencines priemones, gydytojo rekomendacijų nesilaikymas, didėjanti savigyda, internete ar tarpusavyje pasidalinta informacija, neįsigijimas vaistų laiku lemia didesnę gydytojų konsultacijų skaičių, sergančiųjų lėtinėmis ligomis hospitalizacijų ir rehospitalizacijų dažnį, neleidžia pasiekti norimo gydymo rezultato. Didėjančios savigydos tendencijos pastebimos vertinant ne tik receptinių vaistų pardavimus be receptų, maisto papildų nekontroliuojamą vartojimą, bet ir nuolat augančius nereceptinių (OTC) vaistų pardavimus (49 paveikslas). Pažymėtina, jog bendras OTC vaistų pardavimo augimas pastebimas nepaisant fakto, jog nuo 2009 m. nuolatinių Lietuvos gyventojų sumažėjo 12,2 proc. (oficialiosios statistikos portalas). Todėl išplėtos farmacinės, farmacinės rūpybos ir kitos paslaugos ir jų mastas vaistinėse galėtų užtikrinti visų gyventojų vartojamų vaistų ir produktų racionalų vartojimą (nustatę problemas, susijusias su vaistų ir kitų produktų vartojimu, vaistinėms pasiūlytų jų sprendimo būdus, pateiktų siūlymus dėl gyvensenos rizikos veiksnių valdymo, prireikus taikytų prevencines priemones ar pasiūlytų pasikonsultuoti su gydytoju).

49 paveikslas. Lietuvoje parduotų nereceptinių vaistinių preparatų pakuočių skaičiaus dinamika per pastaruosius 10 metų



Šaltinis: VVKT duomenys

Minėtos problemos ypač išryškėjo COVID-19 ligos plitimo metu, sumažėjus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Neracionalus vaistų vartojimas ir nekontroliuojama polifarmacija didina nepageidaujamų reakcijų, vaistų tarpusavio sąveikos riziką, tam tikrais atvejais lemiančių pacientų hospitalizaciją ar kitas neigiamas baigtis, kai nepasiekiamas norimas klinikinis rezultatas. Neracionaliai skiriant ir vartojant vaistinius preparatus, taip pat neracionaliai naudojamos tiek gyventojų, tiek PSDF biudžeto lėšos. PSO Europos regioninio biuro užsakymu 2018 m. atlikto vertinimo duomenimis¹¹⁵, trečdalis sveikatos priežiūros išlaidų Lietuvoje yra sumokamos pačių gyventojų, ir šią išlaidų dalį reikšmingai lemia gyventojų išlaidos vaistams, ypač dėl mažo pasitikėjimo generiniais vaistiniais preparatais ir nepagrįstų brangių vaistų skyrimų. Neracionalus antibiotikų vartojimas sudaro sąlygas bakterijų atsparumui antibiotikams vystytis ir gali lemti pavojingų hospitalinių ir nehospitalinių infekcijų protrūkių.

1.7. Problemų priežastys:

1.7.1. nepakankamas į pacientą orientuotų vaistinio teikiamų paslaugų spektras ir jų teikimo mastas;

1.7.2. nepakankamas gyventojų įsitraukimas į paskirtą gydymo vaistais procesą;

1.7.3. nepakankamai efektyvus sprendimų, skatinančių racionalų vaistų skyrimą ir vartojimą, priėmimas ir jų įgyvendinimas dėl

¹¹⁵ PSO (2018) Ar gyventojai gali susimokėti už sveikatos priežiūrą? Nauji duomenys apie finansinę apsaugą Lietuvoje. Prieiga internetu: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/372530/ltu-fp-summary-lit.pdf

nepakankamos skaitmenizacijos, duomenų trūkumo.

1.7.1. Nepakankamas į pacientą orientuotų vaistininko teikiamų paslaugų spektras ir jų teikimo mastas

Vaistininkas yra lengviausiai gyventojui prieinamas kompetentingas sveikatinimo specialistas, galintis suteikti gyventojui reikalingos informacijos, prižiūrėti jam paskirto gydymo plano laikymąsi bei užtikrinti veiksmingą, efektyvų ir saugų vaistų vartojimą, teikti patarimus, padėti išsiaiškinti sveikatos problemas bei laiku pasiūlyti kreiptis į gydytoją dėl konsultacijos. Nepakankama farmacijos ir sveikatos priežiūros sektoriaus integracija, ribotas farmacinės rūpybos ir kitų paslaugų spektras ir mastas vaistinėse neleidžia efektyviai spręsti su vaistų vartojimu susijusių problemų.

Lietuvoje yra vienas didžiausių Europos Sąjungoje vaistinių, tenkančių vienam gyventojui, skaičius (100 000 gyventojų Lietuvoje yra 47 vaistinės; ES vidurkis yra 31 vaistinė), tačiau platus vaistinių tinklas Lietuvoje nesuteikia tiek pridėtinės vertės visuomenei ar gyventojui, kiek galėtų. Šalys, atsižvelgdamos į gyventojų ir sveikatos sistemos poreikį, apsisprendžia, kokias farmacinės rūpybos ar kitas paslaugas vaistinėje reikia teikti. PSO 2019 m. atliko apklausą ir pateikė teikiamų vaistinėje paslaugų apžvalgą tiek Europos, tiek pasaulio lygiu. Apklausoje dalyvavo 30 Europos šalių: pvz.: vaistų peržiūros paslaugą vykdo 53 proc. Europos šalių, naujo vaisto išdavimo – 27 proc., diabeto, astmos ligos valdymo – 43 proc., vakcinacijos gripo vakcina – 40 proc., individualių dozių paruošimo – 37 proc., 8 Europos šalys yra įtraukusios vaistines ir vaistininkus į COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) valdymą.

Lietuvoje 2016 m. reglamentuota viena farmacijos rūpybos paslauga – farmacinės rūpybos paslauga įkvepiamuosius vaistinius preparatus vartojantiems pacientams, tačiau praktiškai ji neveikia: nepakankamas gyventojų informuotumas apie paslaugos naudą, nėra paslaugos kompensavimo modelio, nepakankamas tarpprofesinis bendradarbiavimas tarp farmacijos ir sveikatos priežiūros specialistų, nepakankamos IT priemonės, leidžiančios specialistams dalytis informacija. Nuo 2021 m. sausio 1 d. reglamentuota nauja profesinė kvalifikacija – išplėstinės praktikos vaistininkas (vaistininkas, turintis asmens sveikatos priežiūros specialisto licenciją). Išplėstinės praktikos vaistininkas nuo 2021 m. kovo 1 d. gali atlikti suaugusiųjų imunoprofilaktiką sezoninio gripo, erkinio encefalito, nuo 2021 m. balandžio 6 d. – COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcinomis, taip pat paimti tepinėlį iš nosies landos greitajam SARS-CoV-2 antigeno testui atlikti ir atlikti greituosius SARS-CoV-2 antigeno testus.

Neefektyvus žmoniškųjų išteklių valdymas. Lietuvoje, Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos 2020 m. gruodžio 31d. duomenimis, yra 3 496 vaistininkai ir 1 193 vaistininko padėjėjai (farmakoteknikai). PSO duomenimis, Lietuva yra viena iš šalių, kuriose vaistininkų skaičius, tenkantis 10 000 gyventojų, yra vienas iš didžiausių ES – Lietuvoje 2019 m. 10 000 gyventojų teko 12,41 vaistininkai, ES vidurkis yra apie 8 vaistininkai 10 000 gyventojų. Tačiau vaistininko, kaip kompetentingo sveikatinimo specialisto, potencialas nėra pakankamai išnaudojamas dėl nepakankamai efektyvaus žmoniškųjų išteklių valdymo: ne visose vaistinėse visą darbo dieną dirba vaistininkas (tik nuo 2023 m. vaistininkas privalės visą darbo dieną dirbti vaistinėje), trūksta išplėstinės praktikos vaistininkų, teisės aktais nėra nustatytas minimalus darbuotojų skaičius vaistinėje (komanda), nėra aiškių sprendimų dėl vaistininko ir vaistininko padėjėjo (farmakotekniko) pareigų paskirstymo, neretai lūkesčių neatitinkanti vaistinių veikla, orientuota į pardavimus bei pelną, didžiulis kiekis vaistinių prekių lemia farmacijos specialistų trūkumą vaistinėse (vaistininkai išvyksta dirbti į kitas šalis, dirba kituose sektoriuose), nėra galimybės plėsti paslaugas tiek vaistinėje, tiek už jos ribų, kurias teikdami specialistai efektyviau galėtų panaudoti savo žinias ir gebėjimus. Dėl didelių darbo krūvių ir psichologinės bei emocinės įtampos farmacijos specialistai neretai patys nėra suinteresuoti ugdyti

gebėjimų ir teikti papildomų paslaugų. Netolygus farmacijos specialistų pasiskirstymas mieste ir regionuose mažina paslaugų prieinamumą. Pastebimi specialistų kompetencijų ugdymo iššūkiai, nepakankamai efektyvi farmacijos specialistų kvalifikacijos kėlimo sistema. Nėra farmacijos specialistų kompetencijų platformos (informacinių technologijų įrankio), skirtos specialistų kvalifikacijos tobulinimo poreikiui nustatyti, stebėti ir susieti su licencijų sąlygų laikymosi priežiūra. Dėl vaistinių sektoriaus specifikos (vaistinių steigimas neribojamas, vaistinės privačios, orientuotos į pelną, dauguma vaistinių priklauso vaistinių tinklams) sudėtinga planuoti farmacijos specialistų poreikį, nustatyti poreikio kriterijus. Nėra atliekama farmacijos specialistų poreikio analizė.

Nenumatytas apmokėjimo už paslaugas mechanizmas. Farmacinės rūpybos ir kitos papildomos paslaugos, teikiamos vaistinėje, reikalauja papildomų finansinių, žmogiškųjų bei laiko išteklių, todėl tinkamai paslaugų plėtrai užtikrinti turėtų būti numatytas šių paslaugų apmokėjimo modelis. Šiuo atveju susiduriama su paslaugos naudos gyventojui ir sveikatos priežiūros sistemai įvertinimo problema – sudėtinga išmatuoti naudą gyventojui, jo gyvenimo kokybės pagerėjimą, apskaičiuoti, kiek kartų sumažėjo gydytojų konsultacijų, hospitalizacijų ar rehospitalizacijų skaičius. Vaistinės pelnas priklauso nuo pardavimų ir vaistų ar vaistinių prekių antkainių. Vaistinės, prieš pradėdamos teikti papildomas paslaugas, už kurias nėra apmokama iš PSDF lėšų, vertina naudos ir kaštų santykį. Viena iš priežasčių, kodėl neveikia reglamentuota farmacinės rūpybos paslauga, – šiuo metu ji nėra apmokama iš PSDF biudžeto lėšų, o pacientas dažnu atveju nėra suinteresuotas mokėti už paslaugą savo lėšomis.

Nėra IT sprendimų ir kitų priemonių, suteikiančių tinkamas sąlygas vaistinėse teikti papildomas paslaugas gyventojams. Centralizuotai ir neatlygintinai veikianti vaistų sąveikų tikrinimo sistema yra neatlygintinai prieinama sveikatos priežiūros specialistams, išrašantiems vaistinius preparatus, tačiau nėra prieinama vaistų išdavimo gyventojams procese dalyvaujantiems dalyviams – vaistinėms ir farmacijos specialistams. Nėra sprendimų, įgalinančių sveikatos priežiūros specialistų ir vaistininkų bendradarbiavimą per ESPBI IS, nėra IT sprendimų ir prieinamų su vaistų vartojimo problemų stebėsenai susijusių duomenų bazių specialistams.

Nepakankama vaistinėje teikiamų paslaugų integracija į sveikatos priežiūros sistemą. Nepakankama vaistinių veiklos integracija į asmens sveikatos priežiūros sistemą, vaistininkai neįtraukti į tarpprofesines komandas, kurios galėtų svarstyti su vaistų vartojimu susijusias spręstinas problemas, dalyvauti užtikrinant tinkamą slaugomų namuose ar globos namuose pacientų vaistų vartojimą, trūksta vaistininkų ir asmens sveikatos priežiūros specialistų pasitikėjimu pagrįsto bendradarbiavimo ir bendravimo, siekiant racionalus vaistų vartojimo. Nepakankama visuomenės sveikatos sistemos ir vaistinių integracija – nepakankamas farmacijos specialistų įtraukimas į prevencines ir sveikatinimo programas, gyventojų gyvenamosios rizikos veiksnių valdymą, nepakankamai aiškus išplėstinės praktikos vaistininko vaidmuo vykdant lėtinių ligų prevenciją, pvz., cholesterolio, gliukozės kiekio matavimą.

1.7.2. Nepakankamas gyventojų įsitraukimas į paskirto gydymo vaistais procesą

Menkas gyventojų bendras sveikatos raštingumas. Paplitusi savigyda, gydytojo paskirto gydymo režimo nesilaikymas, vaistų neįsigijimas laiku, gausus nereceptinių vaistų bei maisto papildų vartojimas, neteisėtai platinamų (pvz., turgus, internetinė prekyba) preparatų pirkimas ir vartojimas. Pacientai turi per mažai informacijos apie vaistininko vaidmenį, farmacinės rūpybos bei kitų vaistinėje teikiamų paslaugų naudą užtikrinant saugų ir tinkamą jiems paskirtų vaistų vartojimą, prevencinių programų naudą bei galimybes jomis pasinaudoti, nėra skatinami rinktis šias paslaugas.

Nepakankamas gyventojų informuotumas paslaugų teikimo metu. Konsultacijai skiriamo laiko stygius, specialistų trūkumas, didelis darbo krūvis, sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos ir bendravimo tarpusavyje ir su pacientu įgūdžių stoka.

1.7.3. Nepakankamai efektyvus sprendimų, skatinančių racionalų vaistų skyrimą ir vartojimą, priėmimas ir jų įgyvendinimas dėl nepakankamos skaitmenizacijos, duomenų trūkumo

Neefektyvus skaitmenizacijos pažangos priemonių diegimas ir administravimas. Skirtingų institucijų administruojami skaitmenizacijos projektai vyksta skirtingu greičiu, sukuriant prielaidas kai kurioms priemonėms prarasti aktualumą ar atsirasti kitiems ne tokiems efektyviems problemų sprendimo būdams. Informacinių sistemų plėtros projektai vyksta pernelyg lėtai ir akivaizdu, kad atsilieka nuo veiklos procesų ir jų tobulinimo poreikio. Bet kurių, net menkų veiklos procesų tobulinimas, jei jis būna susijęs su valstybinių informacinių sistemų plėtra, dažnai įstringa ir informacinių sistemų tobulinimas tampa butelio kakliuku veiklos procesų plėtrai. Taip pat skaitmenizacijos projektų plėtra nėra efektyvi ir dėl projektų valdymo kompetencijų stokos valstybinėse institucijose. E. sveikatos posistemų, susijusių su vaistų išrašymu ir išdavimu, plėtros projektai vyksta pernelyg lėtai. Pavyzdžiui, nuotolinės prekybos receptiniais vaistiniais preparatais sistemos diegimas smarkiai atsilieka nuo terminų (nuotolinė prekyba receptiniais vaistais Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymu yra įteisinta nuo 2019 m. lapkričio mėn.). Galimybė kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemones parduoti kitose nei vaistinės prekybos vietose taip pat vis dar nėra realizuota dėl vėluojančių e. recepto plėtros darbų. Akivaizdu, kad skaitmenizacijos poreikis yra didesnis nei galimybės įgyvendinti skaitmenizacijos projektus, ir nesprenžiant skaitmenizacijos valdymo problemų bus vis sunkiau įgyvendinti inovatyvius sprendimus, įskaitant ir tuos, kurie yra svarbūs užtikrinant racionalų vaistų skyrimą ir vartojimą.

Priimant sprendimus dėl racionalaus vaistų skyrimo ir vartojimo, nėra galimybės efektyviai naudotis duomenų analizės rezultatais. Trūksta duomenų šaltinių, pvz., nėra mažmeninio vaistinių preparatų ir vaistinių prekių pardavimo duomenų; nepakankamai vertinami ir analizuojami e. recepto posistemės ir kiti renkami duomenys; nėra galimybės sistemiškai įvertinti vaistų skyrimo, suvartojimo, vaistų sąveikos duomenų. Minėtoms duomenų analizėms atlikti trūksta IT sprendimų, žmogiškųjų išteklių ir kompetencijų duomenims analizuoti.