



# State of Health in the EU Lietuva

2019 m. sveikatos būklės šalyse apžvalga

## Sveikatos būklės šalyse apžvalgų serija

*The State of Health in the EU šalių* apžvalgose pateikiamos glauda politikai aktuali ES ir Europos ekonominės erdvės sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemų apžvalga. Jose dėmesys sutelkiamas į konkrečias kiekvienos šalies savybes ir sunkumus remiantis šalių palyginimais. Tikslas – padėti politikos ir nuomonių formuotojams vieniems iš kitų mokytis ir savanoriškai keistis patirtimi.

Bendradarbiaudamos su Europos Komisija apžvalgas kartu rengia EBPO ir Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorija. Rengimo grupė dėkinga už vertingas pastabas ir pasiūlymus, kuriuos pateikė Sveikatos sistemų ir politikos stebėsenos tinklas, EBPO sveikatos komitetas ir ES informacijos sveikatos klausimais ekspertų grupė.

## Turinys

1. PAGRINDINĖS ĮŽVALGOS	3
2. SVEIKATA LIETUVOJE	4
3. RIZIKOS VEIKSNIAI	7
4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMA	9
5. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS VEIKLOS REZULTATAI	13
5.1 Veiksmingumas	13
5.2 Prieinamumas	17
5.3 Atsparumas	19
6. PAGRINDINĖS IŠVADOS	22

## Duomenų ir informacijos šaltiniai

Sveikatos būklės šalyse apžvalgų duomenys ir informacija pirmiausia grindžiama nacionaliniais oficialiais statistiniais duomenimis, kurie yra pateikiami Eurostatui ir EBPO ir kurie buvo patvirtinti siekiant užtikrinti aukščiausius duomenų palyginamumo standartus. Šių duomenų šaltiniai ir rengimo metodai išvardyti Eurostato duomenų bazėje ir EBPO sveikatos duomenų bazėje. Papildomų duomenų taip pat gaunama iš Sveikatos rodiklių ir vertinimo instituto (IHME), Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro (ECDC), Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos elgsenos (HBSC) tyrimų ir Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) bei kitų nacionalinių šaltinių.

Apskaičiuoti ES vidurkiai – tai 28 valstybių narių svertiniai vidurkiai, nebent būtų nurodyta kitaip. Į tuos ES vidurkius Islandija ir Norvegija neįtraukiamos.

Ši apžvalga parengta 2019 m. rugpjūčio mėn. remiantis 2019 m. liepos mėn. turimais duomenimis.

Norėdami atsisiųsti Excel skaičiuoklę, kurioje yra visos šios apžvalgos lentelės ir grafikai, tiesiog įveskite šias nuorodas į savo interneto naršyklę: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Lithuania.xls>

## Demografinės ir socialinės ekonominės aplinkybės Lietuvoje 2017 m.

Demografiniai veiksniai	Lietuva	ES
Gyventojų skaičius (metų vidurio įvertis)	2 828 000	511 876 000
Vyresnių nei 65 metų gyventojų dalis (%)	19,3	19,4
Gimstamumo rodiklis <sup>1</sup>	1,6	1,6
Socialiniai ekonominiai veiksniai		
BVP vienam gyventojui (EUR PGP) <sup>2</sup>	23 500	30 000
Santykinis skurdo rodiklis (%) <sup>3</sup>	22,9	16,9
Nedarbo lygis (%)	7,1	7,6

*1. Vaikų, gimstančių vienai 15–49 metų moteriai, skaičius. 2. Perkamosios galios paritetetas (PGP) – tai valiutos keitimo kursas, pagal kurį sulyginama perkamoji galia įvairiomis valiutomis ir panaikinami kainų lygio įvairiose šalyse skirtumai. 3. Asmenų, gyvenančių su mažiau nei 60 proc. ekvivalentinių disponuojamųjų pajamų medianos, procentinė dalis. Šaltinis: Eurostato duomenų bazė.*

Atsakomybės ribojimo pareiškimas. Šiame leidinyje išreikštos nuomonės ir išdėstyti argumentai yra tik jo autorių nuomonės ir argumentai ir nebūtinai atitinka oficialiąją EBPO ar jos valstybių narių arba Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorijos ar jos partnerių poziciją. Šiame leidinyje išreikštos nuomonės jokia būdu negali būti laikomos oficialiąja Europos Sąjungos nuomone.

Šis dokumentas ir jame pateikti duomenys ir žemėlapiai nedaro jokio poveikio kitos teritorijos statusui ar suverenitetui, tarptautinių sienų ar ribų nustatymui ir bet kurios teritorijos, miesto ar vietovės pavadinimui.

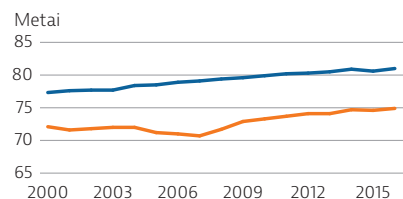
Papildomi PSO atsakomybės ribojimo pareiškimai paskelbti adresu <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>.

© EBPO ir Pasaulio sveikatos organizacija (veikianti kaip Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorijos priimančioji organizacija ir sekretoriatas), 2019 m.

# 1 Pagrindinės įžvalgos

Pastaraisiais metais tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje pailgėjo, bet vis dar yra viena trumpiausių ES. Prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiama mirtingumas gerokai didesnis už ES vidurkį. Šalyje taip pat susiduriama su sunkumais dėl psichikos sveikatos ir tuberkuliozės kontrolės. Nors pastaraisiais metais buvo padaryta tam tikra pažanga, alkoholio vartojimas vis dar kelia didelę grėsmę visuomenės sveikatai. Sveikatos apsauga galėtų būti gerinama sumažinus mokėjimus savo lėšomis, pertvarkius ligoninių sektorių, toliau stiprinant pirminę sveikatos priežiūrą ir tobulinant prevencijos priemones, bet dabartinis išlaidų lygis sveikatos priežiūros srityje vis dar per mažas, kad būtų galima veiksmingai įveikti visus kylančius sunkumus.

● LT ● ES

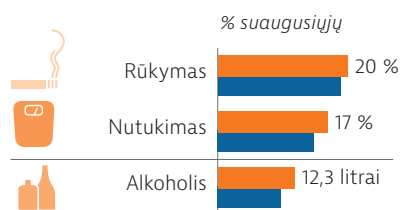


Tikėtina gyvenimo trukmė gimstant

## Sveikata

Sveikatos priežiūros rezultatai Lietuvoje vis dar vieni prasčiausių ES. 2017 m. tikėtina gyvenimo trukmė gimstant buvo 75,8 metų, t. y. daugiau nei penkeriais metais trumpesnė nei ES vidurkis (80,9 metų), o tikėtinos gyvenimo trukmės atotrūkis pagal lytį beveik dvigubai didesnis už ES vidurkį. 2000–2007 m. tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėjo, bet dėl sumažėjusio mirčių dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir kitų pagrindinių mirčių priežasčių skaičiaus padėtis nuolat gerėja.

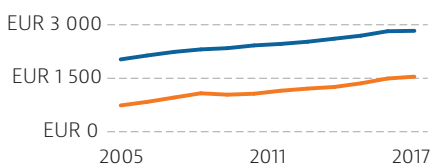
● LT ● ES



## Rizikos veiksniai

Su gyvenimo būdu susiję rizikos veiksniai yra daugiau nei pusės visų mirčių Lietuvoje priežastis. Alkoholio vartojimas yra didesnis nei bet kurioje kitoje ES šalyje, nors pastaraisiais metais pradėjus taikyti griežtesnes alkoholio kontrolės priemones jis pradėjo mažėti. 2014 m. kas penktas suaugusysis, o tarp vyrų – kas trečias rūkė kasdien. 2017 m. 17 proc. suaugusiųjų buvo nutukę; tai taip pat daugiau nei ES vidurkis (15 proc.).

● LT ● ES



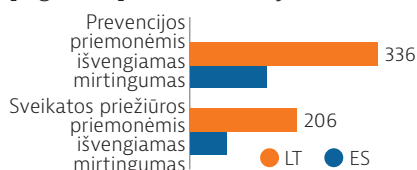
Išlaidos vienam gyventojui (EUR PGP)

## Sveikatos priežiūros sistema

Beveik visais gyventojais rūpinasi vienas sveikatos draudimo fondas, bet sveikatos priežiūros sistemos prieinamumas ir lygybė sumažėja dėl nepakankamo sistemos finansavimo. Lietuva išleidžia sveikatos priežiūrai daug mažiau nei ES apskrityje, ir absoliučiai, ir procentine BVP dalimi. Be to, valstybės lėšomis finansuojama tik du trečdaliai dabartinių išlaidų sveikatai, o ES – 79 proc.

## Veiksmingumas

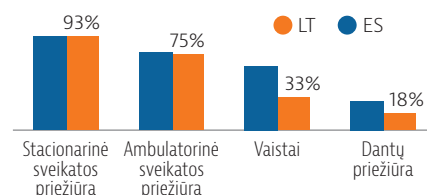
Lietuvoje prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiama mirtingumo lygis yra vienas didžiausių ES. Ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros kokybė gerokai prastesnė nei ES vidurkis, nors pastaraisiais metais imtasi tam tikrų iniciatyvų siekiant pagerinti priežiūros kokybę.



Standardizuotas mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų, 2016 m.

## Prieinamumas

Bendras sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje geras; gyventojai nurodo, kad nepatenkinamų medicininių poreikių lygis yra žemas. Nors stacionarinės ir ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos plačiai prieinamos, vaistų ir dantų priežiūros išlaidos padengiamos mažiau.



Tam tikrų prekių ir paslaugų išlaidų padengimas, 2016 m.

## Atsparumas

Norint pasiekti daug geresnių sveikatos priežiūros rezultatų reikia būtinai išspręsti nuolatinę nepakankamo Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo problemą. Kita vertus, veiksmingumą galima gerokai padidinti reorganizavus ir sumažinus ligoninių sektorių, kartu imantis būtinų investicijų į pirminę sveikatos priežiūrą stiprinimą ir geresnes prevencijos priemones.



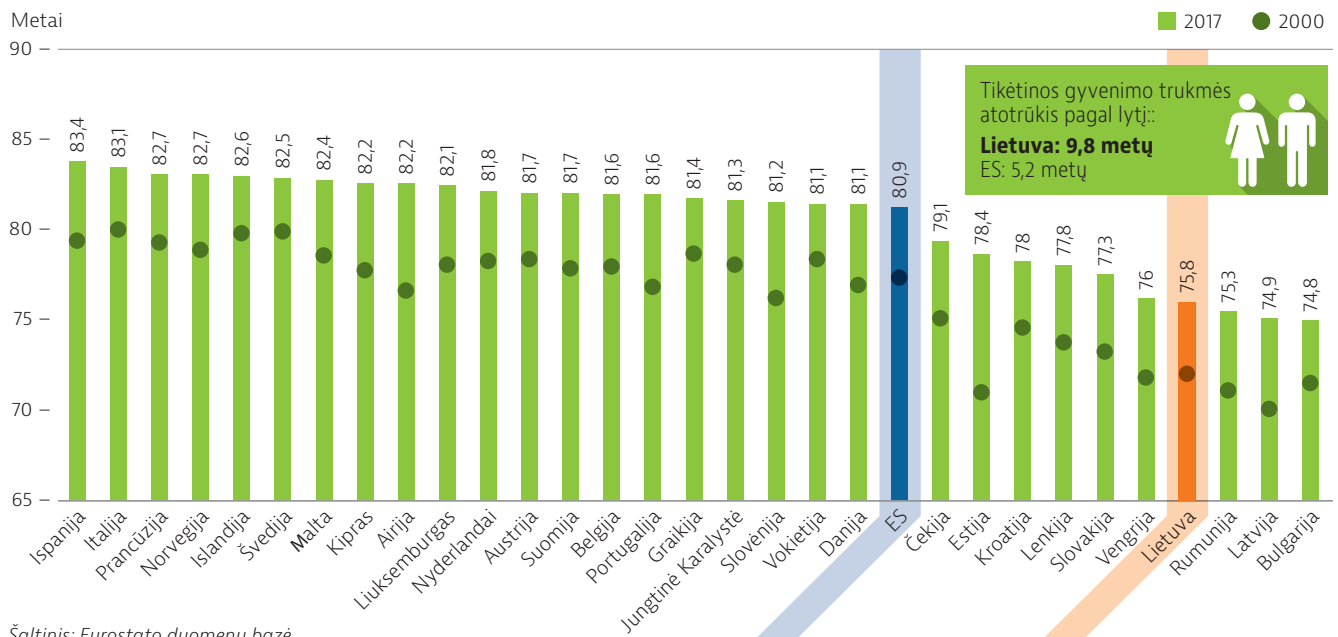
## 2 Sveikata Lietuvoje

### Lietuvių tikėtina gyvenimo trukmė gimstant – viena trumpiausių ES

2000–2017 m. Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė gimstant pailgėjo beveik ketveriais metais – nuo 72,1 metų iki 75,8 metų. Tačiau pažanga daroma lėčiau<sup>1</sup> nei kitose Baltijos šalyse (4,7 metų Latvijoje ir 7,3 metų Estijoje). 2017 m. Lietuvoje (taip pat Rumunijoje, Latvijoje ir Bulgarijoje) tikėtina gyvenimo trukmė gimstant buvo viena trumpiausių ES (1 pav.).

Lietuvos moterys vidutiniškai gyvena beveik dešimt metų ilgiau nei vyrai: vyrai 70,7 metų, moterys 80,5 metų. Toks atotrūkis pagal lytį yra antroje vietoje pagal dydį ES (pirmoje vietoje – Latvija); jį daugiausia lemia tai, kad vyrus labiau veikia rizikos veiksniai, įskaitant rūkymą ir pernelyg didelį alkoholio vartojimą (žr. 3 skirsnį).

### 1 pav. Tikėtina gyvenimo trukmė gimstant daugiau nei penkeriais metais trumpesnė už ES vidurkį



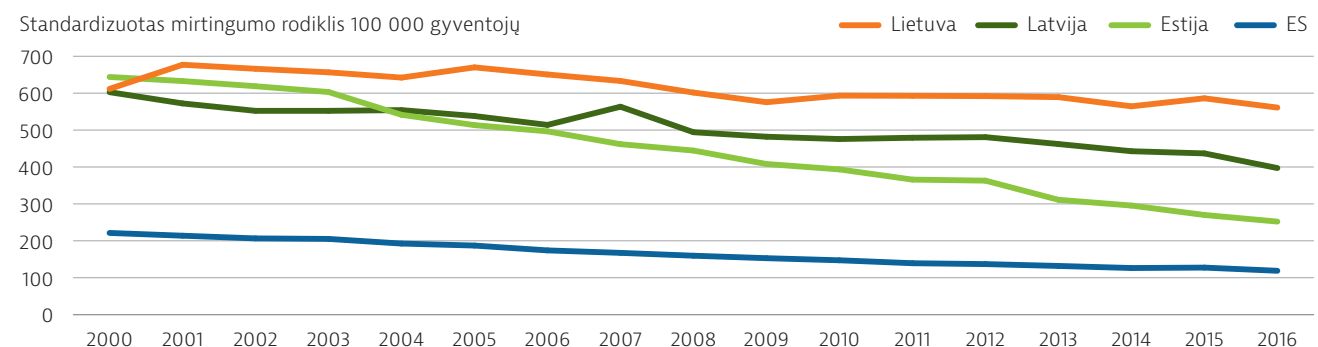
Šaltinis: Eurostato duomenų bazė.

### Širdies ir kraujagyslių ligos – pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje

2016 m. pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje buvo išeminė širdies liga, dėl kurios mirė beveik du iš

penkių mirusių asmenų (15 000 mirčių). Mirtingumas dėl šios priežasties nuo 2000 m. šiek tiek mažėjo, bet gerokai lėčiau nei kitose Baltijos šalyse ir vis dar yra didžiausias tarp ES šalių (2 pav.).

### 2 pav. Lietuvoje didžiausias ES mirtingumas dėl išeminės širdies ligos

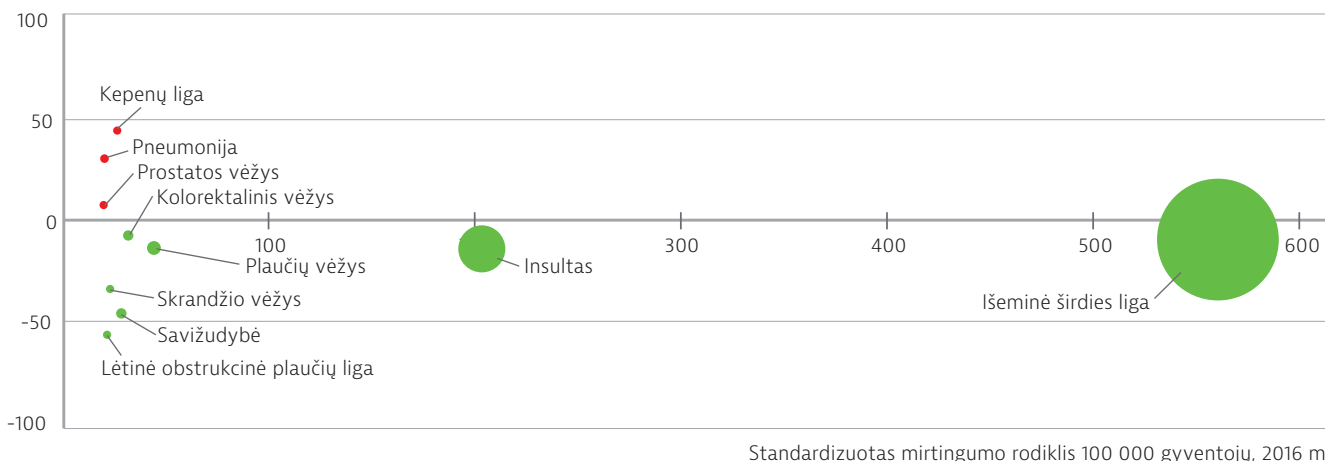


Pastaba. EBPO parengti 2000 ir 2001 m. 28 ES valstybių narių vidutiniai įverčiai.  
Šaltinis: Eurostato duomenų bazė.

1: 2000–2007 m. tikėtina gyvenimo trukmė šalyje net sutrumpėjo.

### 3 pav. Lietuvoje daugiausia žmonių miršta dėl širdies ir kraujagyslių ligų

Pokytis % 2000–2016 m. (arba artimiausiais metais)



Standardizuotas mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų, 2016 m.

Pastaba. Burbulų dydis proporcingas mirtingumui 2016 m.  
Šaltinis: Eurostato duomenų bazė.

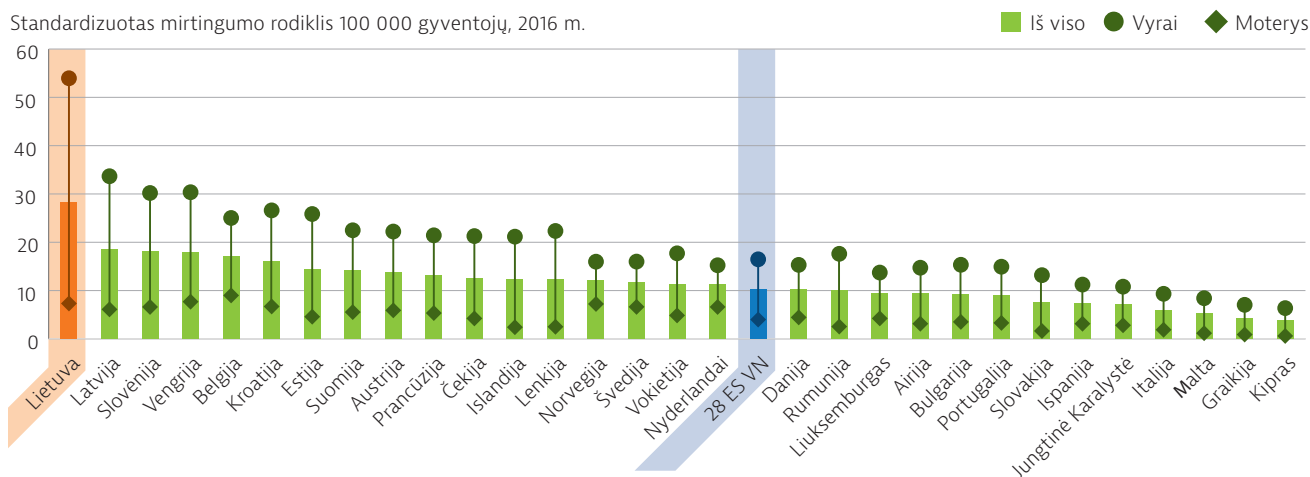
Mirtingumas dėl insulto per tą patį laikotarpį sumažėjo šiek tiek daugiau, bet 2016 m. vis dar buvo 14 proc. mirčių priežastis (3 pav.). Vėžys yra antroji pagrindinė mirties priežastis šalyje; dažniausia mirčių dėl vėžio priežastis – plaučių, kolorektalinis, skrandžio ir prostatos vėžys. 2000–2016 m. mirtingumas dėl vėžio apskritai sumažėjo.

mirties priežastis, ypač tarp vyrų: 2016 m. Lietuvoje užregistruotas didžiausias ES mirtingumas dėl šios priežasties (4 pav.). Pastaraisiais metais valdžios institucijos pradėjo kelias savižudybės prevencijos kampanijas, dėl kurių 2000–2016 m. mirčių skaičius sumažėjo 45 proc. (žr. 5.1 skirsnį).

Nors valdžios institucijoms pavyko padaryti tam tikrą pažangą ir sumažinti buvusį didelį savižudybių skaičių, savižudybė vis dar yra svarbi

### 4 pav. Savižudybė – didelė visuomenės sveikatos problema Lietuvoje, ypač tarp vyrų

Standardizuotas mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų, 2016 m.



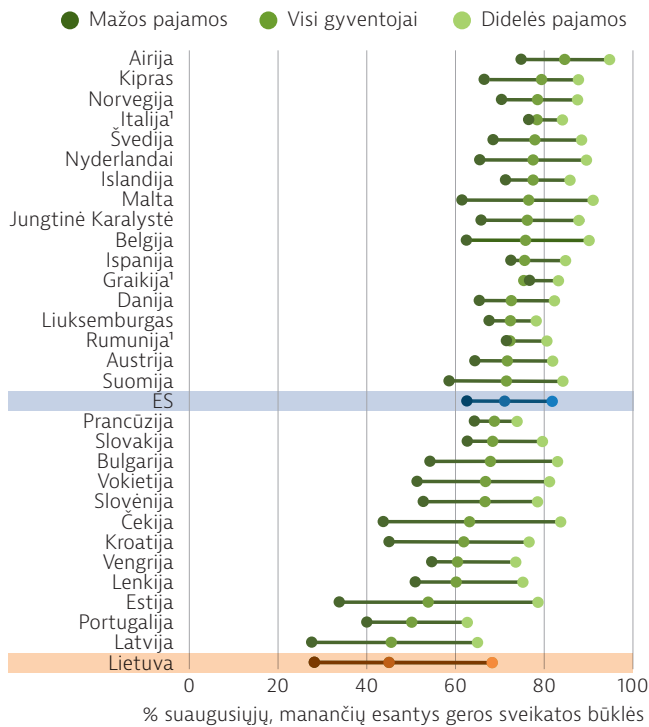
Šaltinis: Eurostato duomenų bazė.

### Dauguma lietuvių nemano esantys geros sveikatos būklės

2017 m. tik 44 proc. Lietuvos gyventojų nurodė manantys esą geros sveikatos būklės; tai žemiausias lygis ES (5 pav.). Kaip ir kitose šalyse, daugiau uždirbantys asmenys dažniau mano esantys geros sveikatos būklės: didžiausių pajamų kvintilyje du

trečdaliai tokių asmenų mano esantys geros sveikatos būklės, o mažiausių pajamų kvintilyje tokių tik ketvirtis. Toks atotrūkis pagal pajamas išsivertinant sveikatos būklę yra antras pagal dydį ES (pirmoje vietoje – Estija) ir, palyginti su 2015 m. duomenimis, yra net padidėjęs.

## 5 pav. Lietuvos gyventojai prasčiausiai vertina savo sveikatos būklę visoje ES



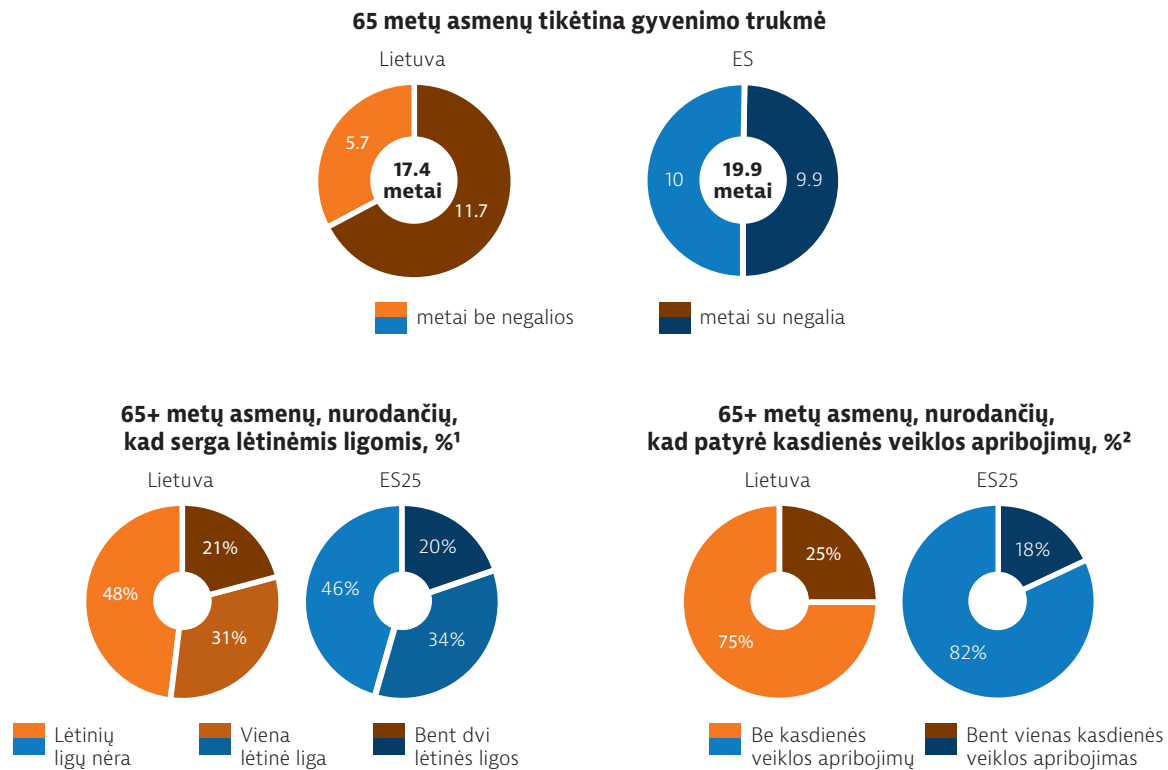
Pastaba. 1. Visų gyventojų ir mažas pajamas gaunančių gyventojų dalys yra maždaug vienodos.  
Šaltinis: Eurostato duomenų bazė, remiantis ES SPGS (2017 m. duomenys).

## Vyresni nei 65 metų asmenys gyvena daugelį metų sirgdami kokia nors lėtine liga ir turėdami negalią

2017 m. 65 metų Lietuvos gyventojai galėjo tikėtis gyventi dar 17,4 metų, t. y. 1,3 metų daugiau nei 2000 m., bet vis tiek 2,5 metų mažiau nei vidutiniškai ES. Be to, vidutiniškai sulaukę 65 metų Lietuvos gyventojai gali tikėtis maždaug du trečdalius gyvenimo sirgti kokia nors lėtine liga ir turėti negalią (6 pav.). Tai ypač pasakytina apie moteris: nors 65 metų asmenų tikėtinos gyvenimo trukmės atotrūkis pagal lytį vis dar yra penkeri metai moterų naudai, sveiko gyvenimo<sup>2</sup> trukmės atotrūkiu pagal lytį nėra, nes sulaukusios 65 metų Lietuvos moterys dažniausiai gyvena didesnę gyvenimo dalį sirgdamos lėtinėmis ligomis ir turėdamos negalią.

Daugiau nei pusė 65 metų ir vyresnių Lietuvos gyventojų nurodo, kad serga bent viena lėtine liga; tai mažiau nei visoje ES. Tokie sveikatos sutrikimai vyresniame amžiuje neretai sukelia negalią. Vienas iš keturių 65 metų ir vyresnių Lietuvos gyventojų nurodo tam tikrus apribojimus užsiimant įprasta kasdiene veikla, pavyzdžiui, prausiantis, apsirengiant arba išlipant iš lovos, dėl kurių jiems gali reikėti ilgalaikės priežiūros.

## 6 pav. Daugiau nei pusė 65 metų ir vyresnių Lietuvos gyventojų serga bent viena lėtine liga



Pastaba. 1. Lėtinės ligos – tai, be kita ko, infarktas, insultas, diabetas, Parkinsono liga, Alzheimerio liga, reumatoidinis artritas ar osteoartritas. 2. Įprasta kasdienė veikla – apsirengti, pereiti kambarį, išsimaudyti vonioje ar duše, valgyti, išlipti iš lovos ar atsigulti į ją ir nueiti į tualetą.  
Šaltinis: Eurostato duomenų bazė dėl tikėtinos gyvenimo trukmės ir sveiko gyvenimo trukmės metais (2017 m. duomenys); SHARE tyrimas dėl kitų rodiklių (2017 m. duomenys).

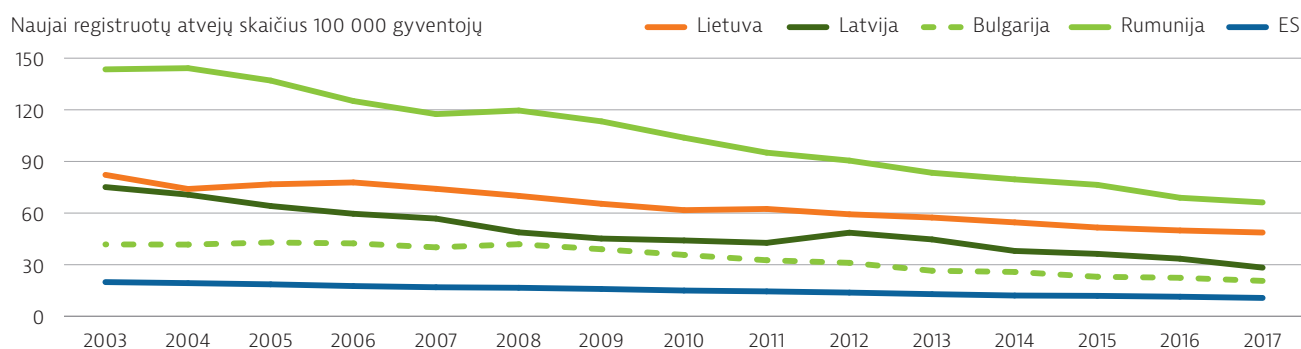
2: Sveiko gyvenimo trukmė metais – tai metų skaičius, kiek įvairaus amžiaus žmonės gali tikėtis gyventi be negalios.

## Kai kurių užkrečiamųjų ligų paplitimo sustabdymas kelia sunkumų visuomenės sveikatos srityje

Be problemų, susijusių su didėjančiu lėtinėmis ligomis sergančių asmenų skaičiumi, Lietuva taip pat patiria didelių sunkumų, susijusių su kai kurių infekcinių ligų kontrole. 2017 m. visų tuberkuliozės atvejų, apie kuriuos pranešta, skaičius buvo antras tarp didžiausių ES po Rumunijos (7 pav.): buvo pranešta apie 1 387 atvejus. Nors per pastarąjį dešimtmetį atvejų, apie kuriuos pranešta, skaičius sumažėjo, tuberkuliozė Lietuvoje vis dar yra didelė visuomenės

sveikatos problema, kurią dabar apsunkina didėjantis daugeliui vaistų atsparių formų ligos paplitimas. Kaip pranešama kelyse kitose ES šalyse, tymų kontrolė Lietuvoje taip pat yra problemiška (žr. 5.1 skirsnį): dėl pirmąjį 2019 m. pusmetį įvykusio didelio tymų protrūkio kilo susirūpinimas dėl vaikų ir suaugusiųjų imunizacijos aprėpties tam tikrose šalies vietose.

### 7 pav. Lietuva užima antrą vietą ES pagal registruotų tuberkuliozės atvejų skaičių



Šaltinis: ECDC stebėsenos duomenys.

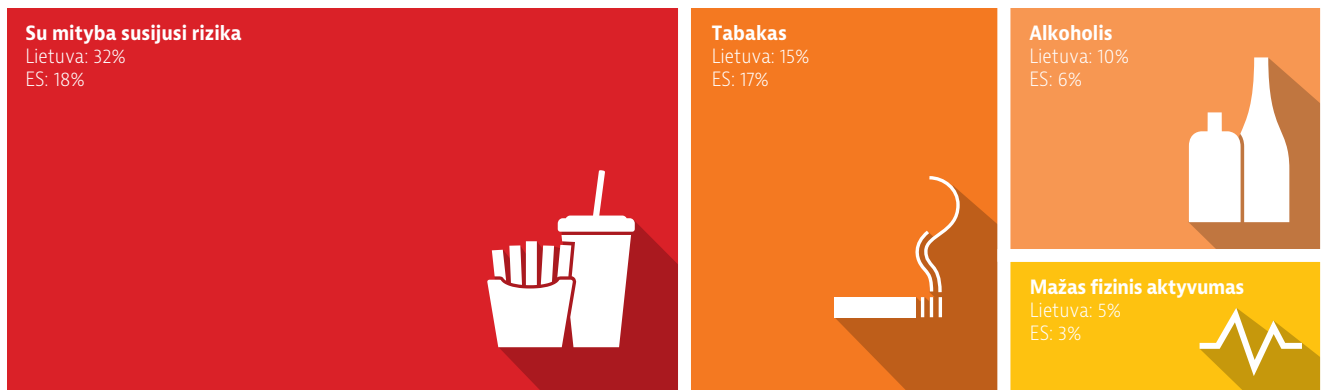
## 3 Rizikos veiksniai

### Su gyvenimo būdu susiję rizikos veiksniai yra daugiau nei pusės visų mirčių Lietuvoje priežastis

Didelis mirtingumas ir prasta Lietuvos gyventojų sveikatos būklė pirmiausia sietina su elgsenos rizikos veiksniais. Apskaičiuota, kad daugiau nei pusės visų mirčių Lietuvoje priežastimi galima laikyti elgsenos rizikos veiksnius, įskaitant su mityba susijusią riziką, rūkymą, alkoholio vartojimą ir mažą fizinį aktyvumą (IHME, 2018 m.; 8 pav.). Šis rodiklis yra daug didesnis nei 39 proc. ES vidurkis.

2017 m. trečdalis visų mirčių (13 000 mirčių) buvo susijusios su rizika, susijusia su mityba (įskaitant mažą vaisių ir daržovių vartojimą ir didelį cukraus ir druskos suvartojimą); tai beveik dvigubai daugiau nei ES vidurkis. Tabako vartojimas, įskaitant tiesioginį ir pasyvųjį rūkymą, yra maždaug 15 proc. (daugiau nei 6 000) visų mirčių priežastis. Apie 10 proc. (4 000) mirčių siejama su alkoholio vartojimu, o 5 proc. (2 000) – su mažu fiziniu aktyvumu.

## 8 pav. Dauguma mirčių Lietuvoje gali būti siejama su elgsenos rizikos veiksniais



Pastaba. Bendras su šiais rizikos veiksniais susijusių mirčių skaičius (21 000) yra mažesnis nei kiekvieno iš jų suma atskirai (25 000), nes tą pačią mirtį galima priskirti prie daugiau nei vieno rizikos veiksnio. Su mityba susijusių riziką sudaro 14 veiksnų, kaip antai mažas vaisių ir daržovių vartojimas, didelis cukrumi saldintų gėrimų ir druskos vartojimas.

Šaltinis: IHME (2018 m.), „Global Health Data Exchange“ (2017 m. įverčiai).

### Pernelyg didelis alkoholio vartojimas vis dar yra svarbus rizikos veiksnys

Nors 2010–2017 m. alkoholio vartojimas sumažėjo maždaug 10 proc., jis vis dar yra svarbi visuomenės sveikatos problema Lietuvoje: 2017 m. vienam suaugusiajam teko 12,3 litro išgerto alkoholio, taigi Lietuvos gyventojai gėrė daugiausia visoje ES ir šis rodiklis 25 proc. viršijo ES vidurkį (9 pav.). 2014 m. trečdalis vyrų Lietuvoje vis dar nurodė per pastaruosius vienus metus bent kartą dalyvavę besaikėse išgertuvėse<sup>3</sup>; tai taip pat daugiau nei ES vidurkis (34 proc., palyginti su 28 proc.). 2016–2018 m. vyriausybė įgyvendino kelias priemones, kuriomis siekiama sumažinti pernelyg didelį alkoholio vartojimą. Šios priemonės susijusios, pavyzdžiui, su akcizo mokesčių padidinimu, draudimu prekiauti alkoholiu tam tikrose vietose, kaip antai degalinėse, amžiaus, nuo kurio galima įsigyti ir vartoti alkoholio, padidinimu iki 20 metų ir prekybos laiko ribojimu (žr. 5.1 skirsnį).

### Lietuvos vyrai rūko daugiau nei daugumoje kitų ES šalių

2014 m. vienas iš penkių Lietuvos suaugusiųjų nurodė, kad rūko kiekvieną dieną, t. y. šiek tiek daugiau nei vidutiniškai ES (20 proc., palyginti su 19 proc.; 9 pav.). Tačiau šiuose vidutiniuose duomenyse slypi svarbūs skirtumai pagal lytį. Kad kasdien rūko, nurodė tik 9 proc. moterų, bet daugiau nei vienas iš trijų vyrų vis dar rūkė kasdien; tai ketvirtoji vieta visoje ES. Paauglių rūkymo lygis per pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje sumažėjo, bet vis dar yra palyginti didelis: 15–16 metų paauglių grupėje 2015 m. reguliariai rūkantys nurodė 22 proc. merginų ir 27 proc. vaikinų.

Lietuvai pavyko įgyvendinti esminius teigiamus politikos pokyčius ir taip sumažinti tabako vartojimą. 2004 m. vyriausybė ratifikavo PSO tabako kontrolės pagrindų konvenciją, o 2017 m. visiškai uždraudė tabako pramonei ką nors remti. Vis dėlto dėl rūkymo

paplitimo tarp vyrų reikia imtis labiau konkrečių rūkantiems vyrams skirtų priemonių (žr. 5.1 skirsnį).

### Suaugusiųjų antsvorio ir nutukimo rodikliai šiek tiek didesni nei ES vidurkis

Nutukimo lygis Lietuvoje yra didesnis nei ES vidurkis. Nutukimas yra žinomas rizikos veiksnys, siejamas su daugeliu ligų, įskaitant širdies ir kraujagyslių ligas ir įvairių rūšių vėžį. 2017 m. buvo nutukęs vienas iš šešių suaugusiųjų (17 proc.), palyginti su vienu iš septynių (14 proc.) vidutiniškai visoje ES. Tai iš dalies lėmė prasti mitybos ir gyvenimo būdo įpročiai. 2017 m. beveik du trečdaliai Lietuvos suaugusiųjų (63 proc.) nurodė, kad nevalgo vaisių kasdien. Daržovių vartojimo dažnis šiek tiek didesnis: 55 proc. suaugusiųjų nurodė kasdien suvalgantys bent vieną daržovių porciją.

Nors vaikų antsvorio ir nutukimo rodikliai yra mažesni nei daugumoje šalių, jie ima kelti vis didesnį susirūpinimą. 2013–2014 m. nutukimo rodikliai beveik padvigubėjo, palyginti su pirmojo dešimtmečio viduriu, ir 15 metų lietuvių grupėje pasiekė 13 proc.

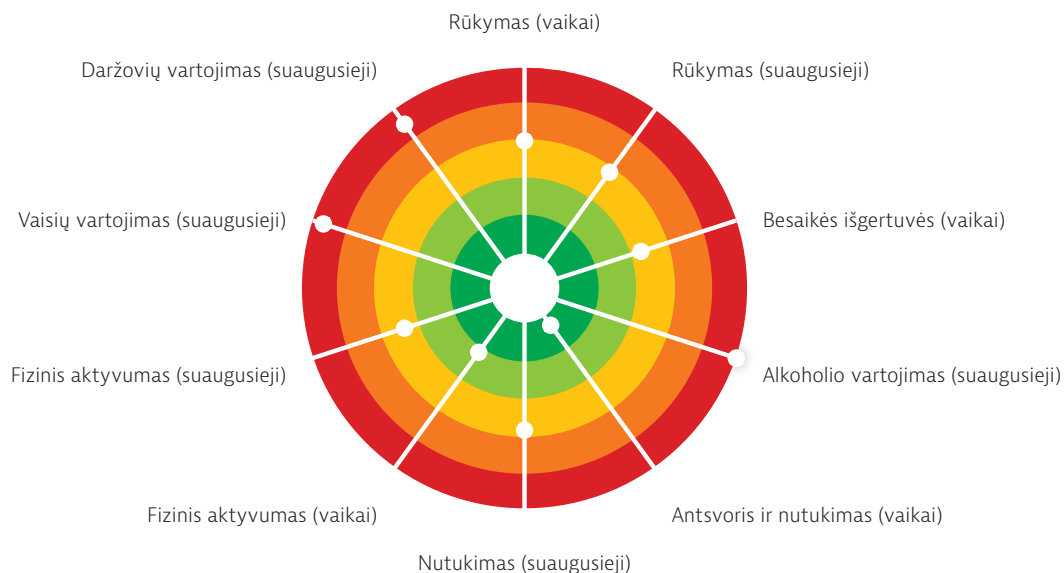
### Rizika sveikatai yra didesnė dėl socialinės ir ekonominės nelygybės

Daugelis elgsenos rizikos veiksnių Lietuvoje labiau būdinga mažiau išsilavinusiems ar mažesnes pajamas gaunantiems asmenims. 2014 m. kasdien rūkė daugiau nei ketvirtadalis suaugusiųjų (27 proc.) mažiausių pajamų kvintilyje, palyginti su mažiau nei vienu iš penkių (18 proc.) suaugusiųjų didžiausių pajamų kvintilyje; toks atotrūkis yra šiek tiek didesnis nei ES vidurkis. Be to, 2017 m. nutukę buvo 18 proc. vidurinio išsilavinimo neturinčių asmenų, o aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų grupėje tokių buvo tik 10 proc.; atotrūkis visoje ES yra daug mažesnis. Toks didesnis rizikos veiksnių paplitimas palankių socialinių sąlygų neturinčių asmenų grupėje yra vienas iš svarbių veiksnių, lemiančių su sveikata ir tikėtina gyvenimo trukme susijusią nelygybę.

3: Besaikės išgertuvės – tai kai suaugusysis per vieną kartą suvartoja šešis ar daugiau alkoholio vienetų, o paauglys – penkis ar daugiau alkoholio vienetų.



## 9 pav. Alkoholio vartojimas Lietuvoje žymiai didesnis nei kitose ES šalyse



Pastaba. Kuo taškas arčiau vidurio, tuo geresni šalies rezultatai, palyginti su kitomis ES šalimis. Baltojoje „tikslinėje zonoje“ nėra nė vienos šalies, nes visose šalyse dar galima daryti pažangą visose srityse.

Šaltinis: EBPO skaičiavimai, pagrįsti 2015 m. ESPAD tyrimu ir 2013–2014 m. HBSC tyrimu dėl su vaikais susijusių rodiklių bei 2017 m. ES SPGS, 2014 m. EHIS ir 2019 m. EBPO sveikatos statistiniais duomenimis dėl su suaugusiaisiais susijusių rodiklių.

# 4 Sveikatos priežiūros sistema

## Vienas sveikatos draudimo fondas draudžia visus gyventojus

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje yra vienas draudimo fondas, kurio lėšomis padengiamos beveik visų gyventojų (2018 m. – 98 proc., žr. toliau) sveikatos priežiūros išlaidos. Sveikatos apsaugos ministerija, valdanti valstybinį sveikatos draudimo fondą (VSDF), rengia sveikatos apsaugos politiką ir teisės aktus, atsako už paslaugų teikėjų ir sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų licencijavimą ir tvirtina kapitalo investicijas į sveikatos priežiūros įstaigas. Du pagrindiniai VSDF pajamų šaltiniai – privaloma įmoka nuo darbo užmokesčio ir tiesioginiai valstybės pervedimai, kuriais padengiamos (daugiausia) ekonomiškai neveiklių gyventojų grupių, kaip antai vaikų, studentų, pensininkų ir bedarbių, sveikatos priežiūros išlaidos (EBPO, 2018 m.).

VSDF perka sveikatos priežiūros paslaugas per penkis regioninius padalinius. Vietos administracijos (60 savivaldybių) atlieka svarbų vaidmenį teikiant paslaugas, nes joms priklauso daugelis pirminės sveikatos priežiūros centrų (pirmiausia poliklinikų) ir mažųjų bei vidutinių ligoninių. Jos taip pat teikia kai kurias visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas. Teikiant pirminės sveikatos priežiūros ir dantų priežiūros paslaugas tam tikrą vaidmenį atlieka ir privatusis sektorius; VSDF vis dažniau sudaro sutartis su privačiais paslaugų teikėjais dėl tam tikrų

specializuotų ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

Išlaidų padengimas iš VSDF yra privalomas ir paslaugos teoriškai teikiamos visiems gyventojams, turintiems patvirtintą apdraustojo asmens statusą. Neapdrausti asmenys oficialiai turi teisę į nemokamą skubiąją priežiūrą. 2018 m. gruodžio mėn. maždaug 2 proc. gyventojų nebuvo apdrausti. Tai gali būti asmenys, neturintys nuolatinio darbo, nemokantys privalomojo draudimo įmokų arba užregistruoti kaip gyvenantys Lietuvoje, bet iš tikrųjų gyvenantys užsienyje.

Lietuvos sistemoje pacientai paprastai patenka į sveikatos priežiūros sistemą per pirminės sveikatos priežiūros įstaigas. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos valstybiniuose ar privačiuose sveikatos priežiūros centruose, kuriuose bendrosios praktikos gydytojai neretai dirba kartu su kitais pirminės sveikatos priežiūros specialistais, kaip antai pediatrais, ginekologais ir psichikos sveikatos specialistais. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojai skiria siuntimus intensyvesnės priežiūros paslaugoms gauti; tačiau valstybės lėšomis finansuojamose įstaigose pacientai gali kreiptis į specialistus tiesiogiai. Specializuotos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ambulatoriniuose ligoninių skyriuose ar poliklinikose; jas teikia ir privatus paslaugų teikėjai.

## Išlaidos sveikatai palyginti žemos

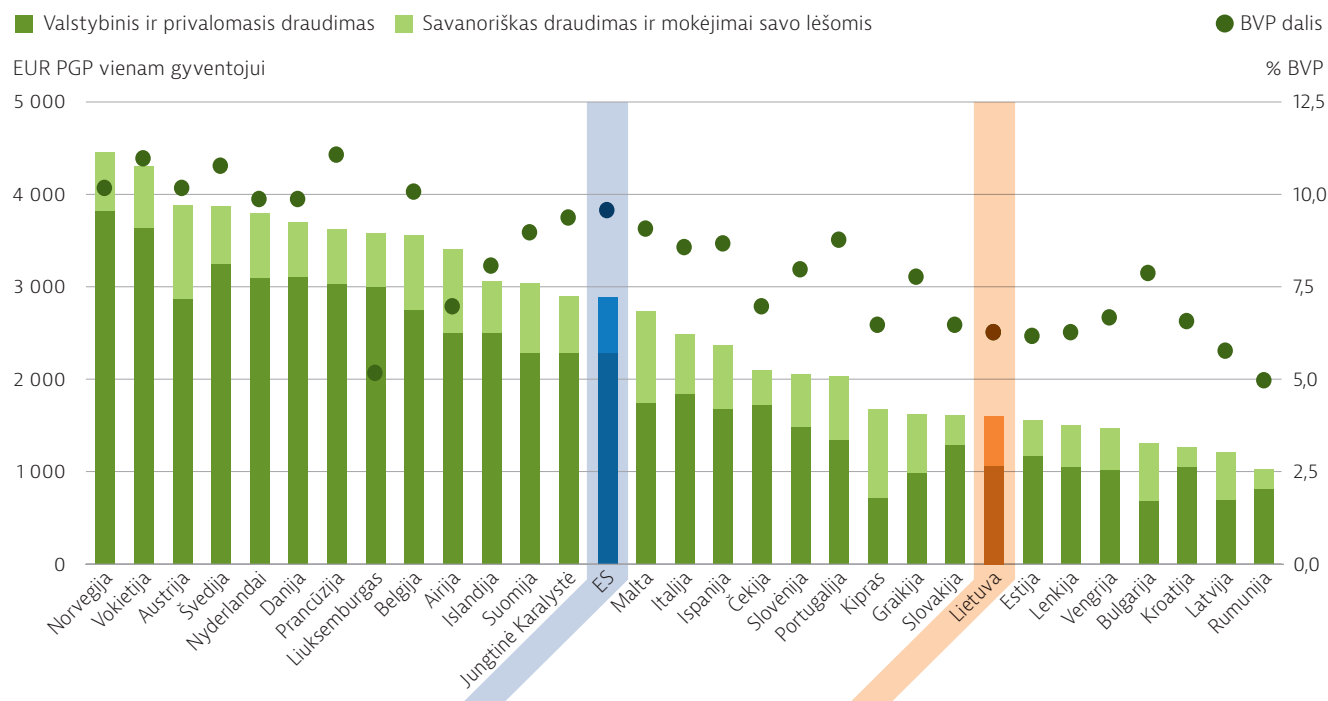
Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūrai yra vienos mažiausių ES. 2017 m. einamosios išlaidos sveikatai sudarė 6,5 proc. BVP: tai penktas tarp žemiausių lygis visoje ES, gerokai mažesnis nei 9,8 proc. ES vidurkis (10 pav.). Kalbant apie vienam asmeniui tenkančias išlaidas, 2017 m. Lietuva išleido 1 605 EUR (atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus): beveik perpus mažiau nei vidutinė 2 884 EUR vienam asmeniui išleidžiama suma ES. Be to, tik maždaug du trečdaliai (67 proc.) išlaidų sveikatai finansuojama valstybės lėšomis, t. y. daug mažiau nei vidutiniškai ES (79 proc.). Likęs išlaidų sveikatai trečdalis padengiamas mokėjimais savo lėšomis<sup>4</sup> ir tai yra viena didžiausių santykinių dalių visoje ES (žr. 5.2 skirsnį).

Be to, svarbų vaidmenį finansuojant su sveikatos priežiūra susijusius projektus Lietuvoje atlieka ES struktūriniai fondai, iš kurių 2007–2013 m. buvo skirta 238 mln. EUR, 2014–2020 m. – 131 mln. EUR (finansų ministerija, 2019a; 2019b).

## Daugiausia Lietuvos sveikatos priežiūros biudžeto lėšų išleidžiama stacionarinei priežiūrai ir vaistams

2017 m. išlaidos stacionarinei priežiūrai buvo pagrindinė išlaidų kategorija, kuriai teko 30 proc. viso sveikatos priežiūros biudžeto. Panaši dalis buvo išleista vaistams ir medicinos priemonėms (29 proc.). Toks sveikatos priežiūros sistemos išteklių paskirstymas iš esmės skiriasi nuo daugumos ES šalių: Lietuvoje išlaidoms vaistams ir medicinos priemonėms tenkanti procentinė dalis daug didesnė (29 proc., palyginti su 18 proc. ES), o ilgalaikiai priežiūrai išleidžiama daug mažiau (8 proc., palyginti su 16 proc.). Lyginant panašaus išlaidų sveikatai vienam gyventojui lygio šalių duomenis galima pastebėti svarbių skirtumų: nors Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūros sektoriuose pasiskirsto labai panašiai, kaip Latvijoje, jos labai skiriasi nuo Estijos, kuri skiria palyginti daugiau išteklių ambulatorinei priežiūrai ir mažiau – vaistams ir stacionariajai sveikatos priežiūrai (11 pav.).

### 10 pav. Lietuva išleidžia sveikatos priežiūrai daug mažiau nei dauguma kitų ES šalių



Šaltinis: 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys (2017 m. duomenys).

Daugiausia Lietuvos sveikatos priežiūros biudžeto lėšų išleidžiama stacionarinei priežiūrai ir vaistams

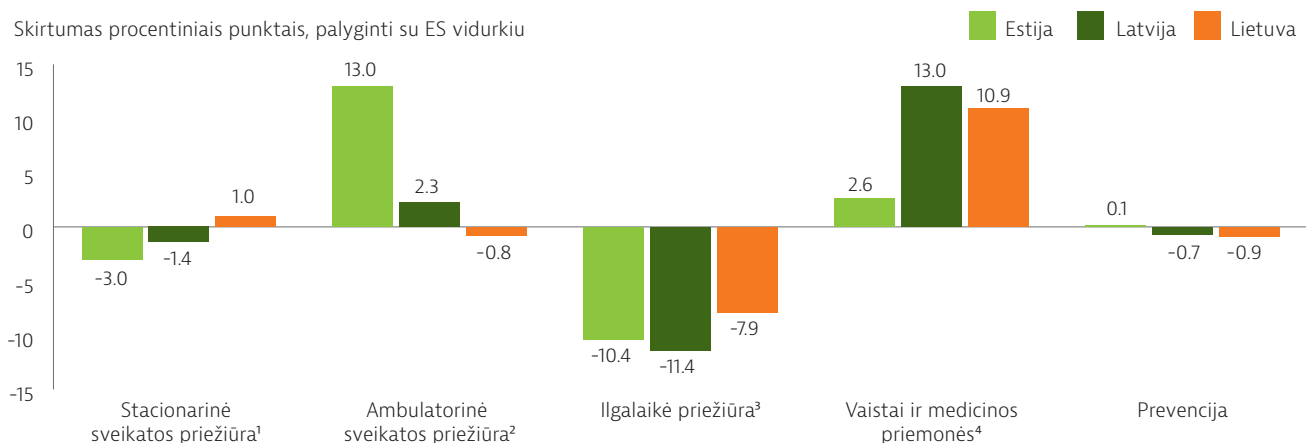
## Daugelio paslaugų išlaidos padengiamos, bet paciento priemokos yra didelės

VSDP draudimo paketas nėra aiškiai apibrėžtas, bet į jį įtraukta gana daug sveikatos priežiūros paslaugų. Visi nuolatiniai gyventojai turi teisę į nemokamą

skubiąją priežiūrą, net jeigu jie nėra apdrausti (PSO Europos regiono biuras, 2018 m.). Didžiausią savo lėšomis padengiamų išlaidų sveikatai dalį lemia du veiksniai: vaistai ambulatorinės priežiūros atveju ir dantų priežiūra (žr. 5.2 skirsnį). Sveikatos apsaugos ministerija parengė tikslų ambulatorinei priežiūrai

4: Mokėjimai savo lėšomis – tai, be kita ko, tiesioginiai mokėjimai, sąnaudų pasidalijimas apmokant paslaugas, kurios nėra įtrauktas į draudimo paketą, ir neoficialūs mokėjimai.

## 11 pav. Išteklių paskirstymas sveikatos priežiūros paslaugoms Lietuvoje skiriasi nuo kitų šalių



Pastaba. Administracinės išlaidos neįtraukiamos. 1. Įtraukiama gydomoji priežiūra ir rehabilitacija ligoninėse ir kitose įstaigose; 2. Įtraukiama priežiūra namuose; 3. Įtraukiamas tik sveikatos komponentas; 4. Įtraukiama tik ambulatorinės priežiūros rinka.

Šaltiniai: 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys, Eurostato duomenų bazė (2017 m. duomenys).

skirtų receptinių vaistų sąrašą kartu su sudėtinga paciento priemonių sistema, kuri šiuo metu yra peržiūrima (1 intarpas). Suaugusiųjų dantų priežiūros išlaidos nepadengiamos ir dantų priežiūros paslaugos nemokamai teikiamos tik vaikams ir pajamų paramą gaunantiems asmenims.

### Nacionaline sveikatos strategija siekiama išspręsti sveikatos priežiūros sektoriaus darbo jėgos disbalanso ir stokos problemas

Palyginti su ES vidurkiu, Lietuvoje daug gydytojų (2017 m. 4,6, palyginti su 3,6 1 000 gyventojų); šiek tiek daugiau nei penktadalį sudaro bendrosios praktikos gydytojai. Kita vertus, slaugytojų skaičius yra šiek tiek mažesnis nei ES vidurkis (7,7 ir 8,5; 12 pav.).

Per pastaruosius 20 metų gydytojų padaugėjo, o praktikuojančių slaugytojų skaičius išliko nepakitęs, tad slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykis sumažėjo nuo 2,1 2000 m. iki 1,7 2016 m. 2014–2025 m. nacionalinės sveikatos strategijos tikslas – iki 2020 m. atkurti slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykį iki 2,0, nors iš naujausių duomenų matyti, kad šia kryptimi jokios pažangos kol kas nėra. Pagal strategiją taip pat numatoma dokumentais pagrįsti ir spręsti kitus susirūpinimą keliančius klausimus, susijusius su dabartine ir būsima darbo jėgos Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje pasiūla, įskaitant medicinos specialistų trūkumą ne didmiesčiuose, toliau vykstančią jaunų gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų migraciją į užsienį ir šiuo metu praktikuojančių gydytojų senėjimo padarinius.

Trumpalaikėje perspektyvoje vyriausybė turėtų skirti ypatingą dėmesį paskutiniam iš minėtų veiksnių, nes 2017 m. 39 proc. gydytojų buvo vyresni nei 55 metų; vadinasi, per kitus dešimt metų daugelis jų išeis į pensiją.

### 1 intarpas. Ambulatorinei priežiūrai skirtų vaistų kompensavimo sistema šiuo metu peržiūrima

Šiuo metu yra du ambulatorinei priežiūrai skirtų kompensuojamųjų vaistų sąrašai:

- A sąrašė išvardyti vaistai, naudojami konkrečioms į sąrašą įtrauktoms ligoms (pvz., tuberkuliozei, vėžiui, šizofrenijai, epilepsijai, medžiagų apykaitos ligoms, astmai, kai kurioms retosioms ir progresuojančioms ligoms) gydyti. Nuo 2019 m. balandžio mėn. visi į šį sąrašą įtraukti vaistai visiškai kompensuojami.
- B sąrašė išvardyti tam tikri vaistai, kurie dviem lygmenimis kompensuojami tam tikroms socialinėms grupėms: 100 proc. kompensuojama vaikams, sunkią negalią turintiems asmenims ir tam tikroms ligomis sergantiems asmenims; 50 proc. kompensuojama pensininkams ir ne tokią sunkią negalią turintiems sumažėjusio darbingumo asmenims.

Visiems, kas perka kompensuojamuosius vaistus, vis tiek tenka apmokėti kompensuojamosios kainos ir mažmeninės kainos vaistinėje skirtumą. Šiuo metu stengiamasi sumažinti išlaidas vaistams ir mokėjimo už vaistus savo lėšomis lygį. Tuo tikslu sąrašai reguliariai peržiūrimi siekiant sumažinti 50 proc. kompensavimo sistemos taikymą ir išplėsti 100 proc. kompensuojamųjų vaistų sąrašą (žr. 5.2 skirsinį).

Siekdamas pritraukti pirminės sveikatos priežiūros gydytojus dirbti atokesniuose rajonuose, už kaimo vietovėse gyvenančius pacientus VSDF moka daugiau. Tokiose vietovėse esančiose ligoninėse dabar taip pat siūlomi didesni atlyginimai gydytojams (+28 proc.) ir slaugytojams (+30 proc.). Be to, kartu su savivaldybėmis vyriausybė neseniai skyrė dotacijas atokiose vietose norintiems dirbti medicinos studentams (EBPO, 2018 m.).

## Lietuvos sveikatos priežiūros sistema ir toliau pernelyg sutelkta į ligonines

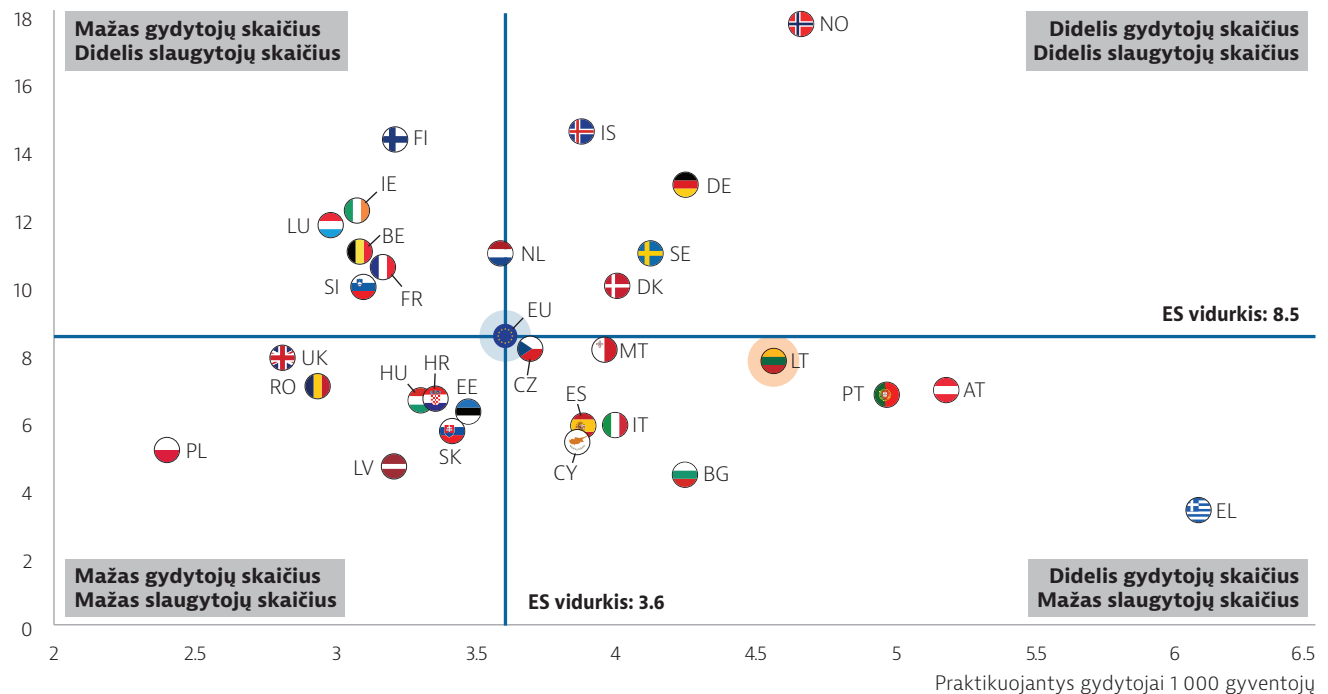
Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje daugeliu atvejų teikiamos stacionare. Šalies ligoninės lovų skaičius – vienas didžiausių ES atsižvelgiant į bendrą gyventojų skaičių: 6,6 lovos 1 000 gyventojų, t. y.

30 proc. daugiau nei ES vidurkis (5,0 lovos). Dideli išrašymo iš ligoninių rodikliai<sup>5</sup> taip pat byloja apie tai, kad stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugomis naudojamosi per daug. Be to, gydomojo stacionaro lovų užimtumo rodiklis 2016 m. buvo mažesnis nei 75 proc. (mažesnis nei ES vidurkis): tai liudija apie pernelyg didelius ligoninių pajėgumus.

Pažanga sumažinant ligoninės lovų skaičių ir pagerinant jų paskirstymą Lietuvoje buvo daroma iki pirmojo dešimtmečio vidurio; pastaraisiais metais ji vėl tęsiama. Nors keletą kartų bandyta sutelkti specialistų paslaugas didesniuose centruose ir perprofiluoti mažesnes ligonines (EBPO, 2018 m.), didelio masto ligoninių restruktūrizavimo reformos įgyvendinimas 2018 m. buvo sustabdytas (žr. 5.3 skirsnį).

### 12 pav. Lietuvoje daug gydytojų ir vidutinis slaugytojų skaičius

Praktikuojantys slaugytojai 1 000 gyventojų



Pastaba. Portugalijos ir Graikijos duomenys apima visus praktikos licencijų turinčius gydytojus, tad nustatomas gerokai per didelis praktikuojančių gydytojų skaičius (pvz., Portugalijoje apie 30 proc.). Austrijoje ir Graikijoje nepakankamai įvertintas slaugytojų skaičius, nes į jį įtraukiami tik ligoninėse dirbantys slaugytojai.

Šaltinis: Eurostato duomenų bazė (2017 m. ar artimiausių metų duomenys).

5: Išrašymas iš ligoninės – tai bendras ligoninės veiklos matas, rodantis pacientų, išvykstančių iš ligoninės praleidus joje bent vieną naktį, skaičių.

# 5 Sveikatos priežiūros sistemos veiklos rezultatai

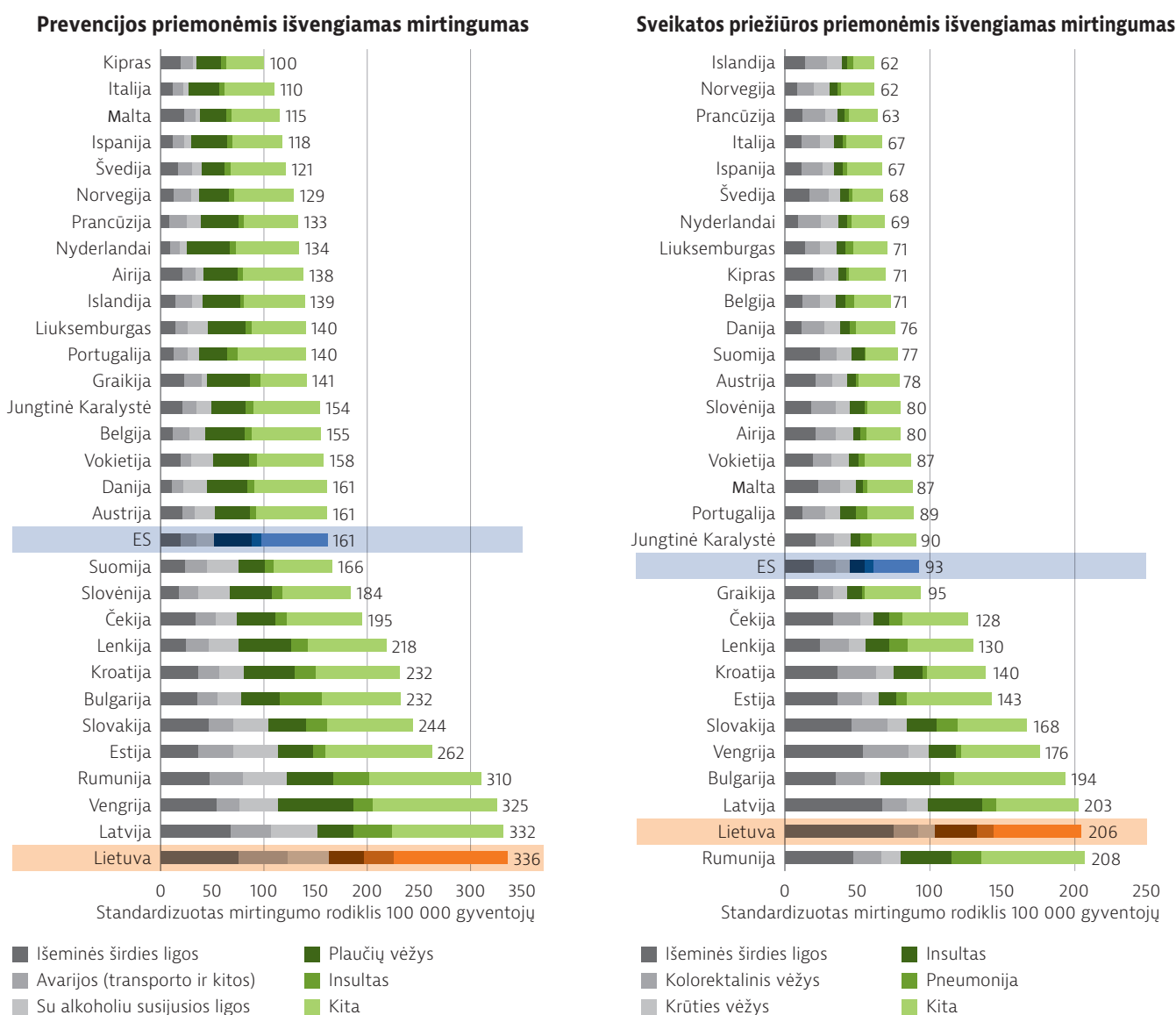
## 5.1 Veiksmingumas

### Lietuvoje didžiausias ES prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas

2016 m. Lietuvoje prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas buvo didžiausias ES, o sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas – antras pagal dydį. 2016 m. Lietuvoje

buvo galima išvengti daugiau nei 8 500 mirčių imantis veiksmingų visuomenės sveikatos ir prevencijos intervencinių priemonių ir dar 5 000 – teikiant sveikatos priežiūros paslaugas veiksmingiau ir laiku. Tai rodo, kad yra didelis poreikis rengti veiksmingesnę visuomenės sveikatos politiką, reformuoti sveikatos priežiūros sistemą ir investuoti į jos kokybės gerinimą (13 pav.).

### 13 pav. Daug mirčių Lietuvoje būtų galima išvengti geresnėmis prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis



Pastaba. Prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas – tai mirtis, kurios paprastai galima išvengti imantis visuomenės sveikatos ir pirminės prevencijos intervencinių priemonių. Sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas – tai mirtis, kurios paprastai galima išvengti imantis sveikatos priežiūros intervencinių priemonių, įskaitant atrankines patikras ir gydymą. Abu rodikliai susiję su pirmalaikiu mirtingumu (iki 75 metų). Duomenys grindžiami peržiūrėtais EBPO ir Eurostato sąrašais.

Šaltinis: Eurostato duomenų bazė (2016 m. duomenys).

## Vyriausybė įgyvendino kelias priemones, kuriomis siekiama sumažinti alkoholio ir tabako vartojimą

Kaip aprašyta 3 skirsnyje, dauguma mirčių Lietuvoje gali būti siejama su gyvenimo būdo rizikos veiksniais. Dėl tokios padėties valdžios institucijos privalėjo imtis ryžtingų veiksmų ir priėmė 2014–2025 m. nacionalinę sveikatos strategiją, kurios tikslas – sumažinti kenksmingą alkoholio vartojimą ir rūkymą ir paskatinti tarpsektorinius veiksmus, skirtus remti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą. Strategija sukuriama tarpsektorinė struktūra, kurią sudaro beveik visos ministerijos; Higienos institutas kasmet stebi pažangą ir rengia strategijos įgyvendinimo ataskaitą.

Pastaraisiais metais Lietuvoje, pavyzdžiui, imta taikyti priemonės, kuriomis siekiama sumažinti aukštą alkoholio vartojimo lygį šalyje. Seimas priėmė kelias alkoholio kontrolės priemones, kaip antai 2016 m. – draudimą prekiauti alkoholiu degalinėse, o 2017 m. – didesnius akcizo mokesčius, taikomus daugumai alkoholinių gėrimų (žr. 3 skirsnį). 2018 m. įsigaliojo ir kiti alkoholio apribojimai, įskaitant prekybos laiko apribojimus, visišką draudimą reklamuoti alkoholį televizijoje, radijuje ir internete ir iki 20 metų padidintą minimalų amžių, kurio sulaukus galima teisėtai pirkti ir vartoti alkoholinius gėrimus.

Pastaraisiais metais taip pat sustiprinta tabako kontrolė: 2007 m. įsigaliojo draudimas rūkyti restoranuose, baruose ir kavinėse; 2004, 2007, 2010, 2012 ir 2015 m. buvo nuolat didinami tabakui taikomi akcizo mokesčiai, o 2016 m. buvo ratifikuotas PSO protokolas dėl neteisėtos prekybos tabako gaminiais panaikinimo. Tačiau, nepaisant visų pastangų, dar esama spragų, pavyzdžiui, vis dar mažos tabako gaminių kainos ir ribota pagalba asmenims, norintiems mesti rūkyti (EBPO, 2018 m.).

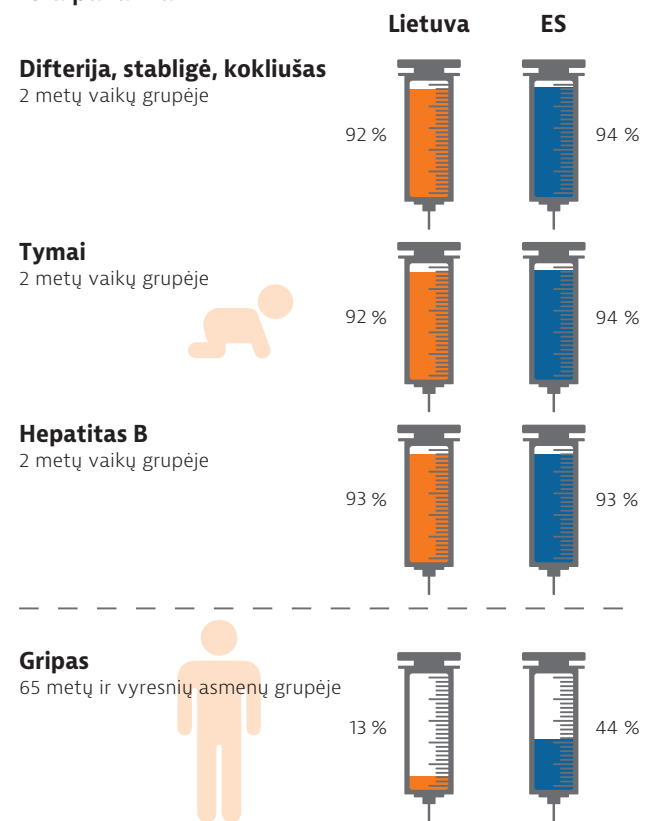
## Gyventojų imunizavimo aprėptis Lietuvoje mažesnė, nei rekomenduoja PSO

Nacionalinėje imunizacijos programoje nustatyti Lietuvos tikslai dėl gyventojų vakcinavimo. Pagal ją siekiama sumažinti protrūkių riziką ir užtikrinti skiepavimo saugą, prieinamumą ir veiksmingumą. Kiti tikslai, be kita ko, – išnaikinti tymus ir įvesti naujas vakcinas, kaip antai pneumokokinę ir rotaviruso vakcinas (Rechel, Richardson ir McKee, 2018 m.). Skiepijimas Lietuvoje nėra privalomas; jis tik rekomenduojamas. Visi rekomenduojami skiepai, įtraukti į nacionalinį skiepų kalendorių, yra nemokami, įskaitant vakciną nuo gripo vyresnio amžiaus žmonių ir kitų pažeidžiamų gyventojų grupėse. Be to, nacionalinis skiepų kalendorius pastaraisiais metais buvo gerokai išplėstas: 2016 m. atsirado mergaitėms skirta ŽPV vakcina, o 2018 m. – MenB (B tipo meningokokinė) ir rotaviruso vakcina.

Šiuo metu Lietuvos vaikų imunizavimo rodikliai nesiekia PSO rekomenduojamo 95 proc. lygio, kuri pasiekus užtikrinamas kolektyvinis imunitetas (14 pav.). Tuo iš dalies galima paaiškinti, kodėl, kaip ir daugelyje kitų ES šalių, vis dar būna tymų protrūkių: didelis protrūkis įvyko pirmąjį 2019 m. pusmetį, kai buvo užregistruota daugiau nei 650 tymų atvejų.

Vyresnių nei 65 metų asmenų skiepėjimo nuo gripo aprėptis labai nedidelė: 2017 m. pasiskiepijo tik 13 proc. tos amžiaus grupės asmenų, t. y. daug mažiau nei 44 proc. ES vidurkis ir dar labiau atsiliekant nuo PSO nustatyto 75 proc. tikslo.

## 14 pav. Dabartiniai imunizacijos rodikliai Lietuvoje nėra pakankami



Pastaba. Duomenys susiję su trečiaja vakcinos nuo difterijos, stabligės, kokliušo ir hepatito B doze ir pirmąja vakcinos nuo tymų doze.  
Šaltinis: PSO ir UNICEF Visuomenės sveikatos stebėjimo organizacijos duomenų saugykla dėl vaikų (2018 m. duomenys); 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys ir Eurostato duomenų bazė dėl 65 metų ir vyresnių asmenų (2017 m. arba artimiausių metų duomenys).

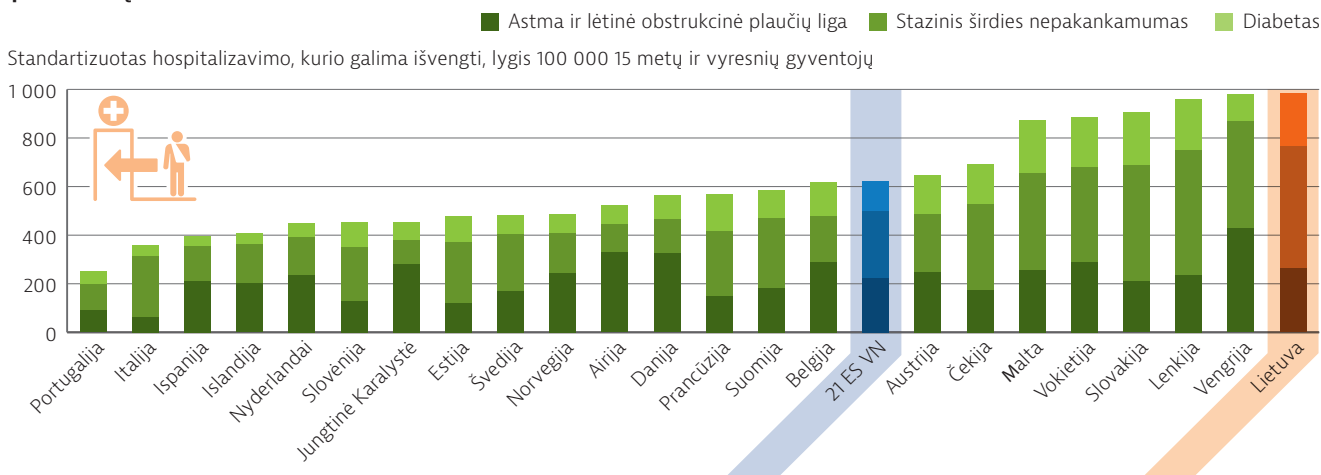
## Lėtinių ligų kontrolę pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje galima pagerinti

Laiku ir veiksmingai teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, kaip antai lėtine obstrukcine plaučių liga ar diabetu, jų hospitalizavimo paprastai galima išvengti. Nuo 2005 m. hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, dalis Lietuvoje sumažėjo, bet vis dar yra viena didžiausių visose ES šalyse, kurios renka tokius duomenis (15 pav.). Jeigu bendrosios

praktikos gydytojams ir apskritai pirminės sveikatos priežiūros specialistams būtų patikėtas svarbesnis vaidmuo kontroliuojant lėtines ligas, tai galėtų padėti sumažinti hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, skaičių. Šiuo požiūriu vyriausybė išplėtė bendrosios praktikos slaugytojų ir slaugytojų padėjėjų

klinikines kompetencijas. Nustačius naujas klinikinės kompetencijas, bendrosios praktikos slaugytojas turi teisę koordinuoti slaugytojų padėjėjų užduotis, išrašyti kai kuriuos vaistus, stebėti lėtinių ligų eigą ir skirti planinius šlapimo ir kraujo tyrimus.

### 15 pav. Daugelio hospitalizavimo atvejų galima išvengti imantis griežtesnių pirminės sveikatos priežiūros priemonių



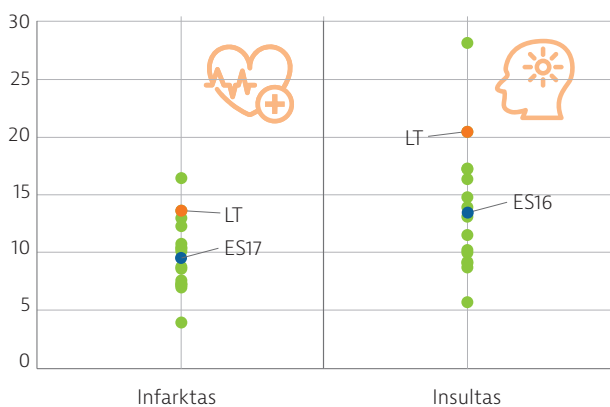
Šaltinis: 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys (2017 m. ar artimiausių metų duomenys).

### Stacionariosios sveikatos priežiūros kokybė daug prastesnė už ES vidurkį

Stacionariosios sveikatos priežiūros kokybė neretai vertinama pagal mirštamumą po hospitalizavimo dėl gyvybei pavojingų ligų. Hospitalinis mirštamumas per 30 dienų dėl miokardo infarkto ir insulto Lietuvoje labai didelis (16 pav.), antroje vietoje iš visų ES šalių, kurios renka tokius duomenis (po Latvijos). Todėl darytina išvada, kad galima daug ką patobulinti gerinant stacionariosios sveikatos priežiūros kokybę.

### 16 pav. Mirštamumas per 30 dienų dėl miokardo infarkto ir insulto Lietuvoje labai didelis

Mirštamumas per 30 dienų 100 hospitalizavimo atvejų



Pastaba. Skaičiai grindžiami pacientų duomenimis ir standartizuoti remiantis 2010 m. EBPO šalių 45 metų ir vyresnių gyventojų, hospitalizuotų dėl miokardo infarkto ir išeminio insulto, duomenimis.

Šaltinis: 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys (2017 m. ar artimiausių metų duomenys).

### Vėžio gydymas gerinamas, bet rezultatai vis dar atsilieka nuo daugumos ES šalių

Stengdamosi pagerinti ankstyvą vėžio nustatymą ir padidinti išgyvenamumą, Lietuvos sveikatos apsaugos institucijos pradėjo įgyvendinti viešai finansuojamas gyventojų atrankinės patikros programas dėl krūties, prostatos, kolorektalinio ir gimdos kaklelio vėžio. Per pastarąjį dešimtmetį tikslinių gyventojų grupių atrankinės patikros aprėptis padidėjo, nors dar nesiekia ES vidurkio. Pavyzdžiui, 2017 m. per prieš taiėjusius dvejus metus atrankinė patikra dėl krūties vėžio buvo atlikta 48 proc. 50–69 metų Lietuvos moterų; tai daug didesnis rodiklis, palyginti su vos 22 proc. 2007 m., bet vis dar mažesnis nei 60 proc. ES vidurkis.

Vėžio gydymo veiksmingumas Lietuvoje gerokai padidėjo, bet vis dar atsilieka nuo daugumos ES šalių. Penkerių metų išgyvenamumas diagnozavus daugelio rūšių vėžį per pastarąjį dešimtmetį nuolat didėjo, bet vis dar yra vienas mažiausių ES, išskyrus prostatos vėžį. Pavyzdžiui, išgyvenamumas krūties vėžio atveju 2000–2004 m. ir 2010–2014 m. padidėjo nuo 65 proc. iki 74 proc., bet vis dar yra mažesnis nei kaimyninėse Baltijos šalyse Latvijoje ir Estijoje ir beveik 10 proc. mažesnis už ES vidurkį.

## Dedamos pastangos siekiant pagerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas

Kaip išdėstyta 2 skirsnyje, nors savižudybių skaičius per pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje sumažėjo, 2017 m. jis vis dar buvo didžiausias ES. Parengta daug strategijų ne tik siekiant užkirsti kelią savižudybėms, bet ir kuo anksčiau nustatyti depresijos simptomus ir pasirūpinti tinkamu kitų psichikos sveikatos sutrikimų gydymu. Per pastaruosius 15 metų daug stacionariųjų psichiatrijos ir piktnaudžiavimo medžiagomis gydymo paslaugų perkelta į bendrąsias ligonines ir ambulatorinius psichikos sveikatos priežiūros centrus siekiant sumažinti su psichikos sveikatos sutrikimais susijusią stigmą. Pirminės sveikatos priežiūros lygmeniu paslaugos teikiamos 115 psichikos sveikatos priežiūros centrų, kurie kartais dirba tose pačiose patalpose, kaip ir pirminės sveikatos priežiūros centrai. Bendrosios praktikos gydytojas arba ligoninė gali išrašyti pacientams siuntimus į tokias psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas, bet pacientai taip pat gali kreiptis tiesiogiai.

Vis dėlto įvairių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos koordinavimas vis dar yra didelė problema. Galimybė naudotis psichikos sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis nebūtinai reiškia, kad taikomas funkcinis komandinis požiūris ir veikia veiksmingi ankstyvo ligų nustatymo ir pacientų poreikių patenkinimo mechanizmai. Taip pat nepakankamai koordinuojama stacionarioji ir ambulatorinė sveikatos priežiūra. Tuo bent iš dalies galima paaiškinti, kodėl psichikos sutrikimų turinčių pacientų savižudybių po hospitalizavimo skaičius yra vienas didžiausių ES.

2017 m. Valstybės kontrolė paragino vėl imtis veiksmų siekiant nustatyti ir remti asmenis, kuriems kyla su psichikos sveikatos sutrikimais susijęs pavojus, ir užtikrinti, kad bandžiusiems nusižudyti asmenims būtų nedelsiant ir nuolat teikiama pagalba, pabrėžiant, kad įstaigos turi dalytis informacija (Valstybės kontrolė, 2017 m.). 2019 m. lapkričio mėn. ministro įsakyme nustatyta, kad psichikos sveikatos priežiūros įstaigose bus teikiamos naujos sveikatos priežiūros paslaugos vaikams ir paaugliams. Be to, įstaigų, teikiančių psichiatrinio gydymo dienos stacionaro paslaugas vaikams ir paaugliams, tinklas bus išplėstas ir jį sudarys ne penkios, o dešimt įstaigų.

2019 m. ministerija taip pat pradėjo finansuoti savivaldybių visuomenės sveikatos biurus, siekdama skatinti psichikos sveikatos sutrikimų prevenciją mokyklose. Šios programos tikslai – padidinti mokyklos darbuotojų kompetenciją nustatant ir sprendžiant psichikos sveikatos problemas ir apskritai pagerinti žinias psichikos sveikatos klausimais.

## Iniciatyvos, kuriomis siekiama skatinti priežiūros kokybės gerinimą, dar tik pradamos įgyvendinti

2016 m. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (viešoji įstaiga, atsakinga už sveikatos priežiūros organizacijų ir daugelio specialistų licencijavimą) pradėjo įgyvendinti akreditavimo programą, siekdama pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę. Tačiau tą procedūrą atliko tik nedaugelis pirminės sveikatos priežiūros organizacijų, nepaisant to, kad valdžios institucijos siūlo finansines paskatas, kad padidintų jų suinteresuotumą (EBPO, 2018 m.).

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pajamas Lietuvoje sudaro mokėjimu už prisirašiusius pacientus grindžiama dalis ir dalis, susijusi su veiklos rezultatais. Šiuo metu įstaigos gauna mokėjimus už prisirašiusius pacientus, pakoreguotus pagal amžių, lytį ir vietovę (tai sudaro maždaug tris ketvirtadalius įstaigų pajamų), ir su tam tikrų rūšių veikla susijusius mokėjimus pagal konkrečių paslaugų, kaip antai imunizavimo ar nėščiųjų priežiūros paslaugų, sąrašą. Dar viena pajamų dalis – veiklos rezultatais grindžiami mokėjimai, mokami pagal veiklos rezultatų rodiklių sąrašą; šios sumos sudaro maždaug 10 proc. pajamų. Šiuo metu naudojami rodikliai yra, pavyzdžiui, atrankinės patikros dėl vežio aprėptis ir siuntimai hospitalizavimui dėl lėtinių ligų, kaip antai diabeto. Pastaraisiais metais mokėjimų už prisirašiusius pacientus dalis nuo visų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pajamų sumažėjo ir atitinkamai padidėjo su veiklos rezultatais siejama dalis. Toks veiklos rezultatais grindžiamas mokėjimas atrodo pagrįstas ir gerai stebimas; kai kurie rodikliai (pavyzdžiui, atrankinės patikros rodiklis) yra pagerėję. Šiuo metu taikomą sistemą vis dėlto galima patobulinti įtraukiant kitus rodiklius, pavyzdžiui, proceso rodiklius (EBPO, 2018 m.).

Sveikatos apsaugos ministerija yra parengusi apie 120 diagnostikos ir gydymo protokolų, kuriais siekiama skatinti tinkamesnę ir veiksmingesnę priežiūrą (kardiologijos, onkologijos, neurologijos, traumatologijos ir pediatrijos srityse). Visi paslaugų teikėjai raginami laikytis šių protokolų ir tikimasi, kad jie juos taikys, bet nėra protokolų laikymosi stebėsenos ar paramos teikiant paslaugas mechanizmų.



## 5.2 Prieinamumas

### Lietuvoje beveik nėra nepatenkintų medicininių poreikių

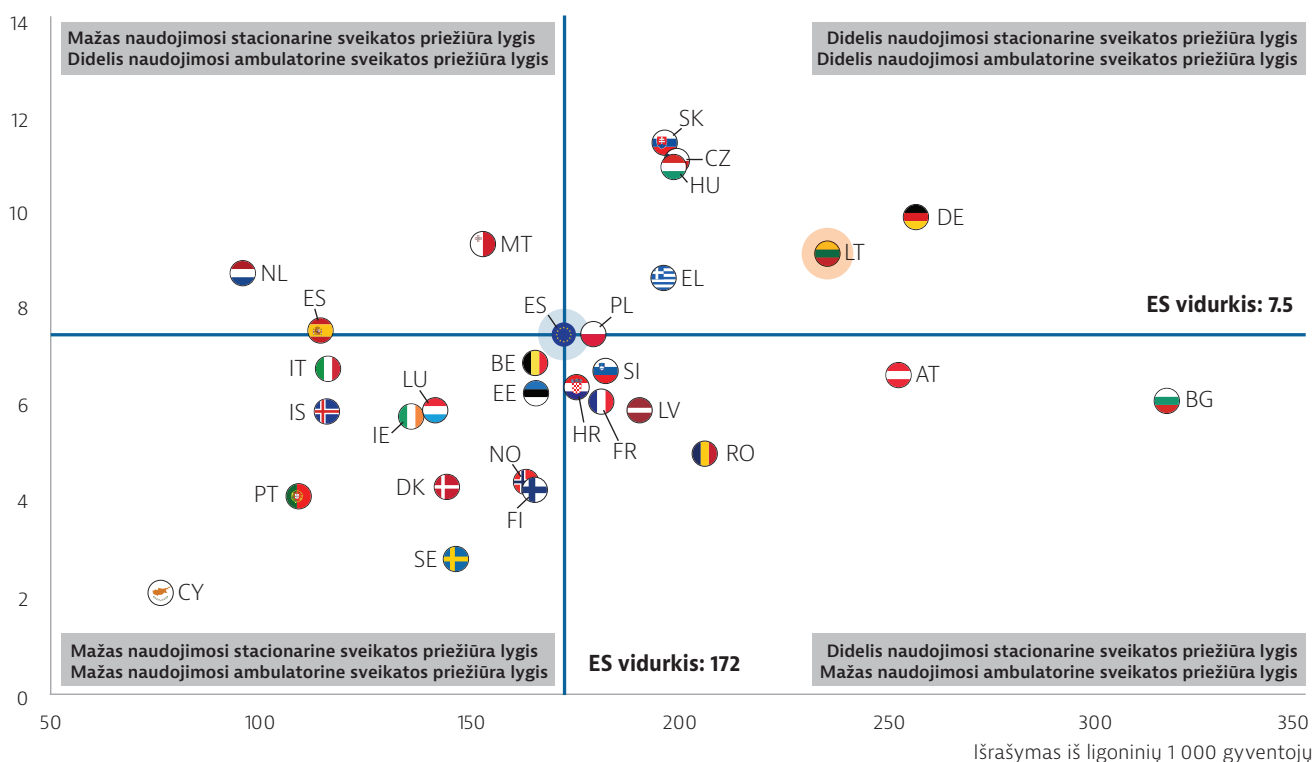
Lietuvos gyventojų, nurodančių, kad jų medicininės apžiūros ir gydymo poreikiai nėra patenkinami, palyginti nedaug. Tik 1,5 proc. gyventojų nurodė, kad 2017 m. susidūrė su kliūtimis bandydami pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis dėl laukimo laiko, kainų arba atstumo. Be to, pajamų grupių skirtumai buvo palyginti nedideli. Tačiau nepatenkintų poreikių rodikliai yra didesni vertinant paslaugas, kurių išlaidos padengiamos mažiau, kaip antai dantų priežiūros paslaugas (žr. 4 skirsnį).

### Į sveikatos priežiūros sistemą kreipiamasi dažnai

Lietuvos gyventojai yra linkę kreiptis dėl sveikatos priežiūros paslaugų dažniau nei kiti ES piliečiai. 2016 m. jie kreipėsi į gydytojus vidutiniškai daugiau nei devynis kartus, t. y. 20 proc. daugiau už ES vidurkį (17 pav.). Tais pačiais metais hospitalizuotų ir iš ligoninių išrašytų asmenų skaičius buvo ketvirtas pagal dydį ES šalyse (žr. 4 skirsnį). Toks aukštas naudojimosi lygis leidžia manyti, kad gydytojų ir ligoninių prieinamumas yra geras, bet toks prieinamumas neužtikrina kitų svarbių prieinamumo aspektų (pvz., kokybė).

### 17 pav. Lietuvos gyventojai dažnai naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis

Gydytojų konsultacijų skaičius vienam asmeniui



Pastaba. Graikijos ir Maltos gydytojų konsultacijų duomenys grindžiami įverčiais.

Šaltinis: Eurostato duomenų bazė; EBPO sveikatos statistiniai duomenys (2016 m. ar artimiausių metų duomenys).

### Dėl didelių mokėjimų savo lėšomis mažas pajamas gaunantys namų ūkiai patiria nepakeliamas išlaidas

Nors dėl finansinių priežasčių nepatenkintus medicininės priežiūros poreikius nurodo tik nedaug Lietuvos gyventojų, mokėjimai savo lėšomis sudaro beveik trečdalį (32 proc.) išlaidų sveikatai Lietuvoje, t. y. daugiau nei dvigubai daugiau už ES vidurkį (18 pav.). Savo lėšomis daugiausia mokama už vaistus, bet ir dantų priežiūrai tenka nemenka savo lėšomis padengiamų išlaidų dalis.

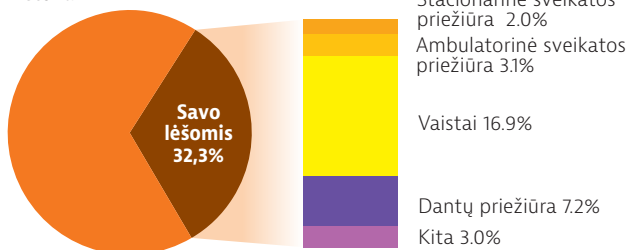
6: Nepakeliamos išlaidos apibrėžiamos kaip namų ūkių lėšomis padengiamos išlaidos, viršijančios 40 proc. visų namų ūkių išlaidų, neįtraukiant pragyvenimo poreikių (t. y. maisto, būsto ir komunalinių paslaugų).

Dėl tokių didelių mokėjimų savo lėšomis patiriama finansinių sunkumų, ypač mažas pajamas gaunančiuose namų ūkiuose. 2016 m. daugiau nei 15 proc. namų ūkių Lietuvoje patyrė nepakeliamas išlaidas sveikatai<sup>6</sup>; tai daugiausia iš visų ES šalių, kurių duomenų turima. Tokios nepakeliamos išlaidos labai sutelktos mažiausiai pajamų turinčių gyventojų kvintilyje ir pirmiausia yra susijusios su mokėjimais už vaistus savo lėšomis (PSO Europos regiono biuras, 2018 m.; 2019 m.).

## 18 pav. Mokėjimai savo lėšomis Lietuvoje – dvigubai didesni už ES vidurkj

### Bendra išlaidų sveikatos priežiūrai dalis

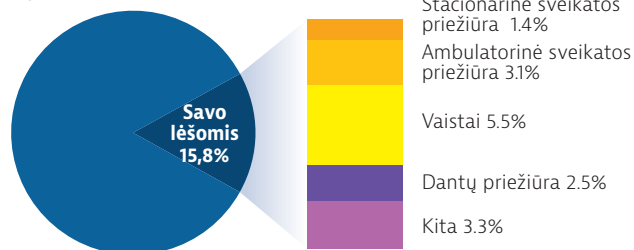
Lietuva



### Savo lėšomis padengiamų išlaidų pasiskirstymas pagal veiklos rūšį

### Bendra išlaidų sveikatos priežiūrai dalis

ES



### Savo lėšomis padengiamų išlaidų pasiskirstymas pagal veiklos rūšį

Šaltinis: 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys (2017 m. duomenys).

Nors pirminė, ambulatorinė ir stacionarinė sveikatos priežiūra oficialiai yra nemokama, dar neseniai pacientams tekdavo dengti nemažą paciento priemoną už ambulatoriškai vartojamus vaistus (žr. 1 intarpą). Nuo 2017 m. įgyvendinamos tam tikros priemonės, kuriomis siekiama sumažinti mokėjimo už vaistus savo lėšomis dydį. Be kita ko, į kompensuojamųjų vaistų sąrašą įtraukti 45 nauji punktai, padidintas kompensavimo lygis ir taikomas vaistinėse mokamų kainų ir orientacinių kompensuojamųjų kainų skirtumo apribojimas. Dėl šių priemonių vidutinė paciento priemonė pagal vieną receptą sumažėjo nuo 3,4 EUR 2017 m. iki 2,3 EUR 2019 m., o savo lėšomis padengiama išlaidų kompensuojamiesiems vaistams dalis sumažėjo nuo 21,2 proc. 2016 m. iki 6,8 proc. per pirmuosius du 2019 m. mėnesius (19 pav.).

Be to, nuo 2019 m. balandžio mėn. visos paciento priemonos už į A sąrašą įtrauktus vaistus buvo smarkiai sumažintos<sup>7</sup>. Taip pat vyksta diskusijos dėl galimybės sukurti atskirą mažas pajamas gaunantiems asmenims skirtą vaistų kompensavimo modelį. Valdžios institucijos nagrinėja papildomas priemones, kuriomis būtų skatinamas generinių vaistų naudojimas ir tarpvalstybinis bendradarbiavimas (2 intarpas).

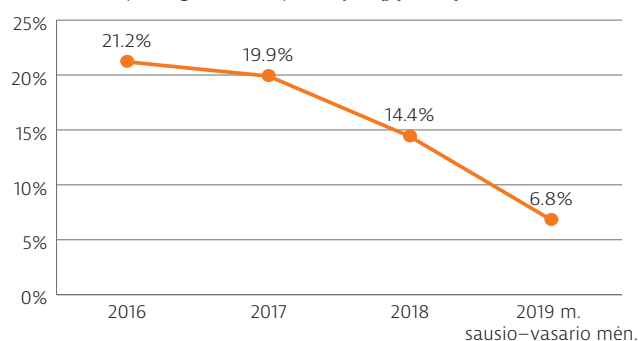
### Prieinamumas neįgaliesiems ribotas

Kurtiems ir neregintiems pacientams VSDF suteikia gestų kalbos vertėjus ir padėjėjus. Tačiau gestų kalbos vertėjų centrai veikia tik didmiesčiuose, tad prieinamumas kaimo vietovėse yra ribotas. Be to, neįgalūs pacientai su elgesio sutrikimais negali naudotis įprastomis odontologų paslaugomis, todėl siunčiami gydytis taikant bendrąją neįtrauktą odontologinio gydymo taikant bendrąją neįtrauktą paslaugas, kurios pagal galiojančius teisės aktus priskiriamos prie dienos chirurgijos paslaugų, teikia nedaug įstaigų, tad tokių paslaugų prieinamumas yra ribotas.

7: Išsamiau apie įvairius kompensavimo sąrašus Lietuvoje žr. 1 intarpą.

## 19 pav. Vykdamas reformas pavyko gerokai sumažinti mokėjimus už vaistus savo lėšomis

Savo lėšomis padengiamos kompensuojamųjų vaistų išlaidos



Šaltinis: Lietuvos sveikatos ministerija, 2019 m.

### 2 intarpas. Lietuva bendradarbiauja regioniniu lygmeniu siekdama padidinti galimybes gauti vaistų

2017 m. kovo mėn. pradėta įgyvendinti teisingų ir įperkamų kainų iniciatyva – tai tarpvalstybinio regioninio bendradarbiavimo platforma, kuria siekiama sudaryti daugiau galimybių valstybių narių piliečiams gauti vaistų. Šį projektą sukūrė Višegrado grupė (Čekija, Vengrija, Lenkija, Slovakija), bet jame gali dalyvauti ir kitos šalys: Lietuva yra viena iš narių steigėjų, o Latvija – kviestinė dalyvė.

Jau įvyko keli regioniniai susitikimai ir techninės konsultacijos. Projektas kuriamas kaip pagalbinė platforma, kurioje galima aktyviai rengti geresnius nacionalinius sprendimus dėl kompensavimo ir kainų nustatymo. Šiuo metu vyksta bandomasis bendrų derybų etapas, kuriame siekiama apibrėžti galimus būsimų regioninių derybų strategijų mechanizmus.

## 5.3 Atsparumas<sup>8</sup>

### Viešasis išlaidas sveikatai paveikė ekonomikos krizė

Po 2008–2009 m. ekonomikos krizės viešosios išlaidos sveikatai Lietuvoje iki pat 2013 m. buvo gerokai sumažėjusios (20 pav.). Taigi išlaidos sveikatai kaip BVP dalis 2009–2013 m. sumažėjo (nuo 7,4 proc. BVP iki 6,1 proc.). Tik 2014 m. ekonomikai augant viešosios išlaidos sveikatai ėmė vėl didėti.

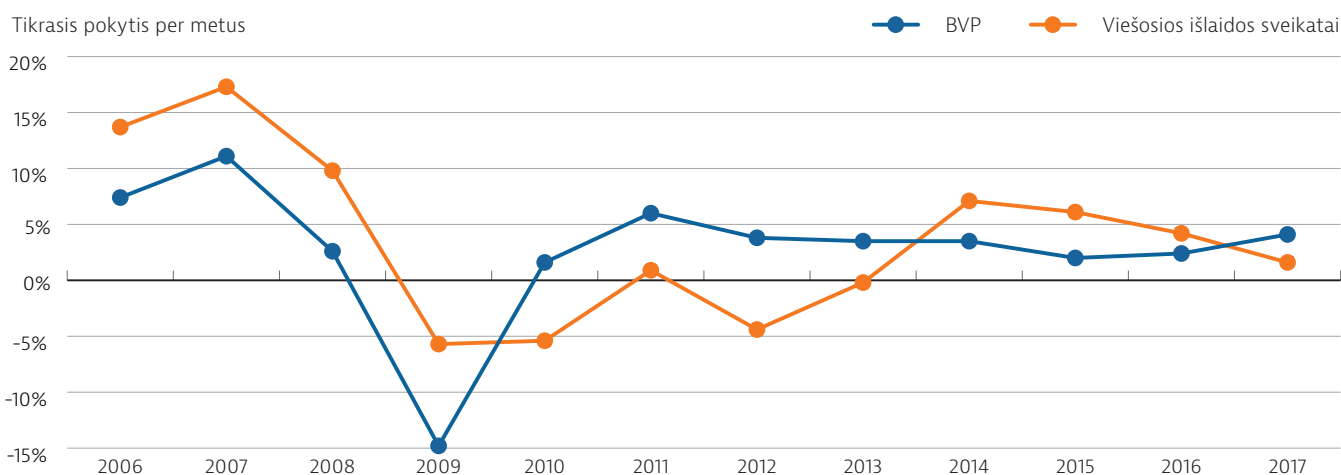
Apskritai Lietuvoje taikomos patikimos biudžeto valdymo procedūros. Pagal įstatymus VSDF privalo kasmet subalansuoti pajamas ir išlaidas. Per kiekvieną biudžeto ciklą jis suformuoja atidėjinius siekdamas koreguoti mokėjimus paslaugų teikėjams atsižvelgiant į iki metų pabaigos suteiktas paslaugas. VSDF taip pat skiria lėšų, kurias galima panaudoti, jeigu pritrūktų pajamų arba netikėtai padidėtų išlaidos. Jos atlieka rezervo vaidmenį finansų krizės atveju; jos taip pat kartais naudojamos didinant tarifus ir kompensuojant

sveikatos apsaugos ministerijos nustatytas sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų atlyginimų didinimo priemones (EBPO, 2018 m.).

Kaip pažymėta 4 skirsnyje, Lietuvoje sveikatai vienam gyventojui ir kaip BVP dalis išleidžiama daug mažiau nei daugumoje kitų ES šalių. Tokios mažos viešosios išlaidos sveikatai sietinos su palyginti mažu bendru Lietuvos biudžetu (viešosios išlaidos sudaro 35 proc. BVP), tačiau taip pat su palyginti nedidele sveikatai teikiama pirmenybe, nes šiam sektoriui skiriama tik 10 proc. visų viešųjų išlaidų, o ES – beveik 17 proc. (EBPO ir EK, 2018 m.).

Šiomis priežastimis iš dalies paaiškinama, kodėl viešųjų finansų tvarumo ekonominės projekcijos yra palankios Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai (žr. 3 intarpą). Tačiau norint pasiekti geresnių sveikatos priežiūros rezultatų reikėtų toliau investuoti ir vykdyti reformas, kaip Europos Sąjungos Taryba rekomendavo 2019 m. Europos semestre<sup>9</sup> (Europos Sąjungos Taryba, 2019 m.).

### 20 pav. Viešosios išlaidos sveikatai dėl ekonomikos krizės sumažėjo



Šaltinis: 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys; Eurostato duomenų bazė.

### Stengiantis pertvarkyti ligoninių sektorių galima pasiekti veiksmingesnį išteklių panaudojimą

Atsižvelgiant į Lietuvos išlaidų sveikatos priežiūrai lygį, ji iš kitų ES šalių išsiskiria dideliu sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamu mirtingumu (21 pav.).

Ligoninių sektorius dar nėra iš esmės reformuotas. 2015 m. buvo 79 valstybinės ligoninės ir, kaip pažymėta 4 skirsnyje, vis dar per daug naudojamosi stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugomis: lovų skaičius 1 000 gyventojų vis dar buvo daug didesnis nei ES vidurkis (22 pav.).

Nuo 2012 m., siekiant skatinti veiksmingesnį ligoninių išteklių naudojimą, diegiama skirstymu į pacientų grupes pagal diagnozę grindžiama mokėjimų sistema. Sistema vis dar tobulinama; rengiami nauji sąnaudų svertiniai rodikliai, kuriais siekiama užtikrinti, kad santykinės kainos labiau atitiktų vietinę paslaugų teikimo sąnaudų struktūrą. Įgyvendinant skirstymu į pacientų grupes pagal diagnozę grindžiamą mokėjimų sistemą pavyko padidinti su tam tikromis procedūromis susijusių dienos chirurgijos paslaugų dalį, nors rodikliai vis dar atsilieka nuo daugumos kitų ES šalių (23 pav.). 2016 m. 45 proc. kataraktos operacijų Lietuvoje buvo atliekama išrašant pacientą tą pačią dieną, nors prieš dešimt metų jos beveik nebuvo taip atliekamos.

8: Atsparumas – tai sveikatos priežiūros sistemų gebėjimas veiksmingai prisitaikyti prie kintančios aplinkos, staigių sukrėtimų ar krizių.

9: 2019 m. liepos mėn. Europos Sąjungos Taryba paskelbė Lietuvai skirtą rekomendaciją 2019 ir 2020 m. imtis veiksmų siekiant „gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įperkamumą ir sistemos efektyvumą“.

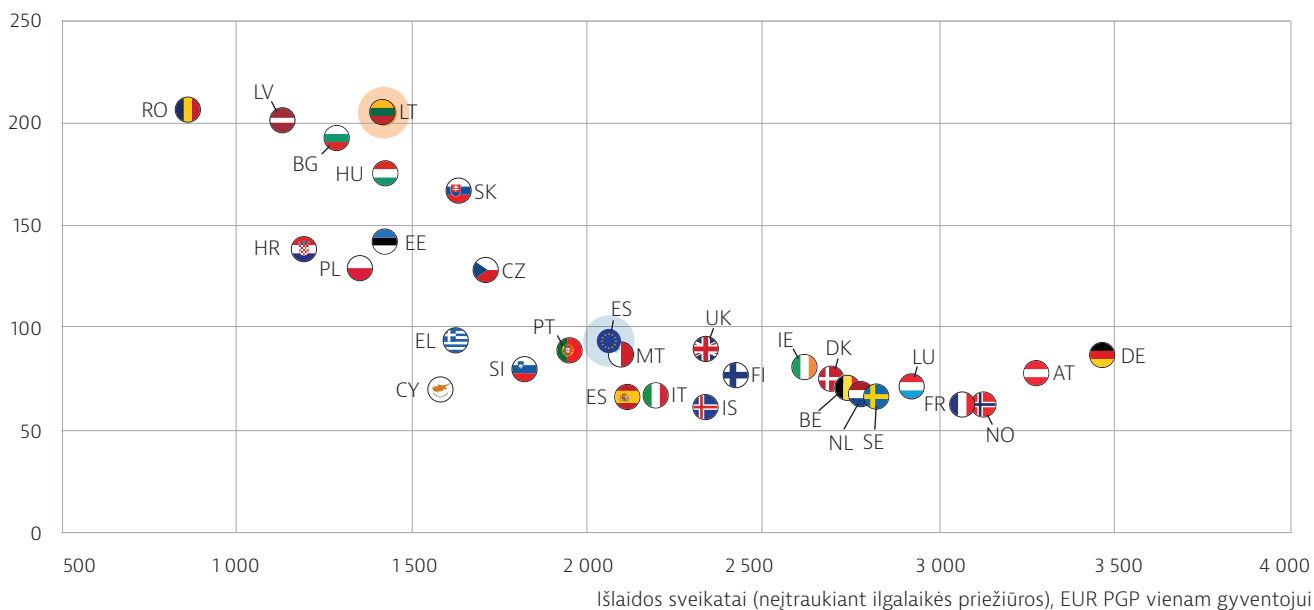
### 3 intarpas. Iš būsimo viešųjų išlaidų sveikatai ir ilgalaikiai priežiūrai augimo planų matyti, kad jos yra tvarios

Neprognozuojama, kad Lietuvos išlaidos sveikatai augs taip pat sparčiai, kaip kitose ES valstybėse narėse. Dėl demografinių pokyčių, numatytų 2016–2070 m. ES projekcijų baziniame scenarijuje, prognozuojama, kad viešosios išlaidos sveikatai padidės 0,4 procentinio punkto BVP, t. y. mažiau nei tikėtinas vidutinis augimas ES (0,9) 2016–2060 m. Atsižvelgiant į nedemografinių veiksnių poveikį būsiamam išlaidų augimui, tikimasi, kad išlaidos

sveikatos priežiūrai per tą patį laikotarpį padidės 1,2 procentinio punkto BVP, palyginti su 1,6 ES (Europos Komisija, EPK, 2018 m.). Taigi bendra padėtis tokia: vidutinės trukmės ir ilgalaikiam fiskaliniam tvarumui kylanti rizika yra nedidelė, nes numatomi išlaidų sveikatai lygiai išleka palyginti nedideli, turint omenyje tikėtiną BVP augimą ir fiskalinės padėties raidą (Europos Komisija, 2019 m.).

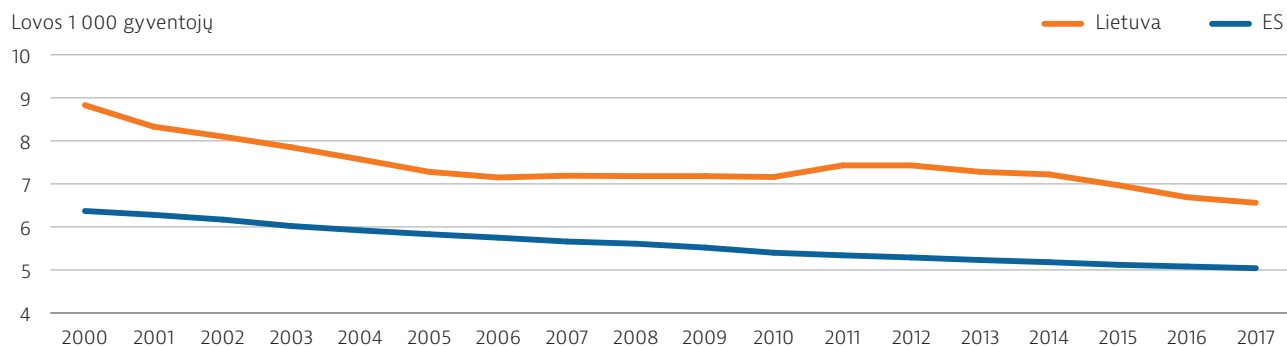
### 21 pav. Daugelyje šalių, kuriose išlaidos sveikatai yra panašios, pasiekama geresnių rezultatų

Sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas 100 000 gyventojų



Šaltinis: Eurostato duomenų bazė; 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys.

### 22 pav. Ligoninės lovų skaičius 1 000 gyventojų daug didesnis už ES vidurkį

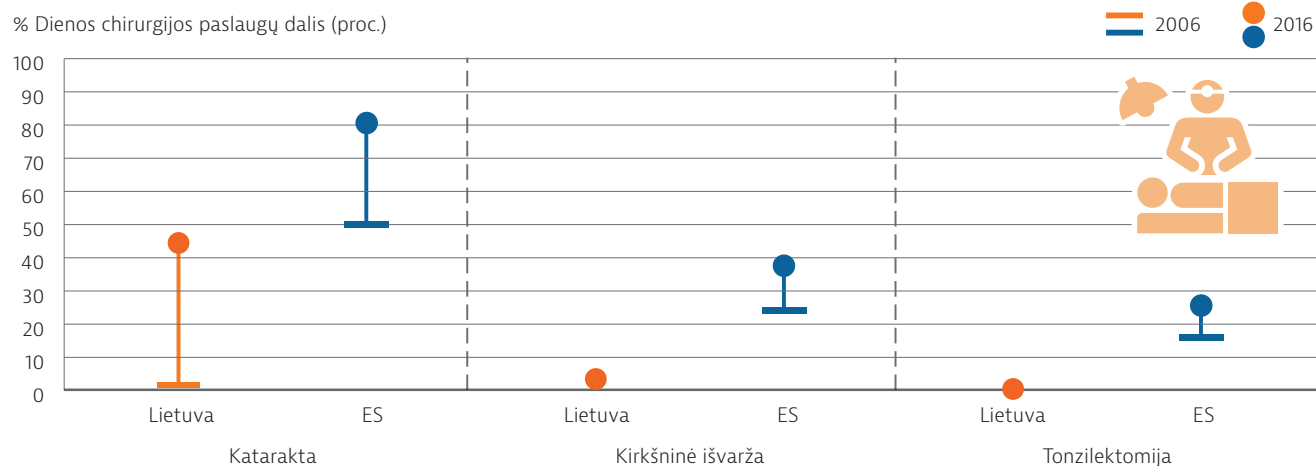


Šaltinis: Eurostato duomenų bazė.

Svarbu toliau stengtis konsoliduoti ligoninių paslaugas: daugelyje ligoninių Lietuvoje kai kuriose klinikinėse srityse daroma per mažai chirurginių procedūrų siekiant užtikrinti priimtino lygio priežiūros kokybę ir pacientų saugą. 2018 m. ligoninių sektoriaus restruktūrizavimas vėl įgijo pagreitį, bet netrukus buvo sustabdytas. Teisės akto pakeitimais buvo siekiama centralizuoti ligoninių valdymą ir atsakomybę nacionaliniu lygmeniu. Naujo teisės akto tikslas buvo sudaryti galimybę sveikatos apsaugos

ministerijai sukurti viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tinklą, organizuoti paslaugų teikimą nepaisant savivaldybių ribų ir leisti VSDF suskirstyti viešuosius paslaugų teikėjus, su kuriais sudaromos sutartys dėl paslaugų, pagal prioritetiškumą. Tačiau teisės aktas neįsigaliojo dėl prezidentės veto, pagrįsto tuo, kad pakeitimais buvo pažeistos galiojančios taisyklės dėl pacientų pasirinkimo ir konkurencijos (EBPO, 2018 m.).

### 23 pav. Dienos chirurgijos paslaugų rodiklius galima iš esmės padidinti



Šaltinis: 2018 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys: Eurostato duomenų bazė (2006 ir 2016 m. ar artimiausių metų duomenys).

### Sveikatos gerinimas Lietuvai yra politinis prioritetas

Pagrindiniuose Lietuvos strateginio planavimo dokumentuose sveikata nurodoma kaip svarbus tarpsektorinis prioritetas. Yra daug tarpusavyje susijusių strategijų ir atitinkamų veiksmų planų, kuriuose apibrėžiama su sveikata susijusi šalies strategija. „Sveikata visiems“ yra vienas iš trijų horizontaliųjų prioritetų, nustatytų šalies nacionalinėje pažangos strategijoje „Lietuva 2030“. Šio horizontaliojo prioriteto įgyvendinimas numatytas konkrečiame tarpsektoriniame veiksmų plane, kurį suderino sveikatos apsaugos ministerija ir kuriame dalyvauja dar devynios kitos ministerijos, atsakančios už savo veiksmų planų rengimą ir finansavimą. Kitą ministerijų strategijų ir planų rinkinį, be kita ko, sudaro veiksmai, susiję su narkotikų, alkoholio ir tabako kontrole ir prevencija (žr. 5.1 skirsnį).

Apskritai tuose dokumentuose pripažįstama, kad norint pagerinti sveikatą, reikia imtis veiksmų ne tik sveikatos priežiūros sektoriuje, bet taip pat, pavyzdžiui, švietimo srityje. 2016 m. priimta Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategija grindžiama ankstesniu planu (2014 m. Lietuvos sveikatos programa) ir gyvenimo ciklo modeliu, kurį taikant daugiausia dėmesio skiriama sveikatą lemiančių

veiksnių nustatymo ir nelygybės mažinimo svarbai. Tačiau tokio aukšto lygio politiniai išipareigojimai duos apčiuopiamų rezultatų tik jeigu taip pat bus įdiegtos patikimos stebėsenos procedūros.

### Valstybės kontrolei atlikus auditą patvirtinta, kad sveikatos politikos srityje susiduriama su sunkumais

2019 m. balandžio mėn. Valstybės kontrolė atliko VSDF veiklos 2010–2018 m. auditą (Valstybės kontrolė, 2019 m.). Atlikus vertinimą buvo nustatytos kelios problemos, pavyzdžiui, susijusios su pernelyg dideliu naudojimu stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugomis; todėl darytina išvada, kad teikiant ambulatorinės ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugas hospitalizavimo atvejų skaičius galėtų sumažėti 20 proc. Apskritai nustatyta, kad ir pačioje sveikatos priežiūros sistemoje trūksta mechanizmų, kuriais būtų galima užtikrinti optimalią paslaugų kokybę ir prieinamumą.

## 6 Pagrindinės išvados

- Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė yra viena trumpiausių ES. Nors nuo 2007 m. ji nuolat ilgėja, 2017 m. ji pasiekė vos 75,8 metų, t. y. ji daugiau nei penkeriais metais trumpesnė nei ES vidurkis. Be to, pastebimas didelis atotrūkis pagal lytį: moterys gyvena beveik dešimt metų ilgiau nei vyrai, pirmiausia dėl to, kad vyrams pasireiškia didesnis rizikos veiksnių poveikis. Apskritai dauguma gyventojų (ypač mažas pajamas turinčių asmenų) mano nesantys geros sveikatos būklės.
- Daugiau nei pusės visų mirčių Lietuvoje priežastimi galima laikyti elgsenos rizikos veiksnius, įskaitant su mityba susijusią riziką, rūkymą, alkoholio vartojimą ir mažą fizinį aktyvumą. Nepaisant to, kad įgyvendinant alkoholio kontrolės priemones kai kuriuos rodiklius pastaruoju metu pavyko pagerinti, alkoholio vartojimas vis dar yra didžiausias tarp ES šalių – 25 proc. didesnis už ES vidurkį. Problema dar opesnė dėl didelio rūkymo paplitimo, ypač tarp vyrų, ir nutukimo rodiklių. Pastaraisiais metais valdžios institucijos ėmėsi veiksnių siekdamas pažaboti nesveiką elgseną, be kita ko, pagal Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategiją. Kai kurios iš tų priemonių jau pradėjo duoti teigiamų rezultatų; tai patvirtina pastaruoju metu fiksuojamas alkoholio vartojimo sumažėjimas.
- Lietuva taip pat kovoja su tam tikrais konkrečiais sunkumais sveikatos srityje. Svarbi visuomenės sveikatos problema yra psichikos sveikata: šalyje užregistruotas didžiausias savižudybių skaičius visoje ES. Pastaraisiais metais dedama daug pastangų, siekiant pagerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, dėl kurių pavyko pradėti mažinti savižudybių skaičių. Kita visuomenės sveikatos problema – kai kurių infekcinių ligų, kaip antai tuberkuliozės ir tymų, paplitimo sustabdymas.
- Lietuva išleidžia sveikatai daug mažiau nei dauguma kitų ES šalių. 2017 m. išlaidos sveikatai sudarė 6,5 proc. BVP: tai penktas tarp žemiausių rodiklis visoje ES, gerokai mažesnis nei 9,8 proc. ES vidurkis. Be to, Lietuvoje valstybės lėšomis finansuojama vos du trečdaliai išlaidų sveikatai ir mokėjimai savo lėšomis sudaro daug didesnę dalį nei beveik visose kitose ES šalyse. Jeigu prevencijai ir sveikatos priežiūrai būtų skiriamas didesnis viešasis finansavimas, būtų galima pagerinti sveikatos priežiūros rezultatus ir sumažinti pacientams tenkančią finansinę naštą.
- Prieiga prie sveikatos priežiūros paslaugų apskritai gera, bet didelė kliūtis vis dar yra dideli mokėjimai už ambulatoriškai vartojamus vaistus savo lėšomis. Vaistai yra pagrindinė nepakeliamų išlaidų sveikatai priežastis, daranti nepagrįstai didelį poveikį mažas pajamas gaunantiems gyventojams. Tikimasi, kad neseniai pradėta paciento priemokų sistemos reforma padės sumažinti pacientų, patiriančių finansinių sunkumų išigyjant vaistų, skaičių. Toliau vykdant stebėseną ir vertinant įgyvendinamas priemones bei jų poveikį sveikatai bus galima planuoti tolesnius politikos veiksmus.
- Lietuva išsiskiria daug didesniu prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamu mirtingumu, palyginti su kitomis ES šalimis, net tomis, kuriose išlaidos sveikatai yra panašios. Ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros kokybės rodikliai taip pat nėra tokie geri, kaip daugumos kitų ES šalių. Iš tų rodiklių matyti, kad būtų galima iš esmės padidinti sistemos veiksmingumą. Norint pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir reagavimą, būtina toliau stengtis pereiti nuo stacionarinės prie pirminės sveikatos priežiūros. Nors sveikatos priežiūros kokybės stebėsenai ir analizei pastaraisiais metais skiriama daugiau dėmesio, Lietuvoje nėra pakankamai remiamas nuolatinis sveikatos priežiūros kokybės gerinimas visos sistemos lygmeniu.

# Pagrindiniai šaltiniai

L. Murauskienė, R. Janonienė, M. Veniūtė, E. van Ginneken, M. Karanikolos (2013 m.), „Lietuva. Sveikatos priežiūros sistemos apžvalga“. Health Systems in Transition, 15(2):1-150.

EBPO ir EK (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paryžius, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

## Nuorodos

Europos Sąjungos Taryba (2019), Tarybos rekomendacija dėl 2019 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos. <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10168-2019-INIT/lt/pdf>

Europos Komisija (ECFIN GD), EPK (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016–2070)*, institucijos dokumentas Nr. 079. 2018 m. gegužės mėn. Briuselis, [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf)

Europos Komisija (2019), *Fiscal Sustainability Report 2018*. Institucijos dokumentas Nr. 094. Briuselis, Europos Komisija. [https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/fiscal-sustainability-report-2018\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/fiscal-sustainability-report-2018_en)

Finansų ministerija (2019a), *2007–2013 m. ES struktūrinė parama*. Finansų ministerija, Vilnius.

Finansų ministerija (2019b), *2014–2020 m. ES fondų investicijos Lietuvoje*. Finansų ministerija, Vilnius.

Valstybės kontrolė (2017), *Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems su savižudybės rizika. Valstybinio audito ataskaitos santrauka* (Nr. VA-P-10-5-2). Valstybės kontrolė, Vilnius.

EBPO (2018), *OECD Reviews of health systems: Lithuania 2018*. OECD Publishing, Paryžius, <https://doi.org/10.1787/9789264300873-en>.

B. Rechel, E. Richardson, M. McKee (red.) (2018), *The Organization and Delivery of Vaccination Services in the European Union*. Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorija ir Europos Komisija, Briuselis.

Valstybės kontrolė (2019), *Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas, Nr. YD-4 (2019 m. balandžio 15 d.)*. Valstybės kontrolė, Vilnius.

PSO Europos regiono biuras (2018), *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Lithuania*. PSO Europos regiono biuras, Kopenhaga.

PSO Europos regiono biuras (2019), *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe*. PSO Europos regiono biuras, Kopenhaga.

## Šalių santrumpų sąrašas

Airija	IE	Estija	EE	Kipras	CY	Malta	MT	Slovakija	SK
Austrija	AT	Graikija	EL	Kroatija	HR	Norvegija	NO	Slovėnija	SI
Belgija	BE	Islandija	IS	Latvija	LV	Nyderlandai	NL	Suomija	FI
Bulgarija	BG	Ispanija	ES	Lenkija	PL	Portugalija	PT	Švedija	SE
Čekija	CZ	Italija	IT	Lietuva	LT	Prancūzija	FR	Vengrija	HU
Danija	DK	Jungtinė Karalystė	UK	Liuksemburgas	LU	Rumunija	RO	Vokietija	DE

# State of Health in the EU

## 2019 m. sveikatos būklės šalyse apžvalga

Sveikatos būklės šalyse apžvalgos – tai svarbus etapas Europos Komisijos vykdomame *State of Health in the EU* cikle, kuriame dalijamasi žiniomis; jos rengiamos pasinaudojant Europos Sąjungos skiriama finansine pagalba. Bendradarbiaudamos su Europos Komisija apžvalgas kartu rengia Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) ir Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorija.

Glaustos su politika susijusios apžvalgos grindžiamos skaidria ir nuoseklią metodika, kurioje naudojami ir kiekybiniai, ir kokybiniai duomenys; kita vertus, ji lanksčiai pritaikoma pagal kiekvienos ES ir EEE šalies aplinkybes. Tikslas – sukurti priemones mokytiis vieniems iš kitų ir savanoriškai keisti duomenimis, kuriuos gali naudoti ir politikai, ir politikos formuotojai.

Kiekvienos šalies apžvalgoje trumpai pristatoma:

- sveikatos būklė šalyje,
- sveikatą lemiantys veiksniai, ypatingą dėmesį skiriant elgsenos rizikos veiksniams,
- sveikatos priežiūros sistemos organizavimas,
- sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumas, prieinamumas ir atsparumas.

Papildydama pagrindines tokiose apžvalgose daromas išvadas Komisija rengia pridedamą ataskaitą.

Dėl išsamesnės informacijos žr. [ec.europa.eu/health/state](http://ec.europa.eu/health/state)

Darydami nuorodą į šį leidinį nurodykite jį taip: „OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Lithuania: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.“

ISBN 9789264515215 (PDF)

Serija: State of Health in the EU

SSN 25227041 (internete)