

2022

Sveikatos iššūkių sprendimo galimybių studija

Siekiant tinkamai pasiruošti naujos valstybės pažangos strategijos rengimui ateities įžvalgų (angl. *foresight*) metodu, šioje ataskaitoje aptariamos ateities tendencijos ir iššūkiai, kurie bus svarbūs sveikatos sričiai, pateikiama ankstesnių programų vertinimo apžvalga, užsienio šalių gerųjų praktikų pavyzdžiai ir esamos ekosistemos analizė. Taip pat pateikiamos rekomendacijos dėl ekosistemos transformacijos. Kartu su ateities įžvalgų metodu rengiant šią ataskaitą buvo taikyta numatomų rengti programų išankstinio vertinimo prieiga.

Tyrimą atliko:

Prof. V. Kasiulevičius; A. Tamaliūnaitė

Metodologiją rengė:

dr. E. Vaginienė

Redagavo:

R. Kanišauskaitė

Dėkojame:

Visiems scenarijų ir tematinių ekspertinių diskusijų dalyviams ir moderatoriams, taip pat dalyvavusiems ekspertinėje apklausoje.

Informacija tyrimo citavimui:

STRATA (2022). Sveikatos iššūkių sprendimo galimybių studija. Vyriausybės strateginės analizės centras.



Parengta vykdant projektą „Įrodymais grįsto valdymo kompetencijų centro įkūrimas“
(Nr.10.1.1-ESFA-V-912-01-0025)

Pasiūlymus, pastabas, komentarus prašome siųsti info@strata.gov.lt

Turinys

Santrumpos.....	4
Santrauka.....	5
Įvadas.....	7
1. Ateities iššūkių ir tendencijų analizė	9
2. Ankstesnių sveikatos srities programų, jų vertinimų bei rezultatų apžvalga	16
2.1. Sveikatos stiprinimas ir prevencija	19
2.2. Gyventojų poreikius atitinkančios veiksmingos sveikatos priežiūros paslaugos	20
3. Alternatyvūs srities vystymosi scenarijai.....	23
4. Kitose šalyse vykdomų pokyčių gerųjų praktikų pavyzdžiai.....	27
4.1. Prevencija ir sveikatos stiprinimas	28
4.2. Pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas	29
4.3. Bendruomenių vaidmuo	30
4.4. Psichinė sveikata	31
4.5. Ilgalaikė priežiūra	33
4.6 (Bio)farmacijos ir (bio)technologijų įveiklinimas	33
4.7. Tolygus sveikatos priežiūros darbuotojų pasiskirstymas šalyje	34
5. Sveikatos apsaugos ekosistemos aprašymas	36
6. SSGG analizė ir poreikių nustatymas	44
7. Pasiūlymai ekosistemos transformacijai	54
8. Išvados ir rekomendacijos	56
Literatūros šaltinių sąrašas	61

Santrumpos

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

EK – Europos komisija

ES – Europos sąjunga

LNSS – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistema

MTEP – moksliniai tyrimai ir eksperimentinė plėtra

PSD – privalomas sveikatos draudimas

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

SADM – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

STRATA – Vyriausybės strateginės analizės centras

VLK – Valstybinės ligonių kasos

Santrauka

Klimato kaita, senėjanti Europos populiacija, auganti imigracija, infekcinių ligų protrūkiai/pandemijos bei geopolitinis nestabilumas veiks visas gyvenimo sferas ir sveikata nėra išimtis. Šie ateities iššūkiai lems didėjančią sveikatos apsaugos sistemos apkrovą, kuri kartu su lėtiniu žmoniškųjų išteklių sveikatos sektoriuje trūkumu bei augančiais sveikatos priežiūros netolygumais kels didelę grėsmę Lietuvos gyventojų sveikatai. Nors naujų technologijų įveiklinimas turi didelį potencialą palengvinti akistatą su šiais iššūkiais, išliekant sveikatos, demografiniams, ekonominiams ir socialiniams netolygumams bei atskirčiai, trūkstant žmoniškųjų ir finansinių resursų nacionalinė sveikatos sistema privalės adaptuotis, tapti mobilesne, labiau decentralizuota, pagrįsta telemedicina ir dirbtinio intelekto algoritmais. Ilgėjant gyvenimo trukmei ir visuomenei sparčiai senstant, dar didesniu sveikatos politikos prioritetu taps prevencija ir sveikatos stiprinimas bei bendruomenėje teikiamos socialinės paslaugos. Kita vertus, ateities biotechnologijos ir individualizuoti vaistai leis palaikyti ir stiprinti gyventojų sveikatą.

Atlikus ankstesnių sveikatos politikos kryptis nurodančių strateginių dokumentų apžvalgą išryškėjo, kad stokojama viešosios politikos dokumento, skirto pačios sveikatos sistemos ilgalaikiai vizijai ir tikslams numatyti. Pagrindinės sveikatos politikos tikslų grupės, kurias galima išskirti, yra: (1) sveikatos stiprinimas apimantis socialinės atskirties mažinimą, palankios gyvenimui aplinkos kūrimą ir sveikatos problemų prevenciją; (2) gyventojų poreikius atitinkančių veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimas. Pastebima, kad sveikatos politikos tikslai nevisiškai atspindi tokių tarptautinių organizacijų, kaip Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) ar Europos Komisija (EK), rekomendacijas Lietuvai: nepakankamas dėmesys skiriamas tarpinstituciniam bendradarbiavimui, socialinių ir sveikatos paslaugų integravimui bei netolygaus specialistų pasiskirstymo šalyje klausimams. Kai kuriems tikslams pasirinkti rodikliai yra gan riboti ir gali būti nepakankami įvertinti pažangai siekiant numatytų tikslų. Apie kai kuriuos poveikio vertinimo rodiklius kurį laiką nebuvo renkami duomenys, o dar kitais atvejais skirtinguose dokumentuose pasirinkti skirtingi rodikliai sveikatos tikslams vertinti neleidžia adekvačiai palyginti strategijų ir naudojamų priemonių efektyvumo.

Pagrindinės įžvalgos atlikus ankstesnių strateginių dokumentų apžvalgą yra:

1. Su prevencija ir sveikatos stiprinimu susijusių tikslų pažanga yra netolygus: socialinės atskirties mažinimą vertinantys rodikliai net viršija siekinius, suvartojamo alkoholio kiekis mažėja, tačiau savižudybių skaičius mažėja nepakankamai sparčiai, kaip ir suvartojamų tabako gaminių, o tai kelia klausimą apie nepakankamą priemonių šiems uždaviniams įgyvendinti efektyvumą arba tik dalinį šių priemonių įgyvendinimą.
2. Vangus uždavinių, susijusių su efektyvių ir į pacientų poreikius orientuotų sveikatos priežiūros paslaugų įgyvendinimu ir netolygiu sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymu šalyje, sprendimas neleido iki galo pasiekti antrosios tikslų grupės, orientuotos į gyventojų poreikius atitinkančių veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą, siekinių. Prieinamumas dažnai klaidingai buvo operacionalizuotas kaip infrastruktūros plėtros klausimas, nors tarptautinių organizacijų išvados akcentuoja, kad nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje yra daugiausia sąlygotas būtent netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo. Sveikatos priežiūros paslaugų orientacijai į pacientą didinti nebuvo skirta pakankamai priemonių.

Svarbus „Lietuva 2050“ pažangos strategijos rengimo etapas buvo scenarijų dirbtuvės į kurias buvo įtrauktas platus ekspertų ratas. Šių dirbtuvių metu buvo naudotas ateities numatymo (angl. *forecasting*) metodas: atsižvelgiant į išanalizuotas ateities megatendencijas ir Lietuvai aktualius iššūkius buvo identifikuoti keturi galimi ateities scenarijai, suformuoti pagal demokratijos–autokratijos ir švietimo proveržio–švietimo stagnacijos ašis. Manoma, kad nuo galimybės įgyvendinti proveržį švietime ir dominuosiančios valdysenos formos priklauso ir visos valstybės ateitis. Vienas scenarijus atitinka išlaikytą dabartinės būklės *status quo*, kitas būklės pablogėjimą, likę du numato esminį proveržį švietime, tačiau viename iš jų vyraujanti autokratija pasireiškia stipria valstybės kontrole visose gyvenimo srityse. Šioje ataskaitoje detalizuota, kaip kiekvieno scenarijaus atveju atrodytų sveikatos apsaugos sistema ir kaip tai paveiktų Lietuvos gyventojų sveikatą. Pageidaujamo scenarijaus, atspindinčio švietimo proveržį ir demokratijos įsigalėjimą, pagrindiniai bruožai sveikatos srityje yra žmogaus įgalinimas prisiimti atsakomybę už savo sveikatą sudarant sveikatai palankias sąlygas (tiek fizinės infrastruktūros, palankios aplinkai, tiek darbo ir laisvalaikio balanso ir kultūros, skatinančios bendražmogiškas vertybes,

puoselėjimas), didinat paslaugų prieinamumą, ugdant sveikatos raštingumą ir naudojantis bendruomenių resursais.

Siekiant identifikuoti sąlygas ir galimybes judėti pageidaujamo scenarijaus sveikatos srityje link, ataskaitoje taip pat analizuoti kitų šalių pavyzdžiai ir pasiekimai, orientuojantis į šalis lyderes ar didžiausią pažangą padariusias iniciatyvas. Apžvelgus bendras sveikatos srityje vykdomų reformų tendencijas, daugiausia pavyzdžių aptarta iš Skandinavijos šalių, Italijos ir Slovėnijos, kuri yra sąlyginai panašesnė į Lietuvą (resursais ar istorine praeitimi). Apžvelgtos iniciatyvos tokiose srityse kaip prevencija ir sveikatos stiprinimas, pirminės sveikatos priežiūros reformos ir bendruomenių įgalinimas, psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sveikatos priežiūra, ilgalaikė priežiūra, paslaugų prieinamumo regionuose didinimas ir (bio)farmacijos ir (bio)technologijų įveiklinimas ekonomikoje.

Keltas klausimas, kokius resursus Lietuva turi judėti norimo ateities scenarijaus link ir su kokiais trukdžiais gali šiame kelyje susidurti bei kaip juos įveikti. Šiuo tikslu visų pirma aptarta esama Lietuvos sveikatos ekosistema: teisinis pagrindas, veikėjai, sprendimų priėmimo pobūdis ir skaitmeninė infrastruktūra. Siekiant identifikuoti sveikatos politikos kryptis, reikalingas judant pageidaujamo ateities scenarijaus link, aptartos sveikatos ekosistemos silpnybės, stiprybės, galimybės ir grėsmės šio scenarijaus kontekste. Įvertinta, kad sveikatos ekosistemos pokyčio, reikalingo judant pageidaujamo ateities scenarijaus link, galimybes riboja negebėjimas organizuotai priimti politinių sprendimų ir laiku reaguoti į technologinės pažangos, senstančios visuomenės, žmoniškųjų resursų trūkumo iššūkius, prastas tarpinstitucinis bendradarbiavimas, nepakankama socialinių ir sveikatos paslaugų integracija, neefektyvus žmoniškųjų išteklių planavimas, sveikatos priežiūros specialistų stoka regionuose, nepakankamas finansavimas ir efektyvaus finansavimo modelio nebuvimas bei nepakankamas dėmesys Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumo ugdymui.

Remiantis atlikta analize pateikti sveikatos ekosistemos transformacijos pasiūlymai. Viena svarbiausių pokyčių kryptių yra visuomenės įgalinimas tiek ugdant sveikatos raštingumą, tiek gebėjimą kritiškai mąstyti bei sudarant sąlygas sveikam gyvenimui savo bendruomenėje. Taip pat numatomi reikalingi veiksmai siekiant pasirengti technologijų transformacijai ir įveikinti pacientų duomenis ir taip sukuriant namų bei darbo aplinkos ir sveikatos apsaugos sistemos skaitmeninę jungtį. Kita svarbi kryptis yra organizuota tarpinstitucinio bendradarbiavimo, ypač tarp sveikatos ir socialinių sektorių, plėtra ir daugiadalykių specialistų komandų rengimas ir sąlygų šiam darbui sudarymas. Taip pat siūloma daugiau dėmesio skirti sveikatos priežiūros specialistų planavimui ir inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelių testavimui.

Išvadas

2050 metais Lietuvos visuomenė neišvengiamai pasikeis. Naujos technologijos, kurių vystymosi tendencijas bandome nuspėti, paveiks daugelį sričių, o ypač sveikatos priežiūrą. Dalis šiandienos organizacinių ir technologinių iššūkių ateityje nebus aktualūs, o dar neįžvelgti taps lemiantys. Lietuva per ateinančius 3 dešimtmečius nebus izoliuota nuo pasaulyje vykstančių gamtos kataklizmų, politinių ir technologinių procesų bei vertybių kaitos, o norint pakeisti negatyvias tendencijas prireiks visos visuomenės pastangų. Dar negimusį kartą kurs ir keis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą, įvaldys naujas technologijas, dalinsis naujomis žiniomis ir kitokiu požiūriu. Mūsų tikslas kurti tokią sveikatos apsaugos sistemą, kurios vertybės ir kriterijai atitinka demokratiškos, tolerantiškos ir išsilavinusios visuomenės poreikius. Šiandien labai svarbu ne pasyviai laukti ateities, bet suvokti, kokios norime sveikatos apsaugos mūsų šalies piliečiams, ir šiai vizijai konsoliduoti bei nukreipti visas mūsų pastangas. Dabarties ir ateities sąsajas sveikatos apsaugos sistemoje suvokėme per švietimu, mokslu grįsto, koordinuoto ir integruoto veikimo svarbą. Tačiau kad ir kokios svarbios ateityje būtų technologijos, žmonių tarpusavio santykių kokybė, bendradarbiavimas, bendruomeniškumas bus dar galingesni sveikatą saugantys veiksniai. Kaip sakė garsusis psichologas Karlas Jungas: „Vaistai gali išgydyti ligas, bet tik gydytojai gali išgydyti pacientus.“

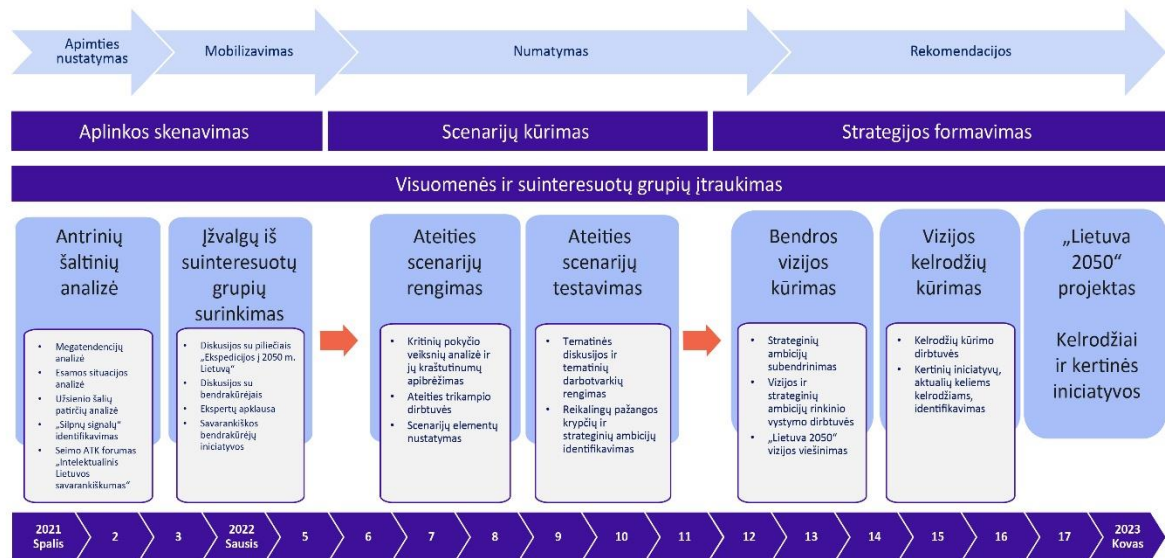
Mūsų dokumento tikslas atskleisti kūrybiško bendradarbiavimo potencialą, kuris buvo ir liks mūsų visuomenę apibrėžiančiu veiksnio. Dėl šios tik žmonėms būdingos savybės dirbtinis intelektas ateityje taps ne mūsų proto substitucija, o pagalbininku, galbūt net žmonių gyvybės gelbstinčiu partneriu. Valstybės užduotis dabar ir ateityje – gebėti nuspėti svarbiausias ateities sveikatos priežiūros raidos kryptis ir veikti nuolat adaptuojantis prie besikeičiančių sąlygų.

Šis dokumentas buvo parengtas kaip gilinamasis žvilgsnis į sveikatos tematiką „Lietuva2050“ pažangos strategijos rengimo procese identifikuotų galimų ateities scenarijų kontekste. Jo tikslas – įvertinti sveikatos tematikos ateities darbotvarkėje numatomų veiksmų būsimą poveikį, jų įgyvendinimo ar pasireiškimo laikotarpį. Šis dokumentas bus naudojamas kuriant ilgalaikę programą – Valstybės pažangos strategiją iki 2050 m. Dokumentas buvo rengiamas laikantis ugdomosios (*angl. Formative*) metodologinės nuostatos, kuria siekiama šviesti visuomenę; didinti ateities įžvalgų, kaip strateginio planavimo metodikos, žinomumą Lietuvoje; skleisti informaciją apie numatomus sveikatos srities vystymosi scenarijus; skleisti informaciją apie šioje srityje numatomas įgyvendinti priemones. Pateikta medžiaga grindžiama Europos bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos apžvalgomis, Lietuvos statistikos departamento bei Higienos instituto prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) duomenimis, Vyriausybės strateginio analizės centro (toliau – STRATA) atliktomis sveikatos ir gretutinių temų (pvz. demografijos) analizėmis, didelės apimties populiacijos prognozių tyrimais, naudojant antrinę pasaulinių mirtingumo duomenų analizę, Pasaulinės ligų, traumų ir rizikos veiksnių naštos tyrimo grupės ataskaitomis bei publikacijomis, parengtomis jungiant kokybinius ir kiekybinius prognozavimo metodus. Taip pat buvo vykdomos reguliarios ekspertų diskusijos, scenarijų ir ekosistemos transformacijos dirbtuvės.

Šiame dokumente aptariama sveikatos tema. Ji apima ateities iššūkių ir tendencijų analizę, esamos ekosistemos aprašymą, ankstesnių sveikatos tematikos srities programų vertinimų rezultatų apžvalgą, alternatyvius sveikatos srities vystymosi scenarijus, kitose šalyse vykdomų pokyčių gerųjų praktikų pavyzdžius, pokyčio ekosistemos aprašymą, SSGG analizę ir poreikių nustatymą, pasiūlymus dėl ekosistemos transformacijos, išvadas ir rekomendacijas. Rengiant šį dokumentą dalyvavo sveikatos apsaugos politiką įgyvendinančių institucijų: Sveikatos apsaugos ministerijos, jai pavaldžių institucijų ir gydymo įstaigų atstovai, universitetų atstovai, taip pat atstovai iš nevyriausybinių organizacijų, atstovaujančių pacientams, medikams, sveikatos priežiūros sistemos įstaigų vadovams.

„Lietuva 2050“ pažangos strategijos rengimas pavaizduotas schemeje pateiktoje žemiau. Ataskaitoje atsispindi informacija surinkta pirmųjų dviejų - aplinkos skenavimo ir scenarijų kūrimo - strategijos rengimo etapų metu.

1 paveikslėlis. „Lietuva 2050“ rengimo schema.



1. Ateities iššūkių ir tendencijų analizė

Pagrindinės įžvalgos:

- Senėjanti Europos populiacija, klimato kaita, infekcinių ligų protrūkiai/pandemijos, auganti gyventojų migracija iš Rytų ir Pietų, geopolitinis nestabilumas bus pagrindiniai sveikatos apsaugos sistemos ateitį lemsiantys veiksniai.
- Gyvybės mokslų sektoriaus technologijų tendencijos turės milžinišką įtaką ateities žmonių sveikatos priežiūrai.
- Ligų profilis, vaistų vartojimas ateityje keisis, anksti besivystantys dauginiai susirgimai taps iššūkiu sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams.
- Tarpsektorinis bendradarbiavimas, ypač IT, biotechnologijų, sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos srityje, bei į ligų prevenciją nukreipta individualizuota medicina taps varomąja jėga sveikatos priežiūroje.
- Piliečių įgalinimas ateityje bus suvokiamas kaip įveiklintas sveikatos raštingumas, kai pacientai ne tik naudoja sukauptą sveikatos informaciją, bet aktyviai dalyvauja ją kurdami.
- Senėjančios visuomenės dalyvavimas bendruomenių veikloje bei senjorų savarankiškumo ugdymas taps bendru strateginiu socialinio ir sveikatos sektoriaus uždaviniu.

Pagrindinės pasaulinės tendencijos 2050 metais, lemsiančios ir Lietuvos visuomenės raidą, bus senėjanti Europos populiacija, klimato kaita, infekcinių ligų protrūkiai/pandemijos, auganti gyventojų migracija iš Rytų ir Pietų, geopolitinis nestabilumas. Šios tendencijos lems nuolat augančią nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos apkrovą kartu su nuolatiniu žmoniškųjų išteklių trūkumu bei sveikatos priežiūros netolygumais. Naujos technologijos sukurs prielaidas iš dalies kompensuoti aukščiau minėtas įtampas sveikatos apsaugos sistemoje, tačiau, išliekant sveikatos, demografiniams, ekonominiams ir socialiniams netolygumams bei atskirčiai, trūkstant žmoniškųjų ir finansinių resursų, nacionalinė sveikatos sistema privalės adaptuotis, tapti mobilesne, labiau decentralizuota, telemedicina ir dirbtinio intelekto algoritmais pagrįsta sveikatos priežiūros sistema, kurioje kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga gali veikti savarankiškai, be tiesioginės kompetentingų institucijų/įstaigų priežiūros (sveikatos ekspertų diskusijų medžiaga).

Apibendrinami ateities tendencijas galime užtikrintai teigti, kad visuomenę ateityje veiks įvairių veiksmų derinys: elgsenos (nesveika mityba, alkoholio vartojimas, rūkymas, mažas fizinis aktyvumas, įvairios priklausomybės), biologiniai (hipertenzija, didelis kūno masės indeksas, didelis bendras cholesterolio kiekis ir didelis gliukozės kiekis plazmoje nevalgius), aplinkosauga (lauko ir patalpų oro tarša, lauko temperatūra, judėjimo patogumas (parkai ir atviros erdvės, eismas), galimybė įsigyti sveikų ir nesveikų produktų (barų, restoranų, parduotuvių koncentracija bei sveikatai rizikingų produktų, tokių kaip alkoholis, kainos, tabako ir daug cukraus turinčių maisto produktų prieinamumas visuomenei), taip pat socialiniai ir ekonominiai veiksniai (Goryakin et al., 2020; Devaux et al., 2020). Sveikatos rizikos veiksnių modeliai įvairiose socialinėse ir ekonominėse grupėse skiriasi dabar ir skirsis ateityje, tačiau išsilavinimas bei sveikatos raštingumas labiausiai įtakoja ir įtakos ateityje šiuos rizikos veiksnius. Politikos formuotojai ateityje turės daugiau dėmesio skirti nesveikų produktų vartojimo mažinimui, pvz., apmokestinti maistą ir gėrimus, kuriuose gausu cukraus, druskos ir riebalų. Tiek privačios įmonės, tiek valstybinės įstaigos bus skatinamos savo darbuotojams bei besimokantiems asmenims sudaryti sąlygas vartoti subalansuotą maistą, laikantis Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau – PSO) mitybos tikslų. Ateities iššūkiu taps ir psichikos sveikata, įvairios modernios priklausomybės, pvz. priklausomybė nuo socialinių tinklų. Ateityje dauguma žmonių gyvens miestuose arba bus stipriai su jais susiję; todėl siekiant, kad juose žmonės gyventų tvarų ir sveiką gyvenimą, miestai turi tapti neutralūs anglies dioksido kiekiui, užtikrinant juose efektyvų žemės naudojimą, žaliąsias zonas, atsinaujinančius energijos šaltinius ir skatinant viešąjį transportą.

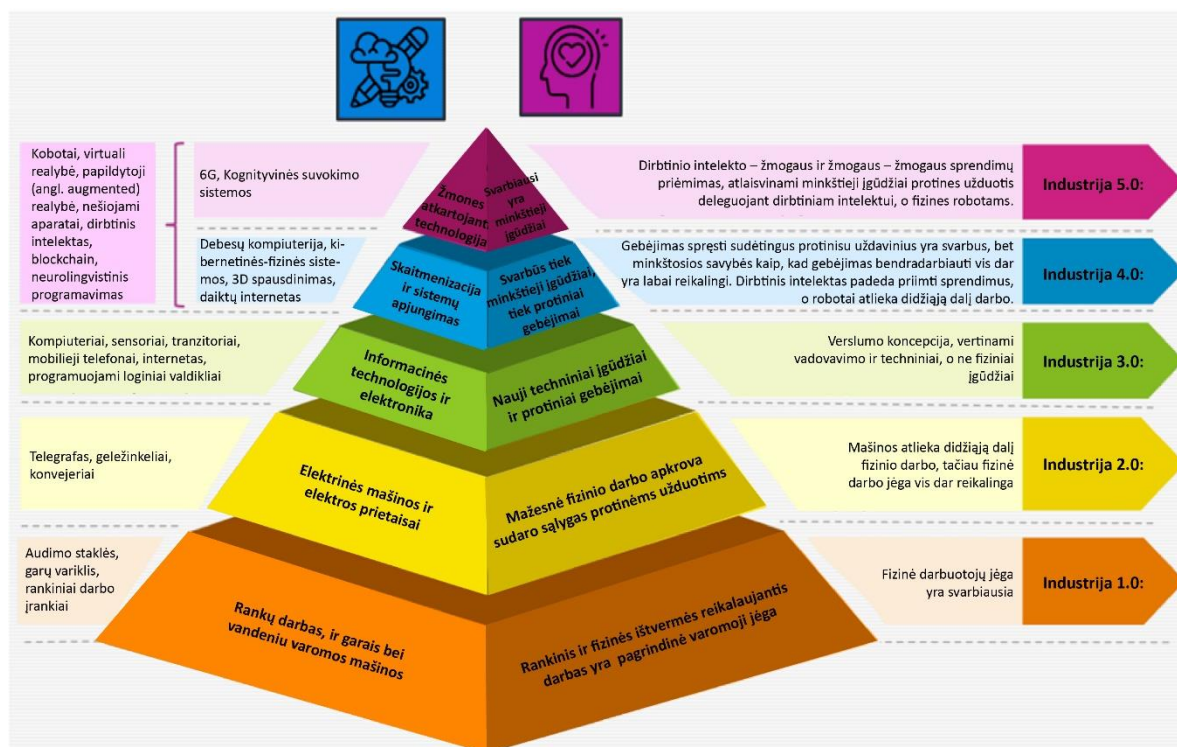
Socialinės, demografinės ir ekonominės tendencijos išliks kritiškai svarbios žmonių sveikatai. Nors technologinės tendencijos ar pacientų įgalinimas laikomi kiek mažiau svarbiais veiksniais, tačiau medicinos naujovės gali keisti bet kokį scenarijų, jei kurioje nors srityje bus atrastas revoliucinis vaistas. Spartėjanti technologijų raida gali atnešti radikalių pokyčių medicinos srityje: galimybę kurti personalizuotus vaistus, auginti dirbtinius organus iš paties paciento ląstelių ar išgydyti vėžį, išaugti robotikos, dirbtinio intelekto, nanomedicinos, virtualiosios ir papildomosios realybės, telemedicinos, biologinių jutiklių reikšmė. (Noorbakhsh-Sabet, Zand, Zhang & Abedi, 2019; Denecke, & Gabarron, 2021; Aghdam, Rahmani & Hosseinzadeh, 2021).

Išanalizavus mokslinę literatūrą bei sveikatos srities ekspertų rekomendacijas galima teigti, kad šios ateities gyvybės mokslų sektoriaus technologijų tendencijos ir jų pavyzdžiai taps svarbūs ateities sveikatos priežiūrai:

- Regeneracinė medicina ir audinių inžinerija: bionika (medicina), lusto laboratorija (angl. *Lab-on-a-chip*), molekulinis atpažinimas, biologiškai spausdinamos žmogaus kūno dalys, genų raiškos kontrolė, epigenetinių pokyčių technologijos, mikrobiomas, regeneracinė medicina, perprogramuotos žmogaus ląstelės, dirbtinė fotosintezė, savaime gyjančios medžiagos, kt.
- Kardio genetiniai tyrimai (angl. *Cardiogenomics*): bioinformatika, genų redagavimas, genų raiškos kontrolė, epigenetinių pokyčių technologijos, perprogramuotos žmogaus ląstelės.
- Dirbtiniu intelektu pagrįsti vaistų atradimai (angl. *AI-enabled drug discovery*): dirbtinis intelektas, dirbtinė sinapsė/smegenys, ląstelių, mikroschemų laboratorija, bioinformatika, genų redagavimas, genų raiškos kontrolė, vaistų pristatymo sprendimai, epigenetinių pokyčių technologijos, mikrobiomas, kt.
- Naujos vėžio diagnostikos technologijos (įskaitant palydimąją diagnostiką): genų raiškos tyrimai, epigenetinių pokyčių technologijos, ląstelės žūties stebėjimo ir kontrolės tyrimai.
- Sveikatos priežiūros testinumo optimizavimas: dirbtinis intelektas, bioinformatika.
- Pavienių ir daugybinių biožymenų didžiųjų duomenų (angl. *Big Data*) žemėlapiai: biožymenys (angl. *biomarkers*), ląstelių ir molekulių vaizdavimas, dideli proteominiai žemėlapiai diagnozei.
- Aukštųjų technologijų psichikos sveikatos praktikos: smegenų funkciniai žemėlapiai, smegenų technologijų sąsajos (angl. *brain machine interface*), emocijų atpažinimas.
- Vėžio, sudėtingų ir retų genetinių ligų gydymas, terapijos RNR pagrindu: genominės vakcinos, genų redagavimas, genų terapija, perprogramuotos žmogaus ląstelės.
- Sintetinė biologija pramoninėms biotechnologijoms: bioinformatika, hidrogeliai; apimami sprendimai nuo sveikatos (fermentai, biofarmaciniai preparatai, vitaminai) iki maisto (maisto ingredientų) ir iki aplinkos (taršos prevencija, išteklių tausojimas) ir kt.
- Ląstelių ir genų terapija: genų terapija, genų redagavimas, genominės vakcinos, perprogramuotos žmogaus ląstelės.
- Atvirosios strateginės inovacijos: medicininiai komponentai, skaitmeninės technologijos farmacijos pramonei, strateginės sveikatos priežiūros technologijos (Pečiukėnienė, 2022).

Nepaisant technologijų raidos ateityje gali išlikti ir netgi didėti sveikatos priežiūros lygio atotrūkis tarp įvairių socialinių grupių (Alvarenga et al., 2019). Daug nežinomybės išlieka dėl ateities dirbtinio intelekto potencialo ir jo reguliavimo, pvz. kiek reguliuojamas turėtų būti vaistų paskyrimas naudojant dirbtinį intelektą. Nors dereguliacijos grėsmės galėtų viršyti galimą naudą, bet dirbtinio intelekto pasitelkimas skiriant vaistus bei sekant jų vartojimą yra neišvengiama ateities progreso dalis (Park, Otte, & Park, 2022). Tikėtina, jog gydytojai ateityje vis labiau bus sveikatos procesų prižiūrėtojai, o ne vykdytojai.

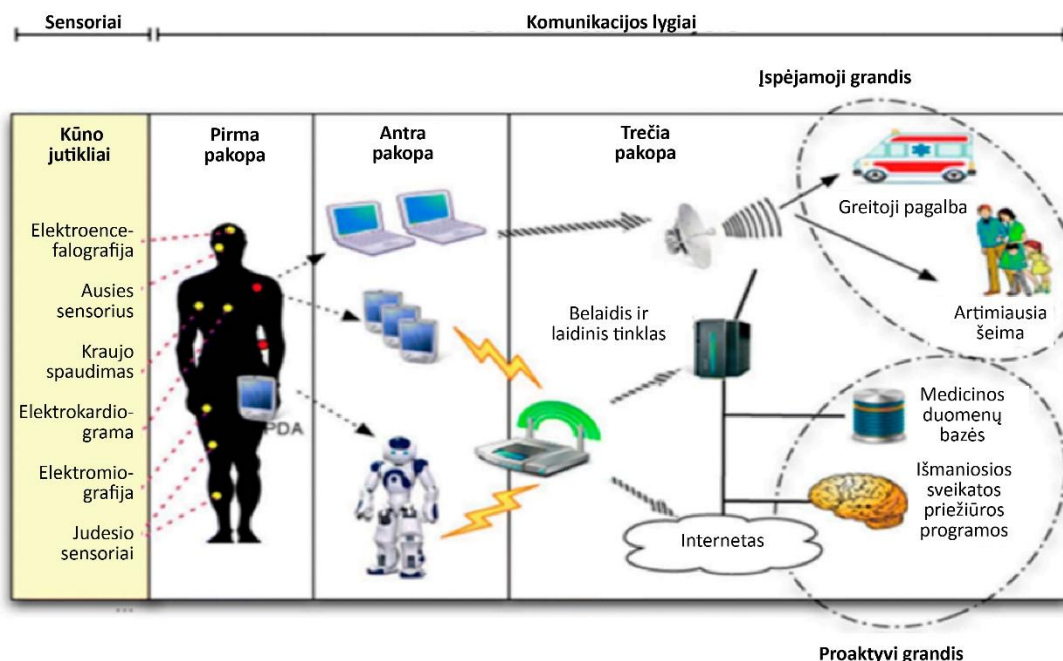
2 paveikslėlis. Technologijų ir visuomenės raidos kryptys.



Šaltinis: Kalateh, Estrada-Jimenez, Pulikottil, Hojjati & Barata (2022)

Nuolat besikeičiantis technologijų, kaip prieigos prie sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo, vaidmuo sustiprins esamus ir sukurs naujus skaitmeninius sprendimus ir sistemas, kurios, būdamos integruotos į fizinės infrastruktūros platformas ir jų palaikomos, suteiks pacientams galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis nesilankant ligoninėje ar pasiliekant savo namuose (Al-Kahtani, Khan & Taekeun, 2022).

3 paveikslėlis. Daiktų interneto naudojami biosensoriai sveikatos priežiūros sistemoje



Šaltinis: Al-Kahtani, Khan & Taekeun (2022)

Spartesnis 5G palaikantis ryšys užtikrins dar sklandesnę pacientų ir gydytojų sąveiką, leisdamas virtualios realybės technologijas išplėsti nuo švietimo ir mokymo iki neatidėliotinos sveikatos priežiūros. Tuo pačiu metu greitesnis ryšys paskatins kitą telemedicinos ir telechirurgijos vystymosi etapą, kuris padės spręsti esamus sveikatos sistemos trūkumus (operacijos laukimo laikas, darbuotojų trūkumas ir kt.). Kasdien nešiojamos ar implantuotos technologijos dar labiau sustiprins žmogaus pojūčius ir veiks kaip asmeninis asistentas, padedantis žmonėms gyventi, suteikdamas jiems galimybę kontroliuoti savo fizinę ir psichinę sveikatą bei gerovę. Be to, robotų technologijų pažanga paskatins naujos kartos sveikatos priežiūros robotus ir 3D spausdinimo plitimą, o savitikros ir stebėsenos rinkiniai namų aplinkoje daugelį sveikatos sprendimų perkels iš gydymo įstaigų į pacientų namus. Dirbtinis intelektas, mašininis mokymasis ir debesų kompiuterija leis farmacijos ir technologijų įmonėms greičiau ir efektyviau kurti vaistus bei vakcinas. Šis visur esantis technologijų sluoksnis padidins ir pagerins prevenciją ir greitesnį atsaką sveikatos krizių metu, kartu palaikydamas visuotinį sveikatos stebėjimo ir priežiūros modelį (Noorbakhsh-Sabet, Zand, Zhang, & Abedi, 2019; Denecke & Gabarron, 2021; Park, Otte, & Park, 2022; Luo, Wu, Niu & Huang, 2022).

Nepaisant, kad sveikatos sistemos krizės (pvz. pandemijos) sukelia milžinišką pavojų sistemos tvarumui, tačiau kartu skatina medicinos technologijų plėtrą. Naujausios analizės rezultatai rodo, kad giliojo mokymosi¹ (*angl. deep learning*) technologija buvo plačiai naudojama COVID-19 diagnozei nustatyti. Daugumoje mokslinių straipsnių buvo cituojami gilaus mokymosi ir medicininio vaizdo gavimo metodų, tokių kaip rentgeno ir kompiuterinės tomografijos, integracija, kurią mokslininkai plačiai taikė tirdami ir tikrindami COVID-19 pacientus. Daiktų interneto debesies ir didžiųjų duomenų integravimas dažnai buvo naudojami COVID-19 kreivei stebėti ir prognozuoti (Sood, Rawat & Kumar, 2022).

Piliečių įgalinimas ateityje bus suvokiamas kaip įveiklintas sveikatos raštingumas, kai pacientai ne tik naudoja sukaupią sveikatos informaciją, bet aktyviai dalyvauja ją kuriant (Schillinger, 2020). Tačiau auganti sveikatos duomenų įvairovė ir didėjantis sveikatos informacijos srautas bus nuolatinis iššūkis, o tam tikrų visuomenės grupių kova už informacinę erdvę ir daugiapolis sveikatos informacijos pasaulis taps realybe ir kasdienybe. Senstančios visuomenės kontekste vyresnių žmonių skaitmeniniai įgūdžiai bei gebėjimas visapusiškai pasinaudoti vis labiau technologijomis grįsta sveikatos apsaugos sistema irgi taps tam tikru iššūkiu. Sveikatos sistemai vystantis ir skaitmenizuojantis ypač svarbu, kad tai nesukurtų naujų nelygybių visuomenėje dėl netolygaus informacinio raštingumo. Ateityje kils klausimų ir dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos gebėjimo valdyti duomenis, nes jų neišvengiamai daugės. Šiandien Lietuvoje neegzistuoja efektyvi sveikatos duomenų valdymo sistema, duomenų tvarkymu pernelyg apkraunamas medicinos personalas, todėl ateityje augs būtinybė spręsti šiuos klausimus².

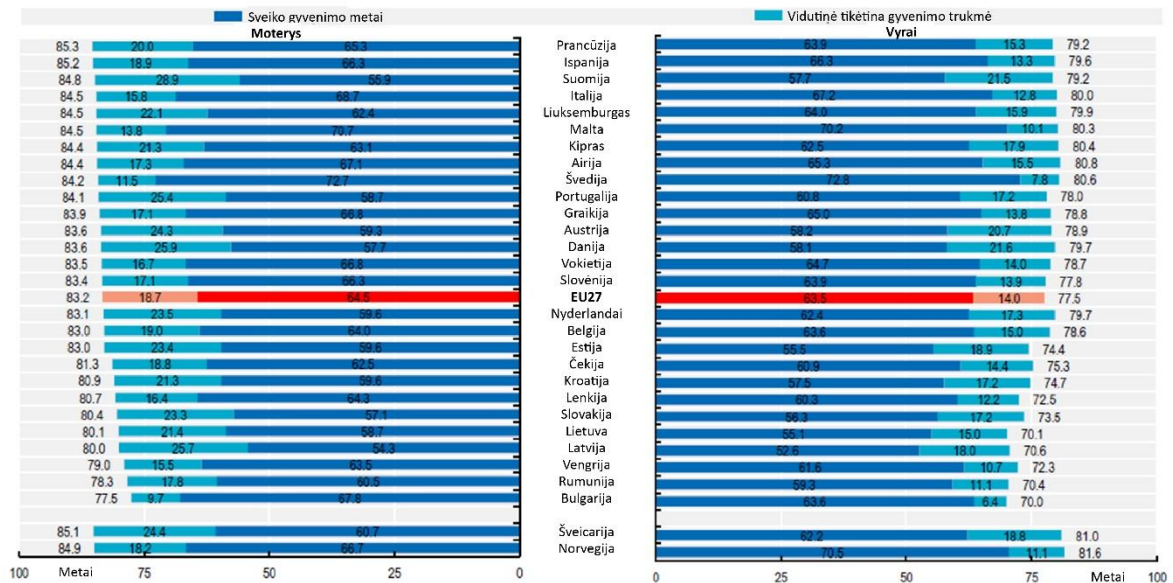
Pajamų nelygybė, vertinama pagal Gini indeksą, išsiskiria kaip viena iš sunkiai nuspėjamų, bet kartu ir svarbiausių ateities tendencijų. Demografinių pokyčių tendencija, vertinama numatomų sveiko gyvenimo metų skaičiumi, turės lemiamą įtaką ekonominei, socialinei bei technologinei šalies raidai. Lietuva pagal tikėtino sveiko gyvenimo trukmę šiandien yra Europos sąjungos (toliau – ES) statistinės lentelės apačioje ir ypač vertinant vyrus (OECD/European Union, 2022).

¹ Gilusis mokymasis – mašininio mokymosi technologija, pagrįsta dirbtiniais neuroniniais tinklais.

² Medžiaga iš Sveikatos ekspertų diskusijos vykusios 2022 m. gegužės 23 d., Vilniaus universiteto bibliotekoje, Mokslinės komunikacijos ir informacijos centre. Su įžvalgomis susipažinti galima čia: https://lrv.lt/uploads/main/documents/files/2_visuomenes_diskusija.pdf

4 paveikslėlis. Tikėtina gyvenimo trukmė ir sveiko gyvenimo trukmė pagal lytį gimus 2020 metais Europos šalyse

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (gimus) ir sveiko gyvenimo metai (gimus), pagal lytį, 2020 m. (arba artimiausi metai)



Šaltinis: OECD/European Union (2022).

Viena iš trumpos tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės priežasčių – mūsų populiacijai būdingos dauginės ligos (kai vienas asmuo serga daugiau negu viena lėtine liga) (Jurevičienė ir kt., 2018; Nedzinskienė ir kt., 2021). Dauginiai susirgimai Lietuvoje paplitę net keturiasdešimtmečių grupėje, o savo sveikatos vertinimas tarp vyresnio amžiaus gyventojų lieka vienas prastiausių Europos Sąjungoje (Jurevičienė ir kt., 2018, Nedzinskienė ir kt., 2021). Ateityje laukia ir su vaistų vartojimu susiję iššūkiai. Pastarųjų dešimties metų Lietuvos rodikliai rodo, kad daugėja širdies kraujagyslių ligoms gydyti skirtų medikamentų suvartojimas, taip pat nervų sistemą veikiančių vaistų vartojimas (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2022a) ir greičiausiai jis dar didės, nes didės demencija sergančių asmenų skaičius, o šis susirgimas taps viena pagrindinių mirties priežasčių (Sleeman, 2019; Velandia, 2022). Palyginti su kaimyninėmis Skandinavijos šalimis, mes dar labai atsiliekame pagal tam tikrų vaistų grupių suvartojimą (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2022a), todėl ateityje kai kurių vaistų vartojimas augs, o technologijų taikymas užtikrinant vaistų suderinamumą bei neišvengiamas posūkis į individualizuotą mediciną neišspręs visų dauginio vaistų vartojimo nulemtų medicininių, etinių ir socialinių problemų³.

Klimato kaita ateityje taps svarbiausia tendencija, turinčia įtakos gyvybei ir sveikatai apskritai. Akivaizdūs šios tendencijos rodikliai bus šiltnamio efektą sukeliančių dujų emisija ir pasaulinė paviršiaus temperatūra. Net ir esant nuosaikiam klimato kaitos scenarijui mūsų platumose aukšta temperatūra vasarą bus susijusi su padidėjusia įvairių ligų ir mirties rizika, ypač vyresnio amžiaus žmonėms, nėščioms moterims ir vaikams. Ateityje miestuose gyvenantys žmonės patirs aukštesnę aplinkos temperatūrą dėl papildomos šilumos, susijusios su miesto šilumos salomis, o tai dar labiau padidins karščio bangų riziką sveikatai (Tong & Ebi, 2019).

Apsilankymų skubiosios medicinos skyriuje ir skubiosios medicinos pagalbos iškvietimų analizė rodo, kad karščio bangų dienomis padidėja širdies ir kraujagyslių bei kvėpavimo takų susirgimų, inkstų nepakankamumo, elektrolitų pusiausvyros sutrikimo, inkstų akmenligės priepuolių, neigiamo poveikio vaisiaus sveikatai ir priešlaikinio gimdymo rizika. Aukšta temperatūra taip pat padidina teršalų kiekį ore, jie apsunkina širdies ir kraujagyslių bei kvėpavimo takų ligų eigą. Žiedadulkių ir kitų alergenų koncentracija ore taip pat yra didesnė esant dideliame karščiui, o tai didina kvėpavimo takų susirgimų skaičių. Klimato kaita kartu su kitais natūraliais ir žmogaus sukeltais veiksniais daro didelę įtaką žmonių sveikatai ir ligų paplitimui. Ne visi šie veiksniai yra vienodai

³ Medžiaga iš Sveikatos ekspertų diskusijos vykusios 2022 m. gegužės 23 d., Vilniaus universiteto bibliotekoje, Mokslinės komunikacijos ir informacijos centre. Su įžvalgomis susipažinti galima čia: https://lr.v.lt/uploads/main/documents/files/2_visuomenes_diskusija.pdf

rizikingi, tačiau jų poveikis sveikatai apima padažnėjusias kvėpavimo takų ir širdies ir kraujagyslių ligas, įvairias traumas bei ankstyvą mirtį.

Klimato kaita sveikatai sukelia ne tik tiesioginę, bet ir netiesioginę riziką dėl ekosistemų pokyčių bei dėl socialinių procesų sutrikdymo. Jeigu dėl klimato kaitos kylanti pasaulinė temperatūra daro didelę įtaką mirtingumui, sergamumui, traumoms, darbo našumui, tai netiesioginis poveikis žmonių sveikatai susijęs su poveikiu gamtinėms, socialinėms ir ekonominėms sistemoms. Ekosistemų pusiausvyros sutrikimas ateityje blogins oro kokybę, skatins pernešėjų platinamų ligų plitimą, gilins gėlo vandens prieinamumo ir maisto saugumo problemas. Tuo tarpu klimato kaitos sąlygoti socialiniai ir ekonominiai procesai visuomenėje kels potrauminį stresą (pvz., sausros, potvynių ir ciklonų padariniai). Ateityje išliks reikšmingas su klimato kaita susijęs migracijos, konfliktų ir karų poveikis sveikatai. Klimato kaitos nulemtas jūros lygio augimas darys įtaką ekstremaliems oro reiškiniams, žemės naudmenų kokybei, maisto ir vandens saugumui bei oro kokybei, kuri savo ruožtu turi įtakos žmonių migracijai ir su tuo susijusiomis pasekmėmis sveikatai (Tong et al., 2022). Visas kompleksas klimato kaitos padarinių, susijusių su ekstremaliais oro reiškiniais, maisto ir vandens trūkumu bei tarša, lems infekcinių ligų paplitimą, priešlaikines mirtis dėl lėtinių neinfekcinių ligų bei kels grėsmę žmonių psichinei sveikatai (Ebi, 2021; Rocque et al., 2021; Romanello et al., 2021). Klimato kaita, sunkiai prognozuojami migracijos mastai gali apsunkinti dalies Lietuvos gyventojų prieigą prie šviežių vaisių ir daržovių bei įtakoti jų vartojimą⁴.

Dėl minėtų veiksnių bei tendencijų iki 2050-ųjų sveikatos apsaugos sistema privalės pasiruošti besikeičiančiam ligų profiliui. Tikėtina, kad dabar Lietuvoje dominuojančias širdies ir kraujagyslių ligas pamažu išstums onkologinės ligos ir demencija. Manoma, kad demencijos atvejų skaičius Europos regione išaugs nuo 385,000 atvejų 2016 metais iki 1,031,000 atvejų 2060 metais. Tačiau ligų penketuke ir toliau išliks galvos smegenų insultas, plaučių ligos (ypač lėtinė obstrukcinė plaučių liga ir bronchinė astma) bei širdies ir kraujagyslių susirgimai (Sleeman et al, 2020; Nandi et al., 2022).

Sparčiai senstanti visuomenė kelia iššūkius, susijusius su sveikatos priežiūros darbuotojų stoka: senstantiems slaugos sektoriaus darbuotojams tenka rūpintis vis didesniu skaičiumi vyresnio amžiaus žmonių (Buchan, 2006), todėl aktyvi bendruomenės parama bei pačių senyvo amžiaus žmonių įsitraukimas į bendruomenės veiklą taip pat yra būtina sąlyga senėjančiai visuomenei išlikti sveikai ir judriai. Sveikas senėjimas bus skatinamas besirūpinančiose asmeniu bendruomenėse, kur ne tik sveikatos priežiūros darbuotojai vykdo užduotį rūpintis žmonėmis, kuriems reikia pagalbos, bet patys žmonės nori ir gali kuo ilgesnę dalį savo gyvenimo išlikti sveiki, taip sumažindami naštą sveikatos priežiūros sektoriui. Bendra strateginė užduotis turėtų būti sukurti sąlygas vyresniems žmonėms išlikti savarankiškiems kuo ilgiau, kartu užtikrinant orų gyvenimą, paslaugas ir sąlygas tiems, kurie dėl susiklosčiusių aplinkybių turi negalią ar jiems reikalinga slauga. Amžiui palanki kaimynystė, geri bendruomeniniai santykiai tarp gyventojų, lengva prieiga prie visų aprūpinimo šaltinių, pakankama erdvė socialiniam gyvenimui yra būsimos politikos uždaviniai individualiu, bendruomenių ir nacionaliniu lygmeniu. Didelis įsitraukimas taip pat reikš, kad žmonės ilgiau dirbs savo darbe, bet nebūtinai visą darbo dieną. Taip sumažės priklausomybė nuo socialinių pašalpų, pagerės vyresnio amžiaus žmonių pasitikėjimas savimi. Tai savo ruožtu mažins atskirtį bei teigiamai paveiks psichikos ir neurologinių susirgimų dažnį.

Ateityje pandemijos kartosis, o joms valdyti bus kuriama dvejopos paskirties sveikatos priežiūros infrastruktūra, kuri galėtų „išsiplėsti“ arba „susitraukti“ bei būti panaudota įvairiems tikslams teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Nemedikamentinių intervencijų, skirtų apriboti infekcijos perdavimą, įskaitant karantiną ir uždarymus, nauda privalės būti vertinama dar iki įvykstant pandemijai, derinant matematinės žinias su biologinėmis ir socialinėmis įžvalgomis, įskaitant sveikatos ekonomikos ir komunikacijos įgūdžius. COVID-19 pandemija parodė, kad būtinas novatoriškas, lankstaus vakcinų tyrimų planavimas ir prisitaikymas greitai nustatyti perspektyvias vakcinas kandidates, todėl tyrimų planavimo strategijos bus pritaikytos konkretaus patogeno dinamikai,

⁴ Medžiaga iš Sveikatos ekspertų diskusijos vykusios 2022 m. gegužės 23 d., Vilniaus universiteto bibliotekoje, Mokslinės komunikacijos ir informacijos centre. Su įžvalgomis susipažinti galima čia: https://lrv.lt/uploads/main/documents/files/2_visuomenes_diskusija.pdf

protrūkio vietai ir vakcinų prototipams, atsižvelgiant į regioninius socialinius ir ekonominius apribojimus. (Mollison, Isham, Dangerfield & Hollingsworth, 2022).

Antimikrobinis atsparumas taip pat minėtas kaip vienas didelių iššūkių ateities medicinai. Daugėjant pažangių gydymo metodų ir technologijų, augs gyvenimo trukmė, bet kartu ir daugės imunosupresuotų žmonių, kuriems padidės įvairių infekcijų rizika bei antibiotikų skyrimas. Tai sukurs antimikrobinio atsparumo grėsmes, o kad būtų galima jį bent kiek užkardyti, daugybei sričių teks dirbti išvien: žemdirbystei, gyvulininkystei, aplinkosaugai, veterinarams, medikams ir kt. (Ukuhor, 2021; Boneca, 2021).

Ateičiai pasirengusios sveikatos sistemos tvarumas ir atsparumas pirmiausia sietas su geresniu tarpsektoriniu ir tarpinstituciniu bendradarbiavimu bei balansu tarp biomedicininio ir visuomenės sveikatos modelio, būtinybės taikyti holistinį požiūrį į žmogų bei jo socialinius, psichologinius, biomedicininis poreikius bei kurti sistemą, kuri efektyviai apimtų ir proporcingai atlieptų skirtingus šių poreikių aspektus. Ateityje augs sveikos gyvensenos, ligų prevencijos svarba, todėl šviečiamąjį, prevencinį ir jungiantį vaidmenį galėtų atlikti stipresnė visuomenės sveikatos sistema. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema ateityje geriau atspindės socialinius sveikatos komponentus, kurie yra susiję su žmogaus teisėmis, egzistuojančiomis nelygybėmis ir diskriminacija. Sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų lankstumas, susiliejimas ir papildomumas bei visuomenės sveikatos sistemos stiprinimas bus ypač svarbūs ateities demografinių procesų ir senstančios visuomenės kontekste. Gilesnis tarpinstitucinis bendradarbiavimas bus reikalingas dar ir dėl to, kad 2050-aisiais metais ilgesnė gyvenimo trukmė gali pagilinti ir išplėsti ligų profilį. Kokybiškai sveikatos priežiūrai užtikrinti reikės ne tik medikų, farmacijos specialistų, bet ir socialinės priežiūros bei kitų tarnybų efektyvios tarpusavio koordinacijos ir komandinio darbo.

2. Ankstesnių sveikatos srities programų, jų vertinimų bei rezultatų apžvalga

Pagrindinės įžvalgos:

Pagrindinės plačios sveikatos politikos kryptys, kurias galima išskirti yra:

(1) sveikatos stiprinimas apimantis socialinės atskirties mažinimą, palankios gyvenimui aplinkos kūrimą, bei sveikatos problemų prevenciją;

(2) gyventojų poreikius atitinkančių veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimas.

- Keliami sveikatos politikos tikslai nepilnai atspindi tokių tarptautinių organizacijų, kaip Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) ar Europos komisijos rekomendacijas Lietuvai.
- Kai kuriems tikslams pasirinkti rodikliai yra gan riboti ir gali būti nepakankami įvertinti pažangą siekiant numatytų tikslų, arba identifikuoti, kurios iš taikytų priemonių buvo efektyvios.
- Nepakankamas dėmesys skiriamas tarpinstituciniam bendradarbiavimui, socialinių ir sveikatos paslaugų integravimui, bei netolygaus specialistų pasiskirstymo šalyje klausimams spręsti.
- Paslaugų prieinamumas yra klaidingai operacionalizuotas kaip infrastruktūros plėtra, nors situacijos analizė rodo, kad nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje yra daugiausia sąlygotas netolygaus specialistų pasiskirstymo šalyje.

Šiame skyriuje apžvelgiamos ilgalaikius valstybės tikslus sveikatos srityje numatančios programos ir jų vertinimai bei rezultatai. Skyriuje aptiriamos tiek bendrosios ilgalaikės politikos programos, tiek svarbiausios sveikatos sektoriaus vidutinio laikotarpio programos. Pagrindinės programos, kurioms skiriamas dėmesys šioje apžvalgoje, yra Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, 2014–2020 m. Nacionalinė pažangos programa (toliau – Pažangos programa) per kurią įgyvendinama „Lietuva 2030“ pažangos strategija, 2021–2030 m. Nacionalinis pažangos planas (toliau – 2021–2030 m. NPP), XVIII Vyriausybės programa ir jos veiksmų planas, Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa (toliau – Sveikatos programa), Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo 2022–2030 metų plėtros programa ir Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo 2022–2030 metų plėtros programa.

Šio skyriaus tikslas yra įvertinti, ar strateginiuose dokumentuose keliami tikslai atitinka esamą situaciją, ar strateginiai tikslai yra suderinami tarpusavyje, ar tikslų uždavinių pasiekimams vertinti yra pasirinkti tinkami rodikliai, koks progresas pasiektas įgyvendinant strategijose įvardytus uždavinius, ir, esant nepakankamai pažangai, siekiama pateikti įžvalgas dėl galimų tai nulėmusių priežasčių. Kita vertus, pažymėtina, kad dauguma analizuojamų programų priemonių dar įgyvendinamos ir išsamus šių programų rezultatų vertinimas dar negali būti atliktas, todėl daugiau dėmesio skiriama iškeltų tikslų tarpusavio suderinamumui, jų esamos situacijos atitikimui ir pasirinktų uždavinių bei jiems įgyvendinti skirtų priemonių tinkamumui. Vertinant Lietuvos viešosios politikos programas pasitelkiami tiek tiksliniai pasirinktų programų vertinimai, tiek tarptautinių organizacijų (pvz. EBPO) rekomendacijos Lietuvai, tiek naujausių aktualių – strateginiuose dokumentuose išsikeltų tikslų pasiekimams vertinti įvardytų faktinių rodiklių apžvalga bei „Lietuva 2050“ strategijos rengimo metu vykusių teminių diskusijų įžvalgos. Siekiant užtikrinti apžvalgos aktualumą, buvo naudojami ne senesni nei 5 metų senumo programų vertinimai.

Pažymėtina, kad šiuo metu Lietuva neturi atskiro strateginio dokumento, numatančio būtent sveikatos sistemos ilgalaikę viziją ir tikslus. Ilgalaikėse viešosios politikos strategijose keliami tikslai gerinti gyventojų sveikatos

rodiklius, tačiau stokojama tikslinio dokumento, kuris nusakytų pačios sveikatos sistemos pokyčių kryptis, reikalingas pasiekti tikslams, susijusiems su Lietuvos gyventojų sveikata. Tokio dokumento – Nacionalinio sveikatos susitarimo, įvardijančio Lietuvos sveikatos sektoriaus vystymosi kryptis per artimiausius penkiolika metų, rengimą 2022 m. inicijavo Jaunųjų gydytojų asociacija.

Pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ iškelti sveikatos apsaugos politikos tikslai yra priskiriami sumanios visuomenės daliai ir prisideda prie veiklios visuomenės, kuri yra suvokiama ir kaip sveika visuomenė, įgalinimo. Sveikatos politika taip pat nusakoma 2021–2030 m. NPP 2-uju tikslu, kuriuo siekiama „didinti gyventojų socialinę gerovę ir įtrauktį, stiprinti sveikatą ir gerinti Lietuvos demografinę padėtį“. Pažangos programoje sveikata yra vienas iš horizontaliųjų prioritetų (8-asis prioritetas), kuriuo siekiama „stiprinti ir saugoti Lietuvos gyventojų sveikatą, užtikrinti sveikatai palankią aplinką, užtikrinti kokybišką, prieinamą ir tvarią sveikatos priežiūrą“. Sveikata taip pat yra ir vertikalųjų 1-ojo ir 2-ojo prioritetų dalis, kuriais siekiama „ugdyti sveikos gyvensenos savimonę“ ir „stiprinti bei saugoti visuomenės sveikatą“. Pagrindinis ilgalaikis strateginis dokumentas, nusakantis Lietuvos sveikatos politikos raidos kryptis, yra Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategija, kurios pagrindiniu tikslu įvardijamas siekis, „kad šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai“.

Apibendrinant, Lietuvos strateginiuose dokumentuose nurodomas platus sveikatos politikos tikslų spektras: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės didinimas, socialinės atskirties, kuri neigiamai veikia gyventojų sveikatą, mažinimas, sveikatos stiprinimas, tiek kuriant sveikatai palankią aplinką, tiek skatinant ir įgalinant Lietuvos gyventojus prisiimti atsakomybę už savo sveikatą, bei siekis, kad sveikatos sistema atlieptų žmonių – pacientų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų – poreikius. Vėlesniuose, po COVID-19 pandemijos parengtuose ilgalaikiuose viešosios politikos dokumentuose akcentuojama sveikatos sistemos pasirengimo krizėms svarba, o sveikatos sektoriaus vidutinės trukmės programose prioritetas teikiamas COVID-19 pandemijos sukeltos krizės valdymui.

Platus tikslų spektras atspindi visuomenės sveikatą sąlygojančių veiksnių kompleksiskumą. Tačiau pastebima, kad šiems tikslams pasiekti pasirinkti uždaviniai nevisiškai atspindi iššūkius, su kuriais susiduria Lietuvos sveikatos sektorius. Strateginiuose dokumentuose kaip viena iš pagrindinių krypčių gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą yra įvardijama sveikatos sektoriaus infrastruktūros⁵ plėtra. Tačiau Lietuvos ūkio finansavimo po 2020 m. vertinimo ataskaitoje pateikiamos analizės duomenimis, nepakankamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra labiausiai sąlygotas tokių veiksnių, kaip netolygus specialistų pasiskirstymas šalyje, didelės išlaidos vaistams bei korupcija (ESTEP Vilnius & PwC, 2019). Ankstesniuose viešosios politikos dokumentuose sveikatos rodiklių gerinimui skirtuose uždaviniuose taip pat nepakankamai atspindi tobulintinas visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiksmingumas ir poreikis stiprinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų grandį. Šie trūkumai buvo atliepti 2021–2030 m. NPP Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo 2022–2030 metų plėtros programoje. Taip pat pažymėtina, kad, atsižvelgiant į esamą situaciją, strateginiuose dokumentuose nėra skiriamas pakankamas dėmesys pacientų duomenų įveiklinimui, kuris turi būti kertinis atskaitos taškas organizuojant pacientų poreikius atitinkančias paslaugas (ESTEP Vilnius & PwC, 2019).

Lietuvos strateginiai dokumentai didžiąja dalimi atitinka tarptautinių organizacijų rekomendacijas dėl Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo ir Lietuvos visuomenės sveikatos gerinimo. EBPO 2018 m. atliktoje Lietuvos sveikatos sistemos apžvalgoje (OECD, 2018) ir Europos Komisijos 2019 m. parengtoje Lietuvos apžvalgoje (European Commission, 2022a) pabrėžiama, kad aukšti prevencinėmis priemonėmis ir gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo Lietuvoje rodikliai yra sąlygoti nepakankamai efektyvios pirminės sveikatos priežiūros grandies, nepakankamo dėmesio ir lėšų, skiriamų prevencijai, bei mažo kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo regionuose. Europos Komisijos Lietuvai parengtose rekomendacijose (European Commission, 2022b) yra akcentuojama, kad Lietuvai svarbu stiprinti pirminės sveikatos priežiūros grandį, didinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir taip sudaryti sąlygas socialinių paslaugų integravimui, didinti paslaugų prieinamumą mažinant išlaidas vaistams ir stiprinant tvarų finansavimą prevencinėms priemonėms.

⁵ Infrastruktūra strateginiuose dokumentuose suprantama plačiąja prasme ir apima pirminės sveikatos priežiūros organizavimo gerinimą, glaudų pirminės sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą su kitų sričių specialistais ir t.t.

Mažiausiai strateginiuose dokumentuose atliepta tarptautinių organizacijų rekomendacija Lietuvai yra sveikatos priežiūros darbuotojų pritraukimo į regionus skatinimas ir pakankamo tvaraus finansavimo prevencinėms priemonėms užtikrinimas. Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo 2022–2030 metų plėtros programos įgyvendinimui skiriamos lėšos yra ženkliai mažesnės nei lėšos alokuotos Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo 2022–2030 metų plėtros programos įgyvendinimui, o daugiau nei pusė Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo 2022–2030 metų plėtros programos įgyvendinimui numatyta pasitelkti Europos Sąjungos ir kitų tarptautinių finansinių paramos šaltinių lėšas.

Peržiūrėjus aktualiuose strateginiuose dokumentuose sveikatos tikslų pažangos vertinimui pasirinktus rodiklius pastebėtas vienas jų neatitikimas. Šis neatitikimas aptiktas strateginiuose dokumentuose, kuriuose akcentuojama gyvenimo trukmė: Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ ir Pažangos programoje visuomenės sveikatos pažangai vertinti pasirinktas vidutinės sveiko gyvenimo trukmės rodiklis, o 2014–2025 m. Sveikatos programoje – vidutinės būsimos gyvenimo trukmės rodiklis. Norint palyginti ilgalaikių ir vidutinės trukmės viešosios politikos dokumentų visuomenės sveikatai keliamų tikslų pažangą ir šiems tikslams siekti taikomų priemonių efektyvumą, renkant rodiklius svarbus nuoseklumas. Kaip pabrėžiama XVIII Vyriausybės programoje, vien ilgesnė gyvenimo trukmė nėra adekvatus tikslas, jei tuos papildomus gyvenimo metus asmuo praleis sirgdamas. Sparčiai senstančioje Lietuvos visuomenėje ypač svarbu įgalinti vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojus kuo ilgiau veikti autonomiškai ir dalyvauti darbo rinkoje. Dėl to galima teigti, kad Sveikatos 2014–2025 m. programoje pasirinktas rodiklis nėra tinkamiausias vertinant, ar Lietuvos gyventojų sveikata gerėja.

Atliekant sveikatos srityje užsibrėžtų strateginių tikslų pažangos paskutinių metų vertinimus, svarbu atsižvelgti į tai, kad COVID-19 pandemija darė neigiamą įtaką tokiems rodikliams kaip vidutinė tikėtina (sveiko) gyvenimo trukmė, gyventojų savo sveikatos vertinimas ir gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas. Pastarojo rodiklio augimas COVID-19 akivaizdoje išryškino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės trūkumą bei pasirengimo krizėms nepakankamumą, tačiau pirmųjų dviejų rodiklių pokytis yra natūralus pandemijos kontekste. Tad nors tiek vidutinės sveikos tikėtinos gyvenimo trukmės, tiek vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai neatitinka užsibrėžtų rezultatų, šis užsibrėžtų tikslų ir faktinių rodiklių neatitikimas pastebimas visose šalyse ir yra sąlygotas COVID-19 pandemijos. Tačiau pažymėtina, kad Lietuva užima ketvirtą vietą pasaulyje pagal tai, kiek vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sumažėjo 2020 m. dėl COVID-19 pandemijos (Islam, N et al., 2021), o tai atspindi prastą Lietuvos gyventojų sveikatą, prastą pasirengimą krizėms, nepakankamą paslaugų prieinamumą ir kokybę ir kelia klausimą, ar ankstesniuose strateginiuose dokumentuose šie sveikatos priežiūros sistemos siekiniai buvo akcentuojami pakankamai, ir ar priemonės, skirtos su šiais tikslais susijusiems uždaviniams įgyvendinti, buvo pakankamai efektyvios.

Vertinant strateginiuose dokumentuose sveikatos srityje keliamus tikslus ir jų pažangą, galima išskirti dvi plačias sveikatos politikos tikslų grupes, kurios detalčiau bus aptartos tolesniuose poskyriuose. Pirmąją grupę sudaro tikslai, orientuoti į prevenciją ir gyventojų sveikatos stiprinimą. Ši plati tikslų kategorija apima tiek sveikatai palankios socialinės aplinkos kūrimą mažinant socialinę atskirtį, tiek palankios sveikatai fizinės aplinkos sukūrimą, tiek sveikos gyvensenos įpročių formavimą. Antroji plati tikslų grupė atspindi siekį užtikrinti veiksmingas ir gyventojų poreikius atitinkančias paslaugas. Ši tikslų grupė apima paslaugų prieinamumo, įskaitant paslaugų prieinamumą regionuose, didinimą, tarpinstitucinį bendradarbiavimą bei į pacientą orientuotos sveikatos priežiūros plėtrą. Kaip minėta, daugelis priemonių vis dar yra įgyvendinamos ir poveikio vertinimas negali būti atliktas. Rezultatų vertinimas yra tikslingiausias apžvelgiant Sveikatos programos rodiklius, todėl daugiau dėmesio poveikio apžvalgoje skiriama šiai programai.

2.1. Sveikatos stiprinimas ir prevencija

Pažangos strategijoje „Lietuva 2030“ sveikos gyvensenos ugdymas yra išskiriamas kaip svarbi veiklios visuomenės formavimo prielaida. Pažangos programoje patikslinti antrojo prioriteto „Veikli ir sumani visuomenė“ uždaviniai ir 2.1.1 uždavinio „Siekti vaiko ir šeimos gerovės, stiprinti ir saugoti visuomenės sveikatą“ įgyvendinimo kryptys yra orientuotos į prevenciją: sveikos gyvensenos skatinimą, galimybių sveikai gyvensenai sudarymą plėtojant sveikatą skatinančią infrastruktūrą ir psichikos sveikatos stiprinimą. Pažymėtina, kad „Sveikata visiems“ yra horizontalusis pažangos programos prioritetas, kuriam įgyvendinti parengtas tarpinstitucinis veiklos planas. Pirmieji du šio veiksmų plano tikslai – „stiprinti ir saugoti Lietuvos gyventojų sveikatą“ ir „užtikrinti sveikatai palankią aplinką“ – atspindi plačią prevencijos ir sveikatos stiprinimo kryptį.

2021–2030 m. NPP antrojo tikslo „Didinti gyventojų socialinę gerovę ir įtrauktį, stiprinti sveikatą ir gerinti Lietuvos demografinę padėtį“ 2.10 pažangos uždaviniui „Skatinti sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veiklas ir stiprinti psichologinį (emocinį) visuomenės atsparumą“ įgyvendinti parengta ir atskira Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programa. 2021–2030 m. NPP antrajame priede, nusakančiame finansines projekcijas plano tikslams pasiekti, numatyta, kad norint pasiekti antrojo tikslo uždavinius būtina didinti investavimo efektyvumą siekiant mažinti priklausomybę nuo ES fondų, tačiau konkrečių priemonių tam nėra numatyta, todėl nėra aiškus konkretus veiksmų planas, kaip įtvirtinti tvarų prevencijos priemonių finansavimą. Sveikatos programoje tiesiogiai su prevencija (prevencija suprantama siaurąja prasme) yra susijęs trečiasis uždavinys „Formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą“, tačiau pirmasis („Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį“) ir antrasis („Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką“) uždaviniai taip pat gali būti traktuojami kaip prevencinės priemonės plačiąja prasme. XVIII Lietuvos Vyriausybės programoje kaip vienas iš prioritetinių projektų yra įvardintas „Visuomenės sveikatos stiprinimas“ ir kertiniu šio projekto atskaitos tašku yra įvardinta prevencija skatinant sveikos gyvensenos įpročius, gerinant gyventojų psichikos sveikatą ir mažinant socialinę atskirtį. Nacionalinėje 2014–2020 m. pažangos programoje, skirtoje įgyvendinti Lietuvos pažangos strategijai „Lietuva 2030“, „Sveikata visiems“ yra horizontalusis prioritetas, kuriam įgyvendinti parengtas tarpinstitucinis veiklos planas. Pirmieji du šio veiksmų plano tikslai – „stiprinti ir saugoti Lietuvos gyventojų sveikatą“ ir „užtikrinti sveikatai palankią aplinką“ – atspindi prevencijos ir sveikatos stiprinimo kryptį.

Taigi, pagrindiniuose sveikatos politiką apibrėžiančiuose dokumentuose keliama tikslai yra susiję su socialinės atskirties, sudarančios sąlygas gyventojų sveikatos netolygumams, mažinimu. Iš visų sveikatos politikos strateginių tikslų būtent pastarieji pasižymi didžiausia pažanga, tačiau skirtingų rodiklių pažanga nėra tolygi. Socialinės atskirties ir sveikatos netolygumų mažinimo pažangai vertinti pasirenkami tokie rodikliai, kaip skurdo riziką ar socialinę atskirtį patiriančių asmenų dalis ir asmenų, gyvenančių namų ūkiuose, susiduriančiuose su ekonominiais sunkumais, dalis. Šių rodiklių faktinės reikšmės net viršija laukiamų rodiklių reikšmes. Kaip nurodoma 2019 m. parengtoje Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos bandomojo vertinimo ataskaitoje (Higienos institutas, 2019), šių rodiklių 2020 metų laukiamos reikšmės buvo pasiektos jau 2018 metais. Tai indikuoja, kad pasirinktų rodiklių numatytos laukiamos reikšmės galbūt nėra pakankamai ambicingos. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje atskirties mažinimui įvertinti papildomai pasirinktas mirtingumo dėl savižudybių (100 tūkst. gyventojų) rodiklis. Laukiama šio rodiklio reikšmė 2020 m. – 19,5 savižudybės 100 tūkst. gyventojų – nebuvo pasiekta: 2020 metais šio rodiklio reikšmė buvo 21,7, o 2021 m. rodiklio reikšmė vis dar siekia 20,2 ir yra daugiausia nulemta aukštų rodiklio reikšmių regionuose (Higienos institutas, 2022a). Nepakankamas progresas siekiant mirtingumo dėl savižudybių sumažinimo kelia klausimą, ar šios problemos sprendimui skirtos priemonės buvo tikslingos ir ar jos buvo įgyvendintos. Numatytų priemonių sąrašė dominuoja komunikacinės ir investicinės priemonės. Šios problemos sprendimui turėtų būti teikiamas prioritetas, nes Lietuva vis dar yra sąrašo viršuje pagal nusižudančių gyventojų dalį (Lietuva sąrašė antra po Korėjos) (OECD, 2022).

Tikslų, susijusių su sveikos gyvensenos įpročių (sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimu ir žalingo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo mažinimu) formavimu, įgyvendinimo rezultatai yra netolygūs. Legalaus suvartojamo alkoholio kiekio, tenkančio Lietuvos gyventojui per metus (litrais), rodiklio 2018 m. siekinys, nurodytas Sveikatos programoje, buvo įgyvendintas, tačiau tabako gaminių suvartojimą vertinantis rodiklis pasiektas nebuvo, todėl kyla klausimas, ar numatytos priemonės šiam rodikliui mažinti buvo įgyvendintos. Nors

rodiklio siekinys, susijęs su suvartojamo alkoholio kiekiu, buvo pasiektas, pažymėtina, kad Sveikatos programoje numatytos priemonės šiam rodikliui mažinti yra gana ribotos ir pasigendama į problemos priežastis orientuotų priemonių, tokių kaip socialinių ir emocinių kompetencijų ugdymas ir psichologinio atsparumo ugdymas ankstyvame amžiuje. Sveikatos stiprinimo ir plėtros programoje visuomenės psichologinio atsparumo ugdymas yra suvokiamas kaip integrali žalingo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemonė.

Atliekant Sveikatos programos bandomąjį vertinimą buvo stokojama faktinių nutukimą vertinančių rodiklių reikšmių, nes 2014–2018 m. nebuvo atliktas sveikos gyvensenos tyrimas ir šio tikslo pažangos vertinti nebuvo galima. Tačiau bandomajame sveikatos strategijos vertinime sumodeliuotos šio rodiklio prognozės parodė, kad neįgyvendinant numatytų priemonių rodiklis iki 2024 m. gali ženkliai pakilti (Higienos institutas, 2019). Pasirinkti rodikliai taip pat yra gana riboti (nutukusių Lietuvos gyventojų dalis procentais) ir neatspindi gyvenimo įpročių pokyčių: pvz., nėra vertinamas suvartojamų daržovių kiekis, tenkantis vienam gyventojui, nors kaip viena iš nurodytų priemonių yra gyventojų mitybos stebėsenos vykdymas. Neįtraukiant tokių rodiklių, negali būti daromos išvados apie tai, kokie gyvenimo įpročiai kelia didžiausią riziką gyventojų sveikatai ir prisideda prie nutukimo. Sveikatos stiprinimo ir išsaugojimo plėtros programoje pasirinktų rodiklių spektras daug platesnis ir apima tokius rodiklius kaip asmenų, pakeitusių gyvenimo įpročius dėl sveikatos, skaičius, suvartojamų vaisių ir daržovių kiekis ir asmenų, po dalyvavimo veiklose pagerinusių sveikatos raštingumą, dalis. Pažymėtina, kad tarp Sveikatos strategijoje ir Sveikatos stiprinimo ir išsaugojimo plėtros programoje numatytų nutukimo mažinimo priemonių pasigendama nesveikų produktų kainų didinimo, nors ši taktika yra sėkmingai taikoma kitose Šiaurės šalyse.

Pažanga gerinant fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką yra ženkliai mažesnė. Jis dažniausiai vertinamas tokiais rodikliais kaip šiltnamio efektą sukeliančių dujų kiekis, gyventojų, teigiančių, kad patiria triukšmą, dalis bei mirtingumas dėl išorinių priežasčių. Rodiklių progresas nėra tolygus – prasčiausi rezultatai pastebimi kenčiančiųjų nuo triukšmo gyventojų dalyje – šis skaičius auga (Higienos institutas, 2019). Nors priemonių orientuotų į neigiamos triukšmo įtakos gyventojų sveikatai mažinimą buvo numatytos Pažangos programoje, tokių priemonių pasigendama Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje, nepaisant to, kad pats triukšmo mažinimo uždavinys yra išskirtas.

2.2. Gyventojų poreikius atitinkančios veiksmingos sveikatos priežiūros paslaugos

Antras platus tikslas sveikatos politikos dokumentuose yra siekis užtikrinti efektyvias ir gyventojų poreikius atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas. Nacionalinėje 2014–2020 m. pažangos programoje, įgyvendinančioje Lietuvos pažangos strategiją „Lietuva 2030“, „Sveikata visiems“ yra horizontalusis prioritetas, kuriam įgyvendinti parengtame tarpinstituciniame veiklos plane trečiasis tikslas yra „užtikrinti kokybišką, prieinamą ir tvarią sveikatos priežiūrą“. 2021–2030 m. NPP 2-ojo strateginio tikslo „Didinti gyventojų socialinę ir emocinę gerovę ir įtrauktį, stiprinti sveikatą ir gerinti Lietuvos demografinę padėtį“ 2.11 uždaviniui „Didinti kokybiškų ir inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir atsparumą grėsmėms“ įgyvendinti parengta Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programa. Sveikatos programoje ši sveikatos politikos kryptis atsispindi ketvirtame strategijos tikslu, kuriuo siekiama „užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius“. Šis tikslas taip pat atsispindi XVIII Vyriausybės programos misijos „Ilgas ir sveikas žmogaus gyvenimas“ projekte „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas“.

Pažangai šioje srityje vertinti pasirinkti tokie rodikliai, kaip kūdikių mirtingumas, mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius, prevencinėmis ir gydymo priemonėmis užkertamų mirčių skaičius. Šis tikslas yra platus, tačiau pasirinkti rodikliai yra gana riboti ir jų gali nepakakti adekvačiai įvertinti šios srities pažangai (Higienos institutas, 2019). Tačiau, pažymėtina, kad patikimų rodiklių skirtų sveikatos priežiūros kokybei matuoti skaičius apskritai kol kas yra ribotos ir skaitmenizacijos procesai ateityje padės generuoti daugiau reikalingų duomenų, kurie bus naudojami šioms rodikliams kurti.

Paslaugų veiksmingumas apima ir prieinamumą – paslaugas, prieinamas visiems šalies gyventojams nepaisant jų socioekonominio statuso ir gyvenamosios vietos. Pažymėtina, kad visuose strateginiuose dokumentuose paslaugų kokybės ir prieinamumo didinimas yra minimi kaip viena kitą papildančios kryptys ir nėra atsižvelgiama į tai, kad tarp šių dviejų paslaugų aspektų yra įtampa: dažniausiai paslaugų prieinamumo didinimas neigiamai atsiliepia paslaugų kokybei, ypač kai stokojama žmoniškųjų ir (ar) finansinių resursų. Dėl to formuojant sveikatos politiką svarbu akcentuoti, kad dažniausiai tenka daryti kompromisą ir rinktis, kiek santykinai bus gerinama paslaugų kokybė, o kiek priemonės bus orientuotos į paslaugų prieinamumo didinimą.

Sveikatos programos ketvirtasis tikslas „Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius“ visiškai pasiektas nebuvo ir daugiausia tai sąlygojo antrojo šio tikslo uždavinio, atspindinčio sveikatos paslaugų prieinamumo didinimą, nepakankamas įgyvendinimas. Slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičiaus rodiklio siekinio įgyvendinti nepavyko. Savivaldybių duomenų analizė, atlikta kaip bandomojo sveikatos strategijos vertinimo dalis, parodė, kad šis nepasiektas rodiklio siekinys buvo sąlygotas žemų rodiklio reikšmių kai kuriose savivaldybėse (Vilniaus, Kauno ir Birštono), todėl galima daryti išvadą, kad, norint pasiekti strategijose užsibrėžtus tikslus, svarbu nuolat atlikti rodiklių analizę savivaldybės lygmeniu ir priemones taikyti pagal kiekvienos savivaldybės poreikius (Higienos institutas, 2019).

Kaip jau minėta, šiai netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problemai spręsti strateginiuose dokumentuose nėra skirta pakankamai priemonių ir prieinamumas yra klaidingai operacionalizuotas kaip infrastruktūros plėtra (ESTEP Vilnius & PwC, 2019). Pažymėtina, kad infrastruktūros plėtra Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje apima ir medicinos įrangos atnaujinimą, modernios įrangos įsigijimas ir patalpų pritaikymą naujiems reikalavimams, o dažnai šių pokyčių įgyvendinimas regionų įstaigose yra būtina sąlyga norint pritraukti kompetentingus specialistus į regionus, todėl galima teigti, kad infrastruktūros plėtra netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problemą sprendžia netiesiogiai. Tačiau tiesioginių priemonių šiai problematikai spręsti, apskritai, stokojama. Kaip viena iš Vyriausybės programos projekto „Kompetentingas ir adekvačiai apmokamas sveikatos sistemos specialistas“ iniciatyvų yra nurodytas siekis, kad visoje Lietuvos teritorijoje būtų užtikrintas pakankamas sveikatos priežiūros darbuotojų skaičius, tačiau Vyriausybės programos įgyvendinimo veiksmų plane pasigendama priemonės, kuri būtų orientuota būtent į netolygų specialistų pasiskirstymą šalyje. Sveikatos stiprinimo plėtros programoje lėšų regionų atskirčiai mažinti, neatsižvelgiant į problemos svarbą, numatyta per mažai. 2022–2030 m. regionų plėtros programoje numatyta priemonė „Gerinti kokybiškų visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumą regionuose“, kuria siekiama sumažinti prevencinėmis priemonėmis užkertamą mirtingumą, tačiau šioje programoje pasigendama priemonės, kuria būtų siekiama pritraukti asmens sveikatos priežiūros darbuotojus į regionus ir taip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę. Visa tai indikuoja, kad kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo regionuose klausimas nėra sprendžiamas efektyviai.

Veiksmingos sveikatos priežiūros paslaugos reikalauja ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo, kuris strateginiuose dokumentuose atspindi nepakankamai. Pažymėtina, kad pažangos programoje „Sveikata visiems“ yra horizontalusis prioritetas, kuriam įgyvendinti parengtas tarpinstitucinis veiklos planas. Tačiau, remiantis ekspertinėmis nuomonėmis ir EK rekomendacijomis Lietuvai (European Commission, 2022b), tarpinstituciniam bendradarbiavimui siekiant gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą turėtų būti skiriama daugiau dėmesio, detalizuojant, kaip bendravimas bus užtikrinamas ir kas už tai bus atsakingas. Holistinio požiūrio į žmogaus savijautą pasigendama ir Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane, sudarytame įgyvendinant tarpinstitucinį veiksmų planą pagal prioritetą „Sveikata visiems“. Socialiniams sveikatą ir savijautą lemiantiems veiksniams bei socialinėms paslaugoms šiame dokumente visai neskiriama dėmesio, nors pačioje pažangos programoje yra numatyta diegti integruotą (apimančią sveikatos ir socialines paslaugas) globą senyvo amžiaus ir neįgaliems asmenims. Tai, kad EBPO savo 2021 m. rekomendacijose pažymi, jog Lietuvai svarbu pereiti prie integruotos ilgalaikės priežiūros modelio (OECD, 2021), indikuoja, kad šios priemonės nebuvo įgyvendintos. Tai kelia klausimą ar tarpinstitucinio bendradarbiavimo organizuojant sveikatos priežiūros paslaugas svarba strateginiuose dokumentuose turėjo būti labiau akcentuojama. Tačiau, pažymėtina kad, integruota ilgalaikė priežiūra yra viena iš XVII Vyriausybės numatytų reformų.

Dar vienas svarbus veiksmingų paslaugų bruožas yra į pacientą orientuotos paslaugos. Žmogaus poreikių įcentrinimas sveikatos sistemoje labiausiai pabrėžiamas XVIII Vyriausybės programoje, kur kitaip nei daugelyje

strateginių dokumentų, kuriuose per daug akcentuojamas brangios įrangos įsigijimas ir investicijos, dėmesys yra sutelkimas į žmogaus poreikius. Pagal 2018 m. atlikto Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir orientacijos į pacientą audito (Valstybės kontrolė, aukščiausioji audito institucija, 2018) išvadas, sveikatos sektoriuje teikiamos paslaugos nėra pakankamai orientuotos į pacientų poreikius. Šių poreikių atliepimas turi būti integralus visų sveikatos politiką formuojančių dokumentų vizijose. Norint atliepti pacientų poreikius pirmiausia reikia juos identifikuoti. Veiksmų plane Vyriausybės programos priemonei „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas“ įgyvendinti yra numatyta sukurti ir įdiegti grįžtamojo ryšio įrankį – pacientams suteikti galimybę įvertinti (įskaitant pacientų pasitenkinimą) suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau kituose pagrindiniuose viešosios politikos dokumentuose, numatančiuose sveikatos politikos kryptį, pasigendama priemonių į pacientą orientuotoms sveikatos priežiūros paslaugoms gerinti ir tinkamų šio tikslo progresui vertinti rodiklių, kurie atspindėtų gyventojų įtraukimą į paslaugų poreikio vertinimą.

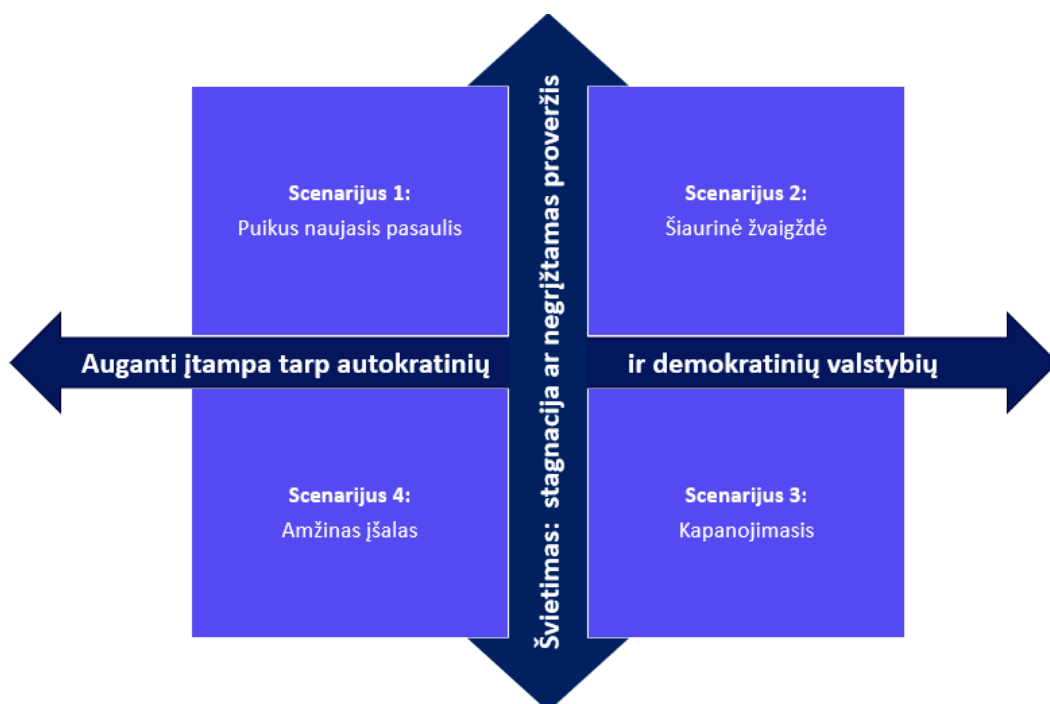
Pažanga siekiant šio plataus veiksmingų, prieinamų ir gyventojų poreikius atitinkančių paslaugų tikslo yra gana gera – Sveikatos programos bandomajame vertinime ši pažanga įvertintas 80 % (Higienos institutas, 2019). Vangus uždavinių, susijusių su efektyvių ir į pacientų poreikius orientuotų sveikatos priežiūros paslaugų įgyvendinimu, sprendimas ir nepakankamas dėmesys, skirtas sveikatos priežiūros specialistų netolygaus pasiskirstymo šalyje problematikai spręsti, neleido visiškai pasiekti šioje sveikatos politikos kryptyje keliamų tikslų. Labiausiai neigiamas tendencijas atspindi slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius ir nepakankama valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos išlaidų. Adekvatus vertinimas gali būti negalimas dėl pasirinktų rodiklių ribotumo.

Apibendrinant, galima teigti, kad strateginiuose dokumentuose keliami tikslai ir šiuos tikslus detalizuojantys uždaviniai bei jiems įgyvendinti pasirinktos priemonės ne visais atvejais atitinka tarptautinių organizacijų rekomendacijas Lietuvai ir nevisiškai atliepia esamą situaciją. Ypatingai pasigendama priemonių netolygaus sveikatos priežiūros specialistų šalyje problematikai spręsti, socialinių ir sveikatos paslaugų integravimui ir pacientų įtraukimui į paslaugų poreikio vertinimą.

3. Alternatyvūs srities vystymosi scenarijai

Svarbus „Lietuva 2050“ pažangos strategijos rengimo etapas buvo scenarijų dirbtuvės, į kurias buvo įtrauktas platus ekspertų ratas. Šių dirbtuvių metu buvo naudotas ateities įžvalgų (angl. *foresight*) metodas: atsižvelgiant į išanalizuotas ateities megatendencijas, kitus svarbius pokyčių veiksnius ir Lietuvai aktualius iššūkius, buvo identifikuoti keturi galimi ateities scenarijai, suformuoti pagal demokratijos–autokratijos ir švietimo proveržio–švietimo stagnacijos ašis. Apskritai manoma, kad nuo galimybės įgyvendinti proveržį švietime ir dominuosiančios valdysenos formos priklauso ir visos valstybės ateitis.⁶

5 paveikslėlis. Hipotetiniai valstybės ateities scenarijai.



Šiame skyriuje detalizuojama, kaip Lietuvos sveikatos apsaugos sistema ir gyventojų sveikata atrodytų kiekvieno iš galimų scenarijų atveju: (1) „Puikus naujasis pasaulis“; (2) „Šiaurinė žvaigždė“; (3) „Kapanojimasis“; (4) „Amžinojo įšalo“. Ekspertų diskusijose, susitikimuose su bendrakūrėjais, piliečiais ir Valstybės pažangos tarybos posėdžiuose buvo prieita prie sutarimo, kad labiausiai pageidaujamas Lietuvos raidos scenarijus yra antrasis – „Šiaurinės žvaigždės“ scenarijus, kuris remiasi konsoliduotos demokratijos ir švietimo proveržio veiksniais, todėl tolimesni ataskaitos skyriai buvo parengti šio scenarijaus siekiamybės kontekste.

1 scenarijus. „Puikus naujasis pasaulis“

Dėl dešimtmečių besitęsiančių įtampų tarptautinėje sistemoje susitraukia ir į atskirus regionus suskyla ES, susilpnėja NATO, o Lietuvoje, išnaudodamas vidines socialines įtampas, įsigali autokratinis režimas. Paskelbęs tikslą siekti ekonominio augimo proveržio ir didesnės gerovės, naujasis režimas inicijuoja ambicingas švietimo, mokslo, technologijų ir inovacijų reformas ir nukreipia į šias sritis valstybės investicijas. Šios pastangos ilgainiui atsiperka: Lietuvos visuomenė išsilavinusi, ypač klesti technologijų ir gamtos mokslai. Stiprios švietimo įstaigos

⁶ Detaliau su galimais ateities scenarijais, identifikuotais „Lietuva 2050“ pažangos strategijos rengimo procese, susipažinti galima čia:

https://lrv.lt/uploads/main/documents/files/Lietuva%202050%20scenarijai_pilnas%20dokumentas.pdf

integruotos su vietinėmis bei tarptautinėmis verslo ir inovacijų ekosistemomis. Lietuva tampa patraukliu inovacijų ir technologijų centru. Visgi švietimo sistema yra politizuota, režimas riboja humanitarinių mokslų plėtrą ir reguliuoja jų turinį.

Vyriausybės prioritetas yra išlaikyti sveiką darbo jėgą, tęsti ekonominį produktyvumą ir užtikrinti sveikatos priežiūros sistemų tvarumą. Didelės viešosios ir privačios investicijos veiksmingai skatina sveiką piliečių gyvenimą. Darbdaviai užtikrina palankią sveikatai darbo aplinką ir sveikatos priežiūros paslaugas. Darbo teisės aktai įgyvendinami siekiant suteikti darbuotojams finansinių išteklių, laiko ir žinių geriau rūpintis savo sveikata. Privaloma mankšta ir sveikatinimo pratimai. Masinis sveikatos patikrinimas ir stebėseną. Stebėjimas vykdomas 24 valandas per parą, 7 dienas per savaitę: stebima aplinka ir implantuoti lustai, skirti nebrangiai ankstyvai diagnostikai, nuotolinei medicinai ir specialiai pritaikytam gydymui. Naujoji ekonomikos augimo ir socialinės pažangos era sutelkta į tai, kad visiems būtų teikiama daugiau paslaugų, o aplinkos tvarumas pamirštamas. Vis daugiau ekonominių ir klimato kaitos migrantų, nors vyriausybė stengiasi laikytis griežtos imigracijos politikos ir atsižvelgti tik į jų įgūdžius ir galimą indėlį į ekonomikos augimą. Ryškėja neigiamos tendencijos visuomenėje: nuolat patiriama emocinė įtampa, žmonės perdega, auga psichotropinių preparatų vartojimas, nors pati sveikatos sistema išlieka aukšto lygio, dideli resursai skiriami tam tikrų visuomeninių grupių gydymui, tačiau kaupiami gyventojų sveikatos duomenys panaudojami verslo interesams. Vyrauja didelė regioninė ir socialinių grupių atskirtis visose srityse, turtingiausiems ir įtakingiausiems užtikrinamas geras išsilavinimas ir sveikatos priežiūra, gyvenimo kokybė gerėja tiems, kas priklauso konjunktūrai. Patekti tarp išrinktųjų tampa svarbiausia gyvenimo užduotimi. Deklaratyvioje demokratijoje susikuria išrinktųjų luomai, jiems sveikatos sistema puiki, likusiems – vidutinė. Žmonės turi labai daug dirbti, kad išliktų, turi mažai laisvalaikio ir jo metu jau nebeįsivaizduoja jokios asmeninės saviraiškos. Lietuvos gyventojų gyvenimo trukmė auga, nes autoritarizmas stengiasi ugdyti prievolę rūpintis sveikata, tačiau šis augimas nėra tvarus, nes įvairūs suvaržymai sąlygoja prastą gyventojų emocinę sveikatą, išlieka didelis savižudybių skaičius, aukšti jaunimo emigracijos rodikliai.

2 scenarijus „Šiaurinė žvaigždė“

Išsiplėtusios ES ir NATO pagrindu susiformavęs liberalių demokratijų pasaulis sudaro vieningą galios bloką, pagal kurio nustatytas taisyklės veikia likęs pasaulis. Tai leidžia ne tik užtikrinti bloko šalių saugumą ir stabilumą, bet ir suvaldyti tokias globalias problemas, kaip klimato krizė. Pagrindinis valstybės prioritetas – skatinti visų šalių piliečių sveikatą ir gerovę. Vyriausybė, privatus sektorius ir piliečių bendruomenės glaudžiai bendradarbiauja kurdami sprendimus, gerinančius gyvenimo kokybę, sveikatinimo galimybes ir veiksmingą sveikatos priežiūrą. Kai vyriausybės imasi iniciatyvos, piliečių dalyvavimas užtikrinamas visame politikos formavimo procese, siekiant skatinti teisingumą, tvarumą ir žmonių sveikatą visose politikos srityse. Didelę vertę turi laisvalaikis, bendruomeniškumo jausmas ir gamta. Reikiamos pajamos visiems pagerina gyvenimo sąlygas ir užtikrina geresnius standartus. Naujas socialinis ir ekonominis modelis skatina žmones geriau rūpintis savo sveikata, taip pat sudaro sąlygas ir galimybes per neformalius bendruomenių tinklus ir bendruomenės narių įsitraukimą rūpintis vieni kitais. Susirūpinimas dėl ilgalaikio sveikatos priežiūros sistemų ir kitų viešųjų paslaugų tvarumo nesutrukdė Europos pasiryžimui išplėsti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ar pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir veiksmingumą. Tikslas sukurti geresnes viešąsias institucijas buvo susijęs su tvirtu politiniu įsipareigojimu ir reiškė investicijų didinimą. Pavyzdžiui, padidėjusios viešosios išlaidos sveikatos sistemoje ne tik lėmė sergančiųjų neužkrečiamosiomis ligomis, pvz., diabetu ir arterine hipertenzija, skaičiaus mažėjimą, bet ir prisidėjo prie gerokai mažesnio nedarbo lygio visoje Europoje, nes sistemoms stiprinti reikėjo kvalifikuotos darbo jėgos. Nedarbo lygio mažėjimui įtakos turėjo ir įsipareigojimas plėtoti technologijas – tai dar vienas tikslas, nustatytas drąsiame Europos požiūryje į ateitį. Viena vertus, turėdamos šią viziją ir, kita vertus, spaudžiamos klimato kaitos iššūkių Europos šalys dėjo bendras pastangas, kad būtų plėtojamos pažangiausios technologijos. Technologinis medicinos progresas iš esmės pakeitė sveikatos priežiūros paslaugas, pvz., mikroskopiniai robotai implantuojami jau gimus kūdikiui. Ligos pradinėse stadijose dar nejaučiant simptomų, mikroskopinis robotas siunčia įspėjimus pacientui ir jo gydytojui. Gydytojas paskiria genų terapiją, sukurta individualiai pacientui, ir vaistus perduoda dronu. Kitais atvejais pacientų mobilusis įrenginys gauna reikiamą informaciją, leidžiančią 3D spausdintuvu atsispausdinti pasirinktinių vaistų. Įdiegus sensorinę įrangą pacientų sveikatą stebi nuotoliniu būdu dirbantys specialistai. Ligos pradžioje nanobotai surenka audinių mėginius,

pakeičia pažeistas ląsteles sveikomis bei sunaikina visus kraujyje esančius toksinus. Pacientų, sergančių tokiomis sudėtingomis ligomis, kaip Parkinsono liga, nebereikia vežti į neurologo konsultaciją; vidiniai nanobotai išskiria dopaminą tam tikroje jų smegenų vietoje. Pasikeitė radiologinė ligų diagnostika: vienas skenavimo įrenginys pasiūlo metaboles, funkcines ir struktūrines detales – sujungia spektroskopijos, magnetinio rezonanso ir spinduliuotės fiziką. Tai reiškia, kad pacientui pakanka tik vieno nuskaitymo ir nereikia jokios biopsijos. Dienos, kai pacientai miršta laukdami organų donoro, taip pat baigėsi. Organai, audiniai ir atraminės struktūros, tokios kaip kaulai ar raiščiai, yra atspausdinami 3D formatu pagal poreikį. Ūminės ir sunkios patologijos, pradedant krešuliais ir baigiant navikais, yra sprendžiamos pasitelkiant mažyčius robotinius endovaskulinius kateterius.

3 scenarijus „Kapanojimas“

Keletą dešimtmečių tarptautinėje arenoje pasireiškiančios antidemokratinės tendencijos tai sustiprėja, tai atslūgsta, tačiau rimtesnės žalos ES integracijai ar NATO stabilumui nepadaro. Lietuvoje demokratija įsitvirtinusi ir šalis tebėra visų svarbiausių tarptautinių organizacijų narė, tačiau ji nėra laikoma įtakinga valstybe. Valdžių kaita pasižymi švytuoklės principu bei žema tarppartinio bendradarbiavimo, strateginio mąstymo kultūra. Sprendimų priėmėjams niekaip nepavyksta susitarti dėl ilgalaikių valstybės raidos krypčių. Dominuoja rinkos jėgos, o „mažoji vyriausybė“ garantuoja jų veikimą. Lietuvos vyriausybės linkusios privatizuoti sveikatos priežiūros sektorių, kad sumažintų valstybės skolą, ir panaikinti darbo santykių reguliavimą, kad atgaivintų ekonomiką. Sveikatos paslaugos dabar, kaip ir daugelis kitų paslaugų, prieinamos, bet brangios. Žmogaus sveikata ir gyvenimo būdas priklauso nuo individo pasirinkimo ir galimybių. Kuo daugiau galite sau leisti, tuo geresnį gydymą gausite dėl brangių medicinos naujovių, įskaitant naujos kartos biomedicinos prietaisus. Pasaulinė aplinkos apsauga užtikrinama nustatant jos kainodarą. Tai socialinė ir ekonominė sistema, kurioje dauguma ekonomikų išmeta anglies dioksidą, o klimato kaita beveik nekontroliuojama. Mokslo pasiekimai nepritaikyti sveikatos sistemai. Valdančiojo elito atskaitingumas visuomenei yra labai minimalus ir tai lemia, kad rūpinimasis sveikatos priežiūros sistema yra prastas, todėl blogėja Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai. Vyrauja biurokратиška ir korumpuota sveikatos apsauga. Pagydomos ligos progresuoja. Judama link anarchijos, žmonės nesijaučia valstybės savininkai. Daugumai laisvalaikis – atsipalaiduoti prie butelio vyno vakare ar savaitgalį. Mažas visuomenės sluoksnis sau gali leisti iš esmės viską. Nemažėja visuomenės sergamumo ir mirtingumo rodikliai. Netoleruojami „svajotojai“ ir „eksperimentuotojai“, todėl laisvalaikis standartizuotas – pirtis ir šašlykai. Trūksta sporto infrastruktūros, lėšų sportui vystyti. Laisvalaikyje dominuoja ekrano kultūra, nes ji suprantamiausia ir pigi. NVO skursta, valstybė neskiria dėmesio paramai. Sveikatos sistema neefektyvi – trūksta specialistų, tarp jų daugėja tik vidutiniškai mokančių valstybinę kalbą. Didėja kaštai, pacientai ignoruoja sveikos gyvensenos patarimus.

4 scenarijus. „Amžinas įšalas“

Liberalioms Vakarų demokratijoms nepavyko apginti taisyklėmis grįstos pasaulio tvarkos nuo vidinio ir išorinio spaudimo. Paralyžiuotos vidinių nesutarimų ir neturėdamos pakankamai pajėgumų ES ir NATO nesuvaldė trečiajame šio amžiaus dešimtmetyje Europą užklupusių saugumo, energijos, valiutos ir migracijos krizių. Viešosios politikos nesėkmės Lietuvoje, kitose Vidurio ir Rytų Europos bei nemažoje dalyje Vakarų valstybių į valdžią atvedė populistines autoritarines partijas, kurias vienaip ar kitaip remia Kinijos ir Rusijos režimai. Žmonių materialinis nepriteklus ir socialinė atskirtis labai padidėjo. Augančios finansinės ir socialinės įtampos riboja galimybes naudotis pagrindinėmis paslaugomis, pvz., sveikatos priežiūros, o tai kelia rimtų klausimų, pavyzdžiui, dėl didėjančio neužkrečiamųjų ligų atvejų skaičiaus. Žmonės yra susitelkę į tai, kad sudurtų galą su galu, ir, kaip kai kurie sako, „negali eikvoti laiko ir pinigų“ sveikos gyvensenos išsaugojimui.

Sveikatos apsaugos srityje Lietuvos vyriausybė bendradarbiauja su sau lojalėmis suinteresuotosiomis grupėmis, vykdo trumparegišką politiką ir beveik neatsižvelgia į daugelio priimamų sprendimų ilgalaikį poveikį žmonių sveikatai. Dėl ekonomikos sąstingio laipsniškai mažėja žmonių, galinčių naudotis viešosiomis paslaugomis, skaičius, didėja sveikatos priežiūros paslaugų mokesčiai, ribojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų skaičius. Daugėja įvairių susirgimų, jų valdymas chaotiškas, o galimybė naudotis moderniomis sveikatos apsaugos

technologijomis ir gydymas naujoviškais vaistais Lietuvos piliečiams tebėra sunkiai prieinami. Pragyvenimo lygio kritimas kenkia bendruomenės vertybėms ir sukelia įtampą tarp piliečių bei didina nepasitikėjimą valdžios vykdoma politika. Dauguma Lietuvos žmonių kenčia dėl klimato kaitos padarinių, o apsaugota lieka tik maža visuomenės dalis. Daugelis Lietuvos gyventojų nesieja savęs ir savo vaikų ateities su šalies ateitimi.

4. Kitose šalyse vykdomų pokyčių gerųjų praktikų pavyzdžiai

Tarptautiniai tyrimai rodo, kad dalijimasis sveikatos politikos gerųjų praktikų pavyzdžiais tarp šalių yra naudingas, tačiau to nėra daroma pakankamai (Kuhlmann et al., 2018), todėl kitų šalių gerųjų praktikų peržiūrai ir šių praktikų adaptacijai turėtų būti skiriama daugiau dėmesio.

Atliekant gerųjų praktikų, t. y. kitose šalyse vykdytų pasiteisinusių iniciatyvų, apžvalgą galimos kelios prieigos, kurios visos turi savų privalumų ir trūkumų. Ieškant gerųjų sveikatos politikos pavyzdžių yra įprasta apžvelgti tas šalis, kurių sveikatos apsaugos sistema ir gyventojų sveikatos rodikliai yra laikomi geraisiais pavyzdžiais ekosistemos lygmeniu. Tačiau šios šalys neretai reikšmingai skiriasi nuo Lietuvos savo resursais, dydžiu, klimatu, kultūra ar kitais reikšmingais ypatumais, kurie gali sumažinti apžvelgiamų iniciatyvų pritaikomumą mūsų kontekste. Kita galima prieiga yra dėmesį skirti į Lietuvą sąlyginai panašioms šalims (resursais, gyventojų skaičiumi ar kultūra), kurių gyventojų sveikatos rodikliai yra geresni arba jose yra įgyvendintos pasiteisinusios iniciatyvos. Tačiau apsiribojimas šiuo kriterijumi neleistų numatyti pokyčių, kurie gali tapti aktualūs ilgalaikėje perspektyvoje turint didesnius resursus. Dėl šios priežasties ir apimties apribojimų, neleidžiančių atlikti nuodugnios analizės, apžvelgiant gerąsias praktikas šiame skyriuje naudojamas kombinuotas metodas: pirma trumpai apžvelgiamos pagrindinės sveikatos politikos reformų tendencijos kitose šalyse pastaraisiais metais; tuomet apžvelgiamos (konkrečios) kitų šalių sveikatos politikos gerosios praktikos, pasirinktos pagal Lietuvos sveikatos sektoriui aktualius iššūkius. Atliekant šią apžvalgą daugiausia dėmesio skiriama ekosistemos lygmeniu pavyzdinėms šalims (pvz., Danijai ir Suomijai), taip pat šalims, kurių gyventojų sveikatos rodikliai yra labai geri nepaisant to, kad sveikatos apsaugai skiriamos vidutinės lėšos (pvz., Italija), taip pat skiriamas dėmesys dydžiu, resursais ar kultūra į Lietuvą panašioms šalims, kurių sveikatos rodikliai yra geresni (pvz. Slovėnija). Nors visos Europos ateityje laukia panašūs su gyventojų sveikata susiję iššūkiai, tačiau kai kurie iš šių iššūkių Lietuvoje yra daug opesni nei kitose Europos valstybėse. Vienas iš tokių iššūkių yra itin sparčiai senstanti Lietuvos visuomenė, kuri, nesiimant atitinkamų priemonių, didins sveikatos sektoriaus apkrovą ir valstybės finansinę naštą. Todėl gerosios praktikos šiame skyriuje apžvelgiamos iš požiūrio taško, susijusio su šia problematika.

Neseniai atliktas tyrimas apžvelgė pagrindines 2018–2019 metais sveikatos sistemų ir politikos monitoringo (angl. *Health Systems and Policy Monitor*) bendruomenės šalių vykdytų sveikatos reformų tendencijas. Ekspertai iš 31 šalies buvo paprašyti įvardinti tris sėkmingiausias pastarųjų metų reformas, įgyvendintas (ar įgyvendinamas) jų šalyje. Dauguma tyrimo kontekste įvardytų reformų buvo priskirtos prie centrinės valdžios įstatyminių reformų (43 iš įvardytų reformų arba 53 %), dvidešimt (23 %) buvo neįstatyminės centrinės valdžios iniciatyvos (pavyzdžiui, direktyvos, dekretai ar gairės), šešios (7 %) priklausė regionų vyriausybės jurisdikcijai; ir penkios (6 %) buvo inicijuotos kitų nei Sveikatos apsaugos ministerija sveikatos priežiūros įstaigų. Turinio prasme, daugiau nei pusė reformų (44; 54 %) pateko į vieną iš šių keturių grupių: draudimo apsaugos ir išteklių (13 šalių; 15 reformų), valdymo (dešimt šalių; 12 reformų), sveikatos paslaugų pirkimo ir mokėjimo (devynios šalys; devynios reformos) ir paslaugų ligoninėje organizavimo (aštuonios šalys; aštuonios reformos). Kitos ryškios reformų kryptys buvo visuomenės sveikata, pirminės ir ambulatorinės sveikatos priežiūros organizavimas ir skaitmeninė sveikata ir skaidrumas. Pažymėtina, kad reformos, kurios buvo inicijuotos kitų nei Sveikatos apsaugos ministerija sveikatos priežiūros įstaigų, turėjo ženkliai didesnį įgyvendinimo rodiklį (80 %, t. y. 4/5) nei reformos, inicijuotos centrinės valdžios (40 %, t. y. 17/43). Reformų turinys taip pat sąveikavo su šių reformų įgyvendinimo tikimybe: su valdymu susijusios reformos turėjo mažiausią įgyvendinimo tikimybę (3/12; 25 %), o didžiausią įgyvendinimo tikimybę turėjo reformos, susijusios su visuomenės sveikata (5/7; 71 %). Iš tų reformų, kurios buvo įgyvendintos, 63 % turėjo įstatyminį pagrindą (t. y. buvo teisinio reguliavimo iniciatyvos). Sveikatos priežiūros pertvarkose daugiausia dėmesio buvo skirta tarpdisciplininių profesionalų komandų ir centrų, kuriuose tokia daugiasektorė pagalba yra prieinama, plėtrai, siekiant pagerinti sveikatos, o kartais ir socialinių priežiūros paslaugų integraciją. Tokios iniciatyvos daugiausia įgyvendintos šalyse, kurių sveikatos sistemos laikomos pavyzdinėmis (pvz.,

Austrijoje, Suomijoje, Norvegijoje ir Didžiojoje Britanijoje). Dar viena tendencija pirminės sveikatos priežiūros grandies reformose pastaraisiais metais buvo papildomos paskatos gydytojams, dirbantiems su ilgalaikės priežiūros reikalaujančiais pacientais (Polin et al., 2021).

4.1. Prevencija ir sveikatos stiprinimas

Padedant žmonėms kuo ilgiau išlikti sveikiems jie yra įgalinami ilgiau išlikti aktyvūs darbo rinkoje ir taip prisidėti prie šalies ekonomikos. Net 40 % Lietuvos sveikatos sektoriui tenkančios naštos gali būti siejama su Lietuvos gyventojų nesveikos gyvensenos įpročiais (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016), o vidutinė sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje yra viena trumpiausių tarp EBPO šalių (OECD & European Union, 2020). Tačiau Lietuva ligų prevencijai vis dar išleidžia santykinai mažą dalį sveikatos sektoriui skiriamų lėšų (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021b). Pavyzdines sveikatos apsaugos sistemas turinčios šalys prevencijai skiria daugiau lėšų nei Europos šalių vidurkis: pavyzdžiui 2019 m. 4 % visų Suomijos sveikatos priežiūros išlaidų buvo skirta prevencijai, o tai viršija ES vidurkį –3 % (Keskimäki et al., 2019; OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Didžiausią dalį prevencijai iš visų sveikatos apsaugai skirtų nacionalinių lėšų Europoje skiria Italija (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019), kurios gyventojų sveikatos rodikliai yra geri nepaisant santykinai nedidelių bendrų šalies išlaidų sveikatos apsaugai (World Health Organization, 2022). Italijos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra viena iš ilgiausių Europoje (World Bank, 2020), o išvengiamas mirtingumas Italijoje yra vienas iš žemiausių Europoje (Italija yra antroje vietoje po Kipro) (OECD & the European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Dėl vykdomų prevencinių programų nuo 2011 iki 2016 metų išvengiamas mirtingumas Italijoje nukrito 10 %. Prie šio progreso stipriai prisidėjo tokios visuomenės sveikatos reformos, kaip 2005 m. paskelbtas nacionalinis rūkymo draudimas viešosiose vietose bei tabako gaminių kainų padidinimas. Svarbu pastebėti, kad žymus suvartojamo alkoholio kiekio sumažėjimas Italijoje daugiausia yra augančios urbanizacijos, padidinusios gyventojų užimtumą, socializaciją ir įsitraukimą į prasmingas veiklas, pasekmė (Allamani, Voller, Pepe, Baccini, Massini & Cipriani, 2014). Tai indikuoja, kad šalies gyventojų sveikatą veikia daug veiksnių, kurie ne visuomet priklauso nuo Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimų, todėl formuojant sveikatos politiką svarbus tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir holistinis požiūris.

Pasiteisino ilgalaikė Italijos nacionalinė programa „Sveikatos įgijimas: palengvinti sveikus pasirinkimus“, kuri buvo patvirtinta 2007 m. ir iki šiol yra įgyvendinama bendradarbiaujant su regionais ir autonominėmis provincijomis. Pagrindinis jos tikslas – koordinuotai mažinti keturis pagrindinius rizikos veiksnius visų amžiaus grupių gyventojų sveikatai: prastą mitybą, mažą fizinį aktyvumą, rūkymą ir alkoholio vartojimą. Šios problemos sprendžiamos ne tik iš sveikatos sektoriaus perspektyvos, bet ir iš platesnės socialinės bei aplinkosaugos perspektyvos, pasitelkiant tarpsektorinius veiksmus, pagrįstus „Sveikata visose politikose“ principais. Sveikatos stiprinimo programos labai aktyviai vykdomos mokyklose, ypatingas dėmesys skiriamas visuomenės sveikos mitybos raštingumui didinti (OECD & the European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Remdamiesi šia ilgalaikė programa, 2019 m. vasario mėn. sveikatos ir švietimo ministrai priėmė naują politikos gairių rinkinį, skirtą geresnei mitybai, fiziniam aktyvumui ir kitai sveikatinimo veiklai mokyklose skatinti (*Stato-Regioni*, 2019).

Preveninės (sveiką gyvenseną skatinančios) programos pastaraisiais metais buvo sveikatos politikos prioritetas ir daugelyje kitų šalių. Sveikatos sistemų ir politikos monitoringo (angl. *Health Systems and Policy Monitor*) bendruomenės šalių ekspertai akcentavo nesveikų produktų reguliavimo reformas kaip vienas sėkmingiausių pastaraisiais metais įgyvendintų reformų Suomijoje, Airijoje ir Austrijoje (Polin et al., 2021). Danijoje 2021 metų balandį įvesti griežtesni tabako reklamos apribojimai: uždrausti matomi tabako gaminiai parduotuvėse; 2020 m. ir pakartotinai 2022 m. buvo pakelta cigarečių pakelio kaina (OECD & the European Observatory on Health Systems and Policies, 2021c).

Slovėnijos prevencinės iniciatyvos yra minimos kaip gerosios praktikos dėl tarpsektorinės prieigos: pavyzdžiui Nacionalinė mitybos ir fizinio aktyvumo programa sveikatai 2015–2025 m., buvo parengta bendradarbiaujant

Sveikatos, Žemės ūkio, Miškininkystės ir Maisto bei Švietimo ministerijoms; rengiant Nacionalinę vaikų ir jaunimo aplinkos sveikatos strategiją 2012–2020 m. taip pat dalyvavo kelios ministerijos (Albreht et al., 2021).

4.2. Pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas

Svarbus efektyvių sveikatos apsaugos sistemų bruožas yra stipri pirminės sveikatos priežiūros grandis. Tyrimai rodo, kad, esant pirminės sveikatos priežiūros prekių ir paslaugų didesnei pasiūlai ir prieinamumui, už tas pačias sąnaudas yra gaunama daugiau naudos, nes pailgėja gyvenimo trukmė ir kartu mažėja sveikatos išlaidų (Lorenzoni, Murtin, Springare, Auraen, & Daniel, 2018). Pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas ir plėtojimas yra ir vienas iš svarbiausių EBPO rekomenduojamo gerovės ekonomikos modelio (angl. *Economy of Wellness*) elementų. Pagrindinis gerovės ekonomikos modelio siekis yra įveikinti tarpsektorinį bendradarbiavimą ir taip sudaryti sąlygas gyventojų gerovei – t. y. įgalinti gyventojus kurti savo gerovę. Tai horizontalusis požiūris, kuris didina mūsų supratimą apie tai, kaip investicijos į gerovę kelia produktyvumą, mažina viešąsias išlaidas ir ilgalaikėje perspektyvoje skatina ekonomikos augimą (Llena-Nozal, Martin, & Murtin, 2019).

Pagrindinė gerovės ekonomikos atstovė tarp EBPO šalių yra Suomija, kur nuo 2023 m. įsigaliosiančios reformos šerdis yra būtent gerovės ekonomikos koncepcija. Nuo 2023 m. maždaug pusė valstybės biudžeto bus skirta gerovės paslaugų apygardoms, kurios bus nauji administraciniai vienetai, atsakingi už sujungtų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų organizavimą. Vienas pagrindinių šios reformos tikslų yra sumažinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų susiskaldymą, sujungiant visas visuomenės sveikatos, socialines ir gelbėjimo tarnybas regionų administraciniu lygmeniu (Keskimäki et al., 2022).

Pirminės sveikatos priežiūros reformas Sveikatos sistemų ir politikos monitoringo šalių ekspertai minėjo kaip vienas iš reikšmingiausių ir sėkmingiausių reformų, vykdytų jų šalyse. Austrija, Norvegija ir Lenkija parėmė didesnių bendrosios praktikos gydytojų klinikų steigimą ar pirminės sveikatos priežiūros centrų teikiamų paslaugų spektro plėtrą, įtraukiant daugiau paslaugų, teikiamų kelių profesionalų komandos. Nyderlanduose vykdytos reformos tikslas buvo perkelti sveikatos priežiūrą į žemesnius sistemos lygius, arčiau pacientų namų, o tai leido perskirstyti kai kurias užduotis sveikatos priežiūros komandos darbuotojams, turintiems mažesnę kvalifikaciją, ir taip efektyviau išnaudoti labiausiai kvalifikuotų specialistų laiką (Polin et al., 2021). Pažymėtina, kad vienas iš pagrindinių racionalių pirminės sveikatos priežiūros pertvarkos tikslų dažniausiai yra siekis užtikrinti geresnę ilgalaikę priežiūrą lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, kurių didelę dalį sudaro vyresnio amžiaus asmenys. Tai iliustruoja sveikatos reformų sudėtingumą, t. y. pokyčiai vienoje srityje dažnai reikalauja įvairiapusių korekcijų kitose srityse, kad būtų galima pasiekti reformos tikslus.

Stipria pirminės sveikatos priežiūros grandimi pasižymi Italija, kur hospitalizacijos dėl lėtinių ligų, tokių kaip astma, lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL) ir diabetas, rodikliai yra vieni mažiausių Europos Sąjungoje. Šie geri rodikliai atspindi efektyvią pirminės sveikatos priežiūrą, kurioje vis labiau vyrauja daugiadisciplinės sveikatos priežiūros specialistų komandos, teikiančios paslaugas tiek ūminėmis, tiek lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, tiek prevencines paslaugas (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Šiuo metu keletas regionų bando naujus paslaugų teikimo modelius, pagal kuriuos steigiami bendruomenės centrai – tarpinis variantas tarp pirminės sveikatos priežiūros įstaigų ir ligoninių. Šiuose centruose dirba daugiadisciplinės specialistų komandos ir yra plėtojama atvejo vadyba, kuri yra derinama su socialine priežiūra, tačiau šių bandomųjų projektų vertinimo dar laukiama. Šia nacionalinė iniciatyva visų pirma yra siekiama gerinti lėtinėmis ligomis sergančiųjų priežiūros koordinavimą, kuris tampa vis labiau aktualus Italijai dėl sparčiai senstančios visuomenės.

Taigi, bendra sėkmingų pirminės sveikatos priežiūros reformų tendencija yra daugiadisciplinių specialistų komandų kūrimas ir sveikatos ir socialinių paslaugų integracija bei šių paslaugų teikimas vis arčiau žmonių namų – bendruomenėse (Polin et al., 2021). Ši tendencija atitinka tarptautines rekomendacijas ir integruotos ir daugiadisciplinės priežiūros (angl. *integrated care*) naudos įrodymus: pacientų pasitenkinimą, gerėjantį jų sveikatos priežiūros kokybės vertinimą ir didėjantį paslaugų efektyvumą ir prieinamumą (Baxter, Johnson,

Chambers, Sutton, Goyder & Booth, 2018). Nyderlanduose pastaraisiais metais įdiegta papildoma mokėjimo už integruotą priežiūrą, kuriai vadovauja bendrosios praktikos gydytojai, galimybė (Polin et al., 2021).

4.3. Bendruomenių vaidmuo

Ypač didelis vaidmuo bendruomenėms pirminėje sveikatos priežiūros grandyje tenka Slovėnijoje. Bendruomenėje teikiama į asmenį orientuota pirminė sveikatos priežiūra. Ją Slovėnijoje daugiausia teikia bendruomeninių pirminės sveikatos priežiūros centrų tinklas. Prevencinės, diagnostinės, gydymosi, reabilitacinės, paliatyviosios ir sveikatos stiprinimo paslaugos teikiamos plataus sveikatos priežiūros specialistų spektro netoli pacientų namų ir po vienu stogu (Albrecht et al., 2021).

Bendruomenės taip pat yra svarbiausias socialinio recepto (angl. *Social prescribing*) metodo resursas. Socialinis receptas yra būdas susieti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas gaunančius pacientus su paramos šaltiniais bendruomenėje, siekiant pagerinti jų sveikatą ir gerovę. Vietinėse bendruomenėse galima gauti didelį spektrą paslaugų, pavyzdžiui: konsultacijas įvairiais klausimais (pvz., įsiskolinimo), užsiimti meno veiklomis, dalyvauti įvairiuose grupiniuose užsiėmimuose, užsiimti sodininkyste, mokytis įvairių įgūdžių (pvz., maisto ruošybos), lavinti socialines-emocines kompetencijas, gauti sveikos gyvensenos patarimų, užsiimti sportu ar tiesiog užmegzti naujas pažintis.

Socialinio recepto modelis yra pagrįstas įrodymais, kad siekiant pagerinti sveikatos rezultatus labai svarbu spręsti tokias sveikatą lemiančias problemas, kaip socialinė atskirtis (Braveman & Gottlieb, 2014). Socialinis receptas leidžia teikti visapusiškesnę, į asmenį orientuotą priežiūrą, tai taip pat suteikia pacientams galimybę rūpintis savo sveikata ir gerove naudojantis bendruomene kaip resursu ir taip ilgalaikėje perspektyvoje sumažina našta sveikatos sistemoms.

6 paveikslėlis. Socialinis receptas.



Šaltinis: Husk et al. (2020)

Socialinio recepto modelyje sveikatos priežiūros darbuotojas, dirbantis pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, įvertina, ar bendruomenėje teikiamos paslaugos yra tinkamos šiam klientui. Jei sveikatos priežiūros darbuotojas įvertina, kad socialinis receptas yra tinkama priemonė konkrečiam klientui, šis klientas yra nukreipiamas pas sveikatos priežiūros paslaugų ir bendruomenės paslaugų teikėjų tarpininką. Šis darbuotojas drauge su pacientu sudaro klientui individualų gerovės planą ir nukreipia klientą pas tinkamus bendruomenės paslaugų teikėjus bei konsultuoja dėl elgesio pokyčių. Bendruomenėje teikiamos paslaugos apima tiek individualius, tiek grupinius užsiėmimus, apie kurių poveikį klientui yra informuojamas sveikatos priežiūros grandyje dirbantis specialistas (World Health Organization, 2022).

Socialinio recepto modelis jau yra plačiai naudojamas keliose šalyse, įskaitant Australiją, Kanadą, Airiją, Japoniją, Naująją Zelandiją, Portugaliją, Singapūrą ir Jungtinę Didžiosios Britanijos ir Šiaurės Airijos Karalystę, o ankstyvieji bandomieji projektai pradami įgyvendinti ir Kinijoje. Didžioji Britanija, kur socialinis receptas gan išplėtotas, šį metodą naudoja ir kaip vieną iš priemonių spręsti žmoniškųjų išteklių trūkumą sveikatos priežiūros sistemoje (Anderson et al., 2022). Tyrimai rodo, kad socialinio recepto metodas gali sumažinti siuntimų (apsilankymų) pas bendrosios praktikos gydytojus net 70 % (Longwill, 2014), o kitas tyrimas parodė, kad nukreipimai pas antrinės sveikatos priežiūros specialistus (po aštuoniolikos mėnesių socialinio recepto taikymo) sumažėjo 64 % (Brandling et al., 2011). Didžiosios Britanijos klinikose įgyvendinamo socialinio recepto sąnaudos ir naudos analizės parodė, kad šis metodas gali atnešti net 0,43 investicijų grąžą sveikatos priežiūros įstaigoms, o socialinė investicijų grąža (skaičiuojama nauda gaunama visų suinteresuotų šalių, ne tik sveikatos apsaugos sistemos) buvo 2,3 svaro, atgaunami už kiekvieną svarą, investuotą pirmaisiais iniciatyvos metais (Kimberlee, 2016). Socialinio recepto metodas ypač dažnai yra naudojamas su vyresnio amžiaus žmonėmis, nes socialinė izoliacija ir viatvės jausmas yra svarbus veiksnys, neigiamai veikiantis tiek fizinę, tiek emocinę pagyvenusių žmonių sveikatą (Ong, Uchino & Wethington, 2016) ir didinantis mirtingumą (Steptoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013). Socialinio recepto metodas taip pat dažnai yra naudojamas su gyventojų psichikos sveikata susijusioms problemoms spręsti. Neseniai atlikto apžvalginio tyrimo duomenimis, 16 iš 17 apžvelgtų tyrimų parodė statistiškai reikšmingą psichinės sveikatos, bendros sveikatos ir gyvenimo kokybės pagerėjimą po socialinio recepto intervencijų (Cooper et al., 2022). Nors negalima visiškai eliminuoti galimybių, kad dalis tyrimų yra šiek tiek šališki, ir būtina identifikuoti būdus efektyviausiam šio metodo įgyvendinimui atsižvelgiant į kiekvienos šalies ypatumus, socialinio recepto potencialu nėra abejojama, ir PSO šiais metais parengė praktinį gidą, su gairėmis / patarimais, kaip sėkmingai taikyti socialinį receptą (World Health Organization, 2022).

4.4. Psichinė sveikata

Opi problema Lietuvoje yra prasta gyventojų emocinė sveikata, daranti didžiulę įtaką ir fizinei gyventojų sveikatai bei bendram šalies gyventojų produktyvumui, todėl efektyvios gyventojų psichinės sveikatos stiprinimo iniciatyvos yra labai reikalingos. Vis daugiau dėmesio psichinei sveikatai skiriama daugelyje šalių: Suomija ir Malta 2018–2019 m. pristatė oficialias psichikos sveikatos strategijas, kurios yra laikomos vienomis reikšmingiausių šiose šalyse vykdytų reformų pastaraisiais metais (Polin et al., 2021). Gerąją praktiką yra laikomas Norvegijos modelis, kur tokie dokumentai kaip 2016 m. patvirtintas Nacionalinis sveikatos ir ligoninių planas išskyrė psichikos sveikatą ir piktnaudžiavimą narkotinėmis medžiagomis kaip tarpsektorinius prioritetus (Sperre Saunes, Karanikolas, Sagan & World Health Organization, 2020).

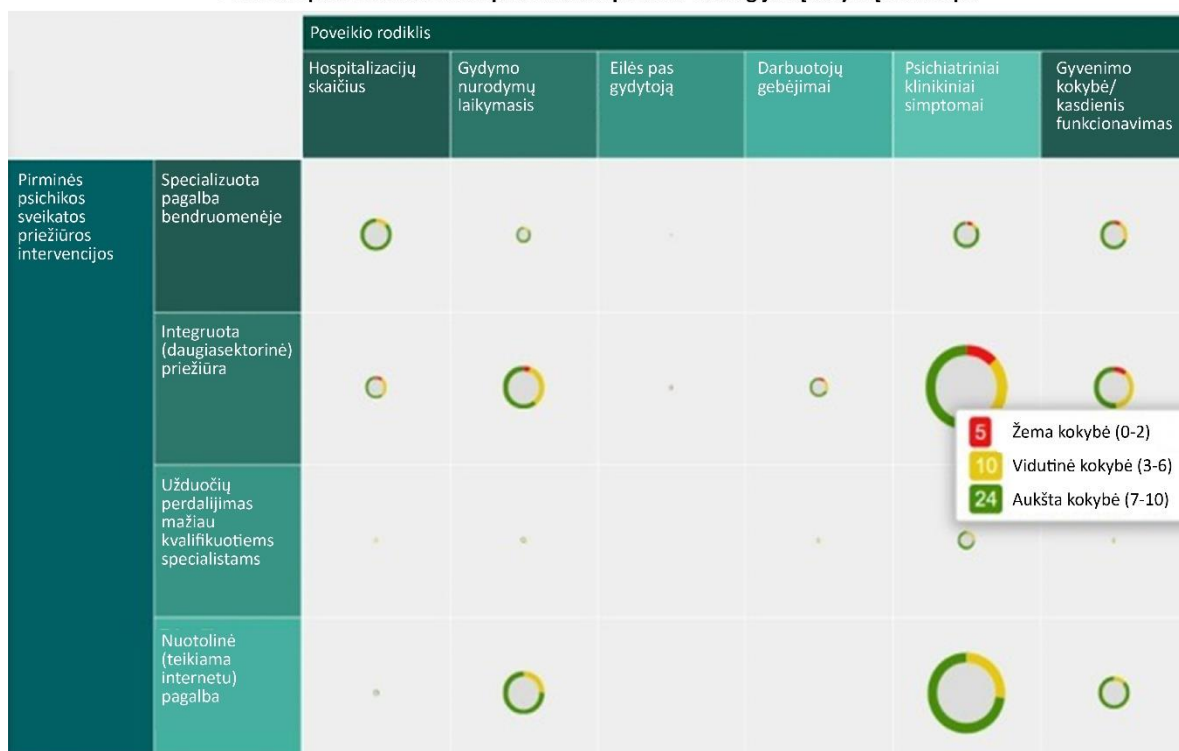
Psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sveikatos problemų prevencija yra prioritetas daugelyje šalių. Prevencija visų pirma prasideda nuo socialinių ir emocinių kompetencijų ugdymo mokyklose. Gerųjų visuomenės sveikatos praktikų portale kaip viena iš pasiteisinusių iniciatyvų yra minima Slovėnijos visuomenės sveikatos instituto nuo 2001 m. mokyklose įgyvendinama programa „Tai aš“ (angl. *This is Me*), kurios tikslas yra stiprinti paauglių emocinę sveikatą, bei ugdyti sveiką savivertę, socialines ir bendravimo kompetencijas bei kitus svarbius gyvenimo įgūdžius. Programoje naudojami du skirtingi metodai: visų pirma programos centre yra internetinė konsultavimo paslauga, kurioje Slovėnijos paaugliai gali gauti profesionalią psichologinę pagalbą; antra, dėmesys

skiriamas mokyklos aplinkai, organizuojant mokymus mokytojams ir prevencinius seminarus, pagrįstus koncepcija „10 žingsnių į sveikesnę savivertę“. Praktikos įvertinimas parodė, kad ši iniciatyva gerina klasės atmosferą ir tarpasmeninius moksleivių santykius (European Commission, 2017). Taip pat ši praktika leidžia išnaudoti technologijų potencialą diegiant telemedicinos sprendimus ir taip didinant paslaugų prieinamumą regionuose.

Ne mažiau aktualu yra ir stiprinti psichinės sveikatos priežiūrą. Prieš kelerius metus pasirodęs apžvalginis tyrimas įvertino efektyviausius metodus, taikytus siekiant sustiprinti pirminės sveikatos priežiūros grandyje teikiamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Apžvelgus 306 mokslinius straipsnius, buvo sudarytas įrodymų žemėlapis, pateikiamas žemiau. Kaip matyti iš žemėlapio, daugiausia naudos pacientų psichinei sveikatai atnešė integruotos (daugiasektorinės) priežiūros intervencijos, t. y. integruotos sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos (Mapanga et al., 2019).

7 paveikslėlis.

Pirminės psichikos sveikatos priežiūros stiprinimo strategijos: įrodymų žemėlapis



Šaltinis: Mapanga et al. (2019)

Danijos daugiadisciplinis psichikos sveikatos priežiūros modelis, kuriame didelis vaidmuo tenka bendruomenei, yra puikus integruotos pagalbos psichinės sveikatos priežiūroje pavyzdys. 1976 m., atsižvelgiant į 1970 m. politinę ir administracinę struktūrinę reformą, atsakomybė už psichiatrijos ligonines Danijoje iš valstybės buvo perduota apskritims. Įvykdžius reformą labai sumažėjo ligoninių lovų skaičius, kartu padidėjo vietinio ir bendruomeninio psichiatrinio ambulatorinio gydymo poreikis. Šie organizaciniai pokyčiai įgalino daugelį psichikos sveikatos sutrikimus turinčių asmenų gyventi savo namuose, o tai paskatino kurti naujų formų organizacijas – 2000 m. buvo įsteigtos tarpdisciplininės komandos ligoniams gydyti jų namuose (Olejaz et al., 2012). Svarbu pastebėti, kad nors Danijos psichikos sveikatos priežiūros sistema yra laikoma pavyzdine, nes stiprina daugiadisciplinę ambulatorinės pagalbos grandį ir efektyviai išnaudoja bendruomenių resursus taip didindama psichikos sveikatos

priežiūros prieinamumą, ši reforma pirmais metais susilaukė ir kritikos dėl per staigaus stacionarinės pagalbos prieinamumo sumažėjimo tuo pat metu neužtikrinant pakankamos ambulatorinės priežiūros. Taigi, pereinant prie bendruomeninėse organizuojamos ambulatorinės priežiūros, svarbu, kad šis pokytis būtų vykdomas laipsniškai ir nuolat būtų atliekami paslaugų poreikio ir jų pasiūlos atitikmens vertinimai.

4.5. Ilgalaikė priežiūra

Danijos modelis taip pat yra laikomas pavyzdiniu kalbant apie ilgalaikę senyvo amžiaus žmonių priežiūrą.

Siekdamos sumažinti finansines vyresnio amžiaus žmonių priežiūros išlaidas, sveikatos ir socialinės institucijos Danijoje prioritetą teikia vyresnio amžiaus žmonių įgalinimui pasirūpinti savimi: veiksminga profilaktika ir sveikatos stiprinimo veiklos leidžia gyventojams vis ilgiau išlikti sveikiems ir likti gyventi savo namuose. Savivaldybės sukūrė ir platų priežiūros namuose ir kitų paslaugų spektrą, tokių kaip pagalba apsiperkant, tvarkantis namus ir rūpinantis asmenine higiena. Galimos dvi priežiūros namuose formos: ilgalaikė ir laikina. Ilgalaikė priežiūra teikiama nemokamai, o už laikinus apsilankymus namuose gali būti mokama individualiai, atsižvelgiant į paslaugos gavėjo pajamas (Jarden & Jarden, 2002). Visi neįgalūs ar sergantys asmenys savo namuose gali turėti skubiosios pagalbos arba saugos telefono sistemą, kuri suteiktų jiems tiesioginį 24 valandų ryšį su visuomenės sveikatos slaugytoja. Kai vyresnio amžiaus žmonėms dėl sveikatos būklės reikia pakeisti gyvenamąją vietą, jie turi daugybę galimybių: senjorų rezidencijas, uždarus bendruomenių ir slaugos namus, siūlančius vieno ar dviejų kambarių butus, lifto paslaugas, avarines ir kontaktines sistemas bei socialinę veiklą. Tiems, kurie nenori visam laikui išsikraustyti iš savo būsto, bet kuriems vis tiek reikia papildomos priežiūros, siūlomas dienos centras. Suorganizuojamas pervežimas į dienos centrą ir iš jo. Taip pat yra galimybė trumpiau naudotis slaugos namais kaip atokvėpio galimybe šeimai (Jarden & Jarden, 2002). Pažymėtina, kad integruotų ilgalaikės vyresnio amžiaus žmonių priežiūros paslaugų plėtra yra viena iš EBPO rekomendacijų Lietuvai (OECD, 2021).

Slovėnijoje kol kas nėra vieno teisės akto, kuris reguliuotų visus su ilgalaikė priežiūra susijusius aspektus, todėl vyresnio amžiaus žmonių priežiūra yra gan fragmentuota ir netolygi. 2017 metais inicijuotas ilgalaikės priežiūros įstatymo parengimas, tačiau šiuo metu jis yra derinamas ministerijose (Albrecht, 2021).

4.6 (Bio)farmacijos ir (bio)technologijų įveiklinimas

Žinant, kad ateityje sveikatos sektoriui dėl sparčiai senstančios visuomenės gresia nemaža apkrova ir finansinė valstybės našta sveikatos priežiūrai augs, svarbu įveiklinti sveikatos industrijos galimybes prisidėti prie bendros šalies ekonomikos. Tai padaryti leistų valstybės investicijos į mokslinius tyrimus, biotechnologijas ir (bio)farmaciją. Didžiausią procentinę dalį savo mokslinių tyrimų ir eksperimentinės plėtros (toliau – MTEP) biudžeto sveikatos sektoriui skyrė Didžioji Britanija (21.5 %) ir Norvegija (15.6 %) (OECD (2020). Pandemijos metu Italija, bendradarbiaudama su Prancūzija, Vokietija ir Nyderlandais, aktyviai prisidėjo prie MTEP pastangų kuriant COVID-19 vakciną (World Health Organization, 2022). Tokios bendradarbiavimo galimybės bus itin svarbios ateities pandemijų akivaizdoje siekiant didinti Lietuvos autonomiškumą, o ypač nepriklausomybę nuo galimų šalių agresorių. Italija taip pat yra viena didžiausių vaistų gamintojų Europoje: farmacijos produktai yra tarp didžiausių jos eksporto kategorijų ir yra 3,9 mlrd. EUR prekybos pertekliaus šaltinis (EFPIA, 2021). Suomija taip pat yra viena iš kelių šalių, turinčių prekybos perteklių medicinos technologijose, ir šis perteklius paskutinius 20 metų nuosekliai augo. Suomija yra patraukli kurtis farmacijos ir sveikatos technologijų įmonėms (ETLA & PIF, 2020).

Svarbu pabrėžti, kad vien valstybės biudžeto lėšų nepakanka norint užtikrinti biotechnologijų ir (bio)farmacijos pramonės plėtrą. EBPO duomenimis, biofarmacijos sektoriuje atsirandančių startuolių ir naujų įmonių skaičius

yra glaudžiai susijęs su mokslinių tyrimų ir plėtros (MTEP) procentine dalimi, skiriama biotechnologijoms bendrose šalies verslo išlaidose MTEP (OECD, 2020). Tyrimai taip pat pabrėžia, kokia svarbi biotechnologijų finansavimo bazės dalis yra rizikos kapitalas, todėl šalims svarbu didinti savo patrauklumą rizikos kapitalistams (March-Chordà & Yagüe-Perales, 2021). 35 % visų naujų biotechnologijų startuolių, įkurtų nuo 2012 m., yra iš Didžiosios Britanijos, taip pat šioje rinkoje stiprios yra Prancūzija, Šveicarija ir Olandija (Le Deu & da Silva, 2019).

4.7. Tolygus sveikatos priežiūros darbuotojų pasiskirstymas šalyje

Nors tradiciškai Lietuvoje paslaugų prieinamumo didinimas buvo suprantamas kaip poreikis plėsti infrastruktūrą, tyrimai rodo, kad nepakankamas paslaugų prieinamumas Lietuvoje daugiausia yra sąlygotas netolygaus specialistų pasiskirstymo šalyje (ESTEP Vilnius & PwC, 2019). Maža specialistų motyvacija dirbti regionuose nėra unikali Lietuvai ir kitose šalyse ši problema yra sprendžiama įvairiai, tačiau viena dažniausiai naudojamų priemonių yra finansinės paskatos: pavyzdžiui, tokios finansinės paskatos, kuriomis siekiama motyvuoti bendrosios praktikos gydytojus dirbti kaimo vietovėse neseniai įstatymu buvo patvirtintos Vokietijoje (Polin et al., 2021).

Norint identifikuoti konkrečios šalies kontekstui efektyvias priemones sveikatos priežiūros darbuotojų tolygiam pasiskirstymui šalyje didinti, visų pirma svarbu atlikti tyrimus, kurie atskleistų, kokios priežastys sąlygoja mažą specialistų motyvaciją darbui regionuose, nes, kaip rodo tyrimai, šios priežastys gali kiek skirtis priklausomai nuo šalies (Makapela & Useh, 2013; Witter et al., 2021). Tačiau dažnai įvardijamos priežastys yra nepakankami atlyginimai, nepakankamos galimybės kvalifikacijos tobulinimui, didelis darbo krūvis dėl specialistų stokos bei atstumas nuo namų ar prastos darbo ar apgyvendinimo sąlygos. Kaip vienas iš faktorių lemiančių tai, kad absolventai / darbuotojai nesirenka dirbti regionuose, yra gyvenimo ir darbo regionuose trūkumas asmenybę formuojančiais studijų metais (World Health Organisation, 2010). Taip pat yra svarbu atlikti tyrimus apie pačių sveikatos priežiūros darbuotojų pageidaujamas paskatas rinktis darbo vietas regionuose ir juose likti. Pavyzdžiui, Australijoje atliktas tyrimas parodė, kad Australijos darbuotojus likti dirbti regionuose motyvuotų didesnės finansinės paskatos ir apmokymai (Li, Scott, McGrail, Humphreys & Witt, 2014). Tokių publikuotų ir recenzuotų tyrimų apie Lietuvos sveikatos priežiūros darbuotojų motyvaciją ir paskatas šiai motyvacijai didinti lig šiol Lietuvoje nėra atlikta. Šie klausimai tyrinėti magistriniame darbe, kuris parodė, kad dažniausiai Lietuvoje naudojamos paskatos šeimos gydytojams rezidentams rinktis darbą rajonuose yra didesnis užmokestis, socialinės garantijos bei rezidentūros studijų apmokėjimas ir patrauklūs šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimosi kursai. Tyrimo dalyviai manė, kad šios paskatos yra efektyvios, tačiau pasigedo mažiau materialių paskatų, tokių kaip rezidentūros ciklų rajonuose plėtros, informavimo apie laisvas darbo vietas bei gerųjų jaunųjų kolegų pavyzdžių (Alvyda Mickevičiūtė, 2017)⁷.

Nepaisant poreikio analizuoti netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo priežastis kiekvienoje šalyje, bendras, daugeliui šalių tinkančias gaires šiai problematikai spręsti parengė PSO (World Health Organisation, 2010). Šiose gairėse nurodoma, kad norint paskatinti sveikatos priežiūros darbuotojus rinktis darbą regionuose, svarbu tinkamų priemonių imtis aukštojo ugdymo sistemoje. Kaip viena iš pagrindinių priemonių tam yra nurodoma taikyti tikslinę priėmimo į sveikatos krypties studijas politiką, kuri užtikrintų, kad būtų įtraukti studentai iš regionų ir kaimo vietovių, nes turintieji gyvenimo patirtį regionuose studentai yra labiau linkę vėliau rinktis darbą už didmiesčio ribų. Taip pat akcentuojama praktikos studijų metu atliekamos regionuose svarba ir temų, aktualių darbui regionuose, įtraukimo į studijų programas svarba. Siūlomos ir tokios priemonės, kaip stipendijos, kurios įpareigoja studentus po studijų kurį laiką dirbti mažame miestelyje. Kaip būdai skatinti jau baigusiuosius studijas dirbti regionuose yra minimos finansinės paskatos (didesnis atlygis už darbą) ar kitos materialinės paskatos (ilgesnės apmokestinamos atostogos, nemokamas transportas, subsidijos būstui), bei saugios ir profesiskai patrauklios darbovietės. Tačiau, pažymėtina, kad, kaip minima ir pačiame PSO leidinyje,

⁷ Nors publikuotų šių informaciją patvirtinančių tyrimų apie tai nėra, šio tyrimo įžvalgos buvo patvirtintos ekspertiniu vertinimu.

įrodymai šių priemonių efektyvumui yra labai riboti. Tai patvirtino ir 2015 metais atlikta meta-analizė, kurios vertinimu, tik vienas iš 125 tyrimų, siekiančių identifikuoti veiksmingas paskatas sveikatos priežiūros darbuotojų darbui regionuose, buvo pakankamai aukštų standartų ir naudojo patikimą metodologiją, leidžiančią daryti tvirtas išvadas, tačiau šiame tyrime aptartos intervencijos efektyvumas taip pat buvo menkas (Grobler, Marais & Mabunda, 2015).

Tai leidžia teigti, kad yra nedaug patikimų įrodymų apie intervencijų, kuriomis siekiama spręsti netolygaus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo problemą, poveikį. Norint įvertinti švietimo, finansinių ir reguliacinių ar kitų intervencijų veiksmingumą skatinant sveikatos priežiūros darbuotojus rinktis ir išlaikyti darbo vietą regionuose, yra svarbu atlikti patikimus intervencijų poveikio vertinimo tyrimus. Vyriausybės ir sveikatos priežiūros specialistų ugdančios įstaigos turėtų užtikrinti tai, kad tokie tyrimai būtų atliekami. Ne mažiau svarbu atlikti išankstinius vietinius (šalies) tyrimus apie tai, kokios priežastys mažina specialistų motyvą darbui regionuose ir kokios paskatos galėtų ją pakankamai sukurstyti dar prieš konkrečių priemonių taikymą. Tačiau įrodymų stoka taip pat kelia klausimą apie tai, ar su netolygiu sveikatos priežiūros darbuotojų pasiskirstymu susijusią problematiką galima spręsti izoliuojant šią problemą nuo platesnio klausimo apie tai, kaip pagerinti bendrą gyvenimo kokybę regionuose.

Apibendrinant, kitose šalyse vykdomų sveikatos sektoriaus pokyčių apžvalga parodė, kad sparčiai senstančios visuomenės akivaizdoje visų pirma svarbu, kad prioritetas būtų teikiamas prevencijai ir sveikatos stiprinimui, o ne lėtinių daugybinių ligų, išsivystančių dėl šių priemonių stokos, gydymui. Taip pat išryškėjo, kad visose sveikatos apsaugos sistemos grandyse reikalingas efektyvus tarpinstitucinis ir tarpsektorinis bendradarbiavimas: tiek formuojant sveikatos politiką, tiek ją įgyvendinant. Taip pat, siekiant mažinti vis augančią apkrovą sveikatos priežiūros sektoriui, svarbu įgalinti bendruomenes ir tikslingai išnaudoti jų resursus, identifikuoti ir taikyti efektyvias priemones skirtas spręsti netolygaus specialistų pasiskirstymo šalyje problemą, reformuoti ilgalaikės priežiūros paslaugas, ir įveikinti (bio)farmacijos ir (bio)technologijų sektorius, taip didinant Lietuvos autonomiją galimų ateities iššūkių akivaizdoje bei prisidedant prie šalies ekonomikos ir taip įgalinant reikalingų pokyčių įgyvendinimą.

5. Sveikatos apsaugos ekosistemos aprašymas

Kas yra pagrindinė šios ekosistemos suinteresuotosios šalys? Sveikatos priežiūros ekosistema apima įvairius dalyvius, turinčius platų interesų spektrą, prieštarigus poreikius, prioritetus ir įtaką. Sveikatos priežiūros ekosistemos suinteresuotosios šalys: **politikos formuotojai ir reguliuojančiosios institucijos:** Lietuvos Respublikos Seimas, Prezidentas, Vyriausybė, Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) ir jai pavaldžios institucijos, nustatančios reguliavimo gaires (Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Nacionalinis visuomenės sveikatos centras prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos), savivaldybės (Tarybos, merai, savivaldybių administracijos); **paslaugų teikėjai:** gydytojai, slaugytojai, vaistininkai, visuomenės sveikatos specialistai ir kiti asmenys, teikiantys paslaugas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose bei jiems atstovaujančios NVO (Lietuvos gydytojų sąjunga); **mokėtojai:** Valstybinė ligonių kasa prie SAM, kuri administruoja privalomojo sveikatos draudimo lėšas, privataus sveikatos draudimo institucijos ir kitos valstybinės įstaigos (tačiau pacientai Lietuvoje tam tikrą dalį sveikatos priežiūros išlaidų dengia patys - šis rodiklis siekia 32 proc. ir net du kartus viršija ES vidurkį); **tiekėjai:** mokslo institucijos, universitetai, farmacijos ir medicinos technologijų įmonės, kuriančios naujus produktus ir gydymo būdus, vaistinės ir didmenininkai; **pacientai:** sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai ir jiems atstovaujančios NVO (dvi didžiausios skėtinės organizacijos, t. y. Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (LPOAT) ir Lietuvos pacientų forumas jungia įvairias pacientų organizacijas, pvz. Lietuvos diabeto asociaciją, Lietuvos astmos klubų asociaciją (LAKA), Lietuvos asociaciją „Gyvastis“ ir dar beveik 100 organizacijų).

Kokie šių suinteresuotųjų šalių pajėgumai ir galimybės? Kiekviena suinteresuotoji šalis ekosistemoje turi konkrečių veikimo motyvų: **mokėtojai** siekia sveikatos priežiūrai skiriamų išlaidų mažinimo, sveikatos apsaugos sistemos efektyvumo gerinimo; **reguliuotojai** siekia pacientams užtikrinti efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas, mažinti sąnaudas, paslaugų teikėjus skatinti laikytis teisės aktų reikalavimų, diagnostikos ir gydymo gairių bei rekomendacijų; **paslaugų teikėjai** siekia pacientų gyvenimo kokybės gerinimo, hospitalizacijos mažinimo, darbo sąlygų ir darbo efektyvumo gerinimo, siekia atitikties keliams reikalavimams ir pelno įstaigoms; **tiekėjai** siekia gerinti mokslo tiriamąją veiklą, ruošti būsimus medikus ar (ir) didinti pelną; **pacientai** siekia gerinti savo gyvenimo kokybę, išvengti gydymosi ligoninėje, o ten patekę sutrumpinti hospitalizacijos laiką, ieškoti naujų ir efektyvesnių gydymo būdų ir net socializacijos.

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę Lietuvos Respublikos Seimas per pirmąjį valstybės gyvavimo dešimtmetį priėmė pagrindinius įstatymus, reglamentuojančius nacionalinės sveikatos sistemos struktūrą ir pagrindinius principus: Sveikatos sistemos įstatymą (1994 m.), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą (1996 m.) ir Sveikatos draudimo įstatymą (1996 m.). Šie įstatymai nustatė, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema susideda iš valdžios institucijų (Vyriausybės, ministerijų ir savivaldybių, taip pat kitų valdymo ir kontrolės įstaigų), sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, sveikatos priežiūros sistemos išteklių ir paslaugų. Nacionaliniuose įstatymuose įtvirtinta, kad Sveikatos apsaugos ministerija kartu su jai pavaldžiomis institucijomis yra pagrindinė sveikatos sistemos reguliavimo institucija, kuri nustato standartus ir reikalavimus, reguliuoja licencijavimą ir tvirtina kapitalo investicijas. Lietuvos sveikatos sistema finansuojama per nacionalinę sveikatos draudimo sistemą, kuri remiasi privalomuoju draudimu, ir apmokama per Valstybinę ligonių kasą prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK).

Lietuva turi mišrią finansavimo sistemą, finansuojamą per privalomąjį sveikatos draudimą ir valstybės biudžetą. Sveikatos apsaugos ministerija yra atsakinga už tokius klausimus, kaip sveikatos politikos ir taisyklių rengimas, gyventojų sveikatos stebėseną, licencijų paslaugų teikėjams ir sveikatos priežiūros specialistams išdavimas, VLK valdymas ir pavaldžių institucijų, įskaitant tam tikrus paslaugų teikėjus, tinklo administravimas. **Sveikatos apsaugos ministerija**, vadovaudamasi Sveikatos draudimo įstatymu, nustato paslaugas, už kurias VLK apmoka gydymo įstaigoms, taip pat nustato apmokėjimo mechanizmus, sveikatos priežiūros paslaugų kainas ir vaistų kompensavimo tvarką, taisykles, kuriomis vadovaujantis sudaromos sutartys su paslaugų teikėjais, priima

sprendimus, susijusius su biudžetu ir finansavimu. VLK yra atskaitinga Sveikatos apsaugos ministerijai ir Finansų ministerijai. VLK, vykdydama pirkimus, vadovaujasi SAM nustatytais prioritetais.

Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios valstybės institucijos pagal kompetenciją organizuoja nustatyto masto asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigose, kuriose Sveikatos apsaugos ministerija įgyvendina valstybės, kaip LNSS įstaigos savininkės ar dalininkės, teises ir pareigas. Sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose valstybės, kaip LNSS įstaigos savininkės, teises ir pareigas įgyvendina Krašto apsaugos ministerija, Teisingumo ministerija arba Vidaus reikalų ministerija, nustatyto masto sveikatos priežiūrą organizuoja atitinkamai Krašto apsaugos ministerija, Teisingumo ministerija, Vidaus reikalų ministerija arba joms pavaldžios valstybės institucijos. Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklauso viešosios įstaigos ir gydymasis jose privalomuoju socialiniu draudimu draustiems asmenims yra nemokamas, išskyrus, kai tam tikri tyrimai ar procedūros nėra apmokami iš privalomo sveikatos fondo (toliau – PSD) biudžeto lėšų. Privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos dirba pagal Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos išduodamas licencijas. Šiose įstaigose sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas yra dviejų rūšių: 1) kai paslaugos yra mokamos, jų kainos nustatomos vidaus tvarka; 2) kai paslaugos pacientams yra nemokamos, jos apmokamos iš PSD fondo lėšų pagal sutartį su teritorine ligonių kasa (VLK prie SAM padalinys). Kai kurios privačios gydymo įstaigos ir draustiesiems PSD taiko nuolaidas, neima mokesčio už paslaugas arba taip pat yra sudariusios sutartis su privačiomis sveikatos draudimo bendrovėmis dėl tiesioginio mokesčio už sveikatos priežiūros paslaugas kompensavimo. Tačiau jeigu privačios sveikatos apsaugos įstaigos yra sudariusios sutartis su TLK dėl atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, jos privalo laikytis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintų paslaugų teikimo reikalavimų.

Savivaldybių vykdomosios institucijos organizuoja pirminę asmens sveikatos priežiūrą. 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. Pirminės asmens sveikatos priežiūros organizavimo tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija. Savivaldybės vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros tvarką ir apimtį nustato Sveikatos sistemos įstatymas, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas ir kiti teisės aktai. Savivaldybių vykdomosios institucijos taip pat įgyvendina įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą. Tretinę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja Sveikatos apsaugos ministerija. Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

VLK rengia privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) fondo biudžeto projektą ir vykdo PSD fondo biudžetą; prižiūri teritorinių ligonių kasų veiklą ir užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų teikimo išlaidų apmokėjimą PSD biudžeto lėšomis per teritorines ligonių kasas. Šalia privalomojo sveikatos draudimo Lietuvoje veikia savanoriškasis sveikatos draudimas, kuris įprastai padengia visas arba dalį sveikatinimo ar gydymo paslaugų, kurių nekompensuoja privalomasis sveikatos draudimas. Savanoriškojo sveikatos draudimo sutartį gali sudaryti darbdavys darbuotojo naudai arba pats žmogus savo pasirinktoje draudimo bendrovėje.

Tiek pacientai, tiek **sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir tiekėjai** veikia per **nevyriausybines organizacijas**. Lietuvos Respublikos nevyriausybinių organizacijų plėtros įstatymo 5 straipsnyje apibrėžiamas valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų bendradarbiavimas su nevyriausybėmis organizacijomis. Šiame įstatyme numatomas valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų bendradarbiavimo su nevyriausybėmis organizacijomis įgyvendinamas: teikiant informaciją apie veiklos ir bendradarbiavimo kryptis; konsultuojantis su nevyriausybėmis organizacijomis ir prireikus kuriant bendras darbo grupes konkrečioms klausimams spręsti; finansuojant nevyriausybinių organizacijų programas, projektus ir iniciatyvas.

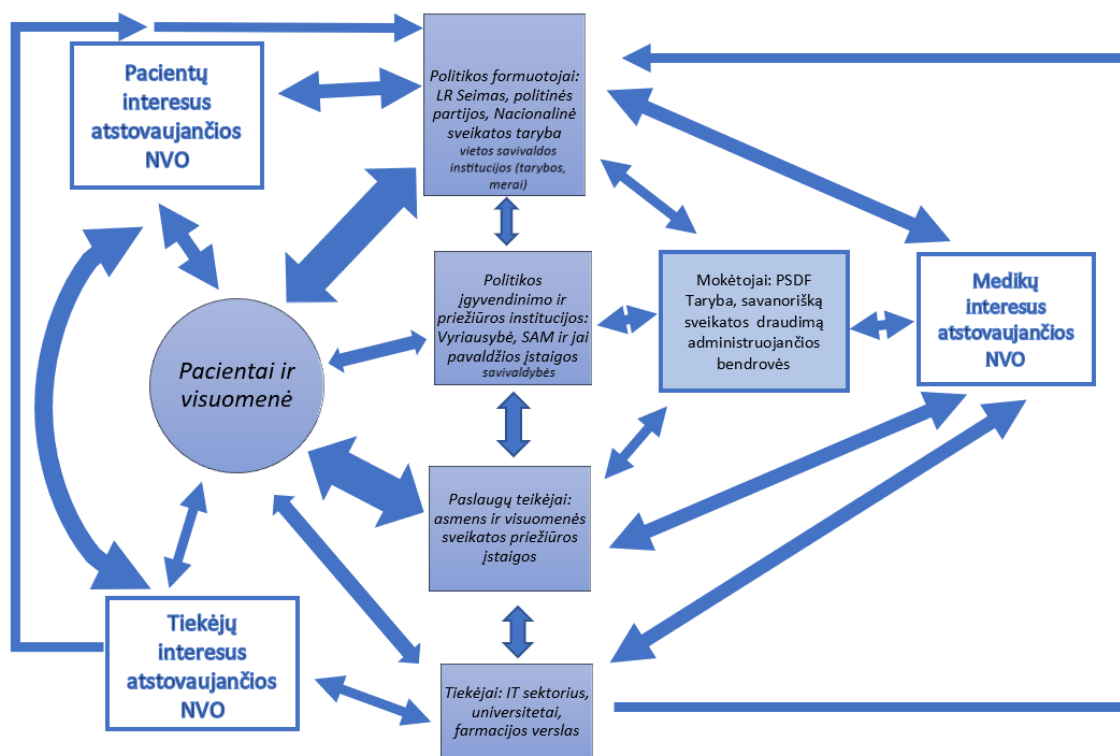
Vadovaudamosi Lietuvos Respublikos asociacijų įstatymu, NVO gali atstovauti asociacijos narių interesams ir juos ginti ar tenkinti kitus viešuosius interesus. Dalis tiekėjų naudoja Lietuvos Respublikos **lobistinės veiklos įstatymu**, kurio 2 straipsniu apibrėžiama lobistinė veikla – fizinio asmens veiksmai, kuriais siekiama daryti įtaką, kad lobistinės veiklos užsakovo interesais būtų priimami arba nepriimami teisės aktai, administraciniai sprendimai. 4 straipsnyje pažymima, kad lobistas turi teisę: dalyvauti rengiant ir rengti teisės aktų projektus,

teikti pasiūlymus ir paaiškinimus dėl teisės aktų projektų, administracinių sprendimų projektų turinio ir rengimo; aiškinti visuomenei, įtikinėti asmenis, kuriems lobistine veikla siekiama daryti įtaką, kad yra tikslinga priimti tam tikrą teisės aktą ar administracinį sprendimą arba jo nepriimti.

Kaip šios suinteresuotosios šalys sąveikauja ir kuria analizuojamą ekosistemą? Sveikatos ekosistema apima įvairias suinteresuotąsias šalis: pacientus, politikos formuotojus ir įgyvendintojus, viešosios ir privačios sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus bei jiems atstovaujančias organizacijas (pvz. NVO), tyrėjus ir tyrimų organizacijas, pvz., žiniatinklio paslaugų teikėjus ir platformų valdytojus, farmacijos verslą, privatų sektorių, siūlantį sveikatos ir sveikatingumo paslaugas. Kai kurie paslaugų teikėjai turi fizinę vietą, tačiau kiti yra virtualios organizacijos. Teikiamos paslaugos dažnai yra neapčiuopiamos, pvz., jose pateikiama tik informacija apie gyvenimo būdą ir sveikatos valdymą. Paslaugų teikėjai ir kitos suinteresuotosios šalys gali turėti skirtingus verslo modelius bei taikyti saugumo ir privatumo politiką. Jie taip pat gali priklausyti skirtingai jurisdikcijai (Pop, Leroi-Werelds, Roijackers & Andreassen, 2018; Secundo, Toma, Schiuma & Passiante, 2019).

Visi išvardinti ekosistemos dalyviai sąveikauja tarpusavyje remdamiesi Lietuvos Respublikos teisės aktais. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetas, Sveikatos apsaugos ministerija, Nacionalinė sveikatos taryba dažnai kviečiasi pacientų, teikėjų ir tiekėjų atstovus į įvairius susitikimus, aptarimus, svarstymus, komitetus ir tarybas. Daugelio Lietuvos Respublikos Vyriausybės programose bei kituose dokumentuose numatyta stiprinti nevyriausybinių sektoriaus dalyvavimą viešojo valdymo procesuose ir užtikrinti tinkamas sąlygas jo veiklos plėtrai, bendradarbiavimui su valstybės institucijomis. Nevyriausybinių organizacijų tapo reikšmingu sveikatos apsaugos sektoriaus partneriu. Jos ne tik atstovaudamos pacientų interesus siekia aktualių klausimų įtraukimo į politinę darbotvarkę, teikia paslaugas bei didina visuomenės informuotumą sveikatos priežiūros klausimais, bet ir kuria skaidresnę, atskaitingą ir greičiau reaguojančią į pacientų poreikius sveikatos priežiūros sistemą. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija bendradarbiauja su nevyriausybiniu sektoriumi ir dalyvauja priimant sveikatos priežiūros sprendimus: kartu su pacientų organizacijomis įsteigė bendradarbiavimo platformą – Lietuvos pacientų forumą, taiko kitas bendradarbiavimo formas (teikia informaciją, konsultuoja, finansuoja), o NVO, ypač jas vienijančias struktūras (Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybą, Lietuvos pacientų forumą) įtraukia į konstruktyvų dialogą sprendžiant sveikatos priežiūros klausimus. Valstybė ir tiekėjų interesams atstovaujantis verslas NVO teikia finansinę paramą, tačiau paramos teikimo principai nėra nusistovėję. NVO dalyvauja viešųjų paslaugų pirkimuose ir už suteiktas lėšas turi įgyvendinti numatytus tikslus ir uždavinius. Valstybės, verslo parama pacientų ir medikų interesams atstovaujančioms NVO bei iš NVO perkamos paslaugos turi būti maksimaliai viešinamos, kadangi kyla rizikų, kad NVO sektoriaus, tiekėjų ir paslaugų teikėjų įtaka politikos formuotojams bei politikos įgyvendinimo ir priežiūros institucijoms gali būti nulemta neskaidrių sąsajų.

8 paveikslėlis. Ekosistemos dalyvių sąveikos schema



Parengė: V. Kasiulevičius (2022)

Kokie dokumentai apibrėžia ekosistemos dalyvių sąveiką? Sveikatos ekosistemos dalyvių veiklą ir sąveiką apibrėžia Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1991 metais Seimo patvirtinta Nacionalinė sveikatos koncepcija ir 15 įstatymų: Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas; Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros praktikos įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas; Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, Lietuvos Respublikos kraujo donorystės įstatymas, Lietuvos Respublikos žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas, Lietuvos Respublikos pagalbinio apvaisinimo įstatymas, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas; Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas, Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos ir burnos priežiūros įstatymas, Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymas, Lietuvos Respublikos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymas, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas, Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas bei šių įstatymų įgyvendinamieji teisės aktai. Daugelis paminėtų įstatymų tikslų realizuojami per Vyriausybės nutarimus, pvz. Sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo 2022–2030 metų plėtros programa, Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo 2022–2030 metų plėtros programa, kaip nutarimo projektas Vyriausybės Seimui teikiama Nacionalinė darbotvarkė narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės, vartojimo prevencijos ir su narkotikais susijusios žalos klausimams iki 2035 metų.

Teisės aktuose numatytas svarbus **Vyriausybės** vaidmuo sveikatos apsaugos srityje. Pvz. 18 Vyriausybės programoje sakoma: „Išsipareigojame kurti gyventojams patogią, prieinamą ir kokybišką, visoje šalyje paslaugas teikiančią, krizėms atsparią sveikatos priežiūros sistemą, nediskriminuodami ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų. Daug dėmesio skirsime psichologinei žmonių sveikatai, prioritetą teiksime prevencinėms priemonėms ir programoms, kad būtų išvengta ilgalaikių neigiamų sveikatos padarinių. Mūsų tikslas – ilgėjanti visaverčio gyvenimo trukmė, kad žmonės kuo ilgiau galėtų džiaugtis sveiku, kokybišku ir visaverčiu gyvenimu.“

Sveikatos priežiūros įstatų įstatyme sveikatos priežiūra apibrėžiama dviem sąvokomis: asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra. Pagrindinis minėtu įstatymu įtvirtintas sveikatingumo veiklos valdymo subjektas – **Sveikatos apsaugos ministerija**, kuriai pavesta įgyvendinti sveikatos politiką ir sveikatos srities valstybės valdymo funkcijas: analizuoti gyventojų sveikatinimo veiklos poreikius, sveikatos būklę ir jos prognozę, sveikatos priežiūros išteklius, sveikatos priežiūros priimtinumą, prieinamumą tinkamumą ir valstybės lygmeniu planuoti sveikatinimo veiklą; nustatyti pagrindines Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo kryptis ir prioritetus; formuoti ir vykdyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės politiką Lietuvos gyventojų sveikatinimo srityje. Siekiant sveikatos sistemos skaidrumo, įrodymais bei žiniomis grįsto valdymo suformuota nepriklausoma nuo Sveikatos apsaugos ministerijos **Nacionalinė sveikatos taryba**, kurią sudaro aukščiausios kvalifikacijos sveikatos priežiūros specialistai. Už sveikatingumo veiklos koordinavimą paskirtos atsakingos institucijos: Nacionalinė sveikatos taryba, Valstybinė psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

Ekosistemos dalyvių sąveiką detalizuoja Sveikatos apsaugos ministro įsakymai bei SAM pavaldžių institucijų teisės aktai bei vietos savivaldos sprendimai. Sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimas yra sudėtingas dėl skirtingų sveikatos priežiūros lygių (pirminio, antrinio, tretinio) pavaldumo (savivaldos ir nacionalinis lygmuo), skirtingų paslaugų teikėjų nuosavybės formų (viešasis ir privatus sektorius), skirtingo paslaugų finansavimo modelio (VLK prie SAM finansuojamos paslaugos, savanoriškojo privataus draudimo apmokamos paslaugos, paties paciento apmokamos paslaugos) bei suteikiamų paslaugų įvairovės. Daugelis veiklų apibrėžiamos skirtinguose įstatymuose ir tų įstatymų įgyvendinamuosiuose teisės aktuose (pvz. asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą apibrėžia atskiri įstatymai, o atskiros asmens sveikatos priežiūros sritys apibrėžiamos net keliuose įstatymuose).

Lietuvos sveikatos ekosistema kitų šalių sistemų kontekste. Sveikatos priežiūros ekosistemos pasaulyje tampa vis sudėtingesnės ir jau neatitinka tradicinių Bismarko ir Beveridžo sistemų sąvokų. Šiuolaikinės sveikatos apsaugos sistemos fiksuoja tęstinumą ir pokyčius, analizuoja sveikatos priežiūros sistemos poveikį ir kaip tam tikri instituciniai sveikatos priežiūros sistemų parametrai gali būti susieti su sveikata ir sveikatos nelygybe. Viena iš naujų EBPO šalių sveikatos ekosistemų klasifikacijų nagrinėta vokiečių mokslininkų apžvalgoje (Reibling, Ariaans & Wendt 2019) šalių sveikatos priežiūros ekosistemas skirsto į penkis tipus.

1) Į pasiūlą ir pasirinkimą orientuotos viešosios sistemos

Pirmajam šalių klasteriui būdingi vidutiniai arba dideli finansiniai ištekliai ir aukštas žmoniškųjų išteklių lygis, kurie daugiausia užtikrinami iš viešojo finansavimo. Prieiga prie šių išteklių nėra griežtai reguliuojama, o piliečiai gali laisvai rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus. Specialistai teikia paslaugas už tam tikrą mokestį (angl. *fee-for-service*), o tai taip pat gali skatinti paklausą. Tuo pačiu metu šioje sistemoje palyginus su kitomis sistemomis yra didžiausia santykinė šeimos gydytojų dalis. Nepaisant gausios sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos, šis sistemos tipas pasižymi žemu našumu prevencijos ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės srityje. Dauguma šio klasterio šalių savo sveikatos priežiūrą organizuoja socialinio draudimo pagalba. Pirmąją grupę sudaro Airija, Australija, Austrija, Belgija, Čekija, Islandija, Liuksemburgas, Slovėnija Prancūzija, Vokietija.

2) Į efektyvumą ir pirminę priežiūrą orientuotos viešosios sistemos

Antrojo tipo sistemoje taip pat dominuoja valstybės finansavimas, tačiau išleidžiama mažiau pinigų ir sveikatos apsaugos sistemoje dirba mažiau gydytojų. Ištekliai taip pat yra daug griežčiau reguliuojami: specialistų prieinamumą riboja „vartų saugojimo“ elementai, o paslaugų teikėjų pasirinkimas reguliuojamas. Specialistams mokamas atlyginimas. Tokio tipo sistemos dėmesys aiškiai sutelktas į pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Ambulatoriniam sektoriui skiriamos gana didelės išlaidos, o pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytojų dalis palyginti su specialistais yra didelė. Be to, šiam klasteriui būdingas aukštas prevencijos paslaugų veiksmingumas ir priežiūros kokybė. Suomija, Japonija, Norvegija, Naujoji Zelandija, Portugalija ir Švedija sudaro antrąjį klasterį. **Lietuvos Vyriausybės pastangos nukreiptos šio modelio diegimo kryptimi.**

3) Į reguliavimą orientuotos viešosios sistemos

Trečioji sistema turi panašumų su antruoju tipu dėl sveikatos apsaugai skiriamų vidutinių išteklių, kurie daugiausia gaunami iš valstybės finansavimo. Išskirtinė šio klasterio savybė yra jos priklausomybė nuo viešo reguliavimo. Šis tipas turi aukščiausią prieigos reguliavimo lygį ir riboja paslaugų teikėjų pasirinkimą. Sistema taip

pat pasižymi formalizuoto sąnaudų pasidalijimo nebuvimu ir žemiausiomis išlaidomis „iš paciento kišenės“. Šios grupės šalių pirminės sveikatos priežiūros lygis yra žemesnis nei ankstesnio klasterio, taip pat prastesni prevencijos ir priežiūros kokybės rodikliai nei antrojo klasterio. Trečiąjį šalių klasterį sudaro Kanada, Danija, Nyderlandai, Italija ir Jungtinė Karalystė.

4) Mažos pasiūlos ir mažo našumo mišrios sistemos

Estija, Vengrija, Lenkija ir Slovakija sudaro ketvirtą klasterį. Ketvirtoji sistema išsiskiria žemu resursų (tiek išlaidų, tiek gydytojų) lygiu. Nors beveik tris ketvirtadalius išlaidų sudaro viešasis finansavimas, šis tipas pirmąją pagal pacientų priemokas „iš savo kišenės“ už sveikatos priežiūros paslaugas. Ši sistema garantuoja gerą prieigą ir tam tikrus pasirinkimo reglamentus, tačiau nėra institucionalizuoto nacionalinio išlaidų pasidalijimo, o tai ir sąlygoja dideles pacientų išlaidas „iš savo kišenės“. Šis tipas turi žemiausią orientaciją į pirminės sveikatos priežiūros paslaugas iš visų penkių grupių. Tuo tarpu sistemos našumas taip pat yra žemiausias tiek prevencijos, tiek priežiūros kokybės rodiklių požiūriu.

5) Į pasiūlą ir efektyvumą orientuotos privačios sistemos

Kaip ir pirmasis klasteris, paskutiniame sistemos tipui būdinga didelė pasiūla, kurią pirmiausia lemia didelės sveikatos priežiūros išlaidos. Dėl svarbaus privataus finansavimo ir „iš savo kišenės“ didelių išlaidų galima šią sistemą vadinti privačia sistema, nors viešieji ištekliai sukuria didžiąją paslaugų dalį. Nacionalinių prieigos taisyklių nėra, tačiau privačiuose ir socialinio draudimo planuose tokios taisyklės gali būti taikomos. Tačiau dar svarbiau yra tai, kad, skirtingai nuo kitų sistemų tipų, išlaidų pasidalijimo taisyklės, pvz., išskaitos, yra taikomos prieigai prie sveikatos priežiūros reguliuoti. Šis tipas išleidžia didžiausią dalį ambulatorinei priežiūrai, taip pat turi vidutinį šeimos gydytojo ir specialisto santykį. Antroji išskirtinė savybė yra vidutinis ir aukštas našumo lygis, išskiriantis šį tipą nuo į pasiūlą ir pasirinkimą orientuotos viešosios sistemos. Šiam klasteriui galima priskirti Šveicariją ir Jungtines Valstijas (Reibling, Ariaans & Wendt 2019).


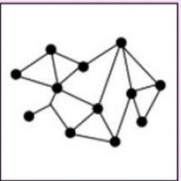

Šiuo metu Europos ir kitas šalis veikia dvi konkuruojančios tendencijos: gilesnės paslaugų teikėjų integracijos ir teikėjų savarankiškumo išsaugojimo, todėl sistemos gali būti klasifikuojamos atsižvelgiant ir į šį aspektą. Nors integracijos tendencija šiuo metu tampa vyraujanti, tačiau išlieka ne tik integruotos sveikatos priežiūros modelis, bet ir savarankiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų modelis. Visgi pasaulio šalyse nerasime „švarių“ modelių, o egzistuojantys apibūdinami remiantis penkiomis dimensijomis: (1) mokėtojo už paslaugas ir paslaugų teikėjo integracija; (2) pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros integravimu; (3) „vartininko“ vaidmens buvimu; (4) paciento pasirinkimo laisvė ir (5) individualia arba grupine šeimos gydytojų praktika. Taigi savarankiškų priežiūros paslaugų teikėjų modeliui būdinga: (1) didžiausia paslaugų teikėjų autonomija; (2) sutartiniai santykiai tarp šalių; ir (3) didelė pasirinkimo laisvė (tiek pacientams, tiek sveikatos priežiūros specialistams). Tokiame modelyje paslaugų teikėjai yra nepriklausomi juridiniai asmenys, turintys didelę autonomiją. Tokiu atveju paslaugų teikėjų tinklą daugiausia sudaro savarankiškai dirbantys gydytojai ir viena nuo kitos nepriklausomos sveikatos priežiūros įstaigos (ligoninės ar ambulatorinės klinikos). Skirtingai nuo savarankiškų paslaugų teikėjų modelio, kuris daugeliu atžvilgių primena rinkos sistemą, integruotas modelis yra panašesnis į vidinę organizaciją: (1) paslaugų teikėjai nėra savarankiški subjektai, bet yra susiję su ta pačia organizacija; (2) šalių santykius reglamentuoja neterminuotos darbo sutartys; ir (3) pasirinkimo laisvė yra labai apribota. Portugalija, Ispanija, Naujoji Zelandija, JK, Danija, Airija ir Izraelis laikytinos labai integruotos sveikatos priežiūros šalimis. Italija, Norvegija, Australija, Graikija ir Švedija turi vidutiniškai integruotas sveikatos apsaugos sistemas. Kanadą, Nyderlandus ir JAV galima priskirti vidutiniškai savarankiškų sveikatos paslaugų teikėjų šalių grupei. Tuo tarpu Austrija, Belgija, Prancūzija, Vokietija, Korėjos Respublika, Japonija, Šveicarija ir Turkija priskiriamos savarankiškų paslaugų teikėjų šalims (Toth F. 2020). **Lietuvos Vyriausybės deklaruojamas siekis yra gilinti sveikatos priežiūros ekosistemos teikėjų integraciją.**

Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą gali lemti sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tinklo organizavimas. Šiuo metu veikiantis asmens Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų tinklas nėra efektyvus, todėl daugelio vyriausybės dėmesys buvo ir lieka sufokusuotas į šio tinklo pertvarką. Reformos nesėkmės atveju Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos atsilikimas nuo pirmaujančių ES ir EBPO šalių ateityje taps ypač akivaizdus. Reikia nepamiršti, kad šalia paslaugų teikimo modelių ir žmogiškųjų resursų egzistuoja ir kiti svarbūs veiksniai lemiantys sveikatos priežiūros paslaugų tinklo funkcionavimą, pvz. centralizacijos ir integracijos lygmuo. Tyrimų rezultatai

rodo statistiškai reikšmingą teigiamą „administracinės decentralizacijos“ poveikį sveikatos priežiūros išlaidoms ir gyvenimo trukmei: vidutinio laipsnio decentralizacija sumažina valstybės išlaidas sveikatos priežiūrai ir pailgina gyvenimo trukmę – taupomi viešieji išteklių ir gerinami rezultatai, palyginti su šalimis, kuriose decentralizacija labai maža. Tačiau „per didelis“ decentralizavimas yra susijęs su didesnėmis viešosiomis išlaidomis sveikatos priežiūrai ir trumpesne gyvenimo trukme, o tai panaikina sąnaudų taupymo ir rezultatų gerinimo poveikį, palyginti su situacija, kai decentralizacijos lygis yra vidutinis. (Dougherty, Lorenzoni, Marino & Murtin 2022). Šiuo metu Lietuvą galima priskirti vidutinio laipsnio decentralizacijos šalių grupei, tačiau paslaugų integracijos poreikiai gali lemti tam tikrą sveikatos priežiūros sistemos centralizacijos tendenciją.

Dar vieni svarbūs, bet nepakankamai ištirti, veiksniai lemiantys nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos veiklos rezultatus yra nacionalinė kultūra ir tradicijos. Šešios Hofstede kultūros dimensijos (jėgos distancijos dimensija (PD), neapibrėžtumo vengimo dimensija (UA), individualizmo dimensija (IV), vyriškumo dimensija (MA), ilgalaikės orientacijos dimensija (LT), pasitenkinimo dimensija (ID)) nagrinėtos 35 EBPO šalių vertinimo tyrime. Tyrimo metu šalys buvo sugrupuotos į 3 kultūrinius klasterius. „Kolektyviniam-piramidiniam“ šalių klasteriui būdinga ženkli galios distancija, kolektyvizmas, ryškus neapibrėžtumo vengimas, trumpalaikė orientacija. „Bendradarbiaujančio tinklo“ klasteriui būdingas maža galios distancija, silpnas neapibrėžtumo vengimas, individualizmas, nuolaidumas. Trečiajam „Orientacijos į tvarkingą ateitį“ klasteriui, kuriam priskiriamos ir Baltijos šalys būdinga silpna galios distancija, stiprus neapibrėžtumo vengimas, ilgalaikė orientacija ir santūrumas. Veikla buvo vertinama pagal penkias EBPO veiklos rodiklių grupes ir santykinį tų šalių reitingą. Šalių klasteriai labai skyrėsi vienas nuo kito penkiose iš šešių Hofstede postuluotų dimensijų. Vertinat santykinį šalių grupių klasterių sveikatos apsaugos sistemų efektyvumą geriausiai įvertintas „Bendradarbiaujančio tinklo“ klasteris, po jo „Orientacijos į tvarkingą ateitį“ klasteris, o „Kolektyvinis piramidinis“ klasteris liko trečias (Braithwaite, Tran, Ellis & Westbrook, 2020). Nepaisant Lietuvos sveikatos politikų siekio labiau judėti link „Bendradarbiaujančio tinklo“ šalių grupės (pvz. stiprinti pirminę asmens sveikatos priežiūrą), savo nacionalinės kultūros charakteristikomis labiau atitinkame „Orientacijos į tvarkingą ateitį“ klasterį, todėl dalis sprendimų gali būti prieštaringi.

9 paveikslėlis. Skirtingų šalių kultūros klasterių charakteristikos.

Kolektyvinis-piramidinis	Bendradarbiaujantis tinklas	Orientacija į tvarkingą ateitį
		
PD IV MA UA LT ID	PD IV MA UA LT ID	PD IV MA UA LT ID
<p>Slovakija Meksika Lenkija Graikija Ispanija Turkija Portugalija Čilė Slovėnija</p>	<p>Jungtinė Karalystė Kanada Australija JAV Airija Naujoji Zelandija Nyderlandai Suomija Islandija Norvegija Danija Švedija</p>	<p>Korėja Estija Latvija Austrija Izraelis Japonija Čekija Vengrija Italija Belgija Prancūzija Vokietija Liuksemburgas Šveicarija</p>
<p>Hierarchija Statusas Sąglauda Integracija Procedūriškumas Pagarba</p>	<p>Decentralizacija Tiesioginė komunikacija Rizikavimas Inovacija Lankstumas</p>	<p>Ilgalimas Taisyklių laikymasis Formalumas Ekspertiškumas Centralizacija Autonomija Socialinės normos</p>

Šaltinis: Braithwaite, Tran, Ellis & Westbrook (2020)

Kas palaiko numatomas šios ekosistemos transformacijas? Numatomas transformacijas palaikantys veiksniai: pabėgėlių krizių ir COVID-19 pandemijos metu atsiradęs bendros ES sveikatos politikos poreikis, tarptautinių organizacijų (PSO ir kt.) sutarimai, auganti Lietuvos ekonomika, visuomenės poreikiai bei jos raidos tendencijos, Lietuvos sveikatos politiką formuojančių ir įgyvendinančių institucijų kuriama sveikatos apsaugos sistemos vizija, tikslai bei priemonės.

Svarbus vaidmuo įgyvendinant Seimo priimtus sprendimus tenka Vyriausybei bei Sveikatos apsaugos ministerijai. Sveikatos ministerijos 2023 – 2025 metų strateginiame plane veiklos plane numatyti 5 veiklos prioritetai: Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės gerinimas, sveikatos sistemos atsparumo grėsmėms užtikrinimas, ilgalaikės priežiūros paslaugų teikimo modelio sukūrimas, sveikatos sistemos skaitmeninimas ir psichikos sveikatos raštingumo ir paslaugų įvairovės didinimas atitinka siekiamos ekosistemos transformacijos kryptį. Šių prioritetų įgyvendinimui pasitelkiamos šios Vyriausybės patvirtintos programos: sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo programa (91 mln. 995 tūkst. eurų), sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo programa (3 mlrd. 285 mln. 617 tūkst. eurų) ir sveikatos apsaugos ministerijos valdymo programa (7 mln. 906 tūkst. eurų). Sveikatos apsaugos ministerijos suplanuoti skaitmeninimo projektai, visuomenės sveikatos priežiūros veiksmingumo didinimo projektai, švietimo ir raštingumo ugdymo projektai, integracija ir bendradarbiavimu pagrįsta ASPJ tinklo pertvarka, greitosios medicinos paslaugų organizavimo pertvarka, ilgalaikės priežiūros paslaugų diegimas, ambulatorinių ilgalaikės priežiūros paslaugų plėtra namuose; ilgalaikės priežiūros paslaugų plėtra dienos centruose; inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo modelių kūrimas ir diegimas sėkmės atveju gali reikšmingai prisidėti prie ekosistemos transformacijos.

Kas gali trukdyti numatomų šios ekosistemos transformacijų įgyvendinimui? Kaip eliminuoti tuos galimus trukdžius? Kokie būtų patirti kaštai ir gauta nauda įgyvendinus šiuos pasiūlymus? Augančios geopolitinės rizikos, klimato kaitos, technogeninių kataklizmų ir neprognozuojamų bei sunkiai valdomų pabėgėlių srautų nulemti šalies raidos scenarijai, kuomet sutrinka šalies ekonomikos augimas, reikšminga šalies finansų dalis skiriama didelio masto krizėms valdyti. Prastas tarpinstitucinis bendradarbiavimas priimant politinius sprendimus ir juos įgyvendinant, sveikatos ir socialinių paslaugų neintegravimas į vieną sistemą ir bendruomenės resursų nepanaudojimas.

Negebama priimti koordinuotų politinių sprendimų ir laiku reaguoti į technologinės pažangos, senėjančios visuomenės, žmogiškųjų resursų trūkumo iššūkius. Senstanti ir ligota visuomenė reiškia augantį spaudimą sveikatos apsaugos sistemos biudžetui (bus mažiau dirbančiųjų, iš kurių galima surinkti mokesčius, ir tikėtina, daugiau pacientų), jau dabar santykinai didelis pacientų priemokų už sveikatos priežiūros paslaugas procentas, medikų atlyginimai atsilieka nuo daugelio Europos šalių, o išvažiuojančiųjų dirbti į Vakarų Europos šalis skaičius rodo, kad sistemoje esama disbalanso.

Europos sveikatos raštingumo tyrimo (HLS-ES) duomenimis, maždaug 50 proc. Europos gyventojų sveikatos raštingumas nėra pakankamas. HLS-EU-Q sukonstravo keturis sveikatos raštingumo lygius: nepakankamas, problemiškas, pakankamas ir puikus. Bent 1 iš 10 (12 %) respondentų parodė nepakankamą sveikatos raštingumą ir beveik 1 iš 2 (47 %) turėjo ribotą (nepakankamą arba probleminį) sveikatos raštingumą. Tačiau lygių pasiskirstymas įvairiose šalyse labai skyrėsi (29–62 %). Finansinis nepriteklis yra stipriausias žemo sveikatos raštingumo pranašas, toliau išsidėsto socialinė padėtis, išsilavinimas ir amžius; lytis turi nedidelę reikšmę. Įvairūs Lietuvos tyrimai patvirtina, kad Lietuvos gyventojų raštingumas, o ypač vyresniojo amžiaus asmenų, atsilieka nuo daugelio Europos šalių.

6. SSGG analizė ir poreikių nustatymas

SSGG analizė atlikta remiantis „Lietuva 2050“ sveikatos ekspertų tikslinių grupių diskusijų medžiaga⁸, Europos plėtros ir bendradarbiavimo organizacijos analizėmis, Lietuvos higienos instituto sukaupta informacija, Lietuvos ir užsienio mokslininkų paskelbtais tyrimais ir publikacijomis.

Stiprybės

Palaipsniui įsistvirtinanti demokratijos principų taikymo tendencija priimant sprendimus. Daugelis priimamų sprendimų yra diskutuojami, Nacionalinė sveikatos taryba, sudaryta iš įvairių sveikatos ekosistemos dalyvių deleguotų asmenų, priima sveikatos priežiūros strateginius dokumentus, į kuriuos atsižvelgia LR Seimas ir Sveikatos apsaugos ministerija. Formuojant sveikatos politiką ir ją įgyvendinat vis svarbesnis nevyriausybinių sektoriaus (NVO) atstovų balsas, daug pacientams ir medikams atstovaujančių organizacijų dalyvauja įvairiose darbo grupėse, kviečiami į diskusijas, tačiau ši praktika dar nėra tapusi norma, vis dar egzistuoja selektyvus požiūris į NVO.

Aukšta privalomojo sveikatos draudimo aprėptis. Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos šalių, galioja privalomasis sveikatos draudimas (PSD). Lietuvos valstybinės ligonių kasos administruojamu sveikatos draudimu draudžiami visi gyventojai. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema grindžiama vienu mokėtoju – Valstybine ligonių kasa (VLK), kuri perka paslaugas apdraustų gyventojų vardu ir siekia užtikrinti, kad būtų apmokėtos visų gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos. Nuolat gyvenantys Lietuvoje asmenys, taip pat visi dirbantys Lietuvoje asmenys privalo mokėti PSD įmokas. Nepilnamečiai, moksleiviai, studijuojantys pagal nuolatinės studijų formas studentai, Užimtumo tarnyboje registruoti bedarbiai, neįgalūs asmenys, pensijos išmokų gavėjai, socialinių pašalpų gavėjai ir kiti asmenys, patenkantys į Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje apibrėžtas asmenų grupes, draudžiami valstybės lėšomis. Visiems apdraustiesiems gyventojams valstybė garantuoja kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas valstybinėse ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose bei privačiose įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Įvairių sveikatos priežiūros sektorių bendradarbiavimo patirtis. Prevencinių programų, apimančių pirminę asmens sveikatos priežiūrą ir specializuotas sveikatos priežiūros grandis, vykdymo rezultatai parodė efektyvios rizikos faktorių kontrolės galimybę (Laucevičius, 2020). Analogiški rezultatai gaunami analizuojant įvairių Lietuvos ligų regioninių klasterių veiklą bei inovatyvius dauginių ligų priežiūros modelius.

Tikėtinos viso gyvenimo trukmės ilgėjimas. 2000–2019 m. tikėtina viso gyvenimo trukmė Lietuvoje pailgėjo daugiau kaip ketveriais metais – nuo 72,1 metų iki 76,5 metų (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2022b; OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Sveikatos apsaugos finansavimo tendencijos. 2015–2019 m. išlaidos sveikatai nuolat didėjo maždaug 6 proc. per metus, todėl laipsniškai mažėjo atotrūkis nuo ES vidurkio (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

⁸ Medžiaga iš Sveikatos ekspertų diskusijos vykusios 2022 m. gegužės 23 d., Vilniaus universiteto bibliotekoje, Mokslinės komunikacijos ir informacijos centre. Su įžvalgomis susipažinti galima čia: https://lrv.lt/uploads/main/documents/files/2_visuomenes_diskusija.pdf

Silpnybės

Ilgalaikės sveikatos priežiūros sistemos valdymo problemos: išlieka aktyvaus gydymo lovų perteklius rajonuose, kuriuose yra nedidelis gyventojų skaičius; išlieka slaugos ir ilgalaikio gydymo stacionaro lovų trūkumas; aukšti išvengiamų hospitalizacijų rodikliai ir išliekančios hospitalizacijos dėl socialinių priežasčių. Trūkstant slaugos ir palaikomojo gydymo lovų gydymo įstaigos siekia geresnio apmokėjimo už suteiktas paslaugas ir dalis pacientų esant slaugos indikacijoms guldomi į terapinių profilių skyrius. Lietuvoje šeimos gydytojo komanda nėra pakankamai įveiklinta spręsti tiek rutinines problemas, tiek su krizėmis susijusius sveikatos priežiūros iššūkius. Specializuoti savižudybių intervencijos centrai ir specializuotos paslaugos šiuo metu teikiamos tik Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre. Neįgyvendinta dalis ankstesnių restruktūrizavimo etapų priemonių. Iki šiol nėra sukurto ir įdiegto į rezultatą orientuotos sveikatos apsaugos sistemos finansavimo modelio. Kartu nėra efektyvios sveikatos priežiūros paslaugų kokybės monitoringo sistemos. Nepakankama politinė valia, sveikatos priežiūros reformos dalinės, siekiant sprendimų konsolidacijos taikomos įvairios išimtys. Išlieka galios disbalansas ir sistemos neskaidrumas. Kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas gauna tie, kurie turi statusą, finansinių resursų ar ryšių. Savivaldos vaidmuo įsitraukiant į sveikatos priežiūros įstaigų tinklo formavimą ir pritraukiant žmogiškuosius resursus lieka fragmentiškas. Netolygus specializuotos pagalbos prieinamumas yra nulemtas netolygaus sveikatos priežiūros specialistų išsidėstymo Lietuvoje. Neaiški sveikatos priežiūros paslaugų tinklo ateitis regionuose, mažėjanti Lietuvos gyventojų populiacija, kaimiškųjų rajonų švietimo ir kultūros įstaigų tinklo redukovimas lemia savivaldos negebėjimą pritraukti jaunų specialistų. Sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos ir darbo ministerijų bendro darbo stoka lemia prastą sveikatos ir socialinių paslaugų integraciją (Sveikatos ekspertų diskusijų medžiaga).

Aukšti konsultacijų ir hospitalizacijų rodikliai. Lietuvoje išrašymo iš ligoninės ir gydytojų konsultacijų rodikliai yra vieni aukščiausių ES. Nors per pastaruosius 10 metų gerokai padaugėjo ambulatorinių konsultacijų (nuo 6,4 konsultacijos vienam asmeniui 2000 m. iki 9,5 konsultacijos 2019 m.), hospitalizavimo atvejų sumažėjo tik nežymiai (nuo 23,9 atvejo 2000 m. iki 22 atvejų 2019 m.). Nors didelė priklausomybė nuo stacionarinės sveikatos priežiūros sektoriaus tebėra viena iš ilgalaikių problemų, vis dėlto pastangos racionalizuoti ir optimizuoti stacionariąją sveikatos priežiūrą nepadėjo užtikrinti didelių su ligoninių infrastruktūra susijusių pokyčių (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021; OECD & European Union, 2022 Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2022a).

Nepakankamas sveikatos apsaugos sistemos finansavimas. Išlaidos sveikatai, išreikštos BVP dalimi, 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 sveikatai (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021; OECD & European Union, 2022, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2022b).

Senkantys žmogiškieji resursai ir neefektyvus jų planavimas. Slaugytojų trūkumas tebėra ilgalaikė problema. 2019 m. Lietuvoje 1 000 gyventojų teko 7,7 slaugytojo, o tai yra mažiau už ES vidurkį (8,4 slaugytojo). 2019 m. vienam gydytojui teko 1,7 slaugytojo; tai yra mažiausias santykis nuo 2000 m. Lietuvoje išrašymo iš ligoninės ir gydytojų konsultacijų rodikliai yra vieni aukščiausių ES. Nors per pastaruosius 10 metų gerokai padaugėjo ambulatorinių konsultacijų (nuo 6,4 konsultacijos vienam asmeniui 2000 m. iki 9,5 konsultacijos 2019 m.), hospitalizavimo atvejų sumažėjo tik nežymiai (nuo 23,9 atvejo 2000 m. iki 22 atvejų 2019 m.) (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

„Stringanti“ E-sveikata. Išlieka sudėtingas duomenų apsikeitimas tarp centrinės sistemos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų posistemų: elektroninių dokumentų pasirašymas trunka ilgai, į e. sveikatos sistemą nėra galimybės siųsti dokumentus įvairiais formatais, o sveikatos priežiūros darbuotojas negali sukurti ir pasirašyti dokumento, jeigu nėra ryšio su e. sveikata. Dar blogiau, kad atsiradus elektroninės sistemos ryšio gedimui kartu sutrinka ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas. E - sveikatos ir „Sodros“ elektroninės aplinkos neatsparios

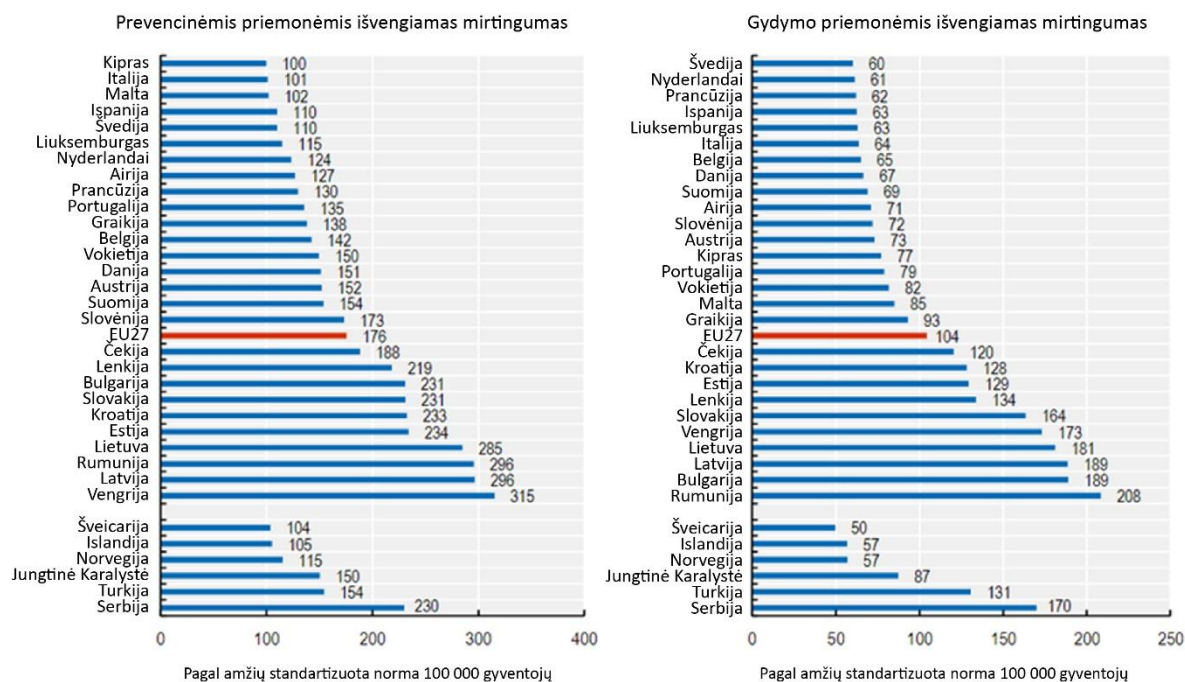
įvairioms kibernetinių atakų, krizinių pacientų srautų, padidėjusio naudotojų apkrovimo grėsmėms (sveikatos ekspertų diskusijų medžiaga).

Prasti Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodikliai. 2022–2030 m. plėtros programos valdytojos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos valdomoje sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo plėtros programoje teigiama, kad gyventojų psichikos sveikata yra prasta: vyrauja didelis savižudybių skaičius, didelis alkoholio suvartojimas, pagal Teigiamų emocijų indeksą Lietuva yra tarp 10 mažiausiai teigiamų emocijų patiriančių šalių pasaulyje. Lietuvoje 2019 m. savižudybės sudarė apie 28 proc. visų išorės lemtų priežasčių, kurios sudarė trečią pagal dydį mirties priežasčių grupę (po kraujotakos sistemos ligų ir vėžio). Lietuvos savižudybių lygmuo didžiausias tarp ES šalių. EBPO skaičiavimu, Lietuvoje kasmet prarandame 2,6 proc. endro vidaus produkto dėl prastos psichikos sveikatos – tai 967 mln. eurų. (Rubikas, 2022)

Aukšti išvengiamų mirčių rodikliai. Beveik pusę visų mirčių Lietuvoje lemia su gyvenimo būdu ir aplinka susiję rizikos veiksniai. Prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas Lietuvoje tebėra didelis. Didelis Lietuvos gyventojų mirtingumas ir prasta sveikatos būklė daugiausia susiję su elgsenos rizikos veiksniais. Apskaičiuota, kad beveik pusę visų mirčių Lietuvoje galima susieti su elgsenos ir aplinkos rizikos veiksniais, įskaitant su mityba susijusius rizikos veiksnius, tabako ir alkoholio vartojimą ir mažą fizinį aktyvumą. Iš naujausių miokardo infarktą ir insultą patyrusių pacientų gydymo kokybės patikrinimų matyti, kad ne visi paslaugų teikėjai yra pakankamai aprūpinti priemonėmis, kad galėtų kokybiškai gydyti ligas, nuo kurių miršta kone daugiausiai gyventojų. Daugiau kaip pusę sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamų mirčių lemia išeminės širdies ligos ir insultas (laikoma, kad šių mirties priežasčių galima išvengti tiek prevencijos, tiek sveikatos priežiūros priemonėmis), o dar 15 proc. tokių mirčių – gaubtinės žarnos ir krūties vėžys. Bendras mirtingumas nuo vėžio Lietuvoje yra didesnis už ES vidurkį: Lietuvoje 100 000 gyventojų tenka 280, o visoje ES – 260 mirties nuo vėžio atvejų (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021; OECD & European Union, 2022).

10 paveikslėlis. Išvengiamas mirtingumas.

Išvengiamas mirtingumas, 2019



Šaltinis: OECD/ European Union (2022)

Žemas sveikatos raštingumas. Didžiausią įtaką sveikatos raštingumui turi pacientų amžius ir išsilavinimas. Žemiausias sveikatos raštingumas tarp 70 m. ir vyresnių pacientų ir tarp turinčių pradinį arba pagrindinį išsilavinimą (Kazlauskienė 2018; Sąlyga 2018). Kitame Lietuvos pacientų, besilankančių pas šeimos gydytojus, tyrime net 40,6 proc. respondentų turėjo probleminį sveikatos raštingumą ir tik 7 proc. – puikų sveikatos raštingumą. Aukštesnis sveikatos raštingumas pastebėtas tarp jaunesnių pacientų (iki 30 metų), gyvenančių mieste, turinčių aukštąjį išsilavinimą ir gyvenančių su partneriu. Neadekvatus ar probleminis sveikatos raštingumas nustatytas 83,6 proc. 59 metų ir vyresnių respondentų amžiaus grupėje; panašus rodiklis buvo ir pacientų, turinčių pagrindinį arba pradinį išsilavinimą (76,1 proc.), vidurinį išsilavinimą (76,6 proc.) bei išsituokusių pacientų (86 proc.). Respondentai, kurių sveikatos raštingumas buvo nustatytas aukštesnis, pasižymėjo sveikesne gyvensena ($p < 0,05$) (Šulinskaitė, 2022).

Mažas gyventojų aktyvumas dalyvaujant vykdomose prevencinėse programose. 2022–2030 metų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programoje teigiama, kad dabartinės profilaktinių programų patikrų apimtys vis dar nesiekia Europos Tarybos rekomendacijų, t. y. 80 proc. 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, o vėžio prevencijos programose patikrinama 40-50 proc. asmenų.

Galimybės

Sveikatos apsaugos politikos formuotojų ir įgyvendintojų dokumentuose numatyta strateginė pokyčių sveikatos apsaugos sistemoje vizija. Jos pagrindas yra duomenys, inovacijos, technologijos, sveikatos priežiūros reformos, švietimas ir raštingumo ugdymas. Šiai vizijai įgyvendinti būtini informuoti, įgalinti, įsitraukę ir atsakingi piliečiai ir sveikatos priežiūros specialistai; sveikatos priežiūros sistema, leidžianti taikyti personalizuotas sveikatos stiprinimo priemones, prevenciją, diagnostiką ir gydymą piliečių ir pacientų labui; su sveikata susijusios informacijos prieinamumas ir optimalus naudojimas siekiant optimizuoti gydymą, priežiūrą, prevenciją ir mokslinius tyrimus ir ekonominę vertę kurianti naujos kartos medicina (Janonienė, 2022).

Tarpsektorinio bendradarbiavimo stiprinimas integruojant sveikatos ir socialinį sektorių. Daugelis sveikatos paslaugų bei socialinės paramos užduočių yra glaudžiai susijusios, ypač ilgalaikės negalios, vyresnio amžiaus pacientų priežiūros srityje. Gilesnė šių abiejų sistemų valdymo integracija gali sąlygoti geresnius įvairių pacientų grupių sveikatos rezultatus (sveikatos ekspertų diskusijų medžiaga).

Integruotos sveikatos priežiūros diegimas. Tyrimai rodo, kad integruota priežiūra padidina pacientų pasitenkinimą; gerina suvokiamą priežiūros kokybę; ir pagerina pacientų prieigą prie paslaugų. Kartu atkreiptinas dėmesys, kad integruotos sveikatos priežiūros modeliai, kaip labai sudėtingos intervencijos, kelia iššūkį, kaip tam tikrus iniciatyvų elementus susieti su poveikiu, nes trūksta aiškumo, kurie pagrindiniai elementai yra priežastiniu ryšiu susiję su teigiamais rezultatais. Iki šiol nėra aiškių įrodymų, ar integruotos priežiūros modelių taikymo kaštai, palyginti su iki šiol taikomomis paslaugų apmokėjimo sistemomis, yra neutralūs, padidina ar mažina išlaidas (Baxter, Johnson, Chambers, Sutton, Goyder, & Booth, 2018).

Verte grįsto apmokėjimo metodo (angl. *value based payment*) naudojimo galimybė, kai visiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, įskaitant specializuotą ir pirminę asmens sveikatos priežiūrą, mokama atsižvelgiant į paciento sveikatos rezultatus, tačiau prieš diegiant šį modelį būtinas bandomasis testavimas atsižvelgiant į prieštarigus rezultatus (Teisberg, Wallace, & O'Hara, 2020; Zanotto, Etges, Marcolino & Polanczyk, 2021; Kokko, & Kork, 2021).

Pirminės asmens sveikatos priežiūros vaidmens augimas. Viena iš vykstančios transformacijos galimybių – pirminės asmens sveikatos priežiūros įveiklinimas, deleguojant ne deklaratyvią, o realiai įveikintą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lyderystę šeimos gydytojo komandai. Pirminės asmens sveikatos priežiūros stiprinimas reiškia esminį perėjimą nuo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, orientuoto į ligų gydymą, prie sveikatos priežiūros sistemų, kurios tenkina specifinius pacientų ir bendruomenių sveikatos poreikius, daugiausia dėmesio skiriant bendrumui, visapusiškumui ir priežiūros tęstinumui (van Weel, & Kidd 2018; Kontrimiene, 2021).

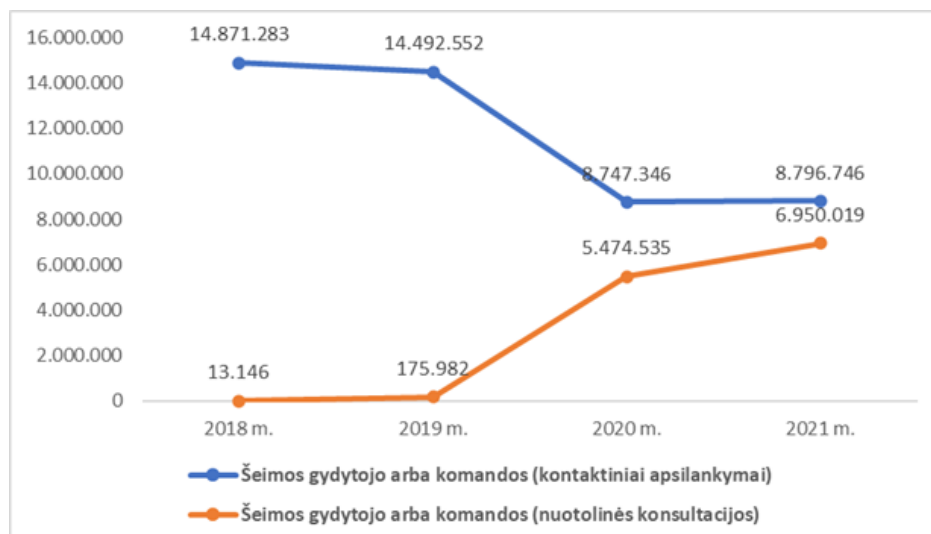
Sveikos gyvensenos skatinimas. Mokslo įrodymai neginčijami – sveika gyvensena užtikrina ilgesnį ir kokybiškesnį gyvenimą. Šis supratimas atsispindi įvairiuose valstybės politikos formuotojų dokumentuose, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos principuose, daugelio pacientų NVO dokumentuose (sveikatos ekspertų diskusijų medžiaga).

Bendruomenių įsitraukimas. Valstybės politikoje bendruomenių palaikymui skiriama nemažai dėmesio, vis labiau suvokiama, kad bendruomeninės paslaugos gali tapti nebloga alternatyva institucinei globai. Įvairių formų ir rūšių aukštos kokybės bendruomenėje teikiamos socialinės, sveikatos priežiūros, švietimo, kultūros ir kt. paslaugos užtikrina asmens galimybę gyventi bendruomenėje bei gauti joje specializuotą pagalbą, atitinkančią individualius asmens ar šeimos poreikius, vaikui – poreikį augti šeimos aplinkoje, bei skatina paslaugos gavėjų savarankiškumą, visapusišką dalyvavimą bendruomenėje ir socialinę įtrauktį (sveikatos ekspertų diskusijų medžiaga).

Sveikatos apsaugos sistemos sąveika su mokslu. Sveikatos priežiūros paslaugos, vis labiau neatsiejamos nuo mokslo pasiekimų, užtikrina geresnes ligų diagnostikos, gydymo ir prevencijos galimybes, sudaro realias galimybes reguliariai pasiekti strateginius lūžius, spręsti darbo jėgos trūkumo bei laiku suteikiamos pagalbos prieinamumo problemas.

Skaitmeninė ekosistema sujungia įvairius duomenų išteklius, programas, įrenginius ir technologijas, kad jie galėtų sklandžiai veikti kartu. Ji siūlo visuomenei naujus būdus, kaip organizuoti ir teikti sveikatos priežiūrą, o svarbiausia – naujus būdus, kaip pagerinti pacientų rezultatus ir bendrą gyventojų sveikatą. Galiausiai tikslas yra saugiai pateikti reikiamą informaciją reikiamam asmeniui tinkamu laiku, gerinant sąnaudų efektyvumą ir klinikinių sprendimų priėmimą. Įvairios krizės, pvz. COVID-19 pandemija, parodė, kad nuotolinių konsultacijų sistema leidžia užtikrinti gyventojams bazines sveikatos paslaugas (11 paveikslėlis) (Janonienė, 2022).

11 paveikslėlis. Informacinės sistemos „Sveidra“ 2018–2021 m. informacija apie apsilankymus pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose.



Šaltinis: Janonienė (2022)

Grėsmės

Senstanti ir vis labiau ligota tampanti visuomenė. Pastebima, kad Lietuvos populiacija sensta ypač sparčiai ir, tikėtina, kad 2050 m. pusę Lietuvos populiacijos sudarys 51,5 m. amžiaus ir vyresni žmonės, o ES amžiaus mediana bus 48 metai. Ligotumo rodiklis, apibūdinantis žmonių, kuriems registruota bent viena liga, skaičių 1000 gyventojų, 65 m. amžiaus grupėje nuo 836 žmonių 2009 metais augo ir 2019 m. jau siekė 943 asmenis (STRATA, 2020). Sveikatos apsaugos sistemos iššūkiai senstančiai ir sergančiai visuomenei yra darbo jėgos stygius, ribotas vaistų ir paslaugų prieinamumas.

Auganti klimato kaitos įtaka Lietuvos žmonių sveikatai. Atlikus 2019 m. karščio ir karščio bangų, gyventojų kreipimosi į gydymo įstaigas, mirtingumo dėl tam tikrų ligų, kurioms karštis ir karščio bangos turi įtakos, bei skendimų analizę nustatyta, kad daugiausia gyventojų kreipimusi į gydytojus buvo liepos 1 d., iš karto po karščio bangos, o didžiausias mirtingumas – birželio 6 d., pirmosios ir ilgiausios karščio bangos metu. (Higienos institutas, 2020).

Netinkami Lietuvos žmonių mitybos ir fizinio aktyvumo įpročiai. 2020 m. kasdien, ne pamokų metu, mankštinosi ar sportavo bent 60 min. per dieną kas septintas mokinys (14 proc.). Žemesnis fizinis aktyvumas būdingesnis mergaitėms nei berniukams, o atitinkami rodikliai savivaldybėse skyrėsi net kelis kartus. Stebėta, kad mokiniai daugiau laiko praleidžia prie ekranų – televizoriaus, kompiuterio, planšetės, išmaniojo telefono ir kitų prietaisų. Per stebimą laikotarpį beveik 6 proc. daugiau vaikų prie ekranų praleido 4 ir daugiau valandų per dieną. 2020 m. 9 klasės mokiniai 2,5 karto dažniau nei 5 klasės mokiniai (atitinkamai 35,6 proc. ir 14,4 proc.) nurodė, kad 4 ir daugiau valandų praleido prie ekranų. Vertinant mokyklinio amžiaus vaikų daržovių ir vaisių vartojimą pastebėta, kad jis yra nepakankamas ir situacija Lietuvoje pablogėjo. Tik kas trečias mokinys daržoves (32,3 proc.) ir vaisius (34,7 proc.) vartojo kasdien (Higienos institutas, 2021). Paauglių atsvario ir nutukimo rodikliai Lietuvoje per pastaruosius du dešimtmečius padidėjo tris kartus ir 2018 m. pasiekė 15 proc., nors tebėra mažesni negu daugumoje ES šalių. (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Suaugusių gyventojų fizinio aktyvumo įpročiai nėra palankūs sveikatai. Suaugusiųjų, kurie užsiima energinga fizine veikla bent po 30 min. 5 dienas ir daugiau per savaitę, 2018 m. buvo 40,5 proc., o 2022 m. – 28,3 proc. Kita vertus, suaugusiųjų, kurie bent kartą per dieną valgo daržoves (neskaitant bulvių) padaugėjo (2018 m. – 42,0 proc., 2022 m. – 46,1 proc.). (Higienos institutas, 2022b).

Aukšti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo rodikliai. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento užsakyta 2021 m. atlikto GPS tyrimo duomenimis, 14,1 proc. 15–64 metų amžiaus Lietuvos gyventojų bent kartą gyvenime buvo vartoję bent vieną narkotiką. 4,5 proc. gyventojų teigė bent vieną narkotiką vartoję per paskutinius 12 mėnesių, o 1,6 proc. – per paskutines 30 dienų. Narkotikų vartojimas taip pat buvo labiau paplitęs tarp jaunesnių (15–34 m.) nei tarp vyresnių (35–64 m.) gyventojų. 2021 m. atlikto GPS tyrimo duomenimis, 84,4 proc. 15–64 metų amžiaus Lietuvos gyventojų per paskutinius 12 mėnesių buvo vartoję kokius nors alkoholinius gėrimus, o 62,8 proc. alkoholį vartojo per paskutines 30 dienų. 2021 m. GPS tyrimo duomenimis, bent kartą gyvenime buvo rūkę 65,2 proc. 15–64 metų amžiaus Lietuvos gyventojų. Nė karto nebandžiusių vartoti tabako gaminių buvo 34,8 proc.. Per paskutinius 12 mėnesių rūkė 38,5 proc. 15–64 metų amžiaus Lietuvos gyventojų, per paskutines 30 dienų – 34,9 proc., o kasdien – 31,1 proc. (Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, 2022). Vertinant rizikingo elgesio rodiklius, pastebima, kad sumažėjo suaugusiųjų dalis, kurie per paskutines 30 dienų kasdien vartojo tabako gaminius (2018 m. – 17,3 proc., 2022 m. – 16,3 proc.), bet padaugėjo, kurie kasdien per paskutines 30 dienų rūkė elektronines cigaretes arba naudojo panašius elektroninius įtaisus rūkymui (2018 m. – 1,1 proc., 2022 m. – 5,2 proc.) (Higienos institutas, 2022b). Išlieka nepalanki jaunų žmonių rūkymo įpročių tendencija: nors daugumoje ES šalių rūkančių paauglių skaičius pastaraisiais metais mažėja, Lietuvoje jų daugėjo. 2018 m. trečdalis penkiolikmečių teigė, kad per savo gyvenimą buvo apsvaigę nuo alkoholio daugiau kaip vieną kartą – taip teigiančiųjų dalis yra antra pagal dydį ES po Danijos (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Aukšti įvairių sveikatos netolygumų rodikliai. Savivaldybėse išvengiamų hospitalizacijų dažnumas nevienodas – tarp mažiausius ir didžiausius rodiklius turinčių savivaldybių išvengiamų hospitalizacijų rodikliai skyrėsi beveik 4 kartus – nuo 15,5 iki 56,8 atvejo 1000 gyventojų (Higienos institutas, 2022c). Dėmesį reiktų atkreipti į rodiklių netolygumus savivaldybėse – kai kuriose iš jų moterų, dalyvavusių krūtų vėžio ir gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinėse programose, dalis skyrėsi daugiau negu du kartus (Higienos institutas, 2022d). 2021 m. Kai kurių mažesnių miestelių gyventojų standartizuotas mirtingumas 1,2 karto viršijo miesto gyventojų (Higienos institutas, 2022e). Labai svarbūs ne tik sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, bet ir jų prieinamumo netolygumai. Kas septintas namų ūkis patiria nepakeliamas išlaidas sveikatai (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Dideli sveikatos netolygumai gali lemti sunkiai valdomą ir sunkiai prognozuojamą atsaką į sveikatos apsaugos srityje priimamus sprendimus.

Sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir netolygus pasiskirstymas šalyje. Daugiausia gydytojų specialistų (medicinos praktika) koncentruojasi dviejų didžiausių miestų (Vilniaus ir Kauno) apskrityse. Tai galima paaiškinti tuo, kad Vilniuje ir Kaune yra 2 didžiausi gydytojų specialistų rengimo universitetai, taip pat šiuose miestuose įsteigtos didžiausios ir plačiausios paslaugų pasiūlą teikiančios ligoninės (universitetinės, respublikinės, regioninės). Vilniaus ir Kauno apskrityse santykinis gydytojų specialistų skaičius, būdamas didžiausias, dar ir išlaiko didėjimo tendenciją. STRATA tyrimo duomenimis, medikų vidutinio darbo užmokesčio skirtumai tarp didžiųjų ir mažųjų miestų sveikatos priežiūros įstaigų gali siekti iki 600–650 Eur. Didėja tikimybė, kad bus sunkiau pritraukti gydytojus specialistus į mažesnes apskritis. Didžiausias nominalus (asmenimis) kumuliatyvus sveikatos specialistų trūkumas 2030 m. prognozuojamas bendrosios praktikos slaugytojams (3 163), šeimos gydytojams (428), vidaus ligų gydytojams (420). Didžiausias procentinis (kvalifikacijoms, kurių poreikis 2030 m. sieks bent 50 specialistų) kumuliatyvus sveikatos specialistų trūkumas 2030 m. prognozuojamas skubiosios medicinos gydytojams (>100 %), darbo medicinos gydytojams (>100 %), gydytojams geriatrams (>100 %), gydytojams infektologams (62 %), vaikų ligų gydytojams (46 %). Didžiausias nominalus (asmenimis) kumuliatyvus sveikatos specialistų perteklius 2030 m. prognozuojamas burnos higienistams (995), gydytojams odontologams (945), dantų technikams (124). Didžiausias procentinis (kvalifikacijoms, kurių poreikis 2030 m. sieks bent 50 specialistų) kumuliatyvus sveikatos specialistų perteklius 2030 m. prognozuojamas burnos higienistams (98 %), plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojams (32 %), gydytojams odontologams (29 %) (STRATA, 2021).

Emigracija, protų ir talentų nutekėjimas. Remiantis STRATA analize, jau 2030 metais sveikatos priežiūros specialistų poreikis Lietuvoje bus 1,8 tūkst. specialistų didesnis nei 2020 metais dirbusių sveikatos specialistų skaičius. Tikėtina, kad sveikatos priežiūros specialistų poreikis augs ir ateityje. Viena iš priežasčių yra migracija. 2018 m. duomenimis, 1960 Lietuvoje parengtų gydytojų dirbo užsienyje. Daugiausia išvykusių iš Lietuvos gydytojų dirbo Vokietijoje (409), Jungtinėje Karalystėje (171), Švedijoje (165), Izraelyje (152) ir Norvegijoje (136) (STRATA, 2021).

Nekontroliuojama dirbtinio intelekto plėtra. Nesant tinkamų reguliavimo ir akreditavimo sistemų, sparti dirbtinio intelekto modelių kūrimo ir diegimo pažanga gali lemti nesaugią ir etiškai klaidingą sveikatos priežiūros praktiką (Reddy, Allan, Coghlan & Cooper, 2020).

Poreikių nustatymas

Aiškėja integruotos, kuriama vertė grįstos, į sveikatos rezultatus orientuotos sveikatos priežiūros poreikis. Būtina rasti sprendimus, kaip kompensuoti vis gilėjantį slaugytojų, šeimos, vidaus ligų, skubiosios medicinos gydytojų trūkumą bei jų pritraukimą į regionus. Siekiant paslaugų teikimo fragmentacijos mažinimo būtina įgalinti savivaldą koordinuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Būtina siekti gilesnės sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos sistemų integracijos. Būtina vykdyti aiškią ir nuoseklią sveikatos išsaugojimo strategiją, kuri apimtų maisto, alkoholio, vaistų vartojimo politiką, visais lygmenimis (savivaldos, SAM, Vyriausybės, Seimo). Siekiant sėkmės būtinas ES šalių vidurkį atitinkantis sveikatos apsaugos finansavimas.

Norint užtikrinti visuotinę sveikatos apsaugą visi šalies gyventojai, įskaitant socialiai ir ekonomiškai pažeidžiamus asmenis ir pacientus, turinčius didžiausių sveikatos priežiūros poreikių, turi turėti prieigą prie asmens sveikatos priežiūros; sveikatos priežiūra turi būti kokybiška, o sveikatos priežiūros paslaugas gauti neturėtų trukdyti

finansinės kliūtys. Tikimasi, kad visuotinė sveikatos apsauga padidins pažeidžiamų socialinių ir ekonominių grupių naudojimąsi sveikatos priežiūros įstaigomis, o tai gali padidinti sveikatos apsaugos sistemos išlaidas trumpuoju ar vidutiniu laikotarpiu, atsižvelgiant į tai, kad žmonės, turintys didelių nepatenkintų sveikatos priežiūros poreikių, pradės naudotis šia priežiūra. Prognozuojamas išlaidų padidėjimas gali atgrasyti vyriausybės nuo investicijų, reikalingų visuotinei sveikatos apsaugai užtikrinti, todėl sveikatos priežiūros reformą reikia suprasti kaip ilgalaikę perspektyvą ir įsipareigoti ją vykdyti, ypatingą dėmesį skiriant pirminės asmens sveikatos priežiūros stiprinimui. Todėl stipri pirminė asmens sveikatos priežiūra darnioje sąveikoje su visuomenės sveikatos priežiūra gali reikšmingai pagerinti gyventojų sveikatą, o laikui bėgant sumažinti bendras sveikatos apsaugos sistemos išlaidas, pagerinti bendrą sveikatos apsaugos sistemos veikimą ir užtikrinti geresnę sveikatos paslaugų lygį ir prieinamumą visiems. Padidėjęs pirminės asmens sveikatos priežiūros efektyvumas ir ekonomiškumas ateityje leis reikšmingai sutaupyti ir kitose srityse. Sveikesnės populiacijos sukuria atsparesnes, socialiai ir ekonomiškai gyvybinges bendruomenes, kurios savo ruožtu padidina išteklius, kuriuos galima investuoti į būsimas paslaugas, įskaitant sveikatos priežiūrą visiems. Kraštams, kuriuose stipri pirminė asmens sveikatos priežiūra, būdingas mažesnis specializuotos asmens sveikatos priežiūros poreikis, nes stipri pirminė asmens sveikatos priežiūra padeda žmonėms išsiugdyti ir išlaikyti savarankiškumą bei prisiimti atsakomybę už savo sveikatą. Štai kodėl pirminė asmens sveikatos priežiūra turėtų būti laikoma pagrindine sudedamąja visuotinės sveikatos priežiūros dalimi, įgyvendinant tvaraus vystymosi ambicijas (van Weel & Kidd 2018).

Ateities sveikatos priežiūros sistemoje vienas reikšmingiausių vaidmenų tenka pagrindiniam ekosistemos veikėjui – pacientui ir jo sąveikai su visais sveikatos politiką formuojančiais ir įgyvendinančiais dalyviais. Esminis efektyvios sąveikos elementas yra aukštas sveikatos raštingumas. Sveikatos tyrimų ir kokybės agentūros sisteminėje apžvalgoje nustatytas nuoseklus ryšys tarp žemo sveikatos raštingumo ir prastų sveikatos rezultatų. Įrodyta, kad žmonės, turintys žemą sveikatos raštingumą, susiduria su iššūkiais sprendami lėtines sveikatos problemas. Jie patiria didesnę hospitalizacijos riziką ir didesnę mirtingumo riziką, palyginti su tais, kurių sveikatos raštingumo rodikliai aukšti. Sveikatos raštingumas reiškia kognityvinius ir socialinius įgūdžius, kurie lemia žmonių motyvaciją ir gebėjimą gauti informaciją, ją suprasti ir naudoti taip, kad būtų skatinama ir palaikoma gera sveikata. Kartu sveikatos raštingumas yra dinamiškas įgūdis, apimantis ankstesnes sveikatos žinias ir patirtį, individualias asmens savybes, sveikatos būklę, kultūrinės ir kalbinės nuostatas bei kognityvinius gebėjimus, turinčius įtakos organizacijų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros gavėjų gebėjimui pasiekti, suprasti ir naudoti sveikatos informaciją ir paslaugas, kad būtų galima priimti pagrįstus sprendimus ir pagerinti sveikatos rezultatus. Siekiant skatinti pacientų sveikatos raštingumą ir gerinti jų sveikatą, paslaugų teikėjams būtina įgyti su sveikatos raštingumu susijusių įgūdžių ir įgyvendinti strategijas, įskaitant sveikatos raštingumo vertinimą ir atitinkamas intervencijas. Intervencijos, susijusios su sveikatos raštingumo gerinimu, susideda iš dviejų dalių. Pirmą, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai gali būti mokomi didinti pacientų informuotumą apie sveikatos raštingumą, nustatyti poreikius, suteikti individualių žinių ir tobulinti nuostatas sveikatos atžvilgiu, kartu gerinant tarpasmeninį ir organizacinį bendravimą. Antra, pacientai turi būti įgalinti patys suvokti savo sveikatos raštingumo įgūdžius ir atrasti poreikį juos tobulinti (Mor-Anavy, Lev-Ari & Levin-Zamir, 2021).

Šiuo metu prieiga prie informacijos apie sveikatą daugumai žmonių nėra problema, artimoje ateityje tokios problemos neliks. Daug svarbesnis iššūkis visuomenei – nustatyti patikimus informacijos šaltinius. Internetu ir socialinėje žiniasklaidoje yra ir tikėtina, kad bus ateityje daug informacijos bei nuomonių, kurios yra netikslios, sąmoningai klaidinančios ir (arba) pagrįstos komerciniais motyvais. Tyrimai rodo, kad melaginga informacija sklinda žymiai toliau, greičiau, giliau ir plačiau nei tikroji informacija todėl, kad dezinformacijos turinys yra naujesnis, sukelia daugiau pasibjaurėjimo, baimės ir nuostabos. Melaginga informacija tampa populiari vien todėl, kad įtakingi asmenys savo paskyrose dalijasi ja su savo auditorija, todėl asmenų, turinčių didelį sekėjų skaičių, skatinimas dalytis teisinga ar aukštos kokybės informacija galėtų būti veiksminga strategija siekiant sumažinti klaidingos informacijos plitimą. Taip pat nustatyta, kad vyresni nei 65 metų suaugusieji septynis kartus dažniau dalijosi melagingomis naujienomis socialiniame tinkle „Facebook“ nei 18–29 metų amžiaus suaugusieji (Swire-Thompson & Lazer, 2020). Todėl būtinos dvejopos sveikatos raštingumo ugdymo strategijos: gerinti internetinės informacijos ekosistemos kokybę ir prieinamumą; padėti plačiai visuomenei identifikuoti patikimus informacijos šaltinius ir veiksmingai jais naudotis (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Efektyvi sveikatos priežiūros sistema neįmanoma be pažangių skaitmeninių technologijų diegimo šalyje, tačiau būtina suvokti ir įveikti pažangą stabdančius barjerus. Sveikatos priežiūros darbuotojų išmanymas apie skaitmenines technologijas įtakoja, kaip efektyviai jos bus naudojamos kasdienėje sveikatos priežiūros praktikoje. Yra keletas išorinių ir individualių veiksnių, kurie formuoja suvokimą. Pasitikėjimo skaitmeninėmis sveikatos technologijomis lygis labai priklauso nuo skaitmeninės šalies kultūros brandos. Išplėtotą skaitmeninę kultūrą

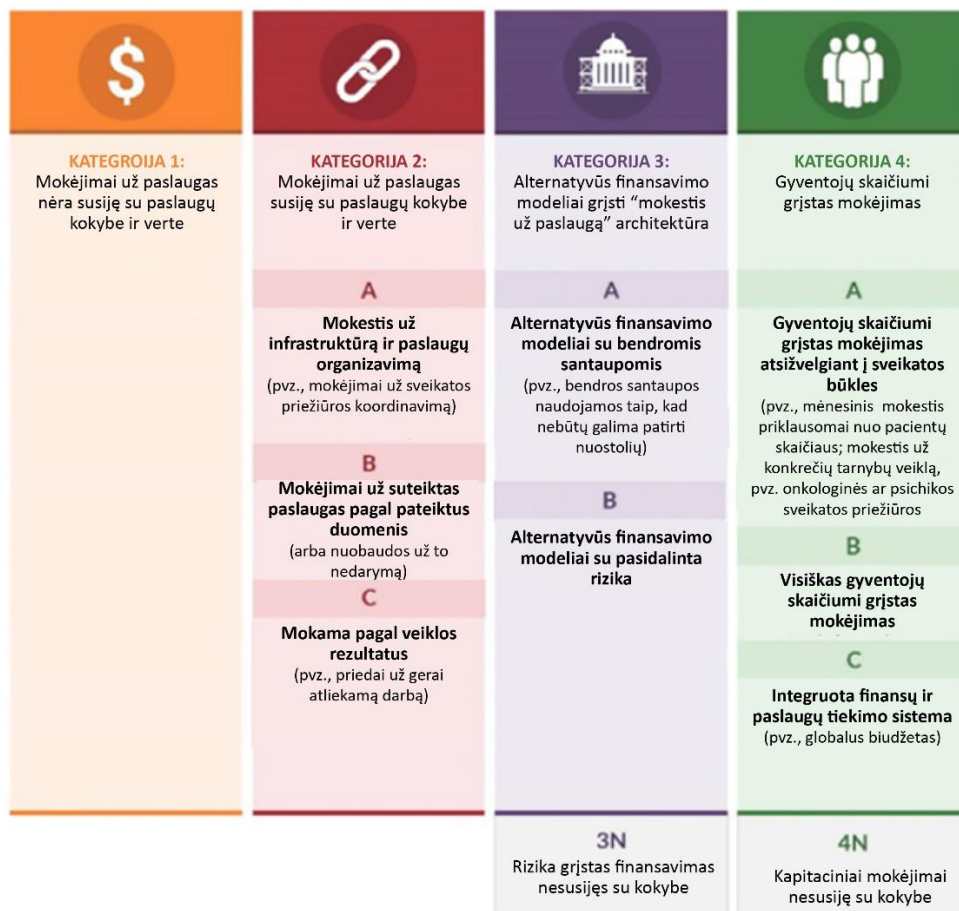
dažniausiai išreiškiama plačia bendra skaitmeninių priemonių ir paslaugų pasiūla ir naudojimu, ypač viešųjų paslaugų sektoriuje, pavyzdžiui, norint susisiekti su institucijomis arba gauti įvairius leidimus, registracijas ar sertifikatus elektroninėmis ir automatizuotomis priemonėmis. Sveikatos sektoriaus darbuotojų pozityvus technologijų vertinimas priklauso nuo to, kaip efektyviai atsakingos už technologijų plėtrą institucijos bendradarbiauja su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais ir informuoja apie bendrą skaitmeninių technologijų plėtros sveikatos srityje strategiją. Kai trūksta strategijos ir komunikacijos, sveikatos priežiūros darbuotojams gali būti sunku suvokti, kaip įvairių skaitmeninių įrankių ir paslaugų įdiegimas kartu padeda pasiekti pagrindinius sveikatos sistemos tikslus ir kaip tikimasi patenkinti pacientų, jų šeimų ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

Net kai egzistuoja skaitmeninė sveikatos strategija ir veiksmų planas, vyriausybės savo komunikacijoje dažnai sutelkia dėmesį į pačias technologijas, o sveikatos priežiūros paslaugų ir technologijų sankirta ne visada aiški. Sveikatos priežiūros darbuotojai dažnai nerimauja, kad vertinant technologijas neatsižvelgiama į visą galimo jų poveikio spektrą. Be to, sveikatos priežiūros darbuotojai ir pacientai dažnai susirūpinę duomenų saugumu. Nustatyta, kad jeigu duomenų apsaugos priemonėmis nepasitikima pakankamai, skaitmeninės sveikatos priemonės ir paslaugos bus mažiau naudojamos. Tuo pačiu metu sveikatos priežiūros darbuotojai ir pacientai paprastai mažai žino arba nežino apie įdiegtas saugumo priemones ir bendras investicijas į sveikatos duomenų infrastruktūrą bei jos kokybę. Tokiu atveju, nepaisant to, ar saugumo problemos iš tikrųjų egzistuoja ar ne, vyrauja neigiamas suvokimas. Be to, medicinos personalo argumentai prieš skaitmenines technologijas dažnai kyla dėl įspūdžio, kad jomis per sunku naudotis, reikia daugiau laiko nei žemųjų technologijų metodams, kad pacientai nenori skaitmeninių sprendimų. Nors tai dažniausiai siejama su sveikatos sektoriaus darbuotojų ribotu supratimu apie tai, kokias funkcijas iš tikrųjų siūlo skaitmeniniai sveikatos sprendimai, visgi tokį požiūrį dažnai lemia atsitiktinis daugelio technologijų diegimas, ypač neatsižvelgiant į tai, kiek laiko ir mokymo sveikatos priežiūros darbuotojams prireiks naujoms technologijoms įsisavinti (Socha-Dietrich, 2021).

Vieni svarbiausių ateities sveikatos ekosistemos tvarumo ir atsparumo veiksnių yra koordinacija ir integracija. Koordinacija yra vertikalusis vektorius, o integracija – horizontalusis. Sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos sistemų integracijos poreikis bei Vyriausybės koordinuojantis vaidmuo yra labai svarbūs veiksniai, galintys lemti efektyvesnius pacientų sveikatos priežiūros rezultatus. Siekiant efektyvesnės sistemų bei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų integracijos būtina transformuoti mokymo procesą, sudarant galimybę dar studijų kolegijose ir universitetuose laikotarpiu sukurti komandinio darbo modelius, kurie sėkmingai būtų perkelti į praktiką (Gola, Brambilla, Barach, Signorelli & Capolongo 2020). Horizontalioji, natūraliai besiklostanti integracija yra tvaresnis sprendimas negu administraciniai vertikalieji sprendimai dirbtinai jungiant sveikatos priežiūros lygmenis ar specialistų komandas. Vyriausybės gebėjimas imtis lyderystės naudojant švelniąją galią – edukaciją, skatinimo priemones, mokesčines lengvatas formuojant sveiką gyvenseną, įvairių sveikatos grandžių sąveiką yra neabejotinas visų sveikatos ekosistemos dalyvių poreikis. Esant saikingai decentralizacijai, valstybės išlaidos sveikatos apsaugai yra mažesnės, o gyvenimo trukmė ilgesnė, palyginti su labiau centralizuotomis sistemomis; tačiau labai decentralizuotose sistemose valstybės išlaidos yra didesnės, o gyvenimo trukmė mažesnė. Šis „U formos“ decentralizavimo ir rezultatų santykio atradimas taip pat padeda suprasti naujausias EBPO sveikatos sistemų reformas, kurios dažnai grįžta į nuosaikesnį administracinio decentralizavimo laipsnį (Dougherty, Lorenzoni, Marino & Murtin 2022).

Gebėjimas efektyviai testuoti inovatyvius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo modelius yra kitas ne mažiau svarbus ekosistemos tvarumo ir atsparumo veiksnys. Bandomieji projektai iki šiol Lietuvoje nėra labai paplitę dėl įvairių biurokratinių trukdžių, o paslaugų apmokėjimo sistemų keitimas Lietuvoje dažniausiai nepalieka daug vietos pasirinkimui, o kitos šalys tokius pakeitimus atlieka lanksčiau ir laipsniškai, kai vienu metu funkcionuoja įprastas ir inovatyvus paslaugų apmokėjimo modelis (Hecht, Marzolf & Castle 2022).

12 paveikslėlis. JAV sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo modeliai.



Šaltinis: Health Care Payment Learning & Action Network (2021); Hecht, Marzolf & Castle (2022)

Visuomenės ir sveikatos apsaugos sistemos atsparumo ateities krizėms ugdymo poreikis neabejotinas, todėl būtina ne popierinė, o nuosekli, ilgalaikė, adaptyvi strategija, kurios vykdymas integruotas į kasdienę praktiką. Norint išspręsti šiuos ateities iššūkius, būtinas stiprus tarpdisciplininis bei mokslininkų ir politikos formuotojų bendravimas.

7. Pasiūlymai ekosistemos transformacijai

Esminis sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo vaidmuo tenka patiems Lietuvos žmonėms. Būtina didinti Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumą, kuriant informacinį atsparumą, ugdant gebėjimą kritiškai mąstyti bei vertinti gaunamą informaciją. Būtina sudaryti sąlygas Lietuvos žmonėms sveikai gyventi savo bendruomenėje, skatinti aktyvų laisvalaikį, pažeidžiamų visuomenės grupių (pvz. žmonių su negalia) socializaciją. Valstybė mokestiniais instrumentais turi skatinti sveikų maisto produktų vartojimą, riboti priklausomybę sukeliančių medžiagų naudojimą informacinėmis, mokestinėmis bei administracinėmis priemonėmis bei užtikrinti visavertę priklausomybės patiriančių asmenų reabilitaciją ir adaptaciją visuomenėje bei darbo rinkoje.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema ateityje privalės aprėpti atsparumą įvairioms krizėms, dirbtinį intelektą, naujausius informacinių ir biotechnologijų pasiekimus, gebėjimą efektyviai sąveikauti tarpusavyje su kitomis sistemomis bei veikti autonomiškai įvairių grėsmių akivaizdoje. Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistų užduotis bus visuomenėje diegti įrodymais grįstos sveikos gyvensenos ir sveikatos priežiūros principus, gebėti dirbti daugiakultūroje ir tarpsektorinėje aplinkoje, greitai įsisavinti naujas technologijas, keisti įpročius, nuolat tobulėti. Sveikatos apsaugos sistemoje vyraujanti konkurencija tarp sveikatos priežiūros paslaugų lygmenų, viešojo ir privataus sektoriaus, pirminės ir specializuotos asmens sveikatos priežiūros grandžių palaipsniui turi virsti kooperacija ir bendradarbiavimu. Gebėjimas bendradarbiauti ne tik su kolegomis medikais, bet ir socialiniu, IT, biotechnologijų sektoriumi taps esminiu sveikatos priežiūros specialistų apibrėžiančiu veiksmu. Labai svarbu, kad pirminiame, antriniame ir tretiniame sveikatos priežiūros lygmenyje dirbantys specialistai gebėtų priimti efektyvius klinišnius sprendimus neveikiant kuriam nors lygmeniui ar sutrikus sveikatos duomenų perdavimui skaitmeninėje erdvėje. Tam būtina, kad tiek šeimos medicina, tiek specializuotos sveikatos priežiūros grandys turėtų bazinių sveikatos pagalbos gebėjimų ir įgūdžių rinkinį, o sveikatos priežiūros veiklos algoritmai gebėtų funkcionuoti autonomiškai įstaigos ir (ar) padalinio lygmeniu.

Visai minėtai gebėjimo ir įgūdžių transformacijai būtini nauji prioritetai. Įvairių specializacijų gydytojų, vaistininkų, slaugytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų rengimas privalės integruotis dar studijų metais ugdant gebėjimą kartu dirbti daugiadalykėje komandoje. Sveikatos apsaugos srities įstatymai, poįstatyminiai aktai privalės būti suderinti panaikinant prieštaras, aiškiai apibrėžiant visas galimas sąveikas ir funkcionavimą krizių laikotarpiu. Sveikatos priežiūros specialistų planavimo sistema turės atspindėti sveikatos priežiūros paslaugų poreikius regionuose bei įvairiuose priežiūros lygmenyse. Regioninė sveikatos politika privalės būti suderinta su visų sektorių (kultūros, socialinio, švietimo, ekonomikos) atžvilgiu vykdoma valstybės politika regionuose ir tapti ilgalaikė. Daugelis sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų privalės būti peržiūrėti ir netgi naikinami, deleguojant sprendimų priėmimo teisę visiems sveikatos pagalbą teikiantiems komandos nariams bei atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos priežiūros poreikius, bet kartu užtikrinant nuolatinį paslaugų kokybės monitoringą. Stacionarines paslaugas laipsniškai privalės keisti dienos stacionarai bei namuose taikomos pacientų būklės stebėjimo ir ligų gydymo technologijos. Privalės būti užtikrintas integruotas klinikinio atvejo elektroninių duomenų perdavimas į *E.sveikatą* ir šių duomenų apsikeitimas su pacientu nepaisant duomenų šaltinio, teikiančios sveikatos priežiūrą gydymo įstaigą lygmens ar klinikinės būklės stebėjimo sistemų paciento namų aplinkoje. Sveikatos priežiūros darbuotojas turi galėti sukurti ir pasirašyti elektroninį dokumentą, net jeigu nėra ryšio su *E.sveikata*. *E.sveikatos* sistema turi tapti ne centralizuota *online* sistema, o informacijos mainų sistema. Dokumentų šioje sistemoje pasirašymas turi trukti milisekundes, o tai lengvai išsprendžiama atsisakant kvalifikuoto parašo, nes Lietuvos įstatymai leidžia naudoti bet kokį elektroninį parašą. Taip pat į *E.sveikatos* sistemą turi būti sudaryta galimybė nusiųsti bet kokio formato dokumentus (pdf, html, xml, json, jpg, nuorodą ir t.t.).

Labai svarbu pakeisti sveikatos ir socialinio sektoriaus veikimo paradigmą, sujungiant jų veiklas, koordinavimą. Ilgalaike sveikatos priežiūra neatsiejama nuo socialinių paslaugų užtikrinimo. Socialinės globos, negalios, psichikos sveikatos, darbo aplinkos problemų sprendimas turi būti kompleksiskai siejamas su sveika gyvensena bei sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimu. Siekiant šių tikslų ypatinga vieta turi būti numatyta pirminės asmens sveikatos priežiūrai. Šeimos medicinos komanda privalo būti sukomplektuota atsižvelgiant į jai keliamas užduotis, turi būti aprūpinta reikiama diagnostiniais resursais, turėti reikiamų žinių, gebėjimų ir lyderystės, kad galėtų imtis sveikatos ir socialinių paslaugų koordinatoriaus vaidmens. Pirminės asmens sveikatos priežiūros stiprinimas reiškia esminį perėjimą nuo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, orientuoto į ligų gydymą, prie sveikatos sistemų, tenkinančių specifinius pacientų ir bendruomenių sveikatos poreikius, daugiausia dėmesio

skiriant sveikatos priežiūros bendrumui, visapusiškumui ir tęstinumui. Teikiama priežiūra turi būti nuolatinė ir visapusiška, t. y. spręsti visas visų pacientų sveikatos problemas visais gyvenimo etapais. Iki šiol vyraujantis fragmentiškas požiūris į sveikatos priežiūrą, kaip atskirų paslaugų sumą, turėtų keistis holistiniu sveikatos, kaip visumos, suvokimu ne tik teoriniame, bet ir praktiniame sveikatos priežiūros paslaugų lygmenyje. Pirminė asmens sveikatos priežiūra turi būti prieinama visai vietos bendruomenei, ypatingą dėmesį skiriant kaimo ir atokiose vietovėse gyvenantiems žmonėms, pažeidžiamoms grupėms. Svarbu išsaugoti pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų vaidmenį koordinuojant visas sveikatos problemas, psichikos sveikatos priežiūrą integruojant į pirminę asmens sveikatos priežiūrą, gilinant pirminės asmens sveikatos priežiūros srityje dirbančių psichiatrų ir šeimos gydytojų bei jų komandų narių sąveiką. Būtiną horizontalų bendradarbiavimą su kitais sveikatos ir paramos paslaugų teikėjais bendruomenėje, siekiant skatinti visų žmonių sveikatą ir gerovę. Šeimos gydytojai privalės ir ateityje išlikti sveikatos apsaugos sistemos „vartų prižiūrėtojais“ ir koordinatoriais, gebančiais pacientus tinkamai ir laiku nukreipti pas kitus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų mokymas turi vykti daugiausia pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir bendruomenės aplinkoje. Būtina parama sveikatos politikai, įskaitant teisingą atlyginimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, palyginti su jų kolegomis, dirbančiais ligoninėse ar kitų specializacijų srityse (van Weel & Kidd, 2018).

Būtina sukurti duomenų ekosistemą, galinčią padėti geriau susidoroti su būsimomis pandemijomis. Vienas iš svarbių tokios ekosistemos aspektų turėtų būti duomenų vizualizavimo ir vizualinės analizės pajėgumų plėtra, siekiant reaguoti į ekstremalias situacijas sudėtingomis sąlygomis (Mollison, Isham, Dangerfield & Hollingsworth, 2022).

Daugiadalykio bendradarbiavimo pavyzdžiai kuriant ankstyvos ligų diagnostikos prevencijos, skubiosios pagalbos teikimo bei specializuotų ligų klasterių, dauginių ligų priežiūros modelius gali būti sėkmingai panaudoti koordinuojant ir integruojant sveikatos priežiūros veiklas. Kartu būtina vystyti inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo formas bei nuolat stebėti jų efektyvumą. Būtina skatinti farmacijos, biotechnologijų, medicinos įrangos, IT verslo galutinių produktų ar jų dalių kūrimą ir gamybą Lietuvoje, ypač tose srityse, kur tiekimo grandinės įvairių krizių metu sutrūkinėja.

8. Išvados ir rekomendacijos

Šioje lentelėje, remiantis ankstesniame skyriuje aptartais kultūros ekosistemos transformacijos pasiūlymais, pateikiamos konkrečios rekomendacijos sprendimų priėmėjams iki 2050 m. dėl reikalingų pokyčių sveikatos politikos srityje.

Eil. Nr.	Rekomendacija	Pasiūlymai dėl rekomendacijos įgyvendinimo	Rekomendaciją įgyvendinanti institucija	Įgyvendinimo terminas	Laukiamas rezultatas
	Pateikiamos vertinimo rekomendacijos, trumpai apibūdinant kiekvienos esmę	Aprašomi veiksmai, kurie turi būti vykdomi siekiant įgyvendinti rekomendaciją	Nurodoma institucija, kuri turi imtis konkrečių priemonių rekomendacijai įgyvendinti	Nurodoma data, iki kurios turi būti įgyvendinta rekomendacija	Nurodomas rezultatas, kurio tikimasi įgyvendinus numatomas priemones
1.	Sveikatos apsaugos sistemos parengimas penktosios kartos ⁹ visuomenei	Pacientų namų bei darbo aplinkos ir sveikatos apsaugos sistemos skaitmeninės jungties darninimo planas, grįstas daiktų interneto, didžiųjų duomenų sąsajomis ir mašininio mokymusi; sveikatos apsaugos sistemoje sukurta žinioms imlios visuomenės informacijos integravimo architektūra, leidžianti rinkti, sintezuoti duomenis ir integruoti juos su informacija įvairiuose laukuose; duomenimis grįstos visuomenės ugdymo strategija; į žmonių poreikius orientuota sveikatos apsaugos sistema	Seimas, Vyriausybė, SAM ir jai pavaldžios institucijos	2025–2040 m.	<i>E.sveikata</i> pasirengusi priimti ir apdoroti 90 proc. informacijos iš pacientų aplinkos bei suteikti grįžtamąjį ryšį. Piliečiai pasitiki ir kasdieną naudojami sveikatos priežiūros sistema, <i>E. sveikata</i> ir jos aplikacijomis bei dalyvauja kuriant sveikatos apsaugos sistemą.

⁹ Penktos kartos visuomenė – visiškai skaitmeninė nuo gimimo Y kartos visuomenė, kurioje realizuotos prasmingos žmogaus ir mašinos sąsajos bei sukurta „išmanioji aplinkos sistema“, aplinkoje, kurioje visiškai pasitikima išplėstiniu technologijų naudojimu, o žmonės geba atsisakyti kontrolės sprendimų priėmimo procese.

2.	Pasirengimas skaitmeninių technologijų plėtrai sveikatos apsaugos sistemoje	Sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų skaitmeninės įtraukties didinimo veiksmų planas	Seimas, Vyriausybė, SAM ir jai pavaldžios institucijos	2023–2030 m.	100 proc. sveikatos priežiūros darbuotojų ir 90 proc. pacientų yra aktyvūs skaitmeninės sveikatos sistemos dalyviai.
3.	Sveikatos technologijų diegimo sveikatos apsaugos sistemoje skatinimas	Sveikatos technologijų tyrimų ir diegimo prioritetų planas	Vyriausybė, SAM, ŠMSM, Ekonomikos ir inovacijų ministerija ir joms pavaldžios institucijos	2023–2050 m.	Valstybė konsoliduoja ir skiria finansinius resursus 5 prioritetinėms sveikatos technologijų kryptims.
4.	Sveikatos raštingumo (taip pat ir skaitmeninio) ugdymas	Sveikatos raštingumo didinimo veiksmų planas	Seimas, Vyriausybė, SAM ir jai pavaldžios institucijos	2023–2030 m.	Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumas atitinka 10 pažangiausių ES šalių gyventojų raštingumo vidurkį.
5.	Sveikos gyvensenos skatinimas pasitelkiant mokesčių politiką	Nesveikų maisto produktų (cukraus, saldiklių ir kt.) apmokestinimas, mokestinės lengvatos sveikiems produktams, fizinio aktyvumo skatinimas mokestinėmis priemonėmis	Seimas, Vyriausybė	2024–2030	Keičiasi Lietuvos žmonių gyvensena, daugiau fizinės veiklos ir sveikos mitybos
6.	Tarpsektorinis bendradarbiavimas visais sprendimų priėmimų lygmenimis	Sveikos gyvensenos politikos formavimas Vyriausybės lygmeniu	Vyriausybė	2023–2040 m.	Užtikrinta aktyvi skirtingų sektorių sąveika sveikatą stiprinančiose veiklose Vyriausybės, ministerijų, joms pavaldžių

					institucijų ir savivaldos lygmenimis.
7.	Sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų integracija	Sveikatos ir socialinės apsaugos veiklos koordinavimas Vyriausybės, ministerijų bei savivaldos lygmeniu	Seimas, Vyriausybė	2023–2030 m.	Atskirų socialinio recepto iniciatyvų transformacija į kasdienę praktiką bei įdiegimas visoje šalyje. <i>E. sveikatos</i> ir elektroninės socialinės sistemos duomenų integracija.
8.	Pirminės asmens sveikatos priežiūros stiprinimas	<p>Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas regionuose</p> <p>Pirminės psichikos priežiūros ir šeimos medicinos integracija</p> <p>Pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų rengimas atsižvelgiant į komandų integracijos poreikius</p>	<p>SAM</p> <p>SAM</p> <p>Universitetai, kolegijos, SAM, ŠMSM</p>	<p>2023–2030 m.</p> <p>2023–2030 m.</p> <p>2023–2040 m.</p>	<p>Pirminės asmens sveikatos priežiūros komandos užtikrina tolygų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visoje šalyje.</p> <p>Pirminės sveikatos priežiūros lygiu sprendžiama 80 proc. šalies gyventojų psichikos sveikatos poreikių.</p> <p>Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas išaugo.</p>
9.	Daugiadalykės specialistų sąveikos ugdymas	Komandinio mokymo paradigma švietimo sistemoje universitetų ir kolegijų lygmeniu; daugiadalykės sąveikos įgalinimas	Sveikatos apsaugos ministerija, Švietimo, mokslo ir sporto ministerija,	<p>2023–2040 m.</p> <p>2023–2030 m.</p>	Sveikatos priežiūros sistemoje vyrauja horizontali paslaugų teikėjų

		teikiant sveikatos priežiūros paslaugas; daugiadalykių komandų darbo apmokėjimo tvarka	SAM VLK prie SAM	2023–2030 m.	integracija ir bendradarbiavimas.
10.	Perėjimas nuo stacionariųjų prie ambulatorinių paslaugų	Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų pritaikymas prie paslaugų srauto	Sveikatos apsaugos ministerija	2025–2050 m.	Stacionariųjų paslaugų poreikis mažėja 50 proc.
11.	Sveikatos priežiūros specialistų planavimas	Atlikti išsamūs ir patikimi tyrimai, siekiant identifikuoti Lietuvos sveikatos priežiūros specialistams tinkančias motyvavimo darbai regionuose priemonės; ilgalaikė sveikatos priežiūros paslaugų tinklo ir paslaugų išdėstymo strategija, numatanti specialistų poreikį regionuose.	Sveikatos apsaugos ministerija	2024–2025 m. 2023–2030 m.	90 proc. šalies sveikatos sistemos poreikių patenkinama.
12.	Pasirengimas krizėms	<i>E. sveikatos</i> parengimas krizėms turi numatyti saugių informacijos mainų tarp sistemos vartotojų užtikrinimą; <i>E. sveikatos</i> parengimas krizėms turi numatyti tų sistemų architektūrinius ir technologinius pakeitimus tokiu būdu, kad jos taptų intuityvesnės, lengviau naudojamos gydytojų ir kito sveikatos priežiūroje dirbančio personalo, turėti kuo mažiau kritinių taškų (SPOF), dėl kurių	Vyriausybė, Sveikatos apsaugos ministerija, VLK prie SAM, Registrų centras	2023–2030 m.	Visi sveikatos ekosistemos dalyviai geba darniai proaktyviai, o esant poreikiui autonomiškai veikti sveikatos krizės akivaizdoje.

		<p>gedimų sutrikimų sveikatos priežiūros darbas, – sistemos turi būti paprastesnės naudotojui; Iš kitos pusės reikia skatinti sistemų vystymąsi, naudojant atsirandančias pažangias technologijas, leidžiant keistis gydytojams reikalinga informacija neribojant jų formato;</p> <p>bazinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų žinių ugdymas krizių atveju;</p> <p>sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įgalinimas krizės atveju</p>	<p>SAM, universitetai, kolegijos</p> <p>Seimas</p>	<p>2023–2040 m.</p> <p>2023–2027 m.</p>	
13.	Naujų sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo modelių testavimas	Teisinės aplinkos sukūrimas lygiagrečiai skirtingiems sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo modeliams	Seimas, Vyriausybė, SAM ir jai pavaldžios institucijos	2023–2030 m.	Sveikatos sistemoje veikia arba testuojamos ne mažiau kaip dvi paslaugų apmokėjimo sistemos.
14.	Sveikatos paslaugų prieinamumo didinimas pasitelkiant inovatyvias IT priemones ir dirbtinį intelektą	Telemedicinos ir/ar elektroninio konsultavimo paslaugų platforma 24 valandas per parą visiems šalies gyventojams	Vyriausybė, SAM ir jai pavaldžios institucijos	2030-2040	Visi pacientai turi galimybę pateikti užklausą ir valandos laikotarpyje gauti nuotolinę/elektroninę sveikatos konsultaciją 24 valandas per parą.

Paaiškinimas. Duomenimis grįžta visuomenė yra visuomenė, kurioje duomenys (surinkti daiktų interneto tinklų) paverčiami informacija ir žiniomis, kurios vėliau varo (arba, kaip rašoma literatūroje, „judina“) realų pasaulį.

Literatūros šaltinių sąrašas

Aghdam, Z. N., Rahmani, A. M., & Hosseinzadeh, M. (2021). The Role of the Internet of Things in Healthcare: Future Trends and Challenges. *Computer methods and programs in biomedicine*, 199, 105903. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105903>

Albreht, T., Polin, K., Brinovec, R. P., Kuhar, M., Poldrugovac, M., Rehberger, P. O., ... & Vracko, P. (2021). Slovenia: health system review. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330245>

Al-Kahtani, M. S., Khan, F., & Taekeun, W. (2022). Application of Internet of Things and Sensors in Healthcare. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 22(15), 5738. <https://doi.org/10.3390/s22155738>

Allamani, A., Voller, F., Pepe, P., Baccini, M., Massini, G., & Cipriani, F. (2014). Italy between drinking culture and control policies for alcoholic beverages. *Substance Use & Misuse*, 49(12), 1646-1664. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.913386>

Alvarenga, A., Bana E Costa, C. A., Borrell, C., Ferreira, P. L., Freitas, Â., Freitas, L., Oliveira, M. D., Rodrigues, T. C., Santana, P., Lopes Santos, M., & Vieira, A. C. L. (2019). Scenarios for population health inequalities in 2030 in Europe: the EURO-HEALTHY project experience. *International journal for equity in health*, 18(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1000-8>

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). United Kingdom: health system review.

Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., Prencipe, G. P., Massimi, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Romano, F. (2021). What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 36(3), 753–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06407-8>

Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC health services research*, 18(1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>

Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC health services research*, 18(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>

Bessant, J., Künne, C. and Möslin, K. (2012), Opening Up Healthcare Innovation: Innovation Solutions for a 21st Century Healthcare System, AIM Research, London.

Boneca I. G. (2021). The Future of Microbial Drug Resistance. *Microbial drug resistance (Larchmont, N.Y.)*, 27(1), 1–<https://doi.org/10.1089/mdr.2020.29000.igb>

Braithwaite, J., Tran, Y., Ellis, L. A., & Westbrook, J. (2020). Inside the black box of comparative national healthcare performance in 35 OECD countries: Issues of culture, systems performance and sustainability. *PloS one*, 15(9), e0239776. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239776>

Brandling, J., House, W., Howitt, D., & Sansom, A. (2011). New routes: pilot research project of a new social prescribing service provided in Keynsham. In *The Care Forum*.

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 19-31. <https://doi.org/10.1177/003335491412915206>

Buchan, J. (2006). Evidence of nursing shortages or a shortage of evidence?. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 457-458. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04072.2.x>

Burkle F. M. (2020). Declining Public Health Protections within Autocratic Regimes: Impact on Global Public Health Security, Infectious Disease Outbreaks, Epidemics, and Pandemics. *Prehospital and disaster medicine*, 35(3), 237–246. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000424>

Chen, C., Loh, E. W., Kuo, K. N., & Tam, K. W. (2019). The Times they Are a-Changin' - Healthcare 4.0 Is Coming!. *Journal of medical systems*, 44(2), 40. <https://doi.org/10.1007/s10916-019-1513-0>

Cooper, M., Avery, L., Scott, J., Ashley, K., Jordan, C., Errington, L., & Flynn, D. (2022). Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ open*, 12(7), e060214. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060214>

Denecke, K., & Gabarron, E. (2021). How Artificial Intelligence for Healthcare Look Like in the Future?. *Studies in health technology and informatics*, 281, 860–864. <https://doi.org/10.3233/SHTI210301>

Devaux, M., Lerouge, A., Giuffre, G., Giesecke, S., Baiocco, S., Ricci, A., Reyes, F., Cantarero, D., Ventelou, B., & Cecchini, M. (2020). How will the main risk factors contribute to the burden of non-communicable diseases under different scenarios by 2050? A modelling study. *PloS one*, 15(4), e0231725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231725>

Dougherty, S., Lorenzoni, L., Marino, A., & Murtin, F. (2022). The impact of decentralisation on the performance of health care systems: a non-linear relationship. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 23(4), 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01390-1>

Ebi, K. L., Vanos, J., Baldwin, J. W., Bell, J. E., Hondula, D. M., Errett, N. A., Hayes, K., Reid, C. E., Saha, S., Spector, J., & Berry, P. (2021). Extreme Weather and Climate Change: Population Health and Health System Implications. *Annual review of public health*, 42, 293–315. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-012420-105026>

EFPIA (2021). The Pharmaceutical Industry in Figures The Pharmaceutical Industry: A Key Asset To Scientific And Medical Progress, EFPIA Key Data 2021. https://www.efpia.eu/media/554521/efpia_pharmafigures_2020_web.pdf

ESTEP Vilnius & PwC. (2019). Lietuvos ūkio sektorių finansavimo po 2020 m. Vertinimas: Sveikatos apsauga. <https://www.esinvesticijos.lt/lt/dokumentai/lietuvos-ukio-sektoriu-finansavimo-po-2020-metu-vertinimas/sveikatos-apsauga-4-priedas?type=versions>

ETLA, PIF (2020). Pharma Investments in Finland in 2019. Etna Economic Research (ETLA) and Pharma Industry Finland (PIF). <https://www.pif.fi/newsroom/statistics.html>

European Commission (2017). This is Me prevention programme. Best Practices Portal. <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/best-practice/270>

European Commission (2022a). 2022 Country report: Lithuania, 2022 European semester: Spring package. https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/2022-european-semester-country-report-lithuania_en.pdf

European Commission (2022b). 2022 Country specific recommendations: Lithuania. 2022 European semester: Spring package. https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/2022-european-semester-csr-lithuania_en.pdf

Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M. A., Smith, A. E., Tang, K., Yuan, C. W., Brown, J. C., Friedman, J., He, J., Heuton, K. R., Holmberg, M., Patel, D. J., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., Chapin, A., ... Murray, C. J. L. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 2052–2090. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)

Global Burden of Disease 2020 Health Financing Collaborator Network (2021). Tracking development assistance for health and for COVID-19: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 204 countries and territories, 1990-2050. *Lancet (London, England)*, 398(10308), 1317–1343. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01258-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01258-7)

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2019). Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. *Lancet (London, England)*, 393(10187), 2233–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)

Gola, M., Brambilla, A., Barach, P., Signorelli, C., & Capolongo, S. (2020). Educational Challenges in Healthcare Design: Training Multidisciplinary Professionals for Future Hospitals and Healthcare. *Annali di igiene : medicina preventiva e di comunita*, 32(5), 549–566. <https://doi.org/10.7416/ai.2020.2375>

Goryakin, Y., Thiébaud, S. P., Cortaredona, S., Lerouge, M. A., Cecchini, M., Feigl, A. B., & Ventelou, B. (2020). Assessing the future medical cost burden for the European health systems under alternative exposure-to-risks scenarios. *PloS one*, 15(9), e0238565. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238565>

Grobler, L., Marais, B. J., & Mabunda, S. (2015). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane database of systematic reviews*, (6). [10.1002/14651858.CD005314.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005314.pub2)

Hancock, C., Steinbach, A., Nesbitt, T. S., Adler, S. R., & Auerswald, C. L. (2009). Why doctors choose small towns: a developmental model of rural physician recruitment and retention. *Social science & medicine*, 69(9), 1368–1376. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.002>

Health Care Payment Learning & Action Network. (2021) Alternative Payment Model (APM) Framework White Paper. Health Care Payment Learning & Action Network. <https://hcplan.org/apm-refresh-white-paper/>

Hecht, M., Marzolf, J., & Castle, R. D. (2022). Financing Whole-Person Health. *Global advances in health and medicine*, 11, 21649561211062511. <https://doi.org/10.1177/21649561211062511>

Henry, T. L., Britz, J. B., Louis, J. S., Bruno, R., Oronce, C. I. A., Georgeson, A., Ragunathan, B., Green, M. M., Doshi, N., & Huffstetler, A. N. (2022). Health Equity: The Only Path Forward for Primary Care. *Annals of family medicine*, 20(2), 175–178. <https://doi.org/10.1370/afm.2789>

Higienos institutas (2019). Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijos bandomojo vertinimo ataskaita. <https://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/ESFA%20VISS%20IS%200017/LSS%20bandomasis%20vertinimas.pdf>

Higienos institutas (2020). Karščio padariniai Lietuvos gyventojų sveikatai 2019 m. Visuomenės sveikatos netolygumai. 2020, NR. 4(43) <https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Visuom. sveik. netolyg. VSN/Karstis 2020.pdf>

Higienos institutas (2021). Mokyklinio amžiaus vaikų gyvensenos pokyčiai. 2016 ir 2020 metų gyvensenos tyrimų palyginamoji analizė. https://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/GYVENSENA/Mokyklinio_amziaus_vaidu_gyvensenos_pokyciai_2021.pdf

Higienos institutas (2022a). Lietuvos sveikatos strategijos rodikliai. *Visuomenės sveikatos stebėsenos informacinė sistema*. https://sveikstat.hi.lt/chart-overview.aspx?top_uid=267&top_loc=mun&sel_rep_panel=1&lang=lit

Higienos institutas (2022b), Suaugusiųjų gyvensenos stebėsenos tyrimas. Rodiklių suvestinė - ataskaita. https://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/GYVENSENA/2022_m_suaugusiųjų_gyvensenos_tyrimas_Rodikliu_ataskaita.pdf

Higienos institutas (2022c), Išvengiamos hospitalizacijos. https://sveikstat.hi.lt/chart-overview.aspx?top_uid=337&top_loc=mun&sel_rep_panel=1&lang=lit

Higienos institutas (2022d), Prevencinių gimdos kaklelio vėžio ir krūtų vėžio programų įgyvendinimo Lietuvoje aspektai. 2022, Nr.1 (45) [https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Visuom. sveik. netolyg. VSN/2022/VSN_2022_1\(45\).pdf](https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Informaciniai/Visuom. sveik. netolyg. VSN/2022/VSN_2022_1(45).pdf)

Higienos institutas (2022e). Standartizuotas mirtingumas. https://sveikstat.hi.lt/chart-overview.aspx?top_uid=260&top_loc=mun&sel_rep_panel=1&lang=lit

Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2022a), Lietuvos sveikatos statistika 2021 / Health Statistics of Lithuania 2021, Vilnius https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/la_2021.pdf

Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2022b), Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2021, Vilnius, 97 p.
https://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_gyv_sveikata/leid_2021.pdf

Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Lang, I., Byng, R., & Garside, R. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & social care in the community*, 28(2), 309-324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>

Yan, H. T., & Lin, Y. C. (2019). A Dictator's Gift: Dominant party regimes and health expenditures. *European journal of public health*, 29(6), 1172–1177. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz070>

Institute for Health Metrics and Evaluation (2016). Global health data exchange. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Ioppolo, G., Vazquez, F., Hennerici, M. G., & Andrès, E. (2020). Medicine 4.0: New Technologies as Tools for a Society 5.0. *Journal of clinical medicine*, 9(7), 2198. <https://doi.org/10.3390/jcm9072198>

Islam, N., Jdanov, D. A., Shkolnikov, V. M., Khunti, K., Kawachi, I., White, M., ... & Lacey, B. (2021). Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *bmj*, 375. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066768>

Janonienė R. (2022), Sveikatos politikos strateginė perspektyva. Pranešimas bendrame Seimo Ateities ir Sveikatos reikalų komiteto posėdyje 2022.12.09

Jarden, M. E., & Jarden, J. O. (2000). Social and health-care policy for the elderly in Denmark. *Clinical Geriatrics*, 8, 38 - 52.
<http://globalag.igc.org/elderrights/world/densocialhealthcare.htm#:~:text=Senior%20citizens%20receive%20a%20full,to%20go%20toward%20the%20rent.&text=At%2067%20years%20of%20age,automatically%20receive%20a%20state%20pension>.

Jurevičienė, E., Onder, G., Visockienė, Ž., Purnaitė, R., Petrikonytė, D., Gargalskaitė, U., Kasiulevičius, V., & Navickas, R. (2018). Does multimorbidity still remain a matter of the elderly: Lithuanian national data analysis. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 122(6), 681–686. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.003>

Kalateh, S., Estrada-Jimenez, L. A., Pulikottil, T., Hojjati, S. N., & Barata, J. (2022). The human role in Human-centric Industry. In *IECON 2022–48th Annual Conference of the IEEE Industrial Electronics Society* (pp. 1-6). IEEE.

Kazlauskienė, L., Žiliukas, G., Norkienė, S., & Norkutė-Macijauskė, U. (2018). Ambulatorinių pacientų sveikatos raštingumas. *Visuomenės sveikata*, 28(7), 19-24. <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/04/19-24.pdf>

Keskimäki, I., Al Tayara, L., Gomez, E., Doshi, R., Cylus, J., Thomson, S., Evetovits, T... & World Health Organization (2022). How does Finland's health sector contribute to the economy?. *Health and the Economy: a series of country snapshots* <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-does-finland-s-health-sector-contribute-to-the-economy>

- Keskimäki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., ... & World Health Organization. (2019). Finland: health system review. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327538>
- Kimberlee, R. (2016). Gloucestershire clinical commissioning group's social prescribing service: evaluation report.
- Kokko, P., & Kork, A. A. (2021). Value-based healthcare logics and their implications for Nordic health policies. *Health services management research*, 34(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/0951484820971457>
- Kontrimiene, A., Blazeviciene, A., Liseckiene, I., Raila, G., Valius, L., & Jaruseviciene, L. (2021). Partnership between Primary Health and Social Care Services in the Long-Term Care of Older People with Dementia: A Vignette Study. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 58, 469580211011933. <https://doi.org/10.1177/00469580211011933>
- Kotseva, K., De Backer, G., De Bacquer, D., Rydén, L., Hoes, A., Grobbee, D., Maggioni, A., Marques-Vidal, P., Jennings, C., Abreu, A., Aguiar, C., Badariene, J., Bruthans, J., Castro Conde, A., Cifkova, R., Crowley, J., Davletov, K., Deckers, J., De Smedt, D., De Sutter, J., ... EUROASPIRE Investigators* (2019). Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *European journal of preventive cardiology*, 26(8), 824–835. <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>
- Kutkiene, S., Petrulioniene, Z., Laucevicius, A., Serpytis, P., Kasiulevicius, V., Staigyte, J., Saulyte, A., Petrulionyte, E., Gargalskaite, U., Skiauteryte, E., Matuzeviciene, G., Kovaite, M., & Rinkuniene, E. (2018). Cardiovascular risk assessment of dyslipidemic middle-aged adults without overt cardiovascular disease over the period of 2009-2016 in Lithuania. *Lipids in health and disease*, 17(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12944-018-0883-5>
- Land T. (2019). Healthcare's Present and Future: Consumer Centered, Consumer Driven. *Frontiers of health services management*, 36(2), 1–2. <https://doi.org/10.1097/HAP.0000000000000074>
- Laucevičius, A., Rinkūnienė, E., Petrulionienė, Ž., Ryliškytė, L., Jucevičienė, A., Purnaitė, R., Badarienė, J., Navickas, R., Mikolaitytė, J., Gargalskaitė, U., Dženkevičiūtė, V., Kutkienė, S., Gimžauskaitė, S., Mainelis, A., Šlapikas, R., Gurevičius, R., Jatužis, D., & Kasiulevičius, V. (2020). Trends in cardiovascular risk factor prevalence among Lithuanian middle-aged adults between 2009 and 2018. *Atherosclerosis*, 299, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2020.02.025>
- Le Deu, F., & da Silva, J. S. (2019). Biotech in Europe: A strong foundation for growth and innovation. *McKinsey & Company*. <https://www.mckinsey.com/industries/life-sciences/our-insights/biotech-in-europe-a-strong-foundation-for-growth-and-innovation>
- Li, J., Scott, A., McGrail, M., Humphreys, J., & Witt, J. (2014). Retaining rural doctors: doctors' preferences for rural medical workforce incentives. *Social Science & Medicine*, 121, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.053>
- Lietuvos statistikos departamentas (2022), Lietuvos gyventojai (2022 m. leidimas). <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2022/mirtingumas/bendrieji-mirtingumo-rodikliai>
- Llena-Nozal, A., Martin, N., & Murtin, F. (2019). The economy of well-being: Creating opportunities for people's well-being and economic growth. <https://doi.org/10.1787/498e9bc7-en>

- Llena-Nozal, A., Martin, N., & Murtin, F. (2019). The economy of well-being: Creating opportunities for people's well-being and economic growth. <https://doi.org/10.1787/18152031>
- Longwill, A. (2014). Independent evaluation of Hackney WellFamily service. *Improving Health and Wellbeing UK*. <https://www.family-action.org.uk/content/uploads/2014/07/Wellfamily-Evaluation-Summary.pdf>
- Lorenzoni, L., Murtin, F., Springare, L. S., Auraaen, A., & Daniel, F. (2018). Which policies increase value for money in health care?. <https://doi.org/10.1787/a46c5b1f-en>
- Luo, X., Wu, Y., Niu, L., & Huang, L. (2022). Bibliometric Analysis of Health Technology Research: 1990~2020. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9044. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159044>
- Makapela, N. C., & Useh, U. (2013). Rural allowance and the retention of health professionals in selected hospitals in the North West Province of South Africa. *Journal of Human Ecology*, 44(2), 129 -138. <https://doi.org/10.1080/09709274.2013.11906651>
- Mapanga, W., Casteleijn, D., Ramiah, C., Odendaal, W., Metu, Z., Robertson, L., & Goudge, J. (2019). Strategies to strengthen the provision of mental health care at the primary care setting: an evidence map. *PLoS One*, 14(9), e0222162. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222162>
- March-Chordà, I., & Yagüe-Perales, R. M. (2021). European countries in the race to attract successful biopharma investment: Winners and laggards. *Drug Discovery Today*, 26(10), 2209-2213. <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2021.04.001>
- McGrail, M., O'Sullivan, B., Russell, D., & Scott, A. (2017). Solving Australia's rural medical workforce shortage. *Policy Brief. Centre for Research Excellence in Medical Workforce Dynamics, University of Melbourne*, (3).
- Mickevičiūtė, A. (2017). Šeimos gydytojų rezidentų nuomonės apie darbo galimybes rajoninėse pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas [Nepublikuotas magistrinis darbas]. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. <https://publications.lsmuni.lt/object/elaba:22683063/>
- Mollison, D., Isham, V., Dangerfield, C., & Hollingsworth, D. (2022). Preface: Challenges for future pandemics. *Epidemics*, 40, 100621. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2022.100621>
- Mor-Anavy, S., Lev-Ari, S., & Levin-Zamir, D. (2021). Health Literacy, Primary Care Health Care Providers, and Communication. *Health literacy research and practice*, 5(3), e194–e200. <https://doi.org/10.3928/24748307-20210529-01>
- Nandi, A., Counts, N., Chen, S., Seligman, B., Tortorice, D., Vigo, D., & Bloom, D. E. (2022). Global and regional projections of the economic burden of Alzheimer's disease and related dementias from 2019 to 2050: A value of statistical life approach. *EClinicalMedicine*, 51, 101580. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2022.101580>
- Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (2022). Psichoaktyviosios medžiagos: tendencijos ir pokyčiai. [https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/2022%20metinis%20\(galutinis\).pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/2022%20metinis%20(galutinis).pdf)

Nedzinskienė, L., Jurevičienė, E., Visockienė, Ž., Ulytė, A., Purnaitė, R., Kasiulevičius, V., Kazėnaitė, E., Burneikaitė, G., & Navickas, R. (2021). Structure and Distribution of Health Care Costs across Age Groups of Patients with Multimorbidity in Lithuania. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2767. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052767>

Neumayer, E., & Plümper, T. (2022). Does 'Data fudging' explain the autocratic advantage? Evidence from the gap between Official Covid-19 mortality and excess mortality. *SSM - population health*, 19, 101247. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101247>

Neves, A. L., & Burgers, J. (2022). Digital technologies in primary care: Implications for patient care and future research. *The European journal of general practice*, 28(1), 203–208. <https://doi.org/10.1080/13814788.2022.2052041>

Noorbakhsh-Sabet, N., Zand, R., Zhang, Y., & Abedi, V. (2019). Artificial Intelligence Transforms the Future of Health Care. *The American journal of medicine*, 132(7), 795–801. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.01.017>

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual review of public health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

OECD (2018). OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018, *OECD Reviews of Health Systems*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264300873-en>

OECD (2020). Government budget allocations for R&D, 2020. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=GBARD_NABS2007

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). Italy: Country Health Profile 2019, *State of Health in the EU*. <https://doi.org/10.1787/cef1e5cb-en>

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Italy: Country Health Profile 2019, *State of Health in the EU*. <https://doi.org/10.1787/cef1e5cb-en>

OECD (2020). Key Biotechnology Indicators. <https://www.oecd.org/innovation/inno/keybiotechnologyindicators.htm>

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Lietuva: šalies sveikatos profilis 2021*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/bc081ccc-lv>.

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Italy: Country Health Profile 2021, *State of Health in the EU*. <https://doi.org/10.1787/5bb1946e-en>

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2021). Lithuania Country Health Profile 2021, *State of Health in the EU*. <https://doi.org/10.1787/25227041>

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *Denmark: Country Health Profile 2021*, *State of Health in the EU*. <https://doi.org/10.1787/2dce8636-en>.

OECD & European Union (2020). Healthy life expectancy at birth and at age 65. Health at a Glance: Europe 2020: *State of Health in the EU Cycle*. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

OECD & European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

OECD (2022). Suicide rates (indicator). <https://doi.org/10.1787/a82f3459-en>

Oksuzyan, A., Höhn, A., Krabbe Pedersen, J., Rau, R., Lindahl-Jacobsen, R., & Christensen, K. (2020). Preparing for the future: The changing demographic composition of hospital patients in Denmark between 2013 and 2050. *PLoS one*, 15(9), e0238912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238912>

Olejz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C., & World Health Organization. (2012). Denmark: Health system review. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330321>

Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>

Park, K., Otte, A., & Park, H. (2022). Perspective on drug delivery in 2050. *Journal of controlled release : official journal of the Controlled Release Society*, 344, 157–159. <https://doi.org/10.1016/j.jconrel.2022.02.025>

Pearson-Stuttard, J., & Harding, N. (2021). Population health in primary care: forging a sustainable future. *Perspectives in public health*, 141(2), 79–80. <https://doi.org/10.1177/1757913920971678>

Pečiukėnienė D. (2022), Sveikatos politikos strateginė perspektyva. Pranešimas bendrame Seimo Ateities ir Sveikatos reikalų komiteto posėdyje 2022.12.09

Pilleron, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Vignat, J., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Bray, F., & Sarfati, D. (2021). Estimated global cancer incidence in the oldest adults in 2018 and projections to 2050. *International journal of cancer*, 148(3), 601–608. <https://doi.org/10.1002/ijc.33232>

Polin, K., Hjortland, M., Maresso, A., van Ginneken, E., Busse, R., & Quentin, W. (2021). “Top-Three” health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*, 125(7), 815–832. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.005>

Pop, O. M., Leroi-Werelds, S., Roijakkers, N., & Andreassen, T. W. (2018). Institutional types and institutional change in healthcare ecosystems. *Journal of Service Management*. <https://doi.org/10.1108/JOSM-02-2017-0041>

Reddy, S., Allan, S., Coghlan, S., & Cooper, P. (2020). A governance model for the application of AI in health care. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 27(3), 491–497. <https://doi.org/10.1093/jamia/oc192>

Reibling, N., Ariaans, M., & Wendt, C. (2019). Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(7), 611–620. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.001>

- Robinson E. (2019). A Changing World Demands Care That Takes a Consumer-Centric Approach. *Frontiers of health services management*, 36(2), 3–14. <https://doi.org/10.1097/HAP.0000000000000070>
- Rocque, R. J., Beaudoin, C., Ndjaboue, R., Cameron, L., Poirier-Bergeron, L., Poulin-Rheault, R. A., Fallon, C., Tricco, A. C., & Witteman, H. O. (2021). Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. *BMJ open*, 11(6), e046333. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046333>
- Romanello, M., van Daalen, K., Anto, J. M., Dasandi, N., Drummond, P., Hamilton, I. G., Jankin, S., Kendrovski, V., Lowe, R., Rocklöv, J., Schmoll, O., Semenza, J. C., Tonne, C., & Nilsson, M. (2021). Tracking progress on health and climate change in Europe. *The Lancet. Public health*, 6(11), e858–e865. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00207-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00207-3)
- Rubikas I. (2022), Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų pokyčių gairės. SAM prezentacija. 2022 m. kovo 22 d. <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/2022%2003%2022%20pristatymas%20soc%20partnariams.pdf>
- Ruotsalainen, P., & Blobel, B. (2022). Transformed Health Ecosystems-Challenges for Security, Privacy, and Trust. *Frontiers in medicine*, 9, 827253. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.827253>
- Sąlyga, J., Kazlauskienė, L., Žiliukas, G., & Majauskytė, D. (2018). Ambulatorinių pacientų sveikatos raštingumo ir vidinės darnos sąsajos. *Sveikatos mokslai*, 28(4), 12-17. <http://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/03/1189-3166-1-PB.pdf>
- Saluja, S., Hochman, M., Bourgoïn, A., & Maxwell, J. (2019). Primary Care: the New Frontier for Reducing Readmissions. *Journal of general internal medicine*, 34(12), 2894–2897. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05428-2>
- San, S., Bastug, M. F., & Basli, H. (2021). Crisis management in authoritarian regimes: A comparative study of COVID-19 responses in Turkey and Iran. *Global public health*, 16(4), 485–501. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1867880>
- Santana, P., Freitas, Â., Stefanik, I., Costa, C., Oliveira, M., Rodrigues, T. C., Vieira, A., Ferreira, P. L., Borrell, C., Dimitroulopoulou, S., Rican, S., Mitsakou, C., Marí-Dell'Olmo, M., Schweikart, J., Corman, D., Bana E Costa, C. A., & EURO-HEALTHY investigators (2020). Advancing tools to promote health equity across European Union regions: the EURO-HEALTHY project. *Health research policy and systems*, 18(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0526-y>
- Schillinger D. (2020). The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. *Studies in health technology and informatics*, 269, 22–41. <https://doi.org/10.3233/SHTI200020>
- Secundo, G., Toma, A., Schiuma, G. and Passiante, G. (2019), "Knowledge transfer in open innovation: A classification framework for healthcare ecosystems", *Business Process Management Journal*, Vol. 25 No. 1, pp. 144-163. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-06-2017-0173>
- Syed Azhar, S. N. A., Ashari, S. E., Zainuddin, N., & Hassan, M. (2022). Nanostructured Lipid Carriers-Hydrogels System for Drug Delivery: Nanohybrid Technology Perspective. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 27(1), 289. <https://doi.org/10.3390/molecules27010289>

Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., Gomes, B., & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet. Global health*, 7(7), e883–e892. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X)

Socha-Dietrich, K. (2021), "Empowering the health workforce to make the most of the digital revolution", *OECD Health Working Papers*, No. 129, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/37ff0eaa-en>.

Sood, S. K., Rawat, K. S., & Kumar, D. (2022). A visual review of artificial intelligence and Industry 4.0 in healthcare. *Computers & electrical engineering : an international journal*, 101, 107948. <https://doi.org/10.1016/j.compeleceng.2022.107948>

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sperre Saunes, I., Karanikolos, M., Sagan, A., & World Health Organization. (2020). Norway: health system review. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331786>

Stato-Regioni, C. (2019). Indirizzi di «policy» integrate per la Scuola che Promuove Salute.

Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.12196861>

STRATA (2020), Senstanti Lietuvos visuomenė <https://strata.gov.lt/images/tyrimai/2020-metai/zmogiskojo-kapitalo-politika/20200924-senstanti-lietuvos-visuomene.pdf>

STRATA (2021), Sveikatos priežiūros specialistų prognozių atnaujinimas. [PowerPoint Presentation \(strata.gov.lt\)](https://strata.gov.lt)

Swire-Thompson, B., & Lazer, D. (2020). Public Health and Online Misinformation: Challenges and Recommendations. *Annual review of public health*, 41, 433–451. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094127>

Šulinskaitė, K., Zagurskienė, D., & Blaževičienė, A. (2022). Patients' health literacy and health behaviour assessment in primary health care: evidence from a cross-sectional survey. *BMC primary care*, 23(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01809-5>

Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(5), 682–685. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003122>

- Toth F. (2020). Integration vs separation in the provision of health care: 24 OECD countries compared. *Health economics, policy, and law*, 15(2), 160–172. <https://doi.org/10.1017/S1744133118000476>
- Tong, S., & Ebi, K. (2019). Preventing and mitigating health risks of climate change. *Environmental research*, 174, 9–13. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.04.012>
- Tong, S., Bambrick, H., Beggs, P. J., Chen, L., Hu, Y., Ma, W., Steffen, W., & Tan, J. (2022). Current and future threats to human health in the Anthropocene. *Environment international*, 158, 106892. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106892>
- Ukuhor H. O. (2021). The interrelationships between antimicrobial resistance, COVID-19, past, and future pandemics. *Journal of infection and public health*, 14(1), 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.10.018>
- Valstybės kontrolė, aukščiausioji audito institucija (2018). Valstybinio audito ataskaita: Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą. <https://www.valstybeskontrole.lt/LT/Product/23817/asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugu-prieinamumas-ir-orientacija-i-pacienta>
- van Weel, C., & Kidd, M. R. (2018). Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 190(15), E463–E466. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170784>
- Velandia, P. P., Miller-Petrie, M. K., Chen, C., Chakrabarti, S., Chapin, A., Hay, S., Tsakalos, G., Wimo, A., & Dieleman, J. L. (2022). Global and regional spending on dementia care from 2000-2019 and expected future health spending scenarios from 2020-2050: An economic modelling exercise. *EClinicalMedicine*, 45, 101337. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101337>
- Wepner, B., & Giesecke, S. (2018). Drivers, trends and scenarios for the future of health in Europe. Impressions from the FRESHER project. *European journal of futures research*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s40309-017-0118-4>
- Witter, S., Herbst, C. H., Smitz, M., Balde, M. D., Magazi, I., & Zaman, R. U. (2021). How to attract and retain health workers in rural areas of a fragile state: Findings from a labour market survey in Guinea. *PloS one*, 16(12), e0245569. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245569>
- World Bank (2020). World Development Indicators. Washington D.C., World Bank. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>
- World Health Organization (2022). How does Italy's health sector contribute to the economy? *Health and the economy: a series of country snapshots*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-does-italy-s-health-sector-contribute-to-the-economy>
- World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/?sequence=1>

World Health Organization. (2022). A toolkit on how to implement social prescribing. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290619765>

Xi, J. Y., Lin, X., & Hao, Y. T. (2022). Measurement and projection of the burden of disease attributable to population aging in 188 countries, 1990-2050: A population-based study. *Journal of global health*, 12, 04093. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.04093>

Zanotto, B. S., Etges, A. P. B. D. S., Marcolino, M. A. Z., & Polanczyk, C. A. (2021). Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 66(5), 340–365. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00283>

Zarif, A., Mittal, R., Popham, B., Vorley, I. C., Jindal, J., & Morris, E. C. (2022). Varsity Medical Ethics Debate 2019: is authoritarian government the route to good health outcomes?. *Journal of medical ethics*, medethics-2021-107861. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107861>

Žvinakis, P., Kalibataitė, R., & Kalibatas, V. (2021). Patients' Shift from Public to Private Primary Health Care Providers in Lithuania: Analysis of the Main Reasons. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 58, 469580211060304. <https://doi.org/10.1177/00469580211060304>



Kuriame pamatus pagrįstiems ir
įžvalgiems viešosios politikos sprendimams