

Sveikatos politika

Mūsų požiūris

Šiandien Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai yra vieni žemiausių visoje Europoje. Maža to, Lietuvos gyventojai jaučia didelį nusivylimą negerėjančia sveikatos apsaugos paslaugų kokybe ir prieinamumu, didėjančia biurokratija ir paslaugų koncentracija šalies centruose bei požiūriu į žmogų. Šios problemos dar labiau išryškėjo mūsų šaliai susidūrus su Covid-19 pandemijos sukeltais iššūkiais. Krizė pademonstravo, kad sveikatos apsaugos sistema yra nepasiruošusi susitvarkyti su panašaus pobūdžio krizėmis, neturime ir tam pritaikytos infrastruktūros.

Dabartinė pandemija išryškino struktūrinius sistemos trūkumus, tokius kaip lėtas paslaugų kokybės gerėjimas, nepakankamos investicijos į pirminę sveikatos priežiūrą ir negebėjimas pertvarkyti sveikatos apsaugos priežiūros tinklo, kad jis galėtų tapti efektyvesniu ir geriau atliepti gyventojų poreikius. COVID19 krizė taip pat išryškina sveikatos apsaugos paslaugų kokybės skirtumus, susijusius su sveikatos apsaugos sistemos darbuotojų trūkumu ir jų netolygiu geografiniu pasiskirstymu šalies viduje. Mums svarbu, kad žmogaus sveikatingumas būtų ne tik individo, bet ir visos visuomenės reikalas. Susirgęs žmogus neturi laukti vizito pas specialistą kelis mėnesius ar net metus, neturi bijoti, jog ištikus nelaimėi greitoji pagalba nespės nusigauti iki jo gyvenamosios vietos, neturi jaudintis, kad pats neišgalės susimokėti už reikiamus vaistus. Kokybiškos sveikatos paslaugos turi būti lengvai pasiekiamos visiems tiek miestų, tiek rajonų gyventojams. Reikalinga stipri, kuo arčiau žmogaus esanti pirminė sveikatos apsaugos grandis, kuri dar pačioje susirgimo pradžioje padėtų išspręsti vėliau į rimtesnes komplikacijas išvirsti galinčias sveikatos problemas. Būtina kuo plačiau pasitelkti naujausias IT technologijas, telemediciną bei skatinti inovacijas sveikatos paslaugų kokybei bei prieinamumui gerinti.

Vienas didžiausių sveikatos iššūkių Lietuvoje – didžiulis gyventojų sergamumas širdies ir kraujagyslių bei onkologinėmis ligomis. Lietuvoje mirtingumas nuo šių ligų yra gerokai didesnis nei Europos Sąjungos vidurkis. Sveiko gyvenimo trukmės rodikliai, ypač vyrų, privalo būti dėmesio centre. Būtent išvengiamų mirčių rodiklių gerėjimas gali koreguoti ir neigiamas demografines tendencijas.

Gydytojai ir medicinos personalas yra ta grandis, kuriai reikalingas ypatingas mūsų dėmesys ir rūpestis. Sveikatos sistemą turime sutvarkyti taip, kad ji ne trukdytų, o sudarytų geriausias sąlygas mūsų medikų darbui, kad jie būtų kuo mažiau apriboti įvairiausių biurokratinių reikalavimų ir sąlygų. Būtina teisinga ir motyvuojanti atlygio sistema bei adekvačios darbo sąlygos.

Mus užklupusi COVID-19 krizė ragina žymiai rimčiau susirūpinti ir mūsų emocine sveikata. Iki šiol šiai sveikatos sričiai dėmesio buvo skiriama minimaliai, nors būtent psichologinis žmogaus saugumas ir savijauta yra svarbiausias gyvenimo kokybės veiksnys. Psichikos sutrikimams spręsti taikome neproporcingai daug medikamentinio ir stacionaraus gydymo, šių problemų turintys žmonės vis dar susiduria ir su neigiamu mūsų visuomenės požiūriu.

Kol kas mažai galvojame ir apie tai, kokios gali būti ilgalaikės socialinės izoliacijos, emocinio streso dėl galimų artimųjų netekčių, perkrautos sveikatos sistemos, darbo praradimo ir kt. poveikio pasekmės žmonių ir šeimų psichinei sveikatai ir ilgalaikiai visos visuomenės savijautai. Manome, kad reikalingos konkrečios priemonės šiai situacijai spręsti ir jas planuoti būtina jau dabar.



Todėl mes, Tėvynės sąjunga-Lietuvos krikščionys demokratai, suvokdami geros Lietuvos gyventojų sveikatos svarbą ir jos įtaką valstybės augimui, savo strategiją sveikatos apsaugos srityje grindžiame šiais prioritetais:

- Efektyviai veikianti, gyventojams patogi, prieinama ir kokybiška, visoje šalyje paslaugas teikianti, atspari krizėms sveikatos priežiūros sistema;
- Dėmesys ir išteklių sukoncentravimas efektyviai širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencijai ir gydymui;
- Orų ir kokybišką paciento bei jo šeimos gyvenimą užtikrinanti slaugos sistema;
- Lietuvos gyventojų emocinės sveikatos, kaip valstybės ir visuomenės sėkmės pamato, stiprinimas;
- E-sveikatos sistemos modernizavimas ir įveiklinimas.

Visiems prieinamos kokybiškos sveikatos paslaugos

Suaugusiųjų, kurie vertina savo sveikatą kaip gerą ir labai gerą, dalis padidės iki 65 proc. (šiandien – 58 proc.).

Pagrindiniai iššūkiai:

SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKOS TĘSTINUMO STOKA

Sveikatos apsaugos sistemoje yra labai jaučiama politikos tęstinumo stoka. Nauji ministrai ne visada nori tęsti savo pirmtakų reformas, o dar dažniau, neturėdami deramo įsigilinimo į sritį bei stokodami nepriklausomų patarėjų, pasiduoda sistemos spaudimui ir plaukia seniai išbandyta vaga. Taigi sveikatos apsaugos politikos tęstinumo ir tarppartinio komunikavimo stoka ministrams trukdo pradėti arba tęsti sektoriui reikiamas reformas. Tai sektoriui savaime nesuteikia reikiamo stabilumo.

SVEIKATOS APSAUGAI SKIRIAME VIENĄ MAŽIAUSIŲ BIUDŽETŲ EUROPOS SĄJUNGOJE.

Šiandien Lietuva sveikatos apsaugai skiria bene mažiausią finansavimą nuo BVP Europos Sąjungoje – apie 6 proc., kai ES vidurkis – apie 7 procentus. Neatsižvelgdama į tai ir formuodama 2020 metų PSDF biudžetą, vyriausybė apie 25 proc. sveikatos apsaugai skirtų lėšų pervėdė į rezervą tam, kad subalansuotų valstybės ir kitų sektorių biudžetus. Taip pat buvo sumažintos regionams skirtos Valstybės investicijų programos bei ES paramos lėšos, kas irgi neigiamai atsiliepia regioninei medicinai. Be to, pacientų išlaidos dabar sudaro reikšmingą dalį viso sveikatos finansavimo.

„GYVULIŲ ŪKIS“ PSD SISTEMOJE.

Pradėjus įgyvendinti privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) sistemą, ilgainiui ji aplipo įvairiomis išimtimis, nuolaidomis, privilegijomis, lengvatomis, reikalavimais. Pavyzdžiui, anot Valstybės kontrolės, vis dar dažnai naudojama praktika, kuomet iš PSD fondo apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios nėra susijusios su draudiminiais įvykiais (gydytojo diagnozuotais sveikatos sutrikimais), nors to neturėtų būti daroma. Be to, dabartinė PSD sistema diskriminuoja dirbančiuosius – kai kuriais skaičiavimais, už draudžiamą asmenį valstybė moka tris kartus mažiau nei vidutinė vieno dirbančio asmens PSD įmoka.



TAUPYMAS REGIONŲ SĄSKAITA.

Vilniuje ir Kaune yra susiformavę dideli galios centrai, kurie sunaudoja daugiau nei pusę sveikatos apsaugos biudžeto. Dėl to kenčia regionuose gyvenantys žmonės bei vietinės ligoninės. Jauni gydytojai, negavę darbo šiuose centruose, neišvengiamai ima galvoti apie emigraciją. Naujausiais duomenimis Lietuva pagal lovų skaičių yra 7-8 vietoje tarp EBPO šalių. Deja, Lietuvoje vyksta taupymas raginant mažinti lovų skaičių regionų sąskaita, nors tai nėra racionalu. 35 rajonų ir regionų ligoninių išlaikymas kainuoja apie €120 mln., kai tuo tarpu vienos universitetinės ligoninės – apie €150 mln.

NEEFEKTYVUS SVEIKATOS APSAUGOS BIUDŽETO PANAUDOJIMAS.

Nuo Nepriklausomybės pradžios įsišaknijo neformalus ryšiai tarp medicinos įstaigų vadovų bei politinio elito. Todėl iki pat šiol didelė dalis investicijų nueina ne į visuomenės sveikatos gerinimą, ligų prevenciją bei gydytojų darbo aplinkos tobulinimą, kvalifikaciją ir atlyginimų kėlimą, o į galios centrų stiprinimą, vaistų kompensacijas ir kartais perteklinius medicinines įrangos įsigijimus. Daug lėšų prarandama dėl apmokėjimo tvarkos. Jei antrinio lygio ligoninė teikia bent vieną tretinio lygmens paslaugą, už visas teikiamas paslaugas gauna apmokėjimą tarsi būtų tretinio lygio ligoninė. Iš kitos pusės, kai pirminio ir antrinio lygio sveikatos apsaugos specialistai priklauso vienai įstaigai, kyla ta pati neefektyvus lėšų panaudojimo problema. Be to, tai formuoja eiles pas gydytojus ir diskriminuoja pacientus, kurie nepriklauso minėtoms įstaigoms.

MEDIKŲ BENDRUOMENĖS SAVIVALDOS STOKA.

Vakarų pasaulyje įprasta, jog daugelis gausesnio mąsto profesijų turi savo savivaldos organizacijas. Niekas geriau, nei pati profesinė gildija neišmano vidinių gyvenimo niuansų bei vyraujančių problemų. Šiuo metu Lietuvoje egzistuojančios asociacijos yra silpnos, neatstovaujančios daugumai šalies medicinos darbuotojų. Maža to, dabartinė valdžia odontologų rūmams atėmė odontologų licencijavimo bei akreditavimo funkcijas. Dabar šias vykdo Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (VASPVT), tačiau jos yra labai formalios – kvalifikacijos kokybė iš esmės nėra reguliuojama, nes VASPVT darbuotojai tiesiog neturi tam kompetencijų.

NE VISIEMS LENGVAI PRIEINAMOS SVEIKATOS PASLAUGOS.

Nors sveikatos paslaugų prieinamumo statistika pamažu gerėja, prie šiuolaikinių iššūkių vangiai besitaikantis sveikatos apsaugos įstaigų tinklas regionuose žmonėms neleidžia pajusti gerųjų pokyčių. Ypač didelės problemos yra kaimiškose vietovėse, kur žmonėms neteikiamos nei pavėžėjimo, nei konsultacijų namie paslaugos. Kokybiškos pirminės sveikatos priežiūros paslaugos padeda išvengti pacientų sveikatos pablogė-

jimo ir taip pat mažina nereikalingo patekimo į ligonines atvejų, tačiau regionuose šios paslaugos dėl netolygaus gydytojų ir slaugytojų šalyje pasiskirstymo prieinamos žymiai prasčiau nei didžiuosiuose šalies miestuose. Taip pat, nors gydytojų parengiame pakankamai (pvz.: chirurgų – netgi per daug), dėl biurokratinių kliūčių, nepakankamos motyvacijos, jų itin trūksta mažesniuose miestuose ir rajonuose.



NEIŠNAUDOTAS PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDIES POTENCIALAS.

Šiuo metu išlaidos šeimos medicinai sudaro beveik 18 proc. visų valstybės išlaidų sveikatai, kai tuo tarpu pažangiose Europos valstybėse – bent 25 proc. Be to, šeimos gydytojai turi labai mažai sprendimo laisvės, todėl praktiškai yra tapę siuntimų rašinėtojai ir pažymų išdavėjais. Dėl didelio kiekio biurokratijos ir vis dar stringančios e-sistemos, tiesioginiam kontaktui su pacientu lieka labai mažai laiko (neretai vos 15 minučių, tame tarpe apie 1.5 minutės paciento apžiūrai).

NETVARUS VALSTYBĖS POŽIŪRIS Į GYDYTOJUS REZIDENTUS.

Ilgametė universitetų ir medicininių įstaigų vadovybės politika lėmė, jog šiandien gydytojo rezidento kasdienybė – labai daug darbo ir psichologinio spaudimo, bet labai mažai atlygio. Rezidentams nėra sudaromos sąlygos įgyti reikiamos medicinos praktikos ar stažuotis regionuose.

AUKŠTOS VAISTŲ KAINOS.

2016–20 m. Vyriausybės priemonės, kuriomis siekta sumažinti vaistų kainas, buvo neefektyvios, o SAM sudarytos darbo grupės vykdė tik formalias derybas su vaistų gamintojais ir farmacinėmis kompanijomis. Dabartinė vaistų kompensavimo sistema yra ydinga – didina tiek valstybės, tiek žmonių išlaidas. EBPO duomenimis išlaidos vienam žmogui vaistams išaugo nuo 2,1 proc. – 2015 m. iki 2,3 proc. – 2018 m. Pinigine išraiška tai sudarė €564 vienam žmogui 2015 m. ir €720 – 2018 metais. Be to, padidėjo pigesnių vaistų bazinės kainos. Nuolat kintantys kompensuojamų vaistų sąrašai apunkina šeimos gydytojų darbą.

Pagrindiniai sprendimai:

Politikos formavimas ir institucinė sąranga

1. VALSTYBINĖS LIGONIŲ KASA (VLK) BUS SAVARANKIŠKA INSTITUCIJA,

galinčia priimti ekonomiškai pagrįstus ir politiškai nepriklausomus sprendimus. Todėl, remdamiesi Pasaulio banko ir EBPO rekomendacijomis bei sėkminga kaimyninės Estijos patirtimi, suformuosime PSDF tarybą, į kurią įeitų ne tik medikų atstovai, bet ir įvairių socialinių grupių, darbdavių, darbuotojų atstovai, sveiką gyvenimo būdą propaguojančių organizacijų atstovai. VLK

2. SVEIKATOS SISTEMOS SĄRANGOS PERTVARKA.

Šiuo metu esama atvejų, kai skirtingo pavaldumo ligoninės, esančios tame pačiame regione, dubliuoja viena kitos funkcijas. Peržiūrėsime ir išgryninsime ligoninių funkci-

jas, užtikrinsime, kad pirminio lygmens paslaugos būtų atskirtos nuo antrinio ir tretinio lygmens sveikatos apsaugos įstaigų, užkertant kelią pacientų diskriminacijai bei mažinant eiles pas specialistus. Savivaldybes raginsime įvairiomis priemonėmis remti privačios pirminės sveikatos apsaugos įstaigų plėtrą.



3. VIEŠOS METINĖS ATASKAITOS.

Numatysime įpareigojimą sveikatos sistemos įstaigoms teikti metines ataskaitas, analogiškas valstybės valdomų įmonių ataskaitoms. Įstaigų veiklai vertinti naudosime tuos pačius standartus ir palyginamus duomenis su privačiu sektoriumi, pritaikydami tarptautinius šių sektorių apskaitos standartus. Užtikrinsime maksimalų šių ataskaitų viešumą bei jas naudosime kaip pagrindą tolesnėms sveikatos sistemos pertvarkoms šalyje.

4. APMOKĖJIMAS UŽ PASLAUGĄ, O NE ĮSTAIGOS LYGMENĮ.

Šiandien vadovaujantis apmokėjimo pagal įstaigos teikiančios paslaugą lygmenį tvarka, neefektyviai panaudojama reikšminga dalis sveikatos apsaugai skirtų lėšų. Todėl įvesime naują ir sąžiningą tvarką taupančią valstybės lėšas taip, kad sveikatos apsaugos įstaigoms būtų apmokama pagal jų teikiamos paslaugos sudėtingumą. Palaipsniui pasieksime, jog pirminei sveikatos priežiūrai skirta suma pakiltų iki 20-25 proc. nuo PSDF. Tokiu būdu didinsime pirminės priežiūros įkainius ir skatinsime teikti daugiau šio lygmens paslaugų. Pakilę įkainiai regionams padėtų lengviau pas save pritraukti daugiau šeimos medicinos specialistų.

Sieksime, kad mokėjimui už būtinąją pagalbą reikalingą gelbėti gyvybei reikalingos lėšos būtų planuojamos valstybės biudžete, ką dar 2013 m. savo nutarime nurodė Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas.

5. PSDF ĮMOKŲ TVARKOS IR TAISYKLIŲ PERŽIŪRA.

Prieš dešimtmetį įvesta apmokėjimo už paslaugas DRG sistema ne visada objektyviai atspindi suteiktų paslaugų sudėtingumą ir kaštus, reikalauja per daug žmogiškųjų išteklių, kodavimas užima daug brangaus medikų laiko, netaupo – o atvirkščiai eikvoja PSDF lėšas. Todėl iš esmės keisime apmokėjimo už paslaugas sistemą, padarysime paprastesnę ir efektyvesnę. Sieksime palaipsniui sulygtinti Valstybės draudžiamų asmenų ir savarankiškai į PSDF mokamas įmokas. Peržiūrėsime valstybės draudžiamų asmenų sąrašą, išimtis ir lengvatas tam, kad jis taptų skaidresnis ir sąžiningesnis. Apibrėšime PSDF lėšomis apmokamų paslaugų mastą ir apimtį. Taip pat sukursime papildomą savanorišką sveikatos draudimą bei aiškiai reglamentuosime papildomus mokėjimus, visiškai panaikinsime nelegalius bei neoficialius atlygius, mokamus įvairiomis formomis.

6. KONKURENCIJOS TARP PRIVAČIOS IR VALSTYBINĖS MEDICINOS ĮSTAIGŲ NEVARŽYMAS.

Užtikrinsime realią bei dirbtinai nevaržomą konkurenciją tarp valstybinių ir privačių įstaigų sveikatos sektoriuje. Tokiu būdu sveikatos apsaugos įstaigos bus skatinamos siekti efektyvesnio paslaugų tiekimo ir jų kokybės gerinimo. Be to, siūlysime dalį ligoninių akcionuoti – pusę akcijų leisti įsigyti darbuotojams, o kitą pusę atskiriems investuotojams.

7. PASKAITOS STEIGTIS GYDYTOJŲ SAVIVALDOS ORGANIZACIJOMS.

Visose geriau besitvarkančiose profesinėse srityse egzistuoja tos profesijos savivaldos organizacijos. Jos nepriklauso tiesiogiai nuo savo srities ministerijos ir atlieka daug reikalingų funkcijų bei sutaupo nemenką dalį biudžeto lėšų. Todėl skatinsime steigti gydytojų asociaciją, kuri galėtų spręsti vidinės korupcijos, gydytojų licencijavimo ir etikos bei kitus klausimus. Efektyvus gydytojų tobulinimasis turi apimti ne tik teorines (kaip yra dabar VASPVT kuruojant šią sritį), bet ir praktines valandas.



Sveikatos įstaigų tinklas atliepantis žmonių poreikius

8. UNIVERSITETINĖMS LIGONINĖMS - PIRMIAUSIA SUDĖTINGIAUSI LIGONIAI

Šiuo metu universitetinės ligoninės norėdamos išgyventi, išlaikyti aukštos kvalifikacijos medikus, privalo teikti daug paslaugų, kurios galėtų būti suteiktos didesnėse regionų ir miesto ligoninėse. Dėl šios priežasties diagnostinė ir gydymo prasme sunkiausiems ligoniams dažnai būna sunku laiku patekti į šias ligonines. Sukursime sistemą, kad universitetinėse ligoninėse pirmiausia būtų gydomi sudėtingiausi, bet labai gerai iš PSDF apmokami ligoniai.

9. NE UŽDARINĖSIME, O PERPROFILIUOSIME LIGONINES.

Valstybių, kurių gyventojai pasižymi ilgesne gyvenimo trukme, patirtis rodo, kad sensant visuomenei didėja ir stacionariųjų lovų poreikis. Dabartinė krizė pademonstravo, kad yra labai svarbu visos Lietuvos mastu turėti gerai veikiančias ligonines. Todėl ne uždarinėsime, o perprofiluosime rajonines ligonines - plėsdami tam regionui svarbias paslaugas - globos, slaugos, palaikomojo gydymo, terapijos, psichosomatines ir priklausomybių ligų gydymo paslaugas.

10. MAŽOSIOS LIGONINĖS MODELIO SUKŪRIMAS.

Apibrėšime mažos ligoninės statusą, numatysime jos perspektyvą ir vystysime terapijos, slaugos, dienos chirurgijos, skubios pagalbos (su dienos stebėjimo galimybe) funkcijas bei telemedicinos plėtrą tam, kad gydytojai galėtų konsultuoti pacientus nuotoliniu būdu. Sieksime, kad būtų suformuotas stabilus personalas, sudarant tinkamas darbo sąlygas bei pakeliant atlyginimus darbuotojams.

11. NUOTOLINIŲ PASLAUGŲ IR TELEMEDICINOS ĮTEISINIMAS IR FINANSAVIMAS

Sukursime reikalingas teises ir finansines prielaidas plėsti telemedicinos paslaugas. Nuotoliniu būdu per e-platformą bus teikiamos gydytojų konsultacijos, atliekama pacientų stebėseną. Nuosekliai ir apgalvotai plėsimės nuotolines konsultacijas, ten kur jos greičiau išspręstų pacientų problemas. Nuotolines konsultacijas taikysime nuolat, ne tik karantino ar krizių laikotarpiu.

12. PROFESIONALŪS VADOVAI LIGONINĖMS.

Vienas pagrindinių veiksnių, neleidžiančių šalies sveikatos apsaugos įstaigos efektyviai vykdyti savo veiklos, yra tai, jog ligonines valdo ne profesionalūs vadovai, o gydytojai, aktyviai atliekantys medicininę ar vykdančią pedagoginę veiklą. Todėl stiprinsime medicinos vadovų studijų programas bei diskutuosime apie galimybes svarbiausioms įstaigoms samdyti aukščiausio lygmens vadovus.



Geresnės darbo sąlygos gydytojams ir medicinos personalui.

- Numatysime ir įgyvendinsime ilgalaikį visų grandžių medicinos darbuotojų ir pagalbinių medicinos personalo darbo užmokesčio augimo planą.
- Sudarysime sąlygas medicinos personalui ir pagalbiniam medicinos personalui tobulinti kompetencijas.
- Bendradarbiaudami su savivaldybėmis finansiskai remsime regionuose dirbančius gydytojus, gydytojus rezidentus, mokėdami priedus prie atlyginimo, sudarydami palankias sąlygas būstui įsigyti.
- Gerinsime gydytojų rezidentų darbo sąlygas: optimizuosime darbo krūvį, pamažu didinsime atlyginimus.
- Didinsime įstaigų, kuriose rezidentai gali atlikti praktiką ir dirbti, skaičių. Šiam tikslui sukursime aiškią etapinių kompetencijų reglamentavimo sistemą.
- Įgyvendinsime programą, kuri medicinos darbuotojams suteiks galimybes darbe gauti reikiamą psichologinę pagalbą ir kokybišką poilsį.

Įgalinta pirminė sveikatos apsaugos grandis - šeimos gydytojai

13. PIRMINĖS SVEIKATOS APSAUGOS GRANDIES – ŠEIMOS GYDYTOJŲ - ĮGALINIMAS.

Atsisakysime dalies nereikalingų biurokratinių suvaržymų ir nurodymų, šiuo metu taikomų šeimos gydytojams. Stiprinsime šeimos gydytojų savarankiškumą ir plėšime šeimos gydytojo komandą – dalį biurokratinio darbo perduosime gydytojo komandos nariams. Su asmens sveikatos priežiūra nesusijusias profilaktines veiklas perduosime kitoms įstaigoms, pavyzdžiui, savivaldybių visuomenės sveikatos biurams (alkoholio, rūkymo, sveikos gyvensenos programos), kartu aiškiai nustatant atsakomybes.

Sudarysime sąlygas šeimos gydytojui kartu su pacientu spręsti, kokį vaistą paskirti ir kiek laiko jį vartoti bei, kada konsultuotis su specialistu. Tam, kad sprendimą galėtų priimti pats gydytojas, siūlysime Sveikatos apsaugos ministerijai peržiūrėti kai kuriuos ligų diagnostikos ir gydymo aprašus, kurie įpareigoja šeimos gydytoją nukreipti pacientą pas specialistą.

Visose gydymo įstaigose atskirsime pirminio ir antrinio lygio finansavimą, peržiūrėsime antrinio lygio paslaugų finansavimo pobūdį ir įkainius.

Vaistų kompensavimo tvarka ir teisinga kaina



14. VAISTŲ KOMPENSAVIMO TVARKOS KOREGAVIMAS.

Siekiant užtikrinti efektyvaus gydymo kompensuojamaisiais vaistais prieinamumą ir tęstinumą, bus atsisakyta perteklinių biurokratinių suvaržymų gydytojams, skiriančioms gydymą pacientams. Gydytojas, pasitaręs su pacientu, įvertinęs ligonio būklę, remdamasis gydymo metodikomis ir vaistų registruotomis skyrimo indikacijomis, galės koreguoti gydymą konkrečiais vaistais, o pacientas – įsigyti skirtą vaistą vaistinėje ir sumokėti kainos skirtumą, jei toks bus. Be to, kritinių ligų atveju bus galima svarstyti mažų kiekių brangių vaistų pilną valstybės kompensavimo mechanizmą.

15. REGIONINĖS DERYBOS SU FARMACININKAIS.

Suprantant, kad Lietuvos vaistų rinka yra nedidelė ir derybinė galia, siekiant prieinamų inovacinių vaistų kainų Lietuvos gyventojams, nėra stipri, imsime lyderystės organizuojant bendras regiono šalių derybas su vaistų gamintojais, vykdomos taikant bendrus sveikatos technologijų vertinimo kriterijus, taip gaunant papildomą naudą visoms dalyvaujančioms šalims. Sieksime, kad derybas su farmacinėmis kompanijomis vykdytų ne šiam tikslui sudaryta darbo grupė ar įgaliotas asmuo, bet pats SAM ministras, dalyvaujant visuomenės ir žiniasklaidos atstovams. Lenkijos pavyzdys rodo, kad tokiu būdu, padidinus procesų viešumą, galime žymiai sumažinti vaistų kainas.

Pasirengimas suvaldyti krizes ir infekcijų protrūkius

16. TINKAMO SVEIKATOS ĮSTAIGŲ IR DARBUOTOJŲ PASIRENGIMO SUVALDYTI INFEKCIJŲ PROTRŪKIUS UŽTIKRINIMAS.

Aprūpinsime sveikatos įstaigas tiek didžiuosiuose miestuose, tiek rajonuose asmens apsaugos priemonių ir būtinųjų priemonių rezervu (intensyvios terapijos lovos, plaučių ventiliatoriai, deguonies įvada). Įtrauksime į gydytojų ir slaugos darbuotojų kvalifikacijos kėlimo programą privalomą kursą infekcijoms suvaldyti. Organizuosime mokymus sveikatos įstaigų vadovams ir administracijai krizių valdymo ir paslaugų kokybės užtikrinimo klausimais. Skatinsime įstaigas diegti tarptautinius valdymo ir paslaugų kokybės standartus.

17. UŽTIKRINSIME PASIRENGIMĄ SUVALDYTI INFEKCIJŲ PROTRŪKIUS, ĮSTEIGSIME „SUPERLIGONINĘ“.

Didžiųjų miestų ir rajonų sveikatos įstaigas aprūpinsime asmens apsaugos priemonių ir būtinųjų priemonių rezervu (intensyvios terapijos lovos, plaučių ventiliatoriai, deguonies įvada). Į gydytojų ir slaugos darbuotojų kvalifikacijos kėlimo programą įtrauksime privalomą kursą, kaip suvaldyti infekcijas. Sveikatos įstaigų vadovams ir administracijai organizuosime mokymus krizių valdymo ir paslaugų kokybės užtikrinimo klausimais. Skatinsime įstaigas diegti tarptautinius valdymo ir paslaugų kokybės standartus.

Įgyvendinsime Lietuvos superligoninės projektą – įkursime aukščiausią, ketvirtąjį bio-saugumo lygmenį (BSL-4) atitinkantį infekcinių ligų centrą. Taip pasiruošime ateityje galimiems pandemijos atvejams ir sustiprinsime infekcinių ligų gydymo pajėgumus. Tokios ligoninės patalpose bus dirbama tik su specialiais apsauginiais skafandrais,

oras įkvepiamas per specialias iš ventiliacinės sistemos atvestas žarnas. Tokiame infekcinių ligų centre kiekviena patalpa bus visiškai izoliuota nuo likusių, iš jos išseimantis oras filtruojamas per HEPA filtras. Užtikrinsime aukščiausius biosaugumo reikalavimus atitinkančias pacientų transportavimo į šią ligoninę sąlygas. Užtikrinsime, kad ligoninė nestovėtų tuščia – bendradarbiaudami su šalies universitetais ir mokslo institutais įgalinsime ją veikti kaip pažangų mokslinių tyrimų centrą su būtiniausia tyrimų infrastruktūra.

Peržiūrėsime gydytojų infektologų ir epidemiologijos specialistų parengimo sistemą ir apimtis. Sieksime, kad tokių specialistų būtų rengiama atliepiant poreikius ir miestų bei rajonų ligoninės teiktų kokybiškas infektologines paslaugas.



Orų paciento ir jo šeimos gyvenimą užtikrinanti slaugos sistema

Vienam gydytojui teks bent 2 slaugytojai .
(šiandien – 1,76 slaugytojo vienam gydytojui)

Pagrindiniai iššūkiai:

SLAUGOS DARBUOTOJŲ TRŪKUMAS.

Lietuvoje labai trūksta slaugytojų - nors siekiama, kad 2020 m. Lietuvoje vienam gydytojui tektų 2 slaugytojai, Higienos instituto duomenimis, 2019 m. šio rodiklio reikšmė siekė tik 1,76. Nors apie slaugytojų trūkumo problemą kalbama jau kuris laikas, per dešimtmetį naujai parengiamų specialistų skaičius neauga. Maža to, dėl menko atlygio, sudėtingo darbo pobūdžio bei didelio krūvio, didelė dalis jų emigruoja.

YDINGA SLAUGOS PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKA

Šiuo metu slaugomam ligoniui yra skiriama 120 dienų slaugos ligoninėje ir 101 slaugos specialistų apsilankymas. Šeimoms sudėtinga tvarkytis likusį laiką, nes lėšos skiriamos už slaugymą yra nepakankamos pasisamdyti specialistą. Šis finansuojamų dienų skaičius nėra pagrįstas asmens savarankiškumo lygiu. Šiuo metu slaugos poreikis yra nustatomas daugiausiai remiantis ligos diagnoze.

NEATSKIRTOS SLAUGOS IR GLOBOS PASLAUGOS.

Nors slauga kainuoja žymiai brangiau, žmonės vis dar yra linkę į slaugos ligonines guldėti tokio poreikio neturinčius savo artimuosius, kurie turėtų gyventi ne slaugos ligoninėse, o globos namuose. Dažnu atveju pacientai, kuriems nustatyti nuolatinės slaugos poreikiai (visiškai nesavarankiški) – vis dar yra guldomi į globos namus, kur didžioji personalo dalis reikalingų kompetencijų neturintys socialiniai darbuotojai, o tokiems pacientams reikalingų slaugytojų nakties metu net ir nėra. Tokiais atvejais tiek klientai, tiek jų artimieji susiduria su situacija, kuomet paslaugos kokybė neužtikrinama.

APSUNKINTOS GALIMYBĖS ARTIMŲJŲ SLAUGAI.

Lietuva vis dar pasižymi nelanksčiomis sąlygomis, gyventojams norint slaugyti savo sunkiai sergančius artimuosius. Šiuo metu galiojanti nuostata, kad slaugant sergantį šeimos narį apdraustasis asmuo išmoką iš Valstybinio socialinio draudimo fondo lėšų



turi teisę gauti ne ilgiau kaip 7 kalendorines dienas, o slaugant vaiką iki 14 metų - ne ilgiau kaip 14 kalendorinių dienų, nėra teisinga. Visų pirma dėl to, jog asmens įsipareigojimai šeimos nariams, nesvarbu ar tai vaikai, ar sutuoktinis, ar tėvai, turi būti suprantami kaip lygiaverčiai. Todėl ir sąlygos jiems susirgus už jų slaugą gauti išmoką iš Valstybinio socialinio draudimo fondo lėšų turi būti vienodos. Visų antra, 7 ar 14 dienų dažnam gyventojui, kuris rūpinasi savo sergančiu artimuoju, nėra pakankamas laiko tarpas padėti pilnai jam atsigauti, ypač kalbant apie garbaus amžiaus sulaukusių žmonių slaugą.

Pagrindiniai sprendimai:

1. SLAUGOS PASLAUGŲ PLĖTRA.

Skirsime daugiau viešųjų resursų slaugos specialistų rengimui, jų darbo sąlygų gerinimui (ypač atlyginimų didinimui), bei visuomenėje nusistovėjusio požiūrio į šią profesiją keitimui. Remdamiesi Danijos ir Jungtinės Karalystės pavyzdžiu, plėsime slaugos darbuotojų kompetencijos sritį, suteiksime jiems galimybę namuose lankyti nesunkiai sergančius pacientus bei, konsultuojantis su gydytoju, paskirti medikamentus, taip prisidedant prie pirminės sveikatos priežiūros šalyje plėtros. Be to, matydami, jog daugeliui žmonių reikia ne tik slaugos, plėsime ambulatorinės slaugos ir socialinių reikalų paslaugų integraciją.

2. VISOS REIKALINGOS PAGALBOS SLAUGOMIEMS PACIENTAMS IR JŲ ŠEIMOMS TEIKIMAS.

Slaugos poreikį siūlysiame nustatinėti pagal savarankiškumo lygmenį (paciento būklę) ir tada skirti visą reikalingą pagalbą, o ne tik pagalbą pagal specifinę diagnozę. P eisime prie sistemos, kurioje būtų nustatomi savarankiškumo lygmenys ir pagal tai skiriama visa reikalinga pagalba.

Sudarysiame tinkamas sąlygas sunkiausiai ligonius slaugyti ligoninėse (didinat paslaugų įkainį ir kartu mažinant krūvius slaugos darbuotojams), o kitiems suformuoti adekvačias sąlygas būti slaugomiems namuose. Apsilankymų skaičius nustatysime pagal slaugos poreikį, o ne visiems skiriant vienodą 101 slaugos specialistų apsilankymą.

3. SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE TARNYBA.

Šiuo metu pirminė sveikatos grandis pirmiausia rūpinasi slaugomais pacientais, tačiau ji neturi nei reikalingos įrangos, nei specialistų. Todėl svarstysime slaugos paslaugų namuose tarnybos prie slaugos ligoninių arba atskirai įkūrimą, kurios glaudžiai bendradarbiautų su pirmine grandimi – šeimos gydytojais ir teiktų tiek slaugos tiek socialines paslaugas.

Ši tarnyba galėtų teikti integralios pagalbos paslaugą namuose (socialinę globą ir slaugą) neįgaliems darbingo amžiaus ir senyvo amžiaus asmenims bei konsultacinę pagalbą jų šeimų nariams, pasitelkiant mobilias darbuotojų komandas, aprūpintas darbui reikalingais automobiliais, įranga, sanitarinėmis ir higienos priemonėmis. Tarnyba užtikrintų, kad integralios pagalbos gavėjų artimieji (šeimos nariai) geriau suvoktų ir užtikrintų neįgalių ir senyvo amžiaus asmenų poreikius, tam būtų organizuojamos individualios konsultacijos.

Koncentruosime slaugos paslaugas prie didesnių ligoninių, nes svarbu, kad būtų reikalinga speciali aparatūra ir specialistai. Kai kuriems slaugomiems pacientams reikalinga plaučių ventiliacija, kai kuriems dializė. Šiuo metu tokie ligoniniai vis dar yra vežiojami iš slaugos ligoninės į ligonines, kuriose atliekamos procedūros.



4. GLOBOS IR SLAUGOS PASLAUGŲ IŠGRYVINIMAS

Aiškiai atskirsime globą ir slaugą, nes šioms paslaugoms teikti reikalingi visiškai skirtingi specialistai ir įranga. Laikomės nuostatos, jog vieniši asmenys arba tie, kurių socialinė aplinka neleidžia slaugyti namuose, turėtų būti apgyvendinami globos namuose. Tai būtų tikroji globos namų funkcija – globa. Tuo atveju – nereikėtų dirbtinai rudeniu atėjus jų guldyti į slaugos ligonines peržiemoti.

5. „ŠEIMOS ATOKVĖPIO“ PASLAUGA.

Siūlysiame šeimoms „atokvėpio“ paslaugą, vieną mėnesį mokant darbo užmokestį ir suteikiant atostogas darbuotojams, slaugantiems savo artimuosius. Skatinsiame darbdavius sudaryti sąlygas tokiems darbuotojams derinti slaugą ir darbą. Šiam tikslui įgyvendinti skatinsiame lankstaus darbo grafiko, nuotolinio darbo kultūrą, svarstysiame papildomų atostogų, laisvadienių, skirtų artimojo palydėjimui pas gydytojus, įvedimą. Jeigu asmuo atsisakęs darbo slaugys savo artimąjį – tuo laikotarpiu numatysiame jam tam tikro dydžio išmokų mokėjimą (esant tam tikro laipsnio savarankiškumui, kad nebūtų skatinimo atsisakyti darbo ir slaugyti savo artimuosius).

Efektyvi kritinių ligų prevencija ir gydymas

Vidutinė tikėtina vyrų sveiko gyvenimo trukmė pailgės iki 61 metų, moterų – iki 64 metų. (šandien vyrų – 56.4, moterų – 59.8).

Pagrindiniai iššūkiai:

DIDŽIAUSIAS MIRTINGUMAS ES DĖL ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ.

Remiantis 2016 m. Eurostato duomenimis, Lietuvoje užfiksuotas didžiausias mirtingumas nuo šių ligų iš visų ES valstybių narių. Vienam milijonui Lietuvos gyventojų tenka 5 610 mirčių, sukeltų širdies ir kraujagyslių ligų. Prancūziją, mažiausiai nuo širdies ligų kenčiančią ES šalį, mirtingumu lenkiame 12 kartų. Šandien širdies ir kraujagyslių ligų gydymui yra skiriamos didžiulės lėšos, tačiau labai menkai dirbama su žmonių švietimu apie prevencijos galimybes.

LIETUVOJE YRA NET 30 PROC. MAŽESNI ŠANSAI PAGYTI NUO VĖŽIO NEI VAKARŲ EUROPOJE.

Kasmet fiksuojama net 18 tūkstančių vėžio atvejų, tai antra dažniausia mirties priežastis Lietuvoje, dėl šios priežasties gyvybės kasmet netenka apie 8 tūkstančiai šalies gyventojų. Sergamumas vėžiu auga, prognozuojama, jog 2030 m. onkologinės ligos apskritai taps pirma mirtingumo priežastimi pasaulyje. Atsižvelgiant į demografines tendencijas ir didelį susirgimų skaičių, tikėtina, jog gali tapti vis sunkiau užtikrinti vėžio gydymą visiems pacientams. Remiantis programos CONCORD atlikta analize, Lie-

tuvoje penkerių metų išgyvenimo, sergant kelių rūšių pagydomu vėžiu, rodikliai per pastaruosius metus išaugo, tačiau vis dar yra mažesni, nei daugelyje ES šalių. Be to, paskutiniai tyrimai parodė, jog, dėl sveikatos apsaugos sistemos ydų ir neefektyvumo, rytinėse ES valstybėse gyvenantys žmonės turi net 30 proc. mažesnius šansus pagyti nuo vėžio nei Vakarų Europoje.



MINISTERIJOS PASYVUMAS VYKDANT PREVENCIJĄ.

Šiuo metu pasyviai veikiama vėžinių susirgimų prevencijos srityje. Neaiški padėtis plėtojant ankstyvo vėžio nustatymo strategijas, numatančias planus, kaip sumažinti augantį sergamumą bei dėl jo patiriamą socialinę ir finansinę naštą. Be to, lėšos prevencijos programoms skiriamos neadekvačiai poreikiui – jas tradiciškai gauna centrai didmiesčiuose, o ne arčiausiai žmonių esančios sveikatos apsaugos įstaigos.

NĖRA CENTRALIZUOTO KVIETIMO TIKRINTIS SISTEMOS.

Iki šiol nefunkcionuoja centralizuotas pacientų kvietimas pasitikrinti pagal prevencines programas. To pasekoje kiekviena ASPĮ turi arba naudotis savo atskiromis elektroninėmis sveikatos sistemomis, arba sudarinėti kviestinų pacientų sąrašus rankiniu būdu. Nėra centralizuotai kaupiama tokia svarbi informacija apie tai, koks pacientas ir pagal kokią programą pasitikrino, kokie rezultatai, kur toliau jis lankėsi, ar tikrinosi pakartotinai, ar gavo gydymą, kada vėl jį kviesti ir t.t. Vėliau tai lemia prastus programų vykdymo rezultatus, tampa neaišku, koks jų tikrasis efektyvumas, o tai reiškia, kad ir lėšos panaudojamos ne taip efektyviai.

Pagrindiniai sprendimai:

1. IŠTEKLIŲ SUTELKIMAS GYVENIMO TRUKMEI PRAILGINTI, KRITINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS IR DIAGNOSTIKOS STIPRINIMAS

Mirtingumas nuo kritinių, širdies, kraujagyslių ir onkologinių ligų labai priklauso nuo žmonių ir specialistų gebėjimo laiku aptikti ir identifikuoti grėsmes. Ankstyva vėžio diagnostika kai kuriais vėžio atvejais sumažina mirtingumą 20 proc. Taip pat tai žymiai sumažina gydymo kaštus. Todėl siekdami užtikrinti ankstyvą vėžio ir širdies ligų diagnostiką ir gydymą plėsimė prevencinių programų skaičių, stiprinsime jų kokybę bei finansavimą ne tik šalies centruose, bet ir regionuose. Peržiūrėsime ankstyvo širdies ir kraujagyslių ligų nustatymo programą ir ją išplėsimė įtraukiant ir vyresnio amžiaus žmonių grupes.

Sieksime, jog ministerijos, gydymo įstaigos, visuomenės sveikatos biurai, nevyriausybinių organizacijų organizuotų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos švietimo kampaniją, kaip keisti mitybos ir gyvensenos įpročius, kaip atpažinti galimas problemas ir laiku kreiptis pagalbos, kaip elgtis kritinėse situacijose ir pan. Sieksime pirmos pagalbos ir gaivinimo mokymus padaryti reguliariai privalomus visose valstybinėse įstaigose bei žmonėse. Taip pat plėtosime sėkmingą Jaunųjų gydytojų asociacijos projektą „Aukštinės minutės“.

2. SUKURSIME „ŽALIŲJŲ KORIDORIŲ“ SISTEMĄ.

Sukursime, efektyviai veikiančią „žaliųjų koridorių“ sistemą, kuomet pacientui įtariant

susirgimą onkologine ar širdies kraujagyslių liga yra uždegamas „žalias koridorius“ skubiam tyrimų atlikimui ir bei gydymo paskyrimui, kurių pirminės sveikatos priežiūros įstaigos atlikti neturi galimybių.



3. INFARKTO IR INSULTŲ GYDYMO SISTEMOS STIPRINIMAS IR PLĖTRA.

Tam, kad būtų užtikrintas greitas ir saugus ligonių aptarnavimas bei pervežimas, nustatysime tolygesnį GMP punktų išsidėstymą bei finansuosime po vieną papildomą GMP brigadą. Užtikrinsime greitą ir saugų ligonių aptarnavimą ir transportavimą tolygiau išdėstydami greitosios medicinos pagalbos punktus. Taip pat, nedelsiant uždrausime pervežant ligonius juos perkelti į kitą automobilį pakelyje.

4. ŠEIMOS GYDYTOJŲ KOMPETENCIJŲ STIPRINIMAS KARDIOLOGIJOS SRITYJE.

Šeimos gydytojai turi pakankamai kompetencijų atlikti dalį pirminių kardiologijos funkcijų. Todėl regionuose, kur jaučiamas didesnis kardiologijos specialistų trūkumas, šeimos gydytojai turėtų būti įgalinti spręsti ir prisiimti daugiau atsakomybės už gydymą. Įgalinsime šeimos gydytojus atlikti dalį pirminių kardiologinio gydymo funkcijų (Pvz. elektrogramos vertinimas, kraujo tyrimai).

5. CENTRALIZUOTAS KVIETIMAS TIKRINTIS PAGAL PREVENCINES PROGRAMAS.

Išnaudodami e-sveikatos sistemos galimybes ir tardamiesi su medikų bendruomene, sukursime ir įgalinsime veikti centralizuotą pacientų kvietimo tikrintis pagal prevencines širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų prevencijos programas sistemą. Tai leis ne tik sumažinti administracinę naštą atskiros ASPĮ, tačiau ir sukurs prielaidas geresniems prevencijos programų rezultatams ir leis pamatyti tikrąjį jų efektyvumą bei geriau panaudoti joms skiriamas lėšas.

6. PAŽANGIŲ ONKOLOGIJOS CENTRŲ KŪRIMAS REGIONUOSE.

Vėžinių susirgimų daugėja visame pasaulyje, tad turime investuoti į pažangiausias gydymo technologijas, metodikas ir vaistus. Telkdami esamus resursus bei skirdami papildomą finansavimą steigsime kelis onkologijos centrus regionuose. Klaipėdoje steigsime trečią šalįje, modernų onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo centrą.

7. NAUJAS POSTŪMIS VĖŽINIŲ SUSIRGIMŲ TYRIMAMS.

Pasinaudojant ES parama projektams ir iniciatyvoms visoje Europoje, skirtoms skatinti tyrimų plėtojimą prevencijos, diagnostikos ir gydymo srityse, išnaudosime jos teikiamas galimybes sudaryti geresnes sąlygas Lietuvoje vykdyti mokslinius vėžinių susirgimų tyrimus, kurie vėliau galėtų padėti rasti būdus efektyviau gydyti tokio tipo ligas. Koncentruosime resursus ir skatinsime big data ir biomedicinos mokslų bendradarbiavimą vėžinių susirgimų srityje, taip pat skatinsime mokslininkus pasitelkti dirbtinio intelekto technologijas, kurios pagelbėtų gydytojams greičiau identifikuoti labiausiai tinkamus tyrimus kiekvienam vėžio atvejui.

Sveika emocinė aplinka – stiprios valstybės pamatas

Savižudybių skaičius sumažės 25 proc.
(šiandien – 24.4 savižudybės 100 tūkst. gyventojų).

Pagrindiniai iššūkiai:

PRASTA VISUOMENĖS PSICHOLOGINĖ BŪKLĖ IR PSICHIKOS SVEIKATA.

Anot IHME tyrimo, jau daugelį metų viena pagrindinių priežasčių, dėl kurios Lietuvoje prarandami potencialūs gyvenimo metai, yra prasta gyventojų psichikos sveikata, psichologinė būklė. Nors situacija pastaruoju metu atrodo kiek pagerėjusi, nuo Vakarų Europos valstybių vis dar pakankamai stipriai atsiliekame pagal skubios psichologinės ir psichiatrinės pagalbos prieinamumą. Didelį vaidmenį savižudybių prevencijoje atlieka psichologinės pagalbos linija, tačiau jos pajėgumai vis dar yra labai riboti, o pačiai tarnybai kyla problemų dėl pasiekiamumo. Be to, anot Vilniaus visuomenės sveikatos biuro ekspertų, prasta psichologinė būklė tampa viena dažniausių polinkio į priklausomybes nuo alkoholio, tabako ar narkotikų priežasčių.

PRASTAS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS.

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas būtinas kalbant apie savižudybių, smurto, priklausomybės sutrikimų prevenciją. Ypač tai aktualu regionuose, kaimo vietovėse. Dažniausiai tokiems žmonėms yra sudėtinga nuvažiuoti į miestą pagalbos. Tačiau ir miestuose kartais psichiatro konsultacijos tenka laukti kelias savaites, o tai turi neigiamas pasekmes žmonių sveikatai, o kartais ir gyvybei. Be to, tai didina hospitalizacijų skaičių, veda prie papildomų biudžetinių išlaidų. Maža to, psichologiniams sutrikimams labai kenkia vienatvė, o regionuose kol kas nėra nei specialistų, nei gero suvokimo apie tai. Tyrimai rodo, kad psichinė pagalbą gavę žmonės atkrenta dėl to, jog nėra patenkinami jų socializacijos poreikiai.

COVID-19 POVEIKIS GYVENTOJŲ PSICHINEI SVEIKATAI.

Mus užklupusi COVID-19 krizė ragina žymiai rimčiau susirūpinti ir mūsų emocine sveikata. Iki šiol šiai sveikatos sričiai dėmesio buvo skiriama minimaliai, nors būtent psichologinis žmogaus saugumas ir savijauta yra svarbiausias gyvenimo kokybės veiksnys. Pasaulio Sveikatos Organizacija teigia, kad be įprastų simptomų – nerimo ir baimės – mes dėl karantino turėsime ir kitas problemas: gali išryškėti vienišumas, liūdesys, depresija, žalingas alkoholio ir narkotikų vartojimas, savęs žalojimas ir suicidinis elgesys. Todėl taip stipriai pažeistai bendruomenei tampa itin svarbus psichikos sveikatos paslaugų pasiekiamumas, o psichikos sveikatos specialistams turi būti sudarytos sąlygos efektyviai veikti priešakinėse pozicijose. Nuo to gali priklausyti mūsų kiekvieno asmeninis atsigavimas, o tuo pačiu ir valstybės ekonomikos kilimas.

DIDELIS PRIKLAUSOMYBIŲ SKAIČIUS.

Priklausomybė nuo alkoholio, tabako, narkotinių medžiagų, lošimų, nesveika gyvensena išlieka didele problema Lietuvoje. Kasmet dėl alkoholio vartojimo ir jo sukeltų ligų netenkame apie 5000 žmonių. Dauguma savižudžių, smurtautojų, žuvusiųjų auto-katastrofų, gaisrų metu būna neblaivūs.



Lietuvoje kova su alkoholizmu daugiausia vyksta prieinamumo mažinimo ir akcizų didinimo kryptimis. Tai paskatino nelegalaus alkoholio pardavimus bei prekybą iš kaimyninių šalių. Išaugo ir stipraus alkoholio suvartojimas. Taip pat plinta lengvų narkotikų vartojimas. Šalia šių problemų, šalyje stinga, ypač regionuose, įstaigų bei specialistų, gydančių priklausomybių ligomis sergančius žmones.

TRŪKSTA DĖMESIO SAVIŽUDYBIŲ PROBLEMAI.

Nuo pat Nepriklausomybės atkūrimo esame viena iš labiausiai besižudančių pasaulio tautų. Verta paminėti, jog savižudybės yra gerokai aktualesnė problema vyrams, nei moterims. Pernai metais iš 100 tūkst. Lietuvos gyventojų teko 58 vyro ir 9,5 moters savižudybės. Be to, Lietuva pagal moterų savižudybių skaičių demonstruoja prasčiausius rezultatus visoje ES. Nemaža dalis žmonių prieš save pakelia ranką dar būdami jauno amžiaus. Savižudybės neturi vienos pagrindinės priežasties. Dažniausiai tai įvyksta nelaimingai sutapus daugybei nepalankių aplinkybių. Svarbiausi savižudybės rizikos veiksniai: negydomi psichikos sutrikimai ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas. Taip pat savižudybės priemonių prieinamumas, kliūtys gauti veiksmingas sveikatos priežiūros paslaugas ir visuomenėje paplitęs požiūris, kad pagalbos kreiptis gėdinga. Lietuvoje daugiausiai žudosi kaimų ir mažų miestelių gyventojai. Šis klausimas visiškai nustumtas į paraštes ir nesusilaukia pakankamo dėmesio aukščiausiam politiniame lygmenyje.

Pagrindiniai sprendimai:

1. POŽIŪRIO Į PSICHIKOS SUTRIKIMŲ GYDYMĄ KEITIMAS.

Pereisime nuo medikamentinio psichinės sveikatos sutrikimų gydymo prie ankstyvos psichikos sutrikimų diagnostikos ir prevencijos. Atsisakysime neveiksmingos ir sovietinius laikus menančios šiandieninės sistemos, kai psichikos sutrikimų klausimas paliekamas daugiausiai psichiatrijos ligoninių žiniai ir yra neproporcingai taikomas medikamentinis ir stacionarus gydymas.

Didelį dėmesį skirsime psichikos sutrikimų prevencijai, ankstyvajai psichikos sutrikimų diagnostikai, gydymo kokybei. Stiprinsime šeimos gydytojų kompetencijas anksti pastebėti psichikos sutrikimų simptomus ir laiku nukreipti pagalbai.

2. DIDINSIME VISUOMENĖS SĄMONINGUMĄ PSICHINĖS SVEIKATOS SRITYJE.

Skatinsime asmenis dėl psichikos problemų nedelsiant kreiptis į psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius specialistus. Pasirūpinsime, kad valstybėje neliktų psichikos ligomis sergančiųjų stigmos apraiškų. Sieksime, kad plėtojant alternatyvias hospitalizacijai paslaugas, mažėtų stacionarizavimo psichiatrijos ligoninėse apimtys. Bendradarbiaudami su emocinės sveikatos specialistais, gerinsime visuomenės gebėjimą atpažinti, suprasti ir tinkamai reikšti savo emocijas, atpažinti ir suprasti savo ir

artimųjų psichikos sveikatos sunkumus bei konstruktyviai juos spręsti, laiku kreipiantis reikalingos pagalbos bei suteikti tinkamą bendruomeninį palaikymą.



3. PSICHIKOS SVEIKATOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO GERINIMAS.

Stiprinsime psichikos sveikatos centrų komandas, didinsime jų finansavimą. Steigsime priklausomybės ligų skyrius rajoninėse ligoninėse, nes penkių centrų didmiesčiuose jau nebepakanka. Priartinsime psichiatrijos pagalbą prie žmonių – reorganizuosime rajonų ligonines į psichosomatikos, somatopsichiatrijos, kas ypač aktualu senyvo amžiaus pacientams. Steigsime ir plėtosime alternatyvias hospitalizacijai paslaugas: atviro dialogo mobilias paslaugas, Soteria namus, krizių centrus.

Stiprinsime ir plėsimė ambulatorines, dienos stacionaro, nemedikamentines psichikos sutrikimų gydymo paslaugas. Didinsime psichoterapijos, psichosocialinės reabilitacijos įkainius. Plėsimė paslaugas nuo psichotropinių medžiagų, interneto priklausomiems paaugliams.

4. ASMENS PSICHIKOS SVEIKATOS ĮSTAIGŲ INFRASTRUKTŪROS MODERNIZAVIMAS IR EFEKTYVIŲ PREVENCIJOS IR PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMO PROGRAMŲ ĮGYVENDINIMAS.

Parengsime psichiatrijos ligoninių, skyrių ir centrų modernizavimo programą, numatysime reikalingas valstybės ir ES lėšas. Remiantis kitų šalių patirtimi, sukursime ir finansuosime efektyvias psichikos sveikatos sutrikimų prevencines ir psichikos sveikatos stiprinimo programas.

5. ŠVIETIMU, O NE TIK DRAUDIMAIS PAREMTA KOVA PRIEŠ PRIKLAUSOMYBĘ NUO ALKOHOLIO.

Šviesime jaunimą apie alkoholio (bei tabako ir narkotikų) sukuriamą žalą, geriau integruojant sveikos gyvensenos propagavimo priemones į švietimo sistemą (ugdymo turinį). Šviečiant visuomenę bei pagal šį suvokimą performavus socialinę sistemą, galima pasiekti dar nematytų pergalių kovojant su priklausomybių keliamomis problemomis. Sieksime, jog ugdymo programoje atsirastų arba į kitus dalykus būtų plačiau integruojama sveikos gyvensenos disciplina tam, kad mokiniai sužinotų apie sveikatai palankią mitybą, sveiką gyvenimo būdą.

6. SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS BIURO STIPRINIMAS.

Didinsime valstybės finansavimą Savižudybių prevencijos biurui bei užtikrinsime institucijos bendradarbiavimą su šioje srityje veikiančiomis nevyriausybinėmis organizacijomis. Be to, užtikrinsime adekvatų telefoninių psichologinės pagalbos linijų finansavimą.

7. DAUGIAU BENDRADARBIAVIMO SU SENIŪNIJOMS IR VIETOS BENDRUOMENĖMIS.

Stiprinsime vietos bendruomenes ir seniūnijas, didinsime socialinių darbuotojų skaičių. Skatinsime bendruomeninę pagalbą rizikos šeimoms ir asmenims. Kaip alternatyvą alkoholio vartojimui, skatinsime prasmingo užimtumo, sporto plėtojimą, ypač kaimo vietovėse. Stiprinsime dienos centrų veiklą, raginsime bendruomenes kurti „šiltus kambarius“, kurie spręstų vienišumo, socialinės atskirties problemas.

8. COVID-19 SUKELTOMS PROBLEMOMS SPRĘSTI IŠPLĖSTAS PSICHOLOGINĖS PAGALBOS PRIEINAMUMA REGIONUOSE.



Specializuotų kompleksinės pagalbos centrų pagrindu regionuose (toliau Regioniniai centrai) sutelksime esamas savivaldybių, nevyriausybinų organizacijų pajėgas ir teiksime reikiamą pagalbą ir konsultacijas socialinės rizikos grupėje esantiems asmenims bei šeimoms, taip pat tiems žmonėms, kurie dirba padidintos rizikos sektoriuose ir jų artimiesiems. Pagalba turėtų būti suteikiama visiems besikreipiantiems, kurie susidūrė su iššūkiais susijusiais su dėl viruso pasikeitusiomis gyvenimo aplinkybėmis.

Regioninio centro veikla bus organizuojama tinkliniu principu, apjungiant esamų organizacijų pajėgas, tokių kaip savivaldybių psichikos centrai, savivaldybių TBK (Tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinavimo) specialistai bei nevyriausybinių organizacijų. Konsultacijos sprendžiant socialinius ir emocinius sunkumus vyktų nuotoliniu būdu - telefonu arba elektroninėmis priemonėmis. Ateityje, karantino sąlygoms švelnėjant, plėsime ir gyvas konsultacijas ir pagalbą. Aktualiais klausimais būtų parengtos ir informacinės platformos.

Numatysime, kad centruose būtų sudarytos galimybės gauti tiek skubią informacinę pagalbą aktualiais socialiniais bei psichikos sveikatos klausimais, tiek savalaikiškai ir anonimiškai gauti psichiatro, psichologo konsultacijas.

Realią naudą duodanti e-sveikatos sistema

Bent 80 proc. asmens sveikatos priežiūros įstaigų teiks duomenis į e-sveikatos sistemą (šiandien – 60 proc.).

Pagrindiniai iššūkiai:

E-SVEIKATA NEATLIEKA PAGRINDINIŲ SAVO FUNKCIJŲ.

E-sveikata (ESPBI) neatlieka savo vaidmens kaip centrinė sistema, į kurią turėtų „suplaukti“ visi duomenys, o iš jos informaciją gautų kitos institucijos. Tai lemia lėtą kitų institucijų jungimąsi prie šios sistemos ir jos panaudojimą. Šiuo metu ne visos institucijos, tokios kaip Valstybinė ligonių kasa, policija, SoDra, teismai, draudimo įmonės ir daugelis kitų turi galimybę naudotis ESPBI arba sistema gali naudotis tik labai ribotai. Kaip teigia pačios institucijos, vis dar stringa duomenų perdavimas į pačią sistemą, matomi ne visi reikalingi duomenų įrašai, nemažėja administracinė našta, nes vis dar reikia pildyti popierines dokumentų formas, nors jos yra pildomos ir elektroniniu būdu. Be to, popierinių formų perkėlimas į elektroninę sistemą vyksta labai techniškai, nesiaiškinant, kur būtų galima sumažinti administracinę našlą. To pasekoje pasireiškia informacijos dubliavimo problema, kuomet dalis informacijos – diagnozės, specialisto duomenys, konsultacijos datos – turi būti suvestos skirtingose formose.

TECHNINIAI E-SVEIKATOS SISTEMOS TRIKDŽIAI.

E-sveikatos sistema susiduria ir su techniniais iššūkiais, kurie lemia nepatogumą ja naudojantis tiek asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, tiek pacientams. Sistemai aptarnauti naudojami nepakankami serverių resursai, lėtas interneto ryšys. Sistema pasižymi ydinga architektūra, todėl vienu metu negali aptarnauti didelio vartotojų skaičiaus (Ne tik ASP], bet ir vaistinių, gyventojų ir institucijų). Taip pat naudojimąsi



sistema apsunkina labai lėtas e-dokumentų pasirašymas el. parašu, ypač paketinis pasirašymas. Tai labai apsunkina gydytojų – ypač pirminės sveikatos priežiūros grandies (PSP) grandies – darbą, nes sugaištama pernelyg daug darbo laiko laukiant pasirašymo pabaigos. Be to, SAM nėra sukūrusi skatinimo ar sankcijų mechanizmo, užtikrinančio išsamų ir laiku atliekamą sistemos naudojimą visose ASPJ, o tiesioginiai sistemų naudotojai (gydytojai, slaugytojai, kiti ASPJ darbuotojai), kurių darbas su sistema daro didžiausią įtaką sistemos ir viso e-sveikatos projekto sėkmei, nėra motyvuojami.

ELEKTRONINIŲ SVEIKATOS SISTEMŲ FRAGMENTACIJA.

E-sveikatos sistema neapima viso ASPJ tinklo, o tai vėliau kelia problemų tiek pačioms įstaigoms, tiek pacientams. Taip yra todėl, jog dalis ASPJ turi savo atskiras informacines sistemas, kurios nėra pilnai integruotos su e-sveikata. To pasekoje, ASPJ ir gydytojai turi gaišti laiką, besiblaškydami tarp dviejų skirtingų sistemų, negali kokybiškai teikti duomenų į e-sveikatos sistemą, todėl pacientai vis dar yra priversti naudotis popieriniais išrašais – dėl šios priežasties pasitaiko atvejų, kuomet šeimos gydytojų nepasiekia svarbi informacija apie pacientų sveikatos būklę. Be to, e-sveikatoje išrašyti elektroniniai receptai vaistams dažnu atveju nėra pripažįstami užsienio šalyse.

MAŽAS E-SVEIKATOS SISTEMOS POPULIARUMAS.

Kaip savo ataskaitoje pabrėžė Valstybės kontrolė, ne visos vaistinės ir ASPJ teikia duomenis į e-sveikatos sistemą. Net 17 proc. Lietuvos vaistinių nėra pasirengusios naudoti šia sistema, 31 proc. ASPJ, kurios dalyvavo e-sveikatos sistemos projektuose, ne-teikia duomenų į šią sistemą, o net 40 proc. e-sveikatos sistemos plėtros projektuose nedalyvavusių ASPJ neturi planų teikti duomenų. Be to, portalas pasižymi žemais prie jo prisijungusių pacientų rodikliais. Maždaug penktadalis ASPJ teigia, jog joms trūksta informacijos, metodinės pagalbos apie galimus prisijungimo būdus prie e-sveikatos sistemos.

E-SVEIKATOS KOKYBINIŲ VERTINIMO KRITERIJŲ TRŪKUMAS.

Taip pat jaučiamas e-sveikatos sistemos kokybinių vertinimo kriterijų trūkumas. Anot Valstybės kontrolės, esant tik vienam dabartiniam kokybiniam rodikliui sistemos poveikiui matuoti, sunku išsiaiškinti ir matuoti sistemos teikiamą naudą – pamatyti, kiek gydytojo ir pacientų laiko sutaupoma, kiek lėšų išsaugojama atliekamiems instrumentiniams ir laboratoriniams tyrimams, kiek dėl sistemos naudojimo sumažėja administracinė našta.

Pagrindiniai sprendimai:

1. TECHNINIŲ E-SVEIKATOS PAJĖGUMŲ UŽTIKRINIMAS.

Siekdami išvengti e-sveikatos sistemos veiklos trikdžių ir užtikrinti efektyvų jos veikimą, didinsime jos techninius pajėgumus – užtikrinsime, jog sistemai aptarnauti būtų naudojami pakankami serverių pajėgumai, reikiamo greičio interneto ryšys, pertvarkyta ir pagal įstaigų ir pacientų poreikius pritaikyta informacinės sistemos architektūra – tam, kad vienu metu būtų galima patogiai aptarnauti didelį skaičių klientų. Glaudžiai bendradarbiausime su gydytojais (klinikistais) sutariant dėl visų popierinių

formų konvertavimo į skaitmenines. Visi sprendimai susiję su klinicine dokumentacija bus priimami galvojant apie EPSBI informacinę sistemą. Nustatysime tikslus terminus konkrečioms tolesnėms e-valdymo priemonių diegimo ir tobulinimo darbams ir griežtai prižiūrėsime, kad jų būtų laikomasi.



2. E-SVEIKATOS KOORDINACIJA SU KITOMIS SVEIKATOS SISTEMOMIS IR INSTITUCIJOMIS.

Modernizuosime Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą (ESPBI IS, toliau – e-sveikata) ir imsime priemonių, kad sistema „susikalbėtų“ su kitomis sveikatos įstaigų naudojamomis IT sistemomis ir veiktų „vieno langelio“ principu.

Tam, kad būtų užtikrintas sklandus duomenų perdavimas ir mažinama administracinė našta ASPĮ, kurios turi savo elektronines sveikatos sistemas, vykdysime e-sveikatos sistemos sinchronizaciją su kitomis elektroninėmis sveikatos sistemomis ir institucijomis (policija, SoDra, teismai, draudimo įmonės ir kt.) tam, kad informacijos pateikimas nebūtų dubliuojamas. Dirbsime su ES partneriais siekiant, kad e-sveikatos sistema būtų sinchronizuota su kitų ES valstybių elektroninėmis sveikatos sistemomis tam, kad Lietuvos piliečiai su Lietuvoje išrašytu receptu galėtų įsigyti reikiamų vaistų ir užsienyje.

E-sveikatos sistemą integruosime su paciento mobiliąja aplikacija, kurioje pacientas rastų visą reikalingą informaciją susijusią su ligos istorija, galėtų rezervuoti vizito laiką, užsisakyti reikiamus receptus ir kt.

3. DIDESNĖS PASKATOS NAUDOTIS E-SVEIKATA.

Užtikrinsime, kad visos ASPĮ būtų pasirengusios dirbti su e-sveikatos sistema - tam organizuosime specialius mokymus, teiksime įstaigoms metodinę pagalbą ir numatysime skatinimo schemą už duomenų teikimą į sistemą. Įdiegsime mechanizmą, kuriuo tiesioginiai sistemų naudotojai (gydytojai, slaugytojai, kiti ASPĮ darbuotojai), kurių darbas su sistema daro didžiausią įtaką sistemos ir viso projekto sėkmei, būtų motyvuojami.

4. KOKYBIŠKAS E-SVEIKATOS SISTEMOS MONITORINGAS.

Nustatysime aiškius e-sveikatos sistemos kokybinius kriterijus, kurie leistų matyti realią sistemos teikiamą naudą – sutaupyta lėšas, pacientų ir gydytojų sutaupyta laiką, sumažėjusią administracinę našta. Dėl neefektyvaus lėšų panaudojimo diegiant e-sveikatos sistemą, atliksime plataus masto auditą.

PROGRAMĄ RENGĖ:

**Antanas Matulas, Raimundas Martinėlis, Sergejus Andruškevičius,
Jurgita Sejonienė, Jurgita Šiuždinienė, Lukas Kačiušis, Algirdas Kazlauskas.**

UŽ PAGALBĄ IR PATARIMUS DĖKOJAME:

**Jonui Ruškui, Karilei Levickaitei, Danutei Gailienei, Dainiui Pūriui,
Guodai Azguridienei, Liubovei Murauskienei.**