

LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO
N U T A R I M A S

**DĖL LIETUVOS SVEIKATOS SISTEMOS 2011–2020 METŲ PLĖTROS METMENŲ
PATVIRTINIMO**

2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430
Vilnius

Lietuvos Respublikos Seimas, siekdamas nustatyti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtrą ir sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą,
n u t a r i a:

1 straipsnis.

Patvirtinti Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenis (pridedama).

SEIMO PIRMININKĖ

IRENA DEGUTIENĖ

LIETUVOS SVEIKATOS SISTEMOS 2011–2020 METŲ PLĖTROS METMENYS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys (toliau – Metmenys) – tai konceptualus dokumentas, kuriame, siekiant įgyvendinti svarbiausius valstybės siekius, taip pat sveikatos sistemos misiją, viziją ir pagrindinius principus, išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys ir numatyta jų įgyvendinimo strategija.

2. Metmenų tikslas – nustatyti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos plėtrą, siekiant sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą, kuri:

2.1. skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją;

2.2. skatintų sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą sąžiningos konkurencijos sąlygomis;

2.3. didintų sveikatos sistemos dalyvių paskatas veikti skaidriai, vadovaujantis šiuolaikiniais sveikatos ekonomikos, etikos ir mokslo įrodymais pagrįstos medicinos ir vadybos principais;

2.4. siektų užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą;

2.5. skatintų racionalų ir efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą.

3. Metmenys atitinka Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I-1939 (Žin., 1991, Nr. [33-893](#)), Lietuvos sveikatos programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. [64-1842](#)), Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. IX-1187 (Žin., 2002, Nr. [113-5029](#)), Lietuvos ūkio (ekonomikos) plėtros iki 2015 metų ilgalaikėje strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 12 d. nutarimu Nr. 853 (Žin., 2002, Nr. [60-2424](#)) ir Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 11 d. nutarimu Nr. 1160 (Žin., 2003, Nr. [89-4029](#)) nustatytas sveikatos sistemos plėtros kryptis, numato ir patikslina tolesnę jų įgyvendinimo strategiją.

4. Metmenys parengti vykdant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008–2012 metų programos įgyvendinimo priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 25 d. nutarimu Nr. 189 (Žin., 2009, Nr. [33-1268](#)), 2 lentelės 90 punktą ir 3 lentelės 1289 punktą. Metmenis rengė darbo grupė, sudaryta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. balandžio 19 d. įsakymu Nr. V-294 „Dėl darbo grupės Sveikatos sistemos plėtros 2010–2015 metais metmenims parengti sudarymo“. Darbo grupę sudarė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Respublikos Prezidento kanceliarijos, Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto, Ministro Pirmininko tarnybos, Nacionalinės sveikatos tarybos, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Sveikatos sistemos reformos biuro, Higienos instituto, VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikų, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų, Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos, Lietuvos gydytojų sąjungos, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos, Lietuvos slaugos specialistų organizacijos atstovai.

5. Rengiant dokumentą buvo atsižvelgta į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. lapkričio 28 d. įsakymu Nr. V-1015 sudarytos darbo grupės parengtą Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metais metmenų projektą, užsienio valstybių patirtį, įvertinta esama sveikatos sistemos padėtis Lietuvoje, remtasi pacientų, mokslininkų, sveikatos priežiūros ir kitų sričių specialistų nuomone ir pasiūlymais.

6. Metmenys numatyti 2011–2020 metų laikotarpiui.

II. ESAMOS PADĖTIES ANALIZĖ

7. Metmenys parengti atsižvelgus į šiuos pagrindinius veiksnius:

7.1. esamos sveikatos sistemos funkcionavimo problemas ir jų priežastis;

7.2. gyventojų, sveikatos priežiūros specialistų, akademinės visuomenės, politikų kritinės pastabas, pasiūlymus įvairiais sveikatos sistemos aspektais;

7.3. visų visuomenės grupių sutarimą dėl esamos sveikatos sistemos tobulinimo būtinumo, aptarus pokyčių mastą ir problemų sprendimo būdus.

8. Sveikatos sistemos analizė atlikta įvertinus:

8.1. principą, kad sveikatos sistemoje svarbiausias yra pacientas;

8.2. sveikatos sistemos stiprybes ir silpnybes, iškeliant pagrindines sveikatos sistemos problemas ir nustatant šių problemų priežastis;

8.3. sveikatos sistemos potencialą tenkinti kintančius individualius pacientų ir bendrus visuomenės sveikatinimo poreikius;

8.4. sveikatos sistemos rodiklius ir jų reikšmių santykį su kitų Europos Sąjungos valstybių narių sveikatos sistemos rodikliais;

8.5. sveikatos sistemos funkcionavimui ir plėtrai svarbius išorinius (politinius, ekonominius, teisinius, socialinius, kultūrinius ir technologinius) ir vidinius (sveikatos sistemos infrastruktūros, finansinių, materialinių, žmogiškųjų išteklių ir sveikatos organizacijų kultūros) veiksnius;

8.6. Europos ir kitų pasaulio valstybių sveikatos sistemų plėtros patirtį kontroliuojant sparčiai augančių sveikatos sistemos sąnaudų tendencijas.

9. Sveikatos ekspertai yra apibrėžę šiuos Metmenų 13 punkte nurodytų sveikatos sistemos problemų sprendimo etapus:

9.1. pirmasis etapas – struktūriniai pokyčiai, vykdomi administracinėmis priemonėmis (mažinant gydytojų, ligoninių, lovų ligoninėse skaičių);

9.2. antrasis etapas – maksimalaus biudžeto nustatymas, t. y. nustatomos finansinės „lubos“, kurias pasiekusi sveikatos priežiūros įstaiga nebegauna apmokėjimo už vėliau suteiktas paslaugas;

9.3. trečiasis etapas – sąnaudų pasidalijimas, t. y. užtikrinant fizinių ir juridinių asmenų papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo funkcionavimą, įteisinant pacientų priemokas už dalį sveikatos priežiūros paslaugų; diegiant sąžiningos konkurencijos ir efektyvios vadybos principus sveikatos sektoriuje.

10. Metmenų 9 punkte nurodyti sveikatos sistemos problemų sprendimo etapai yra universalūs ir juos nuosekliai pereina visos pasaulio valstybės. Lietuvos sveikatos sistemoje šiuo metu įgyvendinamas trečiasis sveikatos sistemos problemų sprendimo etapas, tačiau mūsų valstybės sveikatos sistemos problema yra priemokos už sveikatos priežiūros paslaugas. Lietuvai perėjus į trečiąjį sveikatos sektoriaus sąnaudų valdymo tobulinimo etapą, galima sustiprinti korupcijos apraiškų prevenciją, neoficialius mokėjimus už sveikatos priežiūros paslaugas keičiant oficialiais.

11. Pažymėtina, kad universalaus ir paties efektyviausio sveikatos sistemos organizavimo modelio nėra sukurta. Kiekviena valstybė turi pasirinkti savo kelią, atsižvelgdama į susiformavusias istorines kultūrines tradicijas, bendrą ekonomikos padėtį ir kitus veiksnius.

12. Sveikatos politikos laimėjimai, teigiami sveikatos sistemos plėtros pokyčiai ir pagrindinės sveikatos sistemos stiprybės:

12.1. suformuota sveikatos sistemos teisinė bazė;

12.2. sukurta šeimos gydytojo institucija;

12.3. sveikatos priežiūros įstaigoms suteikta daugiau savarankiškumo – tai leidžia operatyviau ir lanksčiau spręsti kylančias problemas;

12.4. įdiegtas privalomasis sveikatos draudimas, kaip pagrindinis visuomeninio

sveikatos priežiūros finansavimo mechanizmas, Privalomojo sveikatos draudimo fondas atskirtas nuo valstybės biudžeto;

12.5. įvesta atskira sveikatos draudimo įmoka, kuri atskirta nuo gyventojų pajamų mokesčio;

12.6. pasiektas įmokos už valstybės draudžiamus asmenis augimas ir užtikrintas nuoseklus jos didėjimas, nors ši įmoka lieka neadekvačiai maža, palyginti su vieno dirbančiojo įmoka; užtikrintas Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansinis tvarumas;

12.7. optimizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų spektras, skatinant šeimos gydytojų, ambulatorinių, dienos chirurgijos ir kitų alternatyvių paslaugų plėtrą bei atsisakant perteklinių ir nepagrįstų stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų;

12.8. plėtojamos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos, ypač daug dėmesio skiriant pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūrai;

12.9. diegiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos;

12.10. modernizuojamos sveikatos priežiūros įstaigos, diegiamos naujos technologijos, leidžiančios dalį stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų pakeisti ambulatorinėmis;

12.11. galimybė privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms sudaryti sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl pirminės, specializuotos ambulatorinės ir dienos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo;

12.12. panaikintas nekilnojamojo turto (arba jo dalies), naudojamo teikiant tik sveikatos priežiūros paslaugas, mokestis;

12.13. Lietuvos aukštosiose mokyklose rengiami aukštos kvalifikacijos sveikatos priežiūros specialistai;

12.14. pakeistas medicinos rezidentūros organizavimo modelis, integruojant medicinos rezidentūrą į sveikatos sistemą ir mokant gydytojams rezidentams už darbą;

12.15. pasiekti teigiami kai kurių sveikatos rodiklių – kūdikių mirtingumo, neišnešiotų naujagimių skaičiaus mažėjimo, sergamumo tuberkulioze (nors sergamumo lygis išlieka aukštas, palyginti su Europos Sąjungos vidurkiu) ir kai kuriomis kitomis užkrečiamosiomis ligomis, aukšto vaikų imunizacijos lygio, vėžio prevencijos programų įgyvendinimo ir kitų rodiklių pokyčiai;

12.16. tęsiamas labiausiai paplitusių lėtinių neinfekcinių ligų (širdies ir kraujagyslių bei onkologinių) prevencijos programų įgyvendinimas;

12.17. įdiegta pacientų eilių stebėsenos sistema, teritorinių ligonių kasų interneto svetainėse Lietuvos gyventojams teikiama informacija apie pacientų laukimo eiles, sveikatos priežiūros paslaugų, profilaktinių sveikatos tikrinimų galimybes;

12.18. įgyvendinama visuomenės sveikatos sistemos pertvarka:

12.18.1 atskirtos visuomenės sveikatos viešojo administravimo funkcijos ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimas;

12.18.2. plėtojama visuomenės sveikatos priežiūra savivaldybėse, priartinant visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas prie gyventojų;

12.18.3. optimizuojamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių specializuotų visuomenės sveikatos priežiūros institucijų tinklas, siekiant efektyviau panaudoti žmogiškuosius išteklius, sumažinti valdymui skirtus valstybės biudžeto piniginius išteklius;

12.19. vykdomas sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimas;

12.20. įgyvendinamas vaistų prieinamumo gerinimo ir kainų mažinimo priemonių planas;

12.21. atliekama tiekiamų rinkai vaistų kontrolė.

13. Dabartinės sveikatos sistemos problemos:

13.1. nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas;

13.2. nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema;

13.3. nepakankama gyventojų atsakomybė už savo sveikatą;

13.4. nepakankami sveikatos sistemos reglamentavimo principai ir metodai.

14. Nepakankamai nuoseklią sveikatos politiką ir jos įgyvendinimą lemia šios priežastys:

14.1. nėra ilgalaikės sveikatos sistemos plėtros politikos tęstinumo, todėl dažnai priimami fragmentiški sprendimai, labiau tenkinantys ne visuomenės, o politikų ar atskirų suinteresuotų grupių interesus;

14.2. nėra atliekamas sveikatos sisteminių pokyčių poveikio vertinimas, kurio rezultatai leistų objektyviai pagrįsti pokyčių naudą arba ieškoti kitų alternatyvių sprendimų;

14.3. nėra aiškaus sveikatos politiką formuojančių ir ją įgyvendinančių institucijų funkcijų atribojimo. Tai trukdo apibrėžti atsakomybę ir sudaro prielaidas priimti trumpalaikius, politinius sprendimus siekiant sveikatos politikos tikslų;

14.4. sveikatos sistema aukščiausiu politiniu lygiu vertinama ne kaip sudedamoji valstybės socialinės ir ekonominės politikos dalis, bet kaip atskiras ūkio segmentas, neatsižvelgiama į tai, kad sveikatą gyventojai laiko didžiausia vertybe;

14.5. nepakankamai atsižvelgiama į valstybės nustatytą sveikatos prioritetą skirstant lėšas, turimi piniginiai ištekliai nesudaro galimybių tenkinti didėjančių pacientų sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kokybės poreikių;

14.6. neišplėtotas papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas, be kurio sudėtinga įgyvendinti sveikatos politikos tikslus – užtikrinti pakankamą sveikatos sistemos finansavimą, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, didinti paciento atsakomybę už savo sveikatą ir nustatyti oficialias priemokas už sveikatos priežiūros paslaugas. Nėra apibrėžtas papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo objektas, kuris leistų pacientams valdyti savo sveikatos priežiūros išlaidų riziką. Trūksta politinės valios peržiūrėti valstybės lėšomis finansuojamą bazinį sveikatos priežiūros paslaugų krepšelį ir patvirtinti ekonomiškai pagrįstas bazinės sveikatos priežiūros paslaugų kainas;

14.7. nepakankamas valstybės dėmesys visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimui, sveikatos politikos samprata neatitinka šių dienų visuomenei kylančių problemų;

14.8. nepakankamas dėmesys vaiko, kaip paties pažeidžiamiausio visuomenės nario, sveikatos politikos formavimui ir įgyvendinimui;

14.9. nepakankamas tarpžinybinis bendradarbiavimas, priimamų sprendimų koordinavimas ir kontrolė;

14.10. visose žinybose stokojama darnaus vystymosi supratimo, derinant ekonomikos, socialinės gerovės, aplinkos apsaugos ir visuomenės sveikatos klausimus. Atskirų ministerijų priimami sprendimai neretai yra izoliuoti, kartais vienas kitam prieštaraujantys. Sveikatos sistemos pertvarkai būtini sprendimai nėra patrauklūs tiek politikams, tiek gyventojams, nes teigiami rezultatai būtų matomi tik po ilgo laiko, todėl neretai vengiama juos priimti, pasirenkant kitas alternatyvas, greitai teikiančias apčiuopiamus, tačiau tik neesminius rezultatus;

14.11. nepakankamai aiškus sveikatos apsaugos ir socialinės politikos santykis, nėra atsakomybės pasidalijimo, todėl sveikatos sistemos išteklių sąskaita sprendžiamos socialinės problemos, taip pat socialinės apsaugos lėšomis finansuojamos socialinių paslaugų įstaigų teikiamos slaugos, kitos sveikatos priežiūros paslaugos, sprendžiamos visuomenės sveikatos problemos;

14.12. nėra sukurtas mechanizmas, kuris leistų palengvinti slaugos ir globos paslaugų integravimą;

14.13. sveikatos priežiūros paslaugoms skirti ištekliai atskirais atvejais yra naudojami ir sveikatos priežiūros specialistams rengti.

15. Nepakankamai efektyvią sveikatos priežiūros organizavimo sistemą lemia šios priežastys:

15.1. nepakankamai efektyvus sveikatos priežiūros įstaigų valdymas, nepakankamai aiškus viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų dalininkų vaidmuo užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę bei atsakomybę;

15.2. neužtikrintas tolygus biudžetinių ir viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų

finansavimas, dabartinis finansavimo modelis didina atotrūkį tarp biudžetinių ir viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo užmokesčio;

15.3. nepakankamai veikiantys kontrolės ir stebėsenos mechanizmai trukdo nuosekliai ir išsamiai įgyvendinti įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatas bei vertinti jų įgyvendinimo pasekmes;

15.4. nepakankama konkurencija sveikatos priežiūros sektoriuje ir tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, ir tarp sveikatos priežiūros paslaugų pirkėjų. Kadangi nėra nustatytų kriterijų, viešosios sveikatos priežiūros įstaigos konkuruoja ne dėl paslaugų kokybės ir kainos, o dėl paslaugų kiekio. Vienintelis sveikatos priežiūros paslaugų pirkėjas yra Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos;

15.5. nevienodos valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąlygos;

15.6. nepakankamai aktyviai plėtojamos alternatyvios sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo formos (ambulatorinė slauga, slauga namuose, dienos stacionaras, dienos chirurgija, ambulatorinė rehabilitacija ir kita), daugelyje sričių dominuoja stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos;

15.7. didelę sveikatos priežiūros specialistų darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu: daug laiko sugaištama formalumams ir medicininiams dokumentams pildyti, todėl mažiau laiko skiriama pacientams ir ligų prevencijai, diagnostikai ir gydymui. Tai nepagrįstai didina sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudas ir mažina sveikatos priežiūros įstaigų darbo efektyvumą.

16. Nepakankamą gyventojų atsakomybę už savo sveikatą lemia šios priežastys:

16.1. dėl ilgą laiką deklaruojamos „nemokamos sveikatos priežiūros“ įsitvirtinusi nuostata, kad asmens sveikata priklauso ne nuo paties žmogaus, o nuo valdžios priimamų sprendimų. Gyventojai stokoja motyvacijos rūpintis savo sveikata ir sąmoningai dalyvauti gydymo procese, nes sveikatos priežiūrą supranta kaip nemokamą paslaugą;

16.2. gyventojai nepakankamai domisi savo teisėmis ir pareigomis sveikatos priežiūros srityje;

16.3. gydytojai, vis dar vadovaudamiesi biomedicininio požiūriu į ligą, stokoja visuminio (holistinio) požiūrio į sergantį žmogų – žmogus nevertinamas platesniu biopsichosocialiniu požiūriu. Nesigilinama į žmogaus gyvenimo ypatumus. Pacientas nepripažįstamas lygiaverčiu partneriu sprendžiant sveikatos klausimus;

16.4. daugiausia dėmesio skiriama ligoms gydyti, o ne jų prevencijai. Nesusiformavęs teigiamas visuomenės požiūris į sveikos gyvenimo įgūdžių ugdymą, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą.

17. Sveikatos sektoriaus reglamentavimo principai ir metodai tobulintini dėl šių priežasčių:

17.1. nesuteiktas prioritetas sveikatos ugdymui, jos stiprinimui ir ligų, kurių galima išvengti, prevencijai;

17.2. pacientams, norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas, tenka laukti eilės. Tam įtakos turi daugybė veiksnių: viešosios sveikatos priežiūros įstaigos negali koreguoti sveikatos priežiūros paslaugų kainų pagal poreikį, trūksta piniginių išteklių sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (daugiausia dėl iškreiptos paciento motyvacijos gauti brangiausią nemokamą gydymą), nepakankama sveikatos priežiūros įstaigų vadyba, sveikatos priežiūros specialistų ir įrangos trūkumas, atskirais atvejais dirbtinai sukuriamos problemos;

17.3. nepakankamas kitų ministerijų ir institucijų įtraukimas į visuomenės sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą. Įvairių ūkio sektorių plėtra nesuderinta su sveikos aplinkos išsaugojimo reikalavimais, o atskirais atvejais dėl kitų ūkio sektorių priimami sprendimai uždeda papildomą naštą sveikatos sektoriui. Vykstanti šalies socialinė ekonominė plėtra nemažina socialinių sveikatos netolygumų tarp miesto ir kaimo bei atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių. Ekonominės socialinės problemos turi neigiamą įtaką gimstamumo lygiui, psichikos sutrikimų ir savižudybių skaičiui. Vis dar aktuali problema yra priklausomybė nuo alkoholio, tabako, narkotikų, ypač tarp paauglių;

17.4. valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose paplitusi praktika naudojant įstaigų turtą (pastatus, medicinos įrangą ir kita), teikti pacientams mokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Pacientai už sveikatos priežiūros paslaugas, ypač stacionarines, moka neoficialiai ir (arba) yra priversti savo lėšomis įsigyti vaistų, medicinos priemonių ar apmokėti kitas su gydymu tiesiogiai ar netiesiogiai susijusias išlaidas. Privačiose sveikatos priežiūros įstaigose imamos priemokos už paslaugas, kurios jau apmokėtos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo;

17.5. žemas kompiuterinio raštingumo ir informacinių technologijų naudojimo lygis bei vis dar nepakankama interneto prieiga sveikatos priežiūros įstaigose. Informacija ir duomenys sveikatos priežiūros įstaigose yra fragmentiški, kaupiami atskirose duomenų bazėse, remiantis skirtingais standartais, neužtikrinant reikiamos asmens duomenų apsaugos. Nesuderinta šeimos gydytojų ir specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų naudojama programinė įranga, dubliuojamos ataskaitos (statistinės, finansinės, administracinės, gydymo) ir informacijos šaltiniai;

17.6. paklausos neatitinkantis sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlos pasiskirstymas. Tam įtakos turi neadekvatus, palyginti su Europos Sąjungos valstybėmis narėmis, išteklių pasiskirstymas, kurį iš dalies atspindi toliau lentelėje pateikiami Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ir Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazės duomenys:

Eil. Nr.	Lietuvos rodiklių netolygumas, palyginti su ES valstybėmis narėmis	Lietuva			Naujųjų ES valstybių narių vidurkis 2007–2008 m.	ES vidurkis 2007–2008 m.
		2007 m.	2008 m.	2009 m.		
1.	Šeimos gydytojų (bendrosios praktikos gydytojų) skaičius 100 000 gyventojų	54,7	54,4	55,2	65,21	96,68 (2006 m.)
2.	Praktikuojančių gydytojų skaičius 100 000 gyventojų	370,0	368,0	366,2	253,23	321,62
3.	Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų skaičius 100 000 gyventojų*	–	28,82	–	61,32	49,32 (2005 m.)
4.	Apsilankymų skaičius pas gydytoją vienam gyventojui per metus	6,8	6,54	6,85	7,73	6,86
5.	Ligoninių (be slaugos) skaičius 100 000 gyventojų	3,15	3,31	3,36	2,58	2,97
6.	Lovų (be slaugos) skaičius 10 000 gyventojų	69,0	68,5	68,2	60,5	56,48
7.	Hospitalizuojamų ligonių (be slaugos) 100 gyventojų	22,92	23,3	23,75	20,72	17,6
8.	Vienas pacientas (be slaugos) ligoninėje guli vidutiniškai (dienų)	8,4	8,1	7,7	7,69	8,76
9.	Vidutinis lovos (be slaugos) užimtumas per metus (dienų)	283,2	274,1	270	–	–
10.	Aktyvaus gydymo ligoninių skaičius 100 000 gyventojų	2,56	2,54	2,55	–	–
11.	Aktyvaus gydymo lovų skaičius 10 000 gyventojų**	51,1	50,6	50,3	46,48	39,53 (2006 m.)
12.	Hospitalizuojamų aktyvaus gydymo ligonių skaičius 100 gyventojų	21,16	21,53	22,04	18,29	15,62

Eil. Nr.	Lietuvos rodiklių netolygumas, palyginti su ES valstybėmis narėmis	Lietuva			Naujųjų ES valstybių narių vidurkis 2007–2008 m.	ES vidurkis 2007–2008 m.
		2007 m.	2008 m.	2009 m.		
	(įskaitant dienos chirurgiją)					
13.	Operacijų skaičius dienos stacionaro ligoniams 100 gyventojų***	1,07	1,27	1,38	–	–
14.	Aktyvaus gydymo ligoninėje vienas pacientas guli vidutiniškai (dienų)	6,6	6,3	6,0	6,53	6,74
15.	Vidutinis aktyvaus gydymo lovos užimtumas per metus (dienų)	275,5	265,5	264,1	261	281
* Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų skaičius 100 000 gyventojų atitinka pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigų skaičių 100 000 gyventojų. ** Aktyvaus gydymo lovos – tai stacionaro lovos be slaugos, reabilitacijos, tuberkuliozės ir psichiatrijos lovų. *** Rodiklis suskaičiuotas remiantis Privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą SVEIDRA, t. y. skaičiuotos operacijos stacionaro ligoniams, kurių gulėjimo stacionare trukmė – iki 24 val.						

17.7. sveikatos priežiūros paslaugų poreikio neatitinkantis sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas. Specialistų trūkumą savivaldybėse, išskyrus Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių miestų savivaldybes, veikia ir ligoninių nesaugumas dėl pacientų srautų persiskirstymo, dažnai prastesnė materialinė bazė ir mažesnės saviraiškos galimybės. Didelę įtaką turi savivaldybių pasyvumas ieškant trūkstamų specialistų;

17.8. rengiant gydytojus ir tobulinant jų kvalifikaciją, nepakankamai dėmesio skiriama sveikatos ekonomikos, medicinos etikos, teisės, vadybos žinioms ir įgūdžiams, profesionalaus bendravimo, bendruomenės lyderio gebėjimams ugdyti;

17.9. neįgyvendinamas pirminės sveikatos priežiūros prioritetas. Lietuvoje vis dar vyrauja nuomonė, kad tik labai specializuotos diagnostikos ir gydymo paslaugos padeda efektyviai išspręsti sveikatos problemas. Pacientai iki šiol nepasitiki šeimos gydytojo institucija, tikisi veiksmingos pagalbos tik iš gydytojų specialistų ir nori ją gauti universitetų ligoninėse. Šeimos gydytojai ir vietoj jų šeimos medicinos paslaugas teikiančios gydytojų specialistų komandos atlieka ne visas jiems priskirtas funkcijas;

17.10. galiojanti apmokėjimo už pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas sistema nepakankamai skatina sveikatos priežiūros įstaigas teikti daugiau šių paslaugų;

17.11. neefektyvus psichosocialinių darbo veiksmų valdymas. Sveikatos apsaugos sistemoje vyrauja hierarchiniai santykiai, neretai ribojama iniciatyva ir naujovės. Dėl paslaugų rinkodaros nebuvimo sutrikusi pasiūlos ir paklausos pusiausvyra. Dėl to atsiranda prielaidos korupcijai. Per maža pagarba mediko profesijai, teisinis pažeidžiamumas, mažas atlyginimas, nepaisant valstybės pastangų pastaruoju metu jį nuolat didinti, nesukuria tinkamos darbo aplinkos ir motyvacijos gerai dirbti;

17.12. sveikatos priežiūros specialistų bendruomenėse lėtai vyksta savivaldos ir savireguliacijos procesai, kurie leistų įveikti biurokratijos ir korupcijos apraiškas sveikatos sistemoje ir efektyviau spręsti sveikatos priežiūros specialistų rengimo, tobulinimo veiklos reguliavimo ir kokybės gerinimo klausimus;

17.13. stokojant patvirtintų sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei efektyvumo vertinimo kriterijų ir rodiklių, nesistemiškai vertinama sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybė bei efektyvumas, neatliekama įstaigų veiklos ir rezultatų lyginamoji analizė; sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas nepakankamai siejamas su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu;

17.14. daugelyje asmens sveikatos priežiūros įstaigų nėra įdiegta sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybos sistema arba ji yra tik formali;

17.15. dėl teisinio reglamentavimo nuostatų neformuojama sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo rinka ir tai lemia aukštas civilinės atsakomybės draudimo kainas;

17.16. visuomeninės pacientų organizacijos Lietuvoje yra išsiskaidžiusios, neretai sprendžiančios siaurus savo srities klausimus;

17.17. neišnaudojamas viešojo ir privataus sektorių partnerystės bei privataus sektoriaus investicijų į sveikatos sistemos infrastruktūros modernizavimą ir plėtrą potencialas.

III. MISIJA

18. Sveikatos sistemos misija – motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o jiems susirgus – suteikti kokybiškas reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius.

IV. VIZIJA IR PRINCIPAI

19. Sveikatos sistemos vizija – sveikesnis žmogus, laimingesnė ir darbingesnė visuomenė, stipresnė valstybė.

20. Lietuvos valstybės sveikatos sistemos politika formuojama ir įgyvendinama remiantis šiais principais:

20.1. teismo – kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio, tačiau to siekdamas negali riboti tokios pačios kitų žmonių teisės;

20.2. solidarumo – sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos jų nediferencijuojant pagal žmonių sumokėtų įmokų dydį, užtikrinant kryžminį subsidiarumą (sveikas padeda sergančiajam, turtingas – neturtingam, jaunas – senam, dirbantis – nedirbančiajam);

20.3. prieinamumo – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;

20.4. priimtumo – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikimą;

20.5. lygybės – sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems gyventojams, nepriklausomai nuo amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės, vadovaujantis pagrindiniu kriterijumi – pagrįstu sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu;

20.6. visapusiškumo – žmogus turi turėti galimybę gauti reikiamą sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, medicininės reabilitacijos, slaugos ir kitą sveikatos priežiūrą;

20.7. laisvo pasirinkimo – žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą;

20.8. sąžiningos konkurencijos – sveikatos sistemoje paslaugų teikėjai steigiasi ir veikia iš dalies valstybės reguliuojamoje rinkoje, tačiau sąžiningos konkurencijos sąlygomis;

20.9. sveikatos politikos tęstinumo ir nuoseklumo – užtikrinant sveikatos priežiūros politikos tęstinumą, nepriklausomai nuo politinių partijų įtakos ir kaitos;

20.10. pagrįstumo – sprendimai sveikatos sektoriuje turi būti priimami vadovaujantis mokslo įrodymais ir gera praktika pagrįstais klinikiniais bei vadybiniais sprendimais;

20.11. lygiateisiškumo – visi sveikatos sistemos dalyviai – ir paslaugų gavėjai, ir jų teikėjai – yra lygiateisiai partneriai;

20.12. skaidrumo – visuomenės ir paciento informavimas apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, papildomo sveikatos draudimo ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų gavimo galimybes;

20.13. integralumo – užtikrinant darnų visaapimantį (holistinį) požiūrį į individo ir visuomenės sveikatą, kaip fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę.

V. TOLESNĖS SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS KRYPTYS IR JŲ ĮGYVENDINIMO STRATEGIJA

21. Tolesnės sveikatos sistemos plėtros įgyvendinimo strategija parengta atsižvelgus į sveikatos sistemos plėtros kryptis, įvardytas Metmenų 22 punkte, ir sprendžiant pagrindines sveikatos sistemos problemas, nurodytas Metmenų 13 punkte.

22. Atsižvelgus į pagrindines dabartines sveikatos sistemos problemas ir įvertinus jų priežastis, tolesnę sveikatos sistemos plėtrą siūloma vykdyti šiomis kryptimis:

22.1. sveikatos stiprinimo;

22.2. ligų prevencijos, sergamumo ir mirtingumo mažinimo;

22.3. sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo tobulinimo;

22.4. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir saugos gerinimo.

23. Siekiant formuoti ir įgyvendinti nuoseklią sveikatos politiką, siūloma:

23.1. stiprinant sveikatą:

23.1.1. nuolat teikti visuomenei informaciją apie žalingų įpročių (alkoholio, tabako, narkotikų vartojimo) ir sveikos gyvensenos įtaką sveikatai;

23.1.2. siekti, kad atliekant esminių pokyčių valstybėje poveikio vertinimą, būtų įtrauktas poveikio visuomenės sveikatai, ypač atskirų visuomenės grupių, kurioms dėl objektyvių kriterijų turi būti skiriamas ypatingas dėmesys (vaikams, pagyvenusiems žmonėms ir pan.), vertinimas;

23.1.3. siekti įtvirtinti pareigą darbdaviams sudaryti sąlygas darbuotojams kiekvienais metais profilaktiškai patikrinti sveikatą;

23.1.4. didinti savivaldybių vaidmenį formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką vietos lygiu:

23.1.4.1. plėtoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje, steigiant ir išlaikant savivaldybių visuomenės sveikatos biurus, ir gerinti teikiamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę;

23.1.4.2. stiprinti savivaldybių vaidmenį teikiant ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (slaugos paslaugas namuose, paliatyvosios pagalbos, ilgalaikės priežiūros paslaugas, psichikos sveikatos priežiūros paslaugas ir kita) bendruomenėje ir namuose;

23.1.5. rekomenduoti savivaldybėms įtraukti sveikatos priežiūros specialistus, nevyriausybinės organizacijos ir socialinius partnerius į savivaldybių parengtą sveikatos ir socialinių problemų sprendimo programų rengimą ir įgyvendinimą;

23.1.6. rekomenduoti Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijai integruoti sveikos gyvensenos ugdymą ir sveikatos mokymą į mokymo ir ugdymo programas;

23.1.7. siekti, kad visuomenės sveikatos politika valstybės ir savivaldybių lygmeniu būtų formuojama bendru visų visuomenės grupių sutarimu, dalyvaujant visuomenės sveikatos profesionalams, bendruomenės atstovams, visuomeninėms organizacijoms ir kita;

23.2. vykdant ligų prevenciją, mažinant sergamumą ir mirtingumą:

23.2.1. įtraukti į šią veiklą visus sveikatos priežiūros specialistus pagal jų profesinę kompetenciją;

23.2.2. vykdyti aktyvią priklausomybės ligų prevenciją, valstybės ir savivaldybių lėšomis įgyvendinti moksliskai pagrįstas ir efektyvias žalingų įpročių prevencijos programas;

23.2.3. įgyvendinti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas;

23.2.4. įgyvendinti šiuolaikinėmis mokslo žiniomis pagrįstus visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo, psichikos sutrikimų prevencijos metodus, siekiant užkirsti kelią savižudybėms, prievartai, psichologinėms krizėms;

23.3. tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą:

23.3.1. tobulinti sveikatos sistemos valdymą, aiškiai atibojant sveikatos politiką formuojančių ir ją įgyvendinančių institucijų funkcijas;

23.3.2. tobulinti privalomąjį sveikatos draudimą, užtikrinant geresnę gyventojų apsaugą nuo ypač didelių sveikatos priežiūros išlaidų, stiprinant paciento, kaip sveikatos sistemos kliento, statusą, gerinant sveikatos draudimo paslaugų kokybę ir užtikrinant geresnes pasirinkimo galimybes;

23.3.3. diegti valstybės mastu stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą, taikant giminingų diagnozių grupių metodą;

23.3.4. siekti atsisakyti sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo iš valstybės investicijų programos lėšų, įtraukiant visas su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu susijusias išlaidas į sveikatos priežiūros paslaugų įkainius;

23.3.5. apskaičiuoti realius sveikatos priežiūros paslaugų įkainius kaip pagrindinę prielaidą papildomajam (savanoriškam) sveikatos draudimui įgyvendinti;

23.3.6. sudaryti prielaidas papildomajam (savanoriškam) sveikatos draudimui, laiduojančiam pacientams privalomojo sveikatos draudimo neapmokamų paslaugų kompensavimą ir papildomus piniginius išteklius sveikatos sistemai finansuoti, kaip priemonei išvengti neoficialių mokėjimų;

23.3.7. siekti, kad valstybės išlaidos sveikatos apsaugai sudarytų prielaidas pasiekti išsivysčiusių Europos Sąjungos valstybių narių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklius;

23.3.8. užtikrinti viešą ir skaidrų sprendimų priėmimą, kviečiant bendruomenę bei visuomenines organizacijas dalyvauti formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką;

23.3.9. skatinti sveikatos priežiūros specialistų, pacientų organizacijas ir asociacijas jungtis į stambesnius vienetus ir plačiau atstovauti savo interesams, aktyviau įtraukti visuomenines organizacijas į įvairių sveikatos programų įgyvendinimą;

23.3.10. sudaryti lygias sąlygas ir vienodas galimybes teikti sveikatos priežiūros paslaugas valstybės ir privataus sektorių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams;

23.3.11. mažinti korupcijos ir neetiško elgesio apraiškas sveikatos sektoriuje;

23.3.12. sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų išteklių nenaudoti sveikatos priežiūros specialistams rengti;

23.4. gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą:

23.4.1. sukurti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo ir technologijų vertinimo sistemą;

23.4.2. mažinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus;

23.4.3. plėsti sveikatos priežiūros paslaugų, atitinkančių šiuolaikinius medicinos mokslo teorijos ir praktikos laimėjimus, spektrą;

23.4.4. apibrėžti sveikatos priežiūros įstaigose teikiamas globos ir socialines paslaugas, kurios turi būti apmokamos socialinio sektoriaus lėšomis, bei socialinių paslaugų įstaigose teikiamas slaugos ir kitas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios turi būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis;

23.4.5. sukurti finansavimo mechanizmą, kuris palengvintų slaugos ir globos paslaugų integravimą;

23.4.6. gerinti vaistų prieinamumą ir mažinti jų kainas;

23.4.7. įgyvendinti priemones, kurios užkirstų kelią falsifikuotiems vaistams patekti į rinką;

23.4.8. paskatinti Ūkio, Žemės ūkio, Susisiekimo, Socialinės apsaugos ir darbo, Aplinkos, Švietimo ir mokslo, Vidaus reikalų ministerijas parengti savo kuruojamos srities priemones, kurios skatintų su sveikata ir sveikatos priežiūra susijusius tyrimus ir naujoves.

24. Siekiant sukurti efektyvią sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, siūloma:

24.1. stiprinant sveikatą:

24.1.1. sukurti visą gyvenimą trunkančio sveikatos ugdymo ir mokymo sistemą, pradedant šią veiklą vykdyti vaikų ugdymo ir mokymo įstaigose;

24.1.2. stiprinti bendruomenės veiklą, nustatant prioritetus, priimant sprendimus, planuojant strategijas, jas įgyvendinant, kad būtų pasiekta geresnė sveikata;

24.1.3. sukurti papildomą mechanizmą ir finansavimo šaltinį bendruomenių visuomenės sveikatos programoms finansuoti;

24.2. vykdant ligų prevenciją, mažinant sergamumą ir mirtingumą:

24.2.1. aktyviau įgyvendinti profilaktines programas, sukuriant efektyvesnę gyventojų kvietimų į profilaktinį patikrinimą sistemą, bei tobulinti neinfekcinių ligų ir jų rizikos veiksnių ankstyvo nustatymo ir kontrolės sistemą;

24.2.2. bendradarbiauti su savivaldybėmis, įtraukiant sveikatos priežiūros specialistus, nevyriausybinės organizacijas ir socialinius partnerius į savivaldybių parengtų sveikatos ir socialinių programų įgyvendinimą;

24.2.3. skatinti darbdavius rūpintis darbuotojų darbo aplinka ir sveikata;

24.2.4. skatinti tėvus (globėjus, rūpintojus) rūpintis vaikų sveikata ir užtikrinti vaikų atvykimą laiku profilaktiniams sveikatos patikrinimams;

24.2.5. kiekvienais metais viešai skelbti apie ankstyvos ligų diagnostikos ir rizikos veiksnių nustatymo programų efektyvumą;

24.2.6. visuomenės sveikatos biuruose parengti pirminės ligų profilaktikos priemonės pagal vietinius prioritetus;

24.3. tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą:

24.3.1. tobulinti esamą asmens sveikatos priežiūros įstaigų nuosavybės valdymą;

24.3.2. patvirtinti ir įdiegti valstybės mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, atlikti reguliarią sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu;

24.3.3. pirminės sveikatos priežiūros srityje:

24.3.3.1. parengti pirminės sveikatos priežiūros dalyvių skatinimo sistemą, įvertinant aptarnaujamos teritorijos gyventojų sergamumo, mirtingumo ir kitų sveikatos būklę atspindinčių rodiklių reikšmes;

24.3.3.2. toliau prioriteto tvarka plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinant jų teikimo apimtį ir formas;

24.3.3.3. skirti prioritetinį dėmesį vaikų sveikatai, įvertinti šiuo metu taikomų sveikatos paslaugų teikimo vaikams modelių efektyvumą ir alternatyvių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vaikams modelių taikymo galimybes;

24.3.3.4. tobulinti apmokėjimą už sveikatos priežiūros specialistų darbą, toliau diferencijuojant apmokėjimą už prisiregistravusius gyventojus ir laipsniškai didinant apmokėjimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir pasiektus veiklos rodiklius dalį;

24.3.3.5. sukurti pirminės sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant „atvejo vadybos“ principą;

24.3.3.6. skatinti privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų plėtrą;

24.3.3.7. sudaryti vienodas konkurencines sveikatos priežiūros veiklos ir atsakomybės už šią veiklą sąlygas visoms pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos nuosavybės formos;

24.3.3.8. gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir gyventojų aptarnavimą, didinant gydytojų ir slaugytojų santykį bei įvedant atskirą apmokėjimą už gydytojo ir slaugytojo paslaugas;

24.3.3.9. siekti įteisinti galimybę privačioms pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, dirbančioms pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, naudotis valstybei ar savivaldybėms priklausančiu kilnojamuoju ir nekilnojamuoju turtu panaudos teise;

24.3.3.10. diegti įvairias viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimo formas bei mažinti verslo plėtrą ribojančias sąlygas sveikatos priežiūros sektoriuje;

24.3.3.11. plėtoti slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, slaugos namuose bei skubios pagalbos paslaugas didinant jų apimtį;

24.3.4. specializuotos sveikatos priežiūros srityje:

24.3.4.1. plėtoti specializuotas ambulatorines, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos ir psichikos sveikatos paslaugas;

24.3.4.2. atlikti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizę, juos įvertinus tikslinti ligoninių suskirstymą pagal lygmenis, jose teikiamų paslaugų sąrašą, apimtį ir apmokėjimą už teikiamas paslaugas;

24.3.5. visuomenės sveikatos srityje:

24.3.5.1. plėsti savivaldybių visuomenės sveikatos biurų teikiamas paslaugas;

24.3.5.2. integruoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas į pirminę asmens sveikatos priežiūrą, siekiant gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą, mažinti sveikatos priežiūros netolygumus;

24.3.5.3. skatinti atskirų sektorių bendradarbiavimą, siekiant bendromis įvairių politikos sektorių, socialinių partnerių ir visuomenės pastangomis spręsti sveikatos problemas, taip pat krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais;

24.3.5.4. plėtoti visuomenės ir atskirų jos grupių sveikatos stebėsenos sistemą, siekiant gerinti gyventojų sveikatą ir informuotumą sveikatos klausimais;

24.4. gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą:

24.4.1. įgyvendinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimo planą, pagal kurį aukščiausio sudėtingumo lygio sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos universitetinėse ir respublikinėse ligoninėse, o regiono ir rajono lygmens ligoninių pacientai laiku gautų saugias ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas;

24.4.2. daugiau psichikos sutrikimų prevencijos ir gydymo paslaugų teikti bendruomenėje;

24.4.3. reglamentuoti sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvį;

24.4.4. tobulinti teisės aktus, reglamentuojančius vaistinių preparatų tiekimą, siekiant užtikrinti vaistinių preparatų prieinamumą. Siekti, kad vaistų platinimo įmonės užtikrintų tinkamą ir reikiamo dažnumo vaistinių preparatų tiekimą vaistinėms ir asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, o vaistinės – gyventojų aprūpinimą laiku;

24.4.5. tobulinti farmakologinio budrumo sistemą, siekiant efektyviau stebėti nepageidaujamą vaistų poveikį.

25. Siekiant ugdyti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą, siūloma:

25.1. stiprinant sveikatą:

25.1.1. sveikos gyvensenos ugdymą pradėti nuo ankstyvos vaikystės, integruojant jį į ugdymo ir mokymo institucijų programas bei į darbuotojų profesinio mokymo ir kvalifikacijos tobulinimo programas;

25.1.2. skatinti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą, vykdant mokesčių politiką, skatinančią sveiką gyvenseną be sveikatą žalojančių nuo asmens priklausančių veiksmų;

25.1.3. didinti tarpusavio pasitikėjimą ir supratimą tarp sveikatos priežiūros specialistų, pacientų ir visuomenės, grindžiant bendradarbiavimą sveikatos priežiūros klausimais lygiavertės partnerystės pagrindais;

25.1.4. didinti socialinės reklamos sveikatos tema mastą visuomenės informavimo priemonėse, gerinti tokios reklamos turinio kokybę ir propaguoti teigiamus pavyzdžius;

25.2. vykdant ligų prevenciją, mažinant sergamumą ir mirtingumą:

25.2.1. sveikatos priežiūros specialisto ir paciento santykius grįsti partnerystės principu;

25.2.2. sveikatos programų projektus finansuoti įvertinus jų poreikio pagrįstumą, pridėtinę vertę, numatomus jų įgyvendinimo rezultatus ir viešai skelbti informaciją apie įgyvendintas priemones bei rezultatus;

25.3. tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą:

25.3.1. sudaryti galimybes pacientų organizacijoms, kitoms organizacijoms, dirbančioms pacientų teisių atstovavimo ir (arba) gynimo, visuomenės sveikatos, kitose srityse, inicijuoti ir dalyvauti veiklose, skirtose pacientų išprusimui sveikatos srityje didinti;

25.3.2. skatinti savikontrolės procesus gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų

profesinėse grupėse, didinant šių profesinių grupių atsakomybę už savo veiklą ir nepriimtino profesinio elgesio prevenciją;

25.4. gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą:

25.4.1. tobulinti vaistinių preparatų reklamos reikalavimus, siekiant užtikrinti neklaidinančią ir objektyvią reklamą, skatinančią racionalų vaistinių preparatų vartojimą;

25.4.2. įgyvendinti Nacionalinės pacientų saugos platformos rekomendacijas:

25.4.2.1. skleisti informaciją apie sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir taikomas priemones nepageidaujamų įvykių skaičiui mažinti; rengti ir platinti edukacinę medžiagą įvairiais sveikatos, sveikatos priežiūros paslaugų klausimais;

25.4.2.2. inicijuoti pacientų ar jų grupių mokymus sveikatos, pacientų teisių, pareigų ir kitais klausimais;

25.4.2.3. inicijuoti straipsnius, radijo ir televizijos laidas įvairiais sveikatos klausimais.

26. Siekiant tobulinti sveikatos sektoriaus reglamentavimo principus ir metodus, siūloma:

26.1. stiprinant sveikatą:

26.1.1. įgyvendinti alkoholio ir tabako vartojimo mažinimo priemones;

26.1.2. vykdyti narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo prevenciją;

26.1.3. įgyvendinti traumatizmo profilaktikos ir nelaimingų atsitikimų mažinimo priemones;

26.1.4. įgyvendinti fizinio aktyvumo didinimo priemones;

26.2. vykdant ligų prevenciją, mažinant sergamumą ir mirtingumą:

26.2.1. didinti sveikatos priežiūros specialistų draugijų vaidmenį sprendžiant esmines atskirų sričių sveikatos priežiūros specialistų problemas;

26.2.2. koreguoti atskiras lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos programas, siekiant sumažinti išvengiamą mirtingumą;

26.2.3. įgyvendinti infekcinių ligų profilaktikos programas;

26.3. tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą:

26.3.1. siekiant gerinti pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo tvarką, išanalizuoti be kaltės padarytos žalos atlyginimo modelį ir, nustačius šio modelio pagrįstumą, parengti tinkamą įstatymų bazę;

26.3.2. vykdyti E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą;

26.3.3. persvarstyti gydytojų funkcijas, siekiant sumažinti darbo, tiesiogiai nesusijusio su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, apimtį ir sveikatos priežiūros įstaigose skatinti šio darbo perdavimą kitų profesijų specialistams;

26.3.4. persvarstyti slaugytojų funkcijas;

26.3.5. sveikatos specialistų rengimą ir kvalifikacijos tobulinimą derinti su sveikatos sistemos prioritetais;

26.3.6. išplėsti medicinos rezidentūros bazių skaičių, planuojant jas sveikatos priežiūros įstaigose, atitinkančiose nustatytus kriterijus;

26.4. gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą, įdiegti nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūros srityje stebėsenos sistemą.

VI. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

27. Tikimasi, kad įgyvendinus Metmenis bus pasiekti šie rezultatai:

27.1. vidutinės sveiko gyvenimo trukmės pailgėjimas;

27.2. išvengiamų mirčių atvejų skaičiaus sumažėjimas:

27.2.1. sveikatos priežiūros veiksmingumo rodiklių gerėjimas (mirčių nuo ligų, kurias galima išgydyti, atvejų sumažėjimas);

27.2.2. sveikatos politikos veiksmingumo rodiklių gerėjimas (mirčių nuo ligų, kurioms galima užkirsti kelią prevencinėmis priemonėmis, atvejų sumažėjimas).