

**EKSPERTINĖS PAGALBOS MOKSLO ĮRODYMAIS
PAGRĪSTOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR
ILGALAIKĖS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
POREIKIO ILGALAIKIO PROGNOZAVIMO IR
PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO
LĖŠOMIS APMOKAMO MASTO NUSTATYMO
METODIKA**

GALUTINĖ ATASKAITA

Parengė

UAB „Sveikatos ekonomikos centras“

2020 m. spalio 30 d.

Vilnius

Turinys	
I. Įžanga	3
II. Sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo analizė	4
2.1. Faktinio paslaugų vartojimo statistika, tendencijos ir regioniniai netolygumai	4
2.1.1. Bendrasis ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų poreikis. Hospitalinių ir ambulatorinių paslaugų kiekio dinamika ir optimalus lygis	4
2.1.2. Ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų apimtys prognozė 2020-2030 metams	10
2.1.3. Sveikatos paslaugų apimtys būtinos išvengiamam mirtingumui Lietuvoje sumažinti, būsimojo gyvenimo laukiamai trukmei prailginti	13
2.1.4. Sveikatos išteklių struktūros pokyčiai 2012-2025 metais	19
2.2. Planinių paslaugų eilės	34
III. Paslaugų kiekio, struktūros ir tendencijų veiksniai (prielaidos)	36
3.1. Demografinės tendencijos, mirtingumo dėl skirtingų ligų statistika, prognozė	36
3.1.1. Gyventojų skaičiaus prognozė	36
3.1.2. Tarptautinė Lietuvos gyventojų migracija	38
3.1.3. Natūralaus gyventojų prieaugio prognozė	42
3.1.4. Kiekybinis gyventojų skaičiaus ir amžiaus struktūros kitimo poveikis sveikatos paslaugų poreikiui	46
3.1.5. Lietuvos gyventojų regioninė struktūra	50
3.1.6. Lietuvos gyventojų skaičiaus: Lietuvos statistikos departamento ir PSD duomenų bazių duomenų neatitikimo problema	50
3.2. Prioritetai (prioritetinės sveikatos problemos, politiniai prioritetai)	53
3.2.1. Galiojantys Lietuvos Respublikos sveikatos sektoriaus strateginio planavimo dokumentai	53
3.3.2. Europos Komisijos apibrėžtos teminės sąlygos (<i>angl. enabling conditions</i>)	57
IV. Prioritetinės sveikatos sistemos pokyčių kryptys pagal ES ir Lietuvos normatyvinius dokumentus	60
V. Sveikatos išlaidų prognozė 2019-2030 metams	65
5.1. BVP prognozė 2019-2030 metams	65
5.2. Sveikatos išlaidų dalies BVP prognozė 2019-2030 metams	68
5.3. Lietuvos sveikatos išlaidų prognozė 2020-2030 metams	68
5.4. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto prognozė	70
VI. Rekomendacijos dėl sveikatos sektoriaus planavimo 2021-2020 metais	76
VII Santrauka	77

I. Įžanga

Ekspertinės pagalbos mokslo įrodymais pagrįstos sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikio ilgalaikio prognozavimo ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis apmokamo masto nustatymo metodika parengta vykdant 2020 m. rugpjūčio 13 d. ekspertinių paslaugų pirkimo sutartį Nr. S-270.

Sutarties objektas

2021–2027 m. ES finansavimo periodu siekiant, kad būtų veiksmingai įgyvendinta 2021–2027 m. sanglaudos politika, taikomos teminės reikiamos sąlygos, nustatytos 2021–2027 m. Reglamento (Europos Parlamento ir Tarybos reglamento, kuriuo nustatomos bendros Europos regioninės plėtros fondo, „Europos socialinio fondo +“, Sanglaudos fondo ir Europos jūrų reikalų ir žuvininkystės fondo nuostatos ir šių fondų bei Prieglobsčio ir migracijos fondo, Vidaus saugumo fondo ir Sienuų valdymo ir vizų priemonės finansinės taisyklės) projekto IV priede. Įgyvendinant 2021–2027 m. Reglamente nustatytą 4-ąją politikos tikslą „Socialiai atsakingesnė Europa“, investicijoms į sveikatos apsaugą taikoma sąlyga – turėti parengtą strateginę politikos programą sveikatos apsaugos srityje bei kokybišką sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros poreikių analizę, kurioje pateikiamos ilgalaikės (iki 2030 m.) poreikių prognozės ir jų prielaidos (kriterijai), grįstos aiškiai sveikatos priežiūros paslaugų planavimo ir teikimo modeliu.

Sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugų paklausos prognozavimui parengta mokslo įrodymais pagrįsta sveikatos priežiūros ir ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikio skaičiavimo ir masto nustatymo metodika, apimanti

- sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo analizę:
 - faktinio paslaugų vartojimo statistikos, tendencijų ir regioninių netolygumai,
 - bendrasis, ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų poreikis,
 - ambulatorinių bei stacionarinių paslaugų kiekio prognozė 2020-2030 metams,
 - sveikatos priežiūros paslaugų kiekis, būtinas Lietuvos gyventojų išvengiamam mirtingumui sumažinti, vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei prailginti,
 - sveikatos išteklių struktūros pokyčiai 2012-2025 metais,
 - planinių paslaugų eilių situacija;
- paslaugų kiekiui, struktūrai ir tendencijoms įtaką darančių veiksnių (prielaidų) analizė:
 - demografinės tendencijos, mirtingumo dėl įvairių ligų statistika ir prognozės, bendrojo gyventojų skaičiaus ir gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes prognozės, kiekybinis gyventojų skaičiaus ir amžiaus struktūros kitimo poveikis sveikatos paslaugų poreikiui bei Lietuvos gyventojų regioninė struktūra,
 - paslaugų struktūros pokyčiai,
 - prioritetinės sveikatos problemos, politiniai prioritetai;
- prioritetinių pokyčių sveikatos sistemoje krypčių pagal ES ir Lietuvos normatyvinius dokumentus analizė;
- išlaidų sveikatos priežiūrai prognozė 2019-2030 metams:
 - BVP prognozė,
 - planuojama PSDF dinamika (apmokėjimo galimybės),
 - sveikatos išlaidų dalies BVP prognozė,
 - Lietuvos sveikatos išlaidų prognozė.

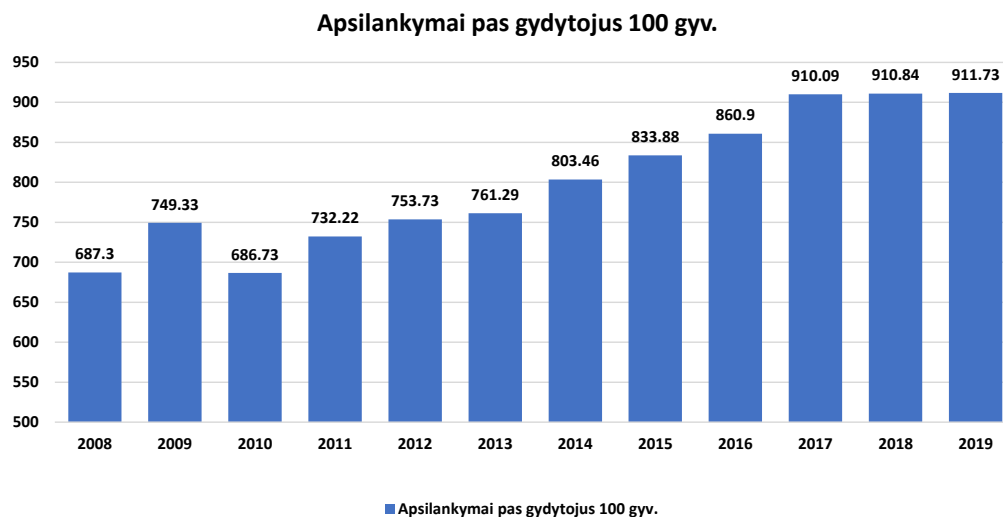
II. Sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo analizė

2.1. Faktinio paslaugų vartojimo statistika, tendencijos ir regioniniai netolygumai

2.1.1. Bendrasis ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų poreikis. Hospitalinių ir ambulatorinių paslaugų kiekio dinamika ir optimalus lygis

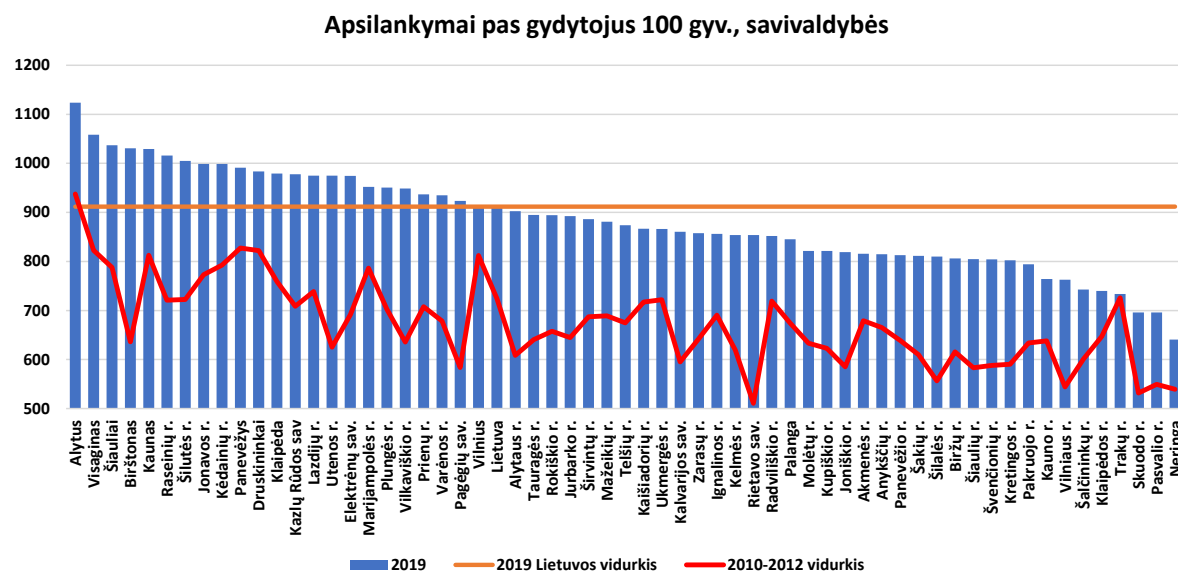
Lietuvoje nuo 2008 iki 2017 m. apsilankymų pas gydytojus skaičius nuosekliai didėjo iki daugiau nei 9 apsilankymų vienam šalies gyventojui per metus 2017 m. 2017-2019 m. šis rodiklis išliko stabilus (*1 paveikslas*). Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus didėjimo tendencija būdinga beveik visoms Lietuvos savivaldybėms (*2 paveikslas*).

1 paveikslas. Apsilankymai pas gydytojus, 100 šalies gyventojų per metus



Šaltinis. Higienos institutas

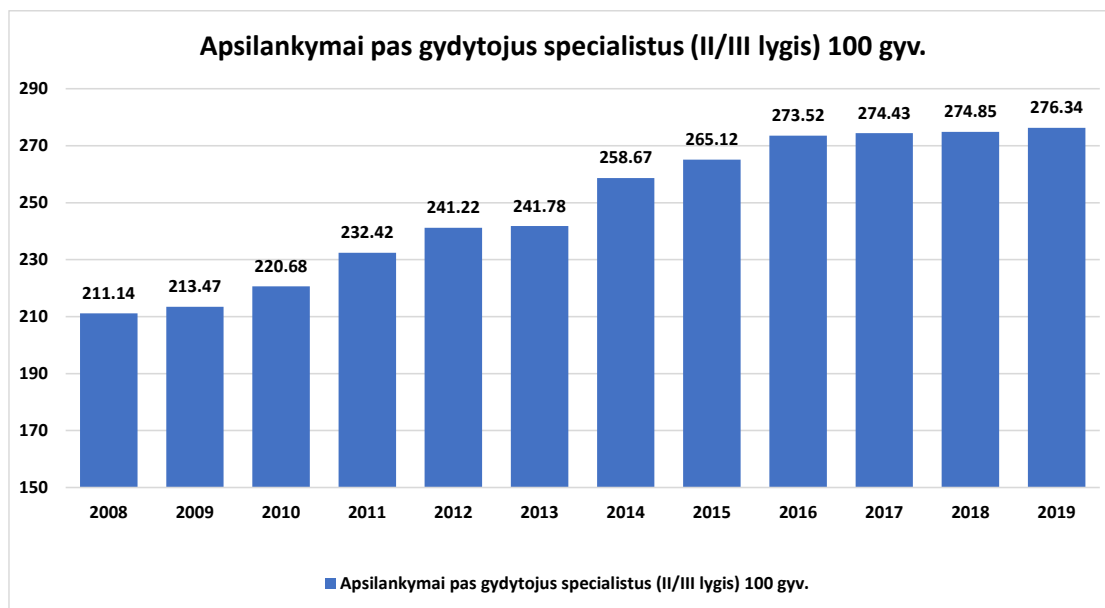
2 paveikslas. Apsilankymai pas gydytojus, 100 šalies gyventojų per metus, pagal savivaldybes



Šaltinis. Higienos institutas

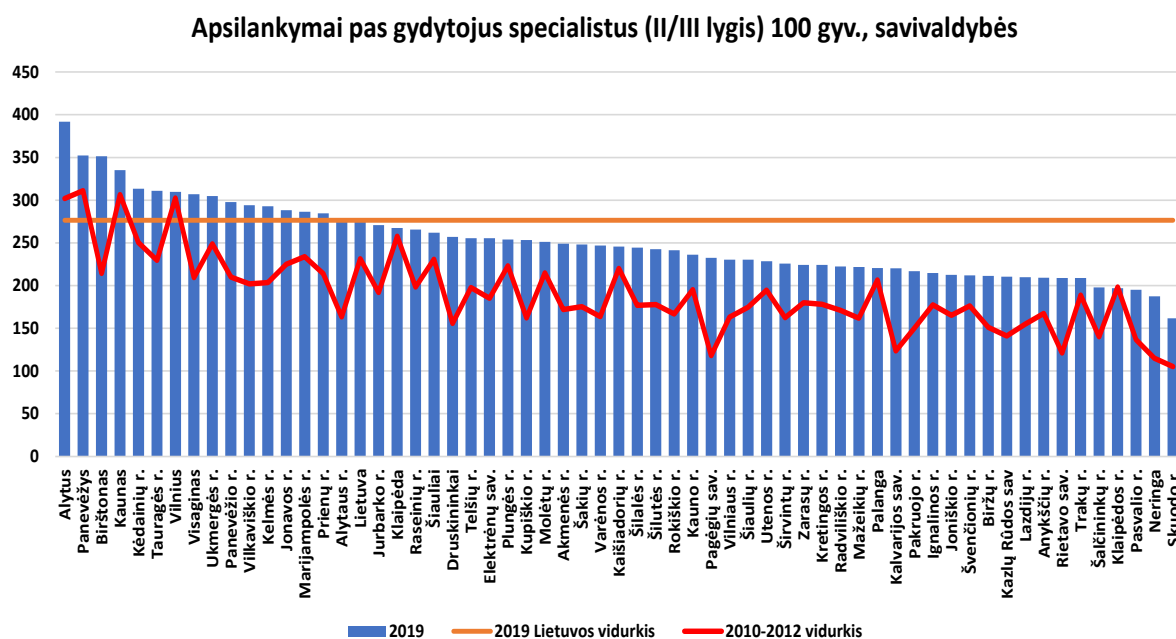
Nuolat didėjo apsilankymų skaičius ir pas pirminės sveikatos priežiūros (PSP) gydytojus, ir pas gydytojus specialistus (3 paveikslas).

3 paveikslas. Apsilankymai pas gydytojus specialistus (II / III lygio), 100 šalies gyventojų per metus



Šaltinis. Higienos institutas

4 paveikslas. Apsilankymai pas gydytojus specialistus, 100 šalies gyventojų per metus, pagal savivaldybes

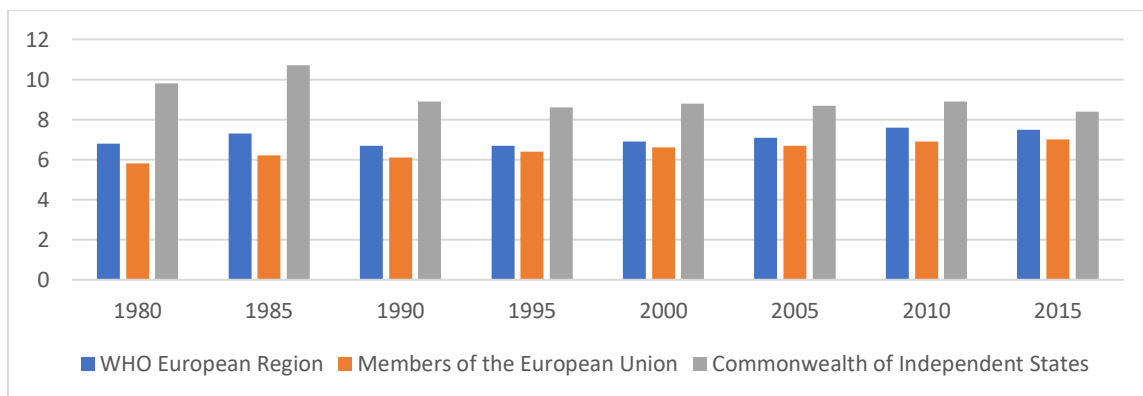


Šaltinis. Higienos institutas

Tarptautiniai palyginimai rodo, kad staigus apsilankymų pas gydytojus skaičiaus kitimas būdingas kai kurioms šalims, o Europos regiono lygmeniu tai nėra akivaizdžiai stebima.

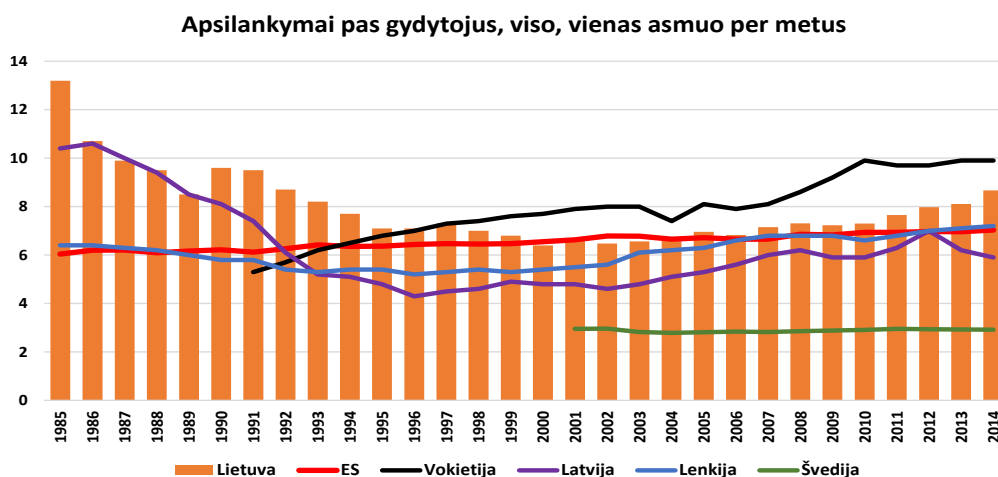
Pastarųjų 35 metų laikotarpiu (1980-2015 m.) PSO Europos regiono šalyse apsilankymų pas gydytojus, tenkančių vienam šalies gyventojui per metus, rodiklis padidėjo maždaug 10 procentų: ES šalyse šis rodiklis padidėjo 20 procentų, NVS šalyse 15 procentų sumažėjo (5 *paveikslas*). Vyksta šio rodiklio konvergencija tarp Vakarų ir Rytų Europos šalių. 2015 metais fiksuoti apie 7 vienam ES šalių gyventojui tenkantys metiniai apsilankymai pas gydytojus, ir 8,4 – vienam NVS šalių gyventojui.

5 *paveikslas. Apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis 1 PSO Europos regiono šalių gyventojui per metus*



Šaltinis. PSO „Sveikata visiems“ duomenų bazė

6 *paveikslas. Apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis 1 ES šalių gyventojui per metus*

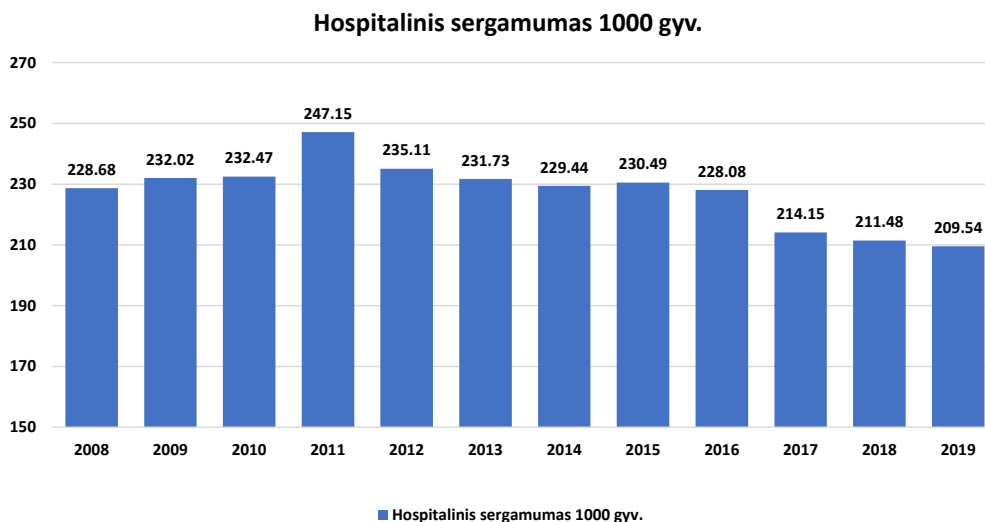


Šaltinis: PSO „Sveikata visiems“ duomenų bazė

Tarp Europos Sąjungos šalių apsilankymų pas gydytojus skaičiaus rodiklių konvergencija (esant stabiliam vidurkiui) nėra akivaizdi. Kaip matyti iš 6 *paveikslo*, šis Lietuvos rodiklis mažėjo pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį, 2000–2006 metais buvo stabilus, o nuo 2007 iki 2014 metų didėjo. Rodiklis didėjo ir Vokietijoje, o Švedijoje jis nuolat išliko apie du kartus mažesnis nei vidutinis ES šalių. Vienam Lietuvos gyventojui tenka daugiau nei 9 apsilankymai pas gydytojus per metus, tikėtina, kad dėl optimalaus sveikatos sistemos išteklių panaudojimo tikslinga siekti apsilankymų pas gydytojus rodiklio stabilizacijos ar net saikingo mažėjimo.

Prognozė parengta darant prielaidą, kad iki 2030 metų apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis vienam šalies gyventojui per metus, išliks stabilus (9 apsilankymai 1 gyventojui). Numatoma, kad laipsniškai didės nuotolinių vizitų lyginamasis svoris, 2030 metais pasiekdamas 30 procentų visų vizitų pas gydytojus.

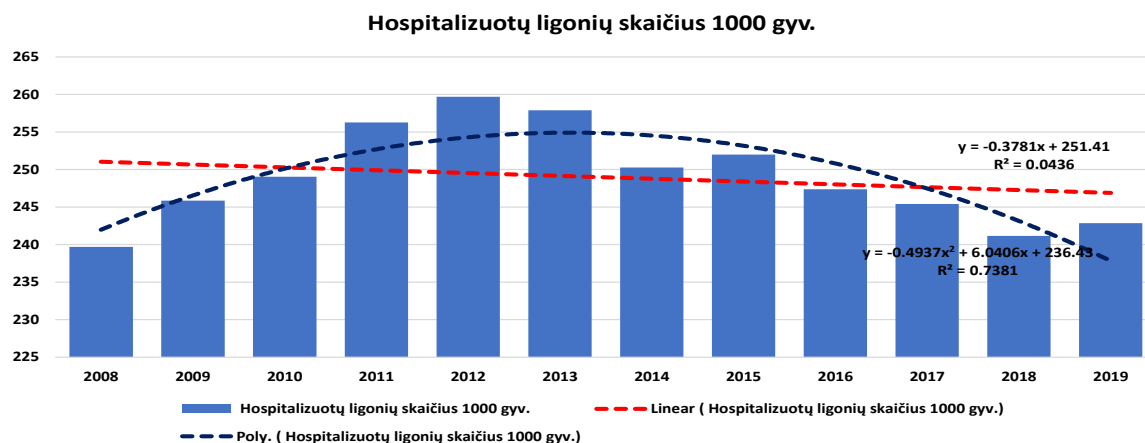
7 paveikslas. *Hospitalinis sergamumas, 1000 šalies gyventojų per metus*



Šaltinis. Higienos institutas

Lietuvoje nuo 2008 iki 2011 metų hospitalizacijų skaičius didėjo, o vėliau pradėjo mažėti pasiekdamas 209,54 atvejo 1000 gyventojų. 2017-2019 metais hospitalizacijų skaičius išliko stabilus (7 paveikslas).

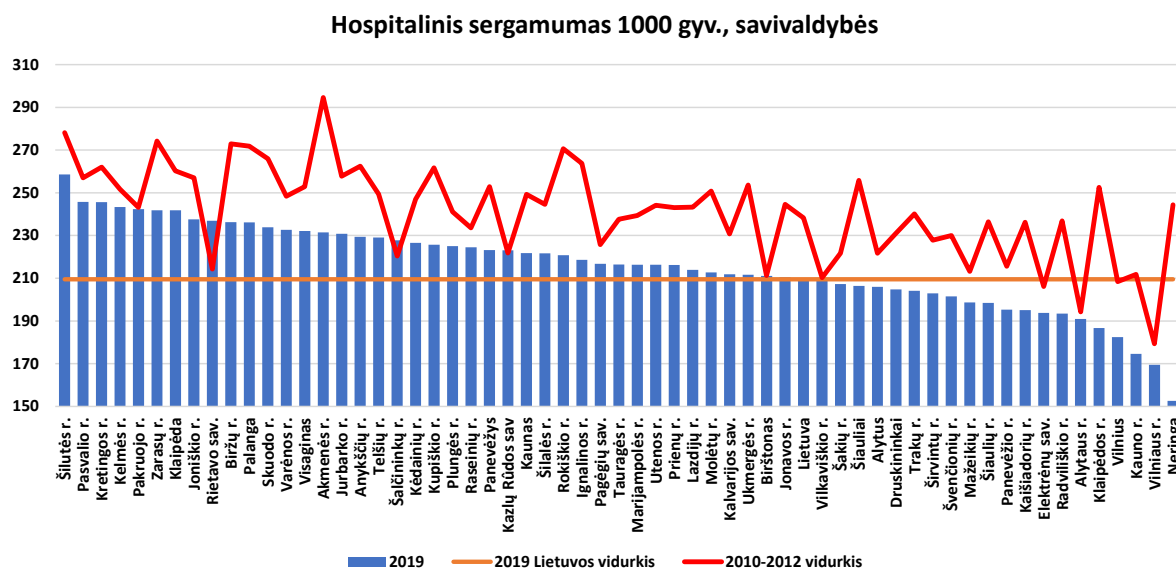
8 paveikslas. *Hospitalizuotų ligonių skaičius, 1000 šalies gyventojų, (be slaugos, reabilitacijos lovų)*



Šaltinis. Higienos institutas

Hospitalizacijų mažėjimo tendencija būdinga kai kurioms Lietuvos savivaldybėms (9 paveikslas).

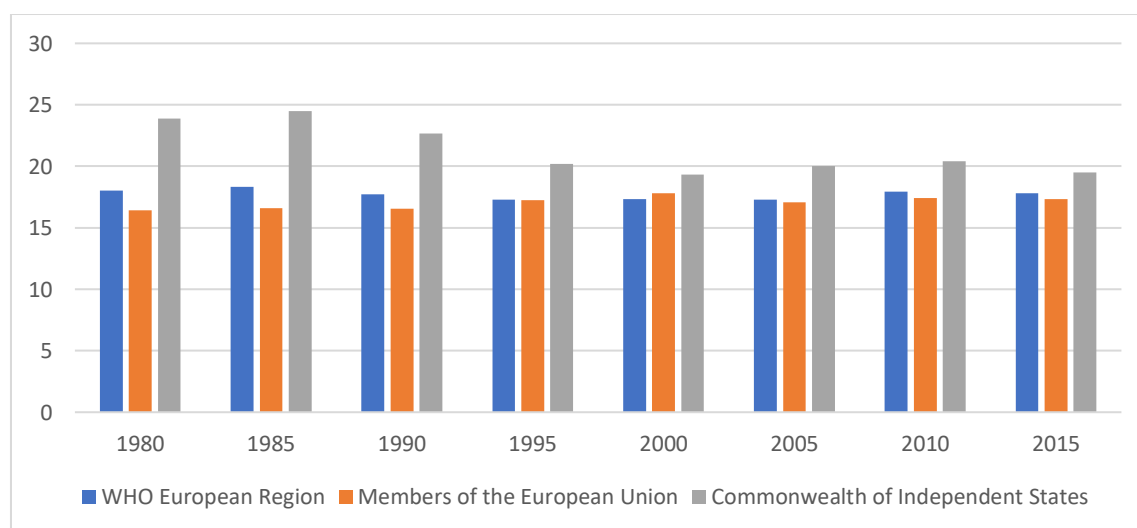
9 paveikslas. *Hospitalinis sergamumas, 1000 šalies gyventojų. Lietuvos savivaldybės*



Šaltinis. *Higienos institutas*

Pastarųjų 35 metų laikotarpiu (1980-2015 m.) PSO Europos regiono šalyse hospitalizacijų skaičius buvo stabilus – 18 hospitalizacijų 100 gyventojų lygyje. ES šalyse stebėtas maždaug 6 procentų padidėjimas, o NVS šalyse – 18 procentų sumažėjimas (10 paveikslas).

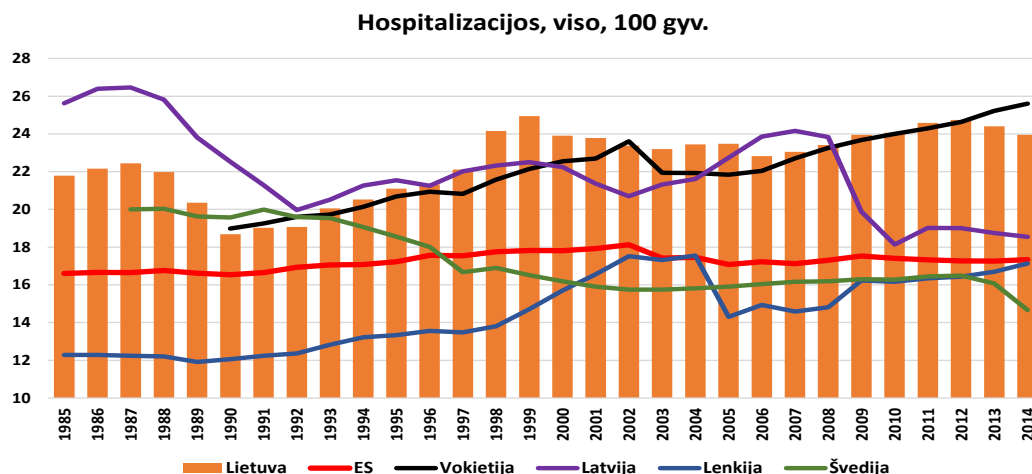
10 paveikslas. *Hospitalizacijų skaičius, tenkantis 100 PSO Europos regiono šalių gyventojų per metus*



Šaltinis. *PSO „Sveikata visiems“ duomenų bazė*

Vyksta hospitalizacijų rodiklių konvergencija tarp Vakarų ir Rytų Europos šalių. 2015 metais 100 ES šalių gyventojų fiksuota apie 17,35 o 100 NVS šalių gyventojų – apie 19,49 hospitalizacijos atvejų per metus.

11 paveikslas. Hospitalizacijų skaičius, tenkantis 100 ES šalių gyventojų per metus



Šaltinis. PSO „Sveikata visiems“ duomenų bazė

Tarp ES šalių hospitalizacijos rodiklių konvergencija nėra akivaizdi. Kaip matyti iš 11 paveikslo, Lietuva ir Vokietija pastaruosius 30 metų fiksuoja gerokai aukštesnį hospitalizacijų kiekį nei, pavyzdžiui, Lenkija.

100 Lietuvos gyventojų tenka daugiau nei 23 hospitalizacijos atvejai per metus, tikėtina, kad siekiant sveikatos sistemos išteklių optimalaus panaudojimo tikslinga siekti hospitalizacijų skaičiaus stabilizacijos ar net saikingo mažėjimo. Prognozė rengiama, darant prielaidą, kad iki 2030 metų metinis hospitalizacijų skaičius, tenkantis 100 šalies gyventojų, sumažės iki 20. Lietuvos sveikatos sistemos pertvarkos planuose kelis kartus buvo šį rodiklį sumažinti iki 18, šie siekiniai iki šiol neįgyvendinti. Tikėtina, kad Lietuvos kultūrinė tradicija yra artimesnė Vokietijos, kurioje hospitalizacijų rodiklis pastaraisiais dešimtmečiais viršija vidutinį ES šalių rodiklį, tradicijai.

1 lentelėje ir 12 paveiksle palyginti Lietuvos, kaimyninių jos šalių ir ES šalių vidutiniai apsilankymų pas gydytojus ir hospitalizacijų rodikliai.

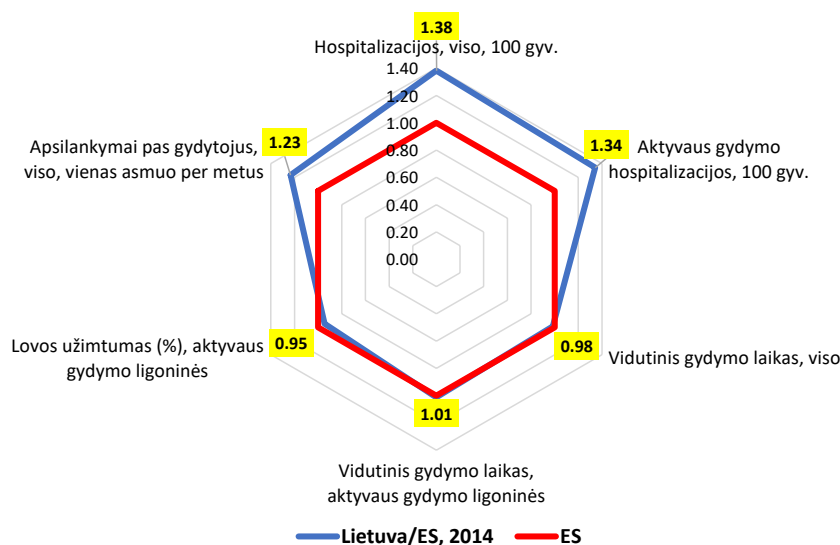
1 lentelė. Apsilankymai pas gydytojus ir hospitalizacijos. Lietuvos, kaimyninių jos šalių ir ES šalių vidutinių rodiklių palyginimas

Šalys	Hospitalizacijos, viso, 100 gyv. per metus	Aktyvaus gydymo hospitalizacijos, 100 gyv. per metus	Vidutinis gydymo laikas, viso	Vidutinis gydymo laikas, aktyvaus gydymo ligoninės	Lovos užimtumas (%), aktyvaus gydymo ligoninės	Apsilankymai pas gydytojus, viso, 1 gyv. per metus
ES	17,34	15,89	8,16	6,43	76,92	7,03
Latvija	18,55	14,66	8,31	5,87	69,69	5,9
Lenkija	17,14	16,84	6,9	6,6	0	7,2
Lietuva	23,95	21,34	8,03	6,51	72,8	8,67
Švedija	14,66	13,94	5,66	5,42	0	2,92
Vokietija	25,6	23,55	9,00	7,6	79,7	9,9

12 paveiksle ES šalių vidutiniai rodikliai prilyginti 1, o geltonai paženklintas skaitmuo ties mėlyna linija rodo, kiek karų Lietuvos rodikliai skiriasi nuo ES šalių vidutinių rodiklių.

12 paveikslas. Sveikatos priežiūros paslaugos. Lietuvos ir ES šalių vidutinių rodiklių palyginimas, 2014 m.

Sveikatos priežiūros paslaugos. Lietuva palyginus su ES vidurkiu, 2014 m.



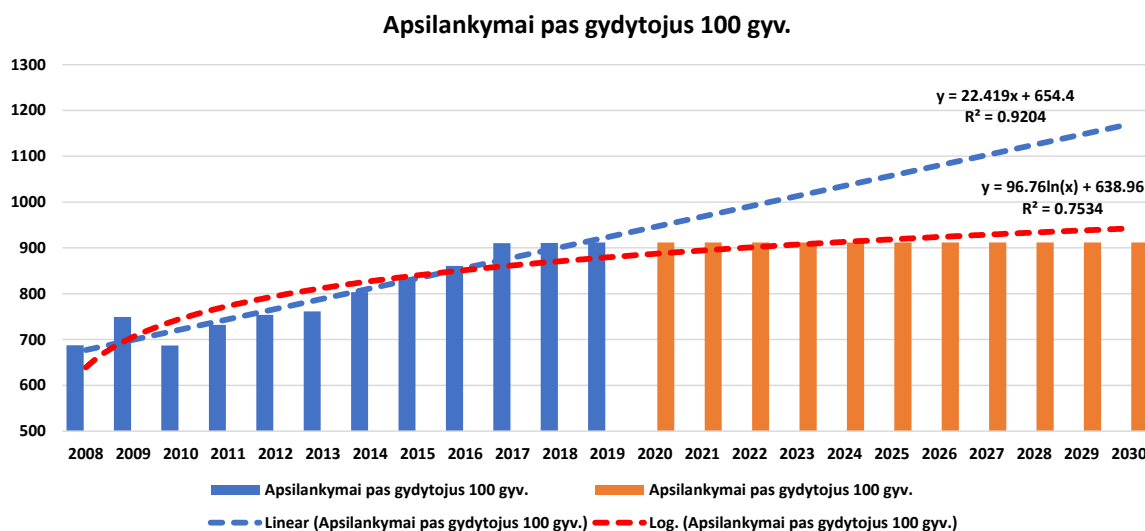
Šaltinis. PSO „Sveikata visiems“ duomenų bazė

2.1.2. Ambulatorinių ir stacionarių paslaugų apimtys prognozė 2020-2030 metams

13-16 paveiksluose ambulatorinių ir stacionarių paslaugų apimtys prognozė atspindėta rusvais stulpeliais. Punktyrine linija pavaizduota sveikatos rodiklių dinamika, jei ateitis formuotųsi išimtinai pagal istoriškai susiformavusias tendencijas. Tai, kad prognozuojama ateitis gerokai skiriasi nuo tiesinės bei logaritminės pastarojo dešimtmečio duomenų ekstrapoliacijos indikuoja, kad viena iš sąlygų prognozei tapti realybe – tikslinė valstybės politika, grindžiama aiškiais tikslais bei apgalvotais teisiniais sprendimais ir vadybiniais, žmogiškaisiais, finansiniais ištekliais.

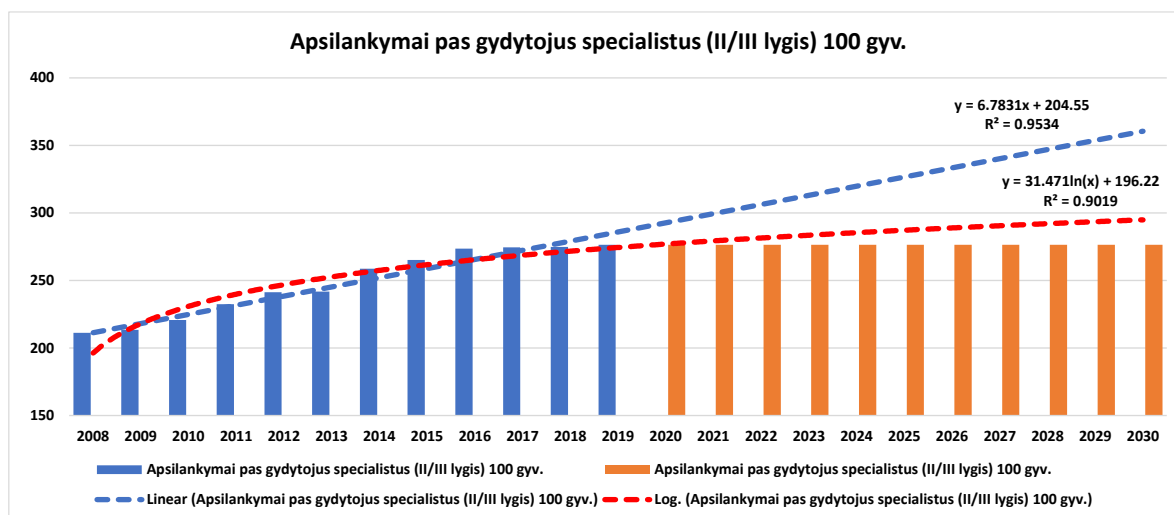
Prognozėje neatspindėtas 2020 metais dėl COVID-19 atsiradęs sveikatos paslaugų kiekio sumažėjimas. Daroma prielaida, kad bent jau 2022 metais pandemijos pasekmės bus neutralizuotos. Kita vertus, dabar situacija palanki paveikti egzistuojančią socialinių procesų inerciją, jei būtų nuspręsta keisti istoriškai susiformavusias tendencijas.

13 paveikslas. Apsilankymai pas gydytojus, 100 šalies gyventojų per metus. Faktas ir prognozė



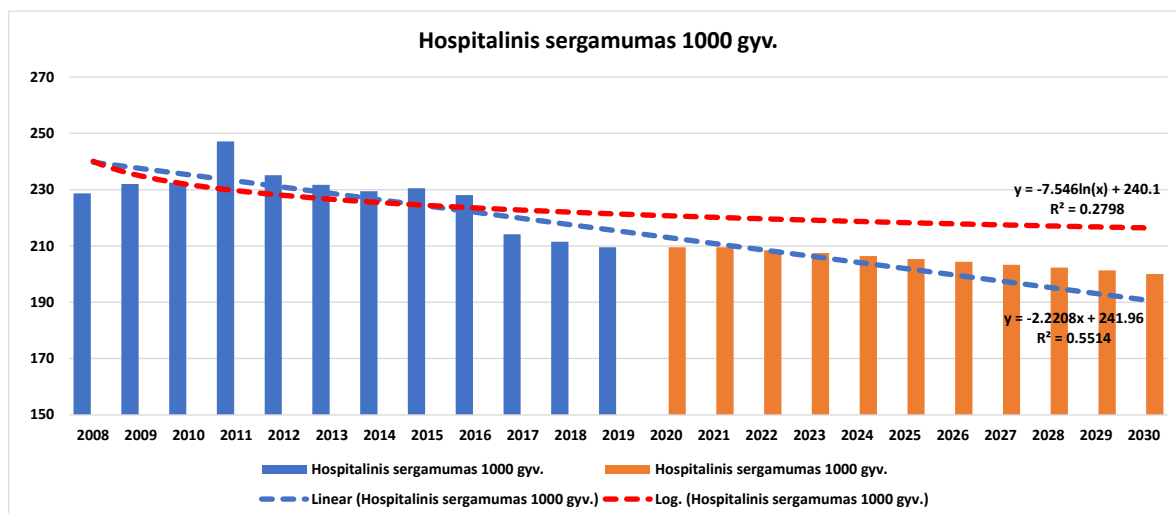
Šaltinis. Higienos institutas

14 paveikslas. Apsilankymai pas gydytojus specialistus (II / III lygio), 100 šalies gyventojų per metus. Faktas ir prognozė



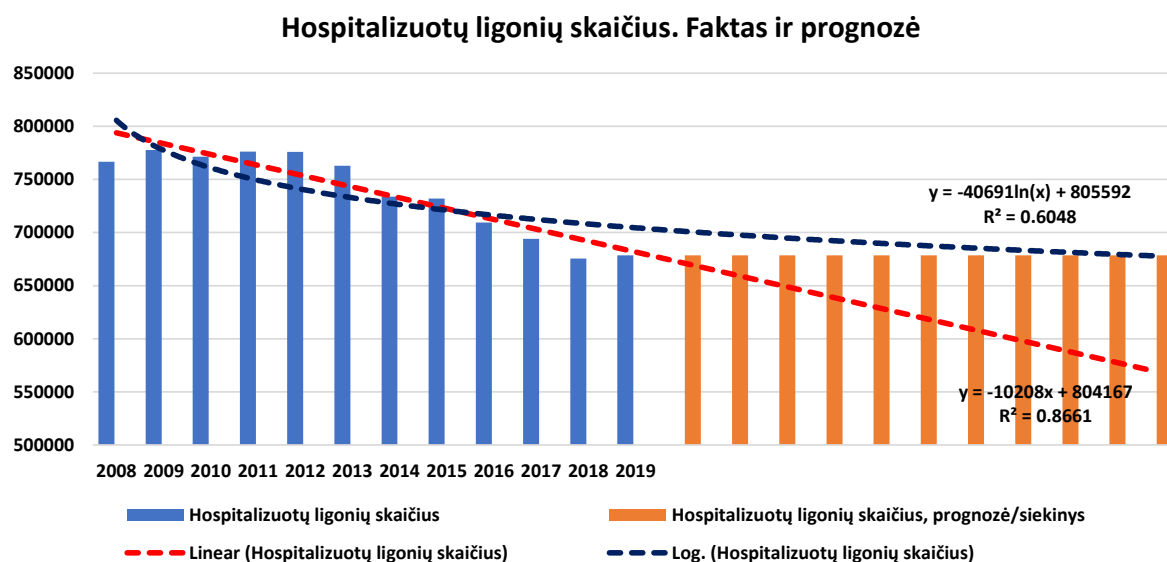
Šaltinis. Higienos institutas

15 paveikslas. Hospitalinis sergamumas, 1000 šalies gyventojų per metus. Faktas ir prognozė



Šaltinis. Higienos institutas

16 paveikslas. Hospitalizuotų ligonių skaičius, viso (be slaugos, reabilitacijos lovų). Faktas ir prognozė



Šaltinis. Higienos institutas

Sveikatos apsaugos paslaugų apimtys prognozė 2020-2030 metams rodo, kad paslaugų apimtis, matuojama natūriniais rodikliais, mažai keisis:

- ambulatorinių paslaugų kiekis (matuojamas apsilankymų pas gydytojus skaičiumi), jei apsilankymų, tenkančių 1 šalies gyventojui per metus, skaičius bus stabilus, pasikeis tiek, kiek ir gyventojų skaičius, t. y. nuo 2020 iki 2030 metų padidės 6,09 procento;
- stacionariųjų paslaugų kiekį (matuojamą hospitalizacijų / išrašymų skaičiumi) 6,09 procento didins gyventojų skaičiaus didėjimas, bet 4,77 procentais mažins saikingai

kintantis metinis hospitalizacijų, tenkančių 100 šalies gyventojų, skaičius, t. y. nuo 2020 iki 2030 metų padidės 1,32 procento;

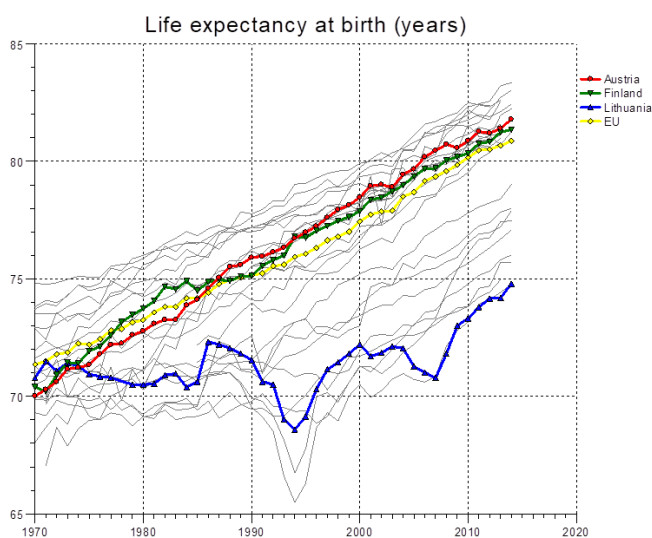
- prognozuojama, kad bendra ambulatorinių paslaugų, matuojamų apsilankymų pas gydytojus skaičiumi, ir stacionariųjų paslaugų, matuojamų hospitalizacijų skaičiumi, apimtis, iki 2030 metų padidės maždaug 3,2 procento.

Autorių atlikta demografinių pokyčių poveikio sveikatos priežiūros paslaugoms prognozė indikavo sveikatos poreikių augimą 2020-2030 metų laikotarpiu 10,97 procento. Šio skaičiaus neatitikinimą vertinimui, gautam matuojant paslaugų kiekį išimtinai apsilankymų pas gydytojus ir hospitalizacijų skaičiumi, iš esmės paaiškina natūrinių rodiklių ribotumas. Rutininė sveikatos duomenų statistika neskiria reta liga sergančio žmogaus, kurio diagnozei nustatyti reikia sudėtingų tyrimų, ir atėjusio profilaktikai pasitikrinti sveiko žmogaus apsilankymų pas gydytoją arba keliomis ligomis su komplikacijomis sergančio garbingo amžiaus žmogaus ir jauno žmogaus, kuriam sveikatos priežiūros paslaugos saugiai ir kokybiškai gali būti suteiktos tiek ligoninėje, tiek ambulatoriškai, hospitalinio gydymo.

2.1.3. Sveikatos paslaugų apimtys būtinos išvengiamam mirtingumui Lietuvoje sumažinti, būsimą gyvenimo trukmę trukmei prailginti

Dabar galiojančios Lietuvos sveikatos strategijos (toliau – LSS) pagrindinis tikslas – pasiekti, kad iki 2025 metų šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Numatyta, kad iki 2025 metų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT) pailgės nuo 2012 metais fiksuoto 74 metų rodiklio iki 77,5 metų. VGT ir daugelis kitų kiekybiškai išmatuojamų siekinių yra esminių sveikatos sektoriaus tikslų (*outcomes*) įgyvendinimo rodikliai. Hospitalizacijų bei apsilankymų pas gydytojus skaičiaus rodikliai visuomenei yra svarbūs tiek, kiek tarnauja sveikesniam ir ilgesniam gyvenimui užtikrinti. Tai rezultato (*outputs*) rodikliai. Nuo 1970 metų Vakarų Europos šalių gyventojų VGT pailgėjo beveik 12 metų, nekintant hospitalizacijų ir apsilankymų pas gydytojus skaičiaus rodikliams.

17 .paveikslas. ES šalių gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė



Šaltinis. PSO duomenų bazė

Paveikslas rodo, kad nedidelės ES šalys, pavyzdžiui, Austrija ir Suomija pastaruosius 50 metų sugebėjo nuosekliai gerinti gyventojų sveikatos lygį. Lietuva gyventojų sveikatos stiprinimo požiūriu dėl susiklosčiusių specifinių politinių aplinkybių prarado beveik 35 metus, bet nuo 2008 metų pradėjo mažinti atsilikimą nuo kaimynų. Prognozėje daroma prielaida, kad Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių artėjimas prie kaimyninių šalių rodiklių tęsis.

Žemiau aprašoma, kaip nuo 2012 iki 2019 metų sekėsi įgyvendinti LSS numatytus tikslus ir aprašomi veiksniai, reikšmingi sveikatinimo pažangai 2020-2030 metais. Sveikatos priežiūros paslaugų kiekio ir struktūros formavimas, būtinas esminiams sveikatos sektoriaus tikslams pasiekti, paliekamas vidutinės trukmės planavimą atliekančioms valstybės institucijoms (pirmiausiai, Valstybinei ligonių kasai) bei sveikatos kvazirinkai, kurioje gydymo įstaigos, vaistų ir medicinos įrangos gamintojai, medikų profesinės sąjungos, pacientai bendradarbiauja, siekdami susitarti, kokių ir kiek sveikatos priežiūros paslaugų vartoti, kaip tas paslaugas kurti.

LSS apibrėžti kiekybiniai gyventojų sveikatos gerinimo siekiniai pateikti 2 lentelėje. Lietuvos Vyriausybė, rengdama LSS, turėjo 2012 metų vėliausius faktinius duomenis. LSS siekiniai buvo formuluojami darant prielaidą, kad Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai gerės sparčiau nei vidutiniškai ES šalių gyventojų, kad Lietuvos rodikliai artės prie vidutinių ES šalių rodiklių.

2 lentelė. LSS numatyti kiekybiniai gyventojų sveikatos lygio gerinimo siekiniai

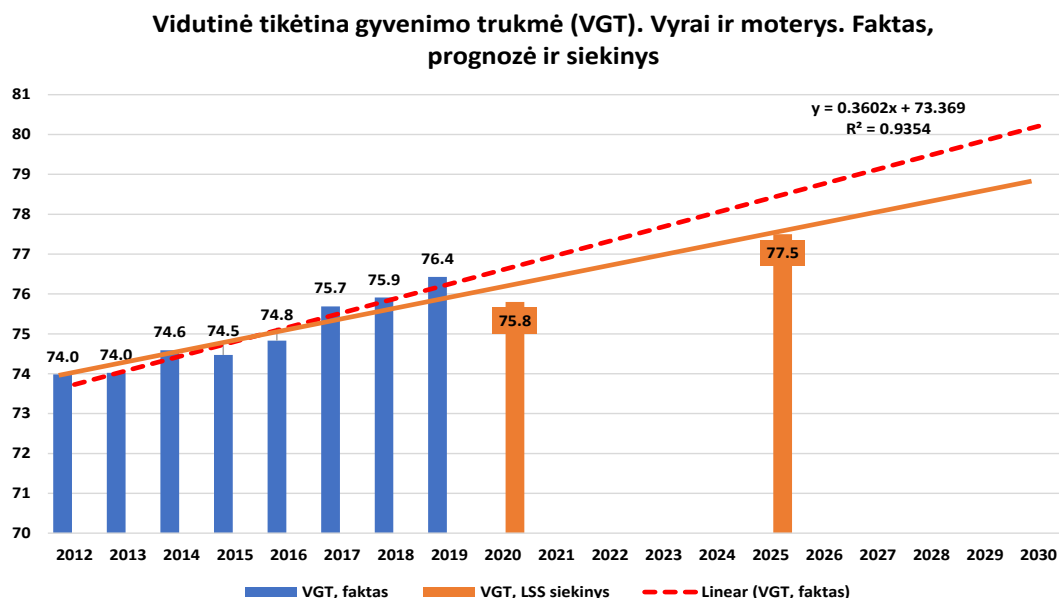
	2012 m.	2020 m.	2025 m.
1. Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT), metais	73,98	75,80	77,50
2. Skirtumo tarp vyrų ir moterų VGT mažinimas, ilgėjant vyrų VGT, metais	11,06	9,50	8,00
3. Mirtingumas dėl savižudybių, 100 tūkst. gyventojų	31,03	19,50	12,00
4. Kūdikių mirtingumas, 1000 gyvų gimusių kūdikių	3,90	ES vidurkis	ES vidurkis
5. Mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų	451,10	368,70	310,40
6. Mirtingumas nuo piktybinių navikų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų	182,10	172,80	165,50
7. Šeimos gydytojų skaičius, 10 tūkst. gyventojų	6,40	7,00	7,54
8. Slaugytojų (įskaitant akušerius), tenkančių vienam gydytojui, skaičius	1,75	2,00	ES vidurkis
9. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, procentais nuo BVP	6,70	7,50	8,00
10. Valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais	65,30	75,00	78,00
11. Išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis tarp einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais	1,10	2,00	3,00

2020 m. spalį iki 2019 metų imtinai turimi faktiniai duomenys užtikrina LSS įgyvendinimo 2012-2019 metais vertinimą. LSS įgyvendinimas bus vertinamas mirtingumo dinamikos (1-6 rodikliai) ir sveikatos išteklių struktūros pokyčių (7-11 rodikliai) aspektais.

Mirtingumo dinamika 2012-2025 metais

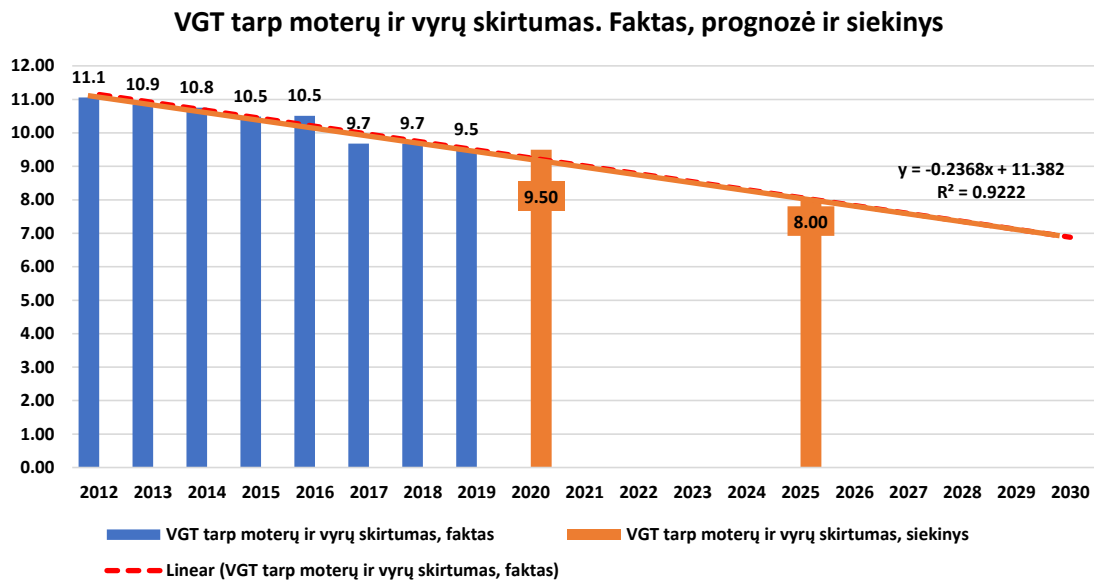
LSS apibrėžė tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės ilginimą pagrindiniu strategijos įgyvendinimo tikslu ir numatė pasiekti, kad 2020 metais Lietuvos gyventojų VGT būtų 75,8 metų, o 2025 metais – 77,5 metų. Tiesė „VGT, LSS siekinys“ iliustruoja reikiamą rodiklio lygį, kad nuosekliai ilgėjanti gyvenimo trukmė atitiktų 2025 metams numatytą siekinį. Melsvais stulpeliais atspindėta nagrinėjamo rodiklio faktinė dinamika rodo, kad Lietuvos gyventojų VGT ilgėja sparčiau, nei numatyta LSS ir jau 2017 metais buvo pasiektas 2020 metams numatytas tikslas. Punktyru pavaizduota nagrinėjamo rodiklio dinamika, jei išliks 2012-2019 metų tendencijos. 2012-2019 metų tendencijų ekstrapoliacija rodo, kad 2025 metais Lietuvos gyventojų VGT gali būti apie 78,5 metų bei viršyti numatytą siekinį vieneriais metais.

18 paveikslas. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Faktas, prognozė ir siekinys



Skirtumas tarp vyrų ir moterų VGT Lietuvoje yra vienas iš didžiausių tarp ES šalių. Rengiant ir tvirtinant LSS buvo aiškiai įvertintos galimybės vyrų gyvenimo trukmę ilginti sparčiau nei moterų, visų pirma, koreguojant rizikingą gyvenseną. Numatyta, kad skirtumas tarp moterų ir vyrų VGT mažės nuo 11,1 metų 2012 metais iki 9,5 metų 2020 bei 8 metų 2020 metais.

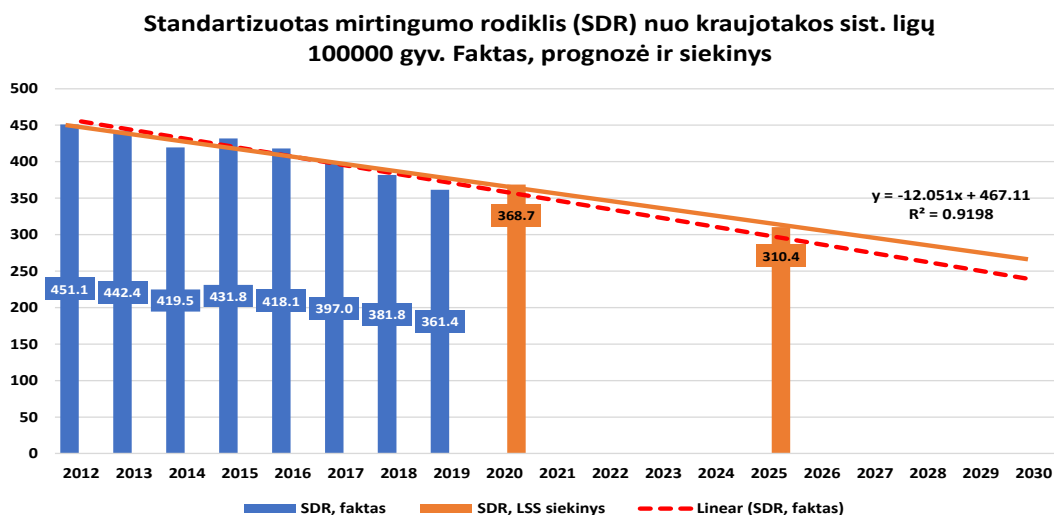
19 paveikslas. Skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės. Faktas, prognozė ir siekinys



Tai, kad nagrinėjamo rodiklio faktinė dinamika (grafike mėlsvi stulpeliai) ir LSS siekinių įgyvendinimą vaizduojanti tiesė sutampa rodo, kad Lietuva pasiekia numatytų tikslų.

Bendrųjų mirtingumo rodiklių teigiamai dinamikai užtikrinti ypač svarbu mažinti mirtingumą dėl kraujotakos sistemos ligų. Tarptautiniai palyginimai rodo, kad pagal šį rodiklį Lietuva nuo ES šalių vidurkio atsilieka beveik 2 kartus. Rezervų valstybė turi ir prevencijos (pvz., rūkymo mažinimo), ir diagnostikos, ir gydymo (pvz.: medikamentinio gydymo reikalavimų tikslesnio laikymosi, pacientų, kuriems pagalba suteikiama „auksinės valandos“ ribose, pilnesnės aprėpties) srityse.

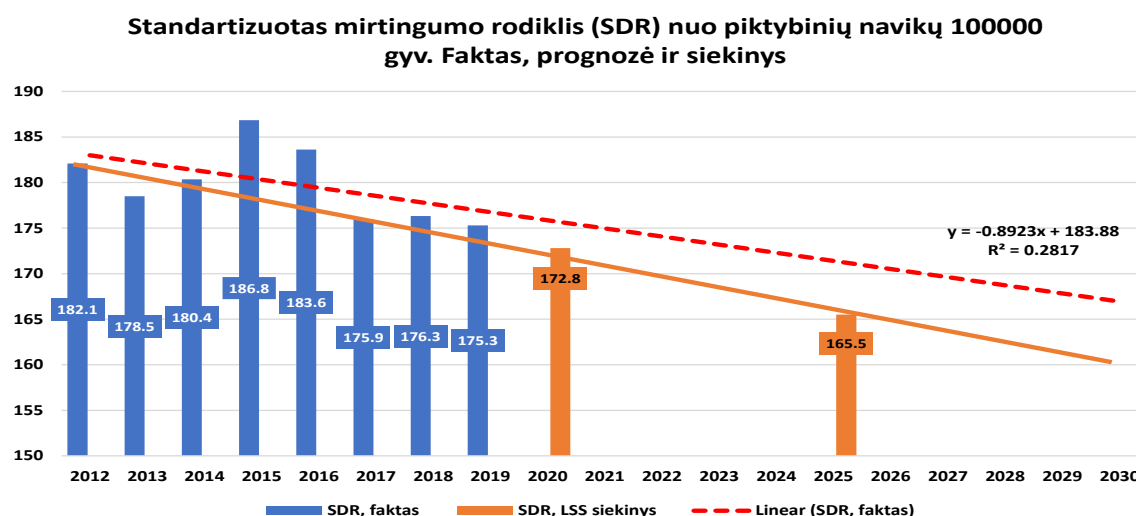
20 paveikslas. Standartizuotas mirtingumo rodiklis dėl kraujotakos sistemos ligų. Faktas, prognozė ir siekinys



LSS numatyta 2020 metais 100 000 šalies gyventojų pasiekti 368,7 standartizuotą mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų rodiklį, 2025 metais – 310,4. Tiesė „SDR, LSS siekinys“ iliustruoja rodiklio lygį, kurį reikia pasiekti, kad nuosekliai mažėjantis mirtingumas 2025 metais atitiktų numatytą siekinį. Melsvais stulpeliais atspindėta nagrinėjamo rodiklio faktinė dinamika rodo, kad Lietuvos gyventojų mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų mažėja kiek sparčiau, nei numatyta LSS. Punktyru pavaizduota nagrinėjamo rodiklio dinamika, jei išliktų 2012-2019 metų tendencijos.

Mirtys dėl piktybinių navikų yra antra pagal dažnumą Europos šalių tarp jų ir Lietuvos gyventojų mirčių priežastis. Rezervų valstybė turi ir prevencijos (pvz.: rūkymo, viršsvorio mažinimo), ir diagnostikos (ypač retų vėžinių susirgimų), ir gydymo (pvz., platesnio inovatyvių gydymo technologijų panaudojimo) srityse. Europos Komisijos iniciatyva „Europa įveikia vėžį“ yra rimtas pagrindas Lietuvai persvarstyti piktybinių navikų prevencijos, diagnostikos, gydymo ir pasveikusiujų socialinės integracijos aspektus.

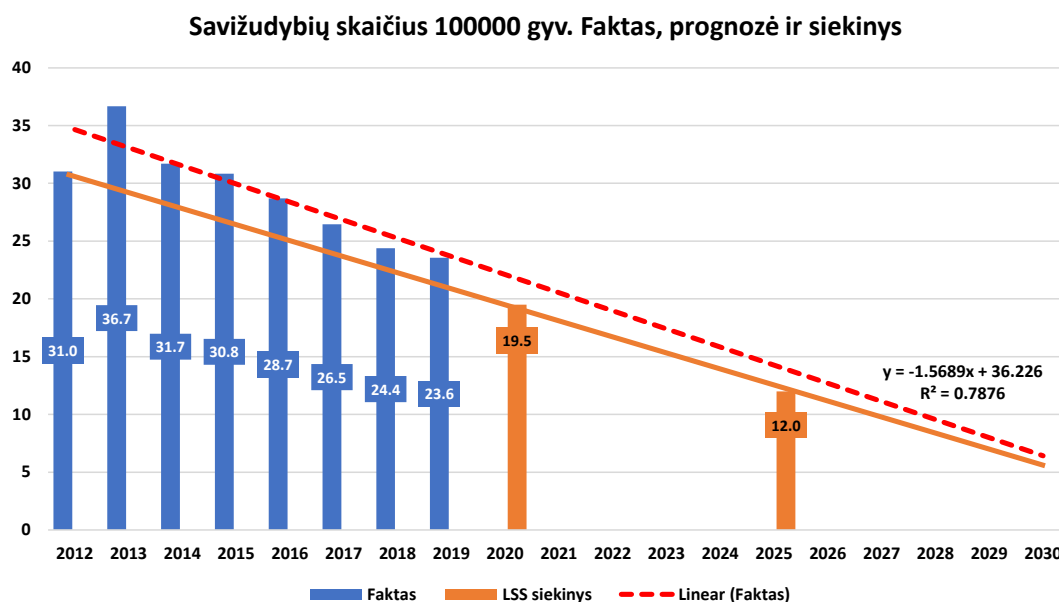
21 paveikslas. *Standartizuotas mirtingumo rodiklis dėl piktybinių navikų. Faktas, prognozė ir siekinys*



LSS numatyta 2020 metais 100 000 šalies gyventojų pasiekti 172,8 standartizuotą mirtingumo dėl piktybinių navikų rodiklį, 2025 metais – 155,5. Tiesė „SDR, LSS siekinys“ iliustruoja rodiklio lygį, kurį reikia pasiekti, kad nuosekliai mažėjantis mirtingumas 2025 metais atitiktų numatytą siekinį. Melsvais stulpeliais atspindėta nagrinėjamo rodiklio faktinė dinamika rodo, kad Lietuvos gyventojų mirtingumas dėl piktybinių navikų mažėja lėčiau nei numatyta LSS. Punktyru pavaizduota nagrinėjamo rodiklio dinamika, jei išliktų 2012-2019 metų tendencijos.

Mirtys dėl išorinių mirties priežasčių yra trečia pagal dažnumą Lietuvos gyventojų mirčių priežastis. LSS nustatyti savižudybių skaičiaus mažinimo siekinius.

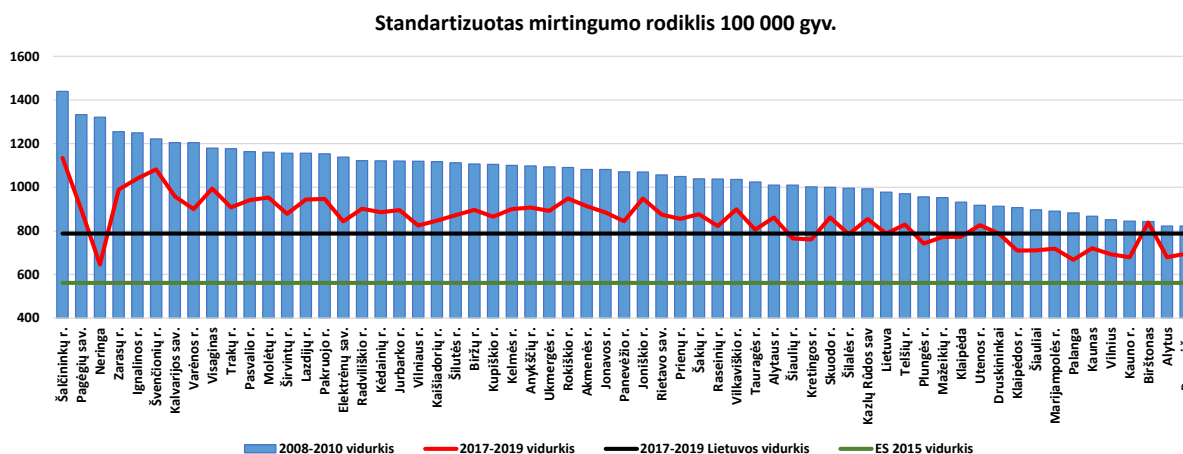
22 paveikslas. Savižudybių skaičius. Faktas, prognozė ir siekinys



LSS numatyta 2020 metais 100 000 šalies gyventojų pasiekti 19,5 mirtingumo dėl savižudybių rodiklį, 2025 metais – 12. Tiesė „LSS siekinys“ iliustruoja rodiklio lygį, kurį reikia pasiekti, kad nuosekliai mažėjantis mirtingumas 2025 metais atitiktų numatytą siekinį. Melsvais stulpeliais atspindėta nagrinėjamo rodiklio faktinė dinamika rodo, kad Lietuvoje mirtingumas nuo savižudybių viršija numatytą LSS. Punktyru pavaizduota nagrinėjamo rodiklio dinamika, jei išliktų 2012-2019 metų tendencijos. Yra tikimybė, kad maždaug 2030 metais tiesė, gauta ekstrapolijuojant 2012-2019 metų duomenis, kirs tiesę, gautą pratęsiant LSS numatytas tendencijas.

Standartizuoto mirtingumo rodiklio netolygumai tarp Lietuvos savivaldybių bei šio rodiklio dinamika 2017-2019 metais, palygti su 2008-2010 metais, pateikiama 23 paveiksle.

23 paveikslas. Standartizuotas mirtingumo rodiklis Lietuvos savivaldybėse



Šaltinis: Higienos institutas, PSO duomenų bazė

23 *paveikslas* duomenys rodo, kad pastarąjį dešimtmetį visoje Lietuvos teritorijoje gyventojų sveikatos rodikliai gerėjo. Standartizuotas mirtingumo rodiklis sumažėjo visose savivaldybėse:

- pažanga Neringos, Vilniaus, Kretingos rajonuose buvo labai sparti, o Šalčininkų, Švenčionių, Molėtų rajonuose – santykinai lėta;
- 16-os savivaldybių gyventojų standartizuotas mirtingumo rodiklis buvo mažesnis nei vidutinis Lietuvos. 9 iš jų yra didžiųjų miestų bei prie jų esančių rajonų bei kurortinių miestų savivaldybės;
- nė viena Lietuvos savivaldybė nagrinėjamu laikotarpiu pagal sveikatos rodiklius, matuojamus standartizuotu mirtingumo rodikliu, nebuvo pasiekusi Europos Sąjungos šalių vidutinio rodiklio lygio.

Siekdami giliau suvokti savivaldybių specifiką, detaliau nagrinėsime skirtingų pagal gyventojų sveikatos potencialą savivaldybių – Kauno ir Panevėžio miestų, Molėtų, Skuodo, Šakių, Šalčininkų, Tauragės, Telšių, Vilniaus rajonų – rodiklius.

Projektuojant sveikatos sistemos plėtrą susirgimų aspektu, LSS akcentuotas:

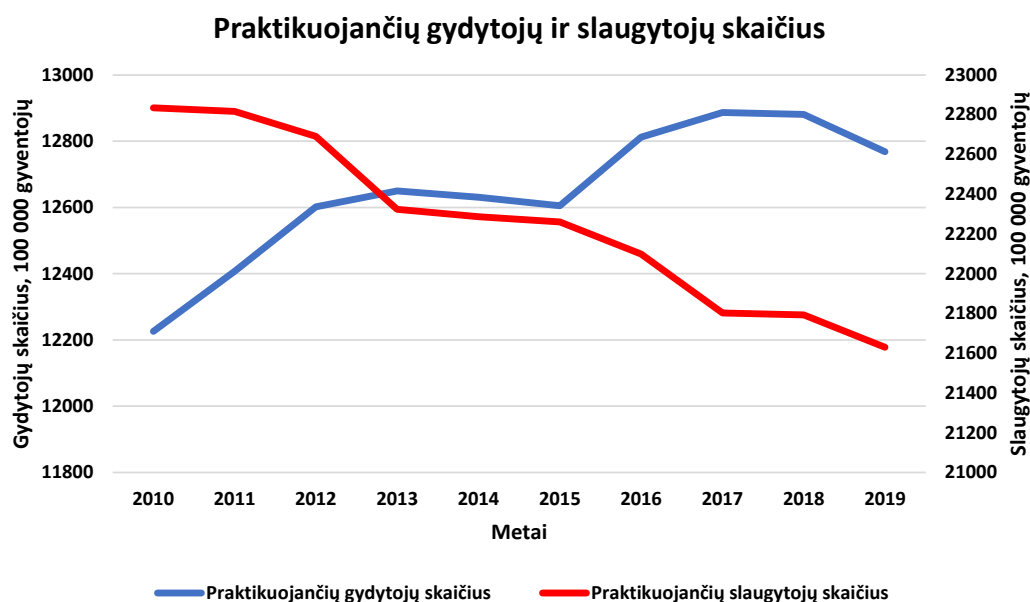
- a) konkrečios ligų grupės lyginamasis svoris mirtingumo ir sergamumo struktūroje;
- b) nuokrypio nuo ES rodiklių lygis. Daryta prielaida, kad pažangos tikimybė didesnė tose srityse, kuriose Lietuvos mirtingumo rodiklių santykinis atsilikimas nuo vidutinių ES šalių rodiklių yra didesnis.

Tikėtina, kad dėl COVID-19 pandemijos mirtingumo rodiklių dinamika koreguosis, bet greičiausiai, net ir įtraukus 2020 metų duomenis, faktinė VGT rodiklio dinamika bus palankesnė nei numatyta LSS. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija 2022-2023 metais turės visapusiškai įvertinti LSS įgyvendino raidą bei parengti sveikatos siekinius 2025-2035 metų Lietuvos sveikatos programai.

2.1.4. Sveikatos išteklių struktūros pokyčiai 2012-2025 metais

LSS numatytas slaugos personalo vaidmens sveikatinimo procese didėjimas, dėl to padaugėtų slaugos paslaugų ir pagerėtų jų kokybė, tai leistų koncentruoti ypač brangius aukščiausios kvalifikacijos darbuotojų (visų pirma, gydytojų) išteklius esminių problemų susirgimų prevencijos, gydymo bei reabilitacijos srityse sprendimui.

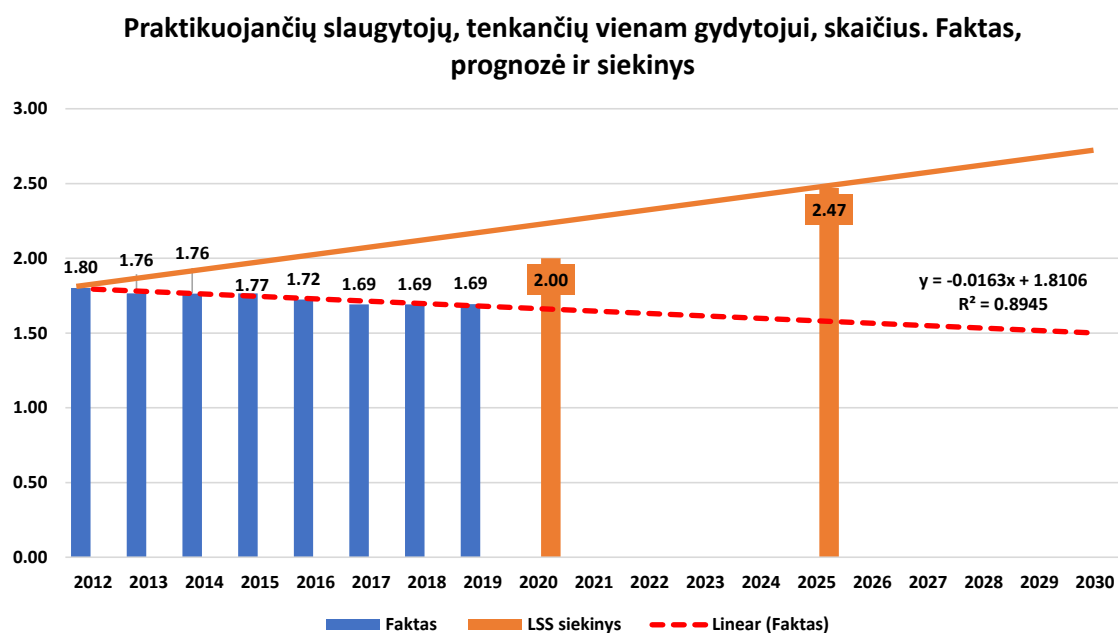
24 paveikslas. *Praktikuojančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus palyginimas*



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

LSS numatyta, kad gydytojų skaičiui liekiant stabiliam, o slaugytojų skaičiui didėjant, 2020 metais vienam gydytojui teks 2,00, o 2025 metais – 2,47 slaugytojo.

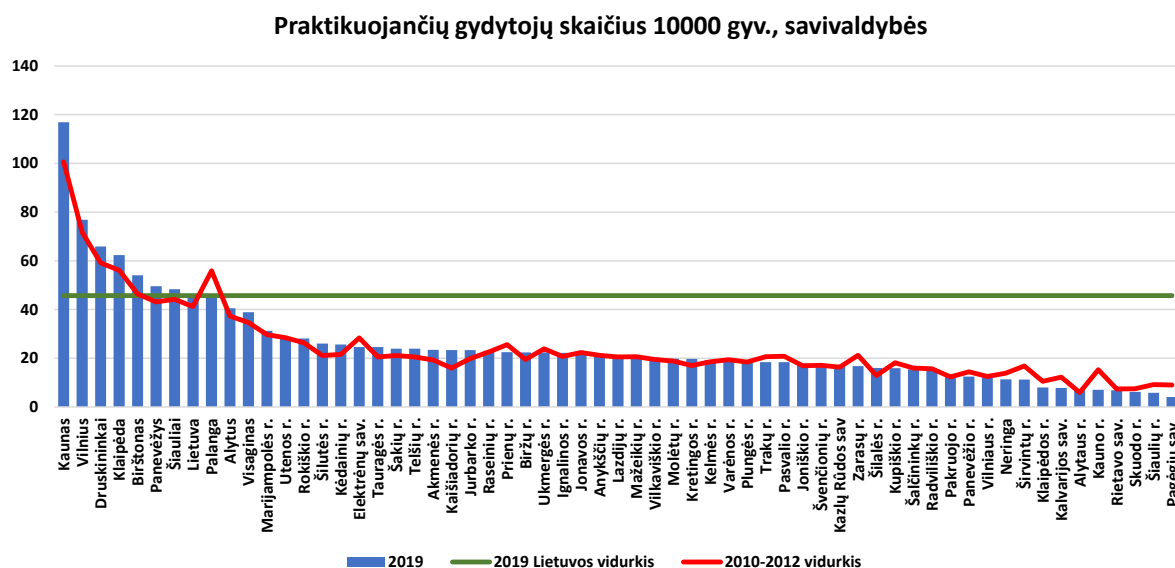
25 paveikslas. *Vienam gydytojui tenkantis praktikuojančių slaugytojų skaičius. Faktas, prognozė ir siekinys*



Kaip matyti 25 paveiksle, faktinis slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykis kito priešinga linkme nei numatyta LSS: nuo 1,8 slaugytojo vienam gydytojui 2012 metais iki 1,69 – 2019 metais. Punktyru pavaizduota nagrinėjamo rodiklio dinamika rodo, kad jei išliks 2012-2019

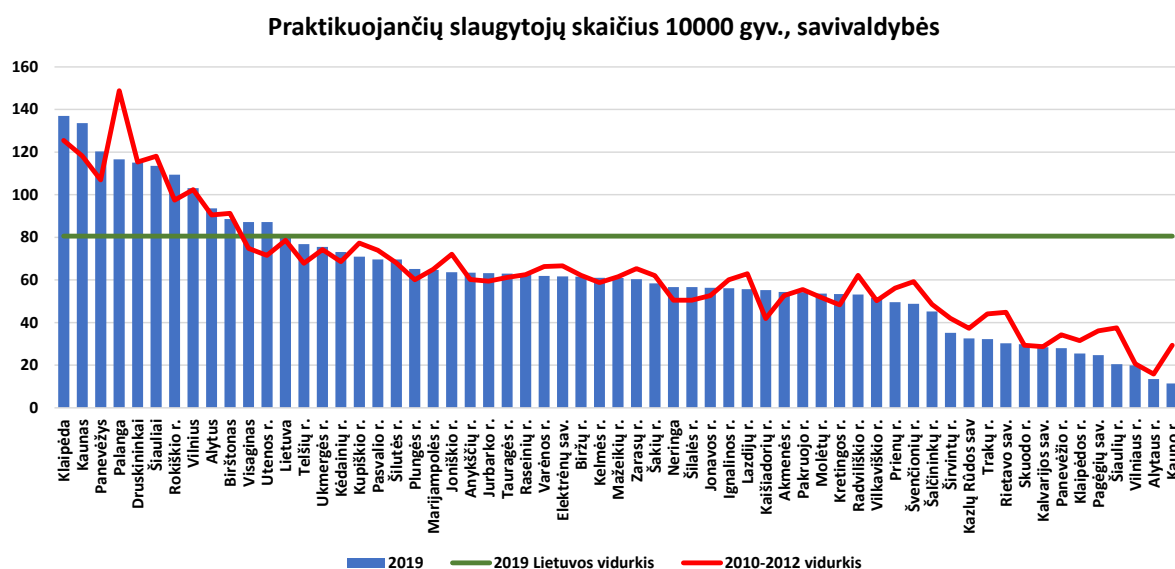
metų tendencijos, be kardinalių tikslinių politinių sprendimų slaugytojų skaičius vienam gydytojui ir toliau mažės ir šis rodiklis tols nuo vidutinio ES šalių rodiklio, juo labiau – nuo Skandinavijos ir Vokietijos rodiklių.

26 paveikslas. Vienam gyventojui tenkantis praktikuojančių gydytojų skaičius pagal savivaldybes



Šaltinis. Higienos institutas

27 paveikslas. Vienam gyventojui tenkantis praktikuojančių slaugytojų skaičius pagal savivaldybes

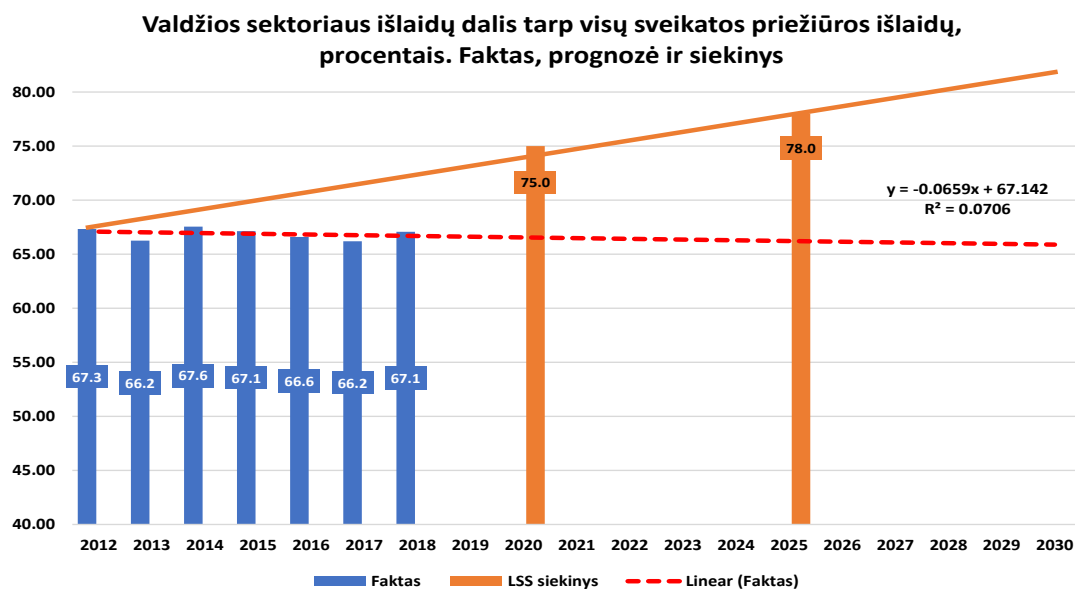


Šaltinis. Higienos institutas

Siekiant, kad slaugytojų daugėtų reikia paskatų sistemos, sukuriančios prielaidas mažėti slaugytojų emigracijai ir judumui iš sveikatos į kitus Lietuvos ekonomikos sektorius, didinti slaugytojų rengimą. Suprantama, kad jei 2021 metais ir būtų papildomai priimta studentų mokytis slaugytojo specialybės, statistikoje tai atsispindėtų tik nuo 2025 metų.

Atsižvelgiant į PSO bei Europos Komisijos ekspertų rekomendacijas, kad aukštesniam gyventojų sveikatos lygiui užtikrinti reikia geresnio sveikatos paslaugų ir medicinos prekių prieinamumo, o pastarajam procesui užtikrinti reikia riboti gyventojų tiesioginius mokėjimus, LSS numatytas siekinys didinti **valdžios sektoriaus išlaidų dalį tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų** nuo 67,3 proc. 2012 m. iki 75 proc. 2020 m. ir 78 proc. 2025 m.

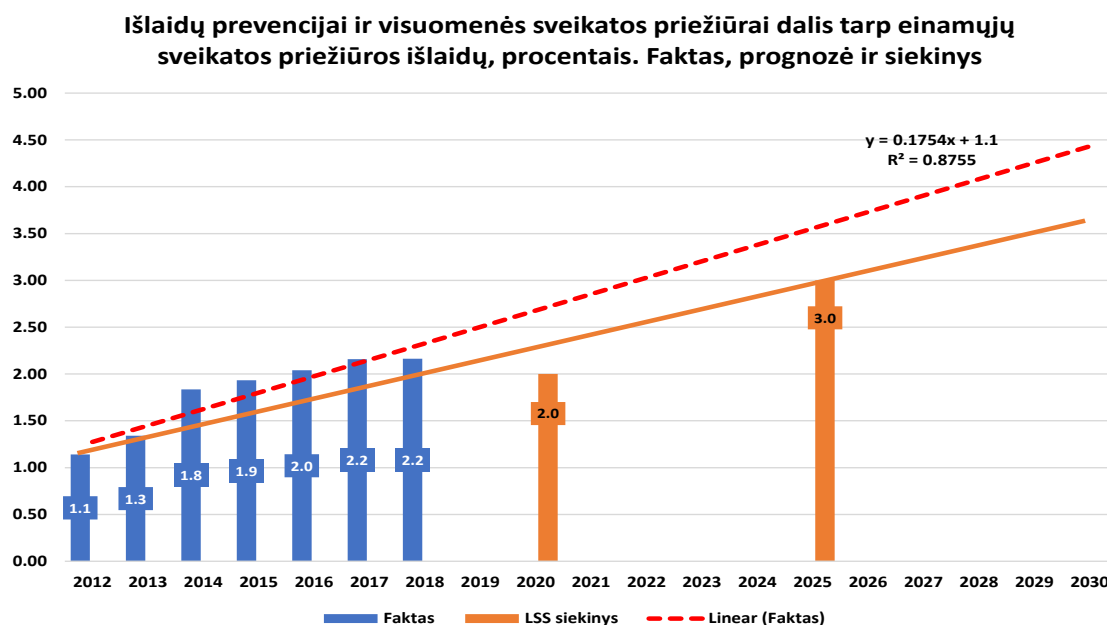
28 paveikslas. *Valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais. Faktas, prognozė ir siekinys*



Kaip matyti 28 paveiksle, faktinė valdžios sektoriaus išlaidų dalis 2013-2018 metais nesikeitė. Punktyru pavaizduota nagrinėjamo rodiklio dinamika rodo, kad jei išliks 2012-2018 metų tendencijos, be kardinalių tikslinių politinių sprendimų esminio viešojo finansavimo dalies tarp visų sveikatos išlaidų padidėjimo, kaip rekomenduoja ES Taryba, nebus.

LR Seimo, patvirtinusio LSS, požiūriu vienas iš esminių sveikatos sistemos efektyvumo didinimo kelių – **išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalies tarp einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų didėjimas.**

29 paveikslas. Išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis tarp einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų. Faktas, prognozė ir siekinys



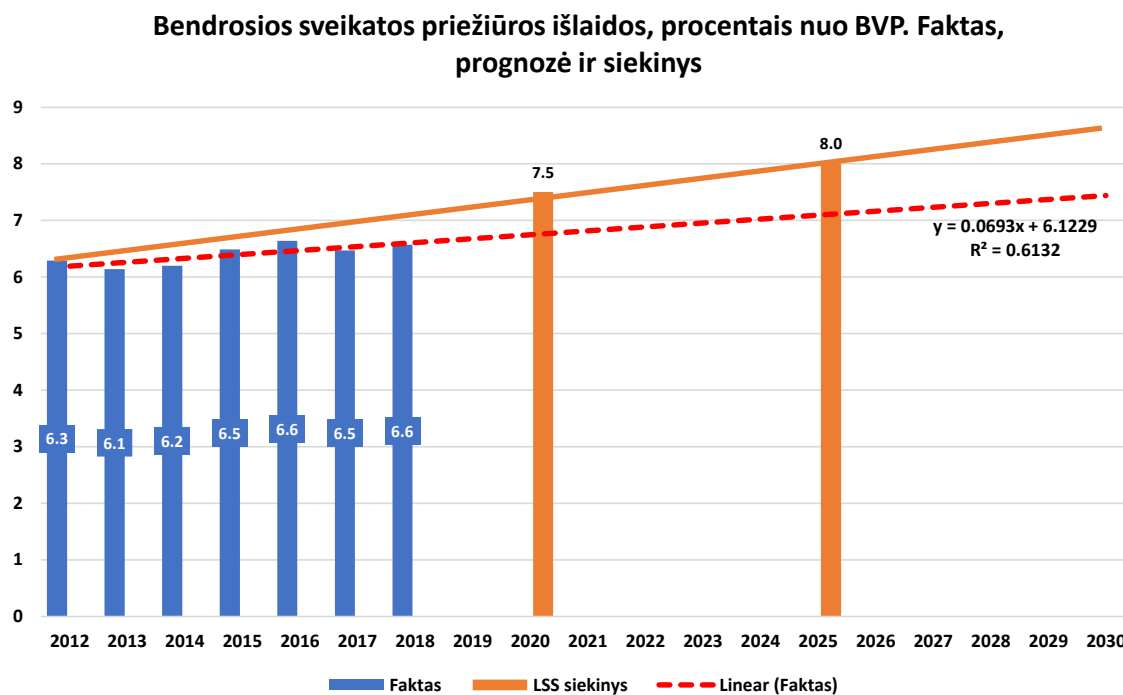
LSS numatytas siekinys – didinti išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalį tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų nuo 1,1 proc. 2012 m. iki 2 proc. 2020 m. ir 3 proc. 2025 m.

Kaip matyti 29 paveiksle, faktinė išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis 2013-2018 metais didėjo sparčiau nei numatyta LSS. 2020 metams numatytas rodiklis buvo pasiektas jau 2016 metais. Tikėtina, kad padidėjusios investicijos į visuomenės sveikatą lėmė spartesnę gyvenimo trukmės ilgėjimą nei numatyta LSS. Punktyru pavaizduota nagrinėjamo rodiklio dinamika rodo, kad jei išliks 2012-2018 metų tendencijos, 2025 metams numatyti tikslai bus pasiekti jau 2021 metais.

Jei 2021 metais prasidės masinė gyventojų vakcinacija nuo COVID-19, ligų prevencijai skirtų lėšų dalis artimiausius 1-2 metus gerokai viršys LSS numatytąją pasiekti 2025 metams.

Aukščiau aprašyto LSS siekinio – didinti valdžios sektoriaus išlaidų dalį tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų – finansinis pagrindas buvo valstybės įsipareigojimas sveikatos priežiūros išlaidas didinti spartesniais nei BVP augimo tempais. LSS numatyta, kad sveikatos išlaidų dalis BVP padidės nuo 6,3 proc. 2012 m. iki 7,5 proc. 2020 m. ir 8 proc. 2025 m.

30 paveikslas. *Bendrosios einamosios sveikatos priežiūros išlaidos procentais nuo BVP. Faktas, prognozė ir siekinys*



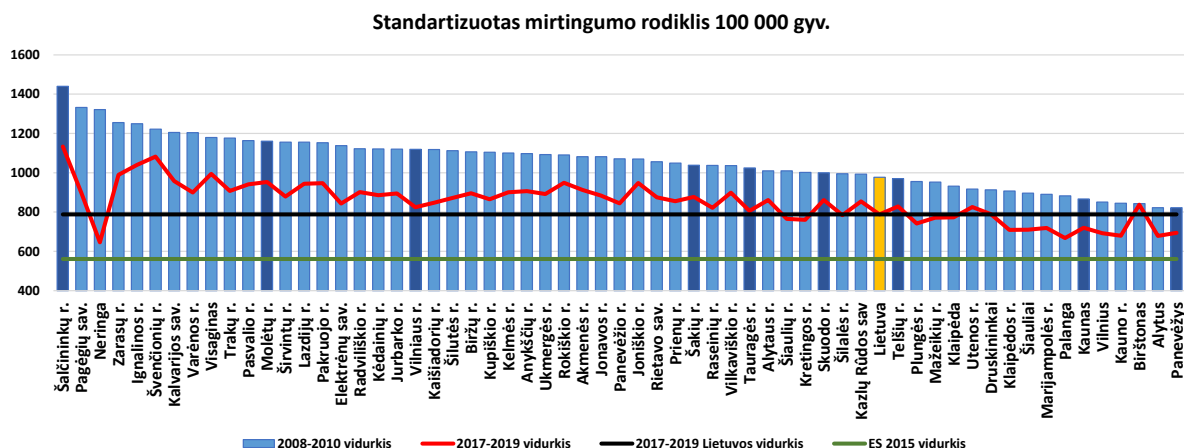
Kaip matyti 30 paveiksle, faktinė *sveikatos išlaidų dalis BVP* 2012-2018 metais didėjo gerokai lėčiau nei numatyta LSS. Punktyru pavaizduota nagrinėjamo rodiklio dinamika rodo, kad jei išliks 2012- 2018 metų tendencijos, 2025 metams numatyti tikslai bus realizuoti po 2030 metų.

Regioninių netolygumų palyginimas

Žemiau aprašoma savivaldybių, turinčių skirtingą gyventojų sveikatos potencialą, vertinamas: standartizuoti mirtingumo, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo savivaldybės gyventojams rodikliai bei sveikatos priežiūros infrastruktūros išvystymo palyginimas. Aprašomi Kauno ir Panevėžio miestai, Molėtų, Skuodo, Šakių, Šalčininkų, Tauragės, Telšių ir Vilniaus rajonai. Šios savivaldybės atrinktos pagal 3 kriterijus:

- standartizuoto mirtingumo rodiklio lygį,
- standartizuoto mirtingumo mažėjimo tempą,
- atstovavimą apskritims.

31 paveikslas. *Standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų. Savivaldybių palyginimas*

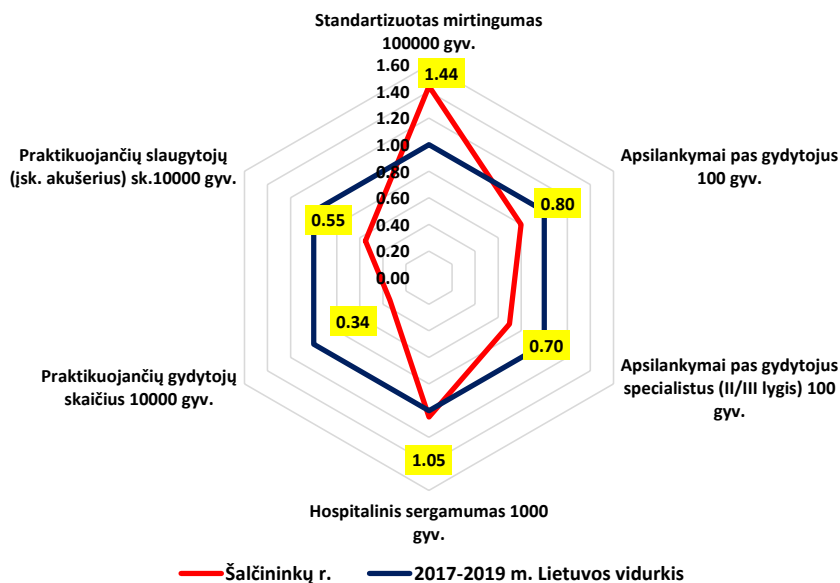


Šaltinis: Higienos institutas, PSO duomenų bazė

Didžiausias šalyje standartizuotas mirtingumo rodiklis registruotas Šalčininkų r. 2008-2010 metais ir 2016-2018 metais. Kita vertus, jis sparčiai mažėja.

32 paveikslas. *Pagrindiniai Šalčininkų rajono gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai*

Savivaldybės mirtingumo, paslaugų teikimo ir išteklių rodiklių palyginimas su Lietuvos vidurkiu, 2017-2019 m. rodiklių vidurkis



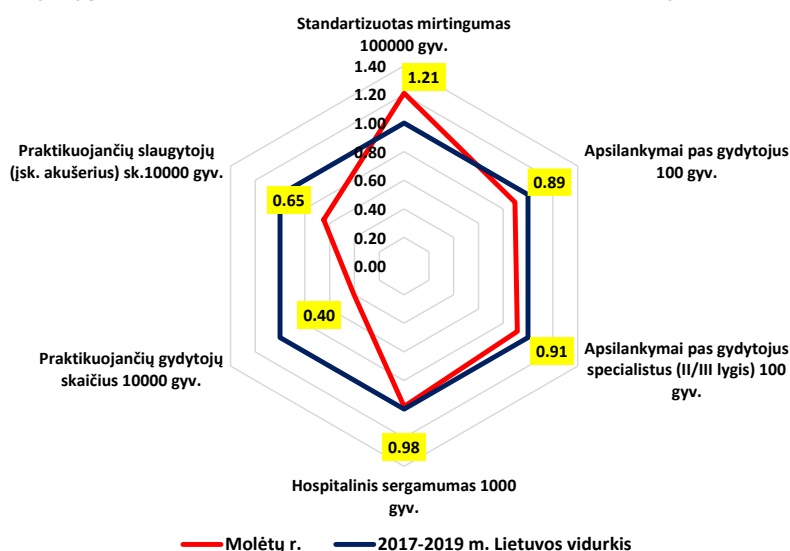
Šaltinis. Higienos institutas

Šalčininkų r. gyventojų mirtingumo rodiklis 1,44 karto viršija vidutinį šalies mastą. Tai, kad vienam šalies gyventojui tenkantis hospitalizacijų skaičius atitinka vidutinį šalies rodiklį, o apsilankymų pas gydytojus skaičius tesiekia 70-80 procentų jo, rodo ambulatorinių paslaugų prieinamumo problemišumą ir atspindi paslaugų pasiūlos trūkumus.

Molėtų r. gyventojų standartizuotas mirtingumo rodiklis yra 1,21 karto aukštesnis nei vidutinis Lietuvos. Nuo vidutinių Molėtų r. rodikliai atsilieka pagal sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą ir pasiūlą. Molėtų r. savivaldybė tarp visų vertintų savivaldybių per dešimtmetį padarė mažiausią pažangą mažindama gyventojų mirtingumą. Tikėtina, kad meškos paslaugą padarė didelis dėmesys stacionariųjų paslaugų „optimizavimui“, primirštant kertinius gyventojų sveikatos poreikius.

33 paveikslas. Pagrindiniai Molėtų rajono gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai

Savivaldybės mirtingumo, paslaugų teikimo ir išteklių rodiklių palyginimas su Lietuvos vidurkiu, 2017-2019 m. rodiklių vidurkis



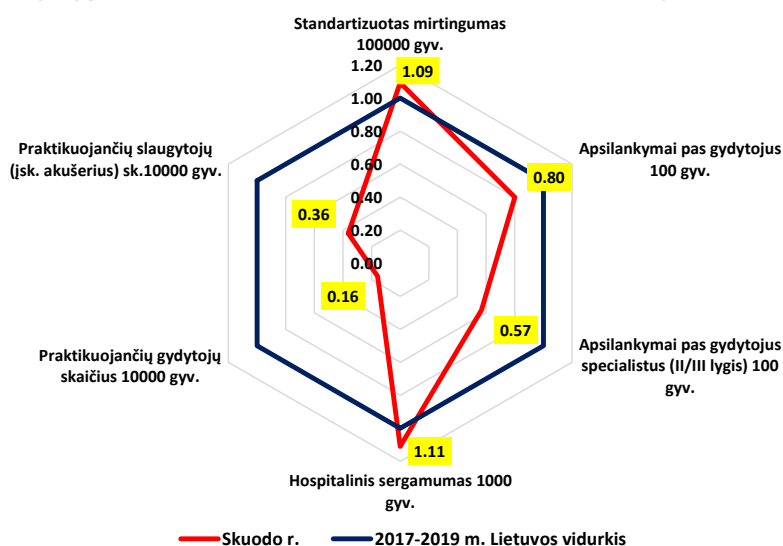
Šaltinis. Higienos institutas

Skuodo r. gyventojų standartizuotas mirtingumo rodiklis 1,09 karto aukštesnis nei vidutinis Lietuvos. Šio rajono rodikliai nuo vidutinių atsilieka daugiau nei kitų vertintų savivaldybių pagal ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą ir pasiūlą, bet 1,11 karto viršija vidutinius pagal hospitalizacijų skaičių. Skuodo r. savivaldybė „delegavo“ stacionariųjų paslaugų valdymą Klaipėdos miesto ligoninei. Santykinai aukštas stacionariųjų paslaugų vartojimo rodiklis yra argumentas „eksperimento“ naudai, o santykinai mažas ambulatorinių kontaktų skaičius rodo galimus šių pokyčių trūkumus.

Tikėtina, kad šiai savivaldybei meškos paslaugą padarė didelis dėmesys stacionariųjų paslaugų „optimizavimui“, primirštant kertinius gyventojų sveikatos poreikius.

34 paveikslas. *Pagrindiniai Skuodo rajono gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai*

Savivaldybės mirtingumo, paslaugų teikimo ir išteklių rodiklių palyginimas su Lietuvos vidurkiu, 2017-2019 m. rodiklių vidurkis

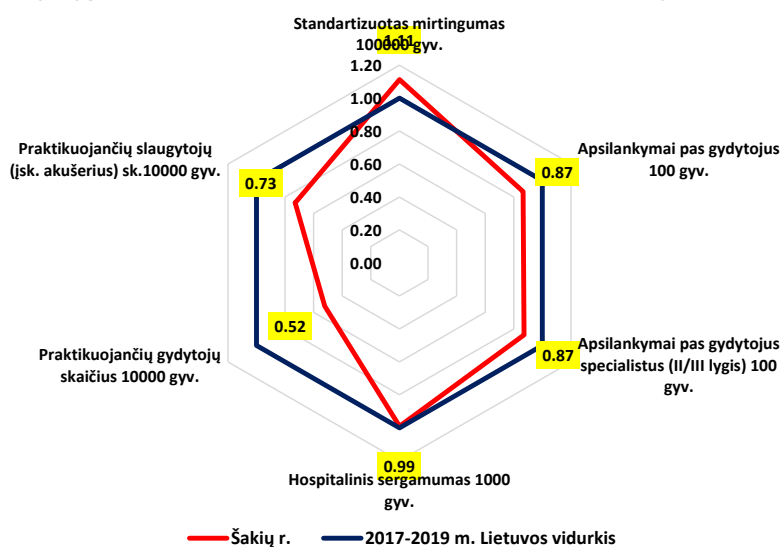


Šaltinis. *Higienos institutas*

Šakių r. gyventojų standartizuotas mirtingumo rodiklis 1,11 karto aukštesnis nei vidutinis Lietuvos. Rajono, kaip vidutinio dydžio kaimiškos savivaldybės, rodikliai atsilieka nuo vidutinių šalies mastu pagal ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą ir pasiūlą.

35 paveikslas. *Pagrindiniai Šakių rajono gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai*

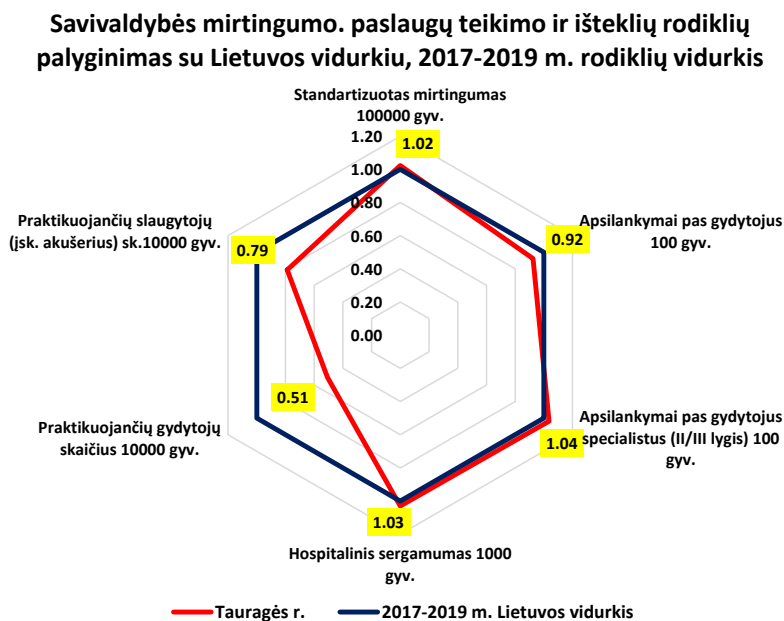
Savivaldybės mirtingumo, paslaugų teikimo ir išteklių rodiklių palyginimas su Lietuvos vidurkiu, 2017-2019 m. rodiklių vidurkis



Šaltinis. *Higienos institutas*

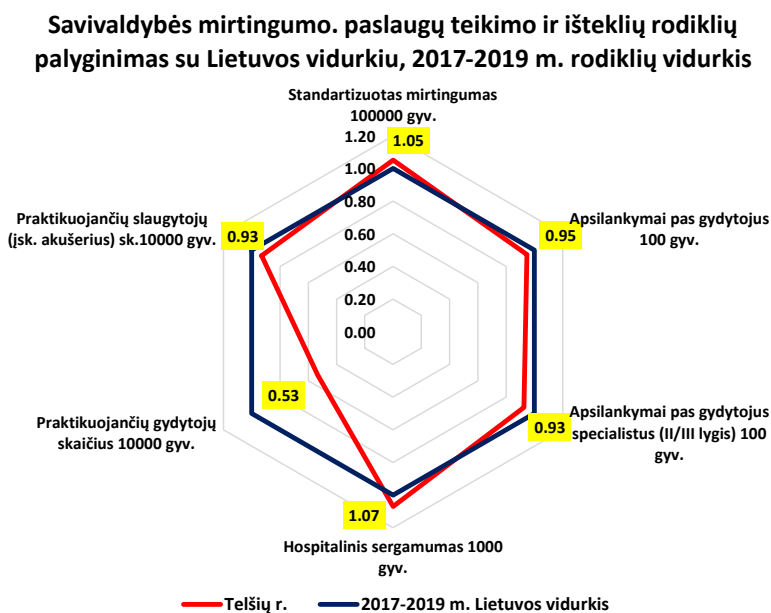
Ketrios aukščiau aprašytos savivaldybės yra kaimiški rajonai 50-100 km atstumu nutolę nuo respublikinio lygio sveikatos centrų. Žemiau pateikiama informacija apie kaimiškų rajonų, kurie yra apskričių centrai, gyventojų sveikatos būklę.

36 paveikslas. Pagrindiniai Tauragės rajono gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai



Šaltinis. Higienos institutas

37 paveikslas. Pagrindiniai Telšių rajono gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai

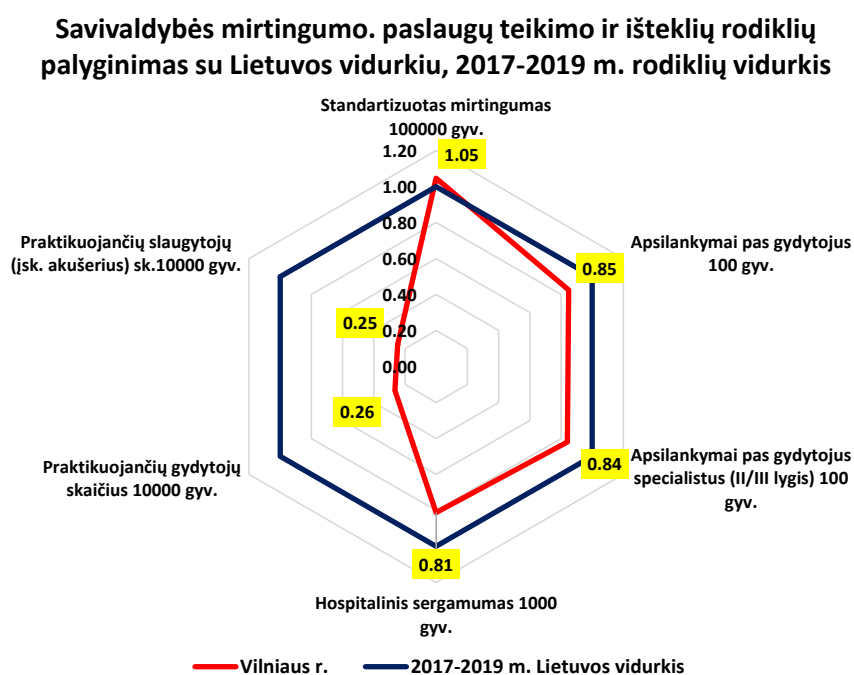


Šaltinis. Higienos institutas

Tauragės r. ir Telšių r. standartizuoti mirtingumo, paslaugų vartojimo ir slaugytojų skaičiaus rodikliai artimi vidutiniams Lietuvos rodikliams. Gydytojų skaičiumi nuo vidurkio atsilieka maždaug du kartus.

Vilniaus r. gyventojų standartizuotas mirtingumo rodiklis 1,05 karto aukštesnis nei vidutinis Lietuvos. Rajono rodikliai nuo vidutinių atsilieka pagal sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlą, tai lemia stacionariųjų paslaugų teikimo galimybės nebuvimas savivaldybės teritorijoje. Vilniaus r. savivaldybė per dešimtmetį padarė didžiausią pažangą tarp vertintų savivaldybių mažinant mirtingumą. Tikėtina, kad teigiamus pokyčius lėmė padidėjęs Vilniaus m. gydymo įstaigų dėmesys rajono gyventojams bei miesto gyventojų kėlimasis gyventi į rajoną.

38 paveikslas. *Pagrindiniai Vilniaus rajono gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai*

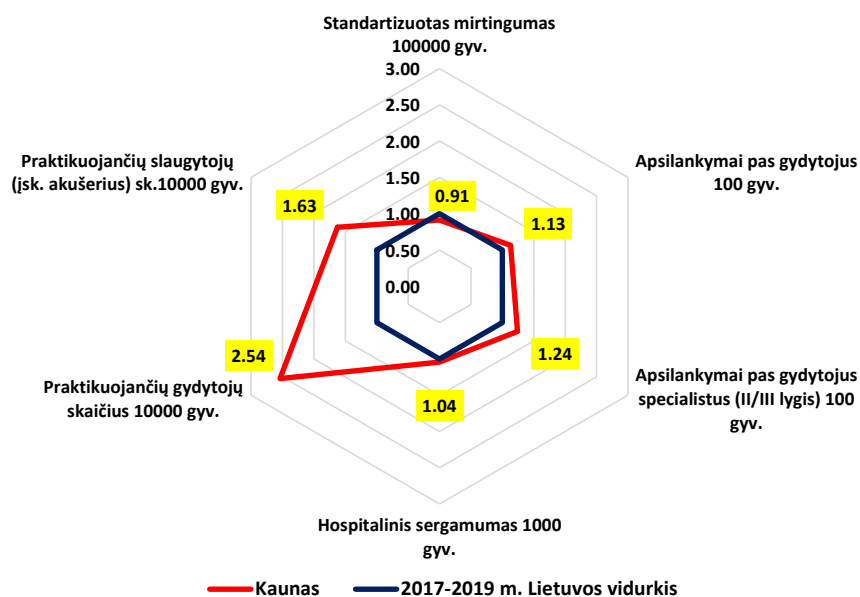


Šaltinis. Higienos institutas

Kauno m. gyventojų standartizuotas mirtingumo rodiklis 9 proc. žemesnis nei vidutinis Lietuvos. Miesto rodikliai vidutinius šalies rodiklius lenkia pagal sveikatos priežiūros paslaugų pasiūlą ir vartojimą, tai lemia stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų teikėjų gausa bei teikiamos universitetinio lygmens sveikatos priežiūros paslaugos.

39 paveikslas. *Pagrindiniai Kauno miesto gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai*

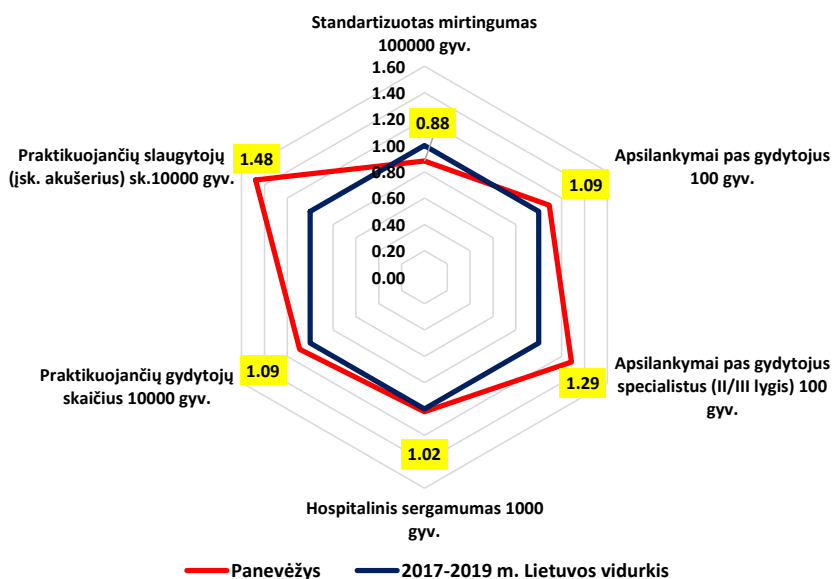
Savivaldybės mirtingumo, paslaugų teikimo ir išteklių rodiklių palyginimas su Lietuvos vidurkiu, 2017-2019 m. rodiklių vidurkis



Šaltinis. Higienos institutas

40 paveikslas. *Pagrindiniai Panevėžio miesto gyventojų sveikatos, sveikatos priežiūros išteklių ir paslaugų teikimo rodikliai*

Savivaldybės mirtingumo, paslaugų teikimo ir išteklių rodiklių palyginimas su Lietuvos vidurkiu, 2017-2019 m. rodiklių vidurkis



Šaltinis. Higienos institutas

Panevėžio m. gyventojų standartizuotas mirtingumo rodiklis 12 proc. žemesnis nei vidutinis Lietuvos. Miesto rodikliai vidutinius šalies mastu lenkia pagal sveikatos priežiūros

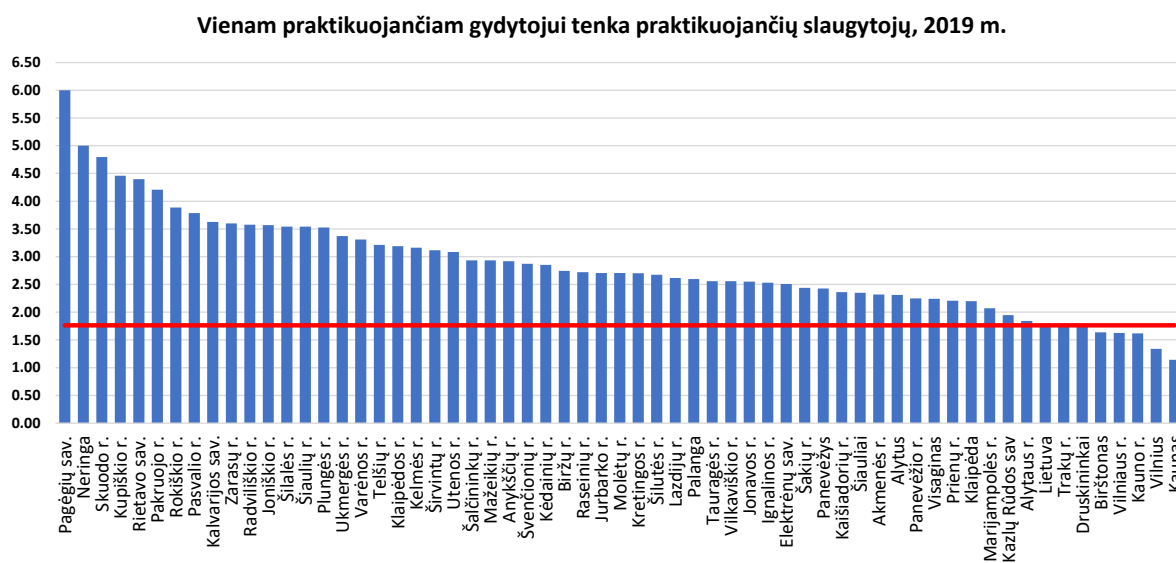
paslaugų pasiūlą ir vartojimą, tai lemia stacionariųjų ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų gausa.

2020-2030 metų laikotarpiu Lietuva turės spręsti dvejopą uždavinį:

- 1) pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugumą ir sumažinti laukimo eiles, nes visų Lietuvos savivaldybių gyventojų mirtingumo rodikliai aukštesni nei ES šalių gyventojų vidutinis standartizuotas mirtingumo rodiklis;
- 2) siekti gyventojų sveikatos skirtumų tarp savivaldybių mažinimo: kaimiškų savivaldybių gyventojų sveikatos rodikliai turi gerėti sparčiau nei didžiųjų miestų ir priemiestinių rajonų gyventojų.

Turi keistis ne tik savivaldybėse teikiamų paslaugų kiekis, bet ir jų teikimo technologija. Dabartinė padėtis, kai Kaune vienam gydytojui tenka 1,14 slaugytojo. o kaimiškuose rajonuose apie 4 slaugytojus (žr. 41 paveikslą), kažin ar atitinka optimalius sveikatinimo politikos principus.

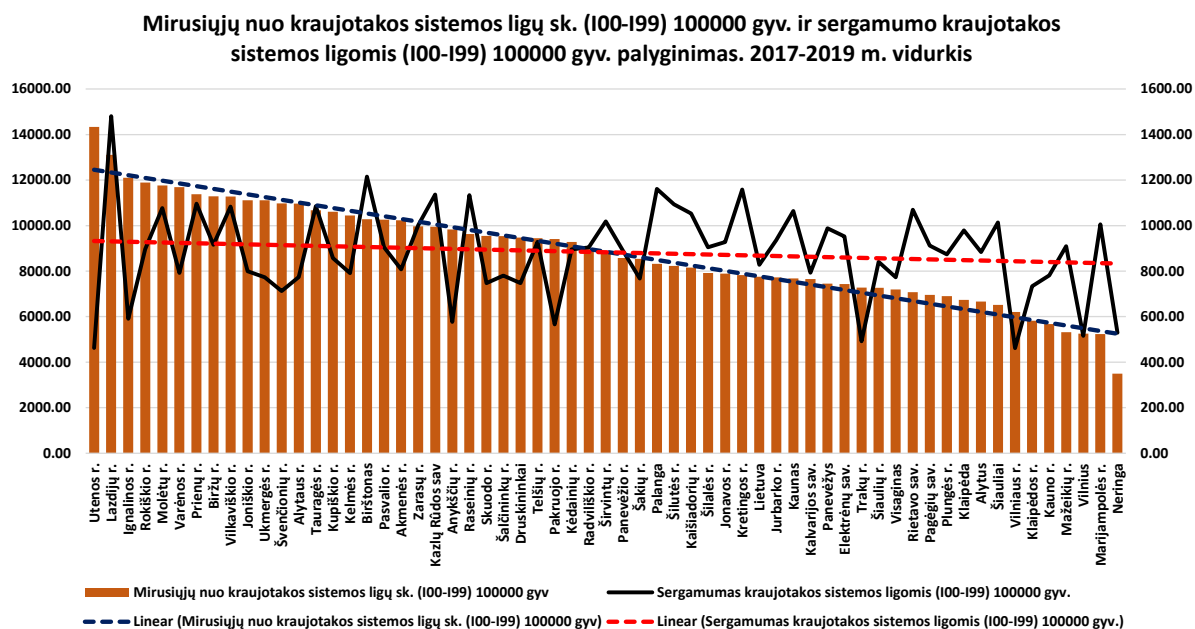
41 paveikslas. Vienam praktikuojančiam gydytojui tenka praktikuojančių slaugytojų, 2019 m.



Šaltinis. Higienos institutas

Kaip rodo 42 paveikslo duomenys, sergamumo kraujotakos sistemos ligomis rodikliai visų Lietuvos savivaldybių panašūs, o mirtingumo rodikliai gerokai aukštesni kaimiškų rajonų savivaldybių.

42 paveikslas. Mirusiųjų ir sergamumo nuo kraujotakos sistemos ligų 100 tūkst. gyventojų palyginimas

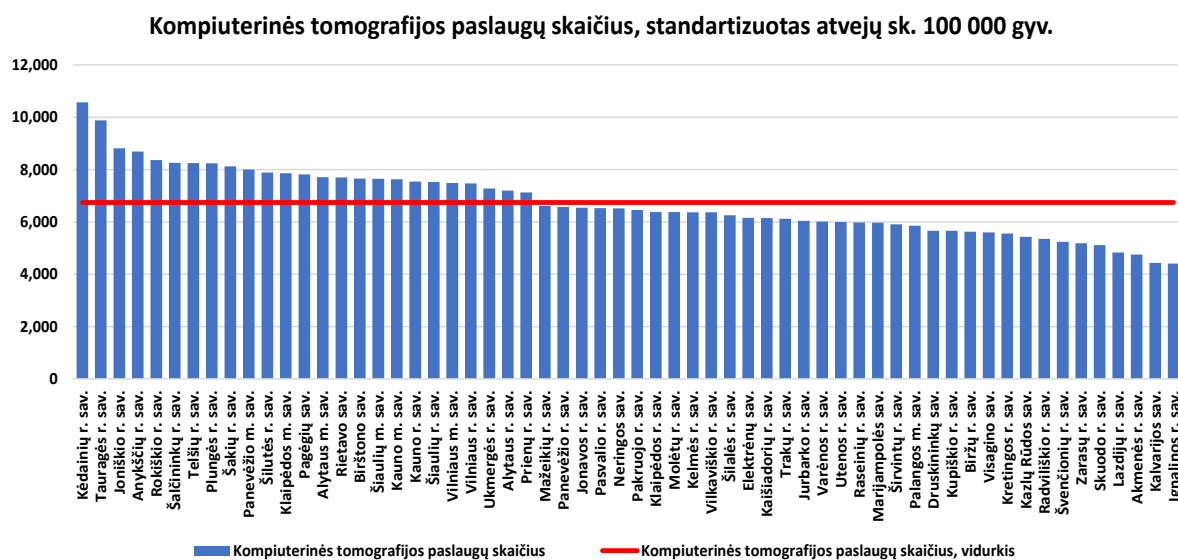


Šaltinis. Higienos institutas

Regioniniai detalizuotų paslaugų vartojimo skirtumai

Valstybinės ligonių kasos duomenų analizė įgalina detaliau aprašyti sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą. Žemiau pateikiama vienos diagnostinės ir dviejų gydomųjų paslaugų vartojimo savivaldybių lygmeniu apžvalga.

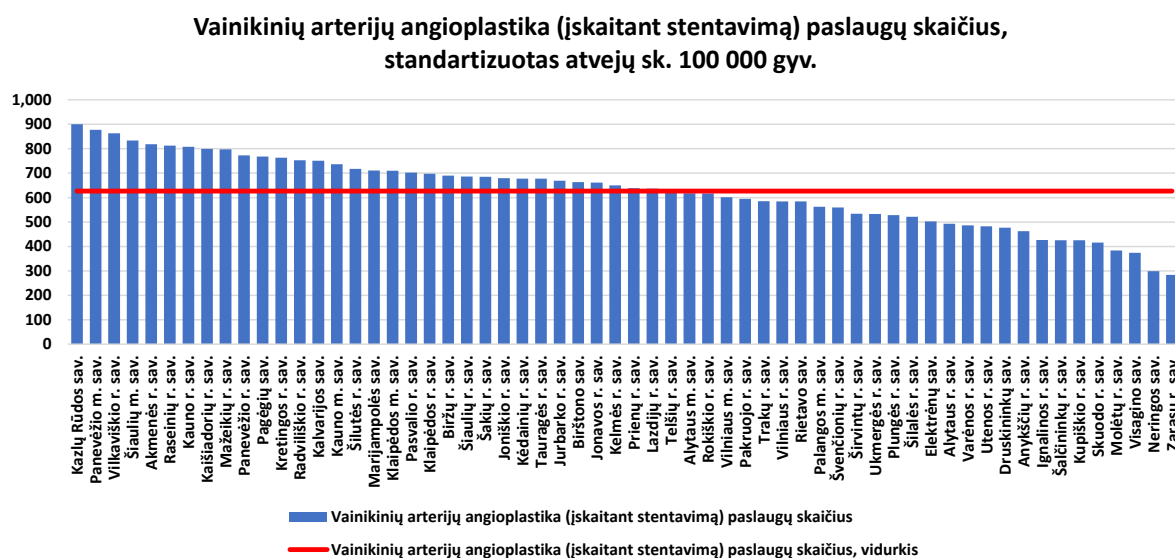
43 paveikslas. Kompiuterinės tomografijos paslaugos. Paslaugų, standartizuotų pagal amžių ir perskaiciuotų pagal PASP įstaigose prisirašiusių gyventojų skaičių, palyginimas pagal savivaldybes



Šaltinis. VLK pateikti duomenys

Trijų mažiausiai kompiuterinės tomografijos paslaugų teikusių savivaldybių vidutinis rodiklis nuo trijų daugiausiai šių paslaugų teikusių savivaldybių vidutinio rodiklio skiriasi 2,15 karto. Pastebėtina, kad mažiausiai KT paslaugų gauna rajonų, kuriuose pastaraisiais metais labai žymiai sumažintas ligoninėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas, gyventojai.

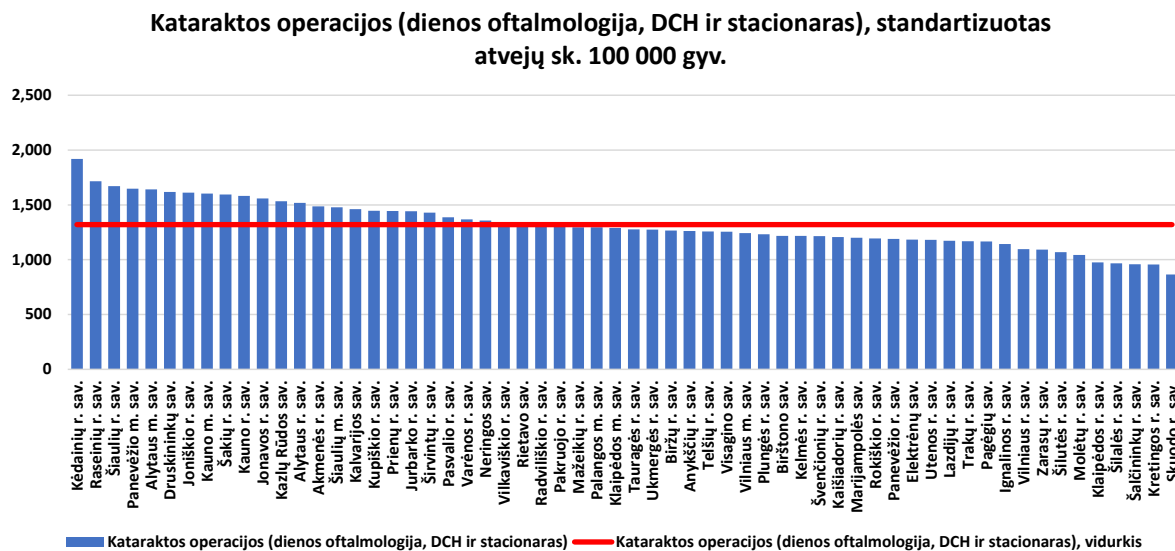
44 paveikslas. *Vainikinių arterijų angioplastika. Paslaugų, standartizuotų pagal amžių ir perskaičiuotų pagal PASP įstaigose prisirašiusių gyventojų skaičių, palyginimas pagal savivaldybes*



Šaltinis. VLK pateikti duomenys

Trijų mažiausiai vainikinių arterijų angioplastikos paslaugų teikusių savivaldybių vidutinis rodiklis nuo trijų daugiausiai šių paslaugų teikusių savivaldybių vidutinio rodiklio skiriasi 2,76 karto. Pastebėtina, kad mažiausiai angioplastikos paslaugų gauna nuo respublikinio lygio gydymo įstaigų nutolusių rajonų gyventojai ir rajonų, kuriuose pastaraisiais metais labai žymiai sumažintas ligoninėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas, gyventojai. Svarstyta galimybė derėtis su Latvijos Respublika dėl paslaugų Zarasų gyventojams teikimo Daugpilio ligoninėje.

45 paveikslas. Kataraktos operacijos. Paslaugų, standartizuotų pagal amžių ir perskaičiuotų pagal PASP įstaigose prisirašiusių gyventojų skaičių, palyginimas pagal savivaldybes



Šaltinis. VLK pateikti duomenys

Trijų mažiausiai kataraktos operacijų paslaugų teikusių savivaldybių vidutinis rodiklis nuo trijų daugiausiai šių paslaugų teikusių savivaldybių vidutinio rodiklio skiriasi 1.9 karto. Mažiausiai kataraktos operacijų atliekama Klaipėdos apskrityje, tai rodo šios problemos regioninio sprendimo aspekto aktualumą.

2.2. Planinių paslaugų eilės

Sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių valdymas aprašytas 2018 m. lapkričio 16 d. Valstybės audito ataskaitoje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“ Nr. VA-2018-P-10-1-10.

Lietuvos gyventojų (55 proc. respondentų) nuomone pagrindinė asmens sveikatos priežiūros problema yra didelės eilės. Iš vertintų teikiamų paslaugų – šeimos gydytojo, II lygio specialistų, stacionaro ir dienos chirurgijos – daugiau nei 60 proc. gyventojų dienos chirurgijos ir stacionaro paslaugų laukimo laiką vertina gerai arba labai gerai. Blogiausiai gyventojai įvertino gydytojų specialistų II lygio konsultacinių paslaugų prieinamumą. Daugiau nei pusė respondentų (54 proc.) patenkinamai arba blogai vertina ir galimybę norimu laiku patekti pas šeimos gydytoją. Palyginę 2017 ir 2010 metų tyrimo duomenis matome, kad šių paslaugų prieinamumo vertinimas blogėjo.

2017 metais Valstybės kontrolės užsakymu atlikto tyrimo duomenimis beveik penktadalis respondentų (18 proc.) nurodė, kad vizito pas šeimos gydytoją laukė ilgiau nei 2 savaites (10 darbo dienų). Beveik trečdaliui (28 proc.) vizito pas gydytoją specialistą dėl II lygio konsultacinių paslaugų teko laukti ilgiau nei 30 darbo dienų. Tik 15 proc. specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšių (11 iš 71 VLK stebimų) gyventojams suteikiama greičiau nei per 31 dieną.

Poreikis patekti pas gydytoją ar tyrimus atlikti greičiau nei tai įmanoma valstybės ar savivaldybių gydymo įstaigose gyventojus verčia rinktis mokamas paslaugas privačiose gydymo įstaigose. Tyrimo duomenimis jų paslaugomis naudojosi 17 proc. gyventojų, iš jų pusė (51 proc.) lankymosi privačiose gydymo įstaigose priežastimi nurodė ilgą paslaugų laukimo laiką valstybės ir savivaldybių gydymo įstaigose. Gyventojai, žinodami apie ilgas laukimo eiles, nusprendžia „gydytis patys“. Atlikto tyrimo duomenimis reikšmingai auga gyventojų, kurie ligos atveju nesikreipia į gydymo įstaigas, dalis: nuo 23 proc. 2010 m. iki 37 proc. 2017 m.

Siekiant spręsti laukimo eilių problemas, nuo 2019 m. sausio 1 d. įstatymu nustatyti maksimalūs asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminai: ne ilgiau kaip 7 kalendorinės dienos – šeimos gydytojo paslaugoms, ne ilgiau kaip 30 kalendorinių dienų – specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms.

Prasidėjusi COVID-19 sukelta pandemija sutrikdė sveikatos priežiūros įstaigų darbą. Karantino laikotarpiu (2020 m. kovą-gegužę) daugelio planinių paslaugų teikimas buvo labai stipriai ribojamas, nuo birželio teikiamų paslaugų kiekis pradėjo didėti, bet šio dokumento rengimo laikotarpiu (2020 rugsėjį) dar nepasiekta 2019 m. tuo pačiu laikotarpiu buvusio lygio. Dėl pandemijos negalime nustatyti valstybės pastangų mažinti laukimo eiles efektyvumo.

Kita vertus, atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje gydytojų, ligoninių lovų, ambulatorinių apsilankymų pas gydytojus bei hospitalizacijų rodikliai atitinka ar net viršija ES vidutinius rodiklius, tikslas trumpinti laukimo eiles yra pasiekiamas. Eilių mažinimo planas turėtų apimti:

- platesnį slaugytojų įtraukimą į sveikatinimo veiklą, jų funkcijų plėtrą, mažinant gydytojų apkrovimą;
- platesnį nuotolinių konsultacijų telefonu bei elektroninėmis priemonėmis taikymą. 2030 metais nuotolinės konsultacijos turėtų sudaryti apie 30 procentų viso gydytojų konsultacijų laiko,
- administracinio medikų darbo krūvio mažinimą, taip pailginant pacientams skiriamą laiką;
- glaudesnę bendradarbiavimą tarp gydymo įstaigų. VLK prasminga imtis lyderio vaidmens pacientų srautams tarp įstaigų pasiskirstyti;
- aiškesnių indikacijų, kada pacientas turi būti konsultuojamas gydytojo specialisto arba hospitalizuojamas, nustatymą;
- ekonomines paskatas gydymo įstaigoms operatyviau aptarnauti pacientus.

Eilės yra viena iš racionalių priemonių pacientų srautams valdyti, atsižvelgiant į poreikio sveikatos priežiūros paslaugoms dinamiką per vienerius metus. Poreikiai paslaugoms padidėja šaltuoju metu laiku. Siekiant, kad sveikatos priežiūros paslaugų tinklas būtų išnaudojamas optimaliai, žiemos laikotarpiu didėjantį poreikį skubiai medicinos pagalbai tikslinga atsverti kiek sumažinant planinių paslaugų teikimą. Metų ciklo pagrindu valdomos eilės lemtų situaciją, kuomet šaltuoju metų laiku sukauptos atidėtos paslaugos būtų suteikiamos šiltuoju metų laikotarpiu. Gegužės-rugsėjo mėnesiais turėtų išlikti eilės, prasmingos srautų valdymui savaitės ir mėnesio atžvilgiu.

III. Paslaugų kiekio, struktūros ir tendencijų veiksniai (prielaidos)

3.1. Demografinės tendencijos, mirtingumo dėl skirtingų ligų statistika, prognozė

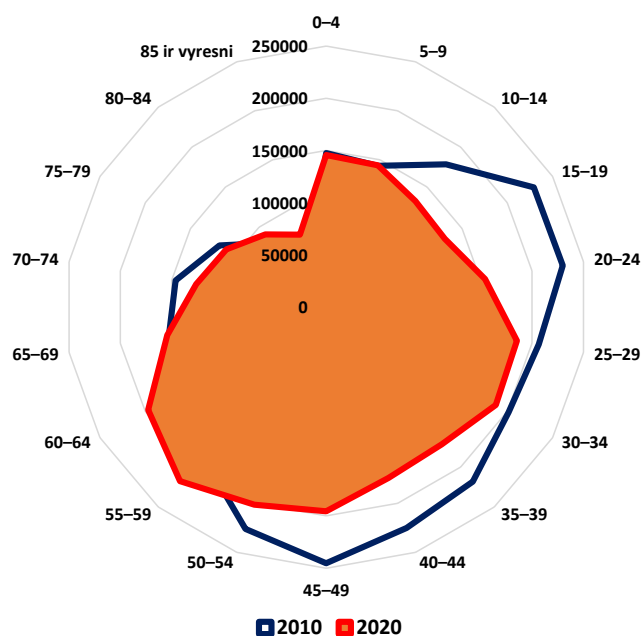
3.1.1. Gyventojų skaičiaus prognozė

Demografinės tendencijos 2010-2020 metais

XX amžiaus pabaigoje prasidėjęs Lietuvos gyventojų mažėjimas tęsiasi ir 2010-2020 metais, pastarojo dešimtmečio dinamika atspindima 3 lentelėje ir 46 paveiksle.

46 paveikslas. Lietuvos gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes 2010 ir 2020 m.

Gyventojų skaičius metų pradžioje pagal amžiaus grupes 2010 ir 2020 m.



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

Masinė darbingo amžiaus gyventojų emigracija, pakurstyta 2009-2010 metų ekonominės krizės sukkelto nedarbo bei politinio nestabilumo, padidėjusio dėl konflikto Ukrainoje 2014-2015 metais, žymiai sumažino 35-45 m. amžiaus grupės gyventojų skaičių Lietuvoje bei eliminavo galimybę 2010 m. buvusiam gausiam 15-25 m. amžiaus grupės jaunimo būriui papildyti 25-35 m. amžiaus Lietuvos gyventojų grupę 2020 metais.

Vienintelė amžiaus grupė, kuri 2020 m. yra gausesnė nei buvo 2010 m., – 55-65 m. Šios amžiaus grupės žmonės gimė tebesitęsiant po Antrojo pasaulinio karo prasidėjusiai gimstamumo bangai, jų tarptautinis judumas santykinai nedidelis ir pastaraisiais metais sumažėjo šios amžiaus grupės žmonių mirštamumas.

Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozė

Demografinės prognozes reguliariai rengia Eurostat, bendradarbiaudamas su nacionaliniais statistikos departamentais. Vėliausios Eurostat parengtos prognozės rezultatai pateikiami 3 lentelėje ir 47 paveiksle.

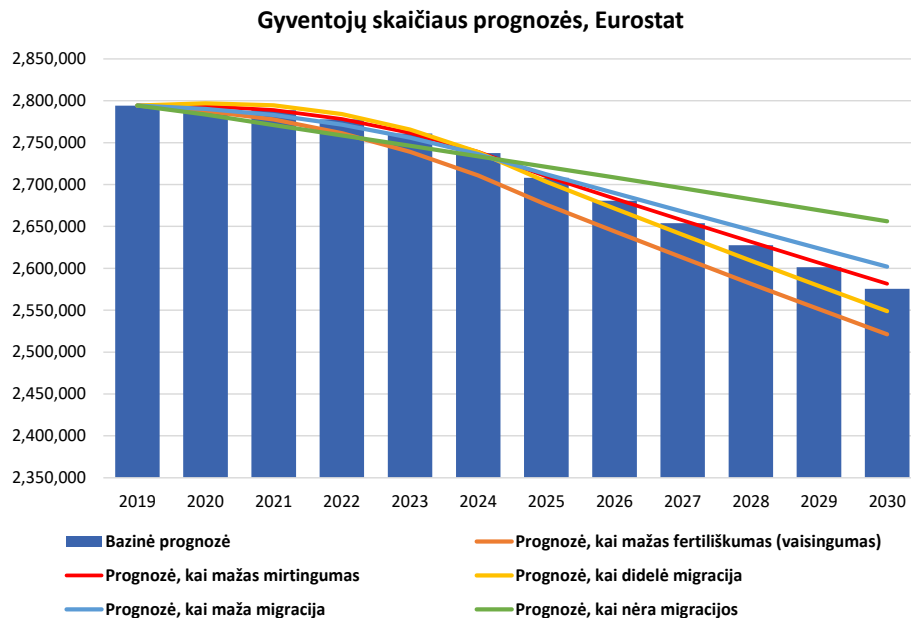
Eurostat atsižvelgdami į tai, kad pagrindiniai demografinius procesus lemiantys parametrai nėra pastovūs, numato kelis galimus vystymosi scenarijus.

3 lentelė. Eurostat gyventojų skaičiaus kaitos prognozės Lietuvai

Prognozė	2020 m.	2025 m.	2030 m.	2025 m., palyginti su 2020 m.	2030 m., palyginti su 2025 m.
Bazinė	2 793 592	2 707 915	2 575 553	-85 677	-132 362
Esant mažam fertiliškumui (vaisingumui)	2 787 859	2 676 066	2 521 109	-111 793	-154 957
Esant mažam mirtingumui	2 793 590	2 709 781	2 581 622	-83 809	-128 159
Esant didelei migracijai	2 796 904	2 703 448	2 548 869	-93 456	-154 579
Esant mažai migracijai	2 790 275	2 712 221	2 602 055	-78 054	-110 166
Esant nulinei migracijai	2 783 535	2 721 089	2 656 029	-62 446	-65 060

Šaltinis. Eurostat (atnaujinta 2020 m. liepos 20 d.)

47 paveikslas. Eurostat gyventojų skaičiaus kaitos prognozė Lietuvai



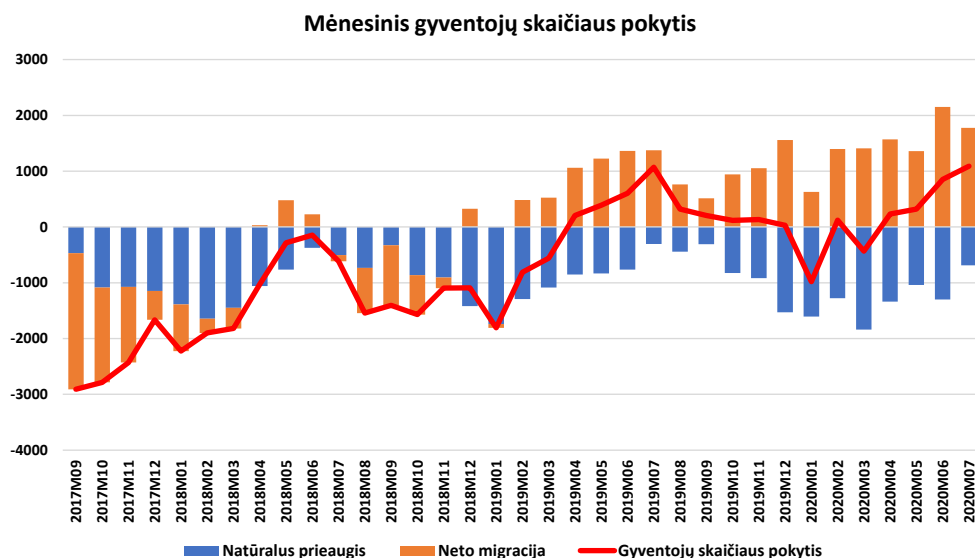
Šaltinis. Eurostat (atnaujinta 2020 m. liepos 20 d.)

Visi Eurostat parengtos prognozės scenarijai numato Lietuvos gyventojų mažėjimą daugiau nei 120 000 gyventojų per artimiausius 10 metų. Anot prognozės Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimo procesas spartės. Pastebėtina, kad ankstesnės Eurostat prognozės numatė dar spartesnį Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimą. Tikėtina, kad ši prognozė pakoreguota dėl stipriai pasikeitusios gyventojų skaičiaus dinamikos pastaraisiais mėnesiais.

3.1.2. Tarptautinė Lietuvos gyventojų migracija

Iki 2019 metų vidurio mažėjęs Lietuvos gyventojų skaičius pastaruosius 15 mėnesių didėjo (48 paveikslas). O tai, kad prognozuojamas spartėjantis gyventojų skaičiaus mažėjimo procesas rodo, jog Eurostat analitikai demografinių rodiklių pagerėjimą laiko trumpalaikiu reiškiniu. Natūralus prieaugis pastaraisiais mėnesiais mažai kito, o gyventojų skaičiaus teigiamą dinamiką lėmė nuo 2019 m. vasario išliekanti teigiama *neto* migracija.

48 paveikslas. *Mėnesinis Lietuvos gyventojų skaičiaus pokytis*



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

Tai, kad pastaruosius kelis mėnesius imigrantų skaičius viršijo emigrantų skaičių, tikėtina, lėmė keletas veiksnių:

- Brexit komplikavo emigraciją į Jungtinę Karalystę, didžiausią lietuvių emigracijos centrą;
- politinis ir ekonominis Ukrainos nestabilumas didina šios šalies gyventojų norą gyventi ir dirbti užsienio šalyse, tarp jų ir Lietuvoje. Tikėtina, kad 2020 m. rudenį Baltarusijoje prasidėję neramumai pagausins imigraciją iš Rytų šalių;
- Covid-19 apsunkino Vakarų Europos šalyse gyvenančių Lietuvos piliečių gyvenimo sąlygas bei lėmė dalies jų sprendimą sugrįžti (bent jau laikinai).

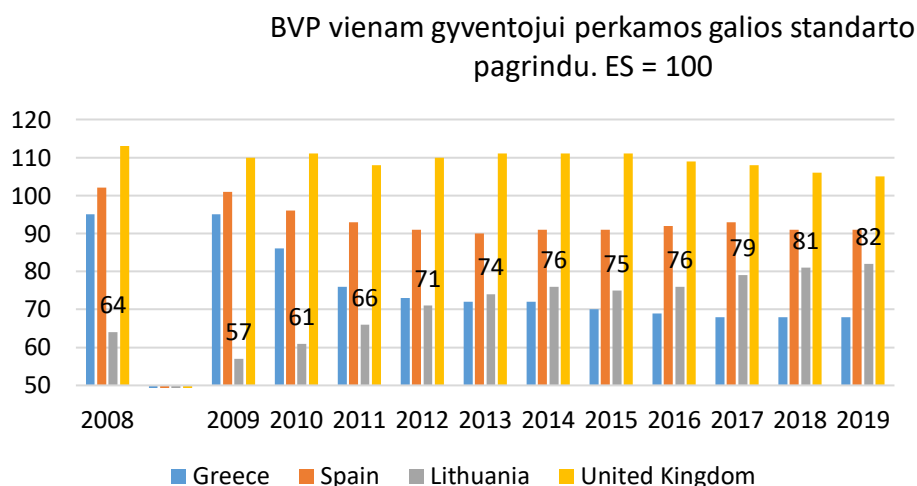
Daugumos aukščiau įvardintų veiksnių veikimo trukmę bei poveikio migracijai laipsnį sunku prognozuoti ir tai, tikėtina, lėmė Eurostat scenarijaus, pagal kurį artimiausias metais imigracija į Lietuvą viršytų emigraciją, nebuvimą.

Lietuvos gyventojų apsisprendimą emigruoti ar grįžti gyventi į savo šalį lemia keletas ilgalaikių veiksnių, kurie skirtingai nei 2010 m. ar ankstesniais metais, daro poveikį šiuo metu, nors COVID-19 poveikis, tikėtina, nebus ilgalaikis. Vienas pagrindinių pastarųjų metų pokyčių yra Lietuvos ekonomikos suartėjimas (konvergencija) su kitomis ES šalių ekonomikomis ir šio suartėjimo lemtas santykinis gyvenimo lygio pagerėjimas Lietuvoje.

Ekonominė migracija yra vyraujanti Lietuvos gyventojų tarptautinės migracijos forma. Žmonės siekia ekonominės gerovės ir emigraciją vertina kaip vieną iš galimybių jos pasiekti, jei užsienyje planuojama uždirbti daugiau nei savo šalyje. 2008 metais pagal BVP vienam gyventojui Lietuva nuo daugelio „senujų“ ES šalių atsiliko beveik 2 kartus (*49 paveikslas*). 2019 metais pagal BVP vienam gyventojui Lietuva aplenkė Graikiją, priartėjo prie Ispanijos, nuo JK atsiliko maždaug 25 procentais.

Santykinis gyvenimo lygio pagerėjimas Lietuvoje, kitoms sąlygoms esant lygioms, reiškia ekonominės emigracijos į Pietų Europos šalis pagrindo išnykimą bei labai stiprų šio pagrindo susilpnėjimą Jungtinės Karalystės atžvilgiu.

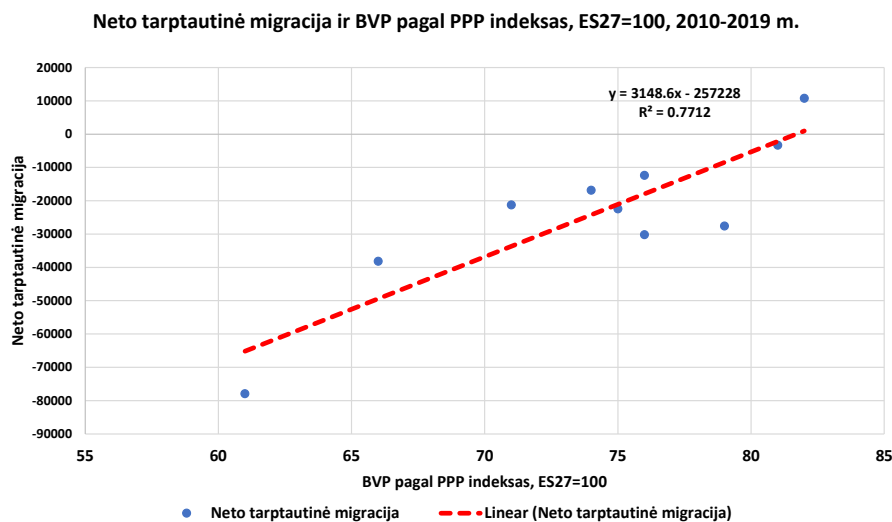
49 paveikslas. BVP vienam gyventojui perkamos galios standarto pagrindu, ES = 100



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

Ryšio tarp BVP vienam gyventojui ir migracijos iš Lietuvos statistinė priklausomybė pateikiama *50 paveiksle*.

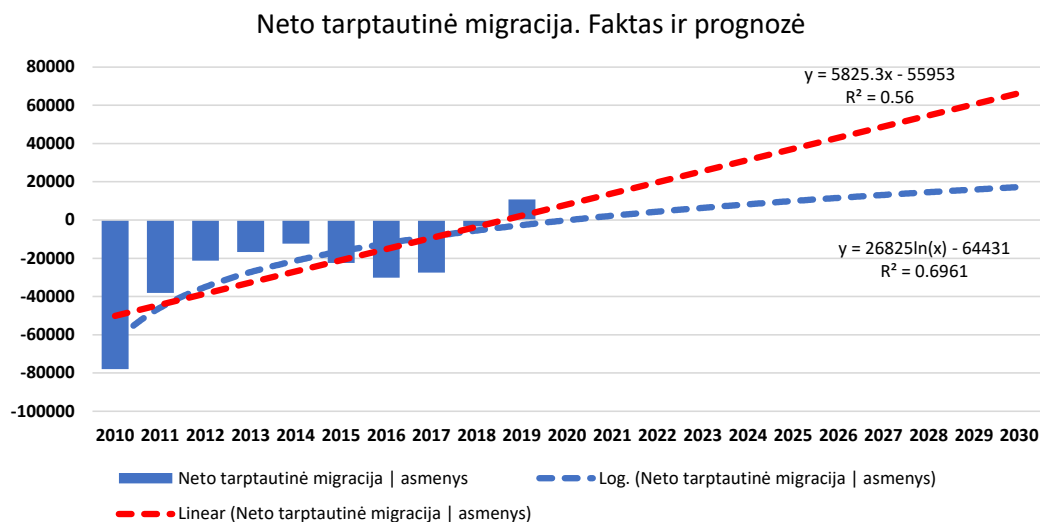
50 paveikslas. Neto migracijos ir BVP vienam gyventojui pagal perkamosios galios standartą (PPP/PGS) palyginimas



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d.), Eurostat

Regresijos lygtis, sudaryta 10 metų (2010-2019 m.) pagrindu, rodo, kad vienam Lietuvos gyventojui tenkančiai BVP daliai pasiekus 82 procentus ES vidurkio emigracijos ir imigracijos srautai susilygina, o atotrūkiui toliau mažėjant, tikėtina, Lietuvoje imigracija viršys emigraciją. 51 paveiksle pateikiama *neto* tarptautinės migracijos prognozė, gauta ekstrapoliuojant 2010-2019 metų duomenis tiesinės ir logaritminės tendencijų pagrindu.

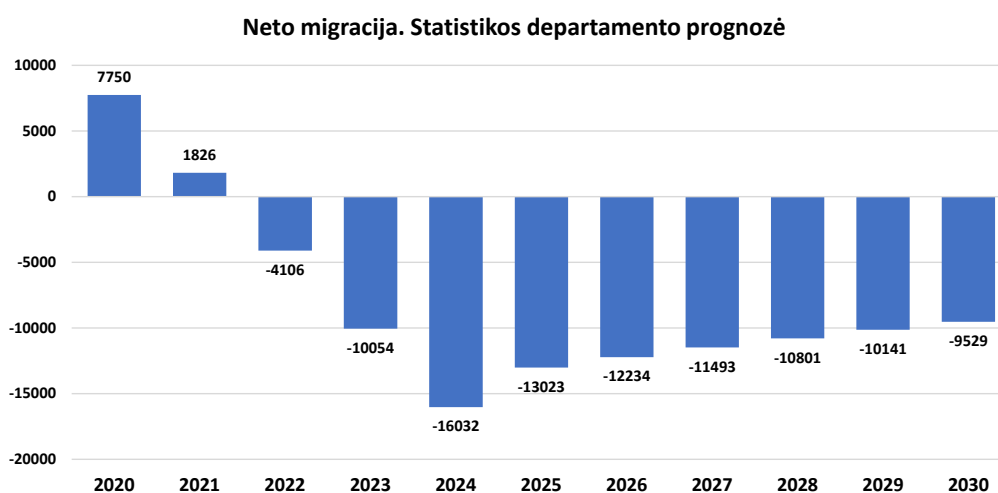
51 paveikslas. *Neto tarptautinė Lietuvos gyventojų migracija. Faktas ir prognozės*



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d.)

Pastebėtina, kad Lietuvos statistikos departamentas teigiamos *neto* migracijos po 2021 metų neprognozuoja.

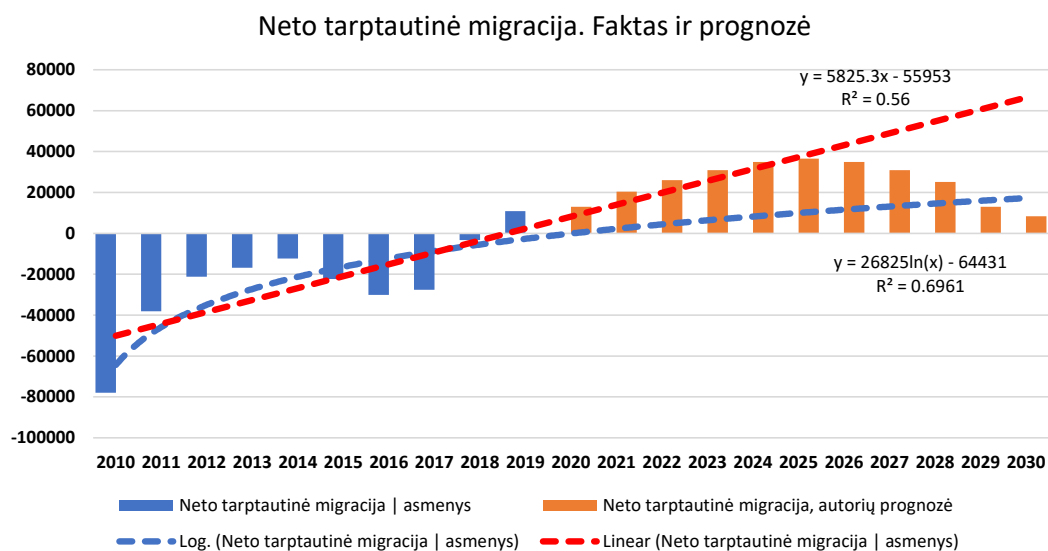
52 paveikslas. *Lietuvos statistikos departamento tarptautinės gyventojų neto migracijos prognozė*



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d., prognozė atnaujinta 2020 m. rugsėjo 7 d.)

Ataskaitos autorių nuomone Lietuvos statistikos departamento prognozė neatspindi Lietuvos gyventojų santykinio gyvenimo lygio pagerėjimo ir yra per daug pesimistinė. Kita vertus, sudėtinga tikėtis, kad teigiama *neto* migracija kils pagal tiesinę tendenciją. Labiau tikėtina, kad teigiama tarptautinė *neto* migracija liks ir iki 25 metų, o vėliau pradės lėtėti (53 paveikslas ir 4 lentelė).

53 paveikslas. *Neto tarptautinė migracija. Faktas ir prognozės*



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d.)

4 lentelė. *Tarptautinės Lietuvos gyventojų migracijos prognozė*

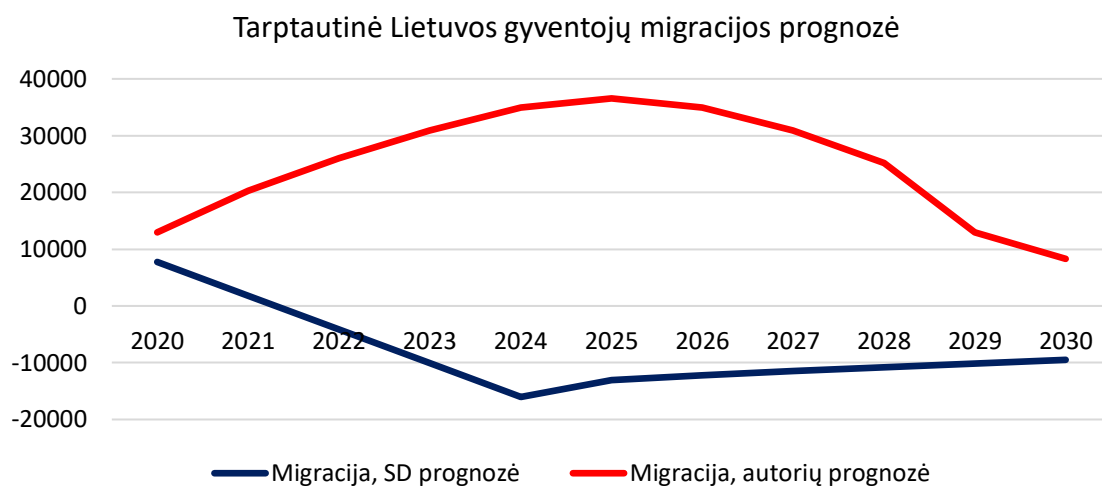
Metai	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Migracija, faktas*	-77944	-38178	-21257	-16807	-12327	-22403	-30171	-27557	-3292	10794	
Metai	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Migracija, prognozė**	7750	1826	-4106	-10054	-16032	-13023	-12234	-11493	-10801	-10141	-9529
Migracija, prognozė***	13000	20312,5	26000	30875	34937,5	36562,5	34937,5	30875	25187,5	13000	8300

* Lietuvos statistikos departamento duomenys, ** Lietuvos statistikos departamento prognozė, *** Ataskaitos autorių prognozė

Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d.)

Ateities neapibrėžtumas neleidžia tvirtinti, kad Lietuvos gyventojų migracija keisis būtent pagal vieną iš lentelėje atspindėtų prognozių. Tikėtina, kad faktiniai skaičiai bus kažkur tarp „pesimistinių“ Lietuvos statistikos departamento vertinimų bei „optimistinių“ ataskaitos autorių skaičiavimų. Atliktų vertinimų galimybių laukas aiškiai matomas 54 paveiksle.

54 paveikslas. *Tarptautinės Lietuvos gyventojų migracijos prognozė*



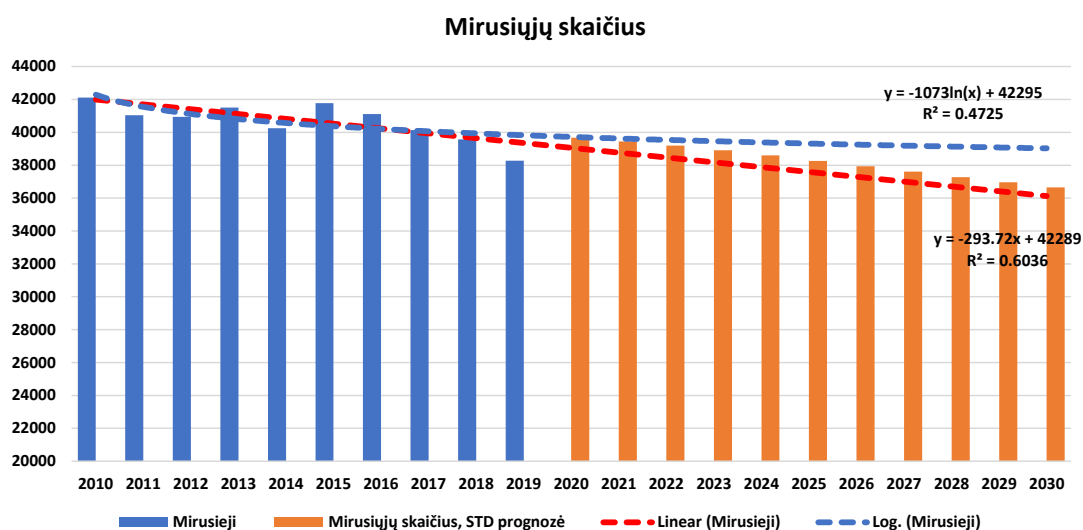
Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d.)

3.1.3. Natūralaus gyventojų prieaugio prognozė

Natūralaus gyventojų prieaugio prognozė susideda iš gimstamumo ir mirštamumo tendencijų vertinimo. Ataskaitos autoriai nekvestionuoja Lietuvos statistikos departamento atliktos gimstamumo prognozės, bet mano, kad verta diskutuoti dėl mirštamumo prognozės patikimumo.

Paveiksle pateikiami mirusiųjų Lietuvos gyventojų faktiniai duomenys ir Lietuvos statistikos departamento prognozė 2020-2030 metams.

55 paveikslas. *Mirusiųjų skaičius. Faktas ir prognozė*

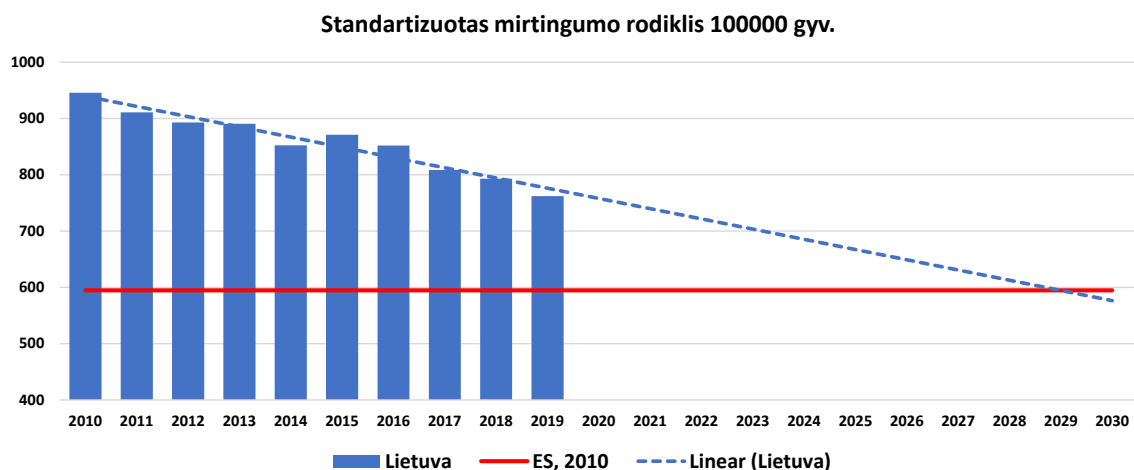


Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d., prognozė atnaujinta 2020 m. rugsėjo 7 d.)

Paveikslo duomenys rodo, kad Lietuvos statistikos departamentas visam 10 metų laikotarpiui prognozuoja didesnę metinį mirčių skaičių nei lemtų tiesinė tendencija, apskaičiuota 2010-2019 metų duomenų pagrindu. Tikėtina, kad Lietuvos gyventojų mirčių

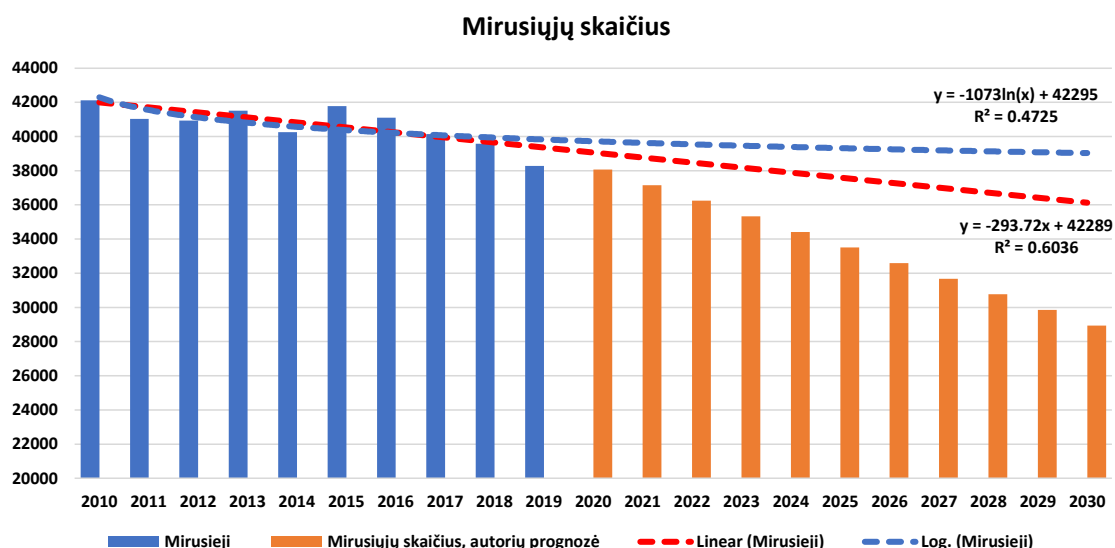
mažės net labiau nei rodo tiesinė tendencija, nes Lietuvos mirtingumo rodikliai gerokai atsilieka nuo ES vidutinių (pvz., standartizuoto mirtingumo 100 000 gyventojų rodiklis) ir mūsų šalis turi galimybių, mokydama iš kaimynų, sveikatos rodiklius pagerinti. 56 paveiksle pateikiama Lietuvos gyventojų standartizuoto mirtingumo rodiklio prognozė darant prielaidą, kad 2030 metais Lietuvos rodiklis pasieks 2010 metų ES šalių vidutinį rodiklį, pateikiamą PSO duomenų bazėje. 57 paveiksle pateikiama mirusiųjų skaičiaus prognozė, kai gyventojų skaičius pastovus, o standartizuotas mirtingumo rodiklis kinta pagal prognozuojamą lygį.

56 paveikslas. Lietuvos gyventojų standartizuoto mirtingumo prognozė



Šaltinis. PSO duomenų bazė, Lietuvos statistikos departamentas

57 paveikslas. Mirusiųjų skaičius. Faktas ir prognozė pagal autorių paskaičiavimus



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas, autorių prognostiniai skaičiavimai

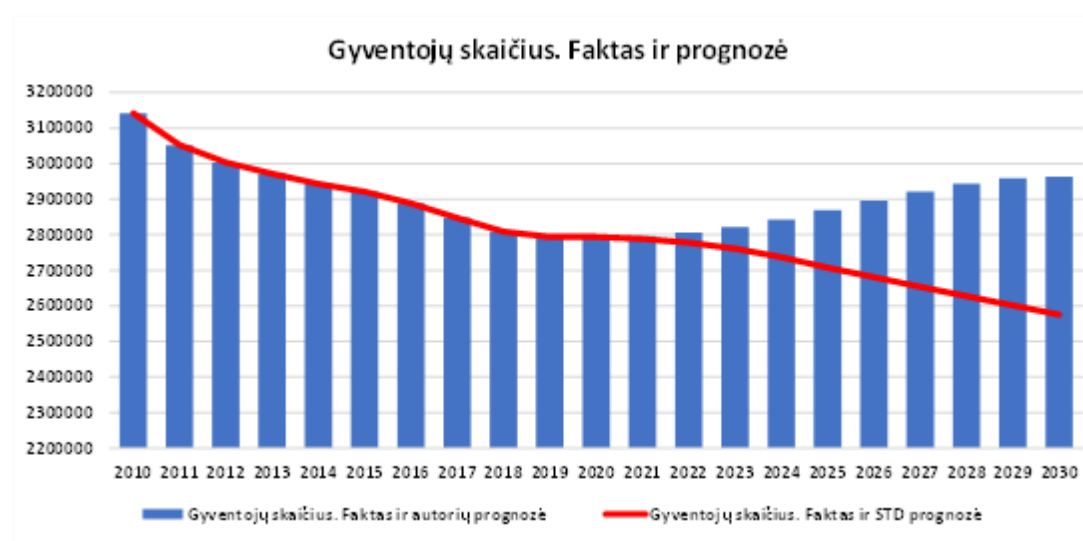
Integruotas migracijos bei natūralaus gyventojų prieaugio poveikio Lietuvos gyventojų skaičiui vertinimas pateikiamas 5 lentelėje.

5 lentelė. Lietuvos gyventojų skaičiaus 2020-2030 metais. Prognozė

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Gimusiųjų skaičius (LSD prognozė)	27060	26762	26305	25697	24939	24103	23354	22638	21955	21327	20757
Mirusiųjų skaičius (autorių prognozė)	38068	37155	36243	35330	34418	33505	32593	31680	30767	29855	28942
Natūralus gyventojų prieaugis	-11008	-10393	-9938	-9633	-9479	-9402	-9239	-9042	-8812	-8528	-8185
Neto tarptautinė migracija	13000	20312,5	26000	30875	34937,5	36562,5	34937,5	30875	25187,5	13000	8300
Gyventojų skaičiaus metinis pokytis	1992	9919	16062	21242	25459	27160	25699	21833	16375	4472	115
Gyventojų skaičius metų pradžioje (autorių prognozė)	2794090	2796082	2806001	2822063	2843305	2868764	2895924	2921623	2943456	2959831	2964303

Lietuvos statistikos departamento ir autorių prognozės skirtumą iliustruoja 58 paveikslas.

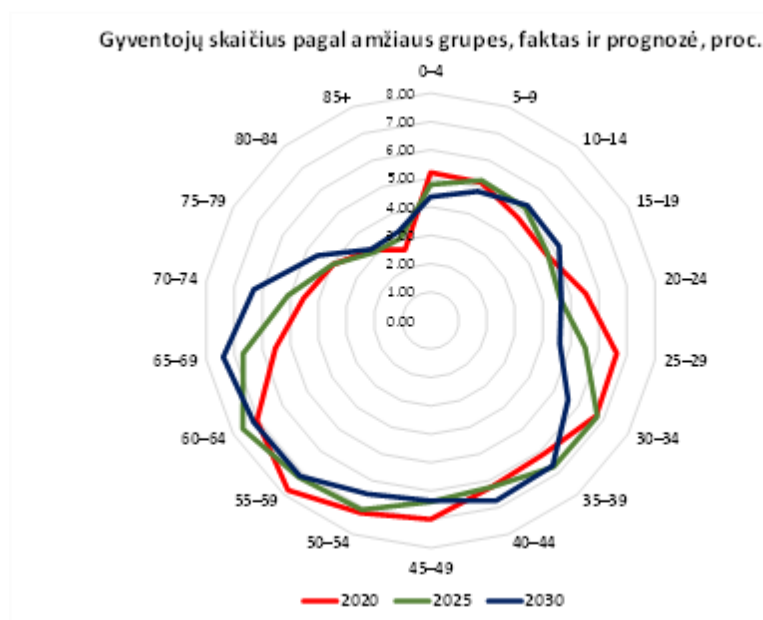
58 paveikslas. Gyventojų skaičiaus prognozė



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d., prognozė atnaujinta 2020 m. rugsėjo 7 d.), autorių paskaičiavimai

Atskirų amžiaus grupių gyventojų skaičius prognozuojamas pagal autorių apskaičiuotą bendrąjį gyventojų skaičių ir Lietuvos statistikos departamento gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes prognozė. LSD parengta Lietuvos gyventojų amžiaus struktūros prognozė grafiškai atspindima 59 paveiksle.

59 paveikslas. Gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes. Faktas ir prognozė



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d., prognozė atnaujinta 2020 m. rugsėjo 7 d.)

LSD prognozė rodo, kad 2025 m. ir 2030 m., palyginti su 2020 m.:

- sumažės 0-4 m. amžiaus vaikų grupės lyginamasis svoris;
- padidės 10-19 m., bet sumažės 20-29 m. amžiaus žmonių grupės lyginamasis svoris;
- padidės 35-44 metų, bet sumažės 55-59 metų amžiaus žmonių grupės lyginamasis svoris;
- padidės vyresnių nei 60 metų amžiaus žmonių grupės lyginamasis svoris.

Autorių parengta gyventojų struktūros pagal amžiaus grupes prognozė pateikiama 6 lentelėje.

6 lentelė. Lietuvos gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes. Faktas ir prognozė

	2020	2025	2030	Pokytis nuo 2020 iki 2030 m.	Pokytis, proc.
Lietuvos gyventojai, viso	2794090	2868764	2964303	170213	6,09
0-4 m.	145590	137147	129048	-16542	-11,36
5-9 m.	144512	150424	143334	-1178	-0,82
10-14 m.	132642	148315	156782	24140	18,20
15-19 m.	130926	135994	154710	23784	18,17
20-24 m.	154360	132158	138216	-16144	-10,46
25-29 m.	185376	158246	136519	-48857	-26,36
30-34 m.	187446	194029	165414	-22032	-11,75
35-39 m.	171793	192911	197701	25908	15,08
40-44 m.	174252	178965	199911	25659	14,73
45-49 m.	195470	183142	188124	-7346	-3,76
50-54 m.	201308	203318	192597	-8711	-4,33

55–59 m.	217731	206661	211811	-5920	-2,72
60–64 m.	196708	218547	212616	15908	8,09
65–69 m.	154540	191758	219371	64831	41,95
70–74 m.	126480	145822	187003	60523	47,85
75–79 m.	110410	113460	135744	25334	22,95
80–84 m.	90739	89566	96861	6122	6,75
85+ m.	73807	88302	98540	24733	33,51

Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas (2020 m. spalio 5 d., prognozė atnaujinta 2020 m. rugsėjo 7 d.)

Prognozė numato, kad 2020-2030 metais bendrajam gyventojų skaičiui didėjant 6,09 procento, gerokai mažės 0-4 m. vaikų bei 20-34 m. jaunimo, o labai stipriai daugės vyresnių nei 65 m. žmonių. Amžiaus struktūros pokyčiai turės įtakos sveikatos priežiūros paslaugų poreikio kiekiui bei paslaugų struktūrai:

- bendras poreikis sveikatos priežiūros paslaugoms didės, nes vyresni žmonės, kurių daugės, naudoja daugiau paslaugų nei jauni, kurių atskiros amžiaus grupės mažės;
- paslaugų struktūra keisis, nes mažėjant jaunimo ir vaikų, mažiau reikės akušerinių, pediatriinių, traumatologinių paslaugų, o daugėjant senjorų, didės onkologinių, psichikos sveikatos ir slaugos paslaugų poreikis.

3.1.4. Kiekybinis gyventojų skaičiaus ir amžiaus struktūros kitimo poveikis sveikatos paslaugų poreikiui

6 lentelės duomenys rodo prognozę, kiek pasikeis gyventojų skaičius amžiaus grupėse. Darant prielaidą, kad paslaugų poreikis vienam kiekvienos grupės atstovui nesikeičia, gyventojų skaičiaus pokytis sutampa su poreikio paslaugoms pokyčiu. Prognozei pasitvirtinus ir Lietuvos gyventojų skaičiui 2020-2030 metų laikotarpiu padidėjus maždaug 170 000, poreikis sveikatos priežiūros paslaugoms padidės 6,09 procento.

Gyventojų amžiaus struktūros pokyčių poveikio sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui vertinimas atliktas pagal 6 lentelėje pateiktą gyventojų skaičiaus amžiaus grupėse prognozę ir Eurostat finansuoto tarptautinio tyrimo metu gautus duomenis apie pinigines sveikatos priežiūros išlaidas, vidutiniškai tenkančias vienam kiekvienos amžiaus grupės gyventojui (60 paveikslas). Tyrime generuoti 2013 metų duomenys.

60 paveikslas. Sveikatos priežiūros išlaidos vienam Lietuvos gyventojui pagal amžių, 2013 metai

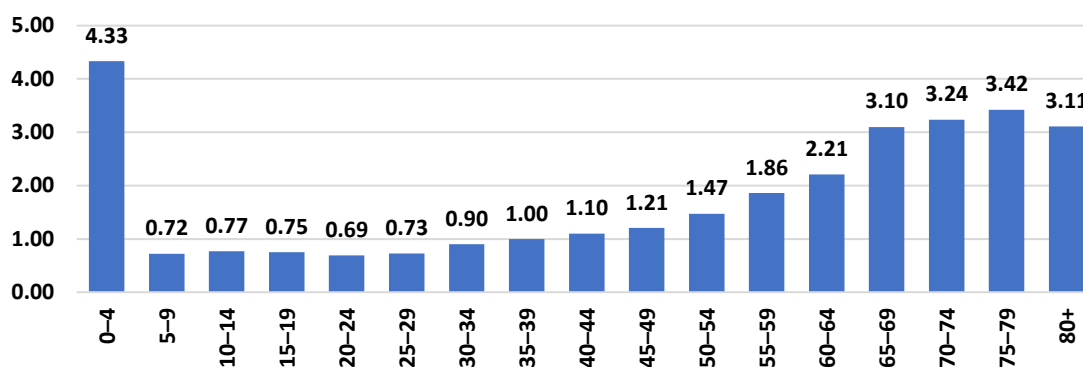


Šaltinis. HEDIC, 2013 metai

Darant prielaidą, kad santykinės išlaidos tarp amžiaus grupių laiko atžvilgiu yra gana pastovios, tyrimo metu gauta informacija (61 paveikslas) bus naudojama visam prognostiniam laikotarpiui.

61 paveikslas. Santykinės sveikatos priežiūros išlaidos vienam Lietuvos gyventojui pagal amžių, 2013 metai. 35-39 m. amžiaus grupės gyventojui tenkančios išlaidos prilygintos 1

Santytinės einamosios išlaidos sveikatai 1 gyventojui eurai, 2013. Išlaidos 35-39 metų amžiaus grupės gyventojui prilygintos 1



2020 metais Lietuvos gyventojams reikalingą sveikatos priežiūros paslaugų kiekį prilyginę 100, naudodami 5 ir 6 lentelių duomenis, apskaičiavome ir 7 lentelėje pateikiame 2020 metais esančio sveikatos priežiūros paslaugų poreikio struktūrą pagal amžiaus grupes ir paslaugų poreikio kitimo prognozę.

7 lentelė. Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikio struktūra pagal amžių, 2020 metai, ir prognozuojamas paslaugų poreikio kitimas išimtinai dėl demografinių pokyčių. Poreikis 2020 m.=100

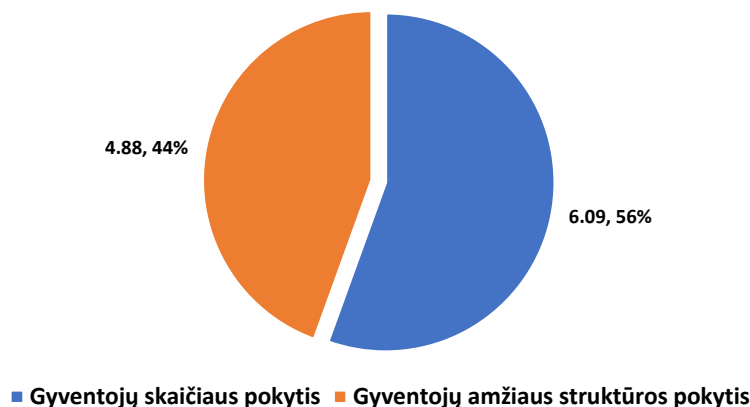
	2020	2025	2030	Pokytis nuo 2020 iki 2030 m.
Lietuvos gyventojai, viso	100	104,65	110,97	10,97
0–4 m.	12,99	12,35	11,51	-1,48
5–9 m.	2,16	2,25	2,14	-0,02
10–14 m.	2,09	2,32	2,48	0,38
15–19 m.	2,02	2,03	2,39	0,37
20–24 m.	2,20	1,95	1,97	-0,23
25–29 m.	2,79	2,44	2,05	-0,73
30–34 m.	3,49	3,68	3,08	-0,41
35–39 m.	3,53	3,93	4,06	0,53
40–44 m.	3,94	3,97	4,52	0,58
45–49 m.	4,85	4,59	4,67	-0,18
50–54 m.	6,09	6,19	5,83	-0,26
55–59 m.	8,33	7,89	8,11	-0,23
60–64 m.	8,94	9,97	9,67	0,72
65–69 m.	9,85	11,51	13,99	4,13
70–74 m.	8,42	9,58	12,46	4,03
75–79 m.	7,78	7,43	9,56	1,78
80+	10,52	11,36	12,49	1,97

7 lentelės skaičiai rodo, kad **pasitvirtinus demografinę prognozei, kitoms sąlygoms nesikeičiant, nuo 2020 iki 2030 metų Lietuvos gyventojų poreikis sveikatos priežiūros paslaugoms padidės 10,97 procento**. Didžiausią įtaką šiam padidėjimui turės numatomas 65-69 m. ir 70-74 m. žmonių amžiaus grupių gausėjimas (4,13 ir 4,03 procento). Numatomas 0-4 m. vaikų amžiaus grupės mažėjimas prognostiniu laikotarpiu sveikatos priežiūros paslaugų poreikį mažins 1,48 procento.

Prognozuojama, kad dėl demografinių veiksnių Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikis padidės 10,97 procento. Iš šio skaičiaus 6,09 procento tenka gyventojų skaičiaus augimui, o 4,88 procento – Lietuvos gyventojų amžiaus struktūros pokyčiams (dažnai literatūroje įvardijamiems populiacijos senėjimu). 62 *paveikslas* grafiškai iliustruoja demografinių procesų įtakos reikšmingumą sveikatos priežiūros paslaugų poreikio formavimuisi.

62 paveikslas. Sveikatos priežiūros paslaugų poreikio formavimosi demografiniai veiksniai

Demografinių pokyčių įtaka sveikatos paslaugų poreikiu 2030 lyginant su 2020, procentiniai punktai



8 lentelėje pateikiama paslaugų poreikio struktūros pagal amžiaus grupes prognozė, rodanti, kad 0–4 m. amžiaus grupės vaikų sveikatos priežiūros paslaugų poreikis mažės nuo 12,99 iki 10,37 procento, darbingo amžiaus žmonių – saikingai mažės, o virš 65 m. amžiaus grupių žmonių – žymiai didės.

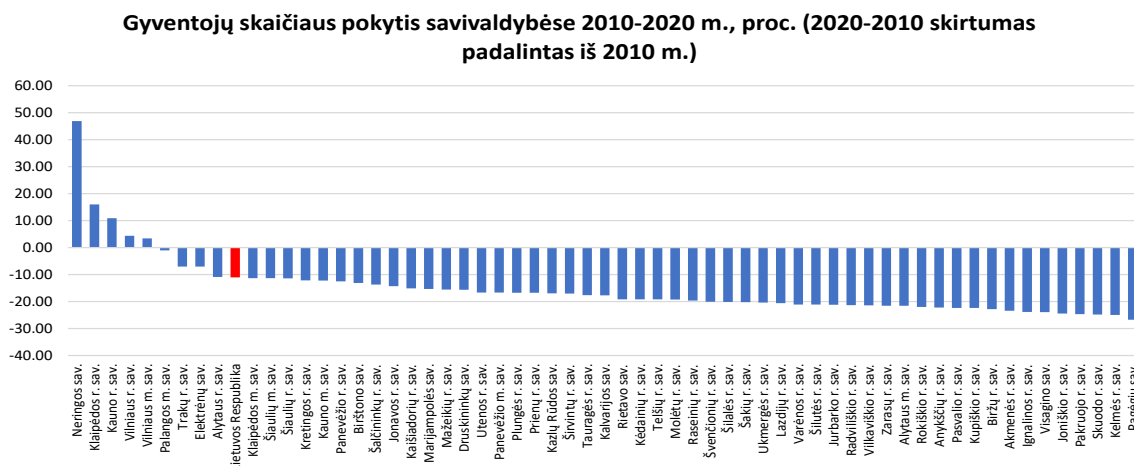
8 lentelė. Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikio struktūros pagal amžių prognozė

	2020	2025	2030
Lietuvos gyventojai, viso	100	100	100
0–4 m.	12.99	11.80	10.37
5–9 m.	2.16	2.15	1.93
10–14 m.	2.09	2.21	2.23
15–19 m.	2.02	1.94	2.15
20–24 m.	2.20	1.86	1.77
25–29 m.	2.79	2.33	1.85
30–34 m.	3.49	3.52	2.77
35–39 m.	3.53	3.76	3.66
40–44 m.	3.94	3.79	4.08
45–49 m.	4.85	4.38	4.20
50–54 m.	6.09	5.92	5.25
55–59 m.	8.33	7.54	7.30
60–64 m.	8.94	9.53	8.71
65–69 m.	9.85	11.00	12.61
70–74 m.	8.42	9.15	11.22
75–79 m.	7.78	7.10	8.62
80+	10.52	10.86	11.26

3.1.5. Lietuvos gyventojų regioninė struktūra

Lietuvos gyventojų struktūros pagal gyvenamąją vietą pokyčius stipriai veikia urbanizacija. Kaip matyti iš 63 paveikslas, 2010-2020 metais bendrajam Lietuvos gyventojų skaičiui mažėjant, didėjo Vilniaus ir kitų didžiųjų miestų bei jų esančių rajonų gyventojų skaičius, o gerokai mažėjo nuo didžiųjų miestų nutolusių savivaldybių gyventojų skaičius. Tikėtina, kad artimiausią dešimtmetį urbanizacijos tendencijos išliks stiprios.

63 paveikslas. Gyventojų skaičiaus pokytis procentais



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

Gyventojų pasiskirstymo tarp savivaldybių pokyčiai silpnai koreliuoja su jų objektyviais sveikatos priežiūros paslaugų poreikiais, todėl toliau tai analizuosime tik regioninių sveikatos netolygumų mažinimo aspektu.

3.1.6. Lietuvos gyventojų skaičiaus: Lietuvos statistikos departamento ir PSD duomenų bazių duomenų neatitikimo problema

Palyginę Valstybinės ligonių kasos (VLK) pateikiamus prie gydymo įstaigų prisirašiusių gyventojų skaičius ir Lietuvos statistikos departamento (LSD) pateikiamus gyventojų skaičiaus duomenis matome, kad 2019 m. gruodžio 31 d. VLK duomenimis Lietuvoje buvo 214 tūkstančių arba 7,7 procento gyventojų daugiau nei 2020 m. sausio 1 d. LSD duomenimis. Tikėtina, kad šis skirtumas susidarė dėl kelių priežasčių:

- PSD remiasi pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (PASPI) įgyvendinamo pacientų prisirašymo prie šių įstaigų duomenimis. PASPI, gaunančioms finansavimą pagal prisirašiusių skaičių, nenaudinga braukti iš sąrašo emigravusius iš Lietuvos asmenis, kuriems nenumatyta prievolė informuoti PASPI apie išvykimą iš Lietuvos. Tikėtina, kad dalis emigrantų yra registruoti PSD duomenų bazėje;
- LSD remiasi migracijos tarnybų generuojama informacija apie gyvenamąją vietą. Tikėtina, kad dalis vengiančių mokėti mokesčius Lietuvos piliečių yra deklaravę išvykimą iš šalies nors realiai tebegyvena ir gydomi Lietuvoje.

Autorių vertinimu LSD duomenys tiksliau atspindi Lietuvos gyventojų skaičių, todėl jais bus remiamasi. Kita vertus, nagrinėjant regioninius Lietuvos gyventojų sveikatos netolygumus

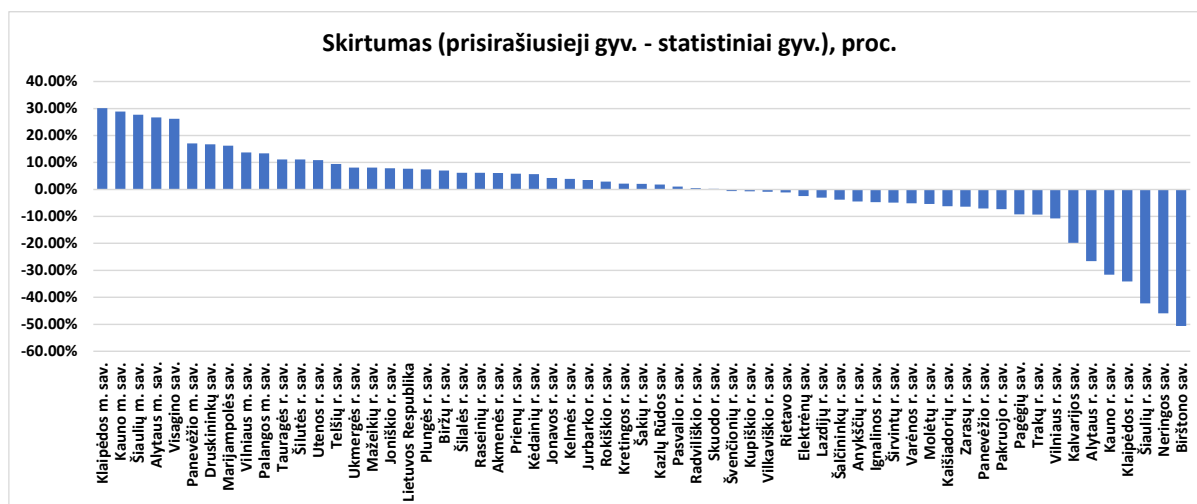
bus naudojami PSD duomenys. LSD ir PSD gyventojų skaičiaus duomenų palyginimas (9 lentelė ir 64 paveikslas) rodo, kad prisirašiusių prie didžiųjų miestų gydymo įstaigų yra santykinai daugiau nei prie kaimiškų rajonų gydymo įstaigų. Tikėtina, kad dalis Lietuvos gyventojų, deklaravusių gyvenamąją vietą kaimiškose savivaldybėse, dirba ir / ar gyvena miestuose, kuriuose gauna ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

9 lentelė. VLK ir LSD teikiamų duomenų palyginimas. Lietuvos gyventojų skaičiaus skirtumas absoliučiais skaičiais ir procentais pagal savivaldybes

	Skirtumas (prisirašiusieji gyv. - statistiniai gyv.)	Skirtumas (prisirašiusieji gyv. - statistiniai gyv.), proc.
Klaipėdos m. sav.	44 948	30,14
Kauno m. sav.	83 436	28,83
Šiaulių m. sav.	28 141	27,72
Alytaus m. sav.	13 313	26,68
Visagino sav.	4 783	26,22
Panevėžio m. sav.	14 634	17,04
Druskininkų sav.	3 196	16,71
Marijampolės sav.	8 707	16,19
Vilniaus m. sav.	76 817	13,67
Palangos m. sav.	2 142	13,36
Tauragės r. sav.	4 202	11,12
Šilutės r. sav.	4 178	11,10
Utenos r. sav.	4 026	10,83
Telšių r. sav.	3 719	9,46
Ukmergės r. sav.	2 724	8,14
Mažeikių r. sav.	4 142	8,11
Joniškio r. sav.	1 626	7,84
Lietuvos Respublika	214 123	7,66
Plungės r. sav.	2 441	7,40
Biržų r. sav.	1 598	7,03
Šilalės r. sav.	1 360	6,21
Raseinių r. sav.	1 936	6,20
Akmenės r. sav.	1 142	6,08
Prienų r. sav.	1 500	5,81
Kėdainių r. sav.	2 576	5,69
Jonavos r. sav.	1 751	4,26
Kelmės r. sav.	985	3,88
Jurbarko r. sav.	861	3,47
Rokiškio r. sav.	812	2,89
Kretingos r. sav.	794	2,12

Šakių r. sav.	557	2,09
Kazlų Rūdos sav.	205	1,81
Pasvalio r. sav.	241	1,06
Radviliškio r. sav.	179	0,51
Skuodo r. sav.	31	0,19
Švenčionių r. sav.	-150	-0,65
Kupiškio r. sav.	-114	-0,70
Vilkaviškio r. sav.	-304	-0,88
Rietavo sav.	-84	-1,16
Elektrėnų sav.	-583	-2,43
Lazdijų r. sav.	-564	-3,08
Šalčininkų r. sav.	-1 165	-3,82
Anykščių r. sav.	-1 032	-4,48
Ignalinos r. sav.	-675	-4,68
Širvintų r. sav.	-739	-4,90
Varėnos r. sav.	-1 077	-5,17
Molėtų r. sav.	-929	-5,42
Kaišiadorių r. sav.	-1 838	-6,23
Zarasų r. sav.	-948	-6,36
Panevėžio r. sav.	-2 487	-7,04
Pakruojo r. sav.	-1 358	-7,30
Pagėgių sav.	-672	-9,22
Trakų r. sav.	-3 029	-9,31
Vilniaus r. sav.	-10 763	-10,75
Kalvarijos sav.	-2 017	-19,80
Alytaus r. sav.	-6 871	-26,54
Kauno r. sav.	-30 475	-31,61
Klaipėdos r. sav.	-20 510	-34,11
Šiaulių r. sav.	-17 518	-42,27
Neringos sav.	-1 621	-45,92
Birštono sav.	-2 057	-50,59

64 paveikslas. VLK teikiamo prie gydymo įstaigų prisirašiusių gyventojų skaičiaus ir LSD teikiamo gyventojų skaičiaus palyginimas. Skirtumas procentais



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamento ir VLK duomenys

3.2. Prioritetai (prioritetinės sveikatos problemos, politiniai prioritetai)

3.2.1. Galiojantys Lietuvos Respublikos sveikatos sektoriaus strateginio planavimo dokumentai

LR Seimas yra patvirtinęs Valstybės pažangos strategiją – Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, kuri apibrėžia Lietuvos ilgalaikės plėtros pagrindus.

Pagrindiniai „Lietuva 2030“ fiksuoti sveikatos sektoriaus uždaviniai.

Visuomenės sveikatos srities uždaviniai:

- ugdyti sveiką gyvenimą kaip svarbią veiklios visuomenės prielaidą;
- telkti visuomenės ir valdžios institucijų pastangas stiprinti visuomenės sveikatą: įgyvendinti alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimo prevencijos priemonės, didinti visuomenės supratimą apie sveikos gyvensenos naudą;
- plačiau taikyti tikslines visuomenės sveikatos stiprinimo priemones.

Asmens sveikatos srities uždaviniai:

- plėtoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios padidintų profilaktikos priemonių efektyvumą;
- pagerinti sveikatos apsaugos paslaugų kokybę;
- įvertinti teikiamų paslaugų atitiktį visuomenės poreikiams ir optimizuoti jų apimtį, rasti sutarimą dėl prioritetinių paslaugų, jų įperkamumo ir kokybės;
- padidinti orientaciją į paslaugų vartotojus ir jų (vartotojų) įtraukimą į teikiamų paslaugų tobulinimo procesus.

Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategija (toliau – Strategija) yra LR Seimo patvirtintas dokumentas, detalizuojantis sveikatinimo tikslus vidutinės trukmės laikotarpiui.

Pagrindinis Strategijoje užduotas tikslas – **pasiiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai.**

Geroji tarptautinė praktika ir Lietuvos patirtis rodo, kad tvarus šalies gyventojų sveikatos lygio gerėjimas gali būti pasiektas kompleksškai naudojant visus pagrindinius sveikatinimo veiksmus, todėl Strategijoje nustatyti šie 4 tikslai:

- 1) sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį;
- 2) sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką;
- 3) formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą;
- 4) užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

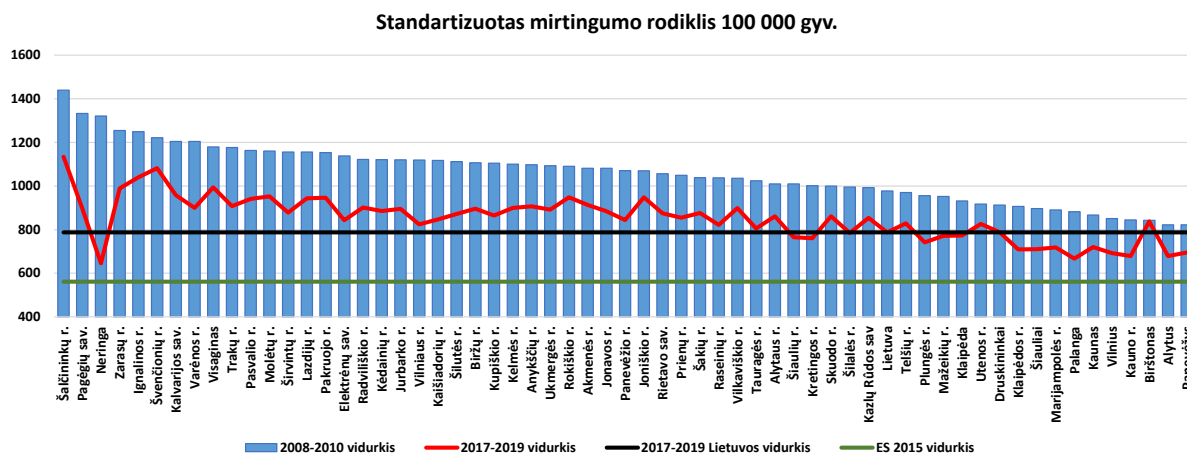
Strategijoje įvardintos pagrindinės sveikatinimo problemos:

- 1) stokojama darnaus visuomenės vystymosi supratimo ir bendradarbiavimo sprendžiant ekonomikos, socialinės ir kultūrinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimus. Tai atspindi kai kurie gyventojų sveikatos rodikliai, pagal kuriuos gerokai atsilieka nuo kitų valstybių, pvz., mirtingumas dėl išorinių priežasčių, kurių daugiausia lėmė alkoholio vartojimas. Viena iš pagrindinių Lietuvos visuomenės problemų išliko savižudybės;
- 2) nepavyko sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų masto – šių ligų profilaktikos programa, pradėta vykdyti 2004 m., tik po dešimties metų pradeda duoti rezultatus;
- 3) kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos, pvz., odontologijos, sanatorinio gydymo tapo sunkiau prieinamos mažas pajamas gaunantiems gyventojams, vaikams, neįgaliesiems; suprastėjo burnos sveikatos rodikliai;
- 4) pavėluota visuomenės sveikatos sektoriaus reforma neužtikrino visuomenės sveikatos specialistų lyderystės telkiant kitus sektorius ir žinybas bei piliečius aktyvesnei sveikatos gerinimo veiklai;
- 5) šalyje išliko sveikatos sistemos išteklių – žmogiškųjų, finansinių, materialųjų ir informacinių – racionalaus paskirstymo problema;
- 6) iššūkiu valstybės sveikatos politikai išlieka gyventojų psichikos sveikata ir socialinė atskirtis bei sveikatos netolygumai;
- 7) sveikos gyvensenos įpročių ugdymo priemonės, kurios veikia sveiko gyvenimo trukmę, buvo mažai efektyvios;
- 8) Lietuvos savivaldybėse standartizuoti mirtingumo rodikliai 100 tūkst. gyventojų buvo netolygūs. 2010 m. tik trijose savivaldybėse šie rodikliai buvo geresni už naujųjų ES valstybių narių vidurkį, o 2012 m. tik 24 savivaldybių mirtingumo rodikliai buvo mažesni už Lietuvos gyventojų mirtingumo vidurkį.
- 9) tyrimų duomenimis, šalyje nemažėja sveikatos būklės skirtumai tarp vyrų ir moterų. miesto ir kaimo gyvenamųjų vietovių gyventojų, skirtingą išsilavinimą turinčių žmonių.

Išsilavinę Lietuvos gyventojai gyvena sveikiau ir ilgiau, o žemesnį išsilavinimą turinčiųjų sveikata yra santykinai prastesnė. Lietuvos vyrų gyvenimo trukmė yra beveik 11 metų trumpesnė negu moterų. Šis skirtumas yra gerokai didesnis nei daugumos kitų ES valstybių narių.

Strategijoje įtvirtinta nuostata Lietuvos sveikatos sistemos ateitį projektuoti pagal gerąją europinę praktiką. Lietuvos sveikatos sektoriaus plėtra turi užtikrinti sveikatos rodiklių (ypač vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės, vyrų ir moterų mirtingumo skirtumo, kūdikių mirtingumo) artėjimą prie ES valstybių narių vidurkio. Pagrindiniu atskirų ligų valdymo pažangos matavimu rodikliu laikytinas standartizuotas mirtingumo rodiklis. Pažangos būtina siekti visoje šalies teritorijoje, prioritetą teikiant santykinai atsiliekančių teritorijų pažangai. Standartizuoto mirtingumo netolygumus tarp Lietuvos savivaldybių bei šio rodiklio dinamika 2008-2010 ir 2017-2019 metais pateikiama *65 paveiksle*.

65 paveikslas. *Standartizuotas mirtingumo rodiklis Lietuvos savivaldybėse*



Šaltinis: Higienos institutas, PSO duomenų bazė

Strategijoje numatyti mirtingumo dėl savižudybių, išorinių mirties priežasčių, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų mažinimo tikslai.

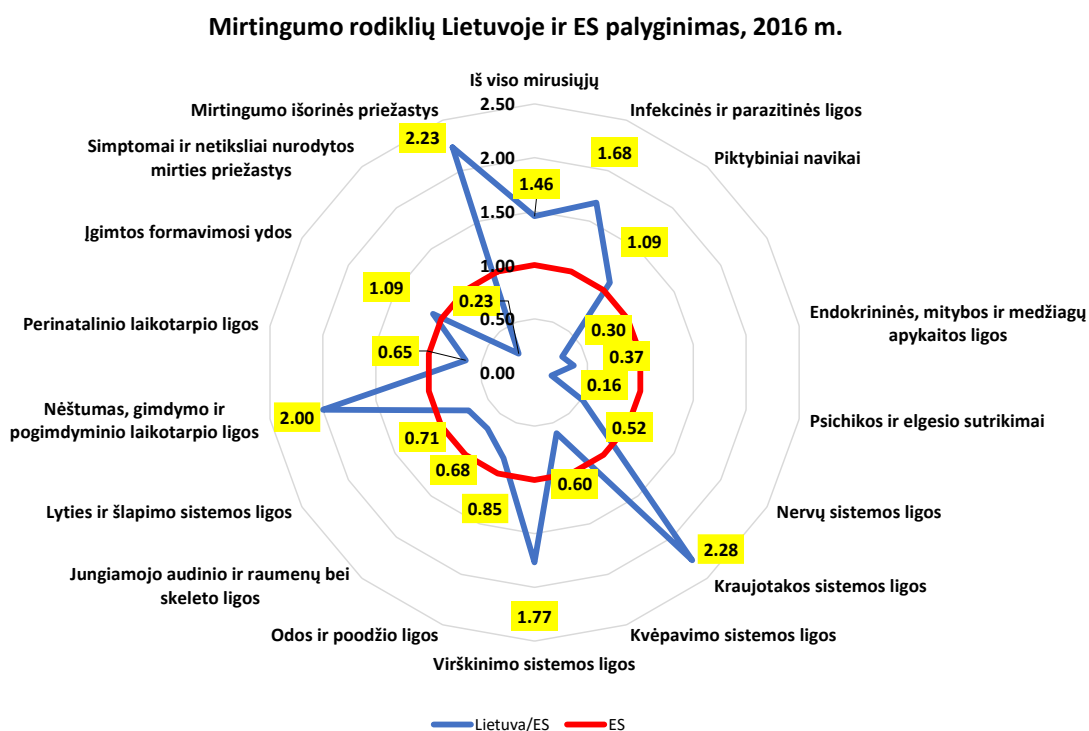
Strategijoje apibrėžtų rodiklių (10 lentelė) įgyvendinimo vertinimas bei pažangos, siektinos 2020-2030 metais, projektavimas atliekamas šio projekto ribose.

10 lentelė. *Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos įgyvendinimo vertinimo rodikliai ir jų reikšmės*

Tikslai	Vertinimo rodiklis, matavimo vienetas, duomenų šaltinis	Būklė (metai)	Vertinimo rodiklio reikšmė 2020 m.	Vertinimo rodiklio reikšmė 2025 m.
Pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai	1. Lietuvos gyventojų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė, LSD	73,98 metų (2012 m.)	75,8 metų	77,5 metų
	2. Vidutinės būsimo gyvenimo trukmės skirtumo tarp vyrų ir moterų mažinimas, ilgėjant vyrų vidutinei būsimo gyvenimo trukmei (metais), LSD	11,06 metų (2012 m.)	9,5 metų	8 metai
Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį	1. Mirtingumas dėl savižudybių 100 tūkst. gyventojų, Eurostatas	31,03 (2012 m.)	19,5	12,0
Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką	3. Mirtingumas dėl išorinių priežasčių 100 tūkst. gyventojų, HI	122,47 (2012 m.)	77,3	51,7
Formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą	1. Legalaus alkoholio suvartojimas vienam gyventojui per metus, litrais absoliutaus alkoholio, LSD	13,0 (2012 m.)	9,5	8,5

	2. Tabako suvartojimas vienam gyventojui per metus, cigarečių skaičius, LSD, Tyrimas	907 (2012 m.)	Sumažinti tabako suvartojimą 3 procentais nuo 2012 m. lygio	Sumažinti tabako suvartojimą 3 procentais nuo 2020 m. lygio
	3. Mirčių dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo skaičius (abs. sk.), HI, LSD	95 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
	4. Nutukusių vyrų dalis tarp Lietuvos 20–64 metų amžiaus vyrų, procentais, Tyrimas	18 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
	5. Nutukusių moterų dalis tarp Lietuvos 20–64 metų amžiaus moterų, procentais, Tyrimas	19 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius	1. Kūdikių mirtingumas 1 000 gyvų gimusių kūdikių Lietuvoje, HI	3,9 (2012 m.)	Pasiekti ES valstybių narių vidurkį	Pasiekti ES valstybių narių vidurkį
	2. Šeimos gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų, HI	6,4 (2012 m.)	7,0	7,54
	3. Slaugytojų (įskaitant akušerius), tenkančių vienam gydytojui, skaičius, HI	1,75 (2012 m.)	2,0	Pasiekti ES valstybių narių vidurkį
	4. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų, HI	451,1 (2012 m.)	368,7	310,4
	5. Mirtingumas nuo piktybinių navikų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų, HI	182,1 (2012 m.)	172,8	165,5
	6. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, procentais nuo BVP, LSD	6,7 (2012 m.)	7,5	8,0
	7. Valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais, LSD	65,3 (2011 m.)	75	78
	8. Išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis tarp einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais, LSD	1,1 (2012 m.)	2,0	3,0

Strategijos įgyvendinimo analizė yra sudėtinė prognozavimo metodologijos dalis, kuriai bus skirtas specialus skyrius. Lietuvos ir ES šalių gyventojų mirtingumo rodiklių pagal priežastis palyginimas pateikiamas 66 paveiksle.



Šaltinis. PSO duomenų bazė

3.3.2. Europos Komisijos apibrėžtos teminės sąlygos (angl. *enabling conditions*)

Sveikatos sektorius reikšminga šiuolaikinės Europos visuomenės dalis. Sveikatos išlaidos šiuo metu siekia apie 10 procentų ES šalių bendrojo vidaus produkto (BVP). Kita vertus, ES sutartyse sveikatos sritis priskirta šalių narių vyriausybių atsakomybei, o tai lemia tiesiogiai gyventojų sveikatai skirtų europinių investicijų labai ribotą apimtį.

2021–2027 m. ES fondų investicijų programos lėšos bus koncentruojamos į ES Bendrųjų nuostatų reglamente nustatytus 5 politikos tikslus. Sveikatos sektorių liečiančiam 4-ajam tikslui pasiekti vargiai bus skirta daugiau nei 10 procentų ES investicijų. Dėl šių investicijų sveikatos sektoriui teks konkuruoti su užimtumo, švietimo, socialinės apsaugos sektoriais. **Tikėtina, kad sveikatos sektoriui teks iki 20 procentų tikslui pasiekti numatytų lėšų arba iki 2 procentų visų ES fondų lėšų, tai yra žymiai mažiau nei sveikatai tenkanti ekonomikos dalis bei sveikatos sektoriaus finansavimui skiriama nacionalinio Lietuvos biudžeto dalis.**

Vienintelis tiesiogiai sveikatos sektoriui numatomas 2021–2027 m. ES fondų investicijų programos tikslas yra **sveikatos paslaugų prieinamumo gerinimas.**

Siekiant, kad sveikatos sektoriui skiriamas ES fondų finansavimas atitiktų realius Lietuvos poreikius ir viršytų 2 procentus europinio finansavimo apimtį, būtina Lietuvos rengiamame Nacionaliniame 2021–2030 metų pažangos plane ir su šiuo planu susijusiuose dokumentuose akcentuoti sveikatos sektoriaus vaidmenį įgyvendinant visus 5 Europos Komisijos suformuluotus tikslus:

„A focus on five investment priorities, where the EU is best placed to deliver. Five main objectives will drive EU investments in 2021-2027:

Regional development investments will strongly focus on objectives 1 and 2. 65% to 85% of ERDF and Cohesion Fund resources will be allocated to these priorities, depending on Member States' relative wealth.“

Maždaug 75 procentai ES lėšų bus skirta 1 ir 2 tikslų įgyvendinimui:

1. **Smarter Europe**, through innovation, digitisation, economic transformation and support to small and medium-sized businesses;
2. A **Greener, carbon free Europe**, implementing the Paris Agreement and investing in energy transition, renewables and the fight against climate change.

Maždaug 25 procentai ES lėšų bus skirta 3, 4 ir 5 tikslų įgyvendinimui:

3. A more **Connected Europe**, with strategic transport and digital networks;
4. A more **Social Europe**, delivering on the European Pillar of Social Rights and supporting quality employment, education, skills, social inclusion and equal access to healthcare;
5. A **Europe closer to citizens**, by supporting locally-led development strategies and sustainable urban development across the EU.

1 tikslas – “Smarter Europe, through innovation, digitisation, economic transformation and support to small and medium-sized businesses” – reikalauja sveikatos sektoriaus pokyčių:

- naujų inovatyvių technologijų ir inovatyvių vaistų, patobulintos medicinos įrangos, gerąją pasaulinę praktiką atitinkančių gydymo algoritmų formavimo ir diegimo klinikinėje praktikoje;
- universitetuose ir akademinuose institutuose atliekamų fundamentaliųjų sveikatos mokslo tyrimų, daugumoje klinikinių bazių ir vaistus bei medicinos įrangą gaminančių įmonių laboratorijose atliekamų taikomųjų tyrimų. Pastebėtina, kad Lietuvos statistika medikamentų klinikinių tyrimų dažnai net nepriskiria taikomiesiems mokslams;
- subalansuoto Lietuvos ūkio skaitmenizavimo, kuris neįmanomas be sparčios e-sveikatos, nuotolinių sveikatinimo paslaugų teikimo, medicininės įrangos digitalizacijos plėtros, medikų bei pacientų elektroninio raštingumo lygio gerinimo;
- paramos smulkiajam ir vidutiniam verslui, neapsiribojant pramonės ar komercinėmis paslaugomis. Dauguma Lietuvos PASP įstaigų, slaugos ir kaimiškųjų rajonų ligoninių yra mažosios arba vidutinės įmonės.

2 tikslas – „A Greener, carbon free Europe, implementing the Paris Agreement and investing in energy transition, renewables and the fight against climate change“ – privalo būti koordinuojamas su sveikatos sektoriumi. Žalioji politika daro teigiamą poveikį gyventojų sveikatai. Savo ruožtu sveikatos sektorius prisideda prie žalesnės Europos kūrimo. Būtinios investicijos į:

- visuomenės sveikatos laboratorijas, informacines sistemas bei žmogiškąjį kapitalą kovos su gamtos užteršimu, triukšmu efektyvumui užtikrinti;
- sveikatos priežiūros įstaigų pastatų bei technologijų energetinį efektyvumą, šių įstaigų energetinių sistemų pertvarką tam, kad būtų galima gaminti ir naudoti atsinaujinančios energijos šaltinius, siekiant SDG numatytų tikslų.

3 tikslas – „A more Connected Europe with strategic transport and digital networks“ – reikalauja:

- pritaikyti pagrindinius Europos transporto koridorius maksimaliai saugiam keleivių judėjimui pandemijos, stichinių nelaimių, kitų sveikatos krizių atvejais;

- sudaryti sąlygas, kad pacientai sausumos ar / ir oro transporto pagalba pasiektų efektyvią medicininę pagalbą galinčias suteikti įstaigas savo ar, reikalui esant, kitose ES šalyse;
- skaitmeninių tinklų plėtros, būtinos užtikrinti saugų medicininės informacijos perdavimą, didėjant jos apimčiai.

*4 tikslas – „A more **Social Europe**, delivering on the European Pillar of Social Rights and supporting quality employment, education, skills, social inclusion and **equal access to healthcare**“* – reikalauja net tik investicijų į paslaugų prieinamumą:

- sveikatos priežiūros įstaigose dirba apie 5 procentai Lietuvos darbo jėgos ir, kaip rodo Vakarų Europos šalių patirtis, šio sektoriaus dalis nacionaliniame užimtume didės;
- sveikatos apsaugos sektoriaus darbuotojų kvalifikacija, matuojant profesijai įgyti skirtais metais, yra viena aukščiausių tarp visų ekonomikos sektorių;
- gydytojams ir slaugytojams privaloma nuolat tobulinti kvalifikaciją;
- sveikatinimo proceso efektyvumui užtikrinti svarbus ne tik paslaugas teikiančių darbuotojų, bet ir visos visuomenės sveikatos švietimas. COVID-19 pandemija ir viešos diskusijos dėl skiepavimo racionalumo aiškiai parodė dabartinio sveikatos švietimo ribotumą;
- senstant populiacijai ir daugėjant susirgimų neinfekcinėmis chroniškėmis ligomis, didėja pacientų bei jų šeimos narių mokymų, kaip pačiam valdyti ligą, slaugyti artimuosius, aktualumas;
- sveikatos sektorius yra reikšmingas kovoje su skurdu ir už socialinę įtrauktį. Pensinio amžiaus žmonių namų ūkių išlaidų struktūroje tiesioginiai gyventojų mokėjimai už medicinos prekes ir vaistus siekia iki 40 procentų namų ūkio biudžeto. Tiesioginių išlaidų mažinimas yra tikslinė priemonė padėti sunkiausioje situacijoje esantiems senjorams, neįgaliesiems.

*5 tikslas – „A **Europe closer to citizens**, by supporting locally-led development strategies and sustainable urban development across the EU“* – reikalauja savivaldos įsitraukimo į sveikatinimo veiklą, užtikrinant:

- sveikatos sektoriaus infrastruktūros tolygumą tiek materialinių išteklių, tiek sveikatos priežiūros specialistų aspektais;
- sveikatinimo elementus turinčių priemonių švietimo, gamtos apsaugos, teisėtvarkos, darbo, transporto ir buities saugos, sveiko laisvalaikio sektoriuose integralumą;
- gebėjimą surasti žmones, kuriems sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas apribotas dėl socialinių, ekonominių, kultūrinių, šeimyninių priežasčių ir padėti šiems asmenims;
- bendradarbiavimą tarp savivaldybių šalies viduje bei Lietuvos ir kaimyninių valstybių savivaldybių, kad būtų užtikrinamas optimalus sveikatos paslaugų teikimo procesas.

Tikėtina, kad racionalus Lietuvos gyventojų sveikatinimo tikslus atitinkantis ES investicijų lygis yra apie 10 procentų ES išlaidų. Pilnas sveikatos poreikių atspindėjimas prioritetinių ES tikslų hierarchijoje leistų padidinti sveikatai skirtą finansavimą nuo 2 procentų, tenkančių išimtinai pagal 4 tikslą, 5 kartus iki 10 procentų bendros ES finansavimo apimties.

Europos Komisijos apibrėžtos teminės sąlygos yra siejamos su ES rekomendacijomis valstybėms narėms.

IV. Prioritetinės sveikatos sistemos pokyčių kryptys pagal ES ir Lietuvos normatyvinius dokumentus

Europos Komisijos apibrėžtos teminės sąlygos siejamos su ES rekomendacijomis valstybėms narėms. Žemiau pateikiamos 2020 ir 2019 metais Lietuvai teiktos rekomendacijos.

TARYBOS REKOMENDACIJA dėl 2020 m. Lietuvos nacionalinės reformų darbotvarkės su Tarybos nuomone dėl 2020 m. Lietuvos stabilumo programos

Lietuvos sveikatos sektoriaus problemos:

- lėta pažanga gerinant paslaugų kokybę;
- nepakankamas investavimas į pirminę sveikatos priežiūrą;
- nepadaryta pažanga pritaikant ligoninių tinklą, kad jis taptų efektyvesnis ir labiau atitiktų poreikius;
- COVID-19 krizė taip pat atskleidžia sveikatos netolygumus, susijusius su darbo jėgos trūkumu ir geografine paslaugų ir jų poreikių neatitiktimi.

Rekomendacijos tiesiogiai sveikatos apsaugai:

- imtis visų būtinų priemonių, kad būtų veiksmingai kovojama su pandemija;
- skirti pakankamai išteklių sveikatos sistemos prieinamumui, efektyvumui ir kokybei gerinti, kad ji galėtų geriau reaguoti į dažnesnių lėtinių sveikatos sutrikimų, senėjimo ir įsisenėjusių sveikatos netolygumų iššūkius;
- itin svarbi pirminė sveikatos priežiūra ir e. sveikatos plėtra;
- Lietuva turėtų užtikrinti, kad pastaruoju metu pagerėjęs sveikatos priežiūros įperkamas nepablogėtų;
- būsimam atsparumui užtikrinti taip pat reikės didinti sistemos gebėjimą keisti nesveiką gyvenimą (tai vienas iš kitų svarbių veiksnių, lemiančių prastus sveikatos rezultatus Lietuvoje);
- dėti daugiau pastangų, kad ilgalaikės priežiūros sektorius pasirengtų veikti visuomenei senėjant;
- didinti sveikatos sistemos atsparumą, be kita ko, sutelkiant adekvatų finansavimą ir sprendžiant sveikatos priežiūros darbuotojų ir svarbių medicinos reikmenų trūkumo problemą.

Rekomendacijos aktualios ir sveikatos apsaugai:

- švelninti krizės poveikį užimtumui;
- didinti aktyvios darbo rinkos politikos priemonių finansavimą bei aprėptį ir skatinti gerinti įgūdžius;
- užtikrinti minimalios socialinės apsaugos sistemos aprėptį bei adekvatumą;
- padidinti mokesčių ir socialinių išmokų sistemos veiksmingumą apsaugant nuo skurdo;
- paankstinti brandžių viešųjų investicinių projektų įgyvendinimą;
- investicijas sutelkti į žaliąją ir skaitmeninę pertvarką, visų pirma, į labai didelio pajėgumo plačiajuosčio ryšio aprėptį ir skverbimą, švarią ir efektyvią energijos gamybą bei vartojimą;
- skatinti technologines inovacijas mažosiose ir vidutinėse įmonėse.

TARYBOS REKOMENDACIJA dėl 2019 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2019 m. Lietuvos stabilumo programos

Lietuvos sveikatos sektoriaus problemos ir rekomendacijos, kaip tas problemas spręsti:

- prasti sveikatos priežiūros rezultatai ir mažos investicijos į sveikatos priežiūrą;
- daug galimybių racionalizuoti išteklių naudojimą labiau persiorientuojant nuo stacionarinės prie ambulatorinės priežiūros;
- ligoninių paslaugų teikiama vis dar daug: hospitalizuojama daug lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, o lovų užimtumo rodikliai palyginti žemi;

- norint padidinti efektyvumą ir pagerinti sveikatos priežiūros rezultatus, būtina labiau racionalizuoti ligoninių išteklių naudojimą, vykdyti tikslines investicijas į pirminės sveikatos priežiūros paslaugų gerinimą, taip pat į sveikatos priežiūros sektoriaus darbo jėgą;
- priežiūros paslaugų kokybė tebėra viena iš pagrindinių priežasčių, lemiančių prastus sveikatos priežiūros rezultatus;
- priežiūros paslaugų kokybės gerinimo priemonės yra fragmentiškos: pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje akreditavimo siekiama labai vangiai, o ligoninėms akreditavimo sistema netaikoma;
- investicijos į ligų prevencijos priemones ypač mažos;
- veiksams, kurių imtasi ligų prevencijos priemonėms sustiprinti vietos lygmeniu, trūksta bendros vizijos ir juos įgyvendinti trukdo tai, kad visuomenės sveikatos tarnybos ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos nepakankamai sistemingai bendradarbiauja;
- sveikatos priežiūros išlaidos yra nedidelės, o neoficialiai mokama palyginti daug ir daug mokama savo lėšomis, neigiamai veikia vienodas galimybes gauti sveikatos priežiūros paslaugas.

Rekomendacijos aktualios ir sveikatos apsaugai:

- didesnės investicijos į energijos vartojimo efektyvumą, visų pirma, pastatų sektoriuje, ir į atsinaujinančiųjų išteklių energijos gamybą;
- regioniniai skirtumai Lietuvoje yra didesni nei vidutiniai ES šalyse ir pastaruosius du dešimtmečius didėja;
- kaimiškuosiuose regionuose, kurie užima daugiausiai šalies teritorijos ir kuriuose gyvena beveik 55 % gyventojų, gyventojų skaičius sparčiai mažėja, prie to prisideda ir mažėjančios galimybės naudotis kokybiškais viešosiomis paslaugomis;
- didžiuliai socialiniai ir ekonominiai skirtumai šalyje rodo, kad tam tikruose regionuose yra akivaizdus investicijų poreikis;
- jungčių (skaitmeninių) gerinimas kaimiškose Lietuvos teritorijose tebėra problema.

2021-2030 metų nacionalinis pažangos planas

Nacionaliniu dokumentu, kuris reglamentuos Lietuvos vystymąsi artimiausius 10 metų, laikytinas **2021–2030 metų nacionalinis pažangos planas** (toliau - Planas).

Plane numatomi 10 strateginių tikslų, iš kurių Plano projekto autoriai su sveikata sieja antrą ir septintą Jungtinių Tautų Darnaus vystymosi tikslus (DVT, angl. - SDG).

Plano 2-ras strateginis tikslas – didinti gyventojų socialinę gerovę ir įtraukti, stiprinti sveikatą ir gerinti Lietuvos demografinę padėtį.

Plane sveikatos problematika vertinama vidutinės tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės, vyrų ir moterų mirtingumo skirtumų bei išvengiamo mirtingumo atotrūkio nuo ES vidurkio aspektais. „2016 m. Lietuvos moterų vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė¹ (toliau – VSGT) buvo 59.4 m., vyrų – 56.2 m. Palyginti su ES vidurkiu, Lietuvos moterų VSGT buvo trumpesnė 4,8 m., o vyrų – 7,3 m. Išvengiamo mirtingumo dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir savižudybių, daugiausiai vyrų, rodiklis daugiau nei dvigubai viršija ES vidurkį. Tokiu pat mastu ES vidurkį viršija ir prevencijos priemonėmis ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas².“

Sveikatos sektoriui keliami šie uždaviniai:

¹Rodiklis apskaičiuojamas pagal Sullivan'o metodą, kuriame apjungiami šalies gyventojų mirtingumo ir gyventojų apklausos (Gyventojų pajamų ir gyvenimo sąlygų statistinio tyrimo (EU-SILC) duomenys. Atkreiptinas dėmesys, kad gyventojų savo sveikatos vertinimuose, greičiausiai, atsispindi šalių kultūriniai skirtumai [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_\(HLY\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_(HLY)).

² Komisijos tarnybų darbinis dokumentas. Šalies ataskaita. Lietuva 2019, SWD(2019) 1014 final.

- stiprinti visuomenės psichologinį, emocinį atsparumą, siekiant mažinti savižudybių skaičių, priklausomybes, didelį dėmesį skiriant vaikų psichologinei būklei;
- gerinti visuomenės sveikatą, visų pirma, skatinant sveikatos tausojimą ir stiprinimą, keičiant žmonių gyvenimo būdą, elgseną, skatinant atsakingą požiūrį į sveikatą, didinant vaikų ir suaugusių fizinį aktyvumą, išitraukimą į sporto veiklas, tai mažina žalingų įpročių paplitimą ir didžiąja dalimi lemia sveikatos būklę bei gyvenimo trukmę;
- gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, siekiant didinti gydymo priemonių veiksmingumą ir rezultatus, dvigubai sumažinti gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo lygį;
- didinti sveikatos sistemos efektyvumą pertvarkant ligoninių tinklą, mažinant hospitalizacijų skaičių, toliau judant nuo stacionarios priežiūros prie modelio, pagrįsto stipresne pirmine priežiūra, taikant skaitmeninės sveikatos sistemos sprendimus grįstas inovatyvias paslaugas, atlaisvinant neefektyviai naudojamus išteklius ir panaudojant juos paslaugų kokybei, ilgalaikės, ambulatorinės priežiūros paslaugų prieinamumui didinti, kitoms prieinamumo problemoms – ilgų laukimo eilių, didelių išlaidų vaistams, aukštam korupcijos mastui – spręsti.

Tikslo pasiekimui matuoti rekomenduojamas rodiklis – vyrų ir moterų tikėtina sveiko gyvenimo trukmė.

11 lentelė. Rekomenduojamas vyrų ir moterų tikėtinos sveiko gyvenimo trukmės rodiklis

Poveikio rodiklis, matavimo vienetas		Pradinė reikšmė, 2017 m.	Tarpinė siektina reikšmė, 2025 m.	Galutinė siektina reikšmė, 2030 m.	Duomenų šaltinis
Vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė, metais	Vyrai	56,4	61	62,6	Lietuvos statistikos departamentas
	Moterys	59,8	64.3	65	Lietuvos statistikos departamentas

Plano 7-tas strateginis tikslas – tvariai ir subalansuotai vystyti Lietuvos teritoriją ir mažinti regioninę atskirtį.

Plane sveikatos problematika vertinama „perteklinės infrastruktūros“ aspektu, nurodant, kad Lietuvoje yra daugiau nei „700 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų“ ir esant administracinių kliūčių „norint naudotis teikėjais, esančiais mieste ir teikiančiais aukštesnės kokybės paslaugas“.

Tikslo pasiekimui matuoti rekomenduojamas rodiklis – gyvenimo kokybės indekso nuokrypis savivaldybėse.

12 lentelė. Rekomenduojamas gyvenimo kokybės indekso nuokrypio savivaldybėse rodiklis

Poveikio rodiklis, matavimo vienetas	Pradinė reikšmė, 2016 m.	Tarpinė siektina reikšmė, 2025 m.	Galutinė siektina reikšmė, 2030 m.	Duomenų šaltinis
Gyvenimo kokybės indekso nuokrypis savivaldybėse, palyginti su vidurkiu, indekso punktais	6,03	5,03	3.53	VRM administraciniai duomenys

Plano projekto autoriai nefiksuoja sveikatos problematikos švietimo, kultūros, energetikos ir skaitmenizavimo, viešojo valdymo, nacionalinio saugumo segmentuose.

Išimtimi iš sveikatos poreikių ignoravimo, būdingo rengiamam Planui, laikytinas **Plano 1-mas strateginis tikslas – pereiti prie mokslu žiniomis, pažangiosiomis technologijomis, inovacijomis grįsto darnaus ekonomikos vystymosi ir didinti šalies tarptautinį konkurencingumą.**

Strateginio tikslo aiškinamojoje (tekstinėje) dalyje apie sveikatos poreikius nekalbama, bet poveikio rodiklių lentelėje vienas su sveikata susietas rodiklis yra numatytas.

13 lentelė. Poveikio, sietino su sveikata, rodiklis

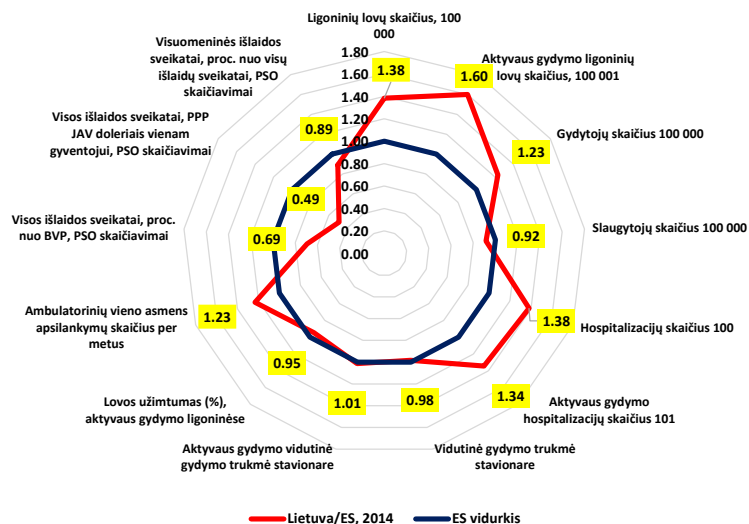
Poveikio rodiklis, matavimo vienetas	Pradinė reikšmė, 2016 m.	Tarpinė siektina reikšmė, 2025 m.	Galutinė siektina reikšmė, 2030 m.	Duomenų šaltinis
Gyvybės mokslų sektoriaus sukuriama pridėtinė vertė, dalis nuo bendros pridėtinės vertės, procentais	0,87	3,0	5,0	Lietuvos statistikos departamentas

Dabartinis Plano projektas menkai orientuotas į Lietuvos gyventojų sveikatos poreikius. Sveikatos apsaugos ministerija, sveikatos paslaugų teikėjai, medikų bendruomenė turi susitelkti tam, kad sveikos gyvensenos, sveikatos paslaugų teikimo dalykai būtų tinkamai atspindėti Planą papildančiuose dokumentuose. Sveikatos sektorius turi aktyviai dalyvauti įgyvendinant visus Lietuvos strateginius tikslus.

Siūloma, kad visi aukščiau aptartuose Lietuvos ir ES dokumentuose – Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“, Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje, 2021–2030 metų nacionaliniame pažangos plane (projekte), Europos Komisijos apibrėžtose teminėse sąlygose, Tarybos rekomendacijose dėl 2019 m. ir 2020 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos – numatyti pokyčiai atsispindėtų būsimuose planiniuose dokumentuose. Racionalu siekti, kad Lietuvos rodikliai artėtų prie atitinkamų ES rodiklių. 67 paveiksle pateikiamas Lietuvos ir ES (vienetui prilygintų rodiklių) palyginimas vėliausiais turimais PSO duomenimis.

67 paveikslas. Paslaugos ir ištekliai. Lietuvos ir ES šalių vidutinių duomenų palyginimas, 2014 m.

Paslaugų ir išteklių Lietuvoje palyginimas su ES vidurkiu, 2014



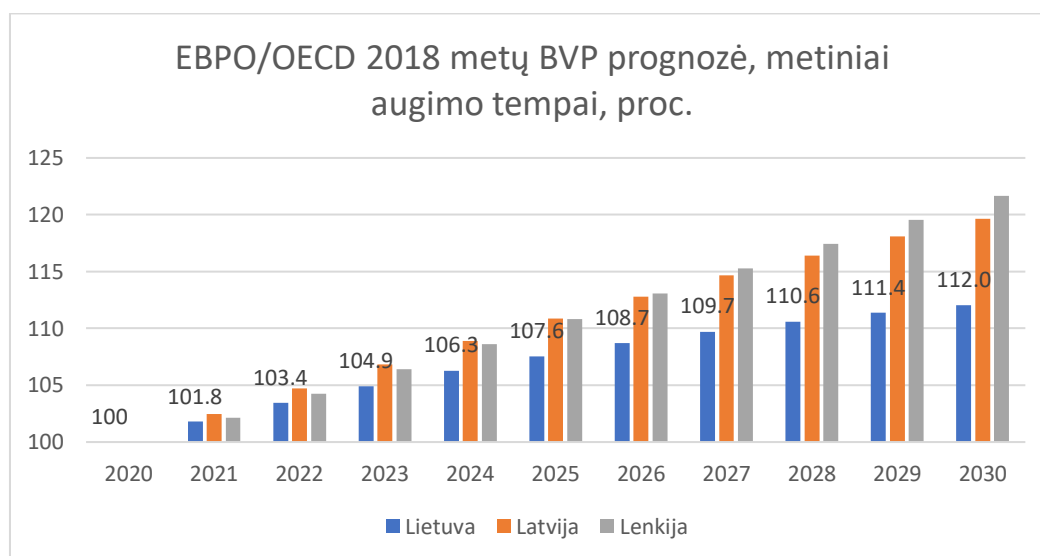
V. Sveikatos išlaidų prognozė 2019-2030 metams

5.1. BVP prognozė 2019-2030 metams

BVP dinamika vienas iš esminių veiksnių, apsprendžiančių visos nacionalinės ekonomikos funkcionavimą. Demografinės gyventojų prognozės leidžia įvertinti gyventojų poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms dinamiką. Gamybos apimties prognozavimas leidžia numatyti, kokias galimybes valstybė turės tenkinti kintantiems gyventojų poreikiams.

Svarbu tai, kad turime tarptautinių institucijų (pvz., EBPO/OECD) parengtas BVP ir sveikatos išlaidų dalies BVP prognozes Lietuvai iki 2030 metų.

68 paveikslas. *BVP ir sveikatos išlaidų dalies BVP prognozė Lietuvai iki 2030 metų*

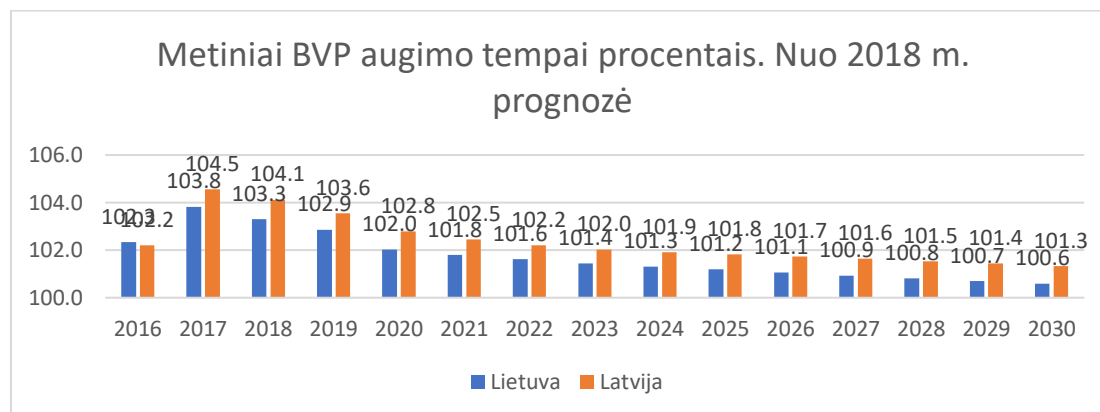


Šaltinis. EBPO prognozė

Kaip matyti iš 68 paveikslo EBPO gana pesimistiškai vertina Lietuvos ekonominio augimo perspektyvas. Numatoma, kad 2020-2030 metais Lietuvos BVP kils beveik 2 kartus lėčiau nei kaimyninių šalių Latvijos ir Lenkijos.

Prognozuojama (69 paveikslas), kad ir Latvijoje, ir Lietuvoje vyks ekonomikos augimo tempų lėtėjimas, bet Lietuvoje šis procesas bus spartesnis. Pagal prognozę nuo 2027 metų Lietuvos ekonomika turėtų augti lėčiau nei 1 proc. per metus.

69 paveikslas. *Metiniai BVP augimo tempai, procentais*

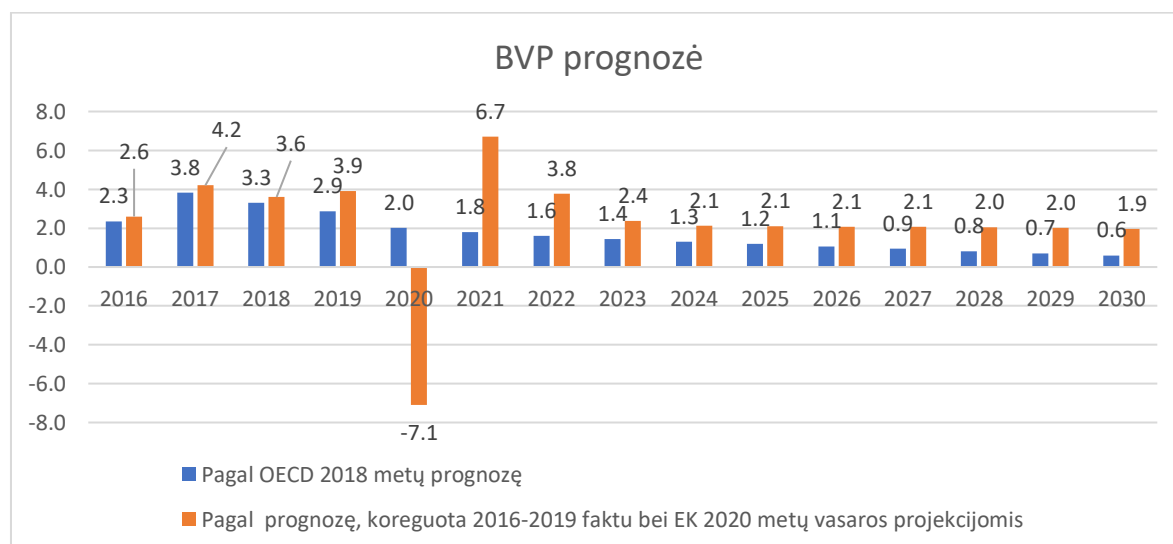


Šaltinis. EBPO prognozė

Siekdami atspindėti ekonominės dinamikos daugiavariantiškumą parengėme alternatyvų 2020-2030 metų ekonomikos raidos scenarijų, kurį palyginome su EBPO scenarijumi. Pastebėtina, kad EBPO prognozė rengta 2018 metais, o alternatyvus scenarijus – 2020 metų pabaigoje, jau turint patikslintus faktinius 2016-2019 m. bei preliminarinius 2020 m. pirmojo pusmečio duomenis.

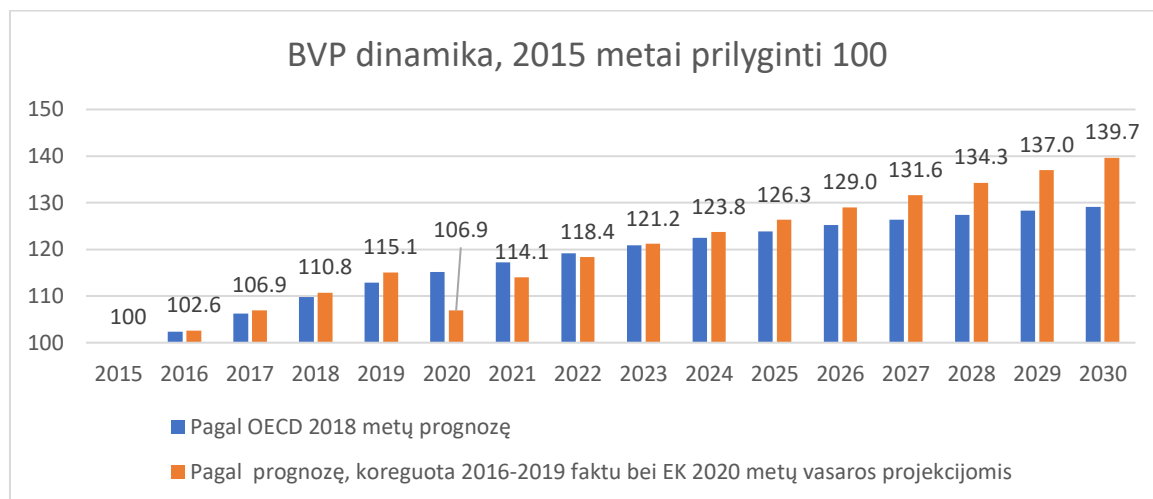
70 paveiksle pateikiami metinių BVP kitimo tempų vertinimai, o 71 paveiksle tikėtinas BVP kitimas nuo 2015 metų.

70 paveikslas. *BVP prognozė*



Šaltinis: EBPO prognozė, autorių vertinimai

71 paveikslas. *BVP dinamika. 2015 metai prilyginti 100*

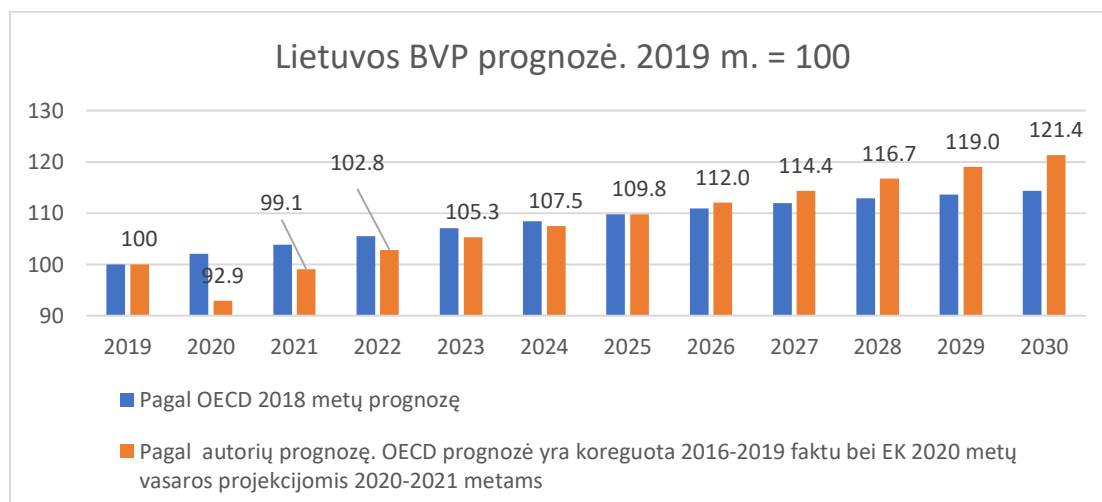


Šaltinis: EBPO prognozė, autorių vertinimai

Autorių parengtoje prognozėje atspindėti 2015-2019 metų faktiniai skaičiai, o 2020-2021 metų ekonomikos augimas vertinamas pagal 2020 metų vasarą Europos Komisijos darytas projekcijas. Nuo 2022 metų Lietuvos rodikliai skaičiuoti remiantis prielaida, kad Lietuvos ekonomikos augimas vyks tempais EBPO ekspertų prognozuotais Lenkijai. Kuri iš prognozių pasitvirtins parodys ateitis, bet pastebėtina, kad EBPO 2016-2019 metų laikotarpiui prognozavo kuklesnius rodiklius nei yra faktiniai.

72 paveiksle pateikiami abiejų prognozių duomenys, 2019 metų rodiklius prilyginant 100

72 paveikslas. *Lietuvos BVP prognozė. 2019 m. prilyginti 100*



Šaltinis: EBPO prognozė, autorių vertinimai

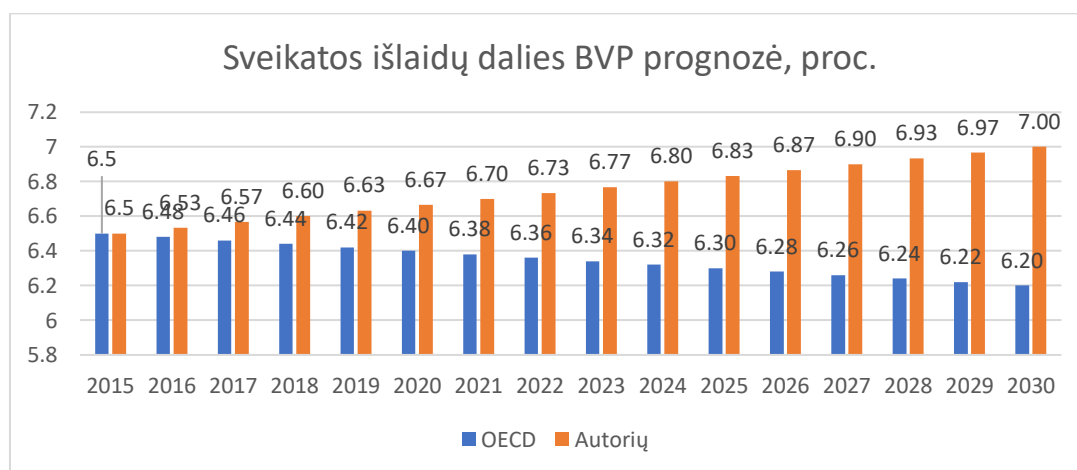
Autorių vertinimu 2020 metais dėl COVID-19 atsirandantis atsilikimas nuo EBPO projekcijų bus įveiktas 2025 metais, o 2030 metais Lietuvos BVP apimtis bus maždaug 5 procentiniais punktais didesnė nei 2018 metais projektavo EBPO.

5.2. Sveikatos išlaidų dalies BVP prognozė 2019-2030 metams

EBPO prognozuoja ne tik tikėtiną BVP dinamiką, bet ir sveikatos išlaidų dalies kitimą. Pastebėtina, kad 2020-2030 metais visoms organizacijos narėms, išskyrus Lietuvą, numatomas sveikatos išlaidų dalies BVP augimas, o vienintelei Lietuvai – mažėjimas. EBPO ekspertai prognozuoja, kad vystantis pagal bazinį scenarijų sveikatos išlaidų dalis BVP susitrauks nuo 6,5 procento 2015 metais iki 6,2 procento 2030 metais.

Duomenys, gauti vertinant LSS įgyvendinimo eigą rodo, kad 2012-2018 metais sveikatos išlaidų dalis BVP augo lėčiau nei buvo numatyta strategijoje, bet augimas buvo. Šis augimas atitiko bendras ES Rytų Europos valstybėms narėms būdingas tendencijas. Mes darome prielaidą, kad sveikatos išlaidų dalis BVP didės ir 2020-2030 metais. Ekstrapolijuojant 2012-2018 metų tendenciją, 2030 metais nagrinėjamas rodiklis turėtų siekti apie 7,4 procento. Žemiau pateikti skaičiavimai grindžiami prielaida, kad 2030 metais sveikatos išlaidos sieks 7 procentus Lietuvos BVP. Pastebėtina, kad faktinis 2018 metų rodiklis visiškai atitinka autorių prognostinius skaičiavimus.

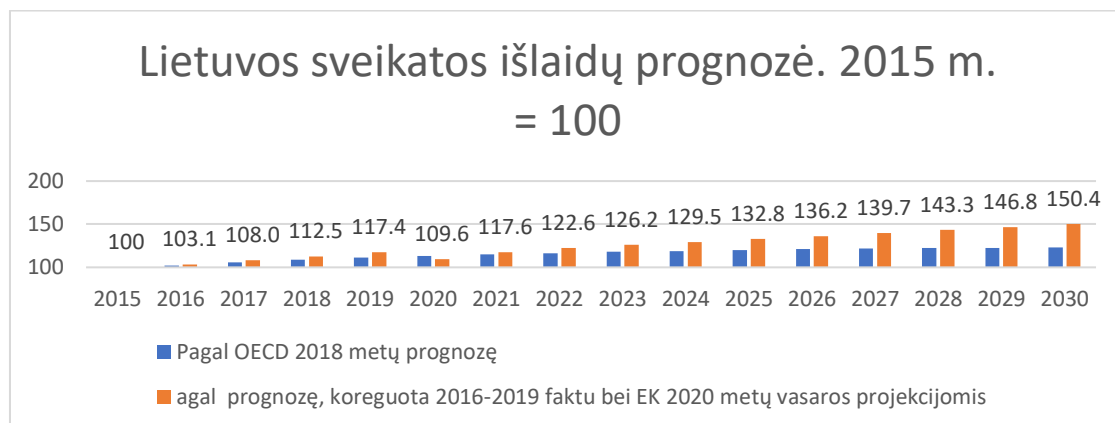
73 paveikslas. *Sveikatos išlaidų dalies nuo BVP prognozė*



5.3. Lietuvos sveikatos išlaidų prognozė 2020-2030 metams

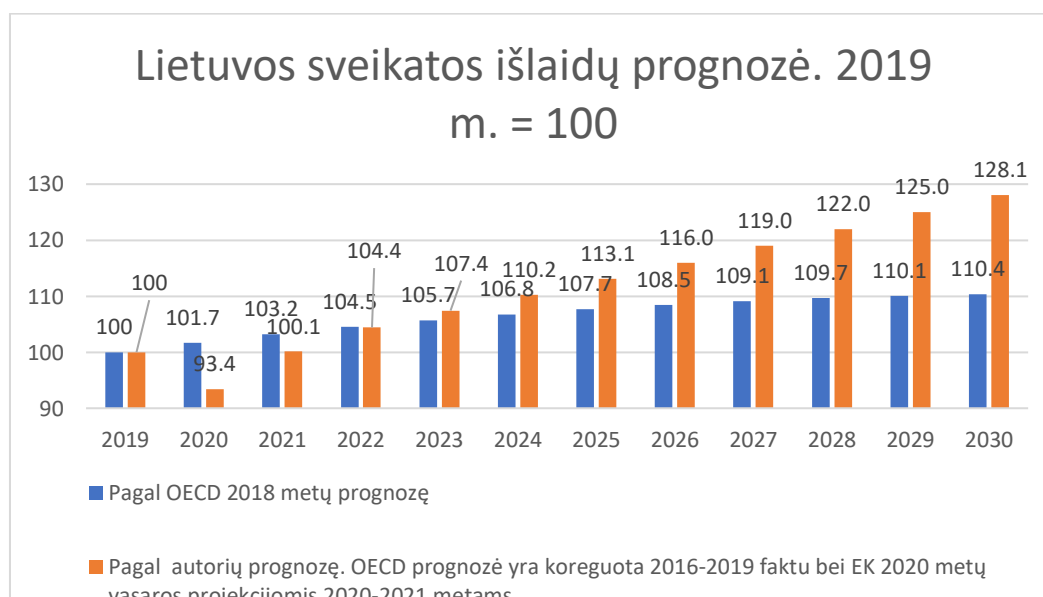
BVP apimties ir sveikatos išlaidų dalies BVP sandauga lemia lėšų, skiriamų sveikatos apsaugai kiekį. Naudodamiesi aukščiau aprašyta metodologija, EBPO projekciją lyginsime su savo darytomis prognozėmis.

74 paveikslas. Lietuvos sveikatos išlaidų prognozė, 2015 m.=100



EBPO numato žemus ir vis lėtėjančius BVP augimo tempus bei mažėjančią sveikatos išlaidų dalį BVP. Šių prognozių sąveika lemia tai, kad nuo 2025 metų sveikatos išlaidų augimas Lietuvoje beveik nenumatomas. Jei tikrovė klostysis pagal EBPO numatytą scenarijų, gyventojų sveikatos rodiklių pokyčiai vyks beveik išimtinai dėl sveikatinimo proceso efektyvumo kitimo. Pastebėtina, kad EBPO scenarijus grindžiamas aukščiau aprašyta Lietuvos gyventojų mažėjimo hipoteze. Jei 2030 metais gyventojų skaičius sieks apie 90 procentų 2015 metų lygio, sveikatos išlaidos vienam gyventojui augs net ir pagal EBPO prognozę. Kita vertus, jei 2019 metais prasidėjęs Lietuvos gyventojų skaičiaus didėjimas bus tvarus, o išlaidos sveikatai keisis pagal EBPO scenarijų, 2030 m. vienas gyventojas sveikatos priežiūros paslaugų ir prekių gaus mažiau nei 2019 metais (įvertinus populiacijos senėjimą bei spartesnę nei kitų ūkio sektorių sveikatos sektoriaus kainų dinamiką). Tai, kad 2016-2018 metų faktiniai skaičiai viršija EBPO projekcijas, rodo tikėtiną spartesnę nei numato EBPO prognozė investicijų į sveikatą augimą Lietuvoje.

75 paveikslas. Lietuvos sveikatos išlaidų prognozė, 2019 m.=100



Demografiniams pokyčiams vertinti skirtoje dalyje prognozuojama, kad demografiniai veiksniai padidins Lietuvos gyventojų poreikius sveikatos paslaugoms 10,97 procento. Iš šio

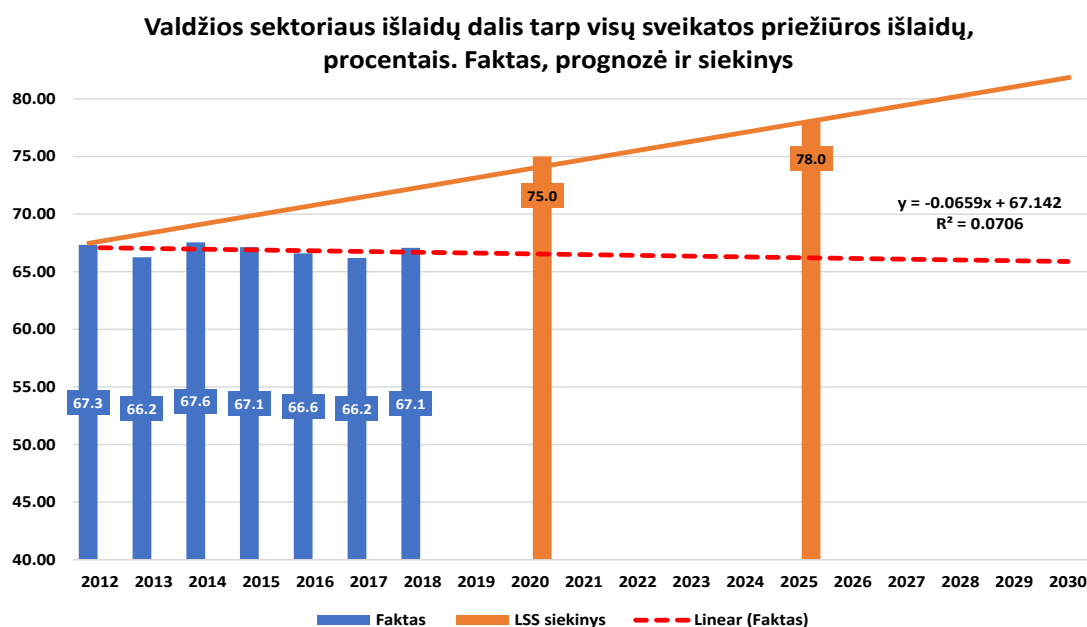
skaičiaus 6,09 procentiniai punktai tenka gyventojų skaičiaus augimui, o 4,88 procentiniai punktai – Lietuvos gyventojų amžiaus struktūros pokyčiams (dažnai literatūroje įvardijamiems populiacijos senėjimu). Jei pasitvirtins 2018 m. EBPO daryta sveiktos išlaidų prognozė, bendras 10,4 procentų sveiktos išlaidų prieaugis, tikėtina, bus mažesnis nei demografinės raidos lemtas gyventojų poreikių didėjimas. Atsižvelgiant į būtinybę, lemiamą konkurencijos su Vakarų Europos šalimis, Lietuvos medikams algas kelti sparčiau nei jos kyla vidutiniškai šalies mastu, neatitikimas gali būti net didesnis nei skirtumas tarp 10,97 ir 10,4.

Jei pasitvirtins mūsų darytos prognozės dėl demografinių pokyčių ir sveikatos išlaidų, Lietuva galės visiškai patenkinti demografinių procesų lemiamą poreikių sveikatos paslaugoms ir prekėms didėjimą bei investuoti į paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimą; investuoti į inovatyvias, Lietuvoje dar netaikytas, efektyvias technologijas; išlaikyti esamą gydytojų ir didinti slaugytojų skaičių. Darydami prognozę mes įvertinome COVID-19 sukkelto sukrėtimo poveikį. Suprasdami, kad metiniai sveikatos išlaidų svyravimai yra neišvengiami, atspindime ilgalaikę tendenciją.

5.4. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto prognozė

Pasitvirtinus bendrųjų išlaidų sveikatai prognozei, 2019 metų lygį šios išlaidos 2030 metais viršys 28,1 procento. LSS numato, kad 2025 metais valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai turi pasiekti 78 procentus bendrųjų išlaidų.

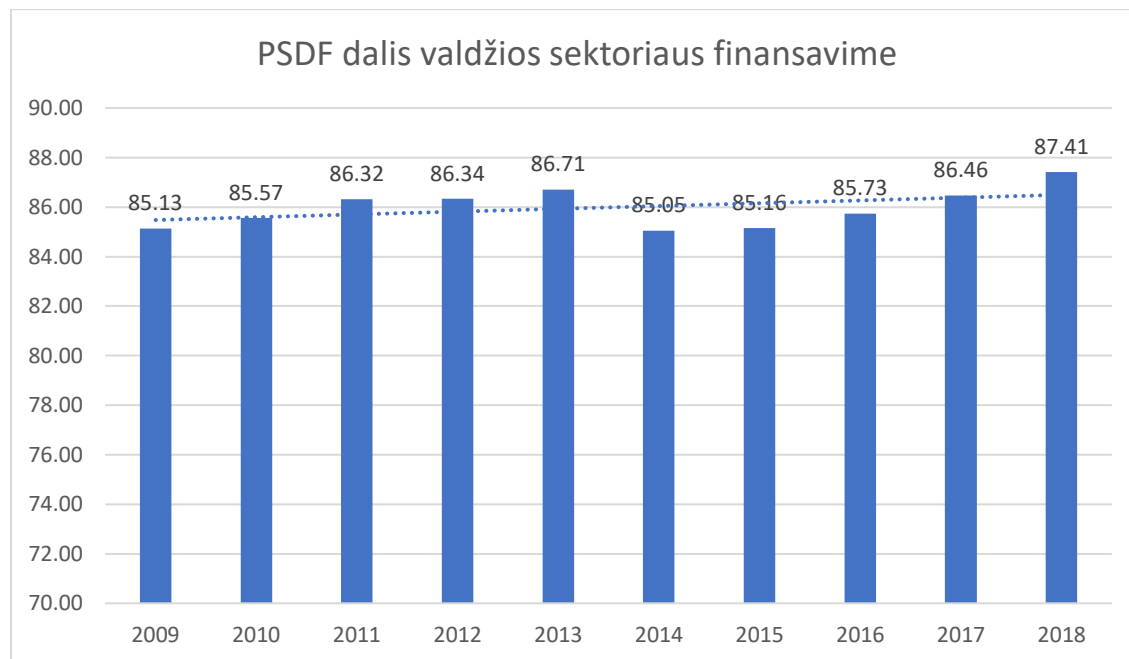
76 paveikslas. Valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais. Faktas, prognozė ir siekinys.



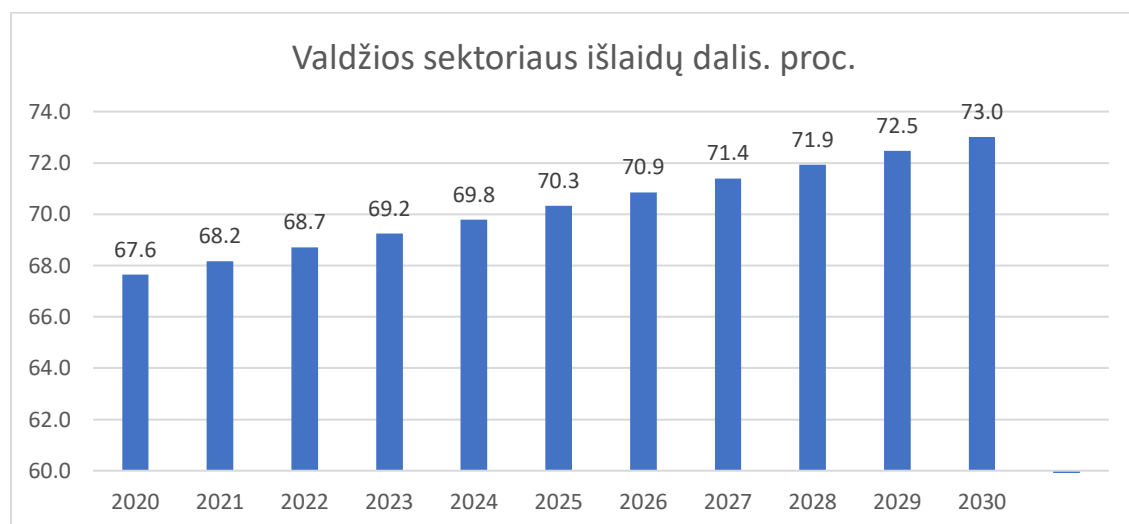
Atsižvelgiant į tai, kad 2012-2018 metais valdžios sektoriaus santykinė reikšmė sveikatos finansavime nedidėjo, mažai tikėtina, kad LSS siekiniai bus įgyvendinti. Abejones dėl LSS numatytų tikslų įgyvendinimo sustiprina COVID-19 sukeltos nacionalinio biudžeto balansavimo problemos.

Progozėje numatoma, kad 2019-2030 metais PSDF lyginamasis svoris valdžios sektoriaus finansavime bus pastovus, tai atitinka 2009-2018 metų tendenciją (77 paveikslas). Valdžios sektoriaus finansavimo vaidmuo bendrajame sveikatos finansavime didės lėčiau nei numatyta LSS (78 paveikslas).

77 paveikslas. **PSDF išlaidų dalis valdžios sektoriaus sveikatos finansavime, procentais**

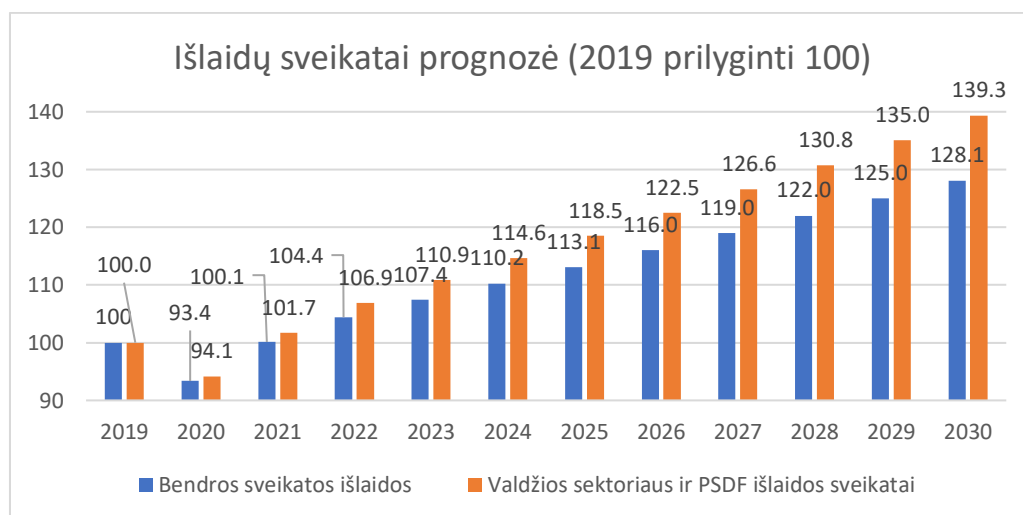


78 paveikslas. **Valdžios sektoriaus išlaidų dalies bendrose Lietuvos išlaidose sveikatai prognozė, procentais**



Progozės prielaidoms pasitvirtinus, 2030 metais PSDF biudžetas bus 39,3 procento didesnis nei 2019 metais. Pažymėtina, kad PSDF padidėjimas, apspręstas valdžios sektoriaus vaidmens sveikatos finansavime didėjimo, yra gyventojų naštos, jiems susirgus, mažinimo šaltinis, bet negali būti vertinamas kaip priemonė teikti gyventojams papildomas prekes ir / ar paslaugas bei didinti medikų pajamas. Šis pokytis darys įtaką sveikatos išlaidų, šiuo metu tiesiogiai finansuojamų gyventojų lėšomis, perkėlimą PSDF biudžetui.

79 paveikslas. *Išlaidų sveikatai prognozė. 2019 m.=100*



Visos ataskaitoje pateikiamos prognozės yra skaičiuojamos pastoviomis kainomis. Tikėtina, 2019-2030 metais kainos Lietuvoje augs ir tai lems, kad nominalus BVP bei bendrųjų sveikatos išlaidų ir PSDF išlaidų didėjimas bus spartesnis nei pateikiama prognozėje.

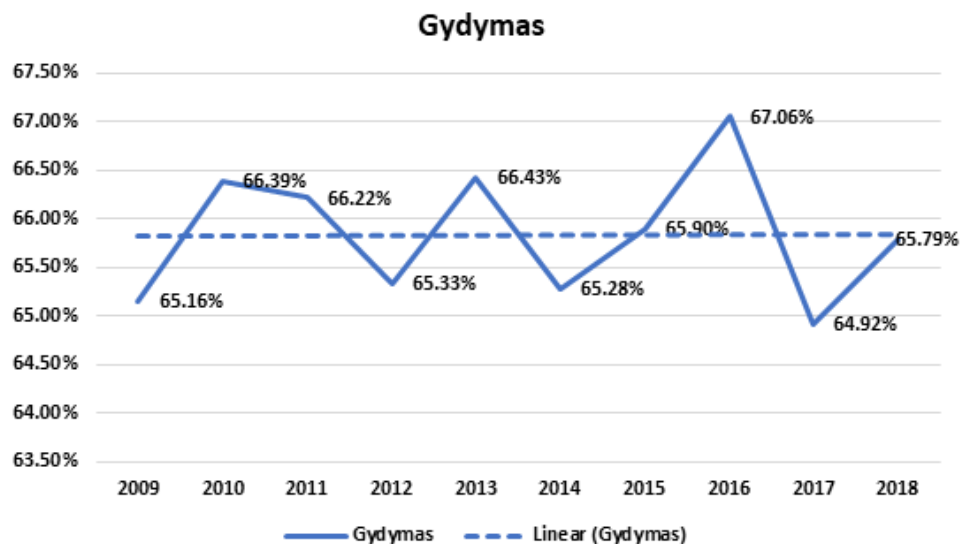
Priemokos, visų pirma, turėtų sumažėti vaistams ir odontologinėms paslaugoms. Sveikatos sąskaitų statistika rodo, kad šiuo metu Lietuvos valdžios sektorius finansuoja apie 75 procentus išlaidų, susijusių su gydymo paslaugomis ir apie 35 procentus išlaidų, susijusių su medicinos prekių vartojimu.

14 lentelė. *Išlaidos pagal funkcijas ir finansuotojus*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Valdžios sektoriaus išlaidų dalis gydymui, proc. nuo visų išlaidų gydymui	85,2	85,4	83,9	81,1	78,1	79,7	78,2	77,6	76,0	75,4
Valdžios sektoriaus išlaidų dalis prekėms, proc. nuo visų išlaidų prekėms	37,3	35,6	33,2	30,9	32,6	32,5	31,8	32,1	32,9	34,8

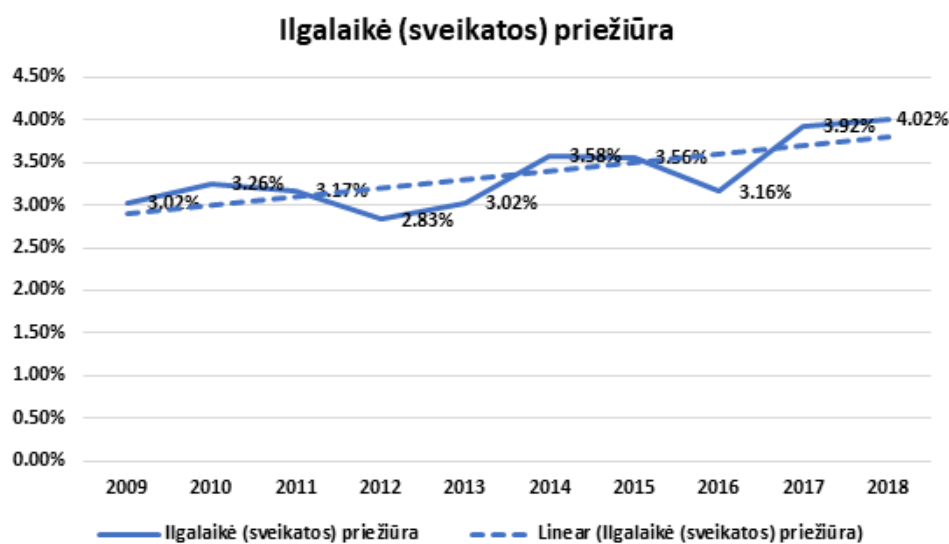
Pastebėtina, kad 2009-2018 metais PSDF išlaidų gydymui lyginamasis svoris išliko pastovus. Išlaidų dalis ilgalaikiai priežiūrai bei prevencijai didėjo, o išlaidų dalis medicinos prekėms, reabilitacijai ir pagalbinėms paslaugoms mažėjo (80-85 paveikslai).

80 paveikslas. PSDF išlaidų dalis pagal funkcijas, proc., 2009-2018 m. Gydymas



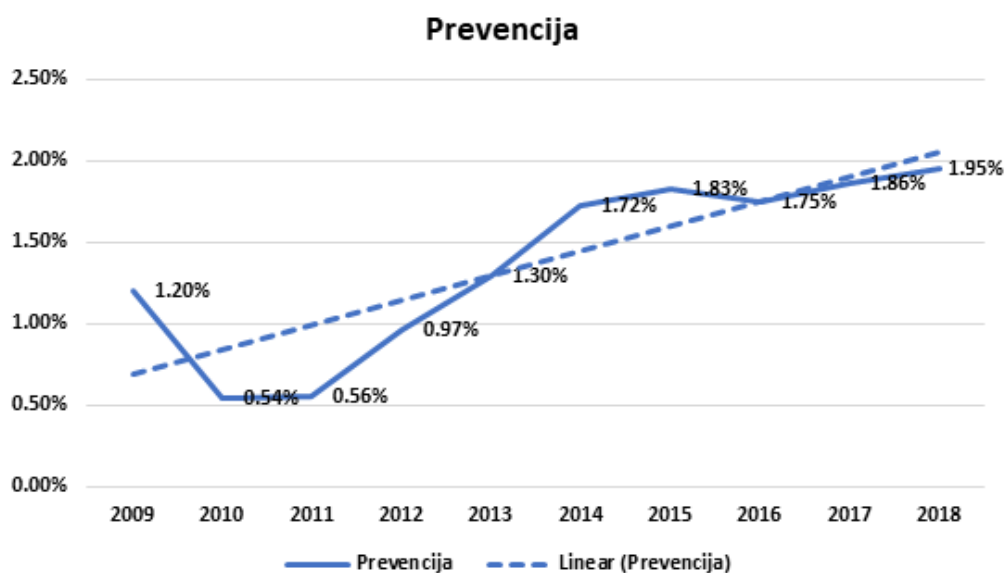
Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

81 paveikslas. PSDF išlaidų dalis pagal funkcijas, proc., 2009-2018 m. Ilgalaikė sveikatos priežiūra



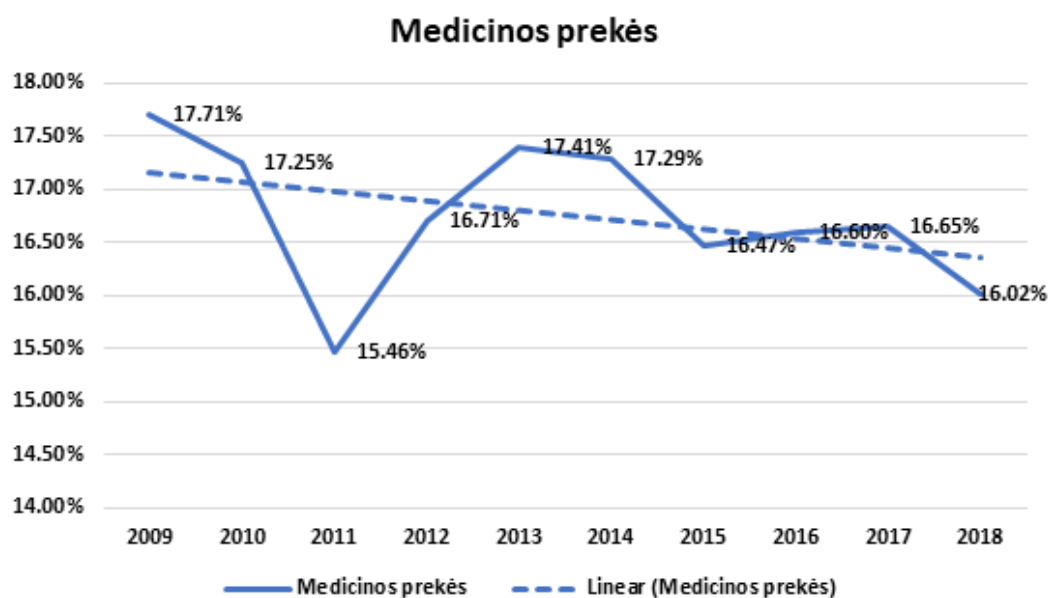
Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

82 paveikslas. PSDF išlaidų dalis pagal funkcijas, proc., 2009-2018 m. Prevencija



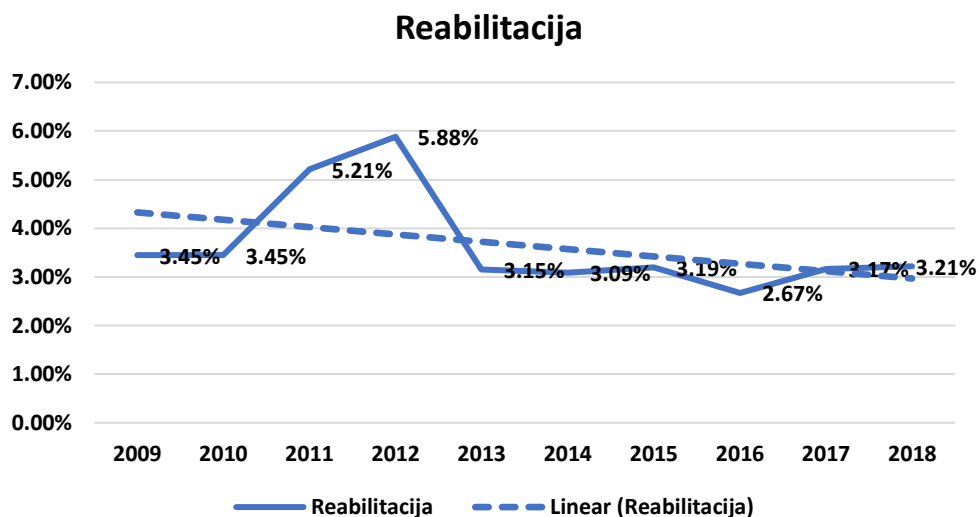
Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

83 paveikslas. PSDF išlaidų dalis pagal funkcijas, proc., 2009-2018 m. Medicinos prekės



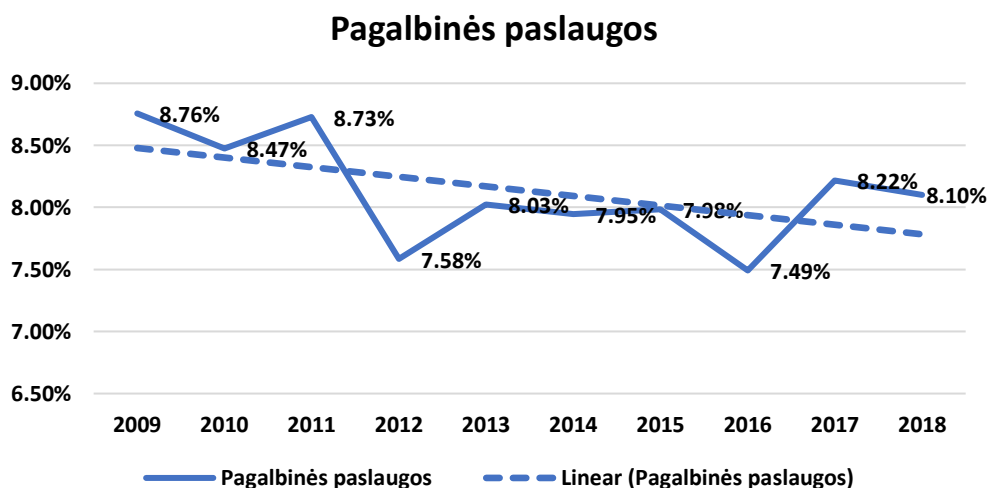
Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

84 paveikslas. PSDF išlaidų dalis pagal funkcijas, proc., 2009-2018 m. Reabilitacija



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

85 paveikslas. PSDF išlaidų dalis pagal funkcijas, proc., 2009-2018 m. Pagalbinės paslaugos



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

Tikėtina, kad dėl COVID-19 poveikio prevencijai skiriamų išlaidų dalies didėjimo tendencija išliks. Populiacijos senėjimas lems ilgalaikės priežiūros paslaugų, visų pirma slaugos, lyginamojo svorio augimą. Šios dvi tendencijos atitinka ES tarybos 2019-2020 metų rekomendacijas Lietuvai. Jei Lietuvoje bus pradėta įgyvendinti priemonių medicinos prekėms mažinimo politika, PSDF išlaidos medicinos prekėms turėtų stabilizuotis ties 16 procentų visų PSDF išlaidų riba. Tikėtina, kad išliks pastaraisiais metais pasireiškusi reabilitacijos paslaugų dalies PSDF biudžete mažėjimo tendencija. Pagalbinių paslaugų lyginamasis svoris gali pradėti didėti dėl sveikatinimo procesų skaitmenizavimo plėtros.

Šias prognozes, kuriose atspindėta iki 2020 metų turėta informacija, tikslinga tikslinti pasibaigus COVID-19 pandemijai.

VI. Rekomendacijos dėl sveikatos sektoriaus planavimo 2021-2020 metais

1. Sveikatos priežiūros paslaugų planavimas Sveikatos ministerijos lygmeniu.

SAM lygmeniu tikslinga planuoti pagrindinius paslaugų rodiklius:

- hospitalizacijos aktyviam gydymui,
- ilgalaikio gydymo,
- institucinės slaugos,
- slaugos namuose,
- dienos chirurgijos,
- dienos stacionaro,
- apsilankymų PASPI,
- apsilankymų pas specialistus,
- nuotolinių konsultacijų,
- stacionarinės reabilitacijos,
- profilaktinių patikrinimų,
- vakcinacijos.

SAM/ VLK prioritetinėmis pasirinktos paslaugos turi būti vertinamos papildomai.

Vertinamus tikslinga atlikti ir nacionaliniu, ir regionų lygiais. Sveikatos išteklių pasiskirstymą tikslinga analizuoti nacionalinių sąskaitų sistemoje reglamentuotais pjūviais.

2. **Planinių sveikatos priežiūros paslaugų fizinis, informacinis ir finansinis prieinamumas.**
3. **Paslaugų struktūros pokyčiai (ambulatorinių / dienos / namų paslaugų, nuotolinių paslaugų plėtra), ištekliai bei veiksmi, būtini šiems pokyčiams užtikrinti.**
4. **Sveikatos priežiūros paslaugų plėtros prioriteti ligų ir sveikatos technologijų aspektais.**

Planuojant sveikatos sektorių būtinas glaudus bendradarbiavimas su Finansų, Švietimo, mokslo ir sporto, Socialinės apsaugos ir darbo, Ekonomikos ir inovacijų bei kitomis ministerijomis.

VII Santrauka

2020-2030 metais tikėtinos šios Lietuvoje sveikatos apsaugos raidos tendencijos.

- 2019-2030 metais gyventojų poreikiai sveikatos paslaugoms didės dėl Lietuvos gyventojų daugėjimo ir populiacijos senėjimo. Demografinė prognozei pasitvirtinus, *gyventojų poreikiai sveikatos paslaugoms padidės 10,97 procento: 6,09 procentiniais punktais dėl gyventojų skaičiaus didėjimo ir 4,88 procentiniais punktais dėl populiacijos senėjimo.*
- Lietuvos ekonomikos dinamika bus teigiama. COVID-19 pandemijos sukeltas BVP smukimas bus suvaldytas 2022 metais. 2030 metais Lietuvos BVP sieks 121,4 procento 2019 metų lygio.
- Sveikatos priežiūros išlaidoms didėjant sparčiau nei BVP, jų dalis BVP augs nuo 6,5 procentų 2019 metais iki 7 procentų 2030 metais. 2019-2030 metais realiosios išlaidos sveikatos apsaugai padidės 28,1 procento.
- Vienam gyventojui per metus tenkantis ambulatorinių apsilankymų skaičius stabilizuosis ties 9. Bendras ambulatorinių apsilankymų skaičius didės tik dėl gyventojų daugėjimo. Daugės laboratorinių tyrimų bei gerės paslaugų kokybė.
- Didės nuotolinių ambulatorinių konsultacijų lyginamasis svoris. 2030 metais apie 30 procentų ambulatorinių konsultacijų bus teikiama nuotoliniu būdu.
- Hospitalizacijų (aktyviam gydymui) daugėjimą dėl gyventojų skaičiaus didėjimo kompensuos 100 gyventojų per metus tenkančių hospitalizacijų mažėjimas. Bendrasis hospitalizacijų kiekis bus daugmaž pastovus. Gerės stacionarinio gydymo paslaugų kokybė ir saugumas.
- Populiacijai senėjant, plėsis chroniškais ligomis sergančių žmonių nuotolinė stebėseną.
- Dėl populiacijos senėjimo numatomi sveikatos paslaugų struktūros pokyčiai. Daugės paslaugų psichikos ir onkologinėmis ligomis sergantiems, stacionarių slaugos ir slaugos namuose paslaugų. Mažės pediatrinė, traumatologinė ir akušerinė paslauga.

Dėl demografinių pokyčių poveikio sveikatos finansavimui didėjant sparčiau nei poreikiams sveikatos paslaugoms, atsiranda galimybė spręsti sveikatos problemas, įvardintas Lietuvos ir ES programiniuose dokumentuose.

- COVID-19 neigiamo poveikio gyventojų sveikatai ir sveikatos apsaugos sistemai kompensavimas.
- Prioritetinio pirminės sveikatos priežiūros ir susirgimų prevencijos sistemos vystymo užtikrinimas.
- Regioninių sveikatos netolygumų mažinimas.
- Išvengiamo mirtingumo (ypač srityse, kuriose Lietuvos rodikliai gerokai atsilieka nuo ES vidurkio) mažinimas. Per prognostinį laikotarpį šalyje turi būti suvaldyta tuberkuliozė, išlaikyta 2012-2019 metų spartaus mirčių dėl kraujotakos sistemos ligų mažėjimo tendencija.
- Tvarus sveikatos sektoriaus aprūpinimas darbo ištekliais, įskaitant gydytojų ir slaugytojų tarptautinės migracijos suvaldymą, slaugytojų rengimo didinimą, siekiant kad didėtų slaugytojų vaidmuo sveikatinimo veikloje, jų skaičiaus santykinis svoris.
- Sveikatos technologijų (ypač inovatyvių, pasižyminčių įrodymais pagrįstu efektyvumu), kurioms poreikis nėra patenkinamas, plėtra.
- Paslaugų kokybės gerinimas.

Prognozuojama, kad gerėjantys susirgimų prevencija, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos paslaugų kokybė ir prieinamumas užtikrins Lietuvos gyventojų mirtingumo rodiklių atotrūkio

nuo ES šalių vidutinių rodiklių mažėjimą. *Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pailgės nuo 76,4 metų 2019 metais iki 80 metų 2030 metais.*

Prognostiniu laikotarpiu Lietuvos sveikatos apsauga turės žymiai prisidėti prie bendrųjų Europos prioritetų, įvardintų JT tvarios plėtros tiksluose (*angl. Sustainable Development Goals*) ir ES programiniuose dokumentuose, įgyvendinimo:

- didesnėmis investicijomis į energijos vartojimo efektyvumą, visų pirma, pastatų sektoriuje, ir į atsinaujinančiųjų išteklių energijos gamybą;
- investicijomis, sutelktomis į žaliąją ir skaitmeninę pertvarką, visų pirma, į labai didelio pajėgumo plačiajuosčio ryšio aprėptį ir skverbimą;
- didėjančiu aktyvios darbo rinkos politikos priemonių finansavimu ir aprėptimi bei įgūdžių tobulinimo skatinimu;
- technologinių inovacijų mažosiose ir vidutinėse įmonėse skatinimu.