



State of Health in the EU

Lietuva

Šalies sveikatos profilis 2017

Šalių profilių serija

Šalies profilis – tai glausta su politika susijusi ES valstybių narių sveikatos ir sveikatos sistemų apžvalga, kuriame pabrėžiami konkretūs kiekvienai šaliai būdingi bruožai ir kylantys uždaviniai. Šiais dokumentais siekiama padėti valstybėms narėms formuoti savo įrodymais grindžiamą politiką.

Jie yra EBPO ir *European Observatory on Health Systems and Policies* bendro darbo rezultatas, pasiektas bendradarbiaujant su Europos Komisija. Darbo grupė dėkoja už valstybių narių ir platformos „Sveikatos sistemos ir politikos stebėsenos tinklas“ pateiktas vertingas pastabas ir pasiūlymus.

Turinys

1 • AKCENTAI	1
2 • SVEIKATOS BŪKLĖ LIETUVOJE	2
3 • RIZIKOS VEIKSNIAI	4
4 • SVEIKATOS SISTEMA	6
5 • SVEIKATOS SISTEMOS VEIKLOS REZULTATAI	9
5.1 Veiksmingumas	9
5.2 Pasiekiamumas	12
5.3 Atsparumas	14
6 • PAGRINDINĖS IŠVADOS	16

Duomenų ir informacijos šaltiniai

Šiuose šalių profiliuose pateikti duomenys ir informacija daugiausia pagrįsti Eurostatui ir EBPO pateiktais nacionaliniais oficialiais statistikos duomenimis, 2017 m. birželio mėn. patikrintais siekiant užtikrinti aukščiausius duomenų palyginamumo standartus.

Šaltinius ir metodus, kuriais šie duomenys paremti, galima rasti Eurostato duomenų bazėje ir EBPO sveikatos duomenų bazėje. Šiek tiek papildomų duomenų taip pat gauta iš Sveikatos parametru ir vertinimo instituto (angl. *Institute for Health Metrics and Evaluation* (toliau – IHME), Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro (ECDC), mokyklinio amžiaus vaikų sveikos gyvensenos tyrimų, Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir kitų nacionalinių šaltinių.

Jeigu nenurodyta kitaip, apskaičiuoti ES vidurkiai yra svertiniai 28 valstybių narių vidurkiai.

Norėdami atsisiųsti „Excel“ lenteles, kuriose pateiktos visos šio dokumento lentelės ir grafikai, savo interneto naršyklėje įrašykite šį „StatLinks“ adresą.

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623267>

Demografinės ir socialinės bei ekonominės sąlygos Lietuvoje 2015 m.

		Lietuva	ES
Demografiniai veiksniai	Gyventojų skaičius (tūkst.)	2 905	509 394
	Vyresnių nei 65 metų gyventojų dalis (%)	18,7	18,9
	Gimstamumo rodiklis ¹	1,7	1,6
Socialiniai ir ekonominiai veiksniai	BVP vienam gyventojui (EUR PGP ²)	21 600	28 900
	Santykinis skurdo lygis ³ (%)	14,4	10,8
	Nedarbo lygis (%)	9,1	9,4

1. Kiekvienai 15–49 metų moteriai tenkantis pagimdytų vaikų skaičius

2. Perkamosios galios paritetas (PGP) apibrėžiamas kaip skirtingų valiutų tarpusavio kursas, kuriuo, pašalinant šalių kainų dydžio skirtumus, išlyginama įvairių šalių perkamoji galia.

3. Asmenų, kurių pajamos mažesnės nei 50 proc. ekvivalentinių disponuojamųjų pajamų medianos, procentinė dalis.

Šaltinis – Eurostato duomenų bazė.

Atsakomybės ribojimo pareiškimas Šiame dokumente pareikšta nuomonė ir pateikti argumentai yra tik autorių nuomonė ir argumentai ir nebūtinai atitinka oficialų EBPO ar jos šalių narių, European Observatory on Health Systems and Policies ar bet kurio jos partnerio požiūrį. Šiame dokumente pareikštos nuomonės jokiais būdais negalima laikyti oficialia Europos Sąjungos nuomone. Šis dokumentas, taip pat visi jame pateikti duomenys ir žemėlapiai nedaro jokio poveikio kitos

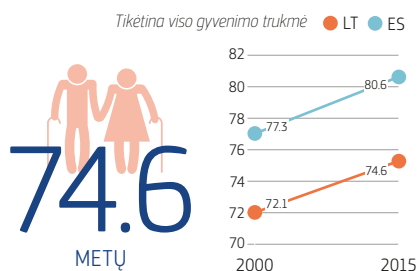
teritorijos statusui ar suverenitetui, tarptautinių sienų ar ribų nustatymui ir bet kurios teritorijos, miesto ar vietovės pavadinimui.

Papildomas PSO atsakomybės ribojimo pareiškimas pateiktas <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>.

1 Akcentai

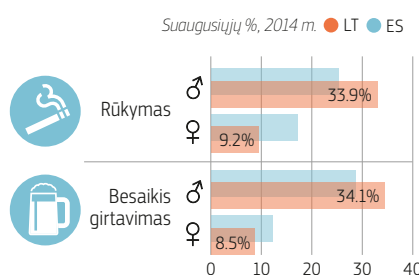
Nors per pastaruosius dešimt metų Lietuvos gyventojų sveikatos būklė pagerėjo, šioje srityje Lietuva dar gerokai atsilieka nuo daugumos ES šalių, o vyrų ir moterų sveikatos būklė labai skiriasi. Nuolat vykdoma reforma Lietuvos sveikatos sistema buvo keičiama, kad labiau atitiktų sveikatos priežiūros poreikius, o sveikatos paslaugos būtų teikiamos veiksmingiau.

Sveikatos būklė



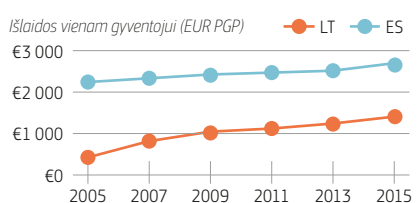
Nors Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė ilgėja (2015 m. ji buvo 74,6 metų), šis rodiklis šešeriais metais mažesnis už ES vidurkį (80,6) ir mažiausias ES. Be to, itin skiriasi vyrų ir moterų tikėtina gyvenimo trukmė – Lietuvoje vyrų tikėtina gyvenimo trukmė (69,2 metai) daugiau kaip dešimt metų trumpesnė už moterų (79,7 metai), ir tai didžiausias skirtumas ES.

Rizikos veiksniai



Vykdamt griežtesnę tabako kontrolės politiką, rūkančių suaugusiųjų skaičius Lietuvoje labai sumažėjo ir yra mažesnis už ES vidurkį (nuo 32 proc. 2000 m. iki 20 proc. 2014 m.), bet kasdien teberūko daugiau nei vienas iš trijų vyrų. Lietuvoje alkoholio vartojimo lygis didžiausias ES (50 proc. didesnis už ES vidurkį), o daugiau nei vienas iš trijų vyrų nurodo reguliariai vartojantis daug alkoholio. Nutukimo lygis palyginti nedidelis, bet didėja, ypač tai pasakytina apie paauglius.

Sveikatos priežiūros išlaidos

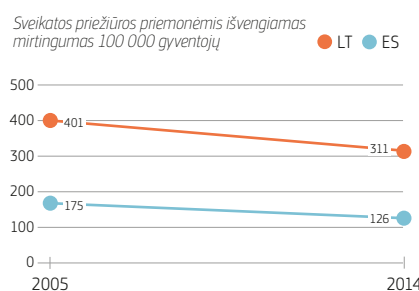


Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui (1 406 EUR) sudaro pusę ES vidurkio (2 797 EUR). Vertinant kaip BVP dalį, sveikatos priežiūros išlaidos padidėjo nuo 5,6 proc. 2005 m. iki 6,5 proc. 2015 m., bet šis rodiklis tebėra šeštas nuo galo ES. Apie 32 proc. sveikatos priežiūros išlaidų padengiamos mokėjimais savo lėšomis, palyginti su 15 proc. ES vidurkiu. Šį didelį rodiklį iš esmės lemia išlaidos vaistams.

Sveikatos sistemos veiklos rezultatai

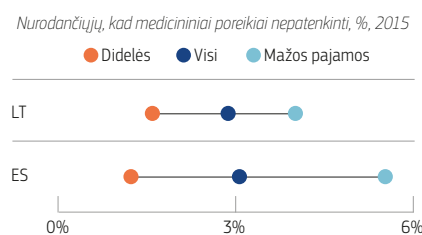
Veiksmingumas

Lietuvoje sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiama mirtingumo rodiklis vienas didžiausių ES, ir tai rodo, kad sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą galima gerokai padidinti.



Pasiekiamumas

Nors Lietuvoje nepatenkintų medicininių priežiūros poreikių lygis vidutinis, o skirtumas tarp pajamų grupių mažas, dėl įperkamo kyla sunkumų, ypač vyresniems ir neturtingesniems asmenims, nes tenka savo lėšomis už vaistus mokėti dideles sumas.



Atsparumas

Lietuva įgyvendino kelias reformas, kuriomis siekta padidinti veiksmingumą išplečiant pirminės sveikatos priežiūros vaidmenį ir ligoninių teikiamas paslaugas perkeliant į ambulatorinę aplinką. Bet ligoninių sektorius tebėra didžiulis, o vienas uždavinys – sumažinti didžiules išlaidas vaistams.



2 Sveikatos būklė Lietuvoje

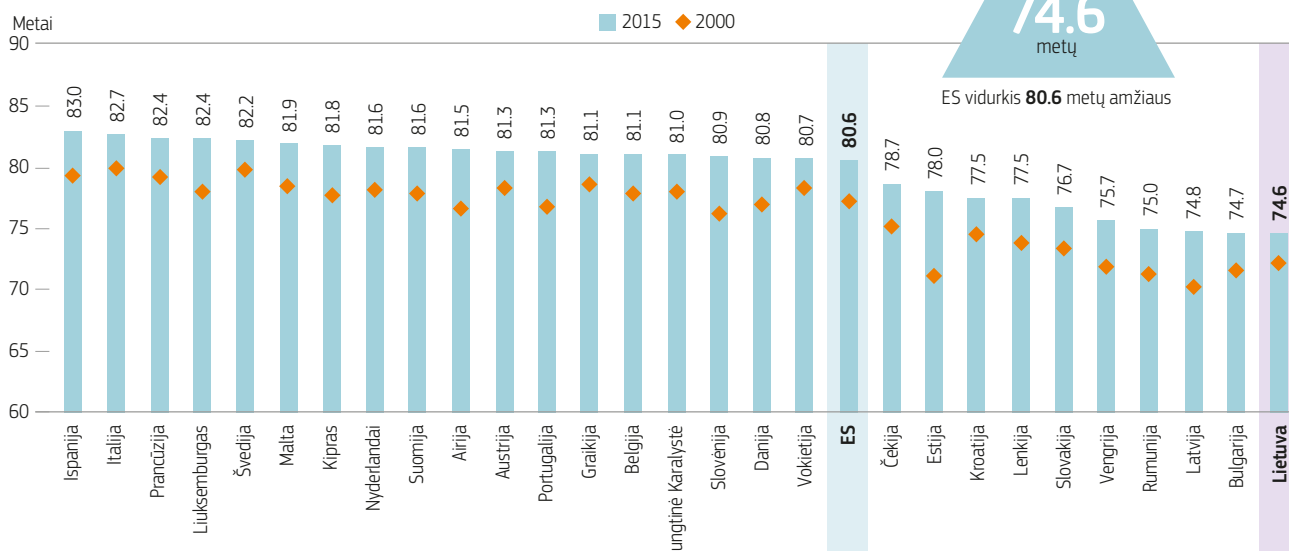
Tikėtina gyvenimo trukmė ilgėja, bet šešeriais metais atsiliekama nuo ES vidurkio

Po ilgo sąstingio ir net trumpėjimo laikotarpio Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė 2007 m. ėmė vėl ilgėti ir 2015 m. pasiekė 74,6 metus – tai beveik trejus metais daugiau nei 2000 m. (1 diagrama). Vis dėlto tikėtina gyvenimo trukmė šešeriais metais trumpesnė už ES vidurkį ir trumpiausia iš visų valstybių narių. Moterų tikėtina gyvenimo trukmė yra beveik 11 metų ilgesnė nei vyrų, ir tai didžiausias lyčių skirtumas ES.

Apie pusę tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimo Lietuvoje nuo 2000 m. lėmė sumažėjęs vyresnių nei 65 metų asmenų mirtingumas. Lietuvoje tokio amžiaus moterys 2015 m. galėjo tikėtis gyventi dar 19,2 metų (2000 m. tas rodiklis buvo 17,8 metų), o vyrai – dar 14,1 metų (2000 m. tas rodiklis buvo 13,6 metų). Tačiau, palyginti su dauguma kitų ES šalių, palyginti mažai metų po 65 gyvenama esant geros sveikatos. Sulaukus 65 metų, moterys be negalios dar gyvena penkerius su puse metų, vyrai – penkerius metus¹.

1. Šie dydžiai paremti rodikliu „sveiki gyvenimo metai“ – juo vertinama, kiek metų asmenys, būdami įvairaus amžiaus, gali tikėtis gyventi be negalios.

1 diagrama. Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė yra trumpiausia ES



Šaltinis – Eurostato duomenų bazė.

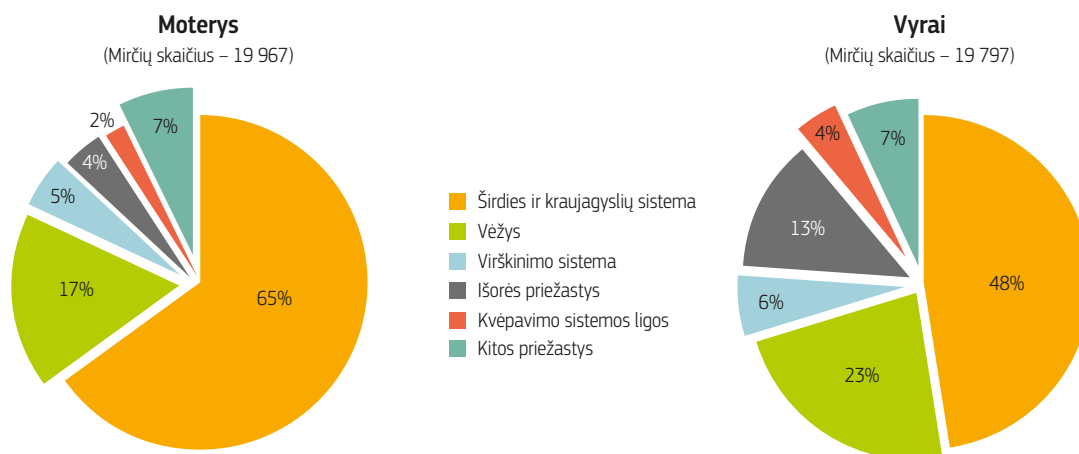
Širdies bei kraujagyslių ligos ir vėžys – dažniausios mirties priežastys

Lietuvoje širdies ir kraujagyslių ligos yra pagrindinė moterų ir vyrų mirties priežastis (2 diagrama). 2014 m. nuo širdies ir kraujagyslių ligų mirė apie 22 500 asmenų, tai sudaro 65 proc. moterų ir 48 proc. vyrų mirčių. Vėžys yra antra pagrindinė mirties priežastis – nuo jo miršta 8 000 asmenų, ir tai sudaro 17 proc. moterų ir 23 proc. vyrų mirčių. Išorės priežastys (visų pirma tai būdinga vyrams) ir virškinimo sistemos ligos yra trečia ir ketvirta mirčių Lietuvoje priežastys.

Tendencijas vertinant pagal konkretesnes mirties priežastis, Lietuvoje dvi dažniausios mirties priežastys tebėra išeminės širdies ligos ir insultas (3 diagrama), o mirtingumas atitinkamai keturiais ir dviem kartais viršija

ES vidurkį. Plaučių vėžys dabar trečia pagrindinė mirties priežastis, ir tai siejama su tuo, kad anksčiau buvo daug rūkančiųjų. Be to, Lietuvoje savižudybių skaičius didžiausias ES, o tai didžiuoju iššūkiu psichikos sveikatos priežiūrai (žr. 5.1 skirsnį). 2000–2014 m. pagrindinių mirties priežasčių sąrašą aukščiau pakilo kolorektalinis ir prostatos vėžys, taip pat kepenų vėžys. Daug pagrindinių mirties priežasčių, įskaitant širdies ir kraujagyslių ligas, kepenų ligas, netyčinį apsinuodijimą ir mirties eismo įvykiuose atvejus, siejamos su gausiu alkoholio vartojimu, bet neseniai Lietuva ėmėsi naujos alkoholio kontrolės politikos (žr. 5.1 skirsnį).

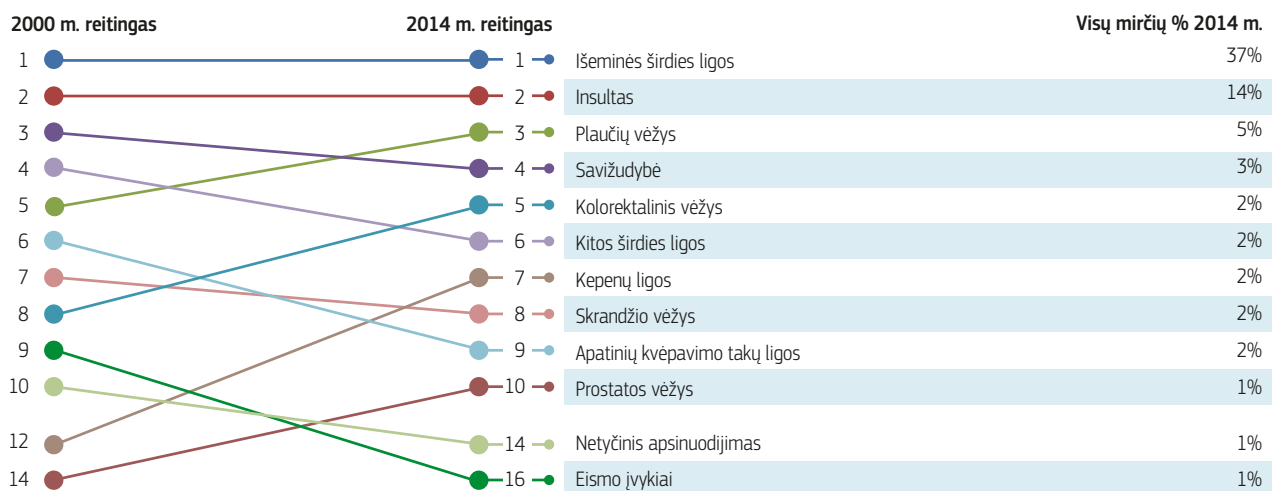
2 diagrama. Širdies bei kraujagyslių ligos ir vėžys yra pagrindinė mirčių Lietuvoje priežastis



Pastaba. Duomenys pateikti pagal Tarptautinės ligų klasifikacijos grupes. Demencija buvo įtraukta į nervų sistemos ligų skyrių kartu su Alzheimerio liga (tai pagrindinė demencijos forma).

Šaltinis – Eurostato duomenų bazė (2014 m. duomenys).

3 diagrama. Lietuvoje pagrindinės mirties priežastys yra širdies ligos ir insultas



Šaltinis – Eurostato duomenų bazė.

Psichikos sveikatos problemos ir kitos lėtinės ligos – pagrindinė prarastų dėl sveikatos sutrikimų gyvenimo metų priežastis

Lietuvoje be didelės ligų naštos, susijusios su širdies bei kraujagyslių ligomis ir plaučių vėžiu, pagrindinės priežastys, lemiančios tai, kad dėl sveikatos sutrikimų prarandami gyvenimo metai², yra raumenų bei kaulų sistemos problemos (įskaitant skausmą nugaros apatinėje dalyje ir kaklo skausmą) ir psichikos sveikatos problemos, įskaitant gilią depresiją (IHME, 2016 m.).

Remiantis Europos sveikatos tyrimo apklausos būdu duomenimis, Lietuvoje beveik trys iš dešimties asmenų kenčia nuo hipertenzijos.

2. Dėl sveikatos sutrikimų prarandami gyvenimo metai – rodiklis, pagal kurį apskaičiuojami visi metai, prarandami dėl konkrečių ligų ir rizikos veiksnių. Vieni dėl sveikatos sutrikimų prarandami gyvenimo metai prilygsta vieniems prarandamiems sveiko gyvenimo metams (IHME).

Hipertenzija linkę sirgti du kartus daugiau žemiausių išsilavinimą turinčių asmenų, palyginti su aukščiausių išsilavinimą turinčiais asmenimis³.

Lietuvai iššūkių kyla ir dėl tuberkuliozės

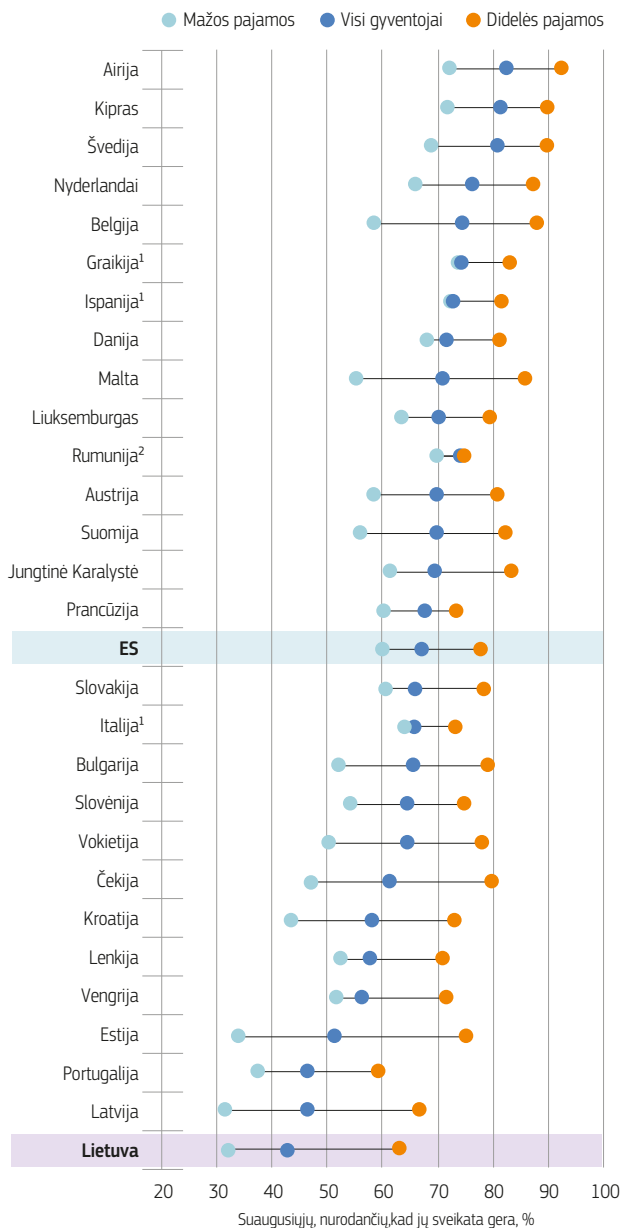
Lietuvoje tuberkuliozės atvejų labai sumažėjo (nuo 1 904 2011 m. iki 1 507 2015 m.), bet kaimyninėse šalyse, pavyzdžiui, Estijoje, sumažėjimas buvo gerokai didesnis. Lietuvos pranešamas tuberkuliozės atvejų (naujų ir atsinaujinusių) skaičius vis dar yra antras pagal dydį ES (po Rumunijos) – 2015 m. buvo 52 atvejai 100 000 gyventojų, o ES vidurkis yra 12 atvejų (ECDC, 2017 m.). Be to, problemų šalyje kyla ir dėl vaistams atsparios tuberkuliozės.

3. Išsilavinimo skirtumus iš dalies galima paaiškinti tuo, kad didesnė dalis vyresnių asmenų turi žemiausią išsilavinimą; tačiau vien tuo negalima paaiškinti visų socialinių ir ekonominių skirtumų.

Dauguma lietuvių nurodo esantys geros sveikatos, ir esama didelio skirtumo tarp pajamų grupių

Apskritai, Lietuvos gyventojų, nurodančių, kad jų sveikata gera, dalis yra mažiausia ES (43 proc. 2015 m.) ir gerokai mažesnė už ES vidurkį (67 proc.) (4 diagrama). Kaip ir keliose kaimyninėse šalyse, Lietuvoje asmenys savo sveikatą vertina skirtingai ir tai labai priklauso nuo jų socialinės ir ekonominės padėties – tik 32 proc. į mažiausių pajamų kvintilį patenkančių asmenų nurodo esantys geros sveikatos, palyginti su 63 proc. asmenų, patenkančių į didžiausių pajamų kvintilį.

4 diagrama. Lietuvoje tik 43 proc. asmenų nurodo esantys geros sveikatos, o tarp pajamų grupių esama didelių skirtumų



1. Bendro gyventojų skaičiaus dalis ir mažas pajamas gaunančių gyventojų dalis iš esmės nesiskiria.

2. Bendro gyventojų skaičiaus dalis ir didelės pajamas gaunančių gyventojų dalis iš esmės nesiskiria.

Šaltinis – Eurostato statistikos duomenų bazė; remtasi ES statistika apie pajamas ir gyvenimo sąlygas (ES SPGS) (2015 m. duomenys).

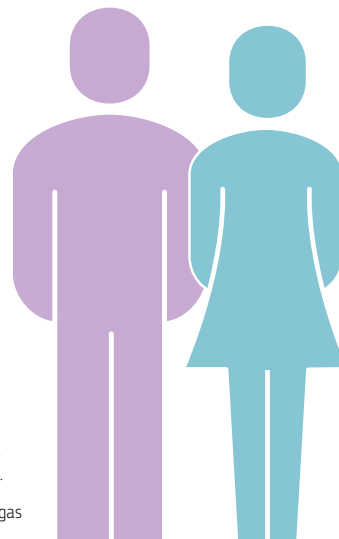
3 Rizikos veiksniai

Lietuvoje su elgsena susijusios rizikos veiksniai yra svarbūs sveikatos determinantai

Lietuvos gyventojų sveikatos būklė ir sveikatos netolygumai siejami su keletu sveikatos determinantų, įskaitant darbo sąlygas, fizinę aplinką, kurioje žmonės gyvena, ir įvairius su elgsena susijusius rizikos veiksnius. Remiantis IHME skaičiavimais, Lietuvoje 2015 m. beveik 40 proc. visos ligų naštos (vertinant pagal dėl sveikatos sutrikimų prarastus gyvenimo metus) galėtų būti priskirta su elgsena susijusios rizikos veiksniams – tai būtų rūkymas, alkoholio vartojimas, mityba ir fizinis neaktyvumas (IHME, 2016 m.).

Nors rūkančiųjų skaičius sumažėjo, tiek rūkymas, tiek nesaikingas alkoholio vartojimas tebėra problema

Igyvendinus griežtesnę tabako kontrolės politiką, Lietuvoje rūkančių suaugusiųjų skaičius nuo 2000 m. sumažėjo (nuo 32 proc. iki 20 proc. 2014 m.), ir dabar yra šiek tiek mažesnis už ES vidurkį (5 diagrama). Tačiau rūkančių vyrų (34 proc.) ir 15 metų berniukų (20 proc.) skaičius daug didesnis už ES vidurkį (atitinkamai 26 ir 14 proc.). Tai matyti ir iš to, kad vyrų mirtingumas nuo plaučių vėžio daug didesnis nei moterų.



Bendras alkoholio suvartojimas Lietuvoje didžiausias ES – 2014 m. suaugusieji suvartojo 15,2 l vienam gyventojui, ir šis rodiklis išaugo nuo 9,9 l 2000 m. Didžiulis uždavinys yra sumažinti vyrų ir paauglių (berniukų ir mergaičių) besaikį girtavimą⁴. 2013-2014 m. 41 proc. penkiolikmečių berniukų ir 33 proc. mergaičių nurodė bent du kartus per savo gyvenimą buvę girti, o tai didžiausias ES berniukų ir vienas didžiausių mergaičių rodiklių. Lietuvoje daugiau kaip trečdalis (34 proc.) vyrų nuolat be saiko girtauja, ir tai gerokai daugiau nei ES vyrų vidurkis (28 proc.).

Susirūpinimą kelia nutukusių paauglių daugejimas

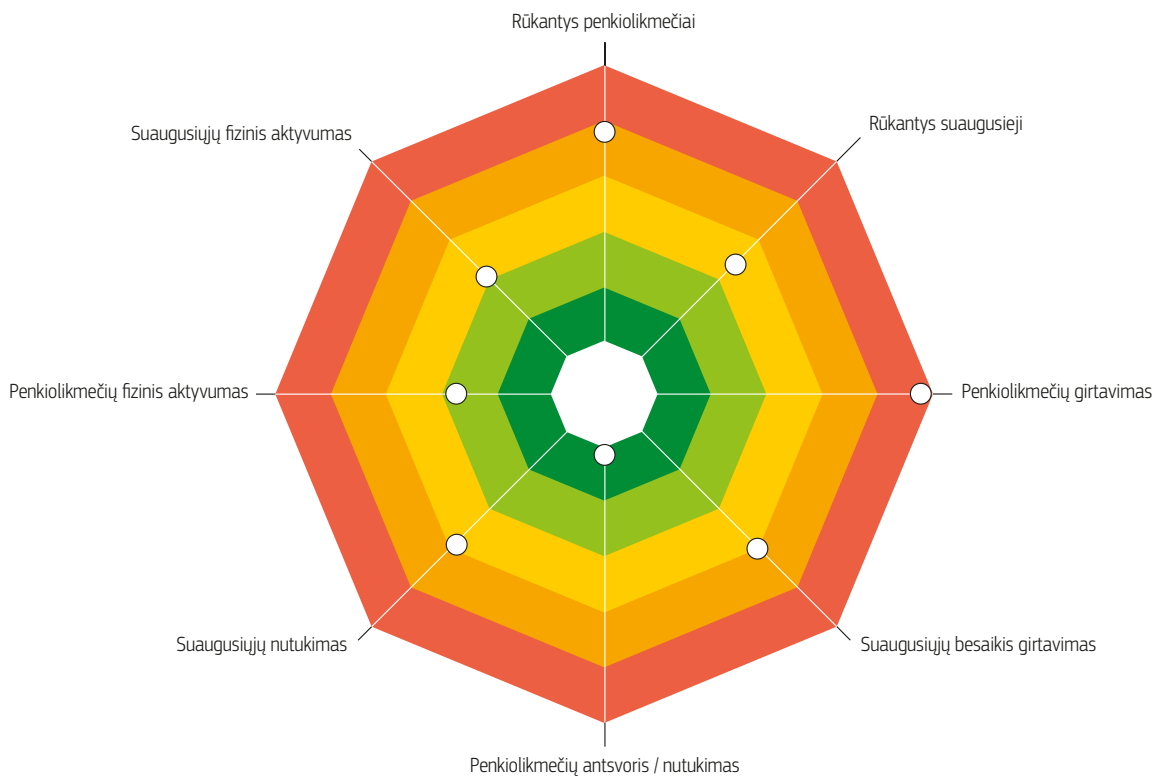
Remiantis apklausų duomenimis (jie paprastai rodo mažesnę paplitimą negu iš tikrųjų), Lietuvoje beveik daugiau nei vienas iš šešių suaugusiųjų (17 proc.) dabar yra nutukę, ir tai šiek tiek daugiau nei ES vidurkis (16 proc.). Nors pagal penkiolikmečių antsvorį ir nutukimą Lietuvos rodiklis yra antras pagal mažumą ES, nuo 2001-2002 m. iki 2013-2014 m. šis rodiklis išaugo daugiau nei tris kartus (nuo 4 iki 13 proc.). Ši

tendencija itin kelia susirūpinimą, nes labai tikėtina, kad antsvorio turintis ar nutukęs vaikas arba paauglys taps antsvorio turinčiu arba nutukusiu suaugusiuoju.

Daug su elgsena siejamos rizikos veiksnių labiau būdingi nepalankioje padėtyje esantiems gyventojams

Panašiai, kaip ir kitose ES šalyse, su elgsena susijusios rizikos veiksniai labiau būdingi žemo išsilavinimo arba mažų pajamų grupei. Lietuvoje nutukimo rodikliai 50 proc. didesni gyventojų, kurių išsilavinimas žemiausias, palyginti su gyventojais, kurių išsilavinimas aukščiausias⁵. Didžiausi rūkymo rodikliai taip pat labiau būdingi žemiausią išsilavinimą turintiems lietuviams. Reguliarus didelis girtavimas labiau būdingas žemiausią išsilavinimą turintiems asmenims, visų pirma vyrams. Tai, kad rizikos veiksniai labiau būdingi nepalankioje padėtyje esantiems grupėms, labai didina sveikatos netolygumus.

5 diagrama. Rūkymas ir alkoholio vartojimas Lietuvoje kelia didesnių problemų nei daugelyje kitų ES šalių



4. Besaikis girtavimas – šeši ar daugiau alkoholinių gerimų viena proga bent kartą per mėnesį per pastaruosius metus.

5. Žemesnis išsilavinimo lygis reiškia tai, kad asmenys yra įgiję žemesnį nei pradinis, pradinį arba pagrindinį išsilavinimą (ISCED 0-2 lygmenys), o aukštasis išsilavinimas reiškia, kad asmenys yra įgiję tretinį išsilavinimą (ISCED 5-8 lygmenys).

Pastaba. Kuo taškas arčiau centro, tuo geresni šalies rezultatai, palyginti su kitomis ES šalimis. Nė viena šalis nepatenka į baltąją „tikslinę zoną“, taigi visose šalyse visose srityse dar galima pažanga.

Šaltinis – EBPO skaičiavimai, paremti Eurostato duomenų baze (Europos sveikatos tyrimo apklausos būdu duomenimis, surinktais 2014 arba panašiais metais), EBPO sveikatos statistika ir 2013-2014 m. mokyklinio amžiaus vaikų sveikos gyvensenos tyrimais. (Diagramą parengė „Laboratorio MeS“).

4 Sveikatos sistema

Lietuvoje nustatytas vieno mokėtojo modelio privalomasis sveikatos draudimas

Sveikatos sistema iš esmės finansuojama Valstybinės ligonių kasos, aprėpiančios visus nuolatinius gyventojus privalomojo sveikatos draudimo (PSD) lėšomis. Schema yra pagrįsta privalomomis ir daugiausia darbo santykiais grindžiamomis įmokomis ir turėtų būti taikoma visiems gyventojams. Valstybinė ligonių kasa savo įmokų mokėtojų vardu per penkias teritorines kasas perka sveikatos priežiūros paslaugas. Pagrindinė veikėja reguliuojant sveikatos sistemą yra Sveikatos apsaugos ministerija; ji rengia sveikatos politiką, nustato standartus ir reikalavimus, išduoda licencijas paslaugų teikėjams bei sveikatos priežiūros specialistams ir tvirtina ilgalaikes investicijas. Ministerija taip pat valdo Valstybinę ligonių kasą, nes ši pavaldi ministerijai. Už pirminės sveikatos ir socialinės priežiūros, taip pat tam tikros visuomenės sveikatos veiklos organizavimą atsakingos savivaldybės. Savivaldybėms taip pat priklauso kai kurie pirminės sveikatos priežiūros centrai, dauguma poliklinikų ir mažos arba vidutinio dydžio ligoninės. Privatusis sektorius stacionarinės priežiūros paslaugų teikia nedaug, bet kitose srityse – pirminės sveikatos priežiūros ir odontologijos – šiam sektoriui tenka svarbus vaidmuo. Pastarąjį dešimtmetį Valstybinė ligonių kasa vis daugiau paslaugų, susijusių su ambulatoriniais pacientams teikiama specializuotomis paslaugomis, pirkė iš privačių paslaugų teikėjų.

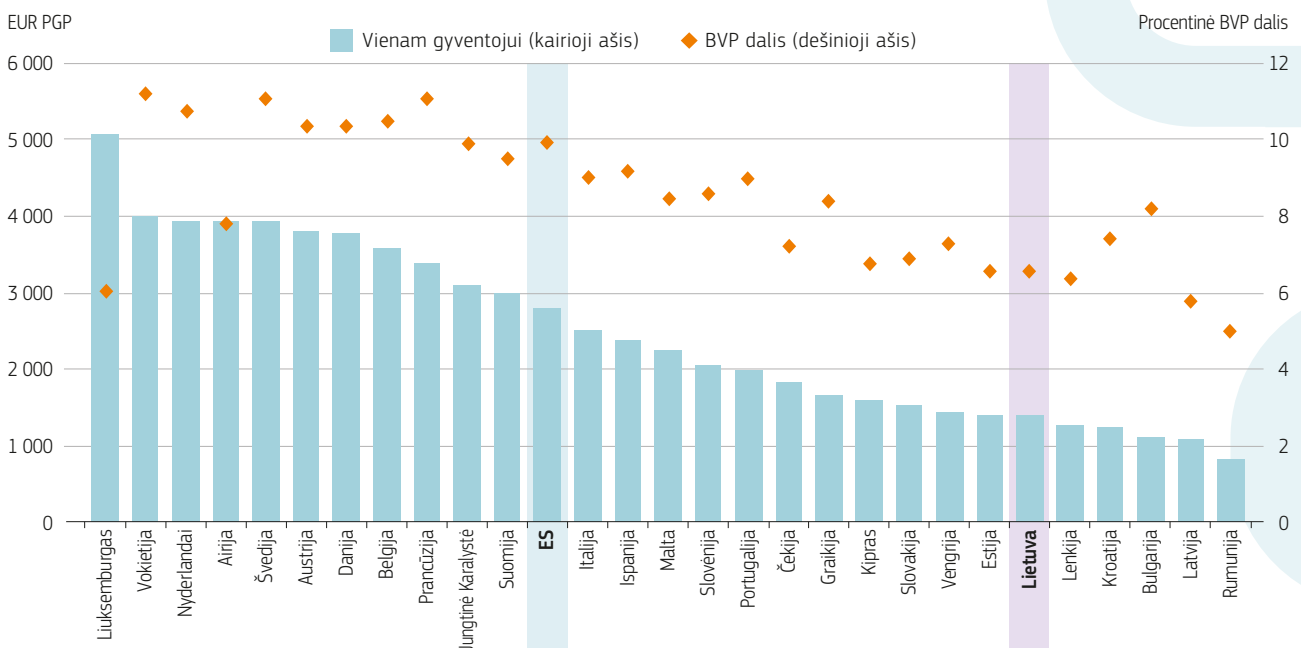
Nors išlaidos nedidelės, aprėptis plati, išskyrus vaistus

Vertinant kaip procentinę BVP dalį, bendros sveikatos priežiūros išlaidos padidėjo nuo 5,6 proc. 2005 m. iki 6,5 proc. 2015 m., bet šis rodiklis tebėra šeštas nuo galo ES. Bendros sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui tesiekia pusę ES vidurkio (6 diagrama). Trečdalis sveikatos priežiūros išlaidų finansuojama iš privačių šaltinių, daugiausia mokėjimais savo lėšomis. Nors dauguma viešųjų sveikatos priežiūros išlaidų finansuojamos PSD, nemaža dalis (2015 m. – 30 proc.) PSD pajamų yra iš valstybės biudžeto (Valstybinė ligonių kasa, 2017 m.), jomis finansuojamas nedirbančių gyventojų sveikatos draudimas (žr. 5.2 skirsnį). Valstybės pervedamoms vienam asmeniui tenkančioms lėšoms vis didėjant, užtikrinama tam tikro laipsnio apsauga nuo ekonominių svyravimų PSD biudžete (žr. 5.3 skirsnį).

Didelės pacientų lėšomis dengiamos išlaidos paaiškinamos tuo, kad tenka mokėti už vaistus

PSD apima labai plačiai apibrėžtą paslaugų paketą. Išlaidos vaistams sudaro didžiausią mokėjimų savo lėšomis dalį, nes pacientai ir už receptinius, ir už nereceptinius ambulatoriškai vartojamus vaistus moka visą kainą, jeigu nepriklauso grupėms, kurioms taikomos išimties ir kurios

6 diagrama. Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui sudaro tik pusę ES vidurkio



Šaltinis – EBPO 2017 m. sveikatos statistika; Eurostato duomenų bazė, PSO Visuotinių sveikatos išlaidų duomenų bazė (2015 m. duomenys).

atitinka reikalavimus, kad būtų kompensuojama visa kaina arba jos dalis (pvz., vaikai, pagyvenę asmenys, registruoti neįgalieji ir tam tikromis ligomis, įskaitant tuberkuliozę, vėžį ir tam tikras lėtines ligas, sergantys pacientai). Bet net jeigu PSD vaistų kainą kompensuoja 100 proc., iš esmės visi pacientai turi sumokėti dalį ambulatoriškai vartojamų vaistų kainos, jeigu rinkos kaina yra didesnė nei kompensuojama referencinė kaina. Mokėjimais savo lėšomis taip pat tiesiogiai mokama už paslaugas, kurių PSD neapmoka, ir už vizitus pas specialistus, kai neturima siuntimo. Esama įrodymų, kad už sveikatos priežiūrą mokama neoficialiai, bet stengiamasi šią praktiką šalinti. Privataus sveikatos draudimo vaidmuo menkas.

Paslaugų teikėjams mokama įvairiais būdais

Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams mokama įvairiais būdais. Pirminė sveikatos priežiūra daugiausia finansuojama pagal prisirašiusių skaičių, taikant su amžiumi ir kaimo vietovėmis susijusi koeficientą, taip pat, mažesne dalimi, finansuojama mokesčio už paslaugas principu su veiklos rezultatais susijusiais mokėjimais, skiriamais konkrečioms prioritetinėms sveikatos priežiūros sritims, visų pirma – lėtinių ligų. Ambulatorinė priežiūra finansuojama mokėjimais už kiekvieną atvejį ir mokesčiais už diagnostinius tyrimus, o stacionarinė priežiūra daugiausia finansuojama taikant giminingų diagnozių grupių (DRG) metodą.

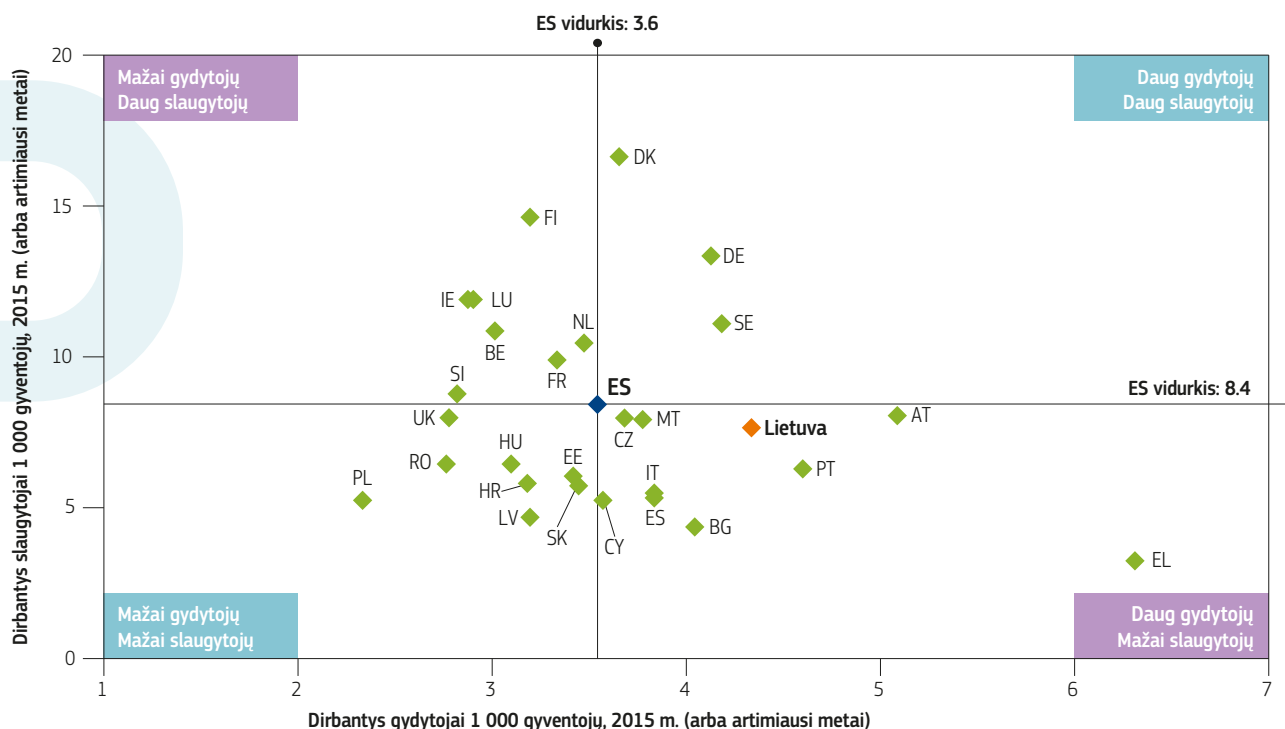
Infrastruktūra pagerinta, bet ligoninių lovų tebėra per daug

Kalbant apie fizinius išteklius, apskritai yra per daug ligoninių ir ligoninių lovų. Bendras ligoninių skaičius sumažėjo tik nežymiai, o stacionaro lovų skaičius antras pagal dydį ES (608, palyginti su 418 atitinkamai 100 000 gyventojų), nors jau seniai labai stengiamasi pasiekti, kad būtų teikiama mažiau stacionarinių paslaugų (žr. 5.3 skirsnį). Per pastaruosius 15 metų dauguma sveikatos priežiūros patalpų buvo renovuota. Yra keli ilgalaikių investicijų kanalai: vyriausybės finansuojama valstybės investicijų programa, Valstybinės ligonių kasos finansuojama paslaugų restruktūrizavimo programa, o nuo 2004 m. ir ES struktūriniai fondai.

Gydytojų daug, bet sunku išsaugoti darbo jėgą

Lietuvoje gydytojų skaičius gerokai didesnis (4,3 gydytojai 1 000 gyventojų) už ES vidurkį (3,6), o slaugytojų skaičius (7,7) šiek tiek mažesnis, palyginti su ES vidurkiu (8,4). 2004 m. Lietuvai įstojus į ES, daug jos, kaip ir kaimyninių šalių, medicinos darbuotojų išvyko. Vis dėlto Lietuvai iki šiol pavyko išlaikyti didelį gydytojų skaičių (7 diagrama), visų pirma didinant absolventų skaičių. Didžiausi iššūkiai šioje srityje – nevienodas gydytojų pasiskirstymas šalyje (bendrosios praktikos gydytojų gerokai mažiau kaimo vietovėse), sveikatos srities darbuotojų senėjimas, jų emigracija.

7 diagrama. Lietuvoje daug gydytojų, bet slaugytojų skaičius beveik atitinka ES vidurkį



Pastaba. Portugalijos ir Graikijos duomenys apima visus licenciją dirbti turinčius gydytojus, todėl nurodytas gerokai per didelis dirbančių gydytojų skaičius (pvz. Portugalijoje apie 30 proc.). Austrijos ir Graikijos slaugytojų skaičius nurodytas per mažas, nes įtraukti tik ligoninėse dirbantys slaugytojai.

Šaltinis – Eurostato duomenų bazė.

Dar per daug naudojamosi stacionaria sveikatos priežiūra

Pirminė sveikatos priežiūra gali būti teikiama savivaldybės administruojamose arba privačiose įstaigose, ją gali teikti bendrosios praktikos gydytojai arba pirminės sveikatos priežiūros grupės, į kurias įtraukta daugiau specialistų – pavyzdžiui, pediatrai ir ginekologai. Pirminės sveikatos priežiūros teikėjams tenka „vartininkų“ funkcija. Stiprinti pirminės sveikatos priežiūros funkciją, visų pirma ligų prevencijos, stengiamasi daugiau kaip dešimtmetį, o skatinamos pagrindinių lėtinių ligų prevencijos ir gydymo paslaugos ir programos buvo nuolat plečiamos.

Specialistų teikiamą ambulatorinę sveikatos priežiūrą galima gauti ligoninių ambulatoriniuose skyriuose arba poliklinikose, ją taip pat teikia privatus paslaugų teikėjai. Kad pacientai galėtų gauti nemokamas specialistų paslaugas, turi turėti siuntimą. Tačiau už paslaugas susimokėjus savo lėšomis pas specialistą galima patekti tiesiogiai. Dienos stacionaras, dienos chirurgijos paslaugos ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugos per pastarąjį dešimtmetį gerokai išplėtos, bet vis tiek dar labai kliaunamosi stacionaraus gydymo sektoriumi. Hospitalizavimo rodikliai tebėra dideli ir nemažėja – 24 atvejai 100 gyventojų, nors ES vidurkis yra 17. Esminė sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reforma ir sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas pradėti 2003 m., turint platų siekį didinti paslaugų veiksmingumą ir kokybę. 2013 m. reforma buvo išplėsta ir yra tebevykdoma, nes keli pagrindiniai tikslai dar nepasiekti (žr. 1 langelį).

1 LANGELIS. PASLAUGŲ TEIKIMO REFORMOS LIETUVOJE APIMA LIGONINIŲ SEKTORIAUS KONSOLIDAVIMĄ IR AMBULATORINIŲ PASLAUGŲ PLATINIMĄ

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reforma ir ligoninių tinklo konsolidavimas pradėti 2003 m., nustačius platų tikslą optimizuoti sveikatos priežiūros paslaugas, restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigas ir, galiausiai, pagerinti sveikatos priežiūros kokybę, pasiekiamumą ir gyventojų sveikatą. Pradėjus vykdyti reformą buvo plėčiamos ambulatorinės paslaugos, įskaitant pirminę sveikatos priežiūrą ir šeimos mediciną, nustatyta siuntimų išdavimo tvarka, taip pat sukurta alternatyvių gydymo galimybių (įsteigti dienos stacionarai, dienos chirurgijos centrai) ir sustiprintos slaugos, ilgalaikio ir paliatyviojo gydymo paslaugos. Vėliau stengtasi mažinti pernelyg didelį priklausymą nuo stacionaraus gydymo sektoriaus ir optimizuoti ligonines bei specialistų teikiamas paslaugas. Procesas vėlavo, palyginti su pirminiu planu, nors pažangos padaryta ir įgyvendinimas tęsiamas.

Dabartiniame etape siekiama toliau konsoliduoti sveikatos priežiūros įstaigas ir paslaugas. Iš esmės tai ankstesnių etapų tęsa, nes tam tikrų rezultatų (vienas iš jų – sumažinti didelį hospitalizavimo rodiklį) nepasiekta. Tačiau keli kiti rodikliai labai pagerinti, visų pirma tai pasakytina apie pirminę sveikatos priežiūrą ir dienos stacionarus: Nuo 2001 m. iki 2015 m. bendrosios praktikos gydytojų skaičius padidėjo tris kartus, o dienos stacionarui dabar tenka beveik 10 proc. visų hospitalizavimo atvejų. Be to, ligoninėse sumažėjo stacionaro lovų skaičius, gerokai sumažėjo ligoninių skaičius, to iš esmės pasiekta specializuotas įstaigas sujungus su daugiaproflinėmis ligoninėmis (Higienos institutas, 2017 m.).



5 Sveikatos sistemos veiklos rezultatai

5.1 VEIKSMINGUMAS

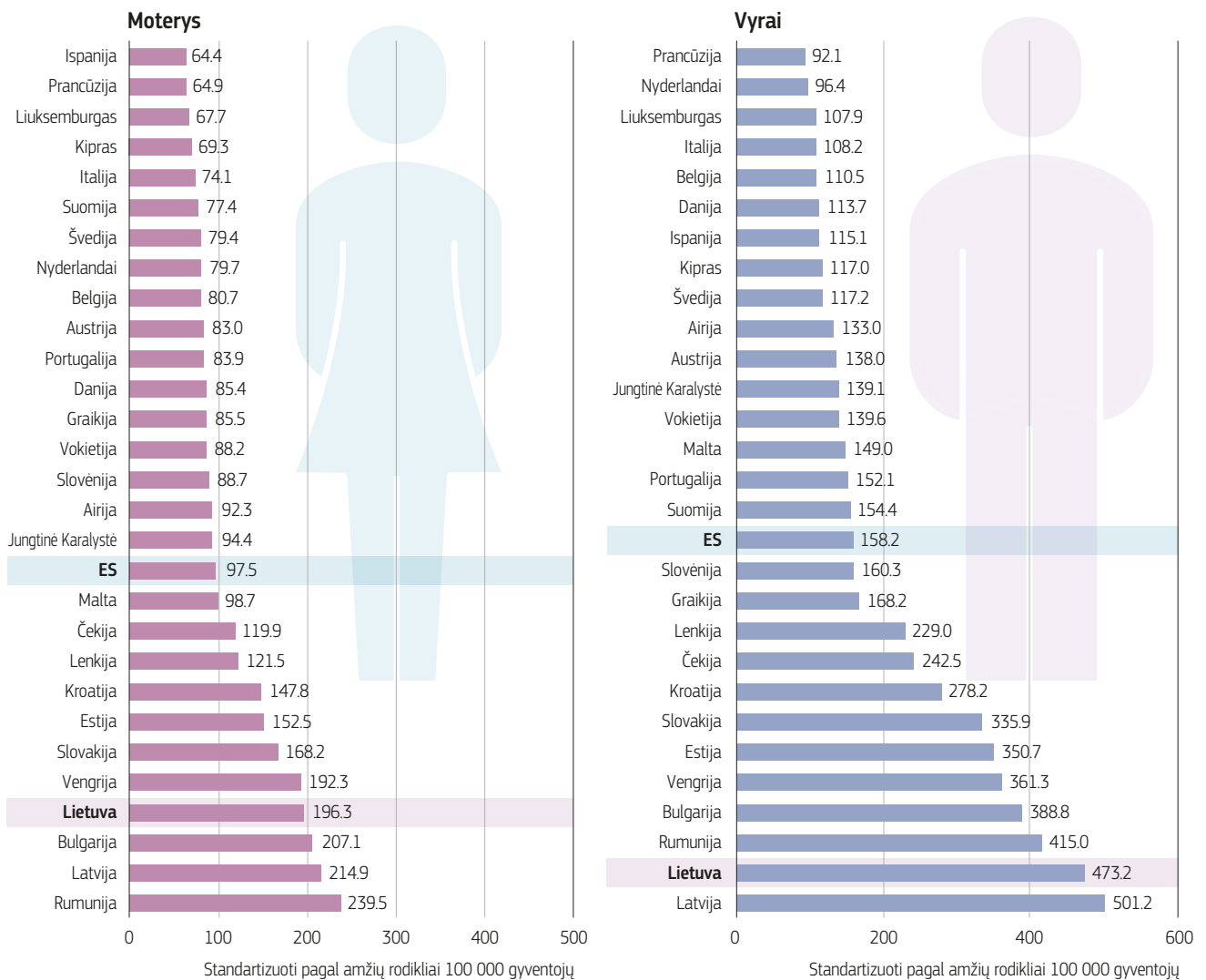
Galima padidinti gydymo ligoninėje veiksmingumą

Lietuvoje aukštus sveikatos priežiūros priemonėmis (laiku atliekamomis ir veiksmingomis sveikatos priežiūros intervencijomis) išvengiamo mirtingumo rodiklius (8 diagrama) labiausiai nulemia tai, kad labai daug asmenų miršta nuo išeminės širdies ligos ir insulto. Lietuvoje kol kas didžiausias mirtingumas nuo išeminės širdies ligos – šis rodiklis daugiau kaip keturis kartus didesnis už ES vidurkį.

Aiškinant tokius aukštus mirtingumo rodiklius, nesveikos gyvensenos ir kitų su medicina nesusijusių sveikatos veiksnių poveikį sunku atskirti nuo

teikiamos sveikatos priežiūros kokybės, bet sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas galėtų būti didesnis gydant širdies ir kraujagyslių ligas, taip pat kitas pavojų gyvybei keliančias ligas. Lietuva yra viena iš šalių, kuriose mirtingumo per trisdešimt dienų nuo hospitalizavimo dėl širdies smūgio ar insulto rodikliai yra didžiausi. Vertinant pagal širdies smūgio (miokardo infarkto) atvejus ir lyginant su visomis valstybėmis narėmis, Lietuvoje šis rodiklis antras pagal dydį (11,8 atvejo 100 pacientų, palyginti su vidutiniškai 7,4 ES), tas pat pasakytina ir apie insulto atvejus. Viena iš naujausių reformų, kuriomis siekiama didinti ligoninių teikiamų paslaugų veiksmingumą, standartizuoja priežiūros būdus, kai nustačius ūmias diagnozes taikomas labiau centralizuotas gydymas. Taigi, regionuose įsteigti šeši insulto ir penki kardiologijos centrai, ir į juos siunčiama esant sunkiausiems atvejams.

8 diagrama. Lietuvoje sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodikliai vieni didžiausių ES



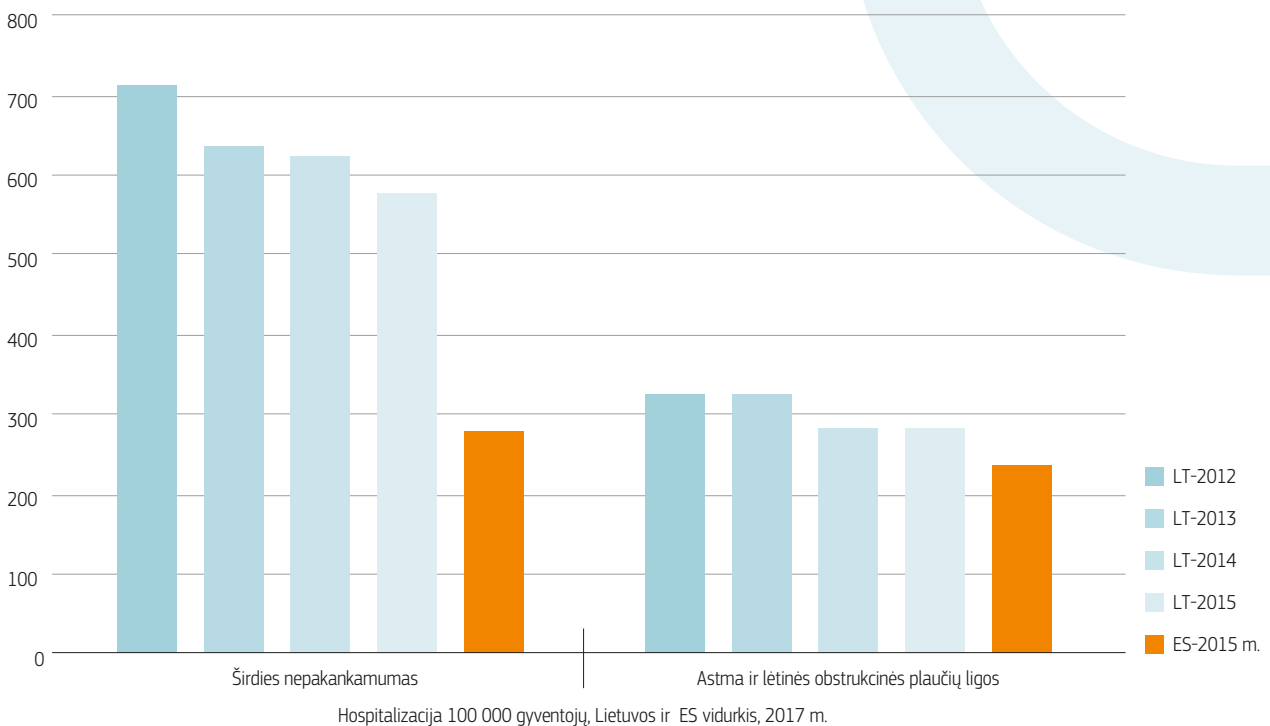
Šaltinis – Eurostato duomenų bazė (2014 m. duomenys).

Ankstyvas vėžio nustatymas ir gydymas pagerėjo, bet dar atsiliekama nuo daugumos ES šalių

Remiantis programos CONCORD duomenimis, penkerių metų išgyvenimo, esant kelių rūšių pagydomam vėžiui rodikliai nuo 2000–2004 iki 2010–2014 m. labai išaugo (gimdos kaklelio vėžio – nuo 53,8 iki 57,2 proc., krūties vėžio – nuo 64,6 iki 73,5 proc., gaubtinės žarnos vėžio – nuo 44,5 iki 56,9 proc.), bet dar tebėra mažesni nei daugelyje ES šalių.

Gerokai pagerėjo atrankinės patikros dėl vėžio (ši patikra skatinama mokėjimo už pirminę sveikatos priežiūrą sistemoje) rodikliai, bet naudojimosi šia galimybe rodikliai dar nesiekia ES vidurkio, iš dalies dėl to, kad nėra sistemingai kviečiama tai daryti. 2015 m. duomenimis, per pastaruosius trejus metus dėl gimdos kaklelio vėžio tikrinosi 47,7 proc. 20–69 metų moterų (remtasi programos duomenimis), ir tai mažiau nei daugumoje kitų ES šalių. Pastarųjų dvejų metų 50–69 metų moterų mamografinės patikros rodikliai žymiai pagerėjo – nuo 12,4 proc. 2006 m. iki 44,8 proc. 2015 m. (taip pat remtasi programos duomenimis), bet šis rodiklis tebėra mažesnis už daugelio ES šalių. Veiksmingomis patikros dėl šių rūšių vėžio programomis galima padėti ligą nustatyti anksti ir galbūt sumažinti mirtingumą.

9 diagrama. Hospitalizacijos dėl lėtinių ligų rodikliai pastaruoju metu sumažėjo, o tai reiškia, kad pirminės sveikatos priežiūros paslaugos pagerėjo



Šaltinis – EBPO sveikatos statistika.

Lietuva labai stengėsi sustiprinti pirminę sveikatos priežiūrą

Lietuva ėmėsi keleto veiksmų siekdama pagerinti pirminę sveikatos priežiūrą ir paraginti pirminės sveikatos priežiūros teikėjus prisiimti didesnę atsakomybę apskritai už prie jų prisirašiusius gyventojus ir konkrečiai už lėtinėmis ligomis sergančius pacientus. Buvo įsteigti slaugytojų, skirtų diabetu ir širdies ligomis sergančių pacientų grupėms, etatai. 2003 m. buvo parengtas veiklos, už kurią pirminės priežiūros įstaigoms mokamas nedidelis mokestis, sąrašas, šiuo mokesčiu papildoma pirminė prisirašymu grindžiama išmokų sistema. Vėliau ši schema plėsta įtraukiant papildomus kokybės rodiklius, pagal kuriuos atliekama vieša lyginamoji analizė ir skiriamos išmokos už rezultatus.

Esama ženklų, kad, daug dėmesio skyrus lėtinių ligų valdymui pirminės sveikatos priežiūros sistemoje, sumažėjo išvengiamų hospitalizacijos dėl širdies nepakankamumo, astmos ir lėtinės obstrukcinės plaučių ligos atvejų rodikliai (9 diagrama). Be to, nuo 2013 m. parengta daugiau kaip šimtas naujų diagnostikos ir gydymo protokolų, daug dėmesio skiriant širdies ir kraujagyslių ligoms, 20 rūšių vėžiui, pediatrijai ir traumų gydymui; dabar šie protokolai bandomi atrinktose ligoninėse.

Lietuvoje dedama daugiau prevencijos pastangų ir daugiau dėmesio skiriama sektorių bendradarbiavimui

Lietuvoje buvo nustatyta, kad visuomenės sveikatą reikia stiprinti skatinant sektorius bendradarbiauti ir kad tai svarbi sritis, kurią reikia plėtoti. Lietuvoje didelę dalį ligų naštos nulemia veiksniai ir politika, kurių sveikatos sistema negali tiesiogiai valdyti. To pavyzdys gali būti mirtingumas nuo lėtinės kepenų ligos – jis labai didelis ir rodo tai, kad vartojama daug alkoholio (žr. 3 skirsnį).

Su alkoholio vartojimu susijęs mirtingumas (32,6 mirtys 100 000 gyventojų) už ES vidurkį (15,7) didesnis daugiau nei dvigubai. Nors moterų mirtingumas gerokai mažesnis nei vyrų, abu rodikliai vieni didžiausių ES. 2007-2008 m. alkoholio kontrolės politika, įskaitant reklamos bei pardavimo ribojimą ir didesnius mokesčius, iš dalies padėjo pasiekti trumpalaikį pagerėjimą. Alkoholio politika yra vyriausybės dėmesio centre, ir 2018 m. sausio mėn. turėtų įsigaliooti nauji teisės aktai. Jais teisėto alkoholio vartojimo amžius bus padidintas iki 20 metų, bus sutrumpintas pardavimo laikas, bus draudžiama alkoholio reklama.

Alkoholis yra ir vienas pagrindinių didelių mirčių skaičiaus esmo įvykiuose veiksnių. Ir vyrų (2014 m. – 17,1 mirties atvejo 100 000 gyventojų), ir moterų (4,9) mirtingumas esmo įvykiuose yra beveik dvigubai didesnis už ES vidurkį ir vienas didžiausių ES. Didžiulėmis investicijomis į kelių eismo saugumo priemones (atskirtos eismo juostos, suprojektuotos saugios sankryžos, policija plačiau tikrina vairuotojų blaivumą) pirmojo dešimtmečio pabaigoje padėta gerinti padėtį, bet pažanga pastaraisiais metais sustojo.

Mirtingumas nuo plaučių vėžio (46,1 mirties atvejo 100 000 gyventojui) gerokai mažesnis už ES vidurkį (54,4), bet taip yra dėl to, kad moterų rodiklis labai mažas. Vertinant vyrus, šis rodiklis gerokai viršija vidurkį ir yra vienas didžiausių ES. Per pastarąjį dešimtmetį imta griežčiau reguliuoti tabako gaminius – buvo nustatytas draudimas rūkyti baruose bei restoranuose ir viešosiose vietose, o nuo 2015 m. liepos mėn. draudžiama rūkyti automobiliuose, jeigu juose yra vaikų arba nėščių moterų.

Siekiant Lietuvoje įveikti didelio atsparumo antimikrobinėms medžiagoms problemą, reikia imtis veiklos įvairiuose sektoriuose ir siekti, kad įvairių antibiotikų tiek žmonėms, tiek gyvūnams būtų skiriama mažiau ir selektyviau (2 langelis).

Iššūkiai psichikos sveikatai reikalauja daugiau reformų

Lietuvoje jau daugelį metų didžiausi ES savižudybių rodikliai. 100 000 gyventojų tenka 31,5 savižudybės, ir tai beveik tris kartus daugiau už ES vidurkį (11,3). Vyrų savižudybių skaičius itin didelis, bet palyginti didelis – antras pagal dydį ES – ir moterų savižudybių skaičius (10 diagrama). Psichikos sutrikimų turinčių stacionare gydomų hospitalizuotų ligonių savižudybių ir praėjus mėnesiui ir metams po hospitalizavimo įvykdimų savižudybių skaičius taip pat gerokai didesnis nei kaimyninėse šalyse.

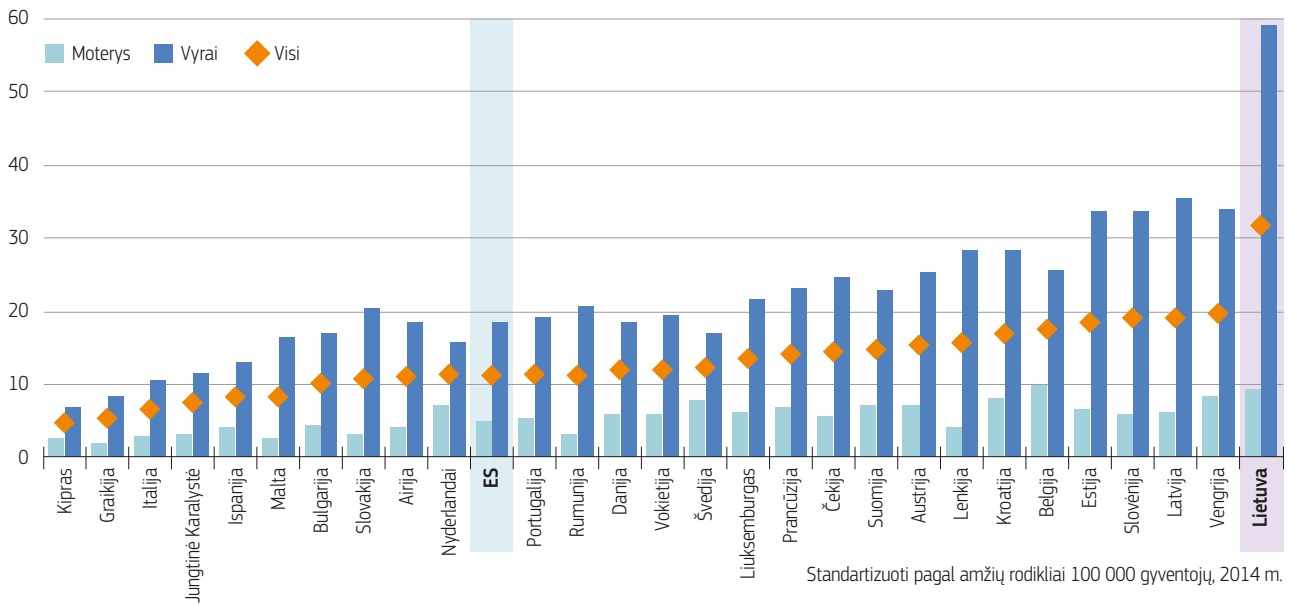
2 LANGELIS. LIETUVOJE KYLA PAVOJUS DĖL ATSPARUMO ANTIMIKROBINĖMS MEDŽIAGOMS

Vertinant pagal daugumą Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro stebimų patogenų, atsparumo antimikrobinėms medžiagoms lygis Lietuvoje yra vienas didžiausių ES (ECDC, 2017 m.). Itin didelį susirūpinimą kelia daugeliui vaistų atsparios *acinetobacter* rūšys, nes 77 proc. infekcijų sukelia šie gydymui atsparūs patogenai. Manoma, kad vis didesnių su sveikata susijusių problemų Lietuvoje kelia ir *gonococcal* infekcijos.

2014 m. Sveikatos ministerija pateikė dvejų metų (2015-2017 m.) racionalaus vaistų, visų pirma antibiotikų, vartojimo planą. Šiame plane nustatyta, kad reikia sukurti regioninį atsparumo antimikrobinėms medžiagoms valdymo modelį, t. y. visuomenės sveikatos centruose sudaryti ekspertų grupes. Ekspertų grupės (jose dalyvauja žmonių ir gyvūnų sveikatos specialistai) yra atsakingos už atsparumo antimikrobinėms medžiagoms stebėsenos ir prevencijos veiklą, taip pat už suinteresuotosioms šalims ir visuomenei aktualios informacijos sklaidą. Lietuvos vyriausybė dabar rengia išsamų nacionalinį atsparumo antimikrobinėms medžiagoms strateginių veiksmų planą, paremtą Europos Komisijos rekomendacijomis.

Lietuva aktyviai plėtoja naują psichikos sveikatos politiką, įskaitant anksčiau psichikos sveikatos ligoninėse teiktų paslaugų integravimą į bendrąsias ligonines ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigas ir papildomų paslaugų restruktūrizavimą, apskritai siekiant pagerinti gydymo pasiekiamumą. Šalyje įsteigti specialūs ambulatoriniai psichikos sveikatos centrai, ir pacientai gali būti siunčiami į juos prevencijai ir gydymui. Prevenciniams veiksams stiprinti išplėta pagalbos telefonu linija, bet jos pajėgumai riboti, o pačiai tarnybai kyla problemų dėl pasiekiamumo (LEPTA, 2017 m.). Labai didelis savižudybių skaičius rodo, kad psichikos sveikatos prevencijos, gydymo būdų ir paslaugų organizavimo reforma turi būti tęsiama.

10 diagrama. Lietuvoje savižudybių skaičius daug didesnis nei visose kitose ES šalyse



Šaltinis – Eurostato duomenų bazė (2014 m. duomenys).

5.2 PASIEKIAMUMAS

Lietuvoje nepatenkintų poreikių lygis vidutinis, o svyravimas pagal pajamų grupes nežymus

Lietuvoje 2,9 proc. gyventojų nurodė, kad jų medicininės priežiūros poreikiai buvo nepatenkinti dėl kainos, laukiančiųjų sąrašo ar tolimos kelionės, o tai mažiau nei ES vidurkis ir žymiai geresnis rodiklis nei beveik visose kaimyninėse šalyse (11 diagrama). Be to, atsakymų, kad poreikiai buvo nepatenkinti dėl kainos, palyginti mažai mažiausių pajamų kvantilyje – 1,0 proc., palyginti su 4,1 proc. ES vidurkiu, ir tai galima paaiškinti tuo, kad visos pagrindinės paslaugos yra nemokamos ir paslaugų pasirinkimas gana platus (žr. toliau). Tačiau Lietuvoje, vertinant galimybę įsigyti vaistų, esama didesnių su pajamomis susijusių skirtumų, nes už vaistus savo lėšomis paprastai mokama daug (žr. toliau).

Gyventojų aprėptis plati

Lietuvoje draudimas platus ir aprėpia platų paslaugų paketą. PSD valstybės skiriamomis lėšomis užtikrinama, kad sveikatos draudimas galiotų ir bedarbių bei ekonomiškai neaktyvių gyventojų grupėms (2016 m. jie sudarė 56 proc. visų apdraustųjų). Neapdraustieji (apskaičiuota, kad jų yra apie 280 000, arba 8 proc.) iš esmės yra šalyje negyvenantys ir nedirbantys asmenys.

Lietuvoje daug ligoninių ir didelis stacionaro naudojimo lygis

Priežiūros, ypač ligoninių, pasiekiamumas geografiniu požiūriu Lietuvoje labai geras. Šalyje yra 63 bendrosios ligoninės, jų esama beveik visose šešiasdešimtyje šalies savivaldybių. Atsižvelgiant į palyginti mažus geografinius atstumus, šiomis įstaigomis užtikrinamas tankus ligoninių

paslaugų tinklas, nes beveik visos ligoninės teikia daug paslaugų.

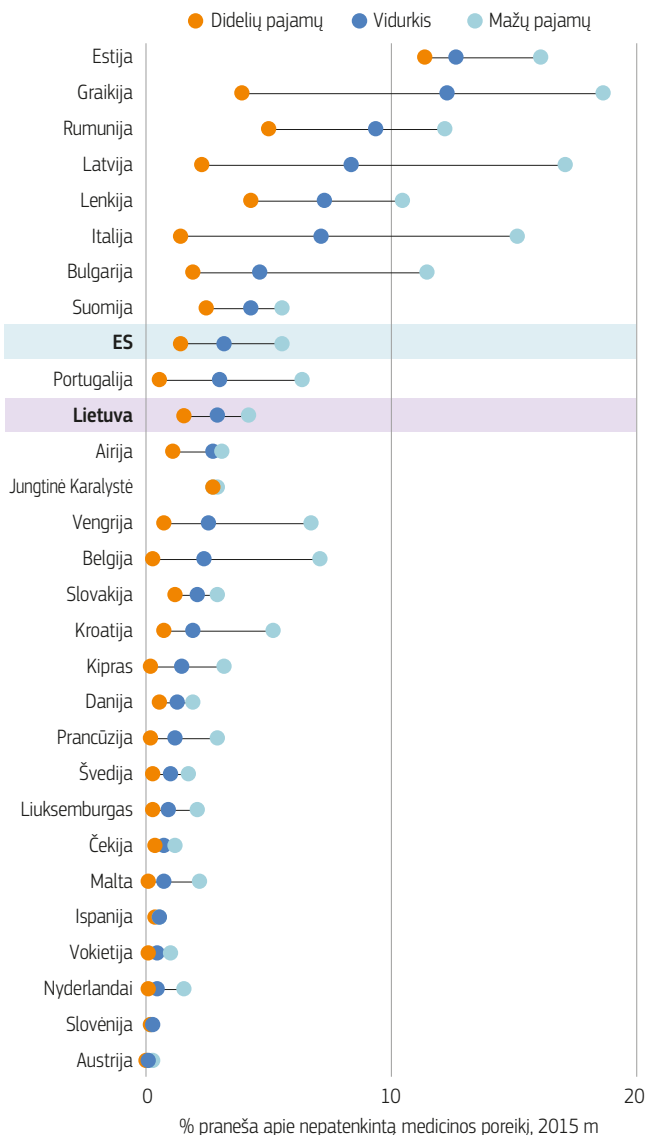
Kadangi ligoninių pajėgumai (lovų skaičius) gana dideli, ligoninės yra arti ir nereikia mokėti, stacionaro paslaugomis naudojamos per daug. Tai pirmiausia pasakytina apie kraujotakos ligas – šių ligų našta didžiulė (žr. 2 skirsnį), taip pat kvėpavimo takų ligas (širdies ir plaučių) – iš visų ES šalių Lietuvoje antras pagal dydį išrašymo iš ligoninės rodiklis, didesnis jis tik Bulgarijoje.

Už valstybės apmokamas paslaugas mokėti nereikia, bet daug savo lėšomis mokama už vaistus

Kompensuojamų paslaugų aprėptis didžiulė, o kelios nustatytos išimties yra tokios pačios kaip ir daugelyje ES šalių, pvz., dalis odontologijos paslaugų, sveikatos pažymos ir nemedicininės kosmetinės paslaugos. Kaip minėta, už PSD apmokamas paslaugas mokėti nereikia, bet vaistai ir medicininės pagalbos priemonės kompensuojami ribotai. Iš viso Lietuvoje savo lėšomis padengiama 32 proc. sveikatos priežiūros išlaidų, o tai daugiau nei dvigubai daugiau už ES vidurkį (žr. 12 diagramą).

Didelė dalis mokėjimų savo lėšomis susijusi su tuo, kad daug mokama už vaistus. 13 diagramoje parodyta, kad Lietuva yra viena iš šalių, kuriose labai skiriasi valstybės finansuojamų vaistų išlaidų dalis, palyginti su bendrai sveikatos priežiūros paslaugomis. Yra keletas tokios padėties priežasčių. Vaistų priemokos yra didžiulės. Bet kainos taip pat didžiulės, nes nėra veiksmingo sveikatos technologijų vertinimo, gydytojai yra linkę be reikalo skirti brangių prekių ženklų vaistus, gyventojai menkai pasitiki generiniais vaistais. Tačiau 2017 m. liepos mėn. buvo pateiktas naujas vaistų kainynas, ir tikimasi, kad dėl to vartotojų mokama vaistų kainos dalis sumažės iki trečdaliao.

11 diagrama. Vertinant pranešimus apie nepatenkintus poreikius, Lietuvoje skirtumai tarp pajamų grupių palyginti maži



Pastaba. Duomenys yra susiję su atvejais, kai reikėjo medicininių tyrimų ar gydymo, ir tie poreikiai buvo nepatenkinti, nes kaina buvo per didelė, reikėjo toli vykti arba ilgai laukti. Šalių duomenis reikia lyginti atsargiai, nes naudojamos skirtingos tyrimo apklausos būdų priemonės.

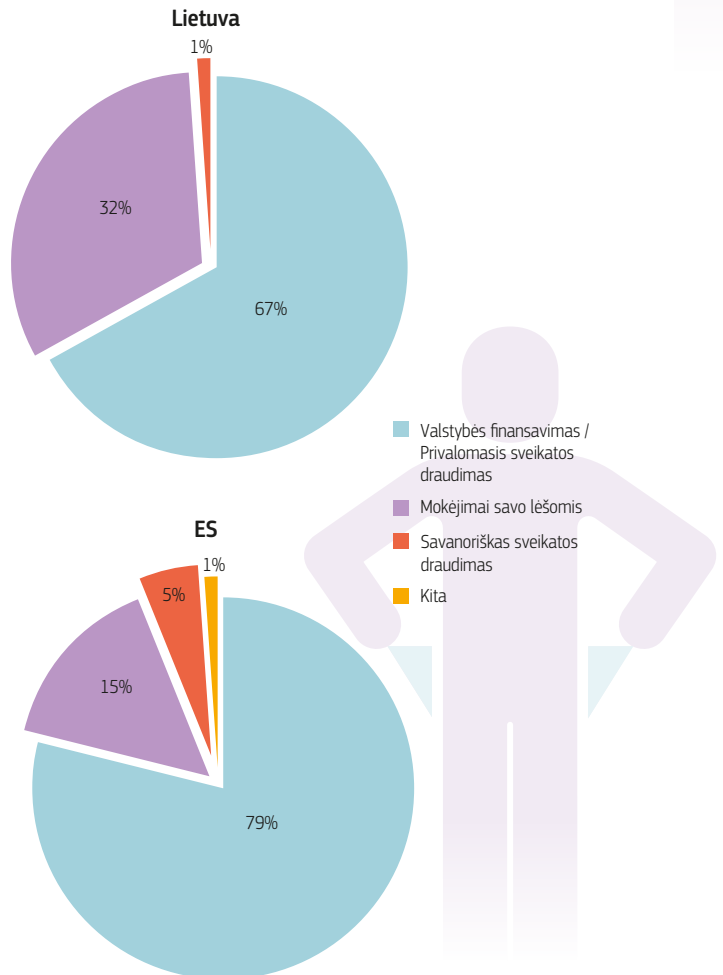
Šaltinis – Eurostato duomenų bazė; remtasi ES statistika apie pajamas ir gyvenimo sąlygas (ES SPGS) (2015 m. duomenys).

Nors apskritai pasiekiamumas geras, kelioms pažeidžiamoms grupėms kyla sunkumų

Remiantis PSO tyrimu (Murauskienė, 2017 m., dar nepaskelbta), 2012 m. 9,4 proc. gyventojų dėl sveikatos priežiūros išlaidų patyrė finansinių sunkumų, ir ši dalis yra didesnė nei 2005 m., bet mažesnė nei 2008 m. Ši problema itin aktuali vyresnio amžiaus asmenims (60 metų ir vyresniams) ir poroms su vaikais. Apie 80 proc. pražūtingų išlaidų, dengiamų savo lėšomis,⁶ yra išlaidos vaistams, o į mažiausių pajamų kvantilį patenkantiems namų ūkiams ši išlaidų dalis dar didesnė.

6. Pražūtingos išlaidos apibrėžiamos kaip savo lėšomis dengiamos namų ūkių išlaidos, viršijančios 40 proc. visų namų ūkio išlaidų, neįskaitčius pragyvenimo išlaidų (t. y. išlaidų maistui, būstui ir komunalinėms paslaugoms).

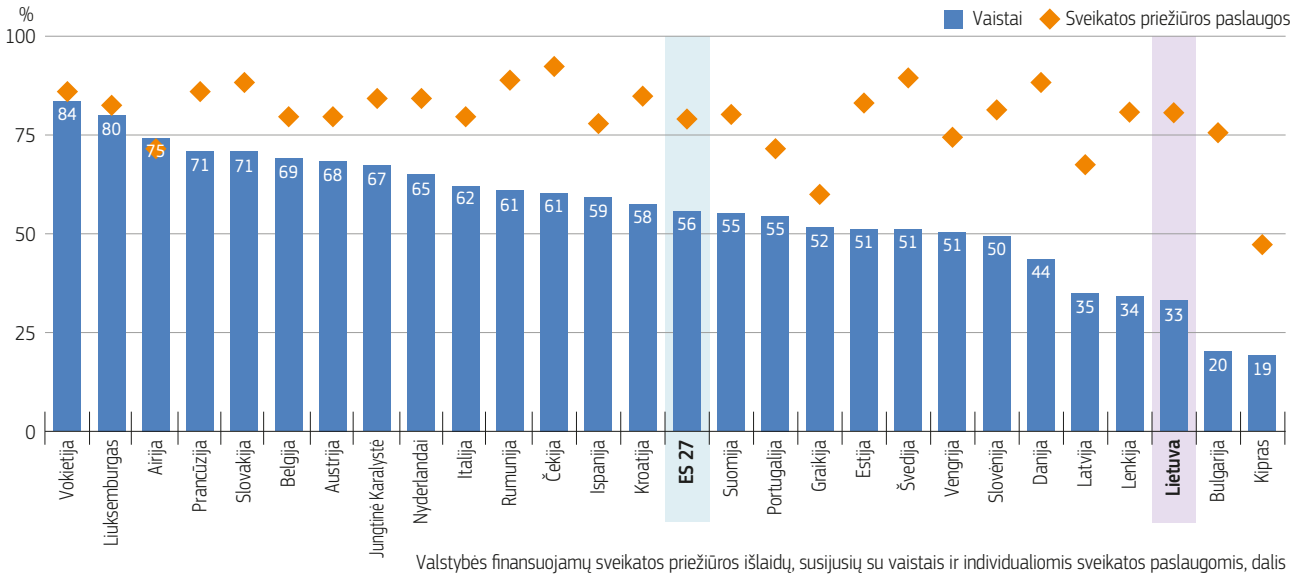
12 diagrama. Lietuvoje palyginti daug mokama savo lėšomis, ir dažniausiai tai su vaistais susijusios išlaidos



Šaltiniai – EBPO sveikatos statistika; Eurostato duomenų bazė (2015 m. duomenys).

Keliuose tyrimuose nurodoma, kad be didelių ir kartais nebūtinų išlaidų vaistams, Lietuvoje įprastas ir neoficialus mokėjimas – vienas iš trijų 2013 m. sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojusių asmenų kokia nors forma mokėjo ir neoficialiai. Tai labai didelė dalis, palyginti su dauguma ES šalių („Transparency International“, 2013 m.). Sveikatos apsaugos ministerija parengė strategiją šiai neoficialaus mokėjimo praktikai mažinti, to siekiama pacientus geriau informuojant apie nemokamas paslaugas ir paslaugų gavėjus raginant pranešti, jeigu iš jų reikalaujama užmokesčio, bet dar neaišku, ar strategija veiksminga.

13 diagrama. Valstybė sveikatos priežiūros paslaugoms skiria didžiulį finansavimą, bet vaistams skirtas finansavimas nedidelis



Pastaba. Nesvertinis ES vidurkis, vaistai apima ir medicininės neilgo vartojimo prekes.

Šaltinis – EBPO sveikatos statistika (2015 m. duomenys).

Siekiant padidinti slaugytojų skaičių ir sustiprinti jų funkciją, įgyvendinama nauja politika

Slaugytojų skaičius, viena vertus, nesiekia ES vidurkio, ir, panašiai kaip ir kaimyninėse Baltijos valstybėse, Lietuvoje dėl to vienam gydytojui tenka palyginti nedaug slaugytojų. Nacionalinėje sveikatos programoje nustatyta, kad vienas iš jos tikslų yra didinti slaugytojų skaičių, įgyvendinamos kelios strategijos, kuriomis siekiama stiprinti slaugytojų funkciją teikiant sveikatos priežiūros, visų pirma pirminės sveikatos priežiūros, paslaugas (žr. 5.1 skirsnį). Pavyzdžiui, pradėti rengti specialiosios praktikos slaugytojai. Tikimasi, kad lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams vis daugiau paslaugų teiks slaugytojai diabetologai ir kardiologijos srities slaugytojai. Nuo 2015 m. slaugytojai taip pat gali savarankiškai pratęsti medicininių pagalbos priemonių receptus.

5.3 ATSPARUMAS⁷

Lietuvoje sveikatos priežiūros finansavimas yra veiksmingas ir anticiklinis

Apskritai Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje galiojančiais įstatymais, kitais teisės aktais ir taikoma praktika užtikrinama, kad finansiškai nepalankiomis sąlygomis valstybinis sveikatos priežiūros biudžetas būtų išlaikytas. Iš valstybės biudžeto skiriamas nedirbančių gyventojų sveikatos draudimo finansavimas nustatytas kaip dvejų ankstesnių metų vidutinio bendrojo darbo užmokesčio dalis (ji padidėjo nuo 27 proc. 2007 m. iki 37 proc. 2016 m.). Šia tvarka padėta kompensuoti 2009 m., kai Lietuva labai nukentėjo nuo finansų krizės ir išaugo nedarbas, sumažėjusias atlyginimu grindžiamas įmokas ir apsaugoti sveikatos priežiūros išlaidas. Valstybinė ligonių kasa sumažino paslaugų teikėjams mokamas kainas, bet iš esmės apsaugojo pirminės sveikatos priežiūros išlaidas. Apskritai

sistemoje susikaupusi skola nedidelė. Pavyzdžiui, pagal įstatymą Valstybinė ligonių kasa pajamas ir išlaidas turi subalansuoti per vidutinį trejų metų trukmės laikotarpį, todėl per šį laikotarpį ji gali sukaupti nedidelius rezervus; sveikatos paslaugų teikėjų skolos irgi nedidelės.

Nors įvykdytos kelios ligoninių sektoriaus reformos, lovų skaičius ir hospitalizacijos rodikliai tebėra dideli

Nors nacionalinėje reformų strategijoje nurodytas tikslas priežiūrą perkelti į ambulatorinį lygmenį ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, ligoninių lovų skaičius tebėra didelis. Nuo praėjusio amžiaus paskutiniojo dešimtmečio Lietuva iš tikrųjų gerokai sumažino ligoninės lovų sektorių, bet ne taip stipriai, kaip jos Baltijos kaimynės, ir Lietuvos gydamosios priežiūros lovų skaičius pagal gyventojų skaičių antras pagal dydį ES. Pastaraisiais metais mažinant lovų skaičių daugiausia dėmesio skirta ligoninių, kaip juridinių asmenų, sujungimui, faktinės infrastruktūros nekeičiant. Tik pradėjus įgyvendinti sveikatos sektoriaus reformą, mažos ir vidutinio dydžio ligoninės buvo perduotos savivaldybėms. Tai trukdė ligonines konsoliduoti, nes vietos valdžia yra suinteresuota išlaikyti vietos paslaugas ir užimtumo galimybes. Kadangi Lietuvoje gyventojų skaičius mažėja, lovų skaičius pagal gyventojų skaičių per pastaruosius 15 metų sumažėjo nedaug, nors ir labai stengtasi jį sumažinti (žr. 14 diagramą).

Siekdama didinti veiksmingumą ir kokybę Lietuva grupuoja ligoninių paslaugas

Didelis ligoninių skaičius taip pat reiškia, kad labai dubliuojamos paslaugos, dėl to plačiai paskirstomi išteklių ir rizikuojama kokybe, kai klinikinė paslaugų skyriai ir medicinos darbuotojai teikia mažiau paslaugų. Dabar įgyvendinama ligoninių telkimo į tinklus strategija, taigi bus sumažintas didelis paslaugų sutapimas. Ligoninės, kuriose gydamosios priežiūros lovų užimtumas per metus mažesnis nei 250 dienų, bus reorganizuotos,

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

siekiant, kad užimtumas būtų bent 300 dienų per metus. Gydomosios priežiūros lovas, kurių yra per daug, tikimasi, atsižvelgiant į kintantį pacientų profilį, paversti slaugos, ilgalaikės, geriatrinės ir paliatyviosios slaugos lovomis. Įgyvendinus šią reformą daug vietos bendruomenių galės ir toliau turėti savo ligonines, bet daugelis jų teiks kitokias paslaugas arba mažiau paslaugų, paslaugos bus derinamos su arti esančių ligoninių paslaugomis, arba tų ligoninių specializacija bus rehabilitacija ir slauga. Be to, nuo 2015 m., siekiant didinti paslaugų veiksmingumą ir kokybę, Valstybinė ligonių kasa ėmė nebesudaryti sutarčių dėl akušerijos ir chirurgijos paslaugų ligoninei per metus atliekant mažiau nei 400 sudėtingų operacijų ir sulaukiant mažiau nei 300 gimdymų.

Pažangi politika, kuria siekiama didinti dienos stacionaro ir ambulatorinių paslaugų

Be pastangų restruktūrizuoti ligoninių sektorių, Lietuva labai akcentavo pirminės sveikatos priežiūros, ambulatorinių ir dienos stacionaro paslaugų plėtimą. Pirminės sveikatos priežiūros finansavimas vis didėja, taip pat didėja pagal rezultatus skiriamos išmokos bendrosios praktikos gydytojams. Specialistų teikiamos sveikatos priežiūros kompensavimo sistema taip pat skatinamas dienos stacionarų ir ambulatorinių paslaugų plėtojimas. Pavyzdžiui, nors metinis ligoninių biudžetas, skirtas stacionarinei sveikatos priežiūrai, kasmet mažėja, daugumai ambulatorinių paslaugų sutartyse nenustatyta viršutinė riba, o dienos chirurgijos centrams už paslaugas mokama ta pati kaina, kaip ir už atitinkamą stacionarinę sveikatos priežiūros paslaugą.

Lietuvai sunkiai sekasi sumažinti išlaidas vaistams

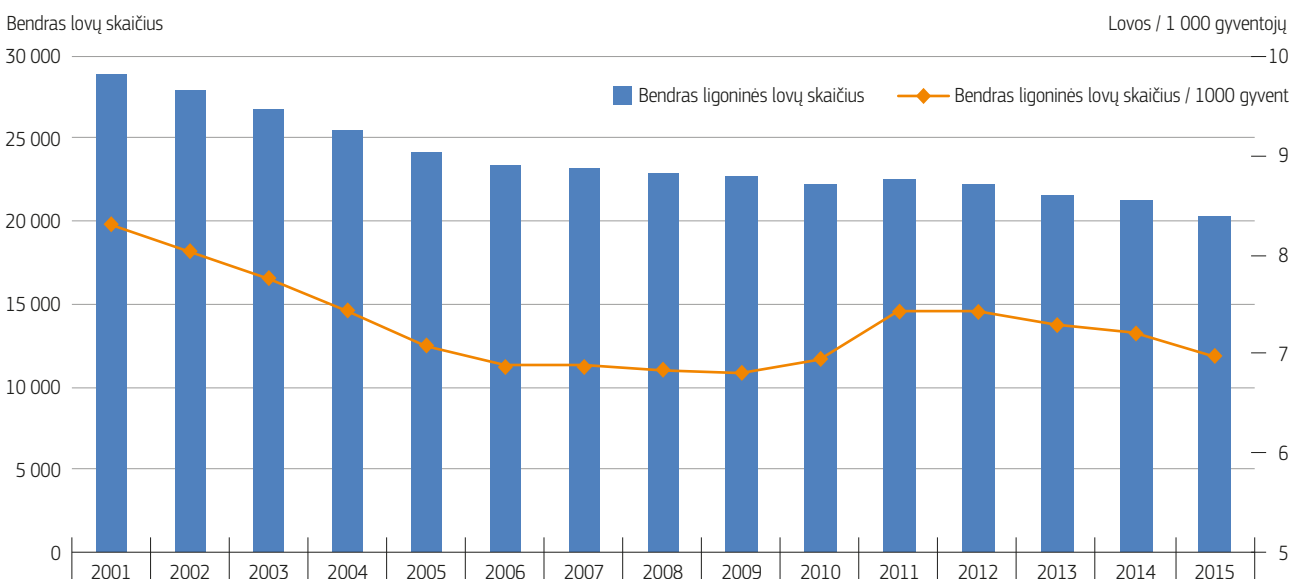
Dar viena sritis, kurioje nuo šio amžiaus pradžios stengiamasi sutaupyti išlaidų, yra vaistai. Kadangi labai reikėjo sumažinti išlaidas vaistams, 2009 m. buvo įgyvendintas Vaistų prieinamumo gerinimo ir jų kainų

mažinimo priemonių planas; planą sudaro 28 priemonės, skirtos vaistų gamintojams, didmenininkams, vaistinėms, gydytojams ir pacientams. Tos priemonės buvo susijusios su referencinių šalių sąrašo išplėtimu ir referencinių kainų nustatymo pakeitimais, naujais reikalavimais, taikomais generinių vaistų kainoms, nustatytais sutartimis su gamintojais dėl kainų ir kiekio, patikslintu kompensuojamųjų vaistų sąrašu ir pacientų galimybe rinktis vaistą, kurio priemoka mažiausia. Iš pradžių dėl šių priemonių išlaidos vaistams sumažėjo, šiek tiek padidėjo pacientų galimybės įsigyti vaistų (G. Kacevičius ir M. Karanikolas, 2013 m.). Tačiau neseniai ir valstybės, ir gyventojų išlaidos vaistams vėl išaugo ir sudaro 28 proc. visų išlaidų sveikatos priežiūrai, ir šis rodiklis vienas didžiausių ES. Tikimasi, kad 2017 m. liepos mėn. patvirtinus naują vaistų kainyną (žr. 5.2 skirsnį) sumažės ir valstybės, ir gyventojų išlaidos.

Galima nuveikti daugiau didinant atskaitomybę ir skaidrumą

Pagrindinės su sveikata susijusios strategijos nustatytos nacionalinėje sveikatos programoje, vyriausybės programoje, taip pat sveikatos sistemos reformos planuose. Šiuose dokumentuose nustatyti pagrindiniai prioritetai ir įgyvendinimo planai. Tačiau, nors pastaruoju metu stengtasi pažangai vertinti taikyti prasmingus rodiklius, reguliari stebėseną ir įgyvendintų reformų vertinimas yra riboti. Be to, atlikta mažai nepriklausomų sveikatos sistemos rezultatų vertinimų. Bet apskritai pripažįstama, kad sveikatos priežiūros sektoriuje reikia didinti skaidrumą ir atskaitomybę, naikinti korupciją, nes ši įvairiais lygmenimis trukdo gerinti sveikatos priežiūros sistemos rodiklius.

14 diagrama. Lietuva sumažino lovų skaičių, bet dėl mažėjančio gyventojų skaičiaus sumažinimas vienam gyventojui yra ribotas



Šaltinis – Eurostato duomenų bazė.

6 Pagrindinės išvados

- Tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje mažiausia ES – nuo ES vidurkio atsiliekama šešeriais metais. Vyrų tikėtina gyvenimo trukmė yra beveik 11 metų trumpesnė nei moterų, ir tai didžiausias lyčių skirtumas ES. Mirtingumas dėl dviejų pagrindinių mirties priežasčių – išeminių širdies ligų ir insulto – ES vidurkį viršija atitinkamai keturis ir du kartus. Asmenų, nurodančių, kad jų sveikata gera, dalis yra mažiausia ES; tokių asmenų itin mažai tarp mažiausių pajamų kvintiliui priklausančių asmenų.
- Lietuviai alkoholio vartoja daugiau nei bet kuri kita ES tauta. Besaikis alkoholio vartojimas (besaikis girtavimas) visų pirma būdingas vyrams ir paaugliams. Su alkoholiu siejamų mirčių daugiau nei du kartus daugiau, palyginti su ES vidurkiu. Alkoholio kontrolės politikos stiprinimui Lietuvos politikos darbotvarkėje skiriama daug dėmesio, o 2018 m. sausio mėn. įsigaliojus naujam įstatymui bus draudžiama alkoholio produktų reklama, teisėto alkoholio vartojimo amžius bus padidintas iki 20 metų, bus sutrumpintas pardavimo laikas.
- Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui sudaro pusę ES vidurkio. Trečdalis sveikatos priežiūros išlaidų finansuojama iš privačių šaltinių, daugiausia mokėjimais savo lėšomis. Išlaidos vaistams sudaro didžiausią savo lėšomis dengiamų išlaidų dalį, nes daug asmenų ir už receptinius, ir už nereceptinius vaistus moka visą kainą. Dėl to kelioms pažeidžiamoms grupėms, visų pirma vyresniems asmenims ir mažas pajamas gaunantiems asmenims, gali kilti finansinių kliūčių įsigyti vaistų. Be to, Lietuvoje dažnai už sveikatos priežiūros paslaugas mokama neoficialiai.
- Valstybinė ligonių kasa, vienintelė asmens sveikatos priežiūros paslaugų pirkėja, finansuojama privalomosiomis su pajamomis susietomis įmokomis ir centrinės valdžios skiriamu finansavimu, kuriuo padengiamos nedirbantiems gyventojams teikiamos paslaugos. Lietuvos sveikatos draudimo sistemoje įdiegtos veiksmingos anticiklinės priemonės, ir Lietuvai finansinių krizių metu pavyko apsaugoti viešąsias išlaidas sveikatos priežiūrai.
- Lietuvoje sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis vienas didžiausių ES, tai rodo, kad sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą galima gerokai padidinti. Vertinant pagal kokybės rodiklius gaunamas nevienodas vaizdas, bet gerėja ir ligoninių, ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatai. Atkreiptinas dėmesys, kad Lietuvoje išskirtinai daug savižudybių, nors dedama daug pastangų įgyvendinant psichikos sveikatos reformą. Vykdomos reformos, kuriomis siekiama intensyvios sveikatos priežiūros paslaugas telkti centruose, kurių pasiekiamumo zona didesnė, kurti ligoninių tinklus, kad kiekviena paslauga būtų teikiama ne visose ligoninėse, taip pat didinti paslaugų apimtį, kad didėtų ir veiksmingumas, ir kokybė. Pažangos pirminės sveikatos priežiūros matoma praėjus keleriems metams po reformos, modernizavus bendrosios praktikos gydytojų ir slaugos paslaugas ir įdiegus išsamią kompensavimo sistemą, kuria skatinama prevencija.
- Lietuvoje labai daug ligoninių, jų yra beveik visose 60 šalies savivaldybių. Daugeliu reformų siekta sumažinti šiuos pajėgumus ir sveikatos priežiūrą perkelti į ambulatorines ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, bet Lietuva tebėra viena iš šalių, kuriose pagal gyventojų skaičių ES daugiausia gydamosios priežiūros lovų. Taip yra iš dalies dėl to, kad gyventojų skaičius mažėja, ir tai kartu su urbanizacija lemia, kad daug kaimo bendruomenių turi per didelius ligoninių pajėgumus.



Pagrindinis šaltinis

Murauskienė, L. et al. (2013 m.), „Lithuania: Health System Review“ („Lietuva. Sveikatos priežiūros sistemos apžvalga“), *Health Systems in Transition*, Vol. 15(2), p. 1–150.

EBPO / ES (2016 m.), „Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle“ („Sveikata glaustai. Europa 2016 m.: ES sveikatos būklės vertinimo ciklas“), OECD Publishing, Paryžius, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Nuorodos

ECDC (2017 m.), *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015*, Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). („Atsparumo antimikrobinėms medžiagoms stebėseną Europoje 2015 m. Metinė Europos antimikrobinio atsparumo stebėjimo tinklo (EARS-Net) ataskaita“).

ECDC / PSO Regioninis Europos biuras (2017 m.), *Tuberculosis Surveillance and Monitoring in Europe 2017* („Tuberkuliozės priežiūra ir stebėseną Europoje 2017 m.“).

Higienos institutas (2017 m.), „Sveikatos rodiklių informacinė sistema“, <http://sic.hi.lt/html/srs.htm>, naudotasi 2017 02 09.

IHME (2016 m.), „Global Health Data Exchange“ („Keitimasis visuotiniais sveikatos duomenimis“), Institute for Health Metrics and Evaluation, galima rasti adresu <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Kacevicius, G. ir Karanikolas, M. (2013 m.), „Case Study. „The Impact of the Financial Crisis on the Health System and Health in Lithuania“ („Atvejo tyrimas. Finansų krizės poveikis sveikatos priežiūros sistemai ir sveikatai Lietuvoje“), PSO Regioninis Europos biuras.

LEPTA (2017 m.), <http://www.klausau.lt>.

Sveikatos ministerija (2017 m.), „Sveikatos sistemos reformos“, <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/sveikatos-sistemos-reformos>, naudotasi 2017 03 08.

Murauskienė, L. (2017 m., dar nepaskelbta), „Moving Towards Universal Health Coverage: New Evidence on Financial Protection in Lithuania“ („Visuotinio sveikatos draudimo siekis. Nauji finansinės apsaugos Lietuvoje įrodymai“), PSO Regioninis Europos biuras, Kopenhaga.

Valstybinė ligonių kasa (2017 m.), „Biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniai“, <http://www.vlk.lt/veikla/biudzeto-vykdyto-ataskaitu-rinkiniai>, naudotasi 2017 02 09.

Transparency International (2013 m.), „Global Corruption Barometer Report and Data“ („Pasaulinio korupcijos barometro ataskaita ir duomenys“), <http://www.transparency.org/gcb2013>.

Šalių santrumpų sąrašas

Airija	IE	Estija	EE	Kroatija	HR	Nyderlandai	NL	Suomija	FI
Austrija	AT	Graikija	EL	Latvija	LV	Portugalija	PT	Švedija	SE
Belgija	BE	Ispanija	ES	Lenkija	PL	Prancūzija	FR	Vengrija	HU
Bulgarija	BG	Italija	IT	Lietuva	LT	Rumunija	RO	Vokietija	DE
Čekija	CZ	Jungtinė Karalystė	UK	Liuksemburgas	LU	Slovakija	SK		
Danija	DK	Kipras	CY	Malta	MT	Slovėnija	SI		



State of Health in the EU

Šalies sveikatos profilis 2017

Šalies profilio rengimas – svarbi Europos Komisijos dvejų metų sveikatos būklės ES vertinimo ciklo dalis; šalies profilis rengiamas kartu su Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) ir *European Observatory on Health Systems and Policies*. Šią seriją koordinavo Komisija, ji rengta naudojantis Europos Sąjungos finansine parama.

Glausti ir su politika susiję šalių profiliai rengiami taikant skaidrią, nuoseklią metodiką, naudojant ir kiekybinius, ir kokybinius duomenis, tačiau metodika lanksčiai pritaikoma kiekvienos ES valstybės narės aplinkybėms. Tikslas – sukurti tarpusavio mokymosi ir savanoriškų mainų priemones, kuriomis būtų remiamos valstybių narių pastangos formuoti įrodymais grindžiamą politiką.

Kiekvienos šalies profilyje trumpai apibendrinami šie dalykai:

- sveikatos būklė šalyje,
- sveikatos determinantai, dėmesį sutelkiant į su elgsena susijusios rizikos veiksnius,
- sveikatos priežiūros sistemos organizavimas,
- sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumas, pasiekiamumas ir atsparumas.

Tai pirmoji kas dvejus metus rengiamų šalių profilių serija, skelbiama 2017 m. lapkričio mėn. Komisija pagrindines šių šalių profilių išvadas papildo pridedama ataskaita.

Daugiau informacijos galima rasti adresu ec.europa.eu/health/state/summary.

Publikaciją siūloma cituoti kaip:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285293-lt>

ISBN 9789264285293 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.