



Lietuvos sveikatos  
mokslų universitetas



Mykolas Romeris  
universitetas

# Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje

SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS

# **Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje**

**Vilnius 2010**

UDK \*\*\*.\*\_\*\*\*

*Autoriai:*

Romualdas Buivydas, doc. dr. Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas, prof. habil. dr. Vilius Jonas Grabauskas, prof. dr. Danguolė Jankauskienė, doc. dr. Jonas Kairys, Irvinas Kairys, prof. habil. dr. Ramunė Kalėdienė, dr. Janina Kumpienė, dr. Igoris Panovas, Ona Sužiedelytė

*Mokslinis redaktorius:*

Mykolo Romerio universiteto doc. dr. Gediminas Černiauskas.

*Apsvarstyta ir rekomenduota spausdinti:*

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto 2010 m. spalio 7 d. tarybos posėdyje, protokolo Nr.VF-8-3

Mykolo Romerio universiteto Ekonomikos ir finansų valdymo fakulteto 2010 m. rugpjūčio 30 d. tarybos posėdyje, nutarimu Nr. 1EFV-12

*Recenzavo:*

Mykolo Romerio universiteto Ekonomikos katedros doc. dr. Algis Dobravolskas

Klaipėdos universiteto prof. habil. dr. Vinsas Janušonis

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto prof. habil. dr. Jadvyga Petrauskienė

*Parengė spaudai ir išleido:*

UAB Sveikatos ekonomikos centras; P. Vileišio g. 18N-301, 10306 Vilnius

Telefonas: (8-5) 234 63 70; el. paštas: info@sec.lt;

interneto svetainė: www.sec.lt

*Spausdino:*

UAB „Efrata“; P. Vileišio g. 18N-410, 10306 Vilnius,

Telefonas: (8-5) 234 35 49; el. paštas: spauda@efrata.lt;

interneto svetainė: www.efrata.lt

© UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010 m.

ISBN \*\*\*\_\*\*\*\*\_\*\*\*\_\*\*\_\*



## Turinys

Įvadas .....	5
Santrauka .....	11
Lietuvos ekonomikos raida 1999–2009 metais	
<i>Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas</i> .....	13
Bendrojo vidaus produkto apimtis .....	13
1991–2009 metų Lietuvos ūkio dinamika – ar tiksliai makroekonominė statistika? .....	17
Asmeninis vartojimas .....	33
Lietuvos ūkio struktūra .....	41
Gamybos konkurencingumas .....	44
Mokėjimų balansas .....	47
Infliacija .....	48
Valstybės finansai .....	53
Išvados .....	57
Lietuvos gyventojų sveikatos raida	
<i>Ramunė Kalėdienė</i> .....	58
Demografinė raida .....	58
Mirtingumas ir vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė .....	61
Sergamumas .....	76
Gyvensena ir savos sveikatos vertinimas .....	79
Apibendrinimas .....	82
Lietuvos sveikatos priežiūra Europos Sąjungos ir pasaulio kontekste	
<i>Vilius Jonas Grabauskas</i> .....	84
Įvadas .....	84
Medžiaga ir metodai .....	85
Lietuvos gyventojų sveikata amžių sandūroje .....	86
Lietuvos gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemos rodikliai tarptautiniame kontekste XXI amžiaus pirmojo dešimtmečio pabaigoje .....	90
Apibendrinimas .....	97
Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai	
<i>Danguolė Jankauskienė</i> .....	104
Šiuolaikinės sveikatos politikos ir vadybos esmė bei strateginiuose dokumentuose numatytos pertvarkos .....	104
Sveikatos priežiūros valdymo pertvarka 1990–2010 metais .....	108
Lietuvos sveikatos sistemos valdymo reformos žingsniai ir istorija .....	109
Skirtingų sveikatos sistemos valdymo sričių problemos ir iššūkiai .....	116
Sveikatos apsaugos valdymo tobulinimo kryptys .....	139
Lietuvos sveikatos sistema	
<i>Romualdas Buivydas</i> .....	143
Įvadas .....	143
Sveikatinimo paslaugų teikėjai ir paslaugos .....	146
Sveikatinimo paslaugų teikėjai .....	148
Farmacija ir medicinos prekės .....	191
Sveikatinimo sistemos ištekliai .....	194
Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas	
<i>Janina Kumpienė, Ona Sužiedelytė</i> .....	208
Įvadas .....	208

Trumpas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos apibūdinimas .....	209
Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija .....	213
Pirmasis 2003–2005 metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas .....	215
Antrasis 2006–2008 metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas .....	224
Trečiasis 2009–2011 metų sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas .....	233
Miestų ir rajonų ligoninių vadovų nuomonė apie 2003–2008 metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizaciją .....	238
<b>Sveikatos sistemos finansavimas Medicinos paslaugų ir prekių rinkos</b>	
<i>Gediminas Černiauskas, Igoris Panovas</i> .....	248
Sveikatos sistemos finansavimo šaltiniai .....	248
Sveikatos sistemos pajamų ir išlaidų dinamika .....	249
Finansavimas – sveikatos sektoriaus valdymo priemonė .....	255
Sveikatos paslaugų poreikis ir moki paklausa .....	283
<b>Visuomenės sveikatos raida Lietuvoje</b>	
<i>Irvinas Kairys</i> .....	292
Įvadas .....	292
1999–2009 metų ES visuomenės sveikatos politikos vystymosi raida .....	292
Rizikinga gyvensena .....	303
<b>Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje gyventojų ir medikų akimis</b>	
<i>Jonas Kairys</i> .....	322
Įvadas .....	322
Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas pacientų požiūriu .....	323
Pacientų nuomonė pagal paciento socialines–demografines charakteristikas .....	329
Pacientų nuomonė pagal jų gyvenamąją vietą .....	346
Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas medikų požiūriu .....	353
Medikų nuomonė pagal darbo vietos charakteristiką .....	353
Medikų nuomonė pagal sveikatos priežiūros įstaigos geografinę padėtį .....	360
Apibendrinimas .....	364
<b>Pasitikėjimas sveikatos sistema</b>	
<i>Romualdas Buivydas</i> .....	365
<b>Į klausimus atsako politikai, mokslininkai, vadybininkai</b> .....	370
Profesorius Vilius Jonas Grabauskas .....	371
Profesorius Aleksandras Laucevičius .....	378
Juozas Olekas .....	385
Algis Sasnauskas .....	390
Literatūros sąrašas .....	396

## Įvadas

Skaitytojų teismui teikiama knyga yra 2000 metais pradėto darbo tęsinys. Knygoje „Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių–ekonominių pokyčių kontekste“ buvo siekiama apžvelgti 1989–1999 metų sveikatos sektoriaus raidą. Prieš dešimtį metų kelti klausimai – kas pasikeitė; ko siekta, kas daryta ir kas padaryta; kas atlikta teisingai, o kur privelta klaidų; ką galima padaryti artimiausiu metu, o ką reikės atlikti kiek vėliau – yra keliami ir dabar. Abu leidiniai parengti glaudžiai bendradarbiaujant konsultacinėse įmonėse, universitetuose, valstybinio valdymo institucijose dirbantiems autoriams. Autorių pavardės ir jų atstovaujama organizacijų pavadinimai leidiniuose pateikiami abėcėlės tvarka.

Ar reikia rašyti naują knygą, jei keliami, iš esmės, tie patys klausimai? Ar prasminga tikėtis, kad skaitytojai gais laiką vartydami naujojo leidinio puslapius ir, įsiklausę į autorių teikiamus argumentus, koreguos savąsias nuostatas apie šalies sveikatos sistemą ir savuosius atsakus į nuolat kintančios nūdienos iššūkius? Ar interneto, trumpųjų žinučių ir kelių sakinių pagrindu sumontuotų viešųjų ryšių kompanijų laikmečiu aktualu rašyti šimtus puslapių teksto?

Klausimai neturi vienareikšmių atsakymų. Pasaulinė socialinė plėtra ir kukli knygos autorių patirtis rodo, kad rašytiniai tekstai (straipsniai moksliniuose ir populiariuosiuose leidiniuose, knygos, valstybės ar žemesniu lygmeniu patvirtinti teisės aktai) negali pakeisti pasaulio. Kita vertus, suvokimas, kad tobulo pasaulio („perpetum mobile“) nesukursi, yra įkvėpimo šaltinis. Prieš dešimtmetį išleista knyga skaitė sveikatos vadybininkai, studentai. Dabartinio leidinio autoriai tikisi, kad šis rašančiųjų ir skaitančiųjų bendradarbiavimas tęsis. Knygos neapsaugo vadybinio ir politinio proceso naujokų nuo siekio eilinį kartą „išradinėti dviratį“, bet, aprašydamos jau egzistuojančius „susisiekimo priemonių“ modelius, suteikia galimybę rinktis tarp teoriškai įmanomų alternatyvų – nieko nekeisti, viską sugriauti iki pamatų arba išlaikyti efektyviai veikiančius ir tobulinti nepasiteisinusius ar savo laikmetį atgyvenusius sprendimus. Taip pat jos padeda suvokti, kad bet kuri iš pasirinktų alternatyvų visada turi ir plusų, ir minusų, kad elgseną formuojant pagal pasaulinėje ir nacionalinėje praktikoje pasiteisinusius algoritmus, yra tikėtinas aukštesnis sveikatos sistemos efektyvumas nei tuo atveju, kai tikslai ir jų įgyvendinimo priemonės pasirenkamos nesižvalgant į kaimynų patirtį, nevertinant įvairių veiklos scenarijų, nediskutuojant. Padeda suprasti, kad grynosios ribinės alternatyvos (nieko nekeisti arba viską keisti) yra, viso labo, teorinės abstrakcijos arba politinėje kovoje naudojamos klišės. Sveikatos apsauga, grindžiama profesionalų, pacientų ir bendruomenės sąveika, gyvuoja jau nuo Antikos laikų ir nuolat keisdamosi gyvuos tada, kai niekas jau neatsimins dabarties „herojų“ ir „nusidėjėlių“.

Leidinyje nevengiama teorinių ekskursų, bet pagrindiniai autoriaus dominantys klausimai yra susieti su Lietuvos realijomis:

- Kaip Lietuvoje per pastaruosius 10–20 metų keitėsi sveikatos sistemos efektyvumas?

- Ar per dvidešimt Nepriklausomybės metų Lietuvoje jau sukurta XXI amžiaus pradžios iššūkius atitinkanti sveikatos apsaugos sistema, ar dar tik žvalgomės kelio, kuriuo turėtume eiti?
- Kokiomis vertybėmis grindžiama Lietuvos sveikatos politika?
- Kokios sveikatos sistemos pertvarkymo kryptys yra perspektyviausios?

Žemiau, pateikiama knygos autorių požiūrių sintezė šiais klausimais, tikintis, kad perskaitęs knygą Skaitytojas susiformuos savąją įvade išdėstytų teiginių interpretaciją.

### **Reformų efektyvumas**

Daugybė nūdienos Lietuvos sveikatos apsaugai būdingų bruožų apibūdina ją teigiamai, palyginti su iki 1990 metų veikusia sveikatos sistema:

- Žymiai pagerėjo šiuolaikinių medicininių technologijų, naudojamų ir susirgimų diagnostikai, ir ligų gydymui, prieinamumas šalies gyventojams. Lietuvoje sveikatos įstaigos naudoja ultragarsinę ir radiologinę įrangą, kurią prieš dvidešimt metų šalies medikai matydavo tik pažintinių vizitų į užsienio šalis metu. Prieinamais tapo dauguma pasaulyje gaminamų efektyviausių vaistų, vienkartiniai švirkštai ir infuzinės sistemos. Iki 1990 metų Lietuvoje beveik nebuvo šiuolaikinius standartus atitinkančių gimdymo skyrių, operacinių ir reanimacinių, o 2009 metais šiuolaikinėmis operacinėmis didžiuojasi ne tik universitetų ligoninės, bet ir dauguma apskričių ligoninių.
- Technologiškai sudėtingos paslaugos (invazinė kardiologija, kompleksinė reabilitacija po sudėtingų traumų, endoprotezavimas) tapo ne tik išrinktųjų privilegija, bet daugelio gyventojų teise. Tiesa, endoprotezavimo 2–3 metus tenka laukti eilėje.
- Dėl naujai formuojamų dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugų ir dėl intensyvesnio gydymo išaugo paslaugų teikimo produktyvumas. 1988 metais Lietuvos ligoninėse vidutinė gydymo trukmė buvo 17,6 dienų, o 2008 metais šis rodiklis buvo 9,6 dienos.
- Neabejotinai pagerėjo šalies gyventojų vartojamų maisto produktų, alkoholio ir tabako gaminių kokybė.
- Žymiai pagerėjo nėščiųjų ir naujagimių priežiūra, užtikrinusi kūdikių mirtingumo sumažėjimą nuo 11,5 mirusiųjų 1000/gimusių gyvų 1988 metais iki 5,0 mirusiųjų 1000/gimusių gyvų 2008 metais.

Greta pozityvių pokyčių registruoti ir praradimai:

- 1988 metais buvo registruota 27,5 savižudybės/100 000 gyventojų, 1998 metais šis rodiklis išaugo iki 44,4, o 2008 metais registruota 33,1 savižudybės/100 000 gyventojų. 1988–1998 metais 45 procentus mirtingumo prieaugio lėmė mirtys dėl išorinių mirties priežasčių.
- Vienas iš pagrindinių veiksnių, lėmusių mirčių dėl išorinių priežasčių skaičiaus augimą (arba stabilumą), iki 2008 metų sparčiai augęs alkoholio vartojimas. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis



1998 metais 184,4 aukuš/100 000 gyventojų, o 2007 metais 200,7 aukuš/100 000 gyventojų mirtys yra susijusios su alkoholio vartojimu.

- Su pertekliniu alkoholio vartojimu susijusių mirčių skaičius ypač išaugo 2005–2007 metais. 2004 metais dėl kepenų ligų mirė 751 žmogus, o 2007 metais – 1519 žmonių. 1998–2008 metais 40 procentų mirtingumo prieaugio lėmė virškinimo sistemos ligos, kurias dažniausiai sukelia nesveikas gyvenimo būdas.
- Per pastaruosius dvidešimt metų sveikatos politikos nesėkme laikytinas negebėjimas užkardyti korupcijos sveikatos sektoriuje. Ekspertiniais vertinimais pirmąjį reformų dešimtmetį nelegalūs mokėjimai buvo sumenkę, bet po 2000 metų vėl „atsigavo“.
- Kai kurios sveikatos paslaugos (pvz.: sanatorinis gydymas, odontologinės paslaugos) tapo sunkiau prieinamomis mažas pajamas turintiems gyventojams.
- Nepagerėjo sveikatos sistemos išteklių paskirstymo tolygumas tarp šalies regionų.

Posityvių ir negatyvių sveikatos sektoriaus pokyčių poveikį subendramatinti galima naudojant statistiškai patikimai išmatuojamą vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) rodiklį. Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Nepriklausomybės priešaušryje (1988 metais) siekė – 72,1 metus, po dešimties metų (1998 metais) vidutiniškai gyvenome –71,5 metus, o 2008 metais VGT Lietuvoje siekė 71,9 metus. Pastebėtina, kad daugelį gyventojų sveikatai neigiamų pokyčių lėmė ne tiek medicinos, kiek socialinė (plačiąja prasme) raida. Tikėtina, kad prielaidas alkoholio vartojimo augimui sudarė ne tik rinkos ekonomikos kuriama įtampa, bet ir 2000–2007 metais sparčiai augusios ir padidinusios mokią alkoholio paklausą gyventojų pajamos. Konstatuodami, kad 1988–2008 metais teigiami Lietuvos sveikatos sistemos pokyčiai buvo eliminuoti neigiamųjų, knygos autoriai mano, kad teigiamų pokyčių potencialas yra didesnis nei neigiamų. Šį santūrų optimizmą sustiprina žūčių keliuose dinamikos stebėjimas. 1988 metais Lietuvoje keliuose žuvo 1052 žmonės, 2007 metais mirčių skaičius sumažėjo iki 877. Šį pokytį iš esmės paaiškina darbingo amžiaus žmonių emigracija. 2007 metais pradėta kompleksiskai rūpintis gyvybių išsaugojimu keliuose – padidintos tikslinės investicijos į kelių saugumą, gerokai padidintos baudmės už kelių eismo taisyklių pažeidimus, pradėta intensyvi saugaus eismo propagandos kampanija, papildomai investuota į greitosios medicinos pagalbos plėtrą. Visuomenės pritarimo ir palaikymo susilaukusių tikslingų ir koordinuotų kelininkų, policininkų ir medikų pastangų dėka 2008 metais mirčių skaičius Lietuvoje sumažėjo iki 600 per metus, o 2009 metais iki 460 per metus.

Preliminariais skaičiavimais 2009 metais VGT viršijo 72,5 metus. Jei teigiami pokyčiai, akivaizdžiai pasireiškę autotransporto saugumo srityje, išplis į daugelį Lietuvos žmonių veiklos sričių, 2020 metais VGT viršys 75 metus.

### **Sveikatos sistemos išbaigtumas ir tvarumas**

Lietuva į Nepriklausomybę įžengė paveldėjusi Semaškos sveikatos apsaugos sistemai būdingus privalumus ir trūkumus, taip pat Sąjūdžio apyaušryje suformuluotus siekius sukurti draudiminėmis įmokomis ir biudžetiniu finansavimu grindžiamą sveikatos apsaugos sistemą. Sistemą, kurioje optimaliai dera sveikatos stiprinimas, ligų prevencija, susirgimų gydymas ir yra užtikrintas valstybinio ir privataus sektorių bendradarbiavimas.

Privalomojo sveikatos draudimo modelį Lietuva įdiegė pirmąjį Nepriklausomybės dešimtmetį ir jis veikia. Šį modelį palaiko daugelis sveikatos organizatorių, palankiai vertina tarptautiniai ekspertai ir didžiosios šalies politinės partijos. Diskusijos apie sveikatos finansavimo tobulinimą akcentuoja ne siekį įdiegtąjį modelį iš esmės peržiūrėti, bet jį tobulinti kainodaros, sutarčių tarp ligonių kasų ir gydymo įstaigų, pacientų srautų valdymo, papildomojo sveikatos draudimo plėtros aspektais.

Dauguma sveikatos priežiūros įstaigų 1997–1998 metais buvo reorganizuotos iš biudžetinių į pelno nesiekiančias (viešąsias) įstaigas. Ši reforma padidino įstaigų savarankiškumą ir atsakomybę, susilaukė medicininės bendruomenės pritarimo ir buvo pritaikyta 2009 metais reformuojant aukštojo mokslo valdymą.

Iš karto po Nepriklausomybės paskelbimo sveikatos apsaugos sistemoje buvo legalizuota privati veikla ir per kelerius metus ji tapo vyraujančia farmacijos sektoriuje, plačiai paplito odontologijoje, SPA sektoriuje. Tačiau per dvidešimt Nepriklausomybės metų privati veikla reikšmingesnės vietos neužėmė nei stacionariųjų paslaugų sektoriuje (tai atitiktų europinę tradiciją), nei pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje. Sveikatos paslaugų struktūroje santykinis privataus sektoriaus vaidmuo iš esmės nesikeičia nuo 2000 metų.

Sudėtinės kokybiškos gydomosios veiklos dalys yra: kvalifikuota darbo jėga, modernūs vaistai ir medicinos įranga, efektyvi sveikatos proceso vadyba. Visi knygos autoriai vieningai sutaria, kad sveikatos specialistų ruošimas Lietuvoje šiuo metu atitinka pasaulinius standartus, o apsirūpinimas medicinine įranga dėl investicijų iš valstybės biudžeto ir dėl nemenkos finansinės Europos Sąjungos paramos prie šių standartų sparčiai artėja. Šlubuoja jau dirbančių medikų kvalifikacijos kėlimas ir sveikatos proceso vadyba. Pastaruju laiku yra tarsi primirštas 1994–2003 metais ir sveikatos sistemos teoretikų, ir organizatorių akcentuotas pirminės sveikatos priežiūros prioritetas. Negausu balsų, reikalaujančių atkurti apylinkės terapeuto ir pediatro pareigybes, bet nemaža šalies gyventojų ir medicininės bendruomenės dalis abejoja šeimos gydytojų veiklos efektyvumu. Tik pirmuosius žingsnius Lietuvos sveikatos apsaugoje žengia naujų, įrodymais pagrįstų medicininių technologijų ir modernios viešosios vadybos principų diegimas. Tiesa, modernias technologijas sparčiai diegia farmacinė industrija, bet plačioji visuomenė šią veiklą vertina rezervuotai.

Sveikatos reformų pradžioje vienu iš pagrindinių pertvarkos tikslų buvo deklaruojamas sveikatos stiprinimas ir ligų prevencijos veiklų efektyvumo didinimas, tačiau pirmąjį Nepriklausomybės dešimtmetį šios sritys (išskyrus imunizaciją) nesulaukė pastebimesnio valstybės politikų ir sveikatos organizatorių

dėmesio. Gali būti, kad šalyje sparčiai plintančios vartotojiškos visuomenės vertybės (kiekvieno asmeninis reikalas, kaip leisti uždirbtus pinigus ir, kur „pragėrus“ sveikatą jos nusipirkti – sveikatos paslaugų rinkoje ar vaistinėje) užgožė ne tik liaudies išmintį, bylojančią, kad sveikatos nenusipirksi, bet ir bendruomenės savisaugos instinktą. Amžių sandūroje Lietuva, anksčiau buvusi viena iš sveikiausių Rytų ir Vidurio Europos valstybių, nusirito į paskutiniąją vietą. Iš neoliberalistinio svaigulio pradėta atsikvošėti tik 2003 metais – pradėtos plėsti profilaktinės programos, “reanimuojamos” sveikatos paslaugos mokyklose. Aktyvios ligų prevencijos veikla suaktyvėjo 2007 metais – pradėta intensyviai riboti tabako ir alkoholio paklausą ir pasiūla, kryptingai mažinti avaringumą Lietuvos keliuose. 2008–2009 metais žymiai sumažėjęs mirtingumas įrodo, kad racionalu „grįžti“ prie 1989 metais Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje<sup>1</sup> deklaruotų, bet rinkos ekonomikos įkarštyje primirštų, principų.

Lietuva per dvidešimt Nepriklausomybės metų nesukūrė optimalaus sveikatos sistemos modelio. Išbaigto sveikatos sistemos modelio neturi nė viena pasaulio valstybė. Praėjusiųjų dešimtmečių analizė rodo, kad yra pasiekimų, kurie turi būti puoselėjami ir, atsižvelgiant į nuolatos besikeičiančias aplinkybes (demografinę kaitą, medicininių technologijų plėtrą, šalies gyvenimo lygio kitimą ir, su tuo susijusį, žmonių poreikių kitimą, sveikatinimo proceso dalyvių elgseną) bei pasaulinės praktikos atskleistas, bet dar labai menkai išnaudotas galimybes, tobulinami.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nesugriuvo labai sudėtingu Nepriklausomybės kūrimo laikotarpiu – 1990–1992 metais. Sukurtosios sveikatos sistemos tvarumą įrodo faktas, kad ji nesubyrejo (skirtingai nei nekilnojamojo turto sektorius) ir siaučiant pasaulį ir Lietuvą skaudžiai pažeidusiai 2008–2009 metų krizei (knygoje yra skyrius skirtas ekonominei šalies plėtrai aprašyti). Vidutinė tikėtina šalies gyventojų gyvenimo trukmė net išaugo. Ar šis tvarumas ilgaamžis, paliekama spręsti daugiau ar mažiau optimistiškai į ateitį žiūrinčiam Skaitytojui.

### **Sveikatos sistemos vertybės**

Valstybės lygmeniu patvirtintuose nacionaliniuose ir tarptautiniuose dokumentuose yra įtvirtinti solidarumo, teismo, paslaugų prieinamumo ir kiti “Sveikatos visiems“, nepriklausomai nuo rasės, lyties, pajamų, principai. Lietuvos teisė esminių vertybinių nuostatų atžvilgiu atitinka europinę tradiciją, o paciento teisių atžvilgiu Lietuva dažnai minima tarp lyderių. Esminių vertybinių skirtumų nerastumėm ir daugumoje šalies politinių partijų programų. Diskutuojama (be didelės tikimybės artimiausiu laiku pasiekti sutarimą) dėl abortų, dirbtinio apvaisinimo ir dėl kai kurių kitų reikšmingų, bet daugumos žmonių gyvenimo kokybei didelės įtakos neturinčių, klausimų.

Periodiškai atsinaujina diskusijos dėl galimybės iš esmės liberalizuoti sveikatos sektorių – dėl masinės sveikatinimo veiklos privatizacijos, socialinio sveikatos draudimo išvalstybinimo arba žymaus valstybės įtakos apribojimo privačių

---

<sup>1</sup> Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo. 1991–10–30 Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos – Atkuriamojo Seimo nutarimas Nr. I-1939. Valstybės žinios: 1991–11–30 Nr.33–893

draudimo kompanijų naudai. Tokie siūlymai per dvidešimt Nepriklausomybės metų nesusilaukė nei stipraus viešosios nuomonės, nei medikų bendruomenės palaikymo. Medikai gana palankiai vertina pasiūlymus įvesti dalinius mokejimus (priemokas) už valstybinėse įstaigose teikiamas paslaugas, bet tokį pasiūlymą palaiko labai mažai sveikatos paslaugų vartotojų ir politikų.

Lietuvoje iš esmės sutariama dėl pagrindinių valstybės funkcijų laiduojant sveikatos paslaugas šalies gyventojams, todėl pastaruosius dvidešimt metų valstybinis finansavimas stabiliai užtikrina apie 60–70 procentų sveikatos sistemos pajamų. Tikėtina, kad šis, atitinkantis europinę tradiciją, rodiklis artimiausią dešimtmetį mažai keisis.

Jei solidarumo bei teismo siekiai atsispindi ir Lietuvos teisiniuose dokumentuose, ir (su tam tikromis išlygomis) praktikoje, tai siekis užtikrinti aktyvią ligų prevenciją ir visos sveikatinimo veiklos efektyvumą teisiniuose dokumentuose atsispindi, bet sunkiai skinasi kelią į praktiką. Nepilnai išnaudojamas visuomenės sveikatos potencialas, medicininių technologijų, kurių efektyvumas yra įrodytas, vertinimas ir masinis diegimas į sveikatinimo praktiką vyksta mažesniu mastu ir lėčiau nei daugumoje Europos Sąjungos šalių. Panašu, kad žymi Lietuvos valdininkijos, įstaigų administratorių bei medicinos elito dalis per dvidešimt Nepriklausomybės metų vis dar neatsikratė mito apie tai, kad sveikatos sektorius yra negamybinis sektorius, kad vertybė yra ne efektyviai dirbti, o daug kalbėti apie nepakankamus žmonių ir finansinius išteklius. Knygos autorių nuomone mažai tikėtina, kad artimiausiais metais pastebimai išaugtų sveikatos sektoriaus išteklių kiekis, bet visos sveikatinimo sistemos darbą padaryti efektyvesnį yra įmanoma ir tokius žingsnius visuomenė vertintų labai palankiai.

### **Perspektyviausios kryptys**

Sveikata yra turtas, kurį visi gausiname: sveikiau maitindamiesi; daugiau mankštindamiesi; save, artimuosius ar bendruomenės narius sulaikydami nuo žalingų įpročių; slaugydami artimuosius; keldami profesinį meistriškumą ir jį panaudodami kasdieninėje veikloje, nesvarbu kokias pareigas – gydytojo, slaugytojo, įstaigos administratoriaus, valstybės tarnautojo, žurnalisto, gvildenančio sveikatos temas, politiko – beatliktume. Daug gero sveikatos labui esame nuveikę, bet beveik visi turime neišnaudotų rezervų. Skaitytojui teikiama knyga yra bandymas atskleisti kai kuriuos iš jų. Kita vertus, knygos autoriai yra įsitikinę, kad šių rezervų atskleidimas yra ne tik ir ne visai teorijos dalykas. Vidutinė tikėtina Lietuvos gyventojų gyvenimo trukmė 2020 metais gali pasiekti 75 metus arba šį rodiklį viršyti, bet tokią pažangą pasieksime, jeigu dauguma mūsų nuoširdžiau, profesionaliau ir intensyviau įsijungsime į talką Lietuvos žmonių sveikatos labui.

### **Padėka**

Dėkojame Sveikatos apsaugos ministerijos, Ligonių kasų, Sveikatos informacijos centro prie Higienos instituto, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams, visiems, skatinusiems autorius nagrinėti sveikatos sektoriaus raidą ir teikusiems jiems vertingus patarimus rengiant šią knygą.

## Santrauka

Autorių kolektyvo parengtoje monografijoje yra nagrinėjama pastarųjų dviejų dešimtmečių Lietuvos sveikatos sistemos raida. Parengtame darbe mokslininkai ir sveikatos sistemos valdymo specialistai sveikatos sistemą nagrinėja kompleksiskai įvertindami makroekonominę situaciją, demografinius ir epidemiologinius Europos regiono pokyčius, gerąją tarptautinę viešojo ir sveikatos sektorių vadybos praktiką.

Pirmajame skyriuje - „Lietuvos ekonomikos raida 1999–2009 metais“ ( autoriai Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas) - produktyvumo, kainų ir tarptautinio darbo pasidalijimo aspektais aprašoma Europos ekonomikų konvergencija; kritiškai vertinama Lietuvos ekonominė politika bei oficialiosios statistikos taikomos metodikos gamybos efektyvumui matuoti.

Antrajame skyriuje - „Lietuvos gyventojų sveikatos raida“ ( autorė Ramunė Kalėdienė) - nagrinėjama Lietuvos gyventojų demografinių ir sveikatos rodiklių dinamika, išskiriant pozityvią ir negatyvią įtaką šalies gyventojų sveikatai dariusius veiksnius.

Trečiajame skyriuje - „Lietuvos sveikatos priežiūra Europos Sąjungos ir pasaulio kontekste“ ( autorius Vilius Grabauskas) - yra pateikiama Baltijos, Europos Sąjungos, Nepriklausomų Valstybių Sąjungos ir Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos šalių integruotų sveikatos rodiklių, sveikatos priežiūros išteklių bei šios sistemos funkcionavimo rodiklių palyginamoji analizė ir teikiamos rekomendacijos, kaip tobulinti Lietuvoje taikomas sveikatos strategijas.

Ketvirtajame skyriuje - „Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai“ ( autorė Danguolė Jankauskienė) - nagrinėjami instituciniai ir vadybiniai Lietuvos sveikatos reformos tikslų įgyvendinimo 1990-2010 metais aspektai; tarptautinės gerosios vadybos praktikos ir sociologinių tyrimų rezultatų vertinimo pagrindu formuluojamos sveikatos sektoriaus valdymo tobulinimo kryptys.

Penktajame skyriuje - „Lietuvos sveikatos sistema“ ( autorius Romualdas Buivydas) - naudojamų išteklių, paslaugų teikimo lygių, organizacinių formų ir pasiektų rezultatų aspektais aprašomas asmens sveikatos paslaugų teikimas.

Šeštajame skyriuje - „Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas“ ( autorės Janina Kumpienė, Ona Sužiedelytė) - vertinami sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pokyčiai, akcentuojant nuo 2002 metų vykdomų Lietuvos sveikatos sistemos reformų prielaidas, eigą ir pirmuosius rezultatus.

Septintajame skyriuje - „Sveikatos sistemos finansavimas. Medicininių paslaugų ir prekių rinkos“ ( autoriai Gediminas Černiauskas, Igoris Panovas) – aprašoma sveikatos sektoriaus pajamų ir išlaidų dinamika 1999-2009 metais; aptariami finansinių valdymo svertų efektyvumo, siekiant subalansuoti sveikatos paslaugų paklausą ir pasiūlą, taip pat turimų išteklių produktyvumo klausimai.

Aštuntajame skyriuje - „Visuomenės sveikatos raida Lietuvoje“ ( autorius Irvinas Kairys) - aprašoma visuomenės sveikatos apsaugos kaita Europos Sąjungos politikos

kontekste; modeliuojami neigiamo rizikingos gyvenamosios poveikio šalies gyventojų sveikatai minimizavimo pagrindai.

Devintajame skyriuje - „Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje gyventojų ir medikų akimis“ (autorius Jonas Kairys) - apibendrinami pastarojo dešimtmečio sociologinių tyrimų, kuriais siekta išsiaiškinti gyventojų ir medikų nuomone reikšmingiausius Lietuvos sveikatos sistemos privalumus ir trūkumus, rezultatai.

Dešimtajame skyriuje - „Pasitikėjimas sveikatos sistema“ (autorius Romualdas Buivydas) - analizuojama gyventojų pasitikėjimo Lietuvos sveikatos apsauga dinamika ir pasitikėjimui įtaką darantys veiksniai.

Vienuoliktajame skyriuje - „Į klausimus atsako politikai, mokslininkai, sveikatos organizatoriai“ - struktūrizuotų interviu forma pateikiamos asmeninės ekspertų, stovėjusių prie Lietuvos sveikatos reformų ištakų, nuostatos.

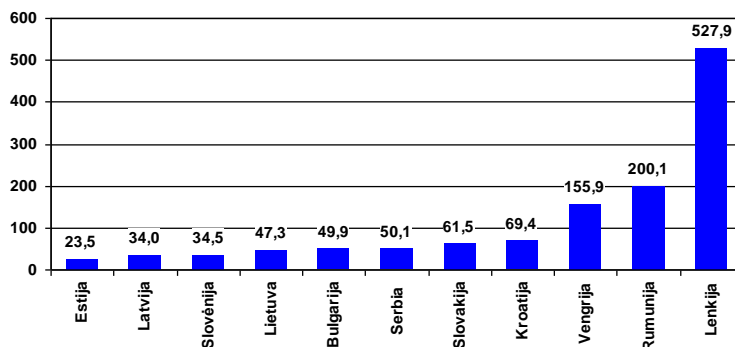
## Lietuvos ekonomikos raida 1999–2009 metais

*Gediminas Černiauskas, Nerijus Černiauskas*

Per dešimtmetį Lietuva išgyveno ekonomikos nuosmukį 1999 metais, ekonomikos augimo periodą, kai Lietuvos bendrasis vidaus produktas (BVP) augo greičiausiai Europoje, ir pasaulinę 2007–2009 metų ekonomikos krizę. Pateikiama analizė skaitytuos supažindina su veiksniais, dariusiais įtaką Lietuvos ūkio dinamikai.

### Bendrojo vidaus produkto apimtis

2008 metais Lietuvos BVP sudarė 111,5 mlrd. litų arba 33,2 tūkst. litų vienam gyventojui. Palyginti su 1998 metais, šie skaičiai (BVP vertintas to meto kainomis) išaugo trigubai. Spartus BVP augimas JAV doleriais yra tiek realaus BVP augimo, tiek ir JAV dolerio nuvertėjimo euro (ir su juo susieto lito) atžvilgiu rezultatas. 1–6 paveiksluose pateikiama 2008 metų statistika – Lietuvos BVP yra lyginamas su kitų Europos šalių BVP.



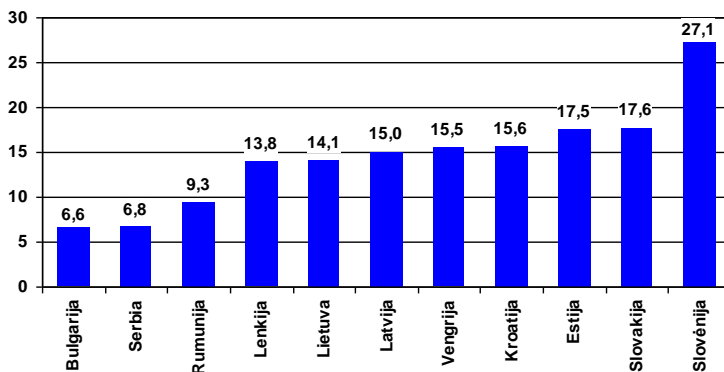
*1 paveikslas. 2008 metų Vidurio ir Rytų Europos valstybių BVP apimtis (mlrd. JAV dolerių, tų metų kainomis)*

*Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF), 2009*

1 paveiksle šalys suskirstytos pagal jų gamybos apimtį. Daugiausia gamino Lenkija. Rumunija, Vengrija ir Slovakija – priskirtinos vidutinio masto gamybos šalims, o Lietuva, kitos Baltijos šalys, Bulgarija, Slovėnija – mažosioms regiono ekonomikoms. Lietuvos BVP apimtis sudaro 3,6% nuo bendros pateiktų šalių BVP apimties.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje

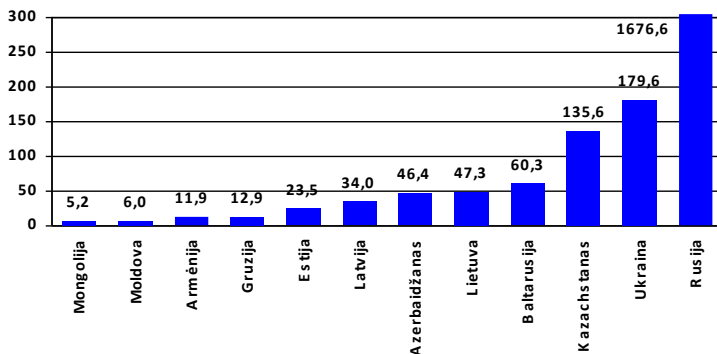
2 paveiksle atskleistas šių šalių santykinis išsivystymo lygis. Matome, kad Slovėnija yra lentelės viršuje, o Lietuva, vienam gyventojui sukurdamą apie 102 procentus Lenkijos BVP yra ties vidutinio išsivystymo riba.



2 paveikslas. 2007 metų Vidurio ir Rytų Europos šalių BVP dalis tenkanti vienam gyventojui (tūkst. JAV dolerių)

Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)

3 ir 4 paveiksluose Lietuva palyginama su buvusiomis TSRS Respublikomis ir kitomis šalimis, kurios yra aktualios Europos ir Lietuvos kontekstui.



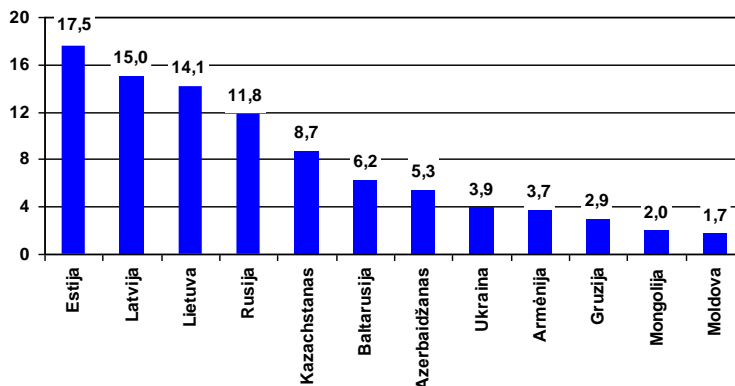
3 paveikslas. 2008 metų buvusių TSRS Respublikų, Vidurio ir Rytų Europos valstybių BVP apimtis (mlrd. JAV dolerių)

Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)

Aiškiai matyti, kad Rusija BVP atžvilgiu gerokai pirmuoja prieš buvusias TSRS Respublikas. Artimiausios jai Ukrainos BVP apimtis sudaro 11% Rusijos BVP



apimties, o Lietuvai tenka vos 3,7% Rusijos BVP apimties. Tai suteikia Rusijai ir ekonominį, ir politinį svorį. Tačiau, jeigu atsižvelgsime į šalies dydį bei gyventojų skaičių, tai yra vienam gyventojui tenkančią BVP dalį, tai pamatysime, kad Baltijos šalys išsiveržia į priekį ir gerokai lenkia kitas buvusias TSRS valstybes. Tačiau, esamą padėtį gali pakeisti vis sunkėjanti pasaulinė ekonomikos situacija.



**4 paveikslas. 2008 metų buvusių TSRS Respublikų ir Mongolijos BVP apimtis tenkanti vienam gyventojui (tūkst. JAV dolerių)**

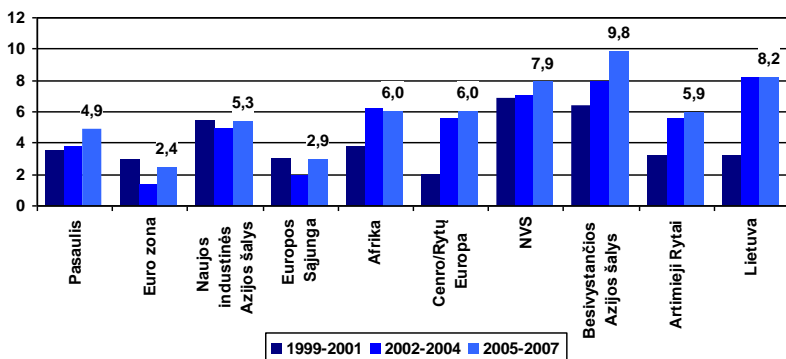
*Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)*

Iš 5 paveiksle pateiktų duomenų matome, kad nuo 1999 iki 2008 metų pasaulis sparčiai vystėsi. Apskritai, pasaulio ekonomika greičiausiai vystėsi 2005–2007 metais, o didžiausią įtaką tam darė spartus besivystančių Azijos šalių, ypač Kinijos ir Indijos, augimas. Be Azijos šalių taip pat greitai kilo NVS, Afrikos, ir Rytų Europos šalys. Spartėjo prekyba ir besivystančios šalys (Kinija, Indija, Brazilija) pradėjo artėti prie JAV ir ES ekonominio potencialo. Šio dešimtmečio pradžioje dėl Irako ir JAV konflikto šiek tiek sunkiau buvo Artimųjų Rytų gyventojams. Nepaisant to, dėl naftos kainų kilimo, šis regionas auga labai sparčiai.

1999–2001 metais Lietuvos ekonomikos plėtra buvo labai saikinga, bet nuo 2002 iki 2007 metų Lietuva augo sparčiau negu daugelis pasaulio šalių ir gerokai (dviem procentiniais punktais) viršijo savo regiono, t. y. Vidurio ir Rytų Europos, rodiklius. Faktas, kad Lietuvos augimas panašus į NVS šalių augimą, verčia manyti, kad ekonominis panašumas tarp Lietuvos ir NVS šalių vis dar tebėra didesnis negu tarp Lietuvos ir senųjų Europos Sąjungos šalių. Skirtingai ne vienodo išsivystymo lygio šalių grupių augimo tempai atitinka ekonomikos teorijos nuostatas, kad santykinai mažiau pasiekusios šalys turi galimybę mokytis iš toliau vystymosi keliu pažengusiųjų ir, jei mokymasis vyksta sėkmingai, vyti pirmaujančiasias.

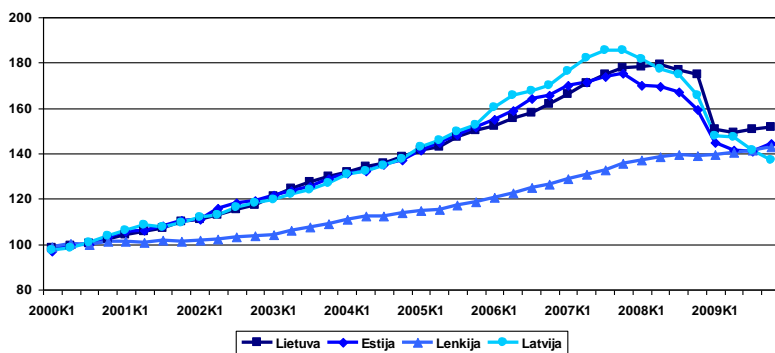
6 paveiksle pateikti bendrojo vidaus produkto (BVP) pakeičiai rodo, kad pastarąjį dešimtmetį iš mūsų kaimynų lėčiausiai augo Lenkija. Pesimistas gali pirštu rodyti į iki 2007 metų buvusio atotrūkio tarp Baltijos valstybių ir Lenkijos sumažėjimą 2008–2009 metais, bet... Jei nuo 2000 metų Lietuvos ekonomika būtų augusi taip kaip Lenkijos,

būtume praradę mažiau produkcijos, kuri įvertinta 106 milijardais litų. Reiškia, turėtume prastesnius kelius, mažiau susitvarkiusius žemdirbių ūkius, prastesnę gamtinę aplinką. Kita vertus, 2006–2007 metais, siekiant maksimizuoti išteklius ir išvengti didelio ūkio perkaitimo, Lietuvai reikėjo pristabdyti kai kurių sektorių (pvz., statybų) plėtrą.



5 paveikslas. Pasaulio regionų BVP dinamika, apskaičiuota per trejų metų vidutinį pokytį atitinkamu laikotarpiu (procentais, fiksuotomis kainomis)

Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)



6 paveikslas. Pabaltijo valstybių ir Lenkijos BVP apimtis 2000–2009 metų ketvirčiais (2000 = 100, prekių kiekis)

Šaltinis: Eurostat, 2010

Estijos ūkio dinamikos kreivė tik 2007 metais buvo kiek viršijusi Lietuvos rodiklius, o likusiais laikotarpiais šie buvo panašūs arba prastesni. Be abejo, estai yra daug pasiekę, bet statistika teigia, kad nuo 2000 metų mes nuolat artėjame prie

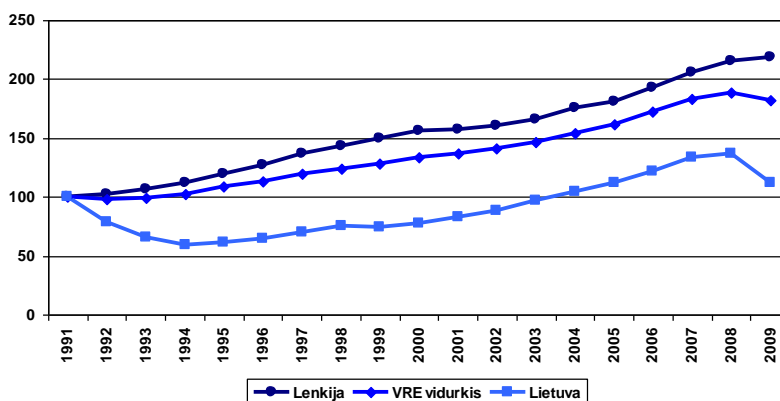
savo šiaurinės kaimynės, o ne tolstan nuo jos, kaip tiki nemaža dalis Lietuvos ir tarptautinės auditorijos.

Lietuvos ir Latvijos ūkio dinamikos yra labai artimos. Panašiai augome iki 2005 metų, 2006–2007 metais Latvijos ūkis kilo sparčiau, o 2008–2009 metais – daugiau smuko.

## 1991–2009 metų Lietuvos ūkio dinamika – ar tiksliai makroekonominė statistika?

Dažniausiai šiame leidinyje yra naudojami oficialūs Lietuvos Statistikos departamento ir kitų institucijų pateikiami skaičiai. Šis paragrafas yra vienintelis, kuriame oficialių dinaminų eilučių patikimumas gali kelti tam tikrų klausimų.

Oficialios statistikos duomenimis Lietuvos (kaip ir kitų Baltijos valstybių) ekonomika Nepriklausomybės laikotarpiu patiria jau trečiąjį nuosmukį ir, jeigu nagrinėtume visą laikotarpį, smarkiai atsilieka nuo kaimyninės Lenkijos bei kitų Vidurio ir Rytų Europos (VRE) šalių. Europos rekonstrukcijos ir plėtros banko duomenys yra pateikti 7 paveiksle.



7 paveikslas. 1991–2009 metų Lietuvos, Lenkijos ir VRE šalių BVP dinamika (1991 metų rodiklis yra prilygintas 100)

Šaltinis: ERPB, 2009

Jeigu statistiniai duomenys yra teisingi, Lietuvos ūkio raidos dinamika ne tik atsilieka nuo kaimyninių valstybių, bet ir parodo viso ūkio reformų proceso nuostolingumą šalies ūkiui. Pagal statistiką 1991 metų BVP lygis buvo pasiektas tik 2003 metais, o 2009 metų smukimas šalies BVP grąžino beveik į 1989 metų lygį. 1991–2009 metų laikotarpiu per metus sukurto BVP apimtis yra mažesnė nei buvo 1990 metais. Tokia ūkio raida, tarsi, paaiškintų, kodėl negerėja Lietuvos žmonių sveikatos rodikliai (20 metų stagnuojanti ekonomika negali užtikrinti ilgesnio

žmonių gyvenimo). Tačiau tada kyla klausimai: kodėl, esant neigiamai ekonomikos dinamikai, Lietuvos žmonės pernellyg nesiilgi „auksinio“ tarybinio laikotarpio; kodėl gyvenimo lygis kaimyninėse „sparčiai augusiose“ šalyse ir Lietuvoje mažai tesiskiria; kodėl daugiau nei du kartus išaugęs Lenkijos BVP, skaičiuojant pagal PPS metodiką – BVP dalis tenkanti vienam gyventojui, 2008 metais buvo mažesnis nei analogiškas Lietuvos rodiklis?

Dar 2000 metais Sveikatos ekonomikos centro išleistoje knygoje „Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių–ekonominių pokyčių kontekste“ buvo suformuluota hipotezė, kad oficialioji statistika pervertino 1991–1995 metų ekonomikos nuosmukį, nes neįvertino tokių kokybinių ūkio pokyčių kaip: „deficito ekonomikos“ išnykimas, radikalus vartotojų pasirinkimo padidėjimas ir žymus daugumos prekių kokybės išaugimas. Šie veiksniai, tikėtina, 1991–1995 metų laikotarpio BVP didina penkiais procentiniais punktais per metus. Hipotezė buvo suformuluota 2000 metais. Ji nebuvo paneigta, bet ir statistiniuose skaičiavimuose nebuvo atspindėta. Siekdami paskatinti diskusiją dėl BVP skaičiavimo metodikos tikslumo, kartojam jau anksčiau išsakytus argumentus.

Yra abejotinas ne tik 1991–1995 metų statistikos duomenų patikimumas. 2004–2007 metais šalies BVP sparčiai augo. Šis augimas vyko ne tik dėl efektyvesnio gamybos išteklių naudojimo, bet ir dėl geometrine progresija augančio skolinimosi. Tikėtina, kad BVP skaičiavimai tiek gamybos, tiek kitais metodais nesugebėjo išvalyti BVP dinaminės eilutės nuo „fiktyvaus“ priaugio:

- Švietimo, sveikatos, kitų valstybės lėšomis išlaikomų sektorių sukurta pridėtinė vertė keičiasi, keičiantis valstybės išlaidoms. Sparčiai didėjančios konsoliduoto biudžeto pajamos (iš dalies dėl perteklinio skolinimosi) sukūrė prielaidas finansuoti šiuos sektorius sparčiau, nei augo paslaugų gamybos apimtis, dėl to didėjo juose sukuriama BVP statistinis įvertinimas. Tačiau realūs pasikeitimai galėjo būti mažesni.
- Iki 2009 metų pradžios deklaruoti bankų pelnai, tikėtina, buvo ne tik realiai sukurtos pridėtinės vertės, bet ir netvaraus „investicinio burbulo“ plėtimosi atspindys.
- Tikėtina, kad iš spekuliacijos žeme ir nekilnojamojo turto gaunamos pajamos, staigaus šių gėrybių kainų augimo laikotarpiu, buvo gerokai paveiktos to paties „burbulo“.

Tikslios BVP korekcijos nėra šio darbo tikslas. Remiamasi prielaida, kad 2004–2007 metais Lietuvos ekonomikos augimas vyko analogišku tempu kaip VRE šalyse, arba – po 6 procentinius punktus per metus.

Tikėtina, kad 2009 metais fiksuotas didžiausias tarp ES šalių Baltijos valstybių ekonomikų nuosmukis yra pervertintas:

- 2009 metais fiksuoti bankų ir kitų finansinių institucijų nuostoliai iš esmės yra jų pačių neatsakingo darbo 2004–2007 metais rezultatas.
- Dėl žymiai išaugusios šešėlinės ekonomikos realiai ekonomika smuko mažiau nei fiksuoja statistikai.

- Žymus skirtumas tarp 2009–ųjų metų pradinio ir pakoreguoto Lietuvos BVP įvertinimo parodo, kad trumpuoju laikotarpiu yra įmanomos net daugiaprocentinės paklaidos. Tikėtina, kad jų yra ir vertinant ilgąjį periodą.

Siekdami atspindėti šiuos nukrypimus, 2009 metų BVP didiname (palyginti su statistikos užfiksuotu) tiek, kiek dėl aukščiau išvardintų priežasčių buvo sumažintas 2004–2007 metų BVP augimas.

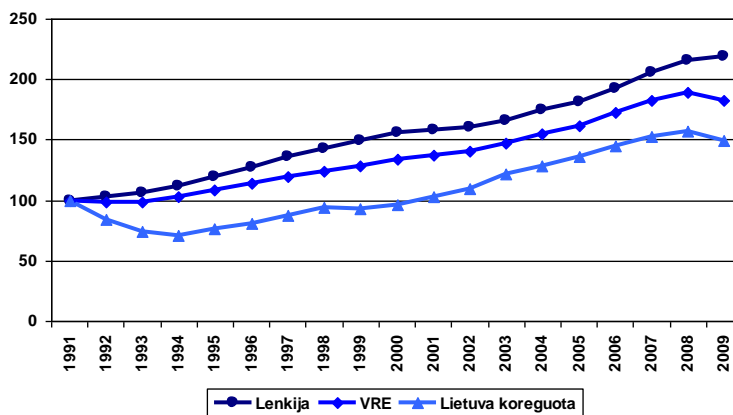
Statistikos departamento (SD) pateikto ir autorių koreguoto Lietuvos BVP palyginimas yra pateiktas 1 lentelėje.

**1 lentelė. Lietuvos BVP dinamika 1991–2009 metai (1991 metų rodiklis prilygintas 100)**

	1991	1995	2000	2005	2007	2008	2009
Lietuva (SD)	100	61,5	77,3	112,6	133,3	137,0	111,8
Lietuva (koreguota autorių)	100	76,6	96,5	136,3	153,1	157,4	149,2

Šaltinis: Statistikos Departamentas, 2010

Koreguoto Lietuvos BVP palyginimas su kaimyninių šalių BVP yra pateiktas 8 paveiksle.



**8 paveikslas. Lietuvos, Lenkijos ir VRE šalių BVP dinamika 1991–2009 metais (1991 metų rodiklis prilygintas 100)**

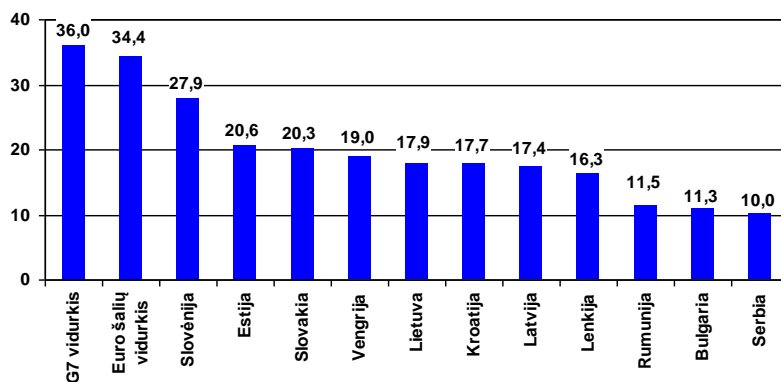
Koreguoto BVP (kiek jis teisingas) grafinis atvaizdas rodo:

- Lietuvos ūkio dinamika buvo nepalanki kaimynų atžvilgiu iki 1994 metų, o po to atotrūkis tarp Lietuvos ir kitų VRE šalių pradėjo mažėti;
- 1991 metų lygis buvo pasiektas 2001 metais;
- 1991–2009 metais per metus sukurto BVP apimtis yra gerokai didesnė nei 1990 metais.

Suformuluotos BVP koregavimo hipotezės paneigimas arba patvirtinimas ir pateiktų rezultatų tikslinimas yra būsimųjų tyrimų objektas. Norėtusi tikėtis, kad ši hipotezė susilauks daugiau mokslinės visuomenės dėmesio nei suformuluotoji 2000 metais.

### **BVP skaičiavimas pagal perkamosios galios pariteto metodiką**

Bendrasis vidaus produktas, vertinamas pagal oficialius nacionalinių valiutų keitimo kursus, atspindi dabartinės šalies galimybes dalyvauti tarptautiniame darbo pasidalijime, bet ne visai tiksliai atspindi realų vartojimo lygį valstybėse ir ekonomikos dinamiką. Norint sumažinti skirtingų šalių vidaus prekių ir paslaugų kainų neatitikimus, yra taikoma perkamosios galios pariteto (PPP) metodika sudaryta Pensilvanijos universitete. PPP teoriją apibrėžęs G. Casselis teigė, kad įvertinus valiutos santykius, neesant prekybą blokuojančių reiškinį, galima sulyginti prekių kainas, nepriklausomai nuo to, kur jos parduodamos. Nustatant BVP pagal PPP metodiką, stengiamasi šalies gamybos apimtį išreikšti kainomis, kuriomis prekes ir paslaugas perka išsivysčiusių šalių vartotojai. PPP statistika yra tikslesnė, jei norime palyginti santykinį gyvenimo lygį, tačiau valiutų kursų pagrindu vertintas BVP tiksliau parodo galimybę prekiauti su užsienio šalimis. Kad geriau suprastumėm Lietuvos padėtį pasaulyje, 9 paveiksle Lietuva yra lyginama ne tik su Vidurio ir Rytų Europos šalimis, bet ir su eurą įsivedusiomis šalimis, ir su didžiojo septyneto šalimis (G 7) – šiuo metu galingiausiomis pasaulio ekonomikomis.



**9 paveikslas. 2007 metų Europos ir didžiojo septyneto šalių BVP vienam gyventojui taikant PPP metodiką (tūkst. JAV dolerių)**

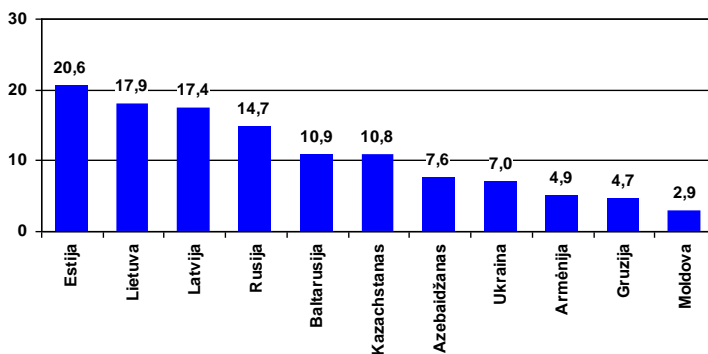
Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)

Palyginę 2 ir 9 paveikslus matome, kad BVP rezultatai skiriasi. Pagal PPP metodiką Lietuvos rodikliai atrodo santykinai patraukliau ir tarp ES šalių bei potencialių kandidatų į ES Lietuva lenkia ne tik Rumuniją ir Bulgariją (tą patį rodo ir BVP palyginimas naudojant oficialius valiutų kursus), bet ir Kroatiją, ir Latviją. Ši statistika rodo, kad Lietuvos bendrasis išsivystymas nelabai skiriasi nuo artimųjų

kaimynų, kad skirtumai tarp naujų ES šalių (išskyrus Slovėniją) yra minimalūs, o jos visos beveik dvigubai atsilieka nuo ES senbuvių.

Palyginę 4 ir 10 paveikslus matome, kad pagerėjo daugelio šalių BVP rodikliai, tačiau didelių pokyčių į santykinę šalių turtingumą PPP metodika neįneša:

- Pabaltijo šalys vis tiek išlieka labiau pažengusios negu kitos buvusios TSRS Respublikos.
- PPP metodika (palyginti su valiutų kurso metodika) žymiai pagerina Kazachstano ir Baltarusijos, o ypač šalių, kurios buvo prasčiausiai įvertintos 4 lentelėje (Moldovos ir Gruzijos) rodiklius.



**10 paveikslas. 2007 metų buvusių TSRS Respublikų BVP vienam gyventojui pagal PPP metodiką (tūkst. JAV dolerių)**

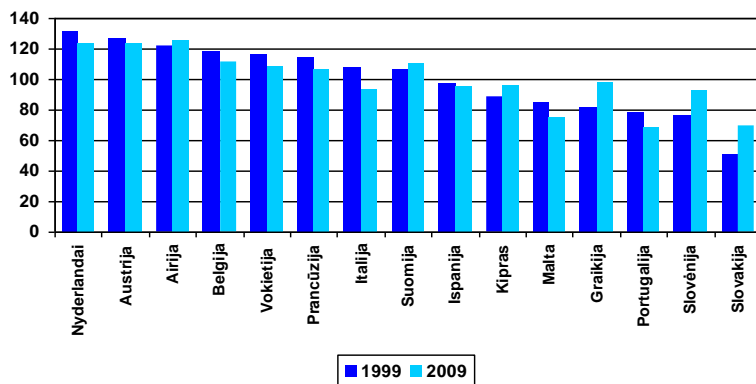
Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)

11–13 paveiksai parodo 1999–2009 metų tendenciją – skirtingų ekonomikų priartėjimą viena prie kitos. Tai, tarytum, patvirtina teoriją, kad skirtingų šalių ekonomikos laisvos rinkos sąlygomis ilgainiui turėtų tapti panašesnėmis viena į kitą. Konvergencijos reiškinys statistiškai gali būti patvirtinamas, jei šalių BVP artėja prie regiono vidurkio ir paneigiamas, esant priešingai tendencijai.

Kaip matome, nuo 1999 metų daugelio euro zonos šalių BVP artėjo prie euro zonos vidurkio. Tik Suomija, Airija (kuriose ekonominė padėtis santykinai vis gerėjo) ir Italija, Malta, Portugalija ir Ispanija (kuriose ekonominis augimas buvo lėtesnis) atitolo nuo Europos vidurkio. Stebėtini naujausių euro zonos narių (Slovakijos ir Slovėnijos) rodikliai, kurie prie ES vidurkio priartėjo atitinkamai 19,2 ir 12,3 procentiniais punktais. Graikijos ekonomika taip pat stipriai priartėjo prie Europos vidurkio – 18,6 punktais.

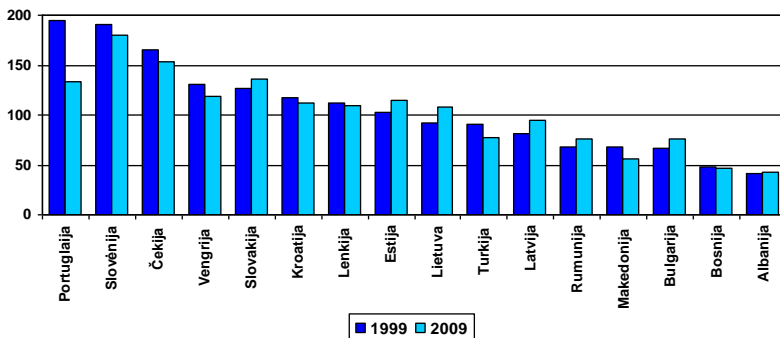
Vidurio ir Rytų Europoje konvergencija taip pat vyksta. Iš nagrinėtų 15 šalių 9 šalių BVP artėja prie regiono vidurkio, o tik penkių – tolsta. Turkija, Makedonija ir nežymiai Bosnija ekonomiškai vis labiau atsilieka nuo vidurkio, o Lietuva, Estija ir Slovakija Vidurio ir Rytų Europos kontekste atrodo vis geriau. Taip pat verta pastebėti, kaip stipriai šis regionas prisivijo Portugaliją – vieną iš euro zonos šalių, kuri prieš dešimt metų atrodė 2,12 karto, o 2009 metais tik 24%, geriau negu

Lietuva. Tai rodo, kad Vidurio ir Rytų Europos šalys tampa labiau balansuotos ne tik tarpusavyje, bet ir artėja prie euro zonos lygio. Šio regiono vidurkis prie euro zonos vidurkio priartėjo 5,6% punktais.



11 paveikslas. Euro zonos šalių BVP vienam gyventojui pagal PPP metodiką (100 = euro zonos vidurkis)

Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)



12 paveikslas. Vidurio ir Rytų Europos ir Viduržemio jūros regiono zonos šalių BVP vienam asmeniui pagal PPP metodiką (100 = Vidurio ir Rytų Europos zonos vidurkis)

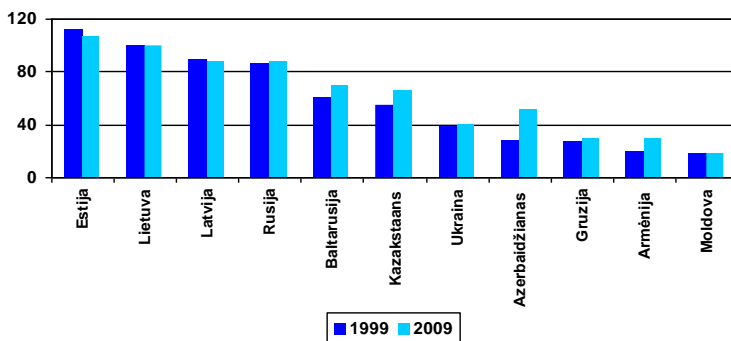
Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)

Konvergencija tarp kažkada TSRS sudėtyje buvusių šalių nėra tokia akivaizdi, kaip tarp šalių įstojusių ar planuojančių įstoti į ES. Per pastaruosius dešimt metų tik keturios NVS šalys priartėjo prie vidurkio. Kirgizija, Moldova ir Uzbekistanas dabar atrodo prasčiau negu prieš dešimt metų, o Azerbaidžanas tuo tarpu labai smarkiai šoktelėjo į viršų. Iš šio regiono aiškiai išsiskiria Rusija, Baltarusija ir Kazachstanas. Šios šalys ekonominiu požiūriu gana stipriai lenkia kitas šalis.

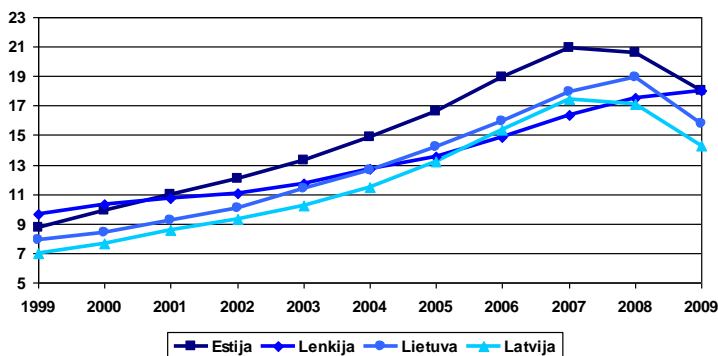


## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje

Atsižvelgiant į tai, kad tarp Lietuvos ir Vidurio Azijos valstybių nėra daug bendrumo nei ekonominiu, nei politiniu, nei kultūriniu aspektais, tolimesnėje analizėje dėmesio į šias valstybes (išskyrus Kazachstaną) nebus kreipiama.



**13 paveikslas. NVS ir Baltijos šalių BVP vienam asmeniui pagal PPP metodiką (100 = Lietuvos BVP vienam asmeniui pagal PPP metodiką atitinkamu laikotarpiu)**  
Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)



**14 paveikslas. 1999–2009 metų artimiausių Lietuvos kaimynų BVP apimtis gyventojui tų metų kainomis pagal PPP metodiką (tūkst. JAV dolerių)**  
Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)

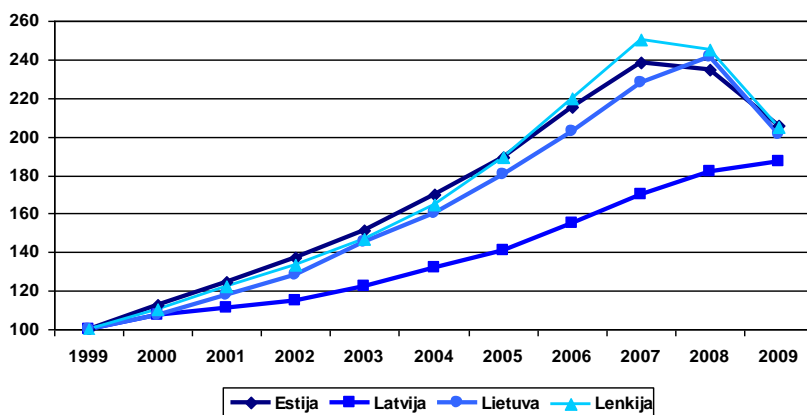
Pagrindinių NVS ir Baltijos valstybių palyginimas rodo dvi praėjusio dešimtmečio tendencijas:

- Daugumos valstybių išsivystymo lygis artėjo prie Lietuvos. Žymiai pagerėjo nafta turtingų šalių – Azerbaidžano ir Kazachstano – situacija.
- Skirtumai tarp Baltijos šalių ir Rusijos (daugiausiai vienam gyventojui gaminančių šalių) bei Ukrainos, Moldovos, Gruzijos išlieka dideli ir per dešimtmetį beveik nesumažėjo. Tikėtina, kad akivaizdi konvergencija

pastarajame iš lyginamų regionų yra ateities dalykas. Jei ši konvergencijos hipotezė yra teisinga, tikėtina, kad suartėjimas vyks ne tik bendrųjų ūkio rodiklių (BVP) lygmeniu, bet ir pagal kitus šalies gyvenimo lygio parametrus (pvz.: sveikatos sistemų konvergencija).

14 paveiksle pateikta statistika rodo, kad Lietuva, Latvija ir Estija kito skirtingai nei Lenkija. 1999 metais pragyvenimo lygis Lenkijoje buvo aukštesnis, tačiau jau 2000 metais Estijos, o po įstojimo į Europos Sąjungą, ir Lietuvos bei Latvijos rodikliai pralenkė Lenkijos rodiklius. Pastaruoju metu dėl ekonomikos krizės Lietuva, Latvija ir Estija susilpėjo, o išlaikytas Lenkijos ekonominis augimas išstūmė ją į vieną aukščiausių pozicijų regione. Pagal 1999–2009 metų BVP dinamiką matome, kad trys Baltijos šalys vystėsi dinamiškiau negu Lenkija (15 paveikslas). Taip pat verta pastebėti itin didelį trijų Baltijos šalių vystymosi panašumą tiek augimo, tiek kritimo laikotarpiams.

Palyginę Rusijos ir parinktų buvusių TSRS Respublikų ekonomikas taip pat matome panašumą (16 paveikslas). Savo ruožtu Rusijos ekonomikos kitimo kreivė savo forma yra artima analogiškomis Baltarusijos, Ukrainos, Moldovos ir Gruzijos kreivėms.

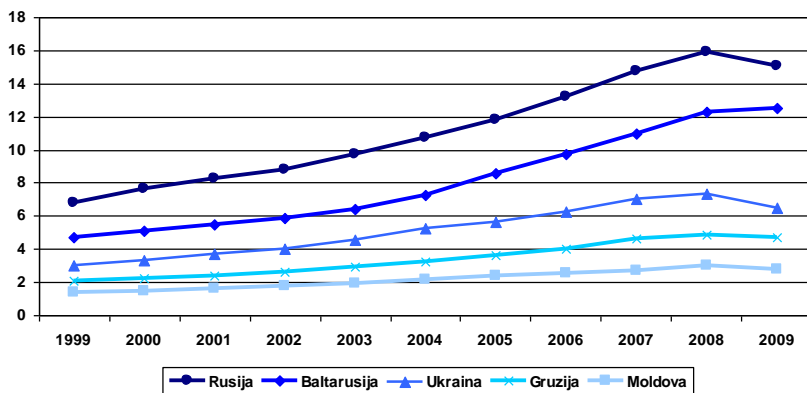


15 paveikslas. Artimiausių Lietuvos kaimynų BVP apimtis gyventojui 1999–2009 metais, tų metų kainomis pagal PPP metodiką (indeksas: 1999 = 100)

Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)

Vienas iš šios knygos tikslų yra apibūdinti labiausiai su Lietuvos raida sutampančių šalių raidą. Tradiciškai Lietuva priskiriama Baltijos šalims. Aukščiau pateikta analizė rodo, kad praeitą dešimtmetį Estijos, Latvijos ir Lietuvos ūkiai kito labai artimomis trajektorijomis. Kita vertus, atlikta analizė rodo egzistuojant konvergencijos tendencijas ir tarp pačių ES valstybių, ir tarp ES bei daugelio TSRS sudėtyje buvusių valstybių. Jei šios tendencijos išliks ir daugumos Lietuvos kaimyninių valstybių ekonominiai rodikliai toliau panašės, Lietuvos tapatinimas su

Baltijos valstybėmis darysis vis mažiau aktualus. Tolimesnė šalies ir visos Europos ūkio raida parodys, su kuriuo regionu Lietuva bus tapatinama po dešimties metų.



**16 paveikslas. Buvusių TSRS Respublikų BVP vienam gyventojui pagal PPP metodiką 1999 – 2009 metais (tūkst. JAV dolerių)**

Šaltinis: Tarptautinis valiutos fondas (TVF)

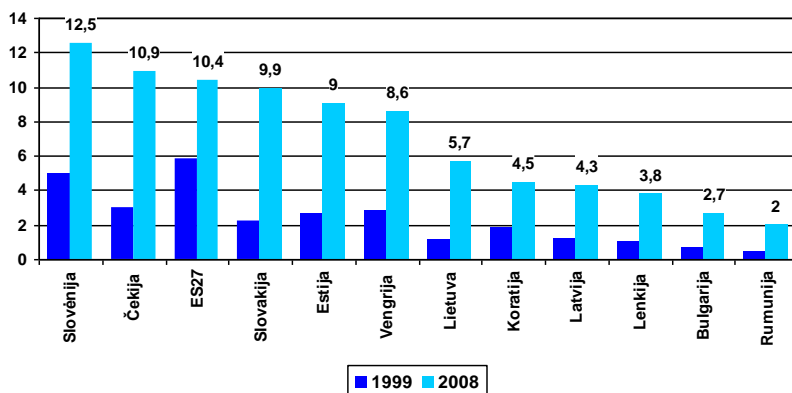
### BVP kitimo šaltiniai

Tradicškai BVP kitimas yra vertinamas paklausos (gyventojų ir vyriausybinių sektoriaus vartojimo išlaidos, investicijos, prekių ir paslaugų eksporto atėmus importą saldas), gamybos struktūros (kokią BVP dalį sukuria ekonomikos sektoriai) ir pajamų struktūros (kokią BVP dalį sukuria darbas, kurdamas darbo apmokėjimo lėšas ir socialinio draudimo įmokas, ir kokią kapitalas, užtikrindamas pelną bei palūkanas ir atkurdamas amortizuotą pagrindinį kapitalą) atžvilgiais. Detaliau knygoje bus nagrinėjami visuminės paklausos ir gamybos struktūros aspektai.

### Prekių eksportas

Prekių eksportas yra ne tik sudedamoji visuminės paklausos dalis, bet ir būdas užsidirbti valiutinių išteklių importo poreikiams patenkinti. Šiame dešimtmetyje įvyko gana didelis pokytis prekyboje. Didėjant Europos Sąjungai ir vienodėjant jos politikai, ES šalys tapo pagrindinėmis Lietuvos ekonominėmis partnerėmis. Glaudžius Lietuvos ir ES ryšius atspindėjo ir 2002 metų vasario 2 d. įvykęs lito pririšimas prie euro. Pastebėtina, kad pastaruosius dešimt metų visų Vidurio ir Rytų Europos valstybių eksportas augo labai sparčiai. Europos buvusių socialistinių valstybių pasiskirstymas pagal eksporto apimtį vienam gyventojui pavaizduotas 16 ir 17 paveiksluose.

Lietuva 1999 metais eksportavo santykinai nedaug ir iš nagrinėjamų šalių pagal eksportą buvo trečia nuo galo, o 2008 metais per tris vietas pakilo ir gana daug aplenkė Latviją ir Lenkiją. Lietuvos eksportas augo sparčiausiai (pakilo 5,18 karto), bet vis dar atsiliekame nuo daugelio valstybių. Nuo artimiausios šalies Vengrijos mes atsiliekame 51%, o nuo Estijos 58%. Pastebėtina, kad Lietuvos eksporto struktūroje vyrauja prekių eksportas.



17 paveikslas. 1999 ir 2008 metų eksporto apimtys vienam gyventojui Vidurio ir Rytų Europos valstybėse (tūkstančiais eurų vienam gyventojui, to meto kainomis)

Šaltinis: Eurostat

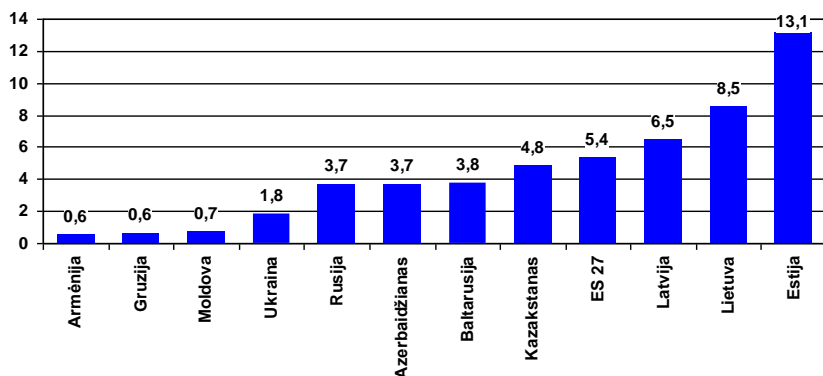
18 paveiksle pateikti skaičiai rodo, kad buvusių TSRS Respublikų eksporto apimtys aiškiai skiriasi. Vienintele Estija 2008 metais perkopė \$13000 barjerą. Antroji grupė – Lietuva, Latvija, Kazachstanas, Azerbaidžanas, Baltarusija ir Rusija sugebėjo eksportuoti prekių ir paslaugų įvertintų daugiau nei \$3000 vienam asmeniui per metus. Kitos keturios šalys šiuo atžvilgiu daug atsiliko.

Eksporto svarbos nagrinėjamų šalių ūkiui dinamiškai atspindi ne tik eksporto apimtys, bet ir eksporto lyginamojo svorio BVP kitimas.

Augantis eksportas stiprina regiono įtaką pasaulinėje rinkoje. Kita vertus, padarė regiono ekonomikas mažiau atsparias tarptautinės prekybos sutrikimams. Eurostat duomenimis 2009 metų spalį, palyginti su 2008 metų to paties mėnesio duomenimis, pramonės gamyba buvo mažesnė: Slovakijos – 18,4%, Vengrijos – 15%, Estijos – 20,9%. Rumunijos pramonė smuko tik 1,4%, o Lenkijos – liko stabili. Vidutinį Lietuvos integravimąsi į pasaulinę rinką atspindi santykinai neaukštas 7,5% pramonės nuosmukis.

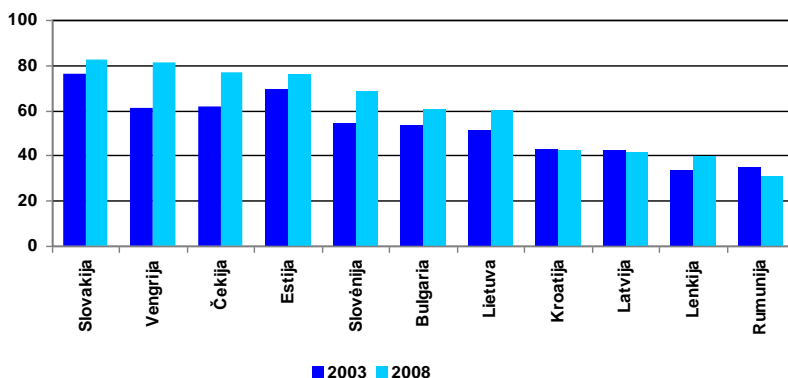
Per aptariamą dešimtmetį įvyko žymūs pokyčiai tarptautinėje Lietuvos prekyboje. 2002 metais litas buvo priirištas prie euro, 2004 metais Lietuva įstojo į ES. Kita vertus, Lietuva į ES šalis 2008 metais eksportavo santykinai mažiau negu 1999 metais. Prekybos diversifikacijos tendencija užfiksuota ir kitose ES valstybėse. Šis politinės integracijos ir užsienio prekybos kryptių neatitikimas rodo šiuolaikinio pasaulio ūkio plėtros sudėtingumą.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



18 paveikslas. 2008 metų buvusių TSRS Respublikų eksporto apimtis vienam gyventoju (tūkst. JAV. dolerių)

Šaltinis: Pasaulio Prekybos Organizacija

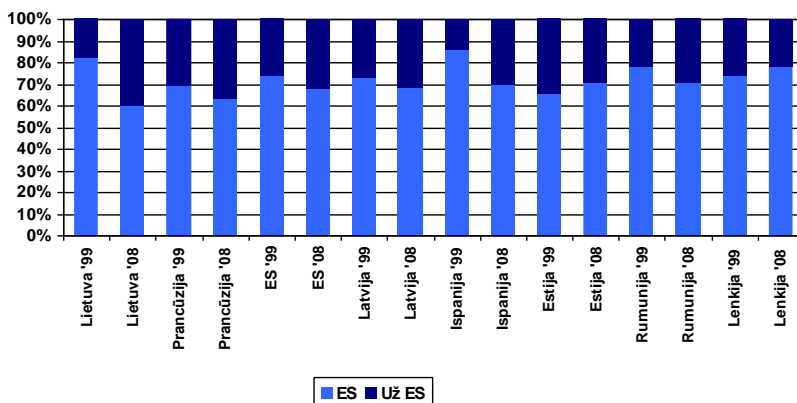


19 paveikslas. 2003 ir 2008 metų prekių eksporto ir BVP lyginamasis svoris (procentais nuo BVP)

Šaltinis: Eurostat

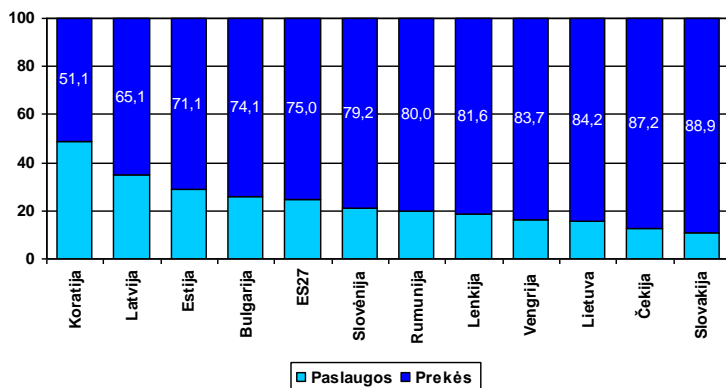
20 paveiksle pateikti duomenys parodo, kad Europa, kartu ir Lietuva, plečia akiratį už ES ribų. Dvidešimt septynios Europos Sąjungos šalys (ES 27) per devynis metus 6,1 procentinių punktų padidino prekybą su šalimis nepriklausančiomis Europos Sąjungai. Pagrindinė tokio pasikeitimo priežastis – auganti paklausa Rytų šalyse. Ypač išaugo eksportas į Kiniją – nuo 1,9% iki 4,2%, Rusiją – nuo 1,6% iki 5,0% ir NVS šalis – nuo 2,3% iki 6,8% viso eksporto.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



20 paveikslas. Europos šalių prekių eksportas į kitas Europos šalis ir už ES ribų 1999 ir 2008 metais (procentais)

Šaltinis: Eurostat.



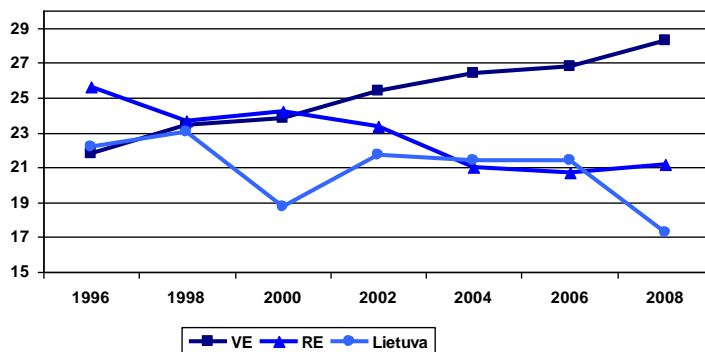
21 paveikslas. 2008 metų paslaugų ir prekių eksporto dalis nuo viso eksporto (procentais)

Šaltinis: Centrinė Žvalgybos Valdyba: world fact book

Kuo toliau, tuo mažesnę rinkos dalį užima JAV, tačiau ji vis dar yra pagrindinė euro zonos šalių eksporto rinka, į kurią 1999 metais Europa eksportavo 16,7% , o 2008 metais – 12,0% pagamintų prekių.

Vis dėlto, Europos šalys vystėsi nevienodai. 2008 metais Vakarų Europoje paslaugos sudarė vidutiniškai šešiais procentais didesnę savo regiono eksporto vertę negu 1996 metais. Tuo tarpu Rytų Europos ir Lietuvos paslaugų sektorius santykinai susitraukė nuo 26% iki 21%. 21 paveiksle matome parinktų šalių eksporto sudėtį.

2008 metais Lietuvoje prekės sudarė 84,2%, o paslaugos apie 16% viso Lietuvos eksporto.



**22 paveikslas. 1996–2008 metų Vakarų ir Rytų Europos paslaugų eksporto dalis nuo viso eksporto (procentais)**

Šaltinis: Eurostat.

Per 1999–2008 metus eksportas augo sparčiau nei BVP ir buvo vienas iš veiksnių užtikrinančių spartų Lietuvos augimą. Tarptautinės prekybos krizė skaudžiai atsiliepė Lietuvos eksportui, bet jau 2009 metų antrąjį ketvirtį buvo fiksuojamas eksporto augimas. 2009 metų viduryje Lietuvos eksportą veikė skirtingi veiksniai:

**2 lentelė. 2009 metais Lietuvos eksportui įtaką darę veiksniai**

Teigiami veiksniai	Neigiami veiksniai
2009 metų antrą ketvirtį prasidėjęs Vokietijos, Rusijos ir Ukrainos ekonomikų atsigavimas bei stabili Lenkijos situacija.	Nestabilumas finansų rinkoje ir ribotos eksporto kreditavimo galimybės.
Nuo 2009 metų antrojo ketvirčio stiprėjantis Rusijos rublio ir Lenkijos zlotų kursas euro ir lito atžvilgiu.	2009 metų Lietuvos fiskalinės politikos nestabilumas.
Dėl darbo užmokesčio ir žemės ūkio produkcijos supirkimo kainų mažėjimo (vidinė devalvacija) Lietuvoje atsiradusi gamybos kaštų mažėjimo tendencija.	
Mažesnės, lyginant su 2008 metais, pasaulinės energetinių išteklių kainos bei sumažėjusios Rusijos galimybės užslėptai subsidijuoti savo gamintojus.	
Padidėję netiesioginiai mokesčiai, kurie didina eksporto privalumus lyginant su pardavimais vidaus rinkoje.	
2009 metų antrojoje pusėje pradėjusios augti pagrindinių eksporto prekių (rafinuoti naftos, maisto, medienos perdirbimo produktai) kainos, kurios 2008 metų pabaigoje buvo nukritusios.	

Teigiamų ir neigiamų veiksnių sąrašas nėra baigtinis, bet, tikėtina, kad teigiamų veiksnių yra daugiau ir tai antrojoje 2009 metų pusėje ir 2010 metais pasireiškė ir dar pasireiškė eksporto augimu. Tikėtina, kad būtent eksporto augimas (ypač, jei

pasiseks pagerinti eksporto kreditavimo sąlygas ir nebus kartojami 2008 metų pabaigos „eksperimentai“ mokesčių srityje) 2010–2011 metais taps pagrindiniu pozityvią Lietuvos ūkio dinamiką lemiančiu veiksmu.

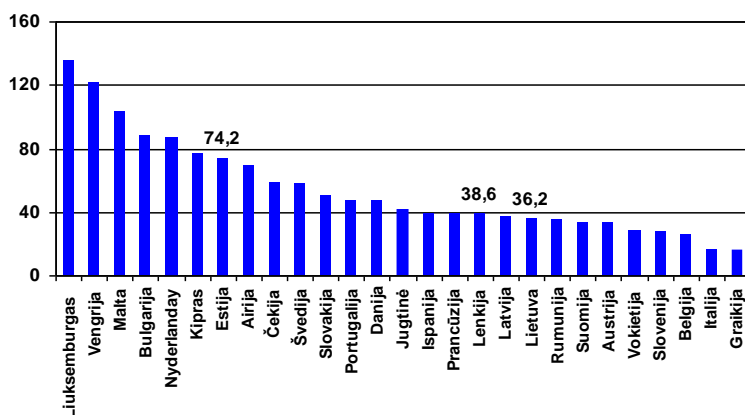
### Importas

Viena iš pagrindinių tarptautinių analitikų įvardijamų Lietuvos problemų 2004–2008 metais buvo didžiulis užsienio prekybos disbalansas.

Nuo 2000 iki 2008 metų prekių importas iš ES į Lietuvą išaugo 3,7 karto, o eksportas tuo pačiu metu išaugo 2,7 karto. Toks importo padidėjimas buvo vienas didžiausių tarp 27 ES šalių. Panaši yra ir Latvijos situacija.

2009 metais Lietuvos prekybos balansas pradėjo pastebimai gerėti.

### Investicijos



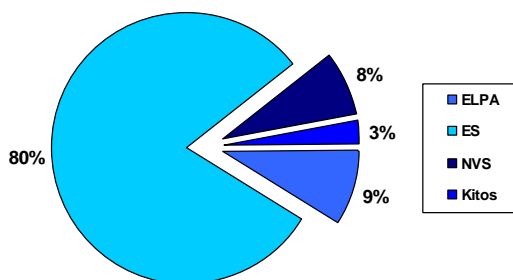
### 23 paveikslas. Iki 2008 metų sukauptų tiesioginių užsienio investicijų apimtys ir BVP santykis

Šaltinis: Eurostat

Kaip matome, per 18 Nepriklausomybės metų Lietuvoje prisikaupė 36,2% BVP vertės investicijų (23 paveikslas). Šiuo požiūriu mes esame panašūs į Latviją, Lenkiją, Prancūziją, Rumuniją, Suomiją ir Austriją. Palyginę 1998 ir 2008 metų statistiką matome, tiesioginės užsienio investicijos (TUI) į Lietuvą ir Lenkiją išaugo 15 procentinių punktų ir pavijo Latviją, kurios rodikliai praktiškai nesikeitė, bet atsilieka nuo Estijos, kurioje TUI siekia 74,2% BVP.

24 paveikslas iliustruoja glaudų Lietuvos susisiejimą su Europos Sąjunga. Eksporto atžvilgiu Europa yra pagrindinė Lietuvos partnerė. 2009 metais 80% visų tiesioginių investicijų atkeliavo iš Europos Sąjungos, o dvi stambiausios investuotojos buvo Švedija ir Vokietija.





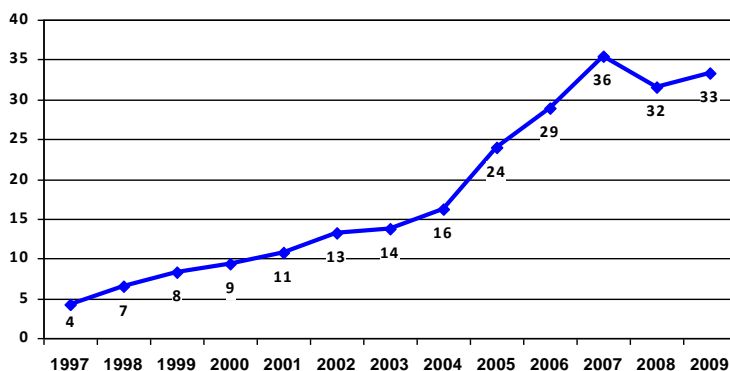
**24 paveikslas. 2009 metų tiesioginės užsienio investicijos į Lietuvą (procentais)**

Šaltinis: Statistikos departamentas

25 paveikslas papildo šią informaciją. Iki 2008 metų užsienio investicijos tolygiai augo ir 2007 metų pabaigoje sudarė 36 mlrd. Lt. 2008 metais TUI smuko 4 mlrd. litų, tačiau 2009 metais TUI vėl ūgtelėjo.

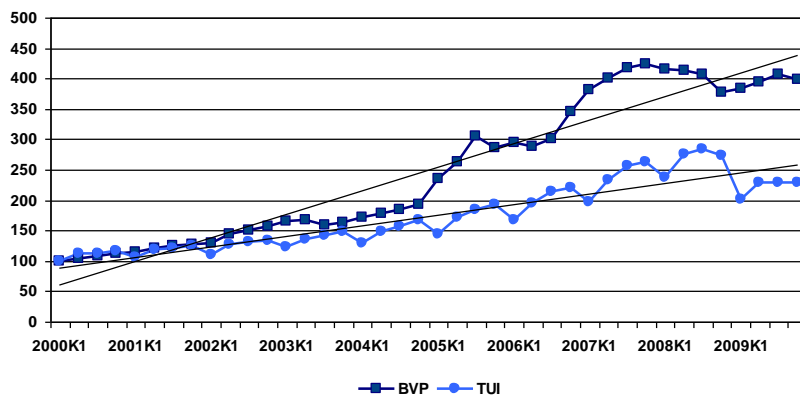
Iki 2003 metų TUI augo panašiu tempu kaip ir BVP, o nuo 2005 metų vidurio tempai pradėjo smarkiai skirtis. TUI ir BVP dinamikos palyginimas leidžia teigti, kad tiesioginio ryšio tarp TUI ir BVP dinamikų nėra. 2005 metais, paspartėjus investicijoms, BVP kitimas išliko stabilus, bet 2006 metais TUI augimui stabtelėjus, BVP ir toliau augo. Po spartaus 2007 metų TUI augimo 2008 metais smuko BVP augimas.

Sparčios integracijos į pasaulinį ūkį šalininkai teigia, kad TUI atnešė naujas technologijas bei vadybos praktiką ir taip paspartino finansų ir kitų užsienio kapitalo dėmesį pritraukusių sektorių bei viso ūkio plėtrą.



**25 paveikslas. Tiesioginių investicijų į Lietuvą likutis laikotarpio pabaigoje (mlrd. Lt)**

Šaltinis: Lietuvos Bankas



26 paveikslas. 1999–2008 metų tiesioginių užsienio investicijų į Lietuvą kaitos ir BVP kaitos palyginimas (procentais, 2000 = 100)

Šaltinis: Statistikos departamentas

TUI efektyvumo skeptikai teigia, kad Lietuvoje yra labai ribotas “plynojo lauko” investicijų kiekis (Mažeikių nafta, alaus gamyklos bei dauguma bankų buvo įsteigti iki užsienio kapitalo atėjimo į Lietuvą) be to, dauguma lėšų, gautų už privatizuotą turtą, buvo panaudotos ne investicijoms, o ir taip jau pertekliniam, palyginti su šalies galimybėmis, vartojimui didinti.

Skeptikų argumentai yra rimti, bet tiesa ir tai, kad Lietuva mažai “plynojo lauko” investicijų sulaukė ne tik dėl investuotojų pasyvumo, bet ir dėl pernelyg biurokratizmuotų stambių investicinių projektų derinimo procedūrų, korupcijos apraiškų.

Artimiausiais metais Lietuvai neverta tikėtis žymaus TUI srauto padidėjimo (bent jau dėl pasaulinių finansinių rinkų nestabilumo), bet vidutinės trukmės laikotarpiu ši galimybė yra reali tiek dėl egzistuojančių potencialiai labai didelių investicinių projektų (pvz., Ignalinos atominės elektrinės statyba), tiek ir dėl santykinų pranašumų, lyginant su kaimynais (ganėtinai kvalifikuota, nebrangi ir dėl bedarbystės nesunkiai samdoma darbo jėga, palanki geografinė padėtis, gerai išplėtotą transporto infrastruktūra ir t.t.). Įvardintas palankias prielaidas galėtų sustiprinti ir valstybės ūkio politika: nuoseklesnis technologinių parkų diegimas, projektų derinimo supaprastinimas, korupcijos mažinimas ir menka tikimybė, kad galėtų pasikartoti tokios „naktinės” mokesčių reformos, kurios 2008 metų pabaigoje nustebino visus (ir šalies, ir užsienio) investuotojus. Be abejo, geresniam investiciniam klimatui ilguoju laikotarpiu yra būtina ir tvarių valstybės finansų politika.

Stambieji investuotojai tris Baltijos valstybes dažniausiai vertina kaip vieną regioną ir šių šalių neišskiria iš kaimyninių šalių konteksto. Ko gero pagrindinė priežastis, kodėl Lietuva sulaukia panašaus dėmesio kaip ir kitos Baltijos valstybės yra šalių dydis bei kitų ekonomikos parametrų (ekonominio augimo, geografinės padėties, gyvenimo lygio) panašumas. Jei ši hipotezė pasiteisins, galima teigti, kad užsienio investuotojai į Lietuvą ir artimiausiais metais žiūrės beveik taip pat, kaip ir

į kitas Baltijos šalis, kad Lietuvos investiciniam klimatui bus svarbus ne tik Lietuvos, bet ir Latvijos, Estijos stabilumas, situacija Lenkijoje ir Baltarusijoje.

## Asmeninis vartojimas

3 lentelė. Asmeninio gyventojų vartojimo kitimas (2000 metų rodikliai prilyginti 100)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>BVP</b>	96,1	100,0	106,7	114,1	125,7	135,0	145,5	156,9	170,9	176,1
Šalies ūkis		100,0	99,6	103,4	113,0	118,7	126,8	145,8	170,6	189,7
Valstybės sektorius		100,0	100,4	104,1	113,7	118,2	126,6	144,0	162,5	184,5
Privatus sektorius		100,0	99,6	104,4	114,8	121,9	130,8	152,0	182,2	200,2
<b>Reali senatvės pensija*</b>	101,9	100,0	96,0	98,7	104,6	108,8	118,3	124,8	143,3	169,4
<b>Reali mažmeninės prekybos apyvarta</b>	90,2	100,0	107,2	120,6	137,8	150,7	173,7	194	227,4	263,8
<b>VDP*</b>	104,5	100,0	96,7	100,6	110,2	116,0	131,8	149,0	175,3	187,8
<b>VDI**</b>	106,7	100,0	99,6	107,8	120,5	123,1	135,0	146,5	156,9	155,2

Šaltinis: Statistikos departamentas, Lietuvos statistikos metraštis

\* – VDP – Vidutinės disponuojamosios pajamos vienam namų ūkio nariui.

\*\* – VDI – Vidutinės disponuojamosios išlaidos vienam namų ūkio nariui

Nagrinėjamo laikotarpio duomenys (3 lentelė) rodo prieštaravimą tarp vartojimo proceso ir jį atspindinčių skaičių. Pavyzdžiui, 2000–2004 metais mažmeninė prekyba augo sparčiau nei gyventojų išlaidos, o 2001–2003 metais gyventojų išlaidos augo gerokai sparčiau nei jų pajamos. Tikėtina, kad 2000–2004 metais dalis vartojimo buvo finansuojama paskolomis ir, kad dalis gyventojų slepia gaunamas pajamas. Tačiau norint išsiaiškinti šiuos neatitikimus, reikėtų atlikti nuodugnią analizę.

2005–2008 metais augo visi asmeninį vartojimą apibūdinantys rodikliai ir dauguma jų augo sparčiau nei BVP. Šiuo laikotarpiu asmeninio vartojimo augimas tapo pagrindiniu BVP augimą skatinančiu veiksniu. Kita vertus, spartesnis nei BVP asmeninio vartojimo augimas prisidėjo prie to, kad Lietuvos gyventojai pradėjo vartoti žymiai daugiau nei per metus sukuria. Neatitikimas tarp gamybos ir vartojimo formavo įtampas ekonomikoje ir buvo viena iš antrojoje 2008 metų pusėje prasidėjusio ekonomikos nuosmukio priežasčių.

Asmeninio vartojimo augimas, atsirandantis dėl skolinimosi iš užsienio, negali būti tvarus. 2008 metais prasidėjusi pasaulinė finansų krizė privertė Lietuvos bankus stabdyti skolinimo augimą rezidentams ir branginti skolinimą. 2008 metų pabaigoje skolinimo suvaržymai jau atsispindėjo neigiamoje vartojimo dinamikoje. 2009 metais Lietuvos asmeninį vartojimą veikė skirtingi veiksniai, didžioji jų dalis ekonomikai įtaką darys ir 2010 metais:

**4 lentelė. 2007–2009 metų teigiami ir neigiami asmeninio vartojimo veiksniai**

<b>Teigiami asmeninio vartojimo veiksniai</b>	<b>Neigiami asmeninio vartojimo veiksniai</b>
Baigėsi 2007–2008 metais vykęs spartus mažmeninių kainų augimas.	Dėl ekonomikos nuosmukio mažėjančios gyventojų pajamos. Mažėjimas palietė ir namų ūkių gaunamas darbo pajamas, ir socialines išmokas.
Nuo 2009 metų įteisinti sumažinti gyventojų pajamų mokesčio tarifai.	Pingantis būstas ir kitas nekilnojamas turtas.
–	Sumažėję vartojimo kreditavimo mastai bei išaugusios skolinimosi sąnaudos.
–	Išaugusios palūkanos už terminuotus indėlius ir padidėjęs vyriausybės vertybinių popierių pajamingumas.
–	Nedarbo augimas ir didelė rizika netekti darbo.
–	Sumažėjęs pinigų pervedimas iš užsienio.
–	2009 metų sausį PVM padidintas nuo 18 iki 19 procentų ir panaikinta dauguma PVM lengvatų. 2009 metų rugsėjį PVM padidintas nuo 19 iki 21 procento ir 2009 metais gerokai išaugę akcizai alkoholiui, tabakui, kurui.

Teigiamų ir neigiamų veiksmų sąrašas nėra baigtinis, bet, tikėtina, kad neigiamų veiksmų yra daugiau ir tai 2010–2011 metais pasireikš asmeninio vartojimo stagnacija ar net mažėjimu. Asmeninio vartojimo atsigavimas yra tikėtinas vidutinės trukmės laikotarpiu.

### **2003–2008 metų Lietuvos ūkio plėtros sudėtis**

2003–2008 metais vykęs spartus ūkio augimas pasireiškė visų visuminės paklausos sudedamųjų dalių augimu. Šie pokyčiai yra atspindėti 5 lentelėje. Lėčiau nei BVP augo visuomeninis vartojimas, eksportas augo panašiu tempu kaip BVP, o pagrindiniais BVP augimo veiksniais iš paklausos pusės buvo asmeninis vartojimas ir kapitalo formavimas, kuriems užtikrinti labai sparčiai augo prekių ir paslaugų importas.

**5 lentelė. Lietuvos BVP sudedamųjų dalių dinamika 2003–2008 metais, procentais**

	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
BVP	10,2	7,4	7,8	7,8	9,8	2,8
Asmeninis vartojimas	10,4	11,9	12,2	10,8	12,1	3,6
Visuomeninis vartojimas	4,1	8,2	3,5	3,7	3,2	7,9
Kapitalo formavimas	13,7	15,7	11,2	19,4	23	–6,5
Eksportas	6,9	4,4	17,7	12	5,3	9,7
Importas	10,4	14,9	16,4	13,7	10,7	10,5

*Šaltinis: EBRD Europos rekonstrukcijos ir plėtros bankas, 2009*

Vartojimu grindžiamas ekonomikos augimas nebuvo tvarus ir ši rizika atsispindėjo 2009 metų Lietuvos ūkio dinamikoje.

## **2008–2009 metų pasaulinė ekonominė krizė ir Lietuva**

*Kokios priežastys lėmė 2009 vykusį **beprecedentį** ūkio nuosmukį?*

Baltijos valstybėse krizės artėjimo požymiai buvo numatomi jau 2006 metais (kainų kilimas, staigus darbo užmokesčio kilimas ir nesubalansuota einamoji sąskaita). Šie požymiai buvo aprašyti ne tik regiono, bet ir tarptautinėje spaudoje. Įtakingas britų dienraštis „Financial Times“ jau 2007 metų pradžioje rašė ne tik apie Baltijos regiono ūkio plėtros lėtėjimą, bet ir apie tikėtiną „kietą“ Estijos, Latvijos ir Lietuvos nusileidimą, kitaip tariant, apie krizę arba recesiją. Tuo metu buvo prognozuojamos tik regioninės problemos, bet jau 2007 metų viduryje tapo akivaizdu, kad realu kalbėti apie pasaulinio masto ekonomikos sukrėtimus. Estijoje ir Latvijoje ekonomikos nuosmukis prasidėjo 2007 metų pabaigoje, o Lietuvoje – 2008 metų antroje pusėje. Lietuvoje krizė prasidėjo vėliau negu daugelyje Europos valstybių, bet buvo labai ryški.

- Pasaulinė bankų krizė pagilino skolinimosi problemas, kurios Lietuvoje kaupėsi jau anksčiau. Konjunktūros atšalimą pirmiausiai, dar 2008 pavasarį, pajuto labiausiai nuo kreditų priklausančios ekonomikos šakos (statybos ir prekybos automobiliais).
- Dėl visoje Europoje apmirusios statybų ir automobilių pramonės ir šių procesų dėka prasidėjusio staigaus Ukrainos metalurgijos pramonės smukimo, 2008 metų rudens viduryje pradėjo mažėti transporto paslaugų apimtis.
- Gamybos ir vartojimo smukimas bei daugelyje Europos valstybių atsiradę kreditavimo sutrikimai pradėjo gerokai riboti Lietuvos eksporto galimybes.
- Pakeltos kuro ir maisto kainos (dėl aukštų naftos ir maisto produktų kainų tarptautinėje rinkoje ir dėl regioninių infliacinių procesų) jau nuo 2008 metų rudens pradžios pradėjo riboti vartotojų poreikius ir sustabdė mažmeninės prekybos augimą.
- Per trečiąjį ir ketvirtąjį 2008 metų ketvirčius atpigo kaimyninių valstybių (Baltarusijos, Lenkijos, Rusijos, Ukrainos) valiutos euro, o tuo pačiu ir lito, atžvilgiu; tai sumažino Lietuvoje gaminamų prekių konkurencingumą šių šalių produkcijos atžvilgiu.
- 2008 metų pabaigoje pesimizmas apėmė ir verslą, ir vartotojus, ir valdantįjį elitą. 2009 metų pradžioje smuko pasitikėjimas ūkio perspektyvomis, dėl to žymiai sumažėjo asmeninis gyventojų vartojimas.
- Tikėtina, kad prasidėjusio ūkio nuosmukio akivaizdoje Lietuvos ūkio politika nebuvo optimali. 2008 metų pabaigoje vietoje ekonomikos skatinimo programos buvo pasirinkta ekonomikos stabdymo strategija (deklaruotas valstybės išlaidų mažinimas ir mokesčių didinimas). Ši politika sumažino verslo pasitikėjimą, jo gebėjimą prisitaikyti prie rinkos pokyčių ir kurti, pastūmėjo verslą į šešėlį.

- 2009 metų pradžioje kilusi panika lėmė masinį indėlių iš bankų atsiėmimą, sumažėjusį gyventojų vartojimą. Vartotojai metėsi apsipirkinėti kaimyninėse valstybėse.

Pasaulinę ir Baltijos valstybių recesiją lėmė sudėtingas kelių priežasčių kompleksas. Dar iki šiol nėra tiksliai įvardintos visos recesiją sukėlusios priežastys.

Daugybę metų buvo populiaru dėl visų ūkio pasiekimų šlovinti rinkos jėgas, o dėl visų problemų – kritikuoti valdžią. Vienas iš dažniausiai literatūroje aprašomų neigiamos valstybės įtakos ekonomikos raidai aspektų yra vyriausybės negebėjimas subalansuoti nacionalinius biudžetus. 2008 metų rudenį buvo populiarus teiginys, kad nesubalansuotas 2005–2008 metų valstybės biudžetas yra pagrindinė Lietuvai gresiančių ekonominių sukrėtimų priežastis. Be abejo, biudžeto subalansavimas yra reikšminga sveikos ekonomikos prielaida, bet suabsoliutinti jo negalima. Jei viską lemtų biudžeto subalansavimas, šalys, kurios biudžetą balansuoja ir turi mažą valstybės skolą, niekada neišgyventų sukrėtimų, o šalys, turinčios biudžeto deficitą ir, atitinkamai, aukštą valstybės skolos lygį, nuolat kentėtų. Žemiau pateikta 6 lentelė rodo, kad iš Lietuvos kaimynių subalansuoti biudžetą prasčiausiai sekėsi Lenkijai. 2007 metais Lenkijos valstybės skola siekė 45,4 procentus nuo BVP. Lietuvos rodiklis yra žymiai geresnis (mūsų šalies valstybės skola siekė 17,3 procentus nuo BVP), o estai ir latviai 2007 metais beveik visai neturėjo valstybės skolos. Vadinasi, anot rinkos ekonomikos propagandistų, dėl santykinai didelės valstybės skolos Lenkijos ekonomika turėjo smukti, o Estijos ir Latvijos – klestėti, bet realybė pasirodė visai kitokia. Daugiausiai smuko Latvija ir Estija, kiek mažiau – Lietuva, o Lenkijos ekonomika augo net sunkiaisiais 2009 metais.

6 lentelėje pateikti skaičiai kalba ne tik apie valstybių skolas, bet ir apie visas šalių užsienio skolas, pastarosios atspindi ne tik vyriausybių, bet ir privačių asmenų skolinimąsi ir yra gerokai didesnės nei valstybių skolos. Aiški lyderė pagal visą užsienio skolą yra Latvija, kurios gyventojai 2007 metais buvo skolingi užsieniui (daugiausia užsienio bankams) 1,4 karto daugiau nei šalyje pagaminama per metus. Estai sugebėjo pasiskolinti 1,2 karto daugiau nei sukuria per metus, lietuviai yra aiškūs vidutiniokai, o lenkai skolinosi mažiausiai.

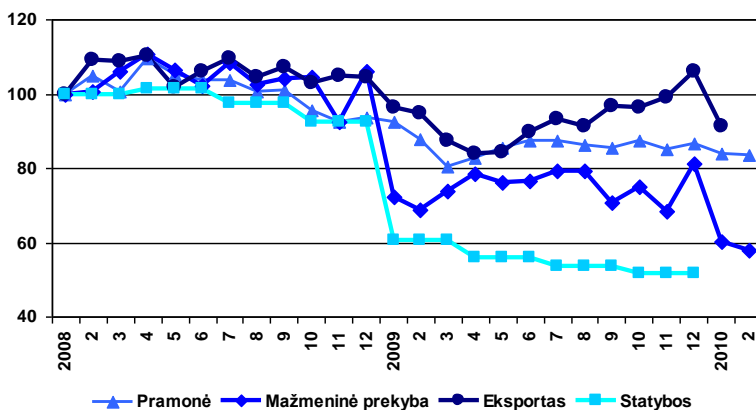
**6 lentelė. Baltijos valstybių ir Lenkijos skolos (procentais nuo BVP)**

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Estija</b>	Valstybės skola	4,7	5,6	5,5	5,1	4,6	4,3	3,5
	<i>Visa užsienio skola</i>	53	64,4	72	83,5	80,6	102,6	120,8
<b>Latvija</b>	Valstybės skola	14	13,5	14,6	14,9	12,4	10,7	9,5
	<i>Visa užsienio skola</i>	67	75,6	84	97,7	94,7	119,2	143,4
<b>Lenkija</b>	Valstybės skola	37,6	42,2	47,1	45,7	47,1	47,6	45,4
	<i>Visa užsienio skola</i>	37,8	42,8	49,5	51,3	43,7	49,6	55,2
<b>Lietuva</b>	Valstybės skola	22,9	22,4	21,2	19,4	18,6	18,2	17,3
	<i>Visa užsienio skola</i>	43,4	43,8	44,9	46,5	48	63,7	78,5

Šaltinis: EBRD

Pateikta statistinė informacija rodo, kad ne valstybės, o privatus skolinimasis lėmė kritiškai išaugusį Baltijos valstybių išsiskolinimą užsieniui ir, tikėtina, Baltijos valstybių ekonomikų perkaitimą. Ekonomikos perkaitimas, užsienio bankams 2008 metais pradėjus griežtinti kreditavimo sąlygas, tapo viena iš pagrindinių regiono ūkio nuosmukio priežasčių. Santykinai saikingesni Lietuvos gyventojų skolinimosi apetitai leido Lietuvai užtikrinti vėlesnį ir ne tokį didelį nei Estijoje ir Latvijoje nuosmukį. Neaukšta bendroji Lenkijos skola palankiai koreliuoja su 2008–2009 metų Lenkijos ūkio dinamika.

Perteklinis privatus skolinimas ir skolinimasis buvo reikšminga, bet ne vienintelė staigaus Baltijos regiono ūkio nuosmukio priežastis. Pagrindinių Lietuvos ūkio sektorių dinamika 2008 metų sausį – 2009 metų lapkritį rodo sudėtingą krizės priežasčių sąveiką.



27 paveikslas. 2008–2009 metų Lietuvos ūkio sektorių raida (2008 metų sausio duomenys prilyginti 100)

Šaltiniai: Eurostat, Statistikos departamentas

Skirtingi Lietuvos ūkio sektoriai netolygiai žengė į ekonomikos nuosmukį. Statybų sektorius konjunkcijos atšalimą pajuto 2008 metų pradžioje, pramonė ir eksportas – 2008 metų rudens pradžioje, o prekyba – pačioje 2008 metų pabaigoje – 2009 metų sausį. Iš dalies dėl mažėjančio statybų kiekio smuko ir pramonės bei karjerų eksploatavimo sektoriai, kurių kritimą pristabdė dinamiški naftos perdirbimo pokyčiai, sudarantys iki 29% bendros sumos. Nuo 2009 metų dėl mažėjančios paklausos tarptautinėse rinkose pradėjo kristi ir eksportas. Tai irgi lėmė tolimesnį pramonės smukimą. 2009 metų rudenį ir eksportas, ir pramonė pradėjo atsigauti, o sąstingis statybų sektoriuje tebesitęsė. Iš pirmųjų 2010 metų duomenų matyti, kad ekonomika dar neatsigauna.

Lietuvoje trečiajame 2009 metų ketvirtyje 58,6%, palyginti su 2008 metų pradžia, sumažėjo darbų statybose. Statistiniai duomenys teigia, kad einamosiomis kainomis mažmeninė prekyba smuko apie 18,8%, pramonė 16,2%, o eksportas – 18,5%. Tuo tarpu

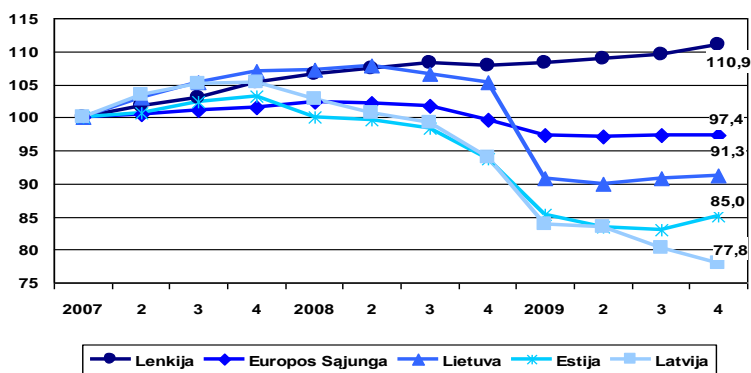
realūs vidaus prekybos, pramonės ir eksporto pokyčiai, eliminavus infliacijos poveikį, atitinkamai, kito 25,1%, 13,5% ir 5%.

Didelis skirtumas tarp piniginių ir natūrinės išraiškos rodo, kad Lietuva beveik pilnai išlaikė fizinę savo eksporto apimtį, tačiau buvo daug prarasta dėl eksporto kainų smukimo. Kita vertus, 2008 metais pagrindinės Lietuvos eksporto prekės buvo pervertintos, todėl artimiausiu metu yra mažai tikėtinas maisto produktų ir naftos produktų pasaulinių kainų grįžimas į 2008 metų rudens lygį.

Plačiai paplitusią nuomonę, jog labai neigiamai Lietuvos ūkio dinamiką paveikė nepakankamai parengtos ir 2008–2009 metais įgyvendintos mokesčių reformos, tikėtina, nulėmė mažmeninės prekybos dinamiką. Didžiausias prekybos nuosmukis įvyko 2009 sausį, šiek tiek mažesniu mastu jis pasikartojė 2009 metų rugsėjį. Abiejų šių nuosmukių laikas sutapo su mokesčių pasikeitimo laiku: žymiu PVM ir kai kurių akcizų pakėlimu. Kita vertus, aptariama nuomonė mažai paaiškina konjunktūros dinamiką statybų ir pramonės sektoriuose.

Be abejo, konkrečios šalies politika nepaaiškina ir fakto, kodėl ekonomika smuko daugumoje valstybių.

28 paveiksle parodyta, kaip kiekvieną metų ketvirtį nuo 2007 metų pradžios kito Lietuvos ir jos kaimynių BVP. Smunkant daugeliui ES ekonomikų, skaudžiausiai sukrėtimus pajuto latviai, kiek lengviau buvo estams ir lietuviams, o lenkai, iki 2007 metų saikingai didinę gamybą, ekonomikos smukimo 2008–2009 metais išvengė.



28 paveikslas. 2007–2009 metų artimiausių Lietuvos kaimynių ir Europos Sąjungos vidurkių BVP dinamika

Šaltinis: Eurostat

Ši krizė paneigia banalias laisvosios rinkos apologetų prielaidas, kad nereguliuojama rinka sprendžia visas problemas. Didžiausią nuosmukį patyrė Baltijos regionas, kuris jau kelerius metus garsėja savo liberalia ūkio politika. Ekonomistai, matyt, dar ilgai ginčysis dėl pasaulinės 2008–2009 metų krizės priežasčių ir vaistų, naudotų ekonomikos problemoms spręsti, efektyvumo. 2008–2009 metais oficialiose Antikrizinėse Lietuvos programose nebuvo numatytos



taikyti tradicinės tarptautinėje praktikoje taikomos anticiklinės priemonės, tokios kaip: bankinio sektoriaus tvarumo sustiprinimas, investicijų ir asmeninio vartojimo skatinimas, valstybės išlaidų didinimas. Reali 2009 metų praktika nuo deklaruotosios skyrėsi tuo, kad valstybė apsisprendė didinti konsoliduoto biudžeto deficitą nuo 2008 metais buvusių 3,2 procentų nuo BVP iki 2009 metais 8 procentų. Pradiniame biudžeto deficito didinimo etape deficitas daugiausiai buvo finansuojamas skolinantis šalies viduje už aukštas palūkanas. Brangios valstybinės paskolos gerino šalyje veikiančių bankų finansinę būklę. Politinės retorikos ir praktikos neatitikimas yra viena iš aplinkybių sunkinančių aptariamojo laikotarpio analizę.

Bus ginčijami ir dėl krizės masto. Medžiaga knygai buvo rengiama 2009 metų pabaigoje ir 2010 metų pradžioje, kai dar nebuvo žinomas tikrasis ekonomikos nuosmukio mastas. Šiuo laikotarpiu daugelis tarptautinių institucijų, prognozavusių 2009 metų rezultatus, vertindamos Lietuvą naudojo 2009 metų viduryje paskelbta Lietuvos finansų ministerijos prognoze ir teigė, kad šalies ūkis 2009 metais smuks apie 18 procentų. Toks smukimas reikštų, kad 2009 metais Lietuvos ūkis sumažės daugiau nei kurios kitos (tik Latvijos prognozės yra prastesnės) tarybiniam blokui priklausiusios ar kitos Europos šalies ūkis. Preliminarūs keturių 2009 metų ketvirčių duomenys rodo, kad ūkio nuosmukis per metus nebus didesnis nei 15 procentų. Turimos statistikos duomenimis Latvijos ir Estijos ekonomikos dar vis krenta, o Lietuva trečią 2009 metų ketvirtį sugebėjo staigiai šoktelėti. Staigus teigiamas Lietuvos ūkio pokytis gali reikšti, kad panašiai keisis ir Latvijos bei Estijos ekonomikos. Kita vertus, tokie šuoliai taip pat atskleidžia galimus statistinių matavimų netikslumus vertinant ūkio dinamiką vykstant smarkioms recesijoms.

### **Visuminės paklausos poveikis BVP 2010–2015 metais**

Aukščiau pateiktų atskirų visuminės paklausos sudedamųjų dalių ir jų įtakos BVP kitimui yra apibendrintos žemiau pateiktoje 7 lentelėje.

Jei pateikta prognozė pasitvirtins, 2010 ir 2011 metais Lietuvos BVP augs pagal normatyvinį augimo scenarijų – maždaug po 2,5 procento kasmet, o 2012–2015 metais – po 5–6 procentus per metus. Darant prielaidą, kad 2009 metais šalies BVP smuko apie 10 procentų, galime daryti išvadą, kad 2008 metų (buvęs iki krizės) Lietuvos ekonomikos lygis bus atstatytas 2012–2013 metais.

Pagal optimistinį augimo scenarijų 2010 ir 2011 metais Lietuvos BVP augs po 4 procentus kasmet, o 2012–2015 po 8 procentus per metus. Darant prielaidą, kad 2009 metais šalies BVP smuko apie 10 procentų, iki krizinis 2008 metų ekonomikos lygis Lietuvoje bus atstatytas 2012 metų pradžioje.

Ar gali šalies ūkis 2010–2011 metais augti sparčiau nei numato optimistinė prognozė? 2009 metų pabaigos statistiniai duomenys rodo, kad tokia galimybė egzistuoja:

- 2009 metais gerokai (beveik 6 mlrd. Lt.) smuko privataus sektoriaus skolinimasis iš užsienio ir šį smukimą pilnai kompensavo valstybės skolinimasis. 2010 metais valstybė planuoja skolintis papildomai dar 6–8 milijardus litų. Jei privataus sektoriaus skolinimasis nebemažės, išaugs

Lietuvoje esančių pinigų kiekis, kuris, tikėtina, padidins valstybės, o gal net ir asmeninį vartojimą.

- 2009 metais statistikos fiksuotas mažmeninės prekybos nuosmukis (beveik 30 procentų) yra gerokai didesnis nei gyventojų pajamų nuosmukis. Šį faktą iš dalies paaiškina išaugusi šešėlinės ekonomikos apimtis. Jei šešėlinė ekonomika pradės trauktis, kitais metais prekyboje sukuriama pridėtinė vertė, skirtingai nei numatoma pagrindiniuose progностiniuose skaičiavimuose, išaugs.

**7 lentelė. BVP dinamikos prognozės 2010–2015 metams**

Paklausos rūšis	Pokyčio pobūdis	Įtaka BVP 2010–2011 metais	Įtaka BVP 2012–2015 metais
Užsienio prekyba	Trumpuoju laikotarpiu yra tikėtinas eksporto augimas importui išliekiant stabiliam. Vidutinės trukmės laikotarpiu ir importas, ir eksportas augs.	Tikėtinas 2–4 procentų metinis augimas.	Tikėtinas 1–2 procentų metinis augimas.
Valstybės vartojimas	Trumpuoju laikotarpiu tikėtinas saikingas valstybinio vartojimo mažėjimas, kurį, ekonomikai atsigauvant, keis augimas.	Tikėtinas 1–2 procentų metinis smukimas.	Tikėtinas 1–2 procentų metinis augimas.
Investicijos	Trumpuoju laikotarpiu investicijos augs dėl struktūrinių fondų paramos ir dėl gyventojų investicijų į žmogiškąjį kapitalą. Vidutinės trukmės laikotarpiu augimo tendencija priklausys nuo privačių investicijų atsigavimo ir nuo stambiųjų projektų (pvz.: atominės elektrinės AE) sėkmingumo.	Tikėtinas 2–3 procentų metinis augimas.	Tikėtinas 1–3 procentų metinis augimas.
Asmeninis vartojimas	Trumpuoju laikotarpiu asmeninis vartojimas saikingai mažės. Vidutinės trukmės laikotarpiu vartojimas atsigaus.	Tikėtinas 1–2 procentų metinis smukimas.	Tikėtinas 1–2 procentų metinis augimas.
<b>Bendras poveikis</b>		<b>Tikėtinas 2–4 procentų metinis augimas.</b>	<b>Tikėtinas 4–8 procentų metinis augimas.</b>

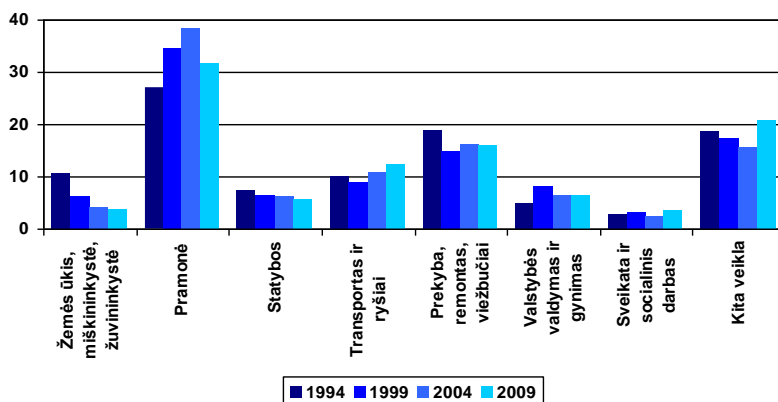
Šie du aptarti veiksniai padidintų šalies BVP papildomais 2–3 procentiniais punktais (kitoms sąlygoms neblogėjant) ir 2010 metais bendrasis augimas sudarytų apie 6 procentinius punktus. Toks augimas yra tikėtinas, bet jo tvarumas nebūtų didelis. Pirma – šešėlio legalizavimas nėra realus augimas. Antra – dėl papildomo skolinimosi ne tik augtų bendroji valstybės skola užsieniui, bet, kaip jau buvo 2004–2007 metais, sparčiau nei eksportas pradėtų augti importas, vėl atkurdamas einamosios sąskaitos deficito problemą.

## Lietuvos ūkio struktūra

Praėjęs dešimtmetis buvo radikalių pokyčių Lietuvos ūkio struktūroje laikotarpis. Per pastaruosius dvidešimt metų Lietuvos ūkio struktūra gerokai keitėsi:

- nuolat santykinai mažėjo žemės ūkio, o nuo 2004 ir pramonės, vaidmuo;
- nuo 1999 metų santykinai augo transporto sektoriaus reikšmė;
- nuo 1994 iki 2009 metų smuko statybų ir prekybos sektoriai.

29 ir 30 paveiksluose pavaizduoti Lietuvos ūkio struktūros pokyčiai naudojant sukurtos pridėtinės vertės ir užimtumo rodiklius.



### 29 paveikslas. Bendrosios pridėtinės vertės struktūra (galiojusiomis kainomis; procentais)

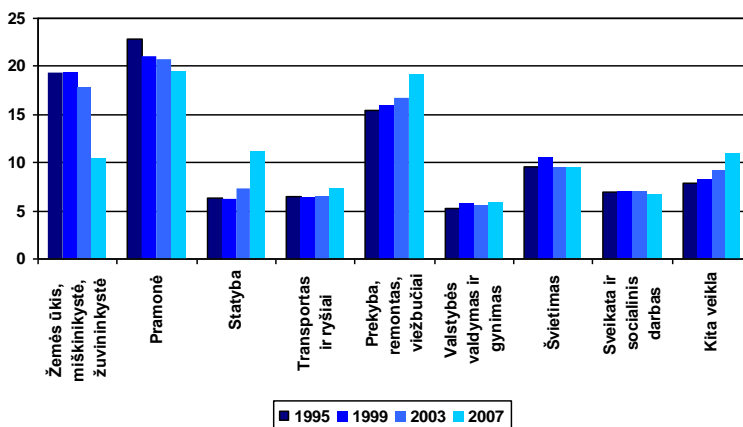
Šaltiniai: Statistikos departamentas, 1998 Lietuvos statistikos metraštis

Aptariamuoju laikotarpiu gerokai keitėsi ir užimtumo struktūra.

Užimtumo statistika ypač gerai parodo dirbančiųjų migraciją iš agrarinio į statybų ir prekybos sektorius. Du kartus sumažėjęs užimtumas žemės ūkyje yra kokybinis pokytis galutinai panaikinęs Lietuvos kaip žemės ūkio krašto įvaizdį.

Nors 2008–2009 metais ekonomikos ir statybų sektoriaus nuosmukis sumažino stimulus palikti kaimą, ilgainiui Lietuvoje ir toliau turėtų mažėti užimtumas žemdirbystėje socialinių ir komercinių paslaugų naudai. Taip pat vargu ar 2011–2012 metais prekybos, remonto ir viešbučių sektoriai kartos praeito dešimtmečio tendencijas, bet, ekonomikai atsigaunant, vėl turėtų pradėti augti. Tikėtina, kad artimiausių dešimtmetį mažai keisis valstybės valdyme, sveikatos, socialiniame ir švietimo sektoriuose dirbančių lyginamasis svoris visų dirbančiųjų tarpe.

## Lietuvos sveikatos sektorių amžių sandūroje



### 30 paveikslas. Užimtumo struktūra (procentais)

Šaltinis: Statistikos departamentas

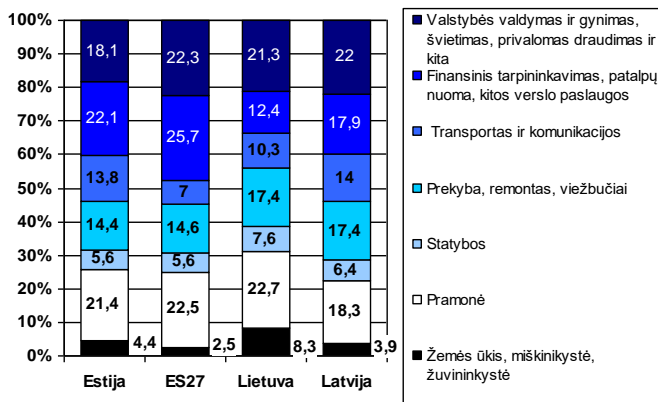
Nagrinėjant BVP dinamiką buvo fiksuotas naujųjų ES narių artėjimas prie ES senbuvų. Žemiau pateikiama analizė rodo, kiek ši konvergencijos tendencija yra pritaikoma vertinant nacionalinių ekonomikų struktūrinius pokyčius.

Palyginę 1999 ir 2008 metų duomenis matome, kad per dešimtmetį:

- ES ir Estijos viešojo sektoriaus lyginamasis svoris nepasikeitė, o Latvijos ir Lietuvos – santykinai susitraukė.
- Latvijos ir Estijos ūkio dalis susijusi su finansiniu tarpininkavimu bei verslo paslaugomis labai priartėjo prie ES vidurkio, o Lietuvos finansų sektorių išliko santykinai mažas.
- Baltijos valstybėse sparčiau nei vidutiniškai ES vyko prekybos ir statybų sektorių plėtra ir santykinė šių sektorių reikšmė Baltijos regione tapo dar didesnė nei buvo 1999 metais.
- ES pramonės reikšmė ekonomikai saikingai sumažėjo – nuo 22,5 iki 20,1 procento, o Estijoje ir Lietuvoje išliko beveik stabili. Latvijos pramonės lyginamasis svoris sumenko iki 13,8 procentų nuo 1999 metais buvusio santykinai neaukšto 18,3 procentų rodiklio.
- Visame regione, o sparčiausiai Lietuvoje, mažėjo žemės ūkio reikšmė.

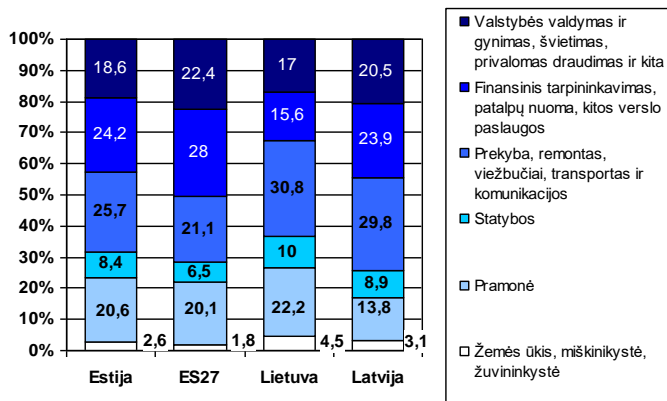
Ilgalaikiai ekonomikos plėtrai dalis aptartų pokyčių (pvz., spartus žemės ūkio transformavimasis) yra palankūs. Tikėtina, kad dalis pokyčių (pvz., stebėtinai spartus statybų bei prekybos sektorių augimas) atspindi dėl pigių paskolų Baltijos valstybėse susikaupusią ūkio perkaitimo riziką. 2008–2009 metų ekonominės krizės pagrindą sudarančių veiksnių atžvilgiu (grūvančios finansų rinkos, besitraukiantys prekybos ir statybų sektoriai) Latvijos ūkio struktūra yra ypač nepalanki. Dėl menko

pramonės išsivystymo ši šalis turi ribotas galimybes pasinaudoti atsigauanančiomis eksporto rinkomis viso ūkio atgaivinimui skatinti.



31 paveikslas. 1999 metų Lietuvos, Latvijos, Estijos, ir ES27 bendrosios pridėtinės vertės struktūra (procentais nuo BVP)

Šaltinis: Eurostat



32 paveikslas. 2008 metų Lietuvos, Latvijos, Estijos, ir ES27 bendrosios pridėtinės vertės struktūra (procentais nuo BVP)

Šaltinis: Eurostat

Kelios įžvalgos į struktūrinius Lietuvos ūkio pokyčius artimiausią dešimtmetį:

- Tikėtina, augs ir artės prie ES vidurkio Lietuvos BVP dalis tenkanti finansiniam tarpininkavimui, patalpų verslo paslaugoms nuomai. Estijos ir Latvijos atžvilgiu analogiškas teiginys nėra akivaizdžiai teisingas.
- Baltijos šalys išsiskiria gana dideliu transporto ir komunikacijos paslaugų mastu. Šios šalys dėl savo geografinės padėties (yra tarp Rusijos ir Europos

ir turi priėjimą prie Baltijos jūros) turi geras galimybes dar labiau plėsti šį verslą.

- Artimiausiu metu gerokai mažės 1999–2008 metais labai išaugęs lyginamasis statybų sektoriaus svoris. Lietuvoje statybų sektorius buvo didžiausias iš Baltijos šalių ir ES vidurkį pranoko 53%. Tikėtina, kad 2008 metų lygio santykinė pridėtinė statybų sektoriaus vertė nepasieks ir ekonomikai atsigavus. (Jei prasidės AE statyba, ši pesimistinė prognozė kurį laiką gali būti paneigta).
- Greičiausiai, artimiausiu laikotarpiu išaugs Baltijos valstybių, ypač Latvijos, pramonės lyginamasis svoris.
- 1999 metais žemės ūkiui tenkanti Lietuvos BVP dalis daugiau nei tris kartus viršijo ES vidurkį. 2008 metais santykinė žemės ūkio reikšmė Lietuvos ekonomikai buvo jau beveik du kartus mažesnė nei prieš dešimtmetį, o skirtumas tarp ES ir Lietuvos BVP dalies skiriamos žemės ūkiui sumažėjo iki maždaug 2,5 karto. Tikėtina, kad 2010–2011 metais žemės ūkio lyginamasis svoris šiek tiek išaugs dėl nemažos paramos iš ES, bet vėliau vėl tęsis žemės ūkio reikšmingumo mažėjimo tendencija.

**8 lentelė. Santykinis skirtingų ūkio sektorių našumas (Lietuvos vidurkis prilygintas 100)**

	1995	1999	2003	2007
Žemės ūkis, miškininkystė, žuvininkystė	59,2	43,3	28,0	43,4
Pramonė	111,6	108,1	118,6	115,9
Statyba	114,8	122,0	96,7	92,4
Transportas ir ryšiai	136,1	163,5	206,6	178,5
Prekyba, remontas, viešbučiai	118,0	109,4	113,4	93,9
Valstybės valdymas ir gynimas	117,4	124,1	136,2	111,8
Švietimas	47,5	66,4	55,0	45,7
Sveikata ir socialinis darbas	38,6	57,2	39,4	46,1
Kita veikla	197,3	191,2	172,2	164,4

*Šaltinis: Apskaičiuota remiantis Statistikos departamento duomenimis*

Iš 8 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad labiausiai nuo vidurkio atsilieka žemės ūkio sektoriaus našumas. Tai išlieka viena iš pagrindinių Lietuvos problemų, bet kartu atspindi ir ūkio struktūros keitimo teikiamas galimybes.

## Gamybos konkurencingumas

Vienas iš svarbiausių šalies gamybos konkurencingumo lygio rodiklių yra darbo našumo dinamika.

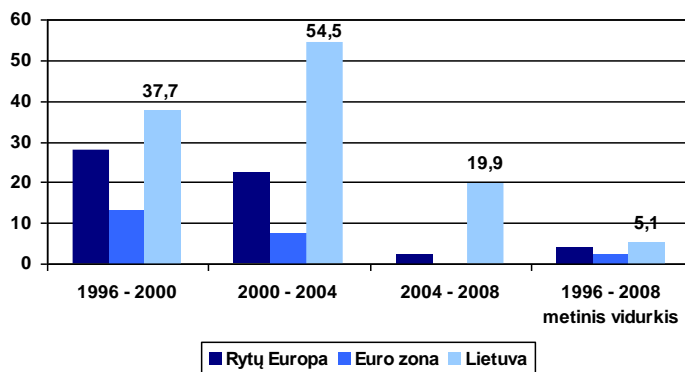
Iš 9 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad 1995–2007 metais našumas kyla visuose Lietuvos ūkio sektoriuose. Tarptautiniai palyginimai rodo, kad pastaraisiais metais Lietuvos gamybos efektyvumas augo sparčiau nei vidutiniškai ES.

9 lentelė. Skirtingų sektorių darbo našumo dinamika (1995 metų rodiklis prilygintas 100)

	1999	2003	2007
Žemės ūkis, miškininkystė, žuvininkystė	123,6	122,8	270,4
Pramonė	163,4	250,7	382,5
Statyba	179,3	177,3	296,8
Transportas ir ryšiai	202,7	341,7	483,6
Prekyba, remontas, viešbučiai	156,4	205,4	293,1
Valstybės valdymas ir gynimas	178,3	256,3	351,2
Švietimas	235,7	253,6	354,6
Sveikata ir socialinis darbas	249,6	234,5	439,3
Kita veikla	163,5	199,3	307,1
<b>Vidutiniškai</b>	<b>183,6</b>	<b>226,8</b>	<b>353,2</b>

Šaltinis: Apskaičiuota remiantis Statistikos departamento duomenimis

Gana sudėtinga įvertinti sveikatos ir švietimo sektorių našumą bei šių sektorių plėtros daromą įtaką ūkio raidai. Statistikos departamentas viešojo sektoriaus našumą matuoja remdamasis išlaidomis. Aptariamų sektorių sukurta pridėtinė vertė auga, augant valstybės finansavimui, o finansavimui mažėjant – smunka. Paslaugų apimtys ir kokybės pokyčiai nematuojami.



33 pav. Darbo našumo kitimas Rytų Europos ir euro zonos šalių pramonėje 1996–2008 metais (procentais)

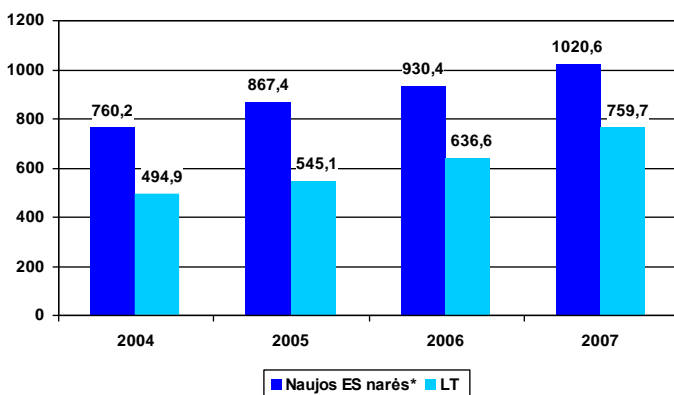
Šaltinis: Eurostat

Lietuvos pramonės našumas (t. y. vienam darbuotojui tenkantis pagamintas produktas) augo vidutiniškai 1 procentiniu punktu per metus greičiau negu kitų Rytų ir Vidurio Europos šalių ir beveik 3 procentiniais punktais sparčiau nei euro zonos valstybių.

Santykiniai Lietuvos rezultatai žemės ūkio sektoriuje yra dar įspūdingesni. Vidutiniškai per metus Lietuvos žemės ūkio našumas išaugdavo 14,2%, Rytų Europos šalių – po 8,4%, o euro zonos šalių – po 3%. Vienas iš didesnių skirtumų tarp Rytų, ypač Baltijos, ir euro zonos šalių yra tas, kad Baltijos šalyse per 10 metų daugiau nei 50% darbuotojų paliko žemdirbystės sektorių, o euro zonos šalyse šis rodiklis pakito tik 3%.

Dar vienas reikšmingas konkurencingumo veiksnys (be darbo našumo) yra gamybos kaštai. Svarbus gamybos konkurencingumo rodiklis yra darbo užmokesčio dinamika.

Nors darbo užmokesčio skirtumai tarp Lietuvos ir kitų naujųjų ES šalių mažėja, bet Lietuvoje atlyginimai kol kas gana daug atsilieka nuo atlyginimų kitose šalyse įstojusiose į Europos Sąjungą 2004 metais. Dėl santykinai neaukštų atlyginimų gamyba Lietuvoje yra patraukli užsienio investuotojams, bet, kita vertus, dėl tokių atlyginimų išlieka didelė kvalifikuotos darbo jėgos emigracijos rizika. Statistiniai duomenys rodo, kad 2004–2007 metais darbo užmokestis Lietuvoje sparčiai augo, bet ir 2007 metais Lietuvoje atlyginimai gerokai atsiliko nuo atlyginimų kitose 2004 metais į Europos Sąjungą įstojusiose šalyse. Šis atsilikimas yra ypač reikšmingas vertinant galimybę atrasyti kvalifikuotus darbuotojus nuo emigracijos, bet palankus konkurencingumui užtikrinti. Tikėtina, kad 2010–2011 metais darbo užmokestis Lietuvoje neaugs. Ši pajamų stagnacija, greičiausiai, padidins emigracijos srautus, bet bent jau vidutinės trukmės laikotarpiu Lietuvos gamintojams neturėtų sukurti didelių problemų apsirūpinti darbo jėga. Vidutinės trukmės laikotarpiu (2012–2015 metais) darbo užmokestis Lietuvoje turėtų pradėti pastebimai augti.



**34 paveikslas. Vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio kitimas Lietuvoje ir naujose, 2004 m. prisijungusiose, ES šalyse (žemės ūkio, miškininkystės ir žvejybos sektoriai neįtrauki) (eurais)**

Šaltinis: Eurostat

\*Čekija, Estija, Latvija, Vengrija, Malta, Lenkija, Slovakija, Slovėnija, Kipras



## Mokėjimų balansas

Mokėjimų balanso statistika padeda analizuoti tarptautinius prekių ir pinigų srautų santykius. Teigiamas balansas parodo, kad Lietuva daugiau parduoda ir skolina užsieniui negu perka ir skolinasi. Neigiamas – atvirkščiai.

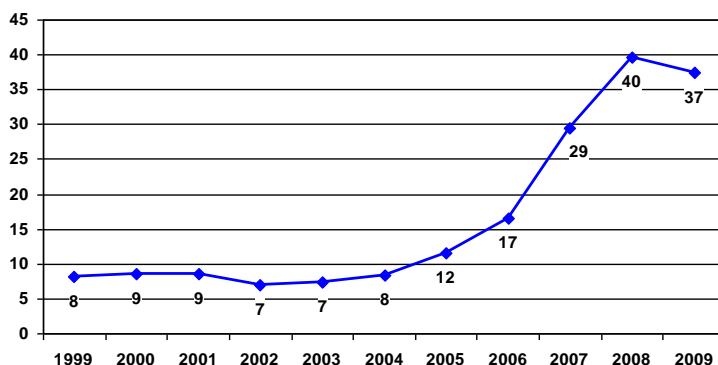
10 lentelė. Einamoji Lietuvos sąskaita (mln. Lt)

	2000	2003	2006	2007	2008	2009
Kreditas	22166	30754	54362	60512	74430	58430
Debetas	-24865	-34608	-63171	-74837	-87689	-54902
Balansas	-2700	-3854	-8809	-14325	-13259	3529

Šaltinis: Lietuvos Bankas

Viena iš pagrindinių ilgalaikių Lietuvos problemų – iki 2009 metų buvęs neigiamas einamosios sąskaitos balansas. Didžiausią įtaką tam darė jau aptarta neigiamo tarptautinės prekybos balanso problema. Einamosios sąskaitos deficitas iš dalies buvo kompensuojamas TUI ir, daugiausiai, piniginėmis paskolomis, o tai lėmė grynosios užsienio skolos augimą.

Grynoji skola užsieniui staigiai augo dėl finansinių institucijų (daugiausiai užsienio bankų) paskolų. 36 paveiksle pateikta Lietuvos ir kaimyninių valstybių skolų užsieniui dinamika (pateikiami suminiai valstybinių institucijų ir privataus sektoriaus įsiskolinimo vertinimai).

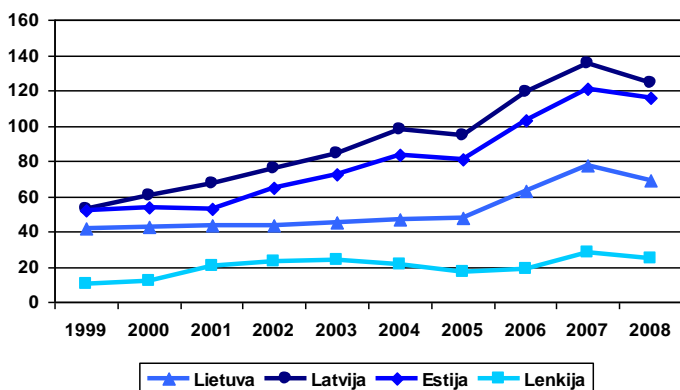


35 paveikslas. Grynoji Lietuvos skola užsieniui (mlrd. Lt)

Šaltinis: Lietuvos Bankas

Spartaus ekonominio Baltijos valstybių augimo laikotarpiu užsienio bankai neįvertino galimybės, kad į regioną investuotas per didelis pinigų kiekis gali tapti problema ir, kad ši problema akivaizdžiai pasireikš 2008 metais, paskatinta JAV finansų krizės. Dideli pinigų srautai skatino Baltijos valstybių plėtrą, bet tuo pat

metu šiose šalyse sukėlė vidinių problemų. Iš privačių bankų į Lietuvą atėję pinigai buvo paskirstyti netolygiai ir neracionaliai. Kai kurie privatūs sektoriai, ypač statybų, papildomai gaunamų pinigų efektyviai įsisavinti nesugebėjo. Geometrine progresija augančios paskolos perkaitino statybų rinką, statybose, palyginti su kitais ūkio sektoriais, neproporcingai pakėlė darbo jėgos kainą.



36 paveikslas. 1999–2008 metų grynoji Lietuvos ir artimiausių kaimynių skola užsieniui (procentais nuo BVP)

Šaltinis: EBRD

## Infliacija

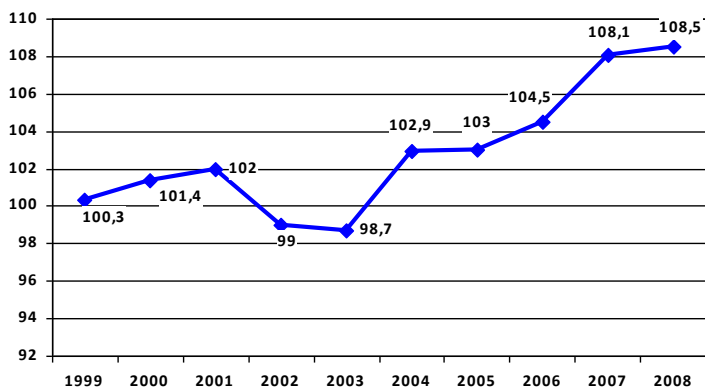
Infliacija – piniginio vieneto perkamosios galios mažėjimas, pasireiškiantis ilgalaikiu vidutinio bendrojo kainų lygio kilimu – yra viena iš dažniausiai įvardijamų Lietuvos ūkio problemų.

1999–2001 metais, atsižvelgiant į tarptautinius standartus, Lietuvoje buvo užregistruota labai maža infliacija, o 2002–2003 metais buvo užfiksuota defliacija. Kainų mažėjimą lėmė JAV dolerio, Lenkijos zoto ir Rusijos rublio atžvilgiu stiprėjantis litas, globaliai mažėjančios maisto ir avalynės kainos. 2003 metais JAV dolerio atžvilgiu beveik 17 procentų pabrangęs litas tapo svarbiausiu kainų mažėjimo veiksniumi.

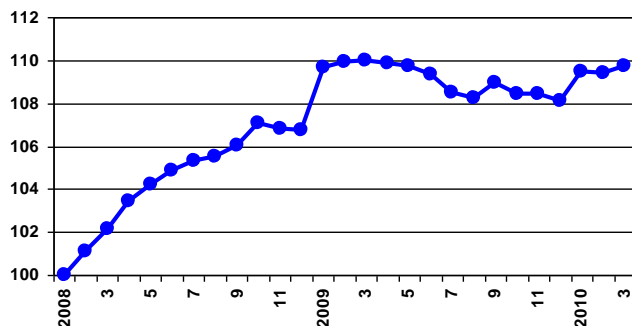
2004 metais dėl naftos kainų augimo (iš dalies dėl didėjančios naftos paklausos Rytų (Azijos) valstybėse ir neaiškumų dėl naftos pasiūlos Arabų šalyse), Lietuvoje vėl užfiksuota infliacija. Infliacija stiprėjo ir dėl sparčiau nei BVP didėjančių užsienio piniginių investicijų.

Lietuvoje infliacija tęsėsi iki 2008 metų pabaigos. Lietuvos banko teigimu, 2008 metų viduryje buvusios istoriškai aukščiausios žaliavų kainos tapo vienu iš svarbiausių veiksnių 2008 metais lėmusių infliacijos pokyčius pasaulyje. Pirmąjį tų metų pusmetį brangstant maistui, naftai ir kitoms žaliavoms, infliacija didėjo ir išsivysčiusiose, ir kylančios ekonomikos valstybėse. Tačiau antrojoje metų pusėje,

sulėtėjus pasaulio ekonomikos aktyvumui ir kritus žaliavų kainoms, daugelyje šalių infliacija mažėjo.



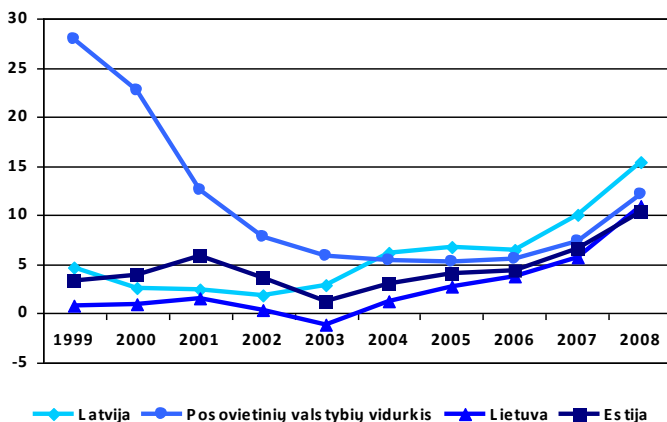
37 paveikslas. Metinė kainų (VKI) dinamika palyginus su ankstesniais metais  
Šaltinis: Statistikos departamentas



38 paveikslas. Kainų kaita Lietuvoje (nuo 2008 m. birželio iki 2010 m. kovo) (100 = 2005 metų kainos)

Šaltinis: Statistikos departamentas

Iki 2004 metų Baltijos valstybės infliacijos lygiu gerokai skyrėsi nuo kitų toliau į Rytus esančių valstybių. Dauguma tų šalių nesugebėjo įvesti tinkamos antiinfliacinės politikos. Baltijos šalyse infliaciją didino staigus naftos ir maisto produktų kainų augimas 2004 metais, todėl šių ir kitų buvusių tarybinių šalių infliacijos kreivės vis labiau panašėjo.



### 39 paveikslas. Vidutinių Baltijos ir kitų posovietinių valstybių infliacijų palyginimas (procentais)

Šaltinis: EBRD

Kainų dinamiką veikia ne tik konkrečios šalies politika, bet ir tarptautinės situacijos pasikeitimai. Nagrinėdami BVP dinamiką nustatėm aiškius ekonomikų konvergencijos elementus. Kainų lygmeniu konvergencija (ekonomikų suartėjimas) turi reikštis kainų lygio artėjimu. Atsižvelgiant į tai, kad 2000 metais Lietuvoje ir kitose posovietinėse valstybėse kainų lygis buvo du arba daugiau kartų mažesnis nei ES senbuvėse, tikėtina, kad kainų lygio artėjimas reikš, kad palyginti neseniai rinkos ekonomiką sukūrusiose šalyse kainos augs greičiau nei jos auga Vakarų Europoje arba JAV ir tas augimas bus nulemtas objektyvių sąlygų.

#### Pinigų kiekis ir kainų dinamika

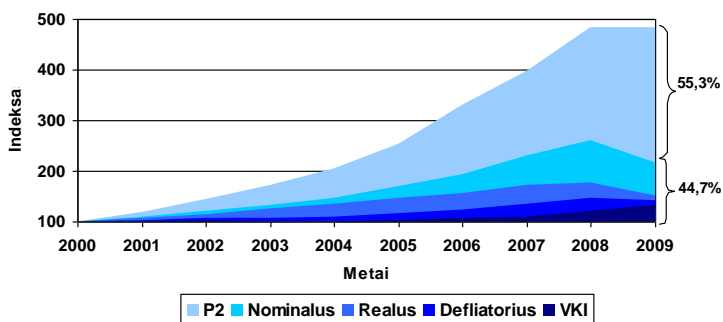
Lietuvoje 1994–1999 metais santykis tarp pinigų masės (P2) ir vartotojų kainų indekso (VKI) buvo daugmaž lygus vienam. 2000–2007 metais šio dėsningumo, kuris atitinka ekonomikos teorijoje populiarią kiekybinę pinigų teoriją, veikimas nebuvo labai akivaizdus. Šiuo laikotarpiu staigiai didėjo pinigų kiekis, didelė jų dalis atkeliavo iš užsienio ir Lietuvoje susidarė situacija, kai pinigų kiekis išaugo 4,16 karto, o vartotojų kainų indeksas – tik 1,30 karto.

40 paveiksle pateikti pinigų kiekio ir kainų dinamikos rodikliai matuoti kaip BVP defliatorius ir vartotojų kainų indeksas (VKI), tarsi prieštarauja kiekybinei pinigų teorijai. Nuo 2000 iki 2007 metų pinigų masė išaugo apie penkis kartus, BVP – beveik du kartus, o kainos pagal VKI padidėjo mažiau nei 30 procentų. Neatitiktumas tarp Lietuvos statistikos rodiklių ir ekonomikos teorijos, teigiančios, kad BVP augimą viršijantis pinigų kiekio augimas generuoja infliaciją, galėjo atsirasti dėl kelių priežasčių:

- a. Lietuva yra atvira ekonomika. Atvira ekonomika vartoja šalyje ir kitose valstybėse pagamintas prekes ir paslaugas. Jei padidėjęs pinigų kiekis būtų

naudojamas tik vidaus apyvartai aptarnauti, kainos augtų sparčiai, bet jei padidėjusi paklausa yra tenkinama importuojamomis gerybėmis, kainų augimas gali būti minimalus. Kainų augimas šalyje turi atitikti pasaulines kainų tendencijas tiek, kiek šalies viduje naudojami pasaulinėje rinkoje cirkuliuojantys produktai. Auganti pinigų masė kūrė prielaidas šalies gamintojams kelti savo produktų kainas, bet tarptautinė prekyba (galimybė vartotojams pirkti importines prekes, jei produktų, pagamintų šalyje kainos auga) šios prielaidos realizavimą riboja. Užsienio bankų teikiamos pigios paskolos mažai paveikė Lietuvos pramoninių prekių kainas, bet jos paskatino importą.

- b. VKI tiesiogiai neatspindi nekilnojamo turto kainų. Ne visos prekės ir paslaugos yra laisvai nuperkamos užsienyje. Viena reikšmingiausių nacionalinių pagrindą turinčių gėrybių yra nekilnojamas turtas. Pinigų kiekio augimas sudarė galimybes smarkiai didinti namų ir butų kainas (žr. 39 paveikslą). 2004–2007 metais Lietuvoje būstas brango net sparčiau nei didėjo pinigų masė, bet šis brangimas tiesiogiai neatspindi VKI. Nekilnojamo turto kainų dinamika turėtų atspindėti BVP defliatoriuje, bet, tikėtina, kad statistika tiksliai šio atspindėjimo neatliko.
- c. Tam tikra pinigų masės padidėjimo dalis buvo tik nominali. Pinigų kiekio augimas 2004–2007 metais iš dalies yra paaiškinamas pinigų pervedimu iš šešėlinės į oficialiąją ekonomiką. Pinigų legalizacija ar, priešingai, slėpimas žymaus poveikio kainų dinamikai neturi.



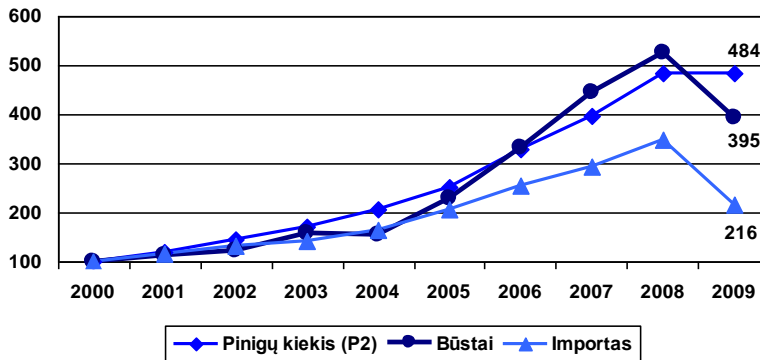
40 paveikslas. BVP defliatoriaus, VKI ir pinigų kiekio santykis (2000 metai = 100)

Šaltiniai: Lietuvos Bankas, Statistikos departamentas.

2004–2007 metais Lietuvos prekių rinka tarytum suskilo į dvi:

- 1) beveik išimtinai Lietuvoje gaminamų prekių ir paslaugų rinką (šiai rinkai buvo būdingas spartus kainų augimas),
- 2) rinką, kur prekių gamybą iš esmės valdo tarptautinio darbo pasidalijimo dėsningumai (šios rinkos produkcijos kainos kito daugmaž ES tempais).

Dviejų rinkų samprata, tikėtina, bus reikšminga ir nagrinėjant kainų dinamiką ekonomikos krizės metu. Dėl ekonomikos nuosmukio nekilnojamo turto ir vietinių prekių bei paslaugų kainos turėtų kristi sparčiau nei konkurencingų prekių kainos.



**41 paveikslas. Importo, pinigų masės ir būstų kainų augimas 2000–2008 metais (Indeksas, 2000m. = 100)**

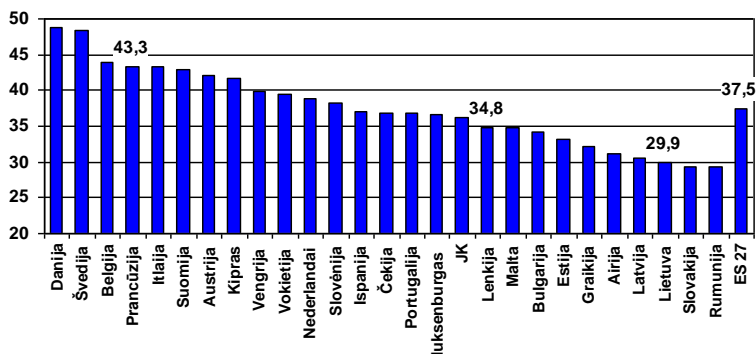
Šaltiniai: Lietuvos bankas, Statistikos departamentas, Registrų centras

41 paveikslas rodo, kad yra tikėtina hipotezė, jog 2000–2007 metais vykęs spartus pinigų masės augimas VKI mažai paveikė dėl importo sukurtos amortizacijos ir dėl to, kad VKI tiesiogiai neatspindi nekilnojamojo turto kainų dinamikos. Atlikta analizė rodo, kad statistikos naudoti kainų indeksai nepilnai atspindėjo infliacinius 2000–2007 metų reiškinius, o BVP defliatorius buvo nepagrįstai sumažintas. Ko gero, reikalingos defliatoriaus korekcijos. Tai, galbūt, sumažintų 2000–2007 metų BVP augimą ir jo smukimą 2009 metais.

Pinigų masės, VKI, nekilnojamojo turto kainų ir importo sąveika turi prognostinę vertę:

- 2008 metais prasidėjo pinigų kiekio stabilizacija, o 2009 metais šio kiekio smukimas. Tikėtina, kad tai mažėjimo linkme labiausiai turėjo paveikti ir dar tebeveikia nekilnojamojo turto kainas bei importo apimtį.
- Tos prekių ir paslaugų kainos, kurios tarptautinės konkurencijos yra veikiamos nežymiai, taip pat gerokai mažės.
- Tarptautinės konkurencijos lemiamoms pramoninių prekių kainoms pinigų masės mažėjimo poveikis, tikėtina, nebus labai reikšmingas.

## Valstybės finansai



42 paveikslas. Bendras 2007 metais surinktų mokesčių kiekis nuo BVP (procentais)  
Šaltinis: Eurostat

2007 metais Lietuvoje surenkamų mokesčių kiekis buvo vienas žemiausių Europoje ir gerokai skyrėsi nuo Europos vidurkio (Lietuvoje – 29,9%, EU – 37,5%). Šis faktas ne tik įdomus pats savaime, bet ir iš dalies paaiškina faktą, kodėl Lietuva ir kitos Baltijos valstybės sparčiai augo 2001–2007 metais, bet labai stipriai nukentėjo 2008–2009 metų recesijos metu.

Vidutinės trukmės laikotarpiu norint stimuluoti verslą dažnai pasiteisina žemi mokesčiai. Tačiau santykinai silpni valstybės finansai riboja šalies galimybes tais laikotarpiais, kai privataus verslo motyvaciniai mechanizmai sutrinka. Pasaulinės ekonomikos krizės akivaizdoje Lietuva beveik neturėjo galimybių stimuluoti verslą tradiciniais mokesčių mažinimo svertais.

Siekiui mažinti valstybės įtaką ekonominiame gyvenime ir ją keisti privačia iniciatyva maži mokesčiai buvo palankūs. Bet pastarasis dešimtmetis neatsakė į klausimą, ar tikrai bet koks valstybės vaidmens mažinimas yra efektyvus socialinio ir net ekonominio efektyvumo aspektais:

- Stambių įmonių privatizavimas. Iki 2000 metų jau buvo pasibaigusi daugumos komercinio sektoriaus įmonių privatizacija. 1999–2008 metais į pabaigą ėjo teigiamų rezultatų davusi bankinio sektoriaus privatizacija, bet Mažeikių naftos privatizavimas tebėra vienas iš diskutuotinų klausimų. Privatizavimo proceso kritikai teigia, kad turto pardavimo fakto kitos šalies valstybinei įmonei negalima laikyti privatizavimu. Vakarų skirstomųjų tinklų privatizavimą ir po to įvykusį šio turto sugražinimą valstybei taip pat sudėtinga įvardinti kaip šalies ūkio politikos sėkmę.
- Socialinio draudimo fondų išvalstybinimas. Nuo 2004 metų vyksta pensijų draudimo reforma, dalį socialinio draudimo lėšų nukreipiant privatiems kaupiamiesiems fondams. Kaupiamųjų fondų sistema privačiam sektoriui

sudarė prielaidas akumuliuoti kelis milijardus litų ir užtikrino keliems šimtams šių fondų darbuotojų ir steigėjų santykinai aukštas pajamas. Bet šie fondai per pirmuosius penkerius savo gyvavimo metus dar neįrodė nei Lietuvai naujos draudimo formos tvarumo, nei jos efektyvumo.

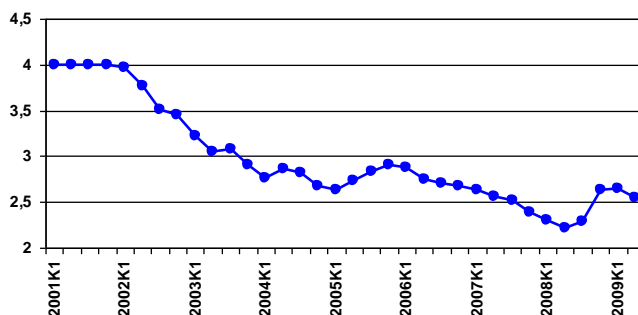
- Vartotojų dalinių mokėjimų už sveikatos, švietimo, viešojo transporto paslaugas didinimas. 1999–2008 metai buvo daugiau teorinių diskusijų dėl dalinių mokėjimų, o ne praktinių sprendimų metai. Didžiausi pokyčiai įvyko tiesiogiai ant vartotojų pečių perkeltiant viešojo transporto sąnaudas. Šis pokytis gerokai padidino bilietų už važiavimą miesto transportu kainas, bet nėra akivaizdu, ar jis padidino viso transporto efektyvumą. Dalis žmonių apsisprendė važiuoti individualiu, o ne visuomeniniu transportu, todėl keliuose padaugėjo kamščių, padidėjo oro užterštumas ir valstybės investicijos į transporto arterijų plėtrą. Kokį efektą davė 2009 metais pradėjęs veikti 16 procentinių punktų padidintas PVM tarifas vaistams, bus aprašoma atskirai.
- Valstybės atsiskyrimas nuo anticiklinės monetarinės ir fiskalinės politikos. Realiai Lietuvos valstybė anticiklinės monetarinės politikos atsisakė jau devintajame praeito amžiaus dešimtmetyje kartu su valiutų valdybos įvedimu. Taip pat Lietuvoje beveik nebuvo mokesčių bei biudžeto deficito ir perviršio derinimo politikos, kuri skatintų ekonomiką jos lėtėjimo laikotarpiu, o augimo laikotarpiu – ribotų. 2009 metų ekonomikos nuosmukis ir valstybės finansinių rezervų, iš kurių būtų galima stimuliuoti smunkantį ekonomikos aktyvumą, ribotumas parodė, kad daugelį metų vykęs valstybės nusišalinimas nuo ekonomikos ciklų valdymo, tikriausiai, nebuvo pats racionaliausias valstybinio valdymo sprendimas.
- Natūraliųjų monopolijų privatizavimas. 2009 metais sustiprėjo diskusijos dėl natūraliųjų monopolijų (savivaldybių komunalinės įmonės, oro uostai) privatizavimo. Šio privatizavimo šalininkai nurodo, kad privatizavimas leistų sušvelninti kelerių pastarųjų metų biudžeto deficitą; bet jie nesugeba atsakyti, ar natūraliųjų monopolijų privatizavimas būtų efektyvus vidutinės trukmės ir ilguoju laikotarpiu.

### **Valiutų kursai**

Lietuvos nacionalinė valiuta – litas – jau daugiau negu penkiolika metų yra susieta su užsienio valiutomis: su JAV doleriu, o nuo 2002 metų – su euru. Ši strategija lėmė didesnę investuotojų pasitikėjimą litu ir Lietuvos ekonomika 2000–2007 metais, tačiau nesuteikė lankstumo, kuriuo galėjo naudotis kitos, neprisirišusios prie euro, šalys.



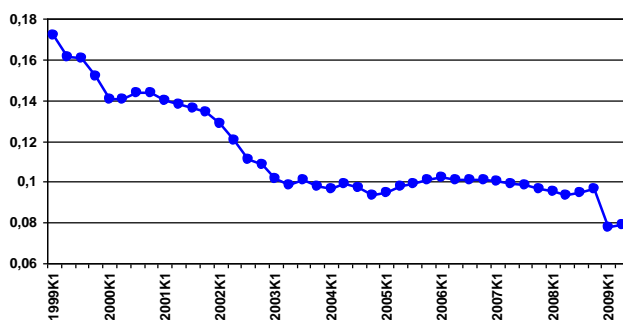
## Lito ir JAV dolerio santykis



## 43 paveikslas. Vieno JAV dolerio vertė litais (ketvirtiniai valiutų kursai)

Šaltinis: Lietuvos Bankas

Susiejus litą su euro, doleriais išreikštas lito kursas kito taip pat kaip ir euro.



## 44 paveikslas. Vieno Rusijos rublio vertė litais (ketvirtiniai valiutų kursai)

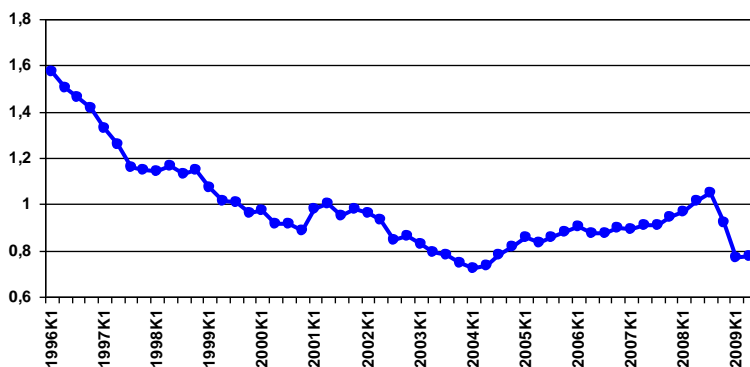
Šaltinis: Lietuvos Bankas

44 paveiksle matyti, kad 1999–2002 metais ir 2008 metų pabaigoje rublis sparčiai pigo lito atžvilgiu.

Sudėtingiau vystėsi lito ir Lenkijos zloto santykiai. Skirtingais laikotarpiais lito kursas zloto atžvilgiu kito nevienodai. Nuo 1996 iki 2003 metų litas zloto atžvilgiu brango. Pagrindinė šių pokyčių priežastis – Lenkijoje infliacijos tempai buvo spartesni. 2004–2008 metais zlotas lito atžvilgiu pradėjo brangti. Tikėtina, kad iš dalies zlotas stiprėjo dėl to, kad nagrinėjamu laikotarpiu pasaulinės finansų institucijos Lenkijos ekonomiką vertino skeptiškai ir mažai skolino. Maži skolinimosi iš užsienio mastai lėmė santykinai neaukštą pinigų masės didėjimą ir infliaciją Lenkijoje. 2008 metų pabaigoje zloto kursas euro ir, atitinkamai, lito atžvilgiu gerokai smuko.

Tikėtina, kad jei Lietuvos valiuta nebūtų susieta su euru, ji svyruotų panašiai kaip zlotas. Tokio svyravimo pasekmės skolinimosi kaštams, BVP dinamikai ir infliacijai šalis viduje, tikėtina, būtų tokios:

- Lietuvai išgyvenant ekonominius sunkumus (kaip buvo 1999–2001 metais po vadinamosios Rusijos krizės ir 2008–2009 metais) litas pagrindinių valiutų atžvilgiu pigtų, o tai didintų infliaciją. Kita vertus, lito pigimas skatintų eksportą ir, atitinkamai, nacionalinę gamybą.
- Spartaus Lietuvos ekonomikos augimo laikotarpiu (kaip buvo 2003–2007 metais) litas pagrindinių valiutų atžvilgiu brangtų, o tai mažintų infliaciją. Kita vertus, lito brangimas ribotų eksportą ir, atitinkamai, nacionalinę gamybą.
- Valiutos nesusiejimas su euru, dažniausiai, didina skolinimosi kaštus.



#### 45 paveikslas. Vieno Lenkijos zloto vertė litais (ketvirtiniai valiutų kursai)

Šaltinis: Lietuvos Bankas

Atlikta analizė apie galimybes, kurių Lietuva neteko susiedama litą su euru, leidžia teigti, kad lito ir euro susiejimas nebuvo klaida. Ši analizė parodo, į ką valstybei reikėtų atkreipti dėmesį, kad būtų sušvelnintos neigiamos su valiutų pririšimu susijusios pasekmės. Tikėtina, kad Lietuvos atveju neigiamos lito susiejimo su euru pasekmės buvo: per daug aukšta infliacija 2006–2007 metais ir ne visuomet ilgalaikiais skaičiavimais pagrįstas skolinimasis iš užsienio bankų 2005–2007 metais.

## Išvados

- 1999–2009 metai buvo dinamiškos Lietuvos ūkio raidos laikotarpis. Šiuo laikotarpiu šalis galutinai atsikratė agrarinės ekonomikos įvaizdžio, atsivėrė ir Vakarų, ir Rytų Europos rinkoms.
- Lietuvoje gamybos produktyvumas (matuojamas darbo našumu ir vienam gyventojui tenkančia BVP dalimi) iki 2009 metų augo sparčiau nei daugelyje Europos Sąjungos valstybių. Santykinai spartus Lietuvos gamybos produktyvumo augimas užtikrino skirtumų mažėjimą tarp Lietuvos ir Europos Sąjungos senbuvių.
- Nagrinėjamu laikotarpiu konvergavo ne tik Lietuvos, bet ir daugelio kitų naujųjų ES šalių bei buvusiųjų TSRS Respublikų ekonomikos. Bendroji Lietuvos ūkio raidos dinamika buvo artima kitų Baltijos valstybių, Baltarusijos ir Rusijos raidai.
- Spartus ekonomikos augimas atskleidė periodo pradžioje neišnaudotą potencialą. Kita vertus, jau 2005–2007 metais pasimatė ūkio disproporcijų ir perkaitimo ženklai (spartėjanti infliacija, augantis einamosios sąskaitos deficitas, didėjantis išiskolinimas užsieniui).
- Vidinius ūkio prieštaravimus sustiprino 2007 metų pabaigoje prasidėjusi pasaulinė ekonomikos krizė. Baltijos valstybės ryškėjančio ekonomikos perkaitimo akivaizdoje beveik netaikė anticiklinio reguliavimo priemonių (pvz.: 2004–2007 metais mažai nuveikta ribojant rizikingai didėjančią, daugiausiai dėl privataus skolinimosi iš užsienio, pinigų masę). Be to, tikėtina, kad 2008–2009 metais regioną paveikus pasaulinei ekonomikos krizei, jų naudojamos ekonomikos politikos priemonės buvo neadekvačios.
- Oficialiosios statistikos fiksuojamas rekordiškai spartus (ES kontekste) Baltijos valstybių ūkių augimas 2001–2007 metais ir rekordiškai didelis Latvijos ir Estijos ekonomikų smukimas 2008–2009 metais, o Lietuvos ekonomikos smukimas 2009 metais atskleidžia ne tik realių ūkinių procesų prieštarumą, bet ir oficialiosios statistikos taikomų metodikų ribotumą. Tikėtina, kad statistikos fiksuojama teigiama ekonomikos dinamika augimo fazėje buvo pervertinta. Tikėtina, kad oficialiuose statistikos leidiniuose pervertintas ir 2008–2009 metais vykęs nuosmukis.

2009 metų pabaigoje prasidėjęs pasaulinis ekonomikos atsigavimas Lietuvą pasiekė 2010 metų pradžioje. Tikėtina, kad 2010–2011 metais augant eksportui ir stabilizuojantis investicijų apimčiai Lietuvos ekonomika augs maždaug po 2,5 procentus, o 2012–2013 metais augimas spartės. Susiklosčius palankioms aplinkybėms Lietuvos BVP 2010–2011 metais augs maždaug po 4 procentus kasmet. Jei ši hipotezė pasitvirtins, artimiausiais metais atsinaujins krizės sustabdyti Baltijos valstybių ir ES senbuvių konvergencijos procesai.

## Lietuvos gyventojų sveikatos raida

*Ramunė Kalėdienė*

Sveikatos politikai, sveikatos priežiūros darbuotojai, taip pat ir nemaža Lietuvos gyventojų dalis vis labiau domisi sveikatos raida bei jos situacija kitų šalių kontekste. Ar mums sekasi geriau, negu kaimynams? Ko galėtume iš jų pasimokyti? Kur mūsų sveikatos sistemos stiprybės ir silpnybės? Lietuva, kaip ir kitos pokomunistinės valstybės, paskutinįjį XX amžiaus dešimtmetį susidūrė su didžiulėmis gyventojų sveikatos problemomis. 1991–1994 metais dramatiškai didėjo mirtingumo rodikliai, trumpėjo vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT), plito savižudybių, narkomanijos, alkoholizmo epidemija. Antrojoje dešimtmečio pusėje ekonominė ir socialinė šalies raida kiek stabilizavosi. Sveikatos raida yra glaudžiai susijusi su visuomenės socialiniais, ekonominiais, demografiniais pokyčiais, taigi optimistiškai nuteikė nuo 1995 metų pradėję gerėti kai kurie gyventojų sveikatos rodikliai. Ižengus į XXI amžių, vėl pastebėtos kai kurios negatyvios sveikatos pokyčių tendencijos, kurios atspindi sudėtingą kompleksinį globalizacijos proceso poveikį sveikatai. Pastaraisiais metais kai kurie demografiniai bei sveikatos rodikliai pradėjo gerėti, tačiau esant sudėtingai ekonominei situacijai sunku prognozuoti tolimesnę gyventojų sveikatos raidą.

### Demografinė raida

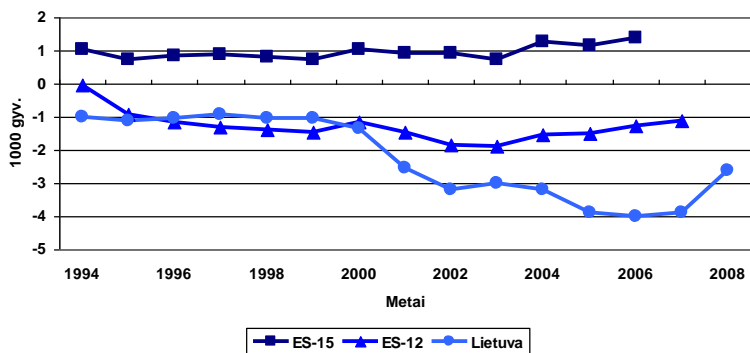
Per pastarąjį dešimtmetį, vykstant intensyviems socialiniams–ekonominiams pokyčiams, transformavosi demografiniai procesai, pakito gyventojų sveikatos problemos. Nuo 1992 metų mažėjo Lietuvos gyventojų skaičius. 2008 metų pradžioje Lietuvoje gyveno 3358,1 tūkstančio žmonių. Praėjusiais dešimtmečiais gyventojų skaičiaus mažėjimą lėmė emigracija, kurios kryptys ir tipai palaiapsniui kito nuo legalaus išvykimo nuolatos gyventi į kitą šalį (slavų tautybės gyventojų į buvusią Sovietų Sąjungos teritoriją, žydų tautybės – į Vakarų), į nelegalų trumpalaikį išvykimą į Vakarų šalis, vėliau – ilgalaikį išvykimą dirbti. Lietuvos emigrantai yra vieni jauniausių Europos Sąjungoje (ES). Nuo 1994 metų didelę reikšmę gyventojų skaičiaus mažėjimui turi neigiamas natūralus prieaugis, kuris 2006 metais pasiekė  $-4/1000$  gyventojų. Pastaraisiais metais pastebėti teigiami pokyčiai – 2008 metais natūralus prieaugis buvo  $-2,6/1000$  gyventojų, tačiau šis rodiklis Lietuvoje vis dar yra daug mažesnis už kitų Vidurio bei Centro Europos šalių vidurkį (1 paveikslas)<sup>2,3,4</sup>.

---

<sup>2</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk>

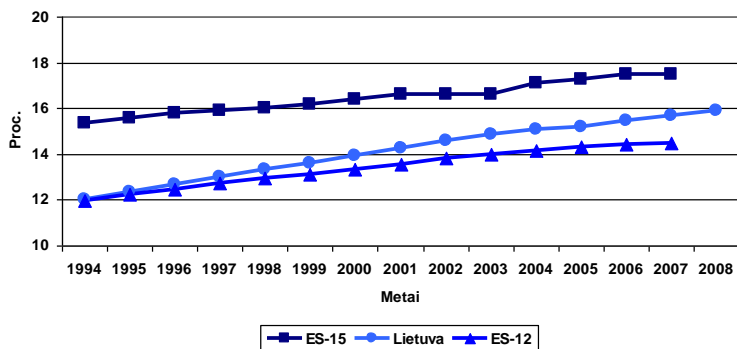
<sup>3</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

<sup>4</sup> Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.



**1 paveikslas. Natūralus gyventojų prieaugis 1994–2008 metais Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse**

Natūralaus prieaugio kaitą lemia daugelis demografinių, socialinių, kultūrinių ir ekonominių veiksnių. Lietuvos gyventojai senėja. 2008 metais Lietuvoje senėjimo rodiklis, parodantis, kiek procentų bendroje populiacijoje yra 65 metų ir vyresnių gyventojų, buvo 15,9%. Lietuvoje šis rodiklis yra didesnis už daugumos Vidurio ir Rytų Europos šalių rodiklius, tačiau „senbuvių“ ES šalių gyventojų senėjimo rodikliai yra žymiai didesni ir viršija 17% (2 paveikslas)<sup>5</sup>.



**2 paveikslas. Demografinis gyventojų senėjimas 1994–2008 metais Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse (65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų dalis populiacijoje)**

Sparčiausiai vyresnio amžiaus žmonių skaičius Lietuvoje augo pastarąjį dešimtmetį ir šiuo metu kas penktas gyventojas yra vyresnis nei 60 metų.

<sup>5</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk>

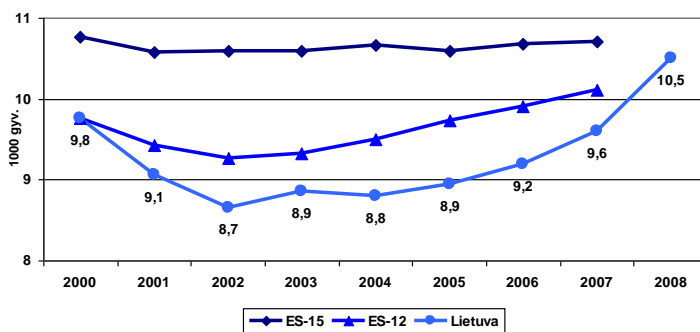
Numatoma, kad panašios amžiaus struktūros kaitos tendencijos išliks ir ateinančiais dešimtmečiais (1 lentelė)<sup>6,7</sup>.

**1 lentelė. Lietuvos gyventojų pasiskirstymas pagal amžių 2001–2020 metais (procentais)**

Amžius	2001	2003	2010	2020
0–14	19,7	18,3	15,12	16,9
15–59	61,0	61,7	63,8	59,7
60+	19,3	20,0	21,1	23,4
65+	13,6	14,7	16,1	17,0
80+	2,4	2,5	3,8	4,6

Skiriasi miesto ir kaimo gyventojų senėjimo lygmenys ir tempai. Šiuo metu Lietuvos kaimo gyventojų senėjimo rodiklis panašus į seniausių Europos šalių demografinės senatvės lygį, tačiau pastaraisiais metais intensyviau senėjant miestų gyventojams, per artimiausius dešimtmečius Lietuvos miesto ir kaimo gyventojų senatvės lygio skirtumai tikriausiai sumažės.

Demografinis gyventojų senėjimas glaudžiai susijęs su gimstamumo mažėjimu. Pastaraisiais dešimtmečiais gimstamumo rodiklis mažėjo (2002 metais buvo 8,6/1000 gyventojų), tačiau vėliau pradėjo nežymiai didėti ir 2008 metais pasiekė 10,5/1000 gyventojų. Šis rodiklis vis dar yra mažesnis už ES “senbuvų” ekonomiškai stiprių šalių vidurkį (3 paveikslas)<sup>8,9</sup>.



**3 paveikslas. Gimstamumas Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse 2000–2008 metais**

<sup>6</sup> Lietuva stojant į Europos Sąjungą: ekonominė, sociologinė ir demografinė padėties analizė. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas, 2004.

<sup>7</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

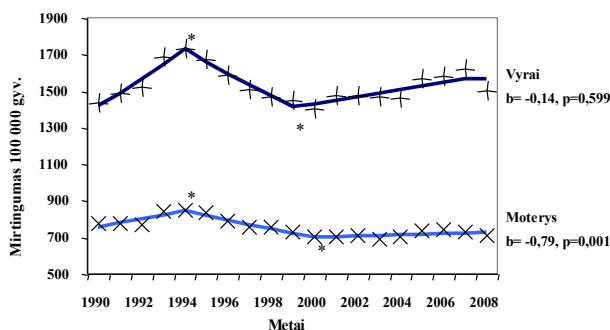
<sup>8</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk>

<sup>9</sup> Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.

Tikėtina, kad gimstamumo mažėjimui didžiausios įtakos turėjo ekonominis nestabilumas, nedarbo augimas, gyvenimo lygio smukimas. Tačiau tai ne vieninteliai veiksniai, lėmę vieną mažiausių gimstamumo rodiklių tarp naujųjų ES šalių ir tarp “senbuvių”. Lietuvoje akivaizdžiai kinta vedybinė elgsena – santuokų skaičius sumažėjo nuo 22 tūkstančių santuokų 1995 metais iki 17 tūkstančių – 2003 metais. Sparčiai didėja neregistruotų santuokų skaičius. Dažniau tuokiasi vyresnio amžiaus žmonės – per dešimtmetį pirmą kartą besituokiančių žmonių amžius padidėjo beveik trimis metais<sup>10</sup>. Natūralu, kad ir pirmieji vaikai gimsta vėliau. Nors pastaraisiais metais gimstamumas Lietuvoje pradėjo didėti, ekonominė šalies situacija, šeimos transformacija ir postmodernios visuomenės kūrimasis neleidžia artimoje ateityje tikėtis stabilios situacijos gerėjimo.

## Mirtingumas ir vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

Per pastaruosius dešimtmečius įvykę Lietuvos gyventojų mirtingumo pokyčiai buvo susiję su šalies politine, ekonomine ir socialine raida. 1994 metais mirtingumo rodikliai pasiekė aukščiausią lygį, vėliau pradėjo mažėti, tačiau nuo 2001 metų mirtingumas vėl didėjo ir 2007 metais pasiekė aukščiausią lygį nuo 1950 metų – 1000 gyventojų teko 13,5 mirusiojo. Tik 2008 metais registruota mirtingumo stabilizacija – mirė 43,8 tūkst. žmonių, tai yra 1,8 tūkst. mažiau negu 2007 metais, o 2008 metais mirtingumo rodiklis sumažėjo iki 13,1/1000 gyventojų.



\* – statistiškai reikšmingi mirtingumo kreivių lūžio taškai ( $p < 0,05$ )

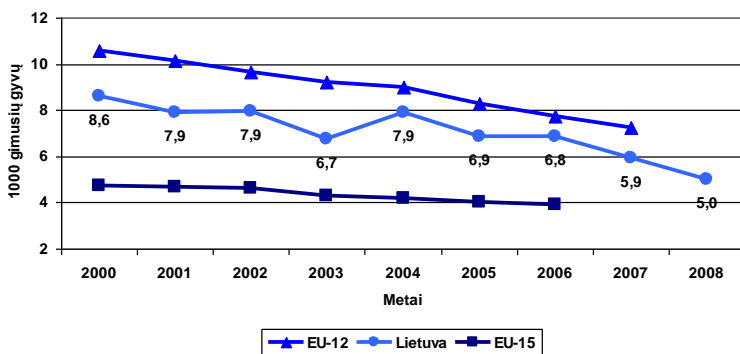
### 4 paveikslas. 1990–2008 metų Lietuvos vyrų ir moterų bendrojo mirtingumo pokyčiai

Bendrojo mirtingumo analizė taikant jungiamųjų taškų metodą rodo, kad 1990–2008 metais vyrų ir moterų mirtingumo kreivėms būdingi du lūžio taškai: pirmasis 1994 metais – bendras vyrams ir moterims ir antrasis – vyrams 1999 metais, moterims 2000 metais. Šie 1990–2008 metų laikotarpio lūžio taškai mirtingumo kreivę padalijo į tris periodus: didėjančio (1990–1994 m.), mažėjančio (vyrų 1995–

<sup>10</sup> Lietuva stojant į Europos Sąjungą: ekonominė, sociologinė ir demografinė padėties analizė. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas, 2004.

1999 m.; moterų 1995–2000 m.) ir vėl didėjančio mirtingumo. Bendrojo vyrų mirtingumo rodikliai sumažėjo tik 2008 metais, o moterų – 2007 metais. Bendras linijinis vyrų mirtingumo pokytis 1990–2008 metais buvo statistiškai nereikšmingas, o moterų mirtingumas tuo laiku mažėjo vidutiniškai po 0,8% per metus.

Gerai socialinę–ekonominę šalies situaciją ir sveikatos priežiūros kokybę atspindi kūdikių mirtingumas, Lietuvoje šis rodiklis su nedideliais svyravimais mažėjo nuo 1992 metų ir 2008 metais buvo 5,0/1000 gimusiųjų gyvų. Kūdikių mirtingumas atspindi ilgalaikės nėštumo, perinatalinių ir neonatalinių problemų pasekmes ir naujagimių, ypač didelės rizikos naujagimių, sveikatos priežiūros kokybės rezultatus. Galime pagrįstai didžiuotis, kad per pastaruosius aštuonerius metus kūdikių mirtingumo rodiklis žymiai sumažėjo. Tačiau vis tik šis rodiklis išliko šiek tiek didesnis už Europos Sąjungos valstybių narių vidurkį – 4,6/1000 gimusių gyvų (5 paveikslas). Europos šalyse kūdikių mirtingumo skirtumai mažėja. 2006 metais aukščiausias rodiklis buvo Bulgarijoje (13,9), o žemiausias Liuksemburge (2,5)<sup>11,12,13</sup>.



### 5 paveikslas. Kūdikių mirtingumas Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse 2000–2008 metais

Per pastaruosius dešimtmečius perinatalinis mirtingumas taip pat mažėjo, tačiau ne taip ryškiai, kaip kūdikių mirtingumas. 2008 metais Lietuvoje perinatalinio mirtingumo rodiklis buvo 6,6/1000 gimusiųjų. Didžiausi perinatalinio mirtingumo rodikliai tarp ES šalių registruojami Bulgarijoje (10,7) ir Rumunijoje (10,0), o žemiausi – Suomijoje (3,0), Maltoje (1,8). Taigi, Lietuvoje dar turime nemažą šio rodiklio gerinimo rezervą.

Palyginę 2000 ir 2008 metus matome, kad mažai pakito mirties priežasčių struktūra. Pagrindine mirties priežastimi išliko širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (ŠKL), kurių svoris vyrų mirčių struktūroje 2008 metais sudarė 45,4%, o moterų –

<sup>11</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk>

<sup>12</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

<sup>13</sup> Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.



63,2%. Nuo 2000 metų nežymiai padidėjo ŠKL dalis mirčių struktūroje. 19,7% visų vyrų mirčių buvo nulemtos piktybinių navikų (PN), o moterų – 18,0%. Nuo 2000 metų PN dalis mirčių struktūroje nežymiai sumažėjo. Palyginti su 2000 metais, 2008 metais mirčių struktūroje šiek tiek sumažėjo nelaimingų atsitikimų, apsinuodijimų ir traumų (NAAT) dalis – dėl NAAT mirė 16,0% vyrų ir 5,3% moterų. Nepaisant to, Lietuvos gyventojų mirčių struktūroje NAAT procentinė dalis išlieka viena didžiausių ES.

Nuo 1980 metų mirtingumas nuo ŠKL mažėjo beveik visose Europos šalyse, o Lietuvoje jis ilgą laiką didėjo ir nežymiai sumažėjo tik nuo 2007 metų. 2008 metais dėl šių ligų mirė 3,7 tūkst. žmonių, arba beveik kas trečias šio amžiaus mirusysis (2000 m. – 3,4 tūkst.). 2008 metais vyrų standartizuotas mirtingumo nuo ŠKL rodiklis 1,8 karto viršijo tokį patį moterų rodiklį. Palyginti su kitomis ES šalimis Lietuvos ir vyrų, ir moterų standartizuoti mirtingumo rodikliai gerokai didesni. 2008 metais net 61,9% mirusiųjų dėl ŠKL mirties priežastimi buvo išeminės širdies ligos, o 24,7% – cerebrovaskulinės ligos.

2000–2003 metais Lietuvoje nežymiai mažėjo mirtingumas nuo PN, o 2004 metais šiek tiek padidėjo. Pastaraisiais metais nuo PN miršta vis daugiau žmonių: 2008 metais – 8,3 tūkst., t. y. beveik penktadalis mirusiųjų (2000 m. – 7,7 tūkst.). Daugiausia vyrų mirė nuo trachėjos, bronchų ir plaučių, prostatos ir skrandžio PN. 2000–2008 metais vyrų mirtingumas nuo plaučių vėžio išliko stabilus. 2008 metais standartizuotas mirtingumo nuo plaučių vėžio rodiklis buvo 73,8/100000 gyventojų. Standartizuotas mirtingumo nuo prostatos vėžio rodiklis per pastaruosius aštuonerius metus padidėjo 1,2 karto ir buvo vienas didžiausių ES. Daugiausia moterų mirė nuo krūties, skrandžio, gaubtinės žarnos, kiaušidžių ir gimdos kaklelio PN. Lyginant 2007 metus ir 2008 metus, mirtingumas nuo šių PN padidėjo nežymiai, tačiau standartizuoti mirtingumo rodikliai buvo vieni didžiausių ES.

2005 metais Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino asmenų, priskirtinų didelės ŠKL rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą, kurios tikslas sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, nustatyti naujus latentinių aterosklerozės būklių ir cukrinio diabeto atvejus, siekiant sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą nuo ŠKL. Šis sprendimas teikia vilčių, kad situacija šioje srityje pagerės. Sveikatos apsaugos ministerija inicijavo keletą prevencinių programų ankstyvam PN išaiškinimui. 2004 metais iš privalomojo sveikatos draudimo fondo pradėta finansuoti gimdos kaklelio PN prevencinių priemonių programa, suteikianti galimybes 30–65 metų moterims profilaktiškai pasitikrinti. Tokie tikrinimai yra efektyvi ankstyvos PN diagnostikos ir veiksmingo gydymo proceso priemonė. 2005 metais pradėta finansuoti atrankinės mamografijos patikros dėl krūties vėžio programa, o 2005 metų pabaigoje patvirtinta ankstyvosios priešinės liaukos vėžio diagnostikos programa, kurios tikslas pagerinti 50–75 metų vyrų, esant rizikos veiksniams, ir jaunesnių vyrų ankstyvųjų priešinės liaukos vėžio stadijų diagnostiką, taikyti radikalius priešinės liaukos vėžio gydymo metodus ir pagerinti sergančiųjų išgyvenamumą.

Nuo 2002 metų mažėjo standartizuoti pagal amžių mirtingumo nuo NAAT rodikliai, 2005 metais jie padidėjo, o vėliau vėl mažėjo. 2008 metais standartizuotas

vyrų mirtingumo rodiklis buvo 230,7, o moterų – 53,0/100000 gyventojų. Dėl NAAT 2008 metais mirė 4,8 tūkst. žmonių: iš jų 1111 asmenų nusizudė, 600 žuvo transporto įvykių metu, 504 mirė dėl nukritimų, 462 – apsinuodiję alkoholiu, 341 sušalo, 322 paskendo, 248 buvo nužudyti. Dėl šių priežasčių mirė beveik trečdalis vyrų ir penktadalis visų mirusių moterų iki 65 metų amžiaus. Palyginti su 2007 metais, transporto įvykių metu žuvo 277 žmonėmis mažiau, sušalo 101 žmogumi mažiau, paskendo 59 – mažiau, 21 žmogumi mažiau mirė dėl apsinuodijimo alkoholiu. Tačiau siek tiek padaugėjo savižudybių (86) ir nužudymų (6). Nors Lietuvoje pastaraisiais metais standartizuotas mirtingumo rodiklis dėl NAAT mažėjo, tačiau jis išliko gerokai didesnis negu kitose ES valstybėse narėse. 2008 metais vyrų mirtingumas dėl šių priežasčių buvo net 4,4 karto didesnis negu moterų.

Savižudybės – skaudi, įgavusi neregėtą mastą, Lietuvos nelaimė. Tai išskirtinio dėmesio reikalaujanti problema, tiesiogiai susijusi su psichine sveikata ir psichologine visuomenės būkle. Ypatinę susirūpinimą kelia tai, kad savižudybę kaip problemų sprendimo būdą vis dažniau renkasi paaugliai ir jaunuoliai. Per pastarąjį dešimtmetį iki 19 metų amžiaus jaunuolių savižudybių dažnis padidėjo daugiau negu 55% ir yra trečioje vietoje tarp visų išorinių jaunų žmonių mirties priežasčių. Lietuvoje per metus nusizudo 15–25 žmonės iki 24 metų amžiaus.

Savižudybių skaičius auga intensyviau negu transporto traumų skaičius, nuo 1992 metų savižudybės sudaro didžiausią dalį NAAT struktūroje, taigi jos yra vyraujanti išorinė mirties priežastis. Didžiausias vyrų mirtingumo nuo savižudybių rodiklis Lietuvoje nustatytas 1994 metais (81,9/100 000 vyrų), o moterų – 1996 metais (17,1/100 000 moterų)<sup>14,15,16</sup>. Nors nuo 1996 metų savižudybių skaičius Lietuvoje stabilizavosi, autodestrukcinio elgesio epidemija tęsiasi. Nuo 1997 metų savižudybių rodiklis buvo pradėjęs mažėti, tačiau 2000 metais vėl padidėjo.

Nors per pastaruosius aštuonerius metus standartizuoti vyrų mirtingumo dėl savižudybių rodikliai sumažėjo nuo 83,4/100000 2000 metais iki 55,9/100000 2008 metais, o moterų atitinkamai – nuo 15,6/100000 iki 9,1/100000, tačiau savižudybių dažnis išlieka didžiausias Europoje (6 paveikslas)<sup>17,18,19</sup>.

Savižudybės labiau paplitusios Lietuvos kaimuose. Čia jos ir tarp vyrų, ir tarp moterų yra apie 1,9 karto dažnesnės negu mieste. Iš 7 paveiksle pateikiamų duomenų matyti, kad didžiausi miesto ir kaimo vyrų ir moterų savižudybių skirtumai buvo nustatyti 2003 metais, tada kaimo gyventojai žudėsi 2,1 karto dažniau negu miesto. 2008 metais vyrų savižudybės kaime buvo 1,9 karto, o moterų – 2 kartus dažnesnės negu mieste.

---

<sup>14</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J. Socio-economic transition, inequality, and mortality in Lithuania. *Economics and Human Biology* 2004; 2(1): 87–95.

<sup>15</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J. Inequalities in daily variations of deaths from suicide in Lithuania: identification of possible risk factors. *Suicide&life-threatening behavior* 2004; 34(2):138–164.

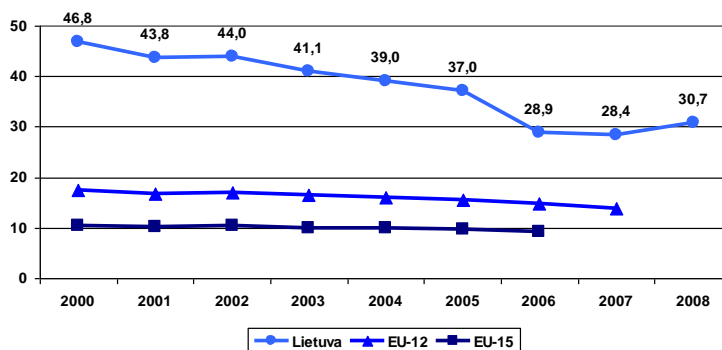
<sup>16</sup> Kalėdienė R., Starkuvienė S., Petrauskienė J. Social dimensions of mortality from external causes in Lithuania: does education and place of residence matter? *Soz Praventiv Med* 2006; 51:232–239.

<sup>17</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk>

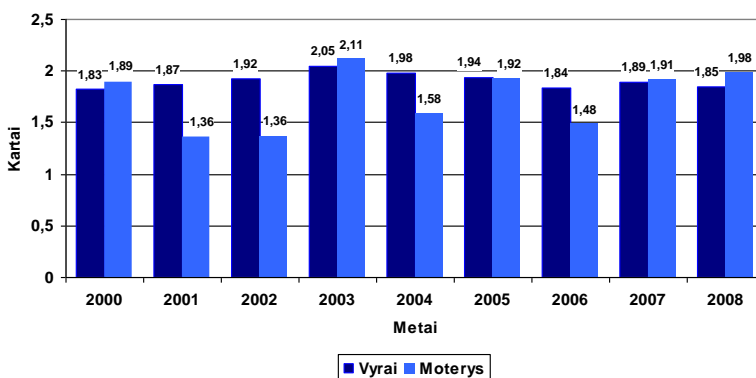
<sup>18</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

<sup>19</sup> Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



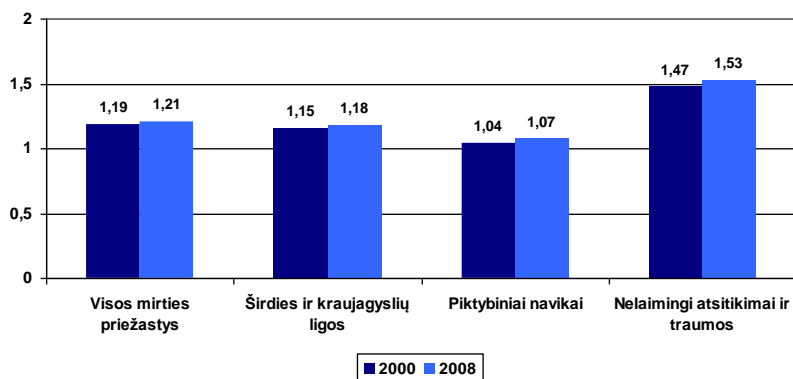
**6 paveikslas. Mirtingumas nuo savižudybių Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse 2000–2008 metais**



**7 paveikslas. Miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo nuo savižudybių palyginimas 2000–2008 metais (miesto gyventojų mirtingumas prilygintas 1)**

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų šalių, daugiau savižudybių registruojama tarp vyrų, negu tarp moterų. Nusiziudyti dažniau bando moterys, bet jų pasirenkami savižudybių būdai (vaistai, nuodingos medžiagos) leidžia jas išgelbėti dažniau negu vyrus. 2000–2008 metais Lietuvoje vyrų standartizuotas mirtingumo nuo savižudybių rodiklis buvo 5,3–6,2 karto didesnis negu moterų. Didžiausias vyrų ir moterų savižudybių rodiklio skirtumas (6–8 kartai) nustatytas tarp darbingo amžiaus žmonių. Vyrų ir moterų savižudybes lemia skirtingi veiksniai, todėl vyrų ir moterų savižudybių kontrolės būdai nėra identiški. Vyrams didesnės reikšmės turi tam tikro laikotarpio charakteristikos, pavyzdžiui: ekonominės problemos, išoriniai veiksniai – tokie kaip alkoholio vartojimas, narkomanija. Kadangi dažniausiai žudosi kaime gyvenantys jauni ir vidutinio amžiaus vyrai, didžiausias dėmesys turėtų būti

skiriamas jų socialinių, psichologinių problemų sprendimui, alkoholio vartojimo kontrolei ir profilaktikai. Pereinamuoju laikotarpiu, kuriam būdingas rinkos ekonomikos kūrimas, įtampą visuomenėje didina įprasto gyvenimo būdo pokyčiai, nedarbas, kai kurių visuomenės sluoksnių skurdas. Tačiau pastaruoju metu vyrų savižudybės dažnėjo ne tik dėl socialinio streso, bet ir dėl plintančio piktnaudžiavimo alkoholiu ir dėl su tuo susijusių alkoholinių psichozių. Moterų savižudybės dažniausiai aiškinamos endogeninėmis charakteristikomis – depresinėmis būklėmis, involiucine melancholija, vadinasi, didesnę dėmesį reikėtų skirti jų korekcijai<sup>20,21</sup>. Galima teigti, kad pereinamasis į rinkos ekonomiką laikotarpis didesnės įtakos turėjo destruktiniam vyrų, ypač gyvenančiųjų kaime vyrų, elgesiui negu moterų.



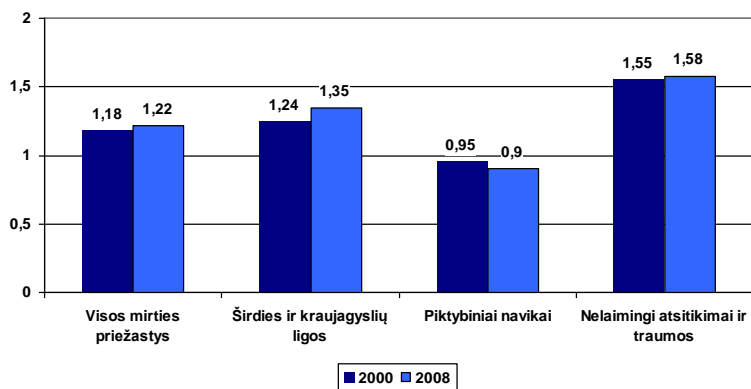
**8 paveikslas. 2000 ir 2008 metų miesto ir kaimo vyrų standartizuotų (amžiaus atžvilgiu) mirtingumo dėl dažniausių mirties priežasčių rodiklių palyginimas (miesto vyrų mirtingumas prilygintas 1)**

2000 metais mirtingumas nuo visų pagrindinių mirties priežasčių kaime buvo didesnis negu mieste, išskyrus mirtingumą nuo PN, tačiau 2008 metais ir mirtingumas nuo PN tarp kaimo vyrų tapo didesnis negu tarp miesto (8 ir 9 paveikslai). Nuo 1990 iki 1994 metų (mirtingumo didėjimo laikotarpiu) miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo skirtumai beveik nepakito, o vėliau dėl 1995 metais prasidėjusių teigiamų mirtingumo pokyčių, kurie mieste buvo labiau pastebimi, ėmė didėti. Palyginę 2000 ir 2008 metų statistiką matome, kad nežymiai padidėjo skirtumai tarp miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo nuo visų pagrindinių mirties priežasčių. Miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo netolygumai ir jų pokyčiai netiesiogiai atspindi kaimo gyventojų patiriamą didesnę ir iki šiol didėjančią socialinę

<sup>20</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J. Inequalities in daily variations of deaths from suicide in Lithuania: identification of possible risk factors. *Suicide&life-threatening behavior* 2004; 34(2):138–164.

<sup>21</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J., Starkuvienė S. Mortality from external causes in Lithuania: looking for critical points in time and place. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004; 32 (5): 374–380.

ir psichologinį stresą, susijusį su sveikatai nepalankiais ekonominiais, socialiniais ir kultūriniais veiksniais<sup>22</sup>.



**9 paveikslas. 2000 ir 2008 metų miesto ir kaimo moterų standartizuotų (amžiaus atžvilgiu) mirtingumo nuo dažniausių mirties priežasčių rodiklių palyginimas (miesto moterų mirtingumas prilygintas 1)**

Kaimo ir miesto gyventojų vidutiniai metiniai mirtingumo pokyčiai rodo, kad 2000–2008 metais bendras miesto ir kaimo vyrų, taip pat kaimo moterų mirtingumas reikšmingai didėjo (2 lentelė). Blogesnė kaimo gyventojų padėtis atspindėjo mirtingumo nuo išeminės širdies ligos ir galvos smegenų insulto pokyčiuose – kaimuose vyrų mirtingumas nuo šių priežasčių didėjo žymiai labiau negu miestuose, o moterų mirtingumo nuo išeminės širdies ligos pokyčių kryptys buvo skirtingos: kaimuose mirtingumas didėjo, o miestuose turėjo mažėjimo tendenciją. Mirtingumo nuo ŠKL pokyčių netolygumai, tikriausiai, susiję su neefektyvia šių ligų rizikos veiksnių (arterinės hipertenzijos, rūkymo, cukrinio diabeto) kontrole kaimo vietovėse. Nustatytos skirtingos moterų mirtingumo nuo tiesiosios žarnos vėžio pokyčių kryptys – kaimuose mirtingumas reikšmingai didėjo, o miestuose – mažėjo. Tuo tarpu kaimo gyventojų mirtingumo nuo kvėpavimo organų ligų pokyčiai buvo gerokai palankesni nei miesto gyventojų. Kaimo vyrų mirtingumas dėl traumų patirtų transporto įvykiuose taip pat kito palankiau negu miesto. Savižudybių pokyčiai miestuose ir kaimuose nesiskyrė – mirtingumas dėl šios priežasties reikšmingai mažėjo.

<sup>22</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J. Socio-economic transition, inequality, and mortality in Lithuania. *Economics and Human Biology* 2004; 2(1): 87–95.

**2 lentelė. Lietuvos miesto ir kaimo gyventojų vidutiniai metiniai mirtingumo pokyčiai 2000–2008 metais (procentais)**

Mirties priežastys	Miesto gyventojai		Kaimo gyventojai	
	vyrai	moterys	vyrai	moterys
<b>Visos priežastys</b>	1,3*	0,3	1,3*	1,0*
<b>Širdies ir kraujagyslių ligos</b>	1,1*	-0,2	1,5*	0,9
išeminė širdies liga	0,8	-0,1	1,4	1,5*
galvos smegenų insultas	0,7	0,2	1,9*	0,8
<b>Piktybiniai navikai</b>	0,2	-0,5	0,3	-0,5
plaučių vėžys	-1,1	0,6	-0,2	0,6
krūties vėžys	1,2	-0,9	6,9	-0,7
skrandžio vėžys	-0,8	-3,2*	-2,3	-3,1*
tiesiosios žarnos vėžys	-1,9*	-2,5	-1,8	2,3
<b>Kvėpavimo organų ligos</b>	3,8*	1,1	1,0	-1,3
<b>Nelaimingi atsitikimai ir traumos</b>	-0,8	-1,2	-0,8	0,6
savižudybės	-6,3*	-8,0*	-6,4*	-8,0*
transporto traumos	2,8	0,9	-1,4	1,4

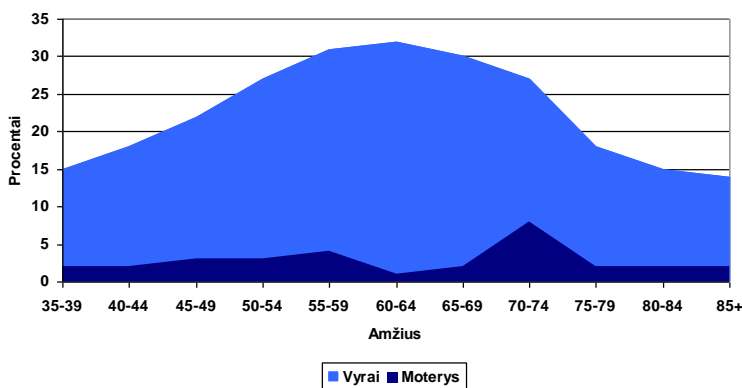
\* – pokyčiai statistiškai patikimi,  $p < 0,05$ .

Nemažai mirčių yra susijusios su alkoholio vartojimu ir rūkymu. Su alkoholio vartojimu susijusių mirčių dažnis Lietuvoje yra vienas didžiausių ES. Šis rodiklis ne visada koreliuoja su alkoholio vartojimo paplitimu. Pavyzdžiui, Nyderlanduose su alkoholiu susijęs mirtingumas yra vienas mažiausių ES, tuo tarpu alkoholio vartojimo paplitimas yra artimas ES vidurkiui<sup>23</sup>. Su alkoholio vartojimu susijęs mirtingumas labai priklauso nuo jo vartojimo įpročių. Šis rodiklis Lietuvoje pastaraisiais metais mažėja. 2000–2007 metais beveik dvigubai išaugęs mirusiųjų dėl alkoholio vartojimo (ypač dėl alkoholinės kepenų ligos ir atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu) skaičius, 2008 metais sumažėjo – dėl alkoholio vartojimo mirė 1,5 tūkst. žmonių arba 266 žmonėmis mažiau nei 2007 metais.

Su rūkymu susijusios mirtys sudaro vieną didžiausių išvengiamų mirčių grupių. Informacija apie mirtingumą dėl su rūkymu susijusių ligų padeda vertinti ir rūkymo paplitimo mastus. 10 paveiksle pateikiamas nuo rūkymo priklausančių mirčių procentas. Akivaizdu, kad ši visuomenės sveikatos problema ypatingai aktuali vyrams – 50–56 metų amžiaus vyrų grupėje apie trečdalis visų mirčių yra susijusios su šiuo žalingu įpročiu.

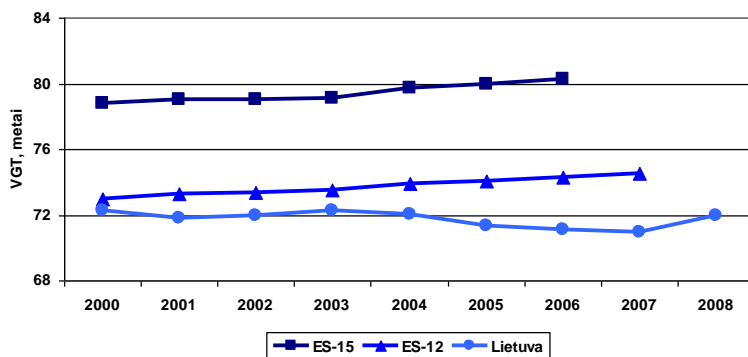
<sup>23</sup> Harbers MM, Van der Wilk EA, Kramers PGN, et al. Dare to compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators. RIVM, The Netherlands, 2008.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



### 10 paveikslas. Nuo rūkymo priklausančios mirtys pagal amžių, 2006 metai

Mirtingumą ir jo pokyčius atspindi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT) – vienas tiksliausių ir dažniausiai naudojamų gyventojų sveikatos rodiklių, kuris po dramatiško sumažėjimo 1991–1994 metais, 1995–2000 metais didėjo, 2001–2002 metais vėl šiek tiek sumažėjo, o vėliau stabilizavosi. 2008 metais vyrų VGT buvo 66,3 metų, moterų – 77,6 metų. Palyginti su 2007 metais, šis vyrų rodiklis padidėjo 1,4 metų, moterų – 0,4 metų. Tačiau Lietuvos vyrų VGT išlieka trumpiausia ES (11 paveikslas)<sup>24,25,26</sup>. Europos šalių gyventojų VGT labai skiriasi – vyrų VGT skiriasi apie 12–13 metų, o moterų – apie 7–8 metais.



### 11 paveikslas. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT) Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse 2000–2008 metais

<sup>24</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk>

<sup>25</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

<sup>26</sup> Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.

Visose Europos šalyse moterys gyvena ilgiau negu vyrai, tačiau Lietuvos vyrų ir moterų VGT skirtumas yra vienas didžiausių ES. Palyginę 2007 ir 2008 metų rodiklius matome, kad šis skirtumas vieneriais metais sumažėjo, 2008 metais jis buvo 11,4 metų. Mažiausias vyrų ir moterų VGT skirtumas buvo Švedijoje (4,1 metų), Kipre, Danijoje, Nyderlanduose (4,4 metų).

Lietuvos gyventojų išgyvenamumo analizė parodė, kad sprendžiant iš VGT vyrai labiau negu moterys reagavo į šalies socialinius ekonominius pokyčius, tai lėmė netolygų vyrų ir moterų VGT skirtumų kitimą. 1990–1994 metais socialinės ekonominės krizės periodu, vyrų VGT trumpėjo intensyviau negu moterų ir 1994 metais tapo 12,3 metų trumpesnė negu moterų. Nuo 1995 iki 2000 metų (ekonomikos stiprėjimo periodu) vyrų VGT pailgėjo labiau negu moterų, todėl vyrų ir moterų VGT skirtumas buvo sumažėjęs iki 10,7 metų. Nuo 2001 metų dėl labiau trumpėjančios vyrų VGT šis skirtumas vėl padidėjo ir 2008 metais buvo 11,4 metų. Tai netiesiogiai atspindi didėjančią socialinį ekonominį nestabilumą. Senbuovėse Europos sąjungos šalyse vyrų ir moterų VGT skirtumas dvigubai mažesnis ir nuo 1990 metų nuosekliai mažėja<sup>27</sup>. Lietuva pagal globalų lyčių nelygybės indeksą, kuris buvo nustatytas įvertinus ekonomines vyrų ir moterų galimybes, išsilavinimą, politinį įgalinimą ir sveikatos aspektus, 2007 metais tarp 128 pasaulio šalių užėmė 14-tą vietą. Tačiau mūsų tyrimuose nustatyta ilgesnė moterų „nesveiko“ gyvenimo trukmė rodo, kad didžioji moterų ilgiau už vyrus nugyventų metų dalis pasižymi bloga gyvenimo kokybe dėl prastos moterų sveikatos<sup>28</sup>. Gyventojų apklausos taip pat rodo, kad moterys fizinės ir psichologinės gyvenimo kokybės sritis vertina prasčiau negu vyrai.

VGT Lietuvos miestuose bei kaimuose kinta netolygiai. Palyginę 2000 ir 2008 metų rodiklius matome, kad miesto vyrų VGT sutrumpėjo nuo 68 iki 67,5 metų, o kaimo – nuo 64,5 iki 64 metų. Moterų VGT per tą patį laikotarpį miestuose nežymiai pailgėjo – nuo 78,3 iki 78,6 metų, o kaimuose – nuo 76 iki 76,1 metų. Taigi miesto ir kaimo vyrų VGT skirtumas nuo 2000 iki 2008 metų nepakito (buvo 3,5 metų), o moterų – nežymiai padidėjo nuo 2,2 iki 2,5 metų. Didžiausias miesto ir kaimo gyventojų VGT skirtumas nustatytas 2003 metais – vyrų 4,4 metų, o moterų – 2008 metais – 2,5 metų (12 paveikslas).

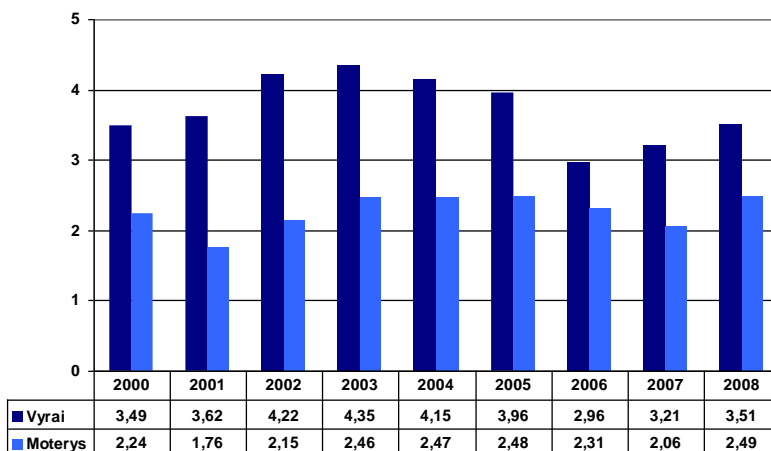
Didžiausios reikšmės miesto ir kaimo gyventojų VGT netolygumams turi 35–45 metų miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo skirtumai. Pastaraisiais metais miesto ir kaimo gyventojų VGT skirtumai didėja dėl sparčiau ilgėjančios miestiečių VGT. Jeigu išliks panašios mirtingumo kitimo tendencijos, sunku tikėtis, kad artimoje ateityje skirtumai tarp miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo ir VGT stabiliai mažėtų.

---

<sup>27</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk>

<sup>28</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J. Healthy life expectancy – an important indicator for health policy development in Lithuania. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(6):582–588.



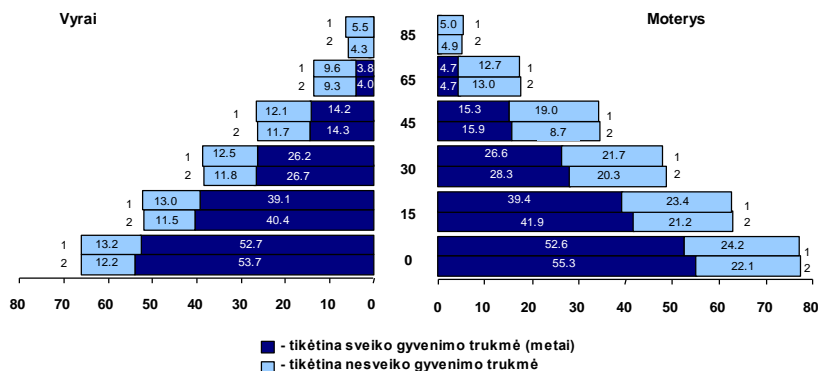


**12 paveikslas. Lietuvos miesto ir kaimo gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumai, 2000–2008 metai**

Sveikata – tai ne tik ilgas gyvenimas, bet ir gyvenimo kokybė. Senėjant gyventojams, vis didesne problema tampa lėtinės ligos, daugėja neįgalių žmonių, todėl mirtingumo ir VGT rodikliai nepilnai atspindi realią gyventojų sveikatą, ir, juo labiau, jų gyvenimo kokybę. Šalyse, kurių populiacija sena, daug jautresnis sveikatos vertinimo rodiklis yra vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė (VSGT). Tai rodiklis, integruojantis mirtingumo ir savos sveikatos vertinimo duomenis. Lietuvoje jis buvo įvertintas 1997 ir 2001 metais<sup>29</sup>. Nuo 1997 iki 2001 metų Lietuvos vyrų VGT nepakito, tuo tarpu VSGT pailgėjo nuo 52,7 iki 53,7 metų. Moterų VGT per tą patį laikotarpį pailgėjo nuo 76,8 iki 77,4, o VSGT – nuo 52,6 iki 55,3 metų (13 paveikslas). Akivaizdu, kad didžiausia tikėtina sveiko gyvenimo trukmės proporcija bendroje VGT buvo vaikystėje ir jaunystėje. Tuo tarpu, vyresniame amžiuje, ypač nuo 25–30 metų šis procentas ėmė sparčiai mažėti. Sulaukus 45–50 metų amžiaus, beveik pusė bendrosios VGT buvo lydima įvairių sveikatos problemų. Ilgėjantis gyvenimas neišvengiamai didina ir sveikatos praradimo tikimybę, taigi, didėjant metų skaičiui, VSGT trumpėjo, tačiau palyginę 2001 ir 1997 metų rodiklius, visose amžiaus grupėse pastebime teigiamus pokyčius. Moterų VGT visose amžiaus grupėse buvo ilgesnė negu vyrų, tačiau VSGT skyrėsi nežymiai. Dėl žymiai ilgesnės moterų VGT, nesveiki jų gyvenimo metai sudarė daug didesnę gyvenimo dalį negu vyrų nesveiki gyvenimo metai.

<sup>29</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J. Healthy life expectancy – an important indicator for health policy development in Lithuania. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(6):582–588

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



13 paveikslas. Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė 1997 m. ir 2001 m.

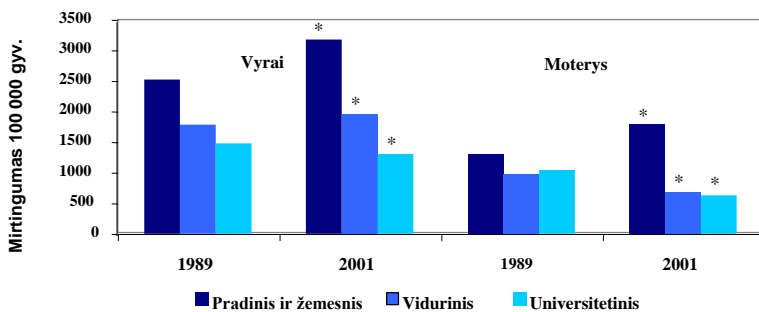
Šalyse, kuriose vyksta dideli socialiniai, ekonominiai ir politiniai pokyčiai, ypač aktuali **socialinės sveikatos nelygybės problema**. Lietuvoje egzistuoja didžiuliai socialiniai gyventojų sveikatos netolygumai ir nuolat su didesniu pavojumi sveikatai susiduriančios gyventojų grupės. Baziniu socialinės padėties rodikliu galima laikyti **išsimokslinimo lygį**. Aukštesnis išsimokslinimo lygis asocijuojasi su mažesniais mirtingumo rodikliais ir geresne gyventojų sveikata. Kaip ir kitose pasaulio šalyse, Lietuvoje žemiausio išsimokslinimo žmonių grupių mirtingumas yra didžiausias. Didžiausias mirtingumas yra tarp žmonių turinčių pradinį ir žemesnį išsilavinimą (1989 m. šios grupės vyrų ir universitetinį išsilavinimą turinčių vyrų grupės rodikliai skyrėsi 1,7 karto, 2001 m. – 2,4 karto, atitinkamai moterų – 1,3 ir 2,8 karto)<sup>30</sup>. Nors Lietuvos sveikatos programoje (1998 m.) numatytos priemonės mažinti sveikatos skirtumams tarp įvairių socialinių ekonominių gyventojų grupių, socialiniai sveikatos netolygumai Lietuvoje didėjo. Šis didėjimas priklausė nuo skirtingomis kryptimis kintančio mirtingumo įvairiose išsimokslinimo grupėse – 1989–2001 metais žmonių su universitetiniu išsimokslinimu mirtingumas reikšmingai sumažėjo, o su pradiniu ir žemesniu išsimokslinimu – padidėjo (14 paveikslas).

Labiausiai skiriasi jaunų ir darbingo amžiaus skirtingo išsimokslinimo žmonių mirtingumas. Lyginant 1989 ir 2001 metus ypač padidėjo 25 metų vyrų ir 30 metų moterų mirtingumo netolygumai aukščiausio ir žemiausio išsimokslinimo grupėse (15 paveikslas). Nors mirtingumo netolygumai didėjant amžiui mažėjo, visose amžiaus grupėse jie išliko reikšmingi<sup>31</sup>.

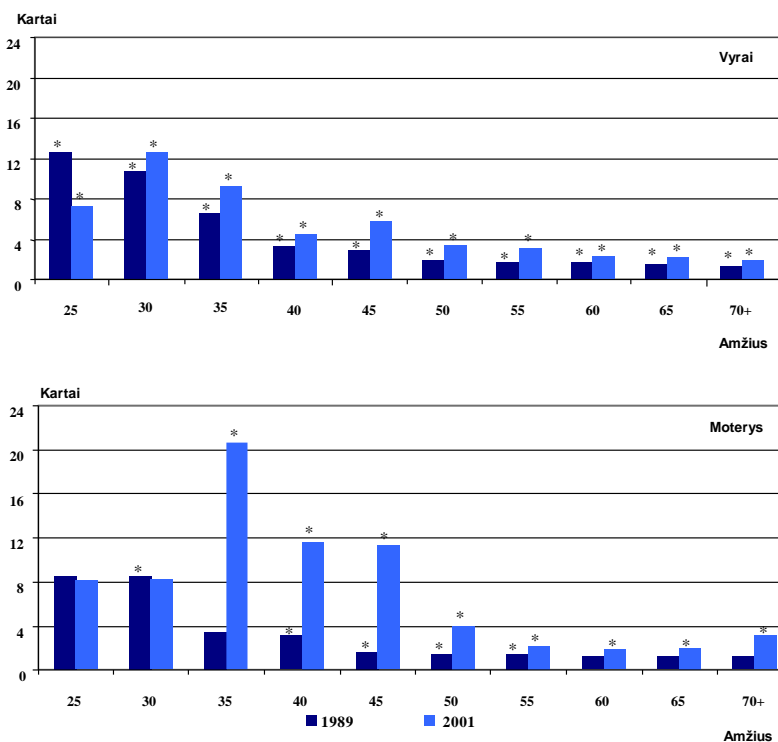
<sup>30</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J. Inequalities in mortality by education and socio-economic transition in Lithuania: equal opportunities? Royal Journal of Public Health 2005; 119:808–815.

<sup>31</sup> Kalėdienė R., Petrauskienė J. Inequalities in mortality by education and socio-economic transition in Lithuania: equal opportunities? Royal Journal of Public Health 2005; 119:808–815.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje

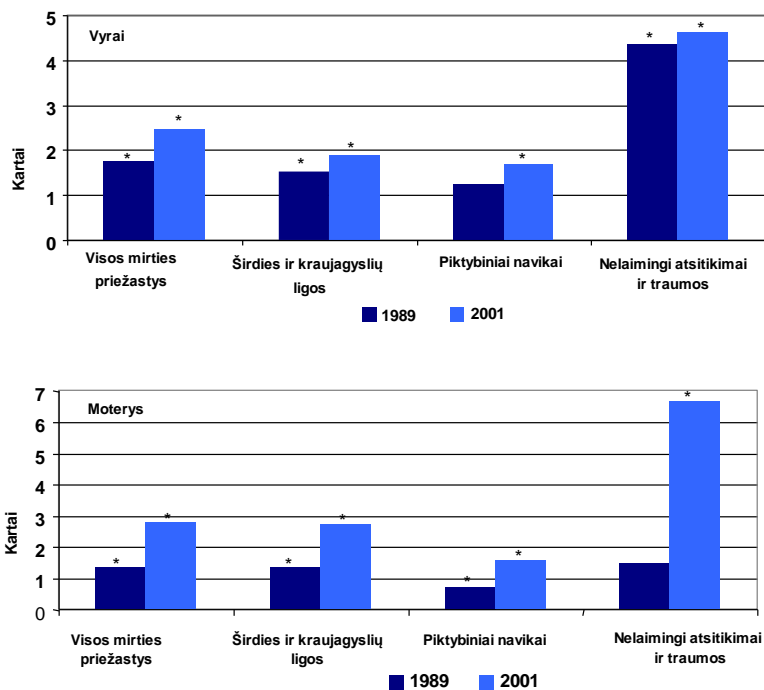


14 paveikslas. Įvairaus išsimokslinimo Lietuvos gyventojų mirtingumas 1989 m. ir 2001 m.



15 paveikslas. Universitetinio ir pradinio arba žemesnio išsimokslinimo Lietuvos vyrų ir moterų mirtingumo palyginimas (universitetinio išsimokslinimo gyventojų mirtingumas prilygintas 1)

Didėjant žemiausio išsimokslinimo žmonių mirtingumui nuo visų pagrindinių mirties priežasčių ir žymiai gerėjant universitetinio išsilavinimo žmonių mirtingumo nuo pagrindinių priežasčių rodikliams, mirtingumo skirtumai padidėjo. Ypač išaugo mirtingumo nuo išorinių priežasčių skirtumai tarp aukščiausio ir žemiausio išsimokslinimo žmonių grupių (16 pav.).



16 paveikslas. Universitetinio ir pradinio bei žemesnio išsimokslinimo žmonių mirtingumo nuo pagrindinių priežasčių palyginimas (universitetinio išsimokslinimo gyventojų mirtingumas prilygintas 1)

Ypač skyrėsi įvairaus išsimokslinimo žmonių savižudybių pokyčiai. Labiausiai padidėjo kaimo žemiausio išsimokslinimo gyventojų savižudybių dažnis, kuris 2001 metais vyrų grupėje tapo 2,1 karto didesnis nei buvo 1989 metais. Įvairaus išsimokslinimo Lietuvos gyventojų mirtingumo nuo savižudybių skirtumai rodo, kad vyrų savižudybių dažniui išsimokslinimas turi didelę įtaką – savižudybių rizika žemiausio išsimokslinimo vyrų grupėje yra žymiai didesnė negu universitetinio

išsimokslinimo<sup>32</sup>. Palyginę 1989 ir 2001 metų rodiklius matome, kad šie skirtumai kaimuose padidėjo, o miestuose sumažėjo (3 lentelė).

**3 lentelė. Pradinio ir universitetinio išsimokslinimo Lietuvos miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo nuo savižudybių palyginimas (universitetinio išsimokslinimo gyventojų mirtingumas prilygintas 1)**

Lytis	1989 m.		2001 m.	
	Kartai			
	Miestas	Kaimas	Miestas	Kaimas
Vyrai	8,4*	4,8	3,7*	6,3*
Moterys	4,3	0,8	1,1	5,7

\* –  $p < 0,05$ , lyginant su universitetinio išsimokslinimo grupe

Kadangi iki 2001 metų Lietuvos jaunų žmonių išsimokslinimo lygis nedidėjo, o kai kuriose amžiaus grupėse augo tik pradinį išsimokslinimą turinčiųjų skaičius, didėjantis žemiausio išsimokslinimo žmonių savižudybių dažnis leidžia prognozuoti, kad ateityje socialiniai mirtingumo nuo savižudybių netolygumai didės.

Taigi norint sumažinti gyventojų sveikatos skirtumus, lemiamas vaidmuo priklauso švietimui. Norint pagerinti visuomenės sveikatą, šalies socialinė politika turėtų skatinti ir sudaryti palankias sąlygas gyventojams mokytis ir įvairiapusiškai šviestis. Švietimas gali padėti sulyginti žmonių socialines sąlygas ir sumažinti skirtingose socialinėse grupėse egzistuojančius sveikatos rizikos veiksnius.

**4 lentelė. Lietuvos gyventojų (nuo 25 metų amžiaus) standartizuotų bendrojo mirtingumo rodiklių palyginimas pagal šeiminių padėčių 1989 ir 2001 metais**

Šeiminė padėtis	Mirtingumo santykis			
	1989 m.		2001 m.	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
Vedę, ištekėjusios	1,0	1,0	1,0	1,0
Nevedę, netekėjusios	1,7	1,6	2,0	1,6
Našliai, našlės	2,1	1,4	2,1	1,2
Išsituokę, išsituokusios	1,5	1,1	1,6	1,5

**Šeiminė padėtis** taip pat turi įtakos sveikatai. Ji susijusi su įvairiomis specifinėmis socialinėmis ekonominėmis charakteristikomis, psichologine būkle, gyvenamosios veiksniais. Vienių žmonių sveikata yra blogesnė negu gyvenančių

<sup>32</sup> Kalėdienė R., Starkuvienė S., Petrauskienė J. Social dimensions of mortality from external causes in Lithuania: does education and place of residence matter? Soz Praventiv Med 2006: 51:232–239.

šeimose. Lietuvoje žemiausi mirtingumo rodikliai yra vedusių ir ištekėjusių, o aukščiausi – netekėjusių moterų ir našlių vyrų. Nuo 1989 iki 2001 metų vyrų mirtingumo skirtumai įvairiose šeiminių padėties grupėse padidėjo, o moterų beveik nepakito (4 lentelė)<sup>33</sup>. Galima prognozuoti, kad liberali pažiūra į šeimą, partnerystės įteisinimas gali dar labiau susilpninti šeimos instituciją ir neigiamai atsiliepti gyventojų sveikatai.

## Sergamumas

Sergamumo vertinimas yra labai svarbus norint nustatyti prioritėtines sveikatos problemas. Be šių duomenų neįmanoma formuoti sveikatos politikos, valdyti sveikatos sistemos. Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, sveikatos priežiūros įstaigose registruojamų susirgimų skaičius buvo sumažėjęs, tačiau vėliau ėmė didėti. 2004 metais bendras suaugusiųjų sergamumas buvo 1829,5/1000 gyventojų, o vaikų – 2947,0/1000 gyventojų. Naujai registruotų susirgimų 1000 suaugusių ir paauglių teko 1012,4, o 1000 vaikų – 2550,4<sup>34</sup>. Per pastaruosius metus asmenų, kuriems užregistruota bent viena liga ar trauma, dalis tarp visų Lietuvos gyventojų išliko beveik stabili: 2008 metais 64,8% suaugusiųjų (nuo 18 metų) buvo užregistruota bent viena liga ar trauma ir 76,1% vaikų<sup>35</sup>. Suaugę gyventojai į ambulatorines sveikatos priežiūros įstaigas dažniausiai kreipėsi dėl SKL, kvėpavimo sistemos, jungiamojo audinio ir skeleto-raumenų sistemos ligų, o vaikai – dėl kvėpavimo organų ligų, kurios sudaro apie pusę visų kreipimosi į gydytojus priežasčių ir virškinimo sistemos ligų.

Svarbi visuomenės sveikatos problema yra užkrečiamosios ligos. Labai susirūpinti reikia dėl sergamumo **tuberkulioze**. Nuo 1990 metų didėjo sergamumas aktyvia tuberkulioze ir 1998 metais jis pasiekė 89,5/100000 gyventojų. Vėliau išaiškintų sergančiųjų aktyvia tuberkuliozės forma, skaičius ėmė mažėti ir 2007 metais buvo 66,1/100000 gyventojų<sup>36</sup>. Lietuvoje buvo dvi svarbiausios tuberkuliozės plitimo priežastys – staigus socialinių ekonominių sąlygų pasikeitimas, sukėlęs kai kurių visuomenės sluoksnių skurdą, alkoholizmo plitimą ir sveikatos priežiūros tarnybų nesugebėjimas persitvarkyti ir dirbti pasikeitusiomis sąlygomis. Viena iš galimų tokio didelio sergamumo priežasčių – nepakankama tuberkuliozės profilaktika. Jeigu 1980 metais profilaktiškai buvo patikrinta 70,7% gyventojų, tai 1999 metais patikrintųjų dalis sudarė 30,9%. 2007 metais Lietuvoje buvo išaiškinti 2232 aktyvios tuberkuliozės atvejai (su recidyvais). 2003 metais vėl pradėjo didėti sergamumas atvirąja kvėpavimo organų tuberkulioze. Vyravo oro lašeliniu būdu

---

<sup>33</sup> Petrauskienė J., Kalėdienė R., Starkuvienė S. Sveikatos netolygumų vertinimas remiantis mirtingumo statistika. Kn.: Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas: KMU leidykla, 2004: 27–33.

<sup>34</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2004 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2005.

<sup>35</sup> Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.

<sup>36</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

plintanti plaučių tuberkuliozė (81%). 2007 metais atvirąja kvėpavimo takų tuberkulioze susirgo 1467 gyventojai (43,5/100000 gyventojų)<sup>37</sup>.

**Lytiniu keliu plintančios ligos** skiriamos prie dažniausių užkrečiamų ligų pasaulyje. Nuo 1991 metų sergamumas sifiliu kasmet padidėdavo 2–2,5 karto, o nuo 1997 metų ėmė mažėti ir 2007 metais buvo 8,2/100000 gyventojų (užregistruoti 275 šios ligos atvejai)<sup>38</sup>. Sergamumas gonorėja paprastai būna kelis kartus didesnis už sergamumą sifiliu, tačiau Lietuvoje, plėtojantis privačiai praktikai, pablogėjo lytiniu keliu plintančių ligų, ypač gonorėjos apskaita. 2007 metais užregistruotas 471 gonorėjos atvejis (14,0/100000 gyventojų). Abejotina, ar tai atspindi realią situaciją, nes net palankiausiomis epidemiologinėmis sąlygomis, gonorėjos ir sifilio santykis būna bent 7:1. Sergamumo registravimo duomenims įtakos turi ir didėjantis privačių odos ir lytiniu keliu plintančių ligų gydytojų skaičius. Toliau didėja ŽIV užsikrėtusių asmenų skaičius: 2007 metų pabaigoje Lietuvoje buvo registruoti 1174 ŽIV užsikrėtę asmenys. Daugiausiai ŽIV infekcija plito per nešvarias adatas, vartojant intraveninius narkotikus ir lytinių santykių metu, todėl tarp užsikrėtusių aktuali išlieka hepatitų B ir C problema. Sergamumas AIDS šalyje nežymiai didėja – 2007 metais registruoti 28 nauji atvejai, o bendras sergančiųjų skaičius pasiekė 81 (2,4/100000 gyventojų)<sup>39</sup>. ES šalyse ŽIV paplitimas labai skiriasi. Estija išsiskiria aukštais rodikliais, o Slovakija, Vengrija, Čekija ir Lenkija – žemais. Akivaizdu, kad didelė dalis ŽIV infekcijų nediagnozuota. Numatomas hipodiagnostikos rodiklis Švedijoje yra 15%, Jungtinėje karalystėje – 32%, o Lenkijoje – net 60%<sup>40</sup>. Tikėtina, kad Lietuvoje hipodiagnostikos rodiklis galėtų būti panašus į Lenkijos. Taigi, realus ŽIV infekuotų žmonių skaičius Lietuvoje, tikriausiai, yra apie 60% didesnis nei oficialiai užregistruotasis. ES toliau didėja užregistruotų AIDS atvejų skaičius, kuris nuo 1999 iki 2006 metų beveik padvigubėjo.

Didelė visuomenės sveikatos problema Lietuvoje yra **psichikos ligos**. Sergamumas psichikos ligomis 1994–1998 metais didėjo, o vėliau ėmė mažėti. Tuo tarpu ligotumas psichikos sutrikimais turi tendenciją didėti. 2008 metais naujų psichikos ligų atvejų skaičius buvo 166,0/100000, o bendras sergamumas – 2884,9/100000 gyventojų<sup>41</sup>. Pastaraisiais metais 4–5% Lietuvos gyventojų buvo teikiama psichiatrų pagalba. Prasidėjus psichiatrijos pagalbos reformai, psichikos sveikatos priežiūros įstaigų tinklas kinta, labiau akcentuojant ir plečiant ambulatorinę psichiatrijos pagalbą. Vertinant situaciją, būtina atsižvelgti į tai, kad registruojamų susirgimų statistika atspindi tik kreipimosi į psichikos sveikatos priežiūros specialistus tendencijas, o ne tikrąjį psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimą. Yra žinoma, kad apie 10–20% gyventojų reikia psichoterapinės arba psichologinės

<sup>37</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

<sup>38</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

<sup>39</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

<sup>40</sup> Harbers MM, Van der Wilk EA, Kramers PGN, et al. Dare to compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators. RIVM, The Netherlands, 2008.

<sup>41</sup> Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.

pagalbos. Ši pagalba yra labai ribota, dažnai ji ne tik fiziškai, bet ir psichologiškai sunkiai prieinama, todėl oficialioji statistika neatspindi realios padėties.

**Narkomanija ir piktnaudžiavimas alkoholiu** – viena aktualiausių psichikos sveikatos sričių. Lietuvoje tebeplinta psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, daugėja asmenų, priklausomų nuo narkotikų. Per pastarąjį dešimtmetį registruojamų narkomanų padaugėjo apie šešis kartus. Priklausomais nuo narkotikų tampa vis jaunesni žmonės. 2008 metais dėl priklausomybės narkotikams (nustatytos pirmą kartą) buvo užregistruoti 273 asmenys (2007 m. – 318)<sup>42</sup>. Oficialiosios statistikos duomenimis, 2008 metais Lietuvoje užregistruota 5809 narkomanai. Kadangi vidutiniškai tik 10% visų narkomanų kreipiasi į medikus pagalbos ir gydosi, tikėtina, kad Lietuvoje yra daugiau nei 46 tūkst. narkomanų<sup>43</sup>. Tarp psichikos ligų aktuali alkoholizmo problema. Didėjančių Lietuvos gyventojų girtavimo mastą parodo nemažėjantis asmenų, sergančių alkoholinėmis psichozėmis, skaičius. 2007 metų pabaigoje 100000 gyventojų užregistruota 112,2 alkoholinės psichozės atvejų. Susirūpinimą kelia lėtinių psichozijų skaičiaus augimas ir jų dalies tarp visų alkoholinių psichozijų didėjimas. Nuo 2001 metų dvigubai išaugo alkoholinių psichozijų skaičius tenkantis 100000 gyventojų<sup>44</sup>.

**Sergamumas onkologinėmis ligomis** Lietuvoje pastaraisiais metais išliko beveik stabilus. 2008 metais registruoti 16117 nauji PN atvejai arba 479,9/100000 gyventojų. Dažniausia vyrų onkologinė liga yra prostatos vėžys, pastaraisiais metais sergamumas šia liga stabilizavosi ir per 2008 metus sudarė 37,5% visų naujų PN atvejų<sup>45</sup>. Daugėja vyrų ir moterų susirgimų odos vėžiu. Susirgimai krūties vėžiu, moterų sergamumo PN struktūroje sudarantys didžiausiąją dalį, Lietuvoje tebedažnėja. ES šalyse pastebimi dideli sergamumo krūties vėžiu svyravimai – nuo 52/100000 Rumunijoje iki 171/100000 Belgijoje. Lietuvoje 2007 metais šis rodiklis buvo 74,5/100000 moterų. Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu, kuris nuo 1992 metų didėjo ir 2001 metais pasiekė 26,1/100000 moterų, pastarąjį penkmetį stabilizavosi, tačiau išlieka labai aukštas, palyginti su Vakarų Europos šalimis. Lietuvoje 2004 metų liepos mėnesį pradėta vykdyti gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa. Pradėjus profilaktines patikras, jau per pirmąjį 2004 metų pusmetį išaiškinta 108 gimdos kaklelio vėžio atvejais daugiau nei per visus 2003 metus. Lietuvoje daugiau kaip pusė gimdos kaklelio vėžio atvejų diagnozuojami jau užleisti. Sergamumas skrandžio vėžiu mažėja, tuo tarpu ir vyrų, ir moterų gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžio atvejų daugėja<sup>46</sup>.

---

<sup>42</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008; Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.

<sup>43</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2004 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2005.

<sup>44</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.

<sup>45</sup> Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.

<sup>46</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2008.



**Sergamumas cukriniu diabetu** Lietuvoje per keletą dešimtmečių padidėjo daugiau negu dvigubai. Šios ligos plitimas įgauna vis didesnį pagreitį. 2006 metų duomenimis, Lietuvoje cukriniu diabetu sirgo apie 9,7% visų suaugusių žmonių. Antrojo tipo diabetu sirgo apie 5% visų 35–65 metų amžiaus gyventojų. Manoma, kad per artimiausius 15 metų apie 50% gali padaugėti antrojo tipo diabetu sergančių vaikų, o Europoje 2025 metais diabetu sirgs daugiau negu 10% suaugusiųjų. Cukrinis diabetas net keturis kartus padidina riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis ir 15 metų sutrumpina sergančiojo asmens gyvenimo trukmę. Cukrinio diabeto komplikacijos yra svarbios pablogėjusios gyvenimo kokybės, neįgalumo ir priešlaikinės mirties priežastys. Apie 10–15% sergančiųjų yra sutrikęs regėjimas, apie 70% pakenkti inkstai, 30–70% kenčia dėl diabetinės neuropatijos, dažnos apatinių galūnių įvairaus aukščio amputacijos<sup>47</sup>.

## Gyvensena ir savos sveikatos vertinimas

Šiuolaikiniame visuomenės sveikatos moksle vis didesnę vertę įgyja subjektyvūs sveikatos rodikliai, pavyzdžiui – savos sveikatos vertinimas. Tyrimai rodo, kad savos sveikatos vertinimas yra geras prognostinis mirtingumo rodiklis. ES šalyse geriausiai savo sveikatą vertina Danijos, Graikijos, Airijos, Nyderlandų gyventojai. Tuo tarpu Lietuvos, Latvijos, Vengrijos gyventojai savo sveikatą vertina prasčiausiai<sup>48</sup>. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimo (FINBALT HEALTH MONITOR), atlikto 2008 metais, duomenimis, Lietuvoje gerai ir gana gerai savo sveikatą vertino 51,5% vyrų ir 48,9% moterų. Nuo 1994 metų gerai vertinančių savo sveikatą vyrų dalis padidėjo ketvirtadaliu, o moterų – 63%<sup>49</sup>.

Visose Europos šalyse, taip pat ir Lietuvoje, aukštesnis gyventojų išsimokslinimas asocijuojasi su geresniu savos sveikatos vertinimu. Lietuvoje gerai savo sveikatą vertinančių žmonių dalis padidėjo visose išsimokslinimo grupėse, tačiau vertinimo skirtumai tarp grupių išliko – turintieji aukštąjį išsimokslinimą beveik du kartus dažniau vertino savo sveikatą gerai, palyginti su nebaigto vidurinio išsimokslinimo žmonėmis (17 paveikslas).

Gerai vertinančių savo sveikatą žmonių dalis padidėjo ir tarp miesto, ir tarp kaimo gyventojų. 2008 metais sveikatos vertinimo skirtumų, atsižvelgiant į gyvenamąją vietą, nenustatyta.

Rūkytas yra vienas didžiausių sveikatos rizikos veiksnių, kurių galima išvengti. ES pastebima tendencija, kad vyrai, gyvenantys Pietų, Rytų ir Centrinėje Europoje, rūko daugiau negu Šiaurės ir Vakarų Europos šalių vyrai. Graikijoje ir Latvijoje rūko beveik pusė vyrų, tuo tarpu Švedijoje tik apie 14% vyrų yra rūkoriai<sup>50</sup>. Situacija yra priešinga, vertinant rūkymo paplitimą tarp moterų: Vakarų ir Šiaurės Europos

---

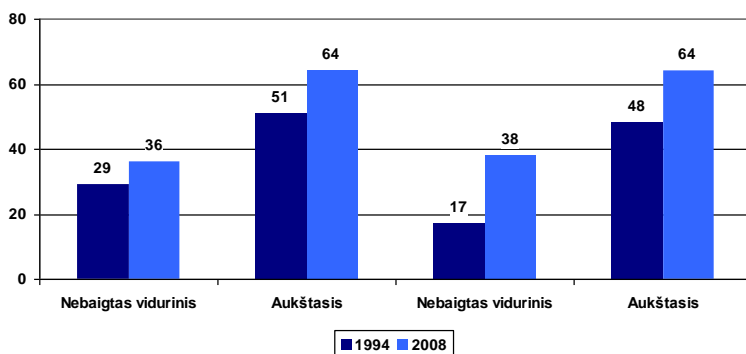
<sup>47</sup> Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Nacionalinė sveikatos taryba, Vilnius, 2009.

<sup>48</sup> Harbers MM, Van der Wilk EA, Kramers PGN, et al. Dare to compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators. RIVM, The Netherlands, 2008.

<sup>49</sup> Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakalytė E., Kriauciūnienė V., Veryga A., Prattala R. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimos tyrimas, 2008. Kaunas, 2009.

<sup>50</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk/>

šalių moterys rūko dažniau nei moterys gyvenančios Pietų Europoje. 2008 metais rūkė 39% Lietuvos vyrų ir 14% moterų. Rūkančių moterų dalis išaugo nuo 6% (1994 m.) iki 16% (2000 m.) ir vėliau išliko panaši. Tarp vyrų rūkymo paplitimas didėjo iki 2000 metų, o vėliau ėmė mažėti. Europoje mažėja skirtumai tarp vyrų ir moterų rūkymo paplitimo. Šiuo metu Švedijoje moterys jau rūko dažniau negu vyrai<sup>51</sup>. Rūkymo paplitimas buvo susijęs su išsimokslinimu ir kitais socialiniais ekonominiais veiksniais. Daugelyje ES šalių aukštesnio socialinio ekonominio sluoksnio gyventojai pradeda rūkyti jaunesni, tačiau vėliau rūkymas tampa dažnesniu reiškiniu žemesniuose socialiniuose ekonominiuose sluoksniuose, kadangi aukštesnį išsimokslinimą turintieji dažniau meta rūkyti<sup>52</sup>. 1994–2008 metais rūkančių aukštojo išsimokslinimo vyrų sumažėjo nuo 32% iki 25%. 2008 m. rūkė du kartus daugiau nebaigto vidurinio nei aukštojo išsimokslinimo vyrų. Rūkymo paplitimas didėjo tarp nebaigto ir vidurinio išsimokslinimo moterų. Rūkančių aukštojo išsimokslinimo moterų dalis didėjo iki 2000 metų, o nuo 2002 metų pradėjo mažėti<sup>53</sup>.



### **17 paveikslas. Gerai ir gana gerai savo sveikatą vertinančių Lietuvos gyventojų dalis 1994 ir 2008 metais, atsižvelgiant į išsimokslinimą**

Per pastaruosius dešimtmečius labai pakito Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai. Šalyje pereita prie rinkos ekonomikos, keitėsi žemės ūkio plėtros strategija, maisto produktų gamyba ir paskirstymas, rinkodara ir kainos. Maistui gaminti dažniau vartojamas aliejus, sumažėjo sviesto vartojimas, dažniau valgomos šviežios daržovės.

ES šalyse labai skiriasi alkoholio vartojimo įpročiai ir kiekiai. Daugiausia alkoholio suvartojama Centrinėje ir Vakarų Europoje. Nors gyventojų apklausų duomenys ir neatskleidžia ypatingai neigiamų alkoholio vartojimo tendencijų populiacijoje, Statistikos departamento duomenimis, 2007 metais vienam Lietuvos

<sup>51</sup> WHO data base.–<http://www.who.dk>

<sup>52</sup> Harbers MM, Van der Wilk EA, Kramers PGN, et al. Dare to compare! Benchmarking Duch health with the European Community Health Indicators. RIVM, The Netherlands, 2008.

<sup>53</sup> Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J., Šakalytė E., Kriauciūnienė V., Veryga A., Prattala R. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimas, 2008. Kaunas, 2009.

gyventojui vidutiniškai teko 11,2 litro, o vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui – 13,3 litro absoliutaus alkoholio, tai yra atitinkamai 0,2 ir 0,1 litro daugiau nei 2006 metais. Lyginant su 2001 metais grynojo alkoholio suvartojimas vienam suaugusiam gyventojui išaugo 1,2 litro ir 0,5 litro vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui<sup>54</sup>. Gyventojų apklausų duomenimis, Lietuvoje pastaraisiais metais stiprių alkoholinių gėrimų vartojimo dažnis tarp vyrų nepakito, o tarp moterų – padidėjo. 2008 metais bent kartą per savaitę juos gėrė 29% vyrų ir 12% moterų. 2008 metais vyną bent du kartus per mėnesį vartojo 34,8% moterų ir 23,5% vyrų. Alaus vartojimo dažnis didėjo iki 2002 metų, o vėlesniu laikotarpiu mažai keitėsi. Vyrų alaus vartojimo dažnis yra susijęs su išsimokslinimu. Nuo 1994 metų nebaigto vidurinio išsimokslinimo vyrų, gėrusių alaus bent kartą per savaitę, dalis padidėjo 1,6 karto. Tokių aukštojo išsimokslinimo vyrų dalis nuo 1994 iki 2000 metų padidėjo, o vėliau sumažėjo nuo 63% iki 46%.

Gerėja Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas. 1994 metais fiziškai aktyvių žmonių kaime buvo daugiau negu mieste. Per dešimtmetį besimankštinančių žmonių skaičius labiau padidėjo kaime negu mieste. 2008 metais 20% vyrų ir 22% moterų teigė, kad bent keturis kartus per savaitę po 30 min. ir ilgiau mankštinaisi taip, kad pagreitėtų kvėpavimas ir padidėtų širdies susitraukimų dažnis. 1994 metais taip mankštinosi 16% vyrų ir 14% moterų.

Tarp vyrų didėjo antsvorio ir nutukimo paplitimas. Nutukusių vyrų dalis padidėjo nuo 11% (1994 m.) iki 17% (2008 m.), o antsvorio paplitimas išaugo atitinkamai nuo 47% iki 61%. Tarp moterų antsvorio paplitimas nežymiai sumažėjo nuo 51% (1994 m.) iki 46% (2008 m.), o nutukimo paplitimas beveik nepakito ir 2008 m. buvo 20%. Žemesnio išsimokslinimo moterys buvo labiau nutukusios negu turinčios aukštesnį išsimokslinimą.

1994–2008 metais Lietuvos gyventojai pradėjo aktyviau dalyvauti profilaktiniuose sveikatos patikrinimuose. Moterims dažniau buvo atliekamos mamografijos, paimamas tepinėlis iš gimdos kaklelio. Gyventojams dažniau buvo tikrinamas cholesterolio ir gliukozės kiekis kraujyje.

Gyvensena ir požiūris į savo sveikatą formuojasi jau ankstyvoje vaikystėje. Tarptautinio tyrimo “Moksleivių sveikatą lemianti elgsena” (Health Behavior of School Children – HBSC) duomenimis<sup>55</sup>, 1994–2002 metais Lietuvoje reikšmingai didėjo rūkančių paauglių skaičius, o 2006 metais sumažėjo – rūkė 34,7% penkiolikmečių berniukų ir 27,4% mergaičių (18 paveikslas).

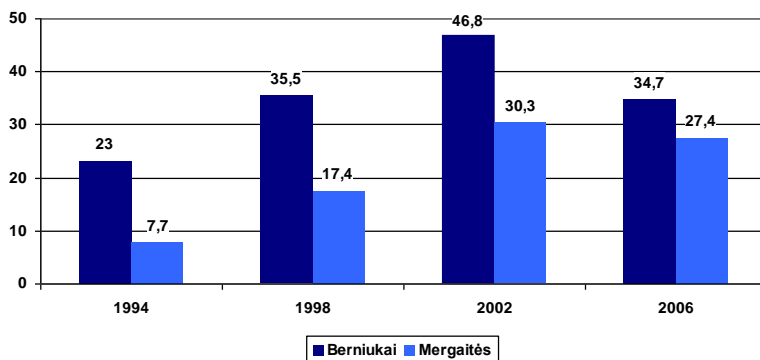
Moksleivių apklausos rodo, kad beveik visi penkiolikmečiai berniukai ir mergaitės Lietuvoje yra gėrę alkoholinių gėrimų. Nuo 1994 metų padidėjo alų vartojančių moksleivių dalis. 1994 metų duomenimis, 13% berniukų gėrė alų bent vieną kartą per savaitę, o 2006 metais alų vartojančių berniukų dalis padidėjo iki 18%. Vadinamąjį alkopopsą arba kitus “silpnus” alkoholinius gėrimus bent kartą per savaitę teigė vartojantys 14% berniukų ir 16% mergaičių. Žymiai padaugėjo moksleivių, kurie buvo girti tris ir daugiau kartų – tokių mergaičių buvo 50,9%, o berniukų – 57,6%. Taigi, galima teigti, kad Lietuvos moksleiviai dabar geria dažniau

---

<sup>54</sup> Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Nacionalinė sveikatos taryba, Vilnius, 2009.

<sup>55</sup> Social cohesion for mental well-being among adolescents. WHO/HBSC Forum 2007. WHO Europe, 2007.

negu prieš 12 metų. Žymiai padažnėjo ir narkotikų vartojimas – nuo 2002 iki 2006 metų beveik padvigubėjo kanapių vartojimas tarp penkiolikmečių.



18 paveikslas. 1994–2006 metais rūkymo paplitimas tarp penkiolikmečių Lietuvos mokslėivių

## Apibendrinimas

Sveikatos politikos formavimą ir jos įgyvendinimą būtina sieti su pagrindiniais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais. 1995–2000 metais optimistiškai nuteikęs daugelio sveikatos rodiklių pagerėjimas vėliau ėmė kelti susirūpinimą, nes kai kurie rodikliai ne tik nustojo gerėti, bet ėmė netgi prastėti. Vienas labiausiai neraminančių reiškinių – sveikatos netolygumų didėjimas. Lietuvos sveikatos programoje (1998) numatyta iki 2010 metų 25% sumažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumus tarp skirtingų socialinių ekonominių gyventojų grupių, gerinant nepalankioje situacijoje esančių gyventojų sveikatą<sup>56</sup>. Pereinamuoju laikotarpiu, susijusiu su dideliais socialiniais ekonominiais pokyčiais, didėjo socialinė ir ekonominė gyventojų poliarizacija ir skurdo lygis, neišvengiamai augo ir reliatyvūs socialiniai ekonominiai skirtumai, tačiau tai nebūtinai susiję su vienu gyventojų grupių sveikatos gerėjimu, o kitų blogėjimu. Kaip ir daugelyje ekonomiškai išsivysčiusių šalių, Lietuvoje aukštesnės socialinės ekonominės padėties žmonių sveikata gerėja greičiau negu žemesnės padėties žmonių grupių. Tai didina sveikatos netolygumus, tačiau šis reiškinys yra laikinas. Pasiekus aukštesnį ekonominio išsivystymo lygį, įvairių visuomenės socialinių ekonominių grupių gyventojų sveikatos skirtumai turėtų pradėti mažėti. Žinoma, būtina, kad sveikatos netolygumų mažinimas taptų šalies sveikatos ir socialinės politikos prioritetu. Formuojant nacionalinę sveikatos bei socialinę politiką būtina skatinti tarpžinybinį bendradarbiavimą ir teikti prioritetus.

<sup>56</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos sveikatos programa: patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr.VII-833. Vilnius; 1998.

Sveikatos politika turėtų siekti panaikinti ne visus sveikatos netolygumus, o tik tuos, kuriuos lemia socialiniu požiūriu neteisingais laikomi veiksniai. Sveikatos lygybės principas turi būti suprantamas tik kaip pasirinkimo laisvės, kuri remiasi koncepcija – sveikata yra didžiausia vertybė, garantija. Remiantis kitų šalių patirtimi, galima prognozuoti, kad bendrieji Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai stabiliai gerėti pradės tik mažėjant sveikatos netolygumams. Žmonių mirtingumas smarkiai susijęs su ekonominėmis krizėmis. Esant sudėtingai ekonominei situacijai, sveikatos netolygumų mažinimas tampa vis sunkiau sprendžiama problema. Valstybės orientavimasis į palankių socialinių–ekonominių sąlygų sukūrimą gyventojams ir socialinio teisingumo siekis turėtų būti įvardijami svarbiausiais valstybės valdymo elementais

Įrodyta, kad pirminė lėtinių neinfekcinių ligų ir traumų profilaktika daug veiksmingesnė ir ekonomiškai naudingesnė negu sergančiųjų sveikatai žalingų įpročių ar socialinių ekonominių veiksnių sukeltomis ligomis gydymas ir rehabilitacija. Turime moksliai pagrįstą lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos strategiją, kurioje numatytas bendras profilaktikos priemonių poveikis ir visai populiacijai, ir aukštos rizikos gyventojų grupėms. Tačiau mokslo tiesos sunkiai skinasi kelią į praktiką. Deklaruojama, kad pagrindinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnybų misija yra visuomenės sveikatos gerinimas ir išsaugojimas. Tačiau visuomenės sveikatos priežiūros sistema yra neveiksminga – nepajėgia apsaugoti visuomenės nuo išvengiamų ligų ir ankstyvų mirčių. Valstybė neskatina visuomenės narių suinteresuotumo sveikai gyventi ir aktyviai dalyvauti sveikatinimo veikloje. Savivaldybių vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros veiklos efektyvumas nepakankamas, dar tik pradedama kurti adekvati šiai veiklai vykdyti infrastruktūra. Nepakankama pirminės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros integracija. Asmens sveikatos priežiūros specialistai, rengdami sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programas, dažnai prioritetą teikia sergančiųjų sveikatos priežiūros infrastruktūros gerinimo priemonėms, nepakankamai dėmesio ir investicijų skirdami ligų profilaktikai, be kurios sumažinti gyventojų sergamumo ir mirtingumo negalima.

Tinkamas socialinės ir sveikatos politikos formavimas ir įgyvendinimas yra pagrindinė strateginė priemonė, siekiant kontroliuoti neigiamą ekonominės krizės poveikį gyventojų sveikatai. Tačiau akivaizdu, kad sveikata dar nėra laikoma valstybės plėtros prioritetu. Žinant nepalankią šiandieninę situaciją – žmonių sveikatą, gyvenseną, rizikos veiksnių plitimą, sveikatos netolygumų didėjimą, prastą šalies ekonominę padėtį ir mažėjantį sveikatos apsaugos finansavimą – ateityje sunku tikėtis stabilaus Lietuvos gyventojų sveikatos gerėjimo.

# Lietuvos sveikatos priežiūra Europos Sąjungos ir pasaulio kontekste

*Vilius Jonas Grabauskas*

## Įvadas

Sveikatos priežiūros efektyvumo vertinimas nacionaliniame, o juo labiau tarptautiniame kontekste yra nepaprastai sudėtinga problema. Dėl sveikatą lemiančių veiksnių gausybės, jų įvairovės ir poveikio kompleksiskumo moksliniuose tyrimuose dažniausiai apsiribojama kurios nors pasirinktos veiksnių grupės analize, ypač jeigu galutinis tyrimo tikslas yra tarptautinis analizuojamų rodiklių palyginimas. Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) nacionalinių sveikatos sistemų funkcionavimo efektyvumui nagrinėti pasiūlė rodiklių sistemą, kuri kartu vertintų sveikatos sektoriaus ir šalies socialinio ir ekonominio sektorių veiklos įtaką tos šalies gyventojų sveikatai<sup>57</sup>. Kitais žodžiais tariant, mokslškai pagrįstais argumentais PSO kvietė šalis nares savo gyventojų sveikatos problemų sprendimą organizuoti vadovaujantis šiuolaikine sveikatos sistemos samprata. Greta sveikatos sektoriaus, kuris sveikatos priežiūroje plačiąja prasme privalo atlikti lyderio vaidmenį, svarbus vaidmuo, ypač sveikatinimo ir ligų prevencijos srityje, tenka šalies politinio, socialinio ir ekonominio sektorių veiklai. Viena svarbiausių pastarųjų PSO publikacijų, apibendrinančių socialinių veiksnių svarbą sveikatai<sup>58</sup>, tapo mokslškai pagrįstu kelrodžiu valstybėms ir tarptautinei bendruomenei, atskleidė pamatines vertybes ir koncepcijas sveikatos sistemoms organizuoti. Daugelis šių koncepcijų tapo pagrindu, rekomenduojant sveikatos sistemų formavimo viziją Europoje<sup>59</sup>.

Paminėjus tarptautiniu mastu aptarinėjamas koncepcijas, kuriomis grindžiamas sveikatos sistemų suvokimas, jų funkcionavimo sudėtingumas ir atspindys gyventojų sveikatos rodikliuose, natūralu, kad būtina bent glaustai paminėti, kaip šis suvokimas atsispindėjo formuojant ir įgyvendinant Lietuvos sveikatos politiką. Pažymėtina, kad teoriškai Lietuvos sveikatos politikos suvokimas ir formavimas iš principo buvo grindžiamas tomis pačiomis tarptautiniu lygmeniu pripažintomis koncepcijomis. Tačiau jas įgyvendinant aktyvesnio socialinio ir ekonominio sektorių dalyvavimo, sprendžiant šalies gyventojų sveikatos problemas, kol kas nepavyko pasiekti. LR Seimui atskaitingos Nacionalinės sveikatos tarybos (NST) metiniuose pranešimuose ne kartą buvo atkreiptas dėmesys, kad nepakankamas kitų sektorių dalyvavimas sveikatos sistemos funkcionavime, paliekant sudėtingą sveikatos

---

<sup>57</sup> World Health Report 2000: Health systems – improving performance, WHO. Geneva, 2000.

<sup>58</sup> World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health through action on the social determinants of health, WHO. Geneva, 2008, p. 256.

<sup>59</sup> The European Health Report 2009: Health and health systems, WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2009, p. 178.

problemų sprendimą tik sveikatos sektoriui, palaiapsniui išsekina jo galimybes ir, nors lėšos didėja, pagrindinės šalies sveikatos problemos sprendžiamos neefektyviai<sup>60,61</sup>.

Atsižvelgiant į sveikatos sistemos funkcionavimo efektyvumo vertinimo sudėtingumą ir nacionaliniame, ir tarptautiniame kontekste, šiame skyriuje apsiribota tik kai kurių integruotų sveikatos rodiklių, sveikatos priežiūros išteklių ir šios sistemos funkcionavimo rodiklių palyginimu Baltijos, Europos Sąjungos (ES), Nepriklausomų Valstybių Sąjungos (NVS), Europos ir platesniame Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO, angl. – OECD) grupę reprezentuojančių šalių kontekste.

## Medžiaga ir metodai

Tarptautiniams palyginimams buvo naudojami standartizuoti (pagal Europos amžiaus struktūros standartą) mirtingumo, hospitalinio sergamumo, sveikatos priežiūros išteklių ir kai kurie šios sistemos funkcionavimo rodikliai iš PSO Europos regioninio biuro duomenų bazių<sup>62</sup>:

- a) Duomenų bazė „Sveikata visiems“ („Health for All“) (2010 m. sausio versija);
- b) Mirtingumo bazė (2010 m. sausio versija);
- c) Detalių mirtingumo duomenų bazė (2009 m. balandžio versija);
- d) Hospitalinio sergamumo duomenų bazė (2009 m. balandžio versija).

Šiomis duomenų bazėmis naudotasi skaičiuojant šiame skyriuje pateikiamus rodiklius Baltijos, ES (27 šalyse), ES iki 2004 metų (15 šalių), ES po 2004–2007 metų (12 šalių), NVS (12 šalių) ir apskritai visos Europos šalyse (53 šalyse). OECD grupės, kuriai atstovauja Australija, Kanada, Japonija ir JAV, šalių rodikliai apskaičiuoti remiantis OECD duomenų baze<sup>63</sup>. Būtina pažymėti, kad šios duomenų bazės mirtingumo rodiklių dėl panaudotos skirtingos standartizavimo pagal amžių metodikos negalima visiškai palyginti su PSO duomenų bazės rodikliais. Taigi jie šiame skyriuje pateikiami tik siekiant iliustruoti.

Lietuvos sveikatos sistemos funkcionavimo atžvilgiu svarbu neapsiriboti tik pastarojo dešimtmečio sveikatos rodiklių analize ir jų raidos tendencijomis. Siekis reformuoti sveikatos sistemą po 1990–ųjų ir šį procesą atspindinčių rodiklių kaitos raida per du šalies nepriklausomybės dešimtmečius iškelia daug neatsakytų klausimų ir atkreipia dėmesį į neišspręstas problemas. Todėl neatsitiktinai šis skyrius pradamas nuo trumpo kai kurių rodiklių pristatymo tiek žengiant į XXI amžių, tiek baigiantis pirmajam šio amžiaus dešimtmečiui.

---

<sup>60</sup> Grabauskas V., Kalėdinė R., Gaižauskienė A., Gurevičius R., Kumpienė J., Petrauskienė J. Lietuvos gyventojų sveikata: rodikliai ir tendencijos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005. Vilnius, 2006, p. 12–26.

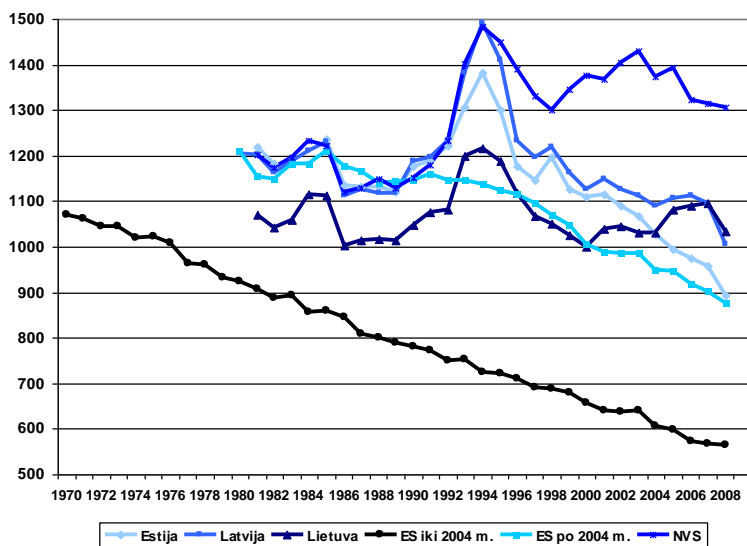
<sup>61</sup> Grabauskas V., Gaižauskienė A., Senkuvienė R. Lietuvos žmonių sveikatos problemos, rodikliai ir jų pokyčių raida. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007: sveikata ir saugumas – protrūkiai ir krizės. Vilnius, 2008, p. 10–24.

<sup>62</sup> [www.who.euro.int](http://www.who.euro.int)

<sup>63</sup> ([http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en\\_2640\\_34631\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2640_34631_2085200_1_1_1_1,00.html))

## Lietuvos gyventojų sveikata amžių sandūroje

Pirmasis atkurtos Lietuvos nepriklausomybės dešimtmetis buvo gausus naujų iššūkių įvairiose šalies sveikatos sistemos funkcionavimo srityse. Nekeliant tikslo pristatyti išsamią šio gyventojų sveikatos atžvilgiu sudėtingo periodo analizę, pateikiami tik keli pavyzdžiai, iliustruojantys gyventojų sveikatos ir sveikatos sistemos funkcionavimo būklę. Vieni iš tokių integruotų šalies gyventojų sveikatos rodiklių yra bendrojo mirtingumo, kūdikių iki vienerių metų mirtingumo, vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai ir jų kaitos tendencijos. Nors šių rodiklių raida iš dalies aptarta kitame šios monografijos skyriuje, čia jų kaitos tendencijos pateikiamos platesniame tarptautiniame kontekste.



*1 paveikslas. Bendrojo mirtingumo kaitos tendencijos Baltijos, ES, NVS ir Europos šalyse, 100 000 gyventojų*

Bendrojo mirtingumo rodiklių kaitos tendencijos Baltijos, ES, NVS ir Europos šalyse (1 pav.) akivaizdžiai rodo, kad 1990 metais prasidėjusi sveikatos krizė posovietinės erdvės šalyse, neaplenkusi ir Lietuvos, apogėjų pasiekė 1994 metais. Pagal amžių standartizuoti mirtingumo rodikliai jau nuo 1995–ųjų ėmė sparčiai mažėti. Rengiant 2000 metų NST metinį pranešimą, kurio pagrindinė tema buvo skirta Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimui su ES sveikatos priežiūros



nuostatomis<sup>64,65</sup>, buvo stebėtas ženklus darbingo amžiaus (iki 65 metų) šalies gyventojų pagrindinių mirties priežasčių lemto mirtingumo rodiklių kasmetis mažėjimas (1 lentelė).

**1 lentelė. Pagrindinių mirties priežasčių lemto mirtingumo rodiklių kaita Lietuvos darbingo amžiaus (0–64 metų) populiacijoje 1994–2000 metais**

Priežastis	Pokytis procentais per metus	
	Vyrai	Moterys
Bendras mirtingumas	–6,9 (p = 0,07)	–6,3 (p = 0,02)
Visos kraujotakos sistemos ligos	–6,6 (p = 0,04)	–8,1 (p = 0,03)
Išeminė (koronarinė) širdies liga	–10,0 (p = 0,02)	–15,6 (p = 0,01)
Piktybiniai navikai	–2,7 (p = 0,04)	–0,3 (n. s.)
Išorinės priežastys	–6,5 (p = 0,01)	–6,1 (p = 0,02)

Analogiškai mirtingumo rodiklių mažėjimas atsispindėjo ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) kaitos tendencijose.

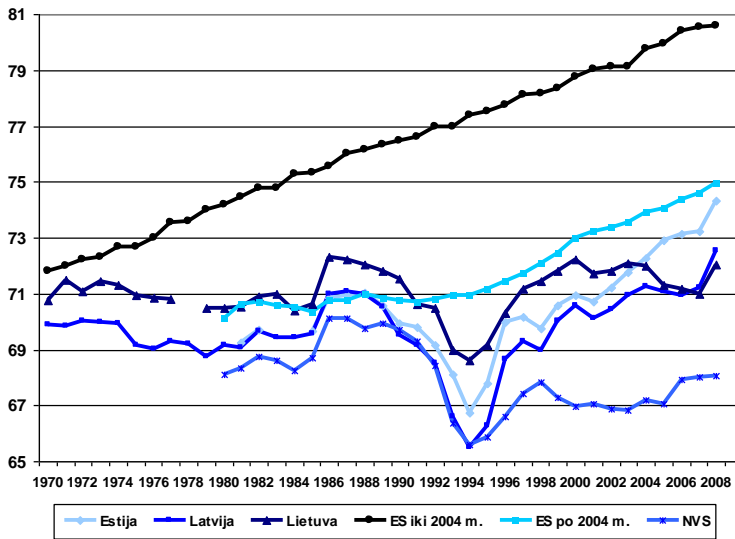
Tokios minėtų sveikatos rodiklių tendencijos leido pakankamai optimistiškai vertinti 1998 metais priimtos Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo prognozes, bent jau turint omenyje joje įvardytus kiekybinius pagrindinių mirties priežasčių lemtus mirtingumo rodiklių siekius. 1 ir 2 paveiksluose pateikti Lietuvos sveikatos rodikliai ir jų kaitos tendencijos buvo akivaizdžiai geriausi tarp Baltijos šalių. Be to, beveik tiek pat Lietuva lenkė NVS rodiklius, kiek atsiliko nuo senbuvų ES šalių narių (ES 15). Tačiau po 2000 metų ėmė ryškėti neigiamos ir susirūpinimą keliančios minėtų rodiklių tendencijos, verčiančios ieškoti tokių pokyčių priežasčių (ši problema plačiau aptariama kito skyriaus dalyse). Malonią išimtį sudarė kūdikių mirtingumo rodiklių kaitos tendencijos, kurios išlaikė sistemingo mažėjimo kryptį (3 pav.).

Kūdikių mirtingumo rodikliai visoje šalių socialinės ir ekonominės pažangos vertinimo sistemoje šiandien įvardijami šios pažangos ekvivalentu. Baltijos ir ES šalių kūdikių mirtingumo rodiklių kiekybinė išraiška ir jų kaitos tendencijos rodo akivaizdžią Lietuvos pažangą, kuri gerokai nutolino nuo NVS šalių rodiklių.

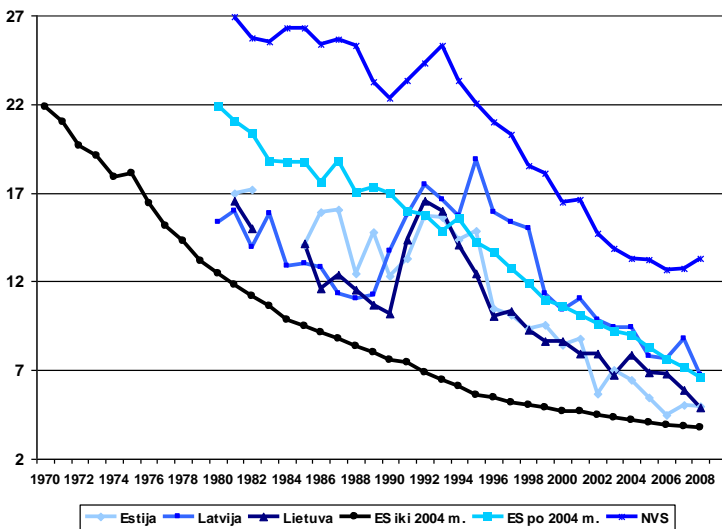
<sup>64</sup> Grabauskas V. Nacionalinės sveikatos politikos raida. Kn.: Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas: KMU leidykla, 2004, p. 196–214.

<sup>65</sup> Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas 2000: Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į Europos Sąjungą. Vilnius, 2000.

Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



2 paveikslas. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) kaitos tendencijos Baltijos, ES, NVS ir Europos šalyse, metais



3 paveikslas. Kūdiklių mirtingumo rodiklių kaitos tendencijos Baltijos, ES, NVS ir Europos šalyse, 100 000 gimusių gyvų

Sveikatos sistemos funkcionavimo atžvilgiu įdomus ir svarbus jau minėtas tyrimas, kurį atliko PSO ir paskelbė 2000 metų globaliame pasaulio šalių sveikatos raporte<sup>66</sup>. Pritaikiusi tarptautinių ekspertų pasiūlytą integruotą rodiklių sistemą, PSO suskirstė šalis nares pagal jų sveikatos sistemų funkcionavimo efektyvumą. Kaip matyti iš 2 lentelėje pateiktų duomenų, Lietuva tarp beveik 200 PSO reitinguotų pasaulio šalių pagal sistemos atsako efektyvumą dalijosi 45–47 vietas, pagal suminį sistemos tikslų pasiekimą buvo 52 vietoje, o pagal sveikatos sistemos funkcionavimo teisingumą dalijosi 131–133 vietas.

**2 lentelė. Lietuvos sveikatos sistemos funkcionavimo efektyvumas**

Rodikliai	Vieta pasauliniame reitinge (iš 191 šalies)
Sveikatos tikslų pasiekimas	
Negalios koreguota vidutinė būsimo gyvenimo trukmė	63
Vaikų išgyvenamumo tolygumas	48
Sistemos atsako efektyvumas	45–47
Sistemos finansavimo teisingumas	131–133
Suminis sistemos tikslų pasiekimas	52

*Šaltinis: World Health Report 2000: Health systems – improving performance, WHO, Geneva, 2000.*

Kitaip tariant, pagal pirmojo atkurtos Lietuvos nepriklausomybės dešimtmečio sveikatos sistemos funkcionavimo efektyvumą Lietuva priskirta pirmajam ketvirtadaliui turtingiausių ir geriausiai sveikatos reikalus besitvarkančių pasaulio šalių, o pagal sistemos finansavimo teisingumą – ketvirtadaliui prasčiausiai besitvarkančių šalių.

Nors Lietuva su kitomis 9 šalimis ES nare tapo 2004 metų gegužę, daugelio sveikatos rodiklių palyginimas ES kontekste geriausiu atveju buvo teikiamas pagal 2002 m. duomenis, taigi terminas „amžių sandūroje“ čia labiausiai derėjo. Kai kurių pagrindinių sveikatos rodiklių palyginimas (3 lentelė) rodo, kad Lietuvos gyventojų VGT buvo ilgesnė nei Estijoje ir Latvijoje, tačiau net 6,52 metų trumpesnė nei senbuvėse ES šalyse. Kūdikių mirtingumo rodikliu Lietuva lenkė dar ir Vengriją, tačiau šis rodiklis 2,04/1 000 gimusių gyvų buvo didesnis nei senbuvėse ES šalyse.

Vertinant pagrindinių mirties priežasčių rodiklius, Lietuva pagal mirtingumą nuo piktybinių navikų beveik nesiskyrė nei nuo ES senbuvė, nei nuo naujųjų narių, tačiau išeminės širdies ligos atveju su Estija ir Latvija daugiau nei 3 kartus lenkė senbuvės ES šalis. Lietuvos ir ypač Latvijos išorinių priežasčių lemtas mirtingumas daugiau nei 2 kartus buvo didesnis už senbuvį ES šalių.

<sup>66</sup> World Health Report 2000: Health systems – improving performance, WHO, Geneva, 2000.

**3 lentelė. Pagrindiniai naujųjų (E 10) ir senbuvų (E 15) Europos Sąjungos šalių sveikatos rodikliai**

Šalys	Vidutinė gyvenimo trukmė	Kūdikų iki vienerių metų mirtingumas	SMR/100 000 gyventojų, visi amžiai		
			Išeminė širdies liga	Piktybiniai navikai	Transporto traumos
Čekija	75,43	3,97	184,20	234,07	11,72
Estija	70,71	8,79	330,70	197,17	13,49
Kipras	79,35	4,9	–	–	–
Latvija	70,12	11,04	306,39	197,59	23,48
Lenkija	74,37	7,67	133,47	216,46	13,58
Lietuva	72,2	6,8	333,03	196,86	21,53
Malta	78,85	4,32	160,48	162,11	4,33
Slovakija	73,82	6,24	287,99	222,25	12,29
Slovėnija	76,49	4,25	100,15	204,08	13,57
Vengrija	72,56	8,13	225,46	265,58	12,39
ES vidurkis	78,72	4,74	97,57	183,22	10,24

Šaltinis: pagal 2002 metų PSO duomenų bazę

Taigi viena vertus Lietuva XXI amžių sutiko turėdama pagrindo didžiuotis daugelio gyventojų sveikatos rodiklių kaitos tendencijomis (ženklus pokrizinis svarbiausių mirties priežasčių lemtas mirtingumo mažėjimas, ženklus ir sistemingas kūdikių mirtingumo mažėjimas), kita vertus – turėdama dar gerokai didesnius kai kurių pagrindinių mirties priežasčių lemtus mirtingumo rodiklius, palyginti su senbuvėmis ES šalimis. Atkreiptinas dėmesys, kad PSO atliktas globalus sveikatos sistemų efektyvumo vertinimas atskleidė Lietuvos paradoksą: nežiūrint į akivaizdžią sveikatos sistemos finansavimo teisingumo stoką, pati sistema (greičiausiai dėl sveikatos sektoriaus pastangų) pasauliniame reitinge pagal efektyvumą atrodė pakankamai solidžiai.

## **Lietuvos gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemos rodikliai tarptautiniame kontekste XXI amžiaus pirmojo dešimtmečio pabaigoje**

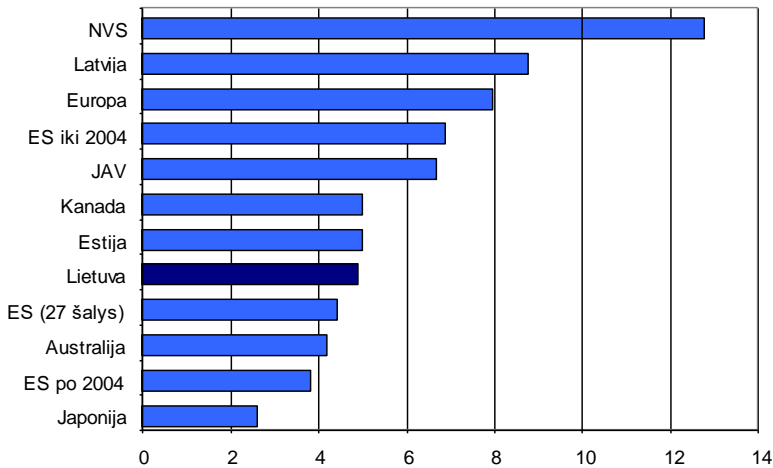
Vėlgi, pradedant nuo labiausiai integruoto ir dažniausiai tarptautiniams palyginimams naudojamo rodiklio VGT, akivaizdu, kad po 2000 metų pradėjęs didėti Lietuvos gyventojų bendrasis mirtingumas (1 pav.) negalėjo neatsispindėti ir VGT kaitoje.

**4 lentelė. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Baltijos, ES, NVS, Europos ir kai kuriose OECD grupės šalyse (2008 metų arba vėlesnių metų, esančių duomenų bazėse, duomenimis)**

Šalys	VGT (bendras)	VGT (vyrai)	VGT (moterys)	VGT (nuo 65 m.)
Estija (2008)	74,34	68,74	79,6	16,86
Latvija (2007)	71,2	65,78	76,52	15,54
Lietuva (2008)	72,05	66,35	77,73	16,26
Europa (2008)	75,38	71,58	79,22	17,25
ES (27 šalys, 2007)	79,31	76,25	82,3	18,99
ES iki 2004 m. (2007)	80,44	77,58	83,19	19,57
ES po 2004 m. (2007)	74,76	70,68	78,85	16,54
NVS (2006)	67,86	62,55	73,45	14,06
Australija (2007)	81,4	79,0	83,7	–
Kanada (2006)	80,7	78,4	83,0	–
Japonija (2007)	82,6	79,2	86,0	–
JAV (2006)	78,1	75,4	80,7	–

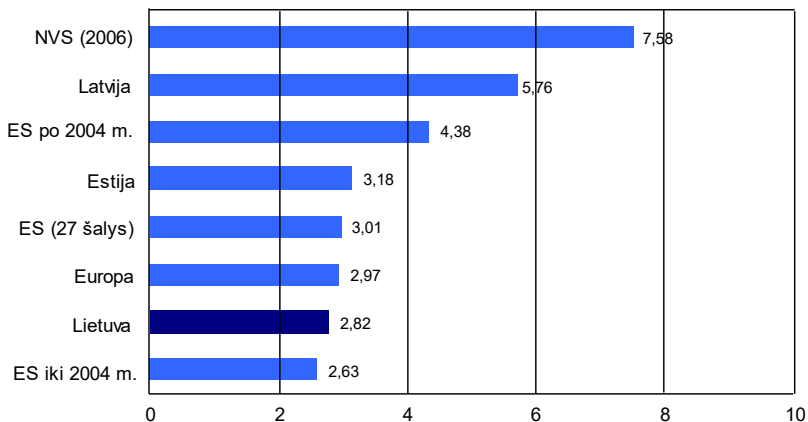
Kaip rodo 4 lentelėje pateikti duomenys, bendraja VGT Lietuva lenkė tik Latviją ir NVS šalis. Skirtumas tarp Lietuvos gyventojų VGT ir ES senbuvių buvo 8,4 metų, o palyginti su ilgiausią VGT turinčia Japonija – net 10,55 metų. Didžiausi VGT skirtumai tarp šalių grupių stebimi vyrų populiacijoje, tarp moterų jie yra mažesni. Atkreiptinas dėmesys, kad šio dešimtmečio pabaigoje visose trijose Baltijos šalyse, kaip ir NVS, išliko ženklus skirtumas tarp moterų ir vyrų VGT, vidutiniškai siekiantis apie 11 metų, t. y. dukart didesnis nei senbuvėse ES ir OECD grupės šalyse. Vertinant VGT rodiklius vyresnėse nei 65 metai populiacijose, tarp kurių stebimi smarkiai mažesni skirtumai, matyti, kad Lietuvos, kaip ir kitų Baltijos ir NVS šalių, problema yra ta, kad iš gyvenimo pasitraukia darbingo amžiaus žmonės.

Statistiškai didžiausios įtakos VGT turi jauno amžiaus šalies gyventojų mirtys, visų pirma – kūdikių mirtingumas. Šio rodiklio kaitos tendencijos, pristatytos 3 paveiksle, rodo, kad 2008 metais Lietuva su rodikliu 4,9/1 000 gimusiųjų priartėjo prie ES (4,4), nedaug skiriasi nuo ES senbuvių (3,9) ir smarkiai lenkia Europos vidurkį (7,95), jau nekalbant apie NVS (12,78). Kūdikių mirtingumo palyginimas Europos ir pasaulio kontekste (4 pav.) akivaizdžiai rodo, kad Lietuva pagrįstai turėtų būti priskiriama prie geriausiai šioje sveikatos srityje besitvarkančių pasaulio šalių.



4 paveikslas. Kūdikių mirtingumas 1 000 gimusių gyvų Baltijos, ES, NVS, Europos ir OECD šalių grupėse

Panašų teiginį galima formuluoti ir vertinant naujagimių mirtingumo rodiklius (naujagimių mirtys 1 000 gimusių gyvų) Europos kontekste (dėl duomenų stokos nėra galimybių palyginti su OECD grupės šalimis). Kaip matyti iš 5 paveiksle pateiktų duomenų, naujagimių mirtingumo rodiklis 2008 metais buvo tarp mažiausių Europoje.



5 paveikslas. Naujagimių mirtys 1 000 gimusių gyvų Baltijos, ES, NVS ir Europos šalių grupėse

Taigi Lietuvos gyventojų VGT atspindinti šalies sveikatos sistemos (ne vien sveikatos priežiūros!) funkcionavimo efektyvumą, daugiausia priklauso nuo vėlesniais gyvenimo periodais atsirandančių priežasčių, lemiančių per daug ankstyvas mirtis. Tai dažniausiai lėtinės neinfekcinės ligos (LNL) ir išorinės mirties priežastys. 5 lentelėje pateikti pagal amžių standartizuoti svarbiausių mirties priežasčių rodikliai rodo, kad Europos kontekste Lietuvos gyventojų kraujotakos sistemos ligų ir išorinių priežasčių lemtas mirtingumas 2008 metais buvo vienas didžiausių – Lietuvą lenkė tik NVS šalių grupė ir kai kuriais atvejais Latvija.

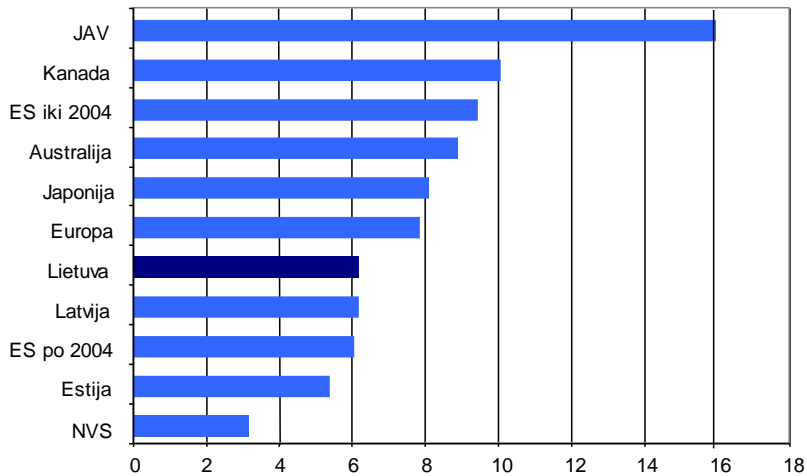
**5 lentelė. Svarbiausių mirties priežasčių lemti standartizuoti mirtingumo rodikliai 100 000 gyventojų Baltijos, ES, NVS ir Europos šalyse (2008 metų arba vėlesnių metų, esančių duomenų bazėse, duomenimis)**

Šalys	Kraujotakos sistemos ligos	Išeminė širdies liga	Piktybiniai navikai	Išorinės mirties priežastys
Estija	451,42	224,37	190,33	92,74
Latvija	565,98	298,61	193,58	115,19
Lietuva	520,12	321,29	194,96	134,02
Europa	423,52	197,86	167,64	74,58
ES (27 šalys)	244,22	91,82	174,19	39,42
ES iki 2004 m.	192,25	73,22	167,52	33,86
ES po 2004 m.	449,06	165,64	200,66	61,12
NVS (2006)	766,82	397,94	156,76	145,02

Nekartojant ankstesniame (R. Kalėdienės) skyriuje pateiktos informacijos apie ženklių socialinių ir sveikatos skirtumų buvimą Lietuvoje ir šios situacijos neigiamas tendencijas per pirmąjį XXI amžiaus dešimtmetį, būtina pažymėti, kad tai neabejotinai lemia kai kurių sveikatos rodiklių kaitos neigiamų tendencijų atsiradimą po 2000–ųjų. Šio dešimtmečio pabaigos duomenimis, pateikiama informacija apie sveikatos priežiūros sektoriaus funkcionavimą tarptautiniame kontekste iliustruoja, kad ir šiandien Lietuvos sveikatos priežiūros sektorius funkcionuoja socialiniu ir ekonominiu atžvilgiu pakankamai įtemptoje erdvėje.

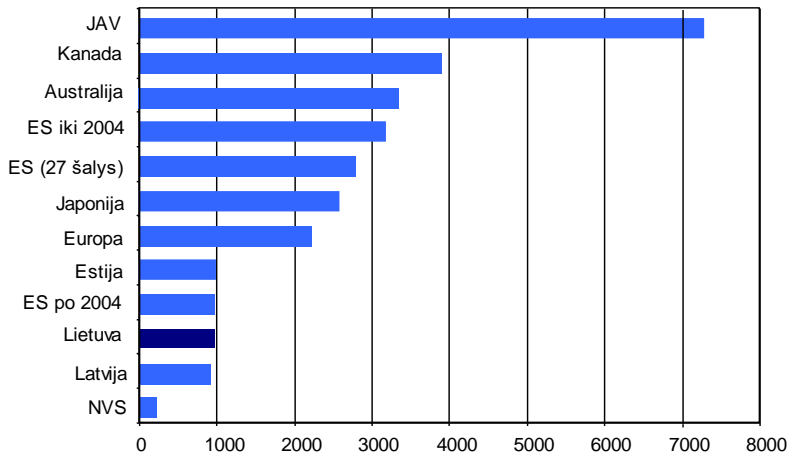
Aptariant tarptautinius palyginimus, derėtų pradėti nuo to, kokią dalį savo nacionalinio produkto šalys išleidžia sveikatai. Paskutinių pricinamų metų (2006–2007 m.) duomenimis, sveikatos išlaidos, kaip proporcija nuo nacionalinio produkto, pateikiamos 6 paveiksle. Lietuva su kitomis dviem Baltijos šalimis, skirdama apie 6 proc. BVP, pagal šį rodiklį yra artima dabartinei ES, tačiau gerokai atsilieka nuo ES senbuvų ir daugumos OECD šalių (apie 8–10 proc.) Pagal sveikatos išlaidas akivaizdžiai išsiskiria JAV (16 proc.), kurios, deja, negarantuoja šiai šaliai adekvačių nacionalinių sveikatos rodiklių.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



**6 paveikslas. Sveikatos išlaidų proporcija (proc.) nuo bendrojo vidaus produkto Baltijos, ES, NVS, Europos ir OECD šalių grupėse**

Informatyvus rodiklis yra ir sveikatos išlaidų suma, tenkanti vienam šalies gyventojui (7 pav.).



**7 paveikslas. Sveikatos išlaidos tarptautiniais doleriais vienam gyventojui (PPP \$) Baltijos, ES, NVS, Europos ir OECD šalių grupėse**



**6 lentelė. Sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai Baltijos, ES, NVS, Europos ir OECD šalių grupėse**

Šalys	Gydytojai				Odontologai	Slaugytojai
	Iš viso	Terapinio profilio	Chirurginio profilio	Bendroji praktika		
Estija	328,53	124,22	47,49	63,49	87,46	655,21
Latvija	304,91	89,1	44,07	54,92	68,19	547,95
Lietuva	406,71	136,15	56,37	77,47	70,95	734,8
Europa	339,21	106,57	42,32	67,92	51,46	725,9
ES (27 šalys)	321,62	106,25	39,31	96,68	59,88	745,47
ES iki 2004 m.	337,72	98,6	42,59	102,38	64,48	804,79
ES po 2004 m.	253,23	125,36	27,84	65,21	42,42	557,26
NVS (2006)	376,78	103,7	48,17	28,78	32,14	794,73
Australija (2007)	281	124,22	47,49	63,49	87,46	966
Kanada (2006)	218	89,1	44,07	54,92	68,19	902
Japonija (2007)	209	136,15	56,37	77,47	70,95	935
JAV (2006)	243	106,57	42,32	67,92	51,46	1057

Jeigu Lietuvos ir kitų Baltijos šalių gyventojams, kaip ir visoje dabartinėje ES (E 27), tenka apie 1 000 tarptautinių JAV dolerių, tai ES senbuvėse ir OECD šalyse – 3–3,5 karto, o JAV – net 7,5 karto didesnė suma. Taigi šių šalių sveikatos priežiūros sistemos turi daugiau galimybių apsirūpinti modernesne įranga ir brangiomis naujausiomis gydymo priemonėmis.

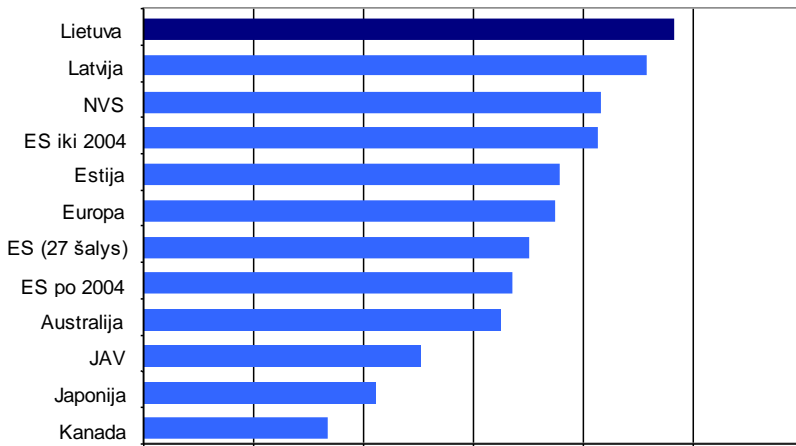
Kita tarptautiniu mastu lyginama sveikatos priežiūros sistemos rodiklių grupė yra žmogiškieji ir struktūriniai ištekliai bei jų veiklos išraiška. Analizuojamų šalių grupėse pateiktų žmogiškųjų išteklių rodikliai (6 lentelė) rodo pakankamai didelę įvairovę (nors sudėtinga lyginti šalių grupių vidurkius su atskirų šalių rodikliais).

Tačiau, jeigu paimtume bendrą gydytojų skaičių 100 000 gyventojų, akivaizdu, kad pagal šį rodiklį Lietuva būtų viena lyderių. Tik ir šiandien lieka neatsakytas klausimas, ar šis rodiklis realiai atspindi praktinėje sveikatos priežiūroje dirbančių gydytojų skaičių. Kitas akivaizdus faktas, kad, palyginti su senbuvėmis ES ir OECD grupės šalimis, Lietuva su kitomis Baltijos šalimis atsilieka profesionalių slaugytojų skaičiumi.

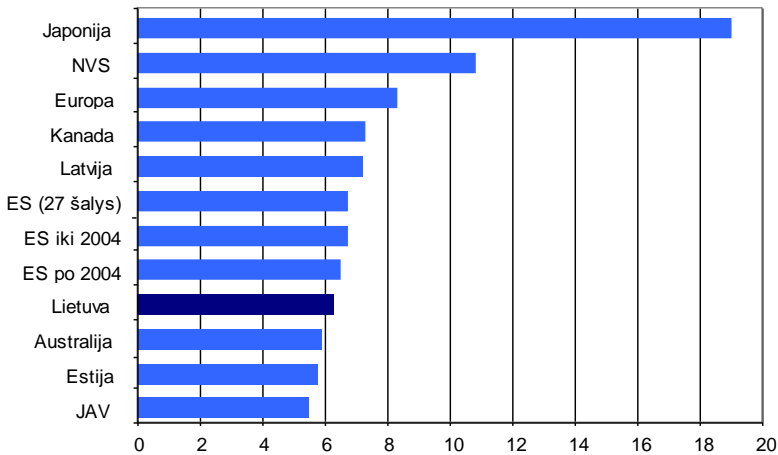
Dėl įvairių šalių vartojamos ligoninių klasifikacijos painiavos bendro ligoninių skaičiaus rodiklis šiame skyriuje neaptariamas. Tarptautiniu mastu labiau pagrįstas hospitalizacijų skaičiaus palyginimas.

Kaip matyti iš 8 paveiksle pateiktų duomenų, Lietuva nežymiai, tačiau pirmąją pagal hospitalizacijų skaičių 100–ui gyventojų. Galima teigti, kad apskritai hospitalizacijos požiūriu Europoje ši tradicija gerokai dažnesnė, palyginti su OECD grupės šalimis. Tačiau vidutinės gulėjimo trukmės tendencijos ūmios pagalbos (vadinamojo trumpo gulėjimo) stacionare yra visiškai kitokios (9 pav.). Čia Lietuva patenka tarp trumpiausią vidutinio gulėjimo trukmę praktikuojančių šalių. Japonijoje šis rodiklis, palyginti su Lietuva, yra didesnis net tris kartus.

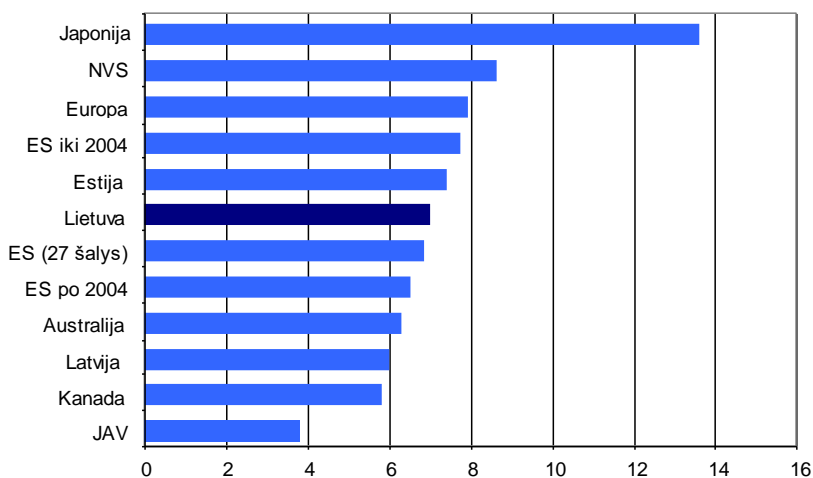
Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



8 paveikslas. Hospitalizacijų skaičius 100–ui gyventojų Baltijos, ES, NVS, Europos ir OECD šalių grupėse



9 paveikslas. Vidutinė gulėjimo trukmė ūmios pagalbos (vadinamojo trumpo gulėjimo) ligoninėse Baltijos, ES, NVS, Europos ir OECD šalių grupėse



**10 paveikslas. Ambulatorinių gydytojo konsultacijų, tenkančių vienam gyventojui per metus, skaičius Baltijos, ES, NVS, Europos ir OECD šalių grupėse**

Vertinant ambulatorinės pagalbos tradicijas analizuojamų šalių grupėse (10 pav.), Lietuva užima vidurinę padėtį.

Daugiausiai ambulatorinių gydytojo konsultacijų, tenkančių vienam gyventojui per metus, registruojama Japonijoje, mažiausiai – JAV.

Taigi šiame skyriuje pristatyti kai kurie sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodikliai rodo skirtingose šalyse susiklosčiusių tradicijų įvairovę. Lietuva šioje įvairovėje neišsiskiria kokia nors radikalia pozicija, išskyrus finansavimo stoką. Tačiau dideli suaugusiųjų mirtingumo rodikliai ir jų neigiamos kaitos tendencijos per pastarąjį dešimtmetį verčia iš pagrindų peržiūrėti ne tik sveikatos priežiūros, bet ir visą sveikatos sistemą, vertinant sveikatos sektoriaus funkcionavimą visos šalies socialinės ir ekonominės sandaros kontekste.

## Apibendrinimas

Kaip minėta, sveikatos priežiūros ir sveikatos sistemų plačiąja prasme tarptautinis palyginimas moksliniu požiūriu yra nepaprastai sudėtinga problema. Netgi pati šalis negali paprastai atsakyti į klausimą, ar efektyviai funkcionuoja sveikatos sistema, kai nėra atlikti moksliskai pagrįsti kainos ir efekto koncepcijomis grįsti tyrimai. Dėl daugelio priežasčių Lietuvos sveikatos priežiūrai ir apskritai sveikatos sistemai palyginti tarptautiniame kontekste pasirinktas labai paprastas modelis: a) kokiais sveikatos priežiūros ištekliais disponuoja analizuojamos šalys ar šalių grupės (finansiniais, žmogiškaisiais, struktūriniais); b) kaip šie ištekliai

panaudojami ir c) koks sistemos funkcionavimo rezultatas, išreiškiant kai kuriais pasirinktais pagrindinių sveikatos problemų vertinimo rodikliais (šiuo atveju patikimiausiai tarptautiniu mastu palyginamais mirtingumo ir jo išvestiniais rodikliais, pavyzdžiui, integruotas VGT rodiklis). Dar derėtų pridėti politinio šalies įsipareigojimo buvimą savo piliečių sveikatos problemų sprendimui, t. y. aukščiausio politinio lygmens patvirtintą šalies sveikatos politikos dokumentą ir įgyvendinimo programą. Formaliai, bent iki šiol, Lietuva, turėdama 1998 metais LR Seimo patvirtintą Nacionalinę sveikatos programą, šiuo požiūriu neatsiliko nuo daugelio kultūringų šalių<sup>67</sup>.

Lietuvos sveikatos priežiūros išteklių ir gyventojų sveikatos būklės analizė tarptautiniame kontekste įtikinamai parodo būtinybę kritiškai ir mokslškai pagrįstai vertinti Lietuvos sveikatos politikos ir svarbiausia – jos įgyvendinimo strateginius prioritetus. Primityvi ir atgyvenusi praktika visą atsakomybę už šalies piliečių sveikatos problemas suversti sveikatos priežiūros sektoriui ir sveikatos profesijai neduoda ir negali duoti pageidaujamo rezultato, net jei užtikrinamas pakankamai aukšto lygio sveikatos priežiūros sistemos finansavimas. Pamokantis pavyzdys šiuo atveju gali būti nacionalinių sveikatos rodiklių palyginimas tarp senbuvų ES šalių ir JAV. Šiuo metu JAV sveikatos priežiūrai išleidžia apie 16 proc. nuo BVP (o išlikus dabartinėms tendencijoms prognozuojama, kad 2025 metais ši proporcija priartėtų prie 20 proc., t. y. penktadalio šalyje sukuriama BVP), taigi derėtų tikėtis, kad šios šalies nacionaliniai sveikatos rodikliai turėtų būti kur kas geresni nei panašaus socialinio ir ekonominio išsivystymo šalių, kokios yra ES senbuvės. Tačiau yra atvirkščiai – vidutiniškai sveikatos priežiūrai išleidžiamos 8–9 proc. BVP, jos turi smarkiai geresnius savo šalių nacionalinius sveikatos rodiklius<sup>68</sup>. Dar daugiau, vienas svarbiausių nacionalinių sveikatos rodiklių – kūdikių iki vienerių metų mirtingumas – Lietuvoje, kurioje 2008 metais valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai sudarė apie 6 proc. BVP, šis rodiklis buvo 4,9/1 000 gimusiųjų gyvų, t. y. smarkiai geresnis nei JAV<sup>69,70,71</sup>. Tenka daryti išvadą, kad ne vien finansavimo dydis lemia šalies gyventojų sveikatos lygį<sup>72,73,74,75,76</sup>.

---

<sup>67</sup> Lietuvos sveikatos programa, LR SAM. Vilnius, 1998.

<sup>68</sup> World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008). Health systems, health and welth: assessing case of investing in health systems. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2008, p. 65.

<sup>69</sup> Lietuvos sveikatos programa, LR SAM. Vilnius, 1998.

<sup>70</sup> World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008). Health systems, health and welth: assessing case of investing in health systems. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2008, p. 65.

<sup>71</sup> Lietuvos sveikatos informacijos centras; interneto prieiga: <http://www.lsic.lt>.

<sup>72</sup> World Health Report 2000: Health systems – improving performance, WHO. Geneva, 2000.

<sup>73</sup> Grabauskas V. Nacionalinės sveikatos politikos raida. Kn.: Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas: KMU leidykla, 2004, p. 196–214.

<sup>74</sup> Grabauskas V. Nuo klasikinių epidemiologinių tyrimų iki nacionalinės sveikatos politikos formavimo. Kn.:

Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas: KMU leidykla, 2004.

<sup>75</sup> Petrauskienė J., Kalėdienė R., Starkuvienė S. Sveikatos nelygybės vertinimas remiantis mirtingumo statistika.

Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas: KMU leidykla, 2004.

<sup>76</sup> Jankauskienė D. Sveikatos politika ir valdymas Lietuvoje ir jų tobulinimo kryptys. Habilitacijai teikiamų mokslo darbų apžvalga. Vilnius: MRU, 2008.

Finansai yra labai svarbus elementas – be atitinkamų išteklių paprasčiausiai neįmanoma teikti šiuolaikiškos medicinos pagalbos. Tačiau taip pat svarbūs ir kiti sveikatos sistemos elementai, visų pirma šalies piliečių sveikatos pripažinimas valstybės socialinės ir ekonominės pažangos garantu. Investicija į sveikatą yra investicija į šalies pažangos dabartį ir ateitį. Kaip minėta, ši investicija nėra vien finansai, bet visų pirma šalies politinis įsipareigojimas visą valstybės socialinės sandaros sistemą, t. y. visų visuomenės socialinės ir ekonominės veiklos sektorių veiklą, orientuoti į sveikatos saugą, jos stiprinimą, ligų prevenciją<sup>77,78,79</sup>. Tada sveikatos sektoriui liks daugiau galimybių atlikti savo tiesiogines pareigas ir funkcijas. Kai kurių sveikatos rodiklių ir jų kaitos analizė perša išvadą, kad sveikatos sektorius, tiksliau – medicinos pagalbos galimybės, vien šio sektoriaus pastangomis sprendžiant pagrindinę Lietuvos žmonių sveikatos – LNL – problemą, praktiškai išsemtos. Tai ypač akivaizdu vertinant nagrinėjamų rodiklių kaitą po 2000 metų<sup>80,81,82</sup>. Lietuvos populiacija senėja, didėja ir su šiuo procesu iš dalies susijusi LNL problema. Senbuvų ES šalių populiacija taip pat senėja, tačiau daugelio LNL rodiklių kaitos tendencijos visiškai skiriasi nuo pastaraisiais metais stebimų Lietuvoje.

Lietuvos gyventojų mirtingumo kreivė (ir bendrojo, ir lemto pagrindinių mirties priežasčių), pasukusi rusiškuoju keliu, iš tiesų turi kelti didelį susirūpinimą ne tik sveikatos priežiūros sektoriui, bet ir visai valstybei. Lietuvos populiacijos senėjimas yra tik viena tokios tendencijos – ir anaipol ne svarbiausia – didėjančio mirtingumo priežastis. Jeigu per analizuojamąjį laikotarpį standartizuotas bendrasis mirtingumas dėl šalies gyventojų senėjimo kasmet vidutiniškai didėjo 1,5 proc., o vyrai mirė 1,5 karto dažniau nei moterys, tai darbingo amžiaus (0–64 m.) grupėje didėjimo tendencijos buvo didesnės, o vyrai mirė net 3 kartus dažniau nei moterys. Tokia mirtingumo rodiklių kaita negalėjo neatsispindėti VGT rodikliuose. Iki 2000 metų smarkiai ilgėjusi VGT, jau nuo 2001 metų ėmė kisti mažėjimo kryptimi. Šio rodiklio neigiamam pokyčiui didžiausios įtakos turėjo priešlaikinės (ankstyvosios) mirtys. Jaunesnių nei 65 metų amžiaus Lietuvos vyrų mirtys VGT šiame laikotarpyje sutrumpino 12 metų, moterų – 6 metais. Skirtingos priežastys nevienodai lėmė gyvenimo trukmę. Kraujotakos sistemos ligos vyrų VGT trumpino 12, o moterų – 9 metais. Jeigu būtų išvengta išorinių mirties priežasčių, vyrų VGT pailgėtų 5, o

---

<sup>77</sup> World Health Organization, *Closing the gap in a generation: Health through action on the social determinants of health*, WHO, Geneva, 2008, p. 256.

<sup>78</sup> The European Health Report 2009: Health and health systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009, p. 178.

<sup>79</sup> Grabauskas V. Higher education and its contribution to public health: tackling health inequalities through health policy in Lithuania. In: *Higher Education and National Development: Universities and societies in transition*, Eds.: D. Bridges et al., Routledge, Abingdon, UK and New York, USA, 2007, p. 235–249.

<sup>80</sup> Grabauskas V., Gaižauskienė A., Senkuvienė R. Lietuvos žmonių sveikatos problemos, rodikliai ir jų pokyčių raida. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007: sveikata ir saugumas – protrūkiai ir krizės. Vilnius, 2008, p. 10–24.

<sup>81</sup> Lietuvos sveikatos informacijos centras; interneto prieiga: <http://www.lsic.lt>.

<sup>82</sup> Grabauskas V., Gaižauskienė A., Jaselionienė J. Lietuvos gyventojų sergamumo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis problema Europos Sąjungos kontekste. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinų neinfekcinių ligų kontrolė. Vilnius, 2009, p. 7–18.

moterų 1 metais. Piktybiniai navikai Lietuvos gyventojų VGT trumpino vidutiniškai 2,5 metų<sup>83,84,85,86</sup>.

Turimų duomenų analizė, skaičiuojant Lietuvos gyventojų išvengiamo mirtingumo rodiklius, parodė, kad dėl mirties priežasčių, kurių išvengti galima prevencinėmis priemonėmis, mirtingumo proporcijos didėjimas buvo žymesnis. Lietuvos moterų populiacijoje šių priežasčių lemtas mirtingumas analizuojamu laikotarpiu kasmet didėjo net po 10,9 proc., o vyrų – po 4,2 proc. Tai parodo valstybės sveikatos politikos įgyvendinimo veiksmingumo stoka<sup>87,88</sup>. Tiesa, pastaraisiais metais pradėję mažėti moterų mirtingumo nuo krūties ir gimdos kaklelio vėžio rodikliai gali būti pradedti įgyvendinti nacionalinių atrankinių patikrų pirmieji ženklai, tačiau labiau pagrįstoms išvadoms reikia tolesnio šių programų įgyvendinimo ir ilgesnės stebėsenos.

Plintanti alkoholio ir tabako vartojimo epidemija, jau apėmusi ir Lietuvos moteris, o blogiausia – Lietuvos jaunimą, verčia skambinti visais pavojaus varpais. Rūkymo įpročių augimas tarp moterų 2,5 karto, stiprių alkoholinių gėrimų vartojimo – 2, o nestiprių – beveik 3 kartus gali būti laikomas sveikatą žalojančios gyvensenos indikatoriumi<sup>89</sup>. Apmaudu, kad politikų ir verslininkų debatuose sprendimai priimami ne Lietuvos žmonių sveikatos, bet verslo atstovų pelno labui. Ypač tai akivaizdu pastaruoju metu diskutuojant dėl alkoholio vartojimo problemos. Akcizų sumažinimas prekybai alkoholiu, jo prieinamumo ir vartojimo padidėjimas 2002–2004 ir 2005–2007 metais bent ketvirtadaliu padidino bendrojo mirtingumo rodiklius Lietuvoje, o vien tik 2007 metais tai sudarė 5 760 arba 12,6 proc. papildomų mirčių nuo alkoholio<sup>90</sup>. Verslo tikslais pasitelkiamos masinės informacijos priemonės, klaidinama visuomenė, o sveikatos priežiūros sektorius priverstas tvarkyti sveikatos problemas, kurių neabejotinai būtų mažiau, jeigu būtų priimami Lietuvos žmonių sveikatai palankūs sprendimai, o svarbiausia – jie nuosekliai įgyvendinami.

---

<sup>83</sup> Grabauskas V., Gaižauskienė A., Senkuvienė R. Lietuvos žmonių sveikatos problemos, rodikliai ir jų pokyčių raida. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007: sveikata ir saugumas – protrūkliai ir krizės. Vilnius, 2008, p. 10–24.

<sup>84</sup> World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008). Health systems, health and wealth: assessing case of investing in health systems. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2008, p. 65.

<sup>85</sup> Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J. ir kiti. Risk factors for noncommunicable diseases in Lithuanian rural population: CINDI survey 2007. *Medicina* (Kaunas), 2008, 44 (8), p. 633–639.

<sup>86</sup> Gaižauskienė A., Senkuvienė R. Išvengiami mirtingumo Lietuvoje pokyčiai ir jų įtaka vidutinei gyvenimo trukmei (Trends available mortality in Lithuania and its impact on life expectancy). *Visuomenės sveikata* (Vilnius), 2004, 3 (26), p. 18–22.

<sup>87</sup> Grabauskas V., Gaižauskienė A., Jaselionienė J. Lietuvos gyventojų sergamumo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis problema Europos Sąjungos kontekste. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinių neinfekcinių ligų kontrolė. Vilnius, 2009, p. 7–18.

<sup>88</sup> Gaižauskienė A., Senkuvienė R. Išvengiami mirtingumo Lietuvoje pokyčiai ir jų įtaka vidutinei gyvenimo trukmei (Trends available mortality in Lithuania and its impact on life expectancy). *Visuomenės sveikata* (Vilnius), 2004, 3 (26), p. 18–22.

<sup>89</sup> Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J. ir kiti. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas, 2008. Kaunas, 2009, p. 155.

<sup>90</sup> Grabauskas V., Prochorskas R., Veryga A. Lietuvos gyventojų mirtingumo sąsajos su alkoholinių gėrimų vartojimu. *Medicina* (Kaunas), 2009, 45 (2), p. 1000–1012.

Tarptautinės organizacijos, pavyzdžiui, Pasaulio Sveikatos Organizacija, Pasaulio Bankas, dauguma įvairiausių tarptautinių iniciatyvinių grupių, per pastaruosius dvejus metus ypatingą dėmesį kviečia atkreipti į LNL<sup>91,92,93</sup>. Jų lemtos žalos mažinimas neįmanomas be rimto valstybių politinio įsipareigojimo mobilizuoti visą šalies socialinę ir ekonominę sandarą savo žmonių sveikatos problemoms spręsti, ypatingą dėmesį skiriant bendradarbiavimui tarp sektorių ir žinybų, ugdant sveikatą ir siekiant išvengti ligų. Sunku suvokti, kad, pavyzdžiui, alkoholizmo pasekmių tvarkymo priskyrimas sveikatos priežiūros sektoriui valstybėje matomas kaip problemos sprendimo būdas.

LNL profilaktikoje efektyviau savo darbą turėtų organizuoti ir sveikatos sektorius, harmoningai derindamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros veiksmus. PSO koordinuojamoje Kauno–Roterdamo studijoje ištirto kontingento ilgalaikio sekimo duomenų analizė parodė, kokiems esant pagrindinių rizikos veiksnių (RV) lygiams galima tikėtis mažiausio bendrojo mirtingumo, taip pat mirčių nuo pagrindinių LNL (7 lentelė).

**7 lentelė. Kvadratinės rizikos funkcijos metodu apskaičiuoti optimalūs rizikos veiksnių lygiai, kuriems esant per 10 stebėjimo metų registruota mažiausiai mirčių tarp Kauno 45–59 m. amžiaus vyrų populiacijos**

Rizikos veiksniai	RV optimalus lygis, kuriam esant registruojama mažiausiai mirčių			Pamatuotas RV lygis	Rekomen-duojamas RV lygis
	IŠL	Vėžys	Bendras mirtingumas		
Sistolinis spaudimas (mm Hg)	106,4	109,7	110,1	138,0	110
Diastolinis spaudimas (mm Hg)	77,1	92,1	62,7	88,1	65
Cholesterolis (mg proc.)	119,0	159,1	172,9	221,9	160
Kūno masės indeksas (kg/m <sup>2</sup> )	16,8	27,3	23,9	27,2	25
Gliukozė (mg proc.)	104,7	190,6	93,5	145,6	100
Rūkymas (cig./d.)	-36,8	-20,6	-36,3	7,7	0

Šio tyrimo duomenys parodė, kad mažiausiai mirčių Kauno vyrų populiacijoje per 10 metų nuo jų pradinio ištyrimo galima tikėtis tuo atveju, jeigu jų RV bus artimi tokiems vidurkiams: sistolinis kraujo spaudimas – 110 mm Hg, diastolinis – 65 mm Hg, bendras cholesterolis – 160 mg proc., kūno masės indeksas – 25, cukraus kiekis kraujyje atlikus gliukozės tolerancijos mėginį – 100 mg proc. ir nebus surūkoma nei vienos cigaretės<sup>94</sup>. Tačiau ne tik Lietuvos, bet ir tarptautinė patirtis

<sup>91</sup> A strategy to prevent chronic diseases in Europe – a focus on public health action: the CINDI vision. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

<sup>92</sup> Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, World Health Organization, 2006.

<sup>93</sup> Preventing chronic diseases: a vital investment. World Health Organization, 2006. Interneto prieiga: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/).

<sup>94</sup> Grabauskas V. From classical epidemiological research to health policy formulation: contribution of Kaunas Rotterdam Intervention Study. Medicina (Kaunas), 2003, 39 (12): 1184–1192.

rodo, kad efektyviai įgyvendinti prevencines programas iš tiesų nėra lengva. Lietuvoje vykdomos PSO koordinuojamos Integruotos lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos programos (CINDI) paskutinis RV stebėsenos tyrimas, atliktas penkiuose šalies rajonuose 2007–2008 metais<sup>95</sup>, parodė, kad aptariami RV lygiai šalies kaimiškųjų rajonų populiacijoje nėra net priartėję prie optimalių.

**8 lentelė. Rizikos veiksnių vidurkiai ir jų standartiniai nuokrypiai Lietuvos kaimiškųjų rajonų 25–64 m. amžiaus populiacijoje**

Rizikos veiksniai	Vyrai	Moterys
Sistolinis spaudimas (mm Hg)	140,0 (21,0)	133,6 (23,2)
Diastolinis spaudimas (mm Hg)	90,6 (13,2)	84,7 (12,3)
Bendras cholesterolis (mmol/l)	5,4 (1,1)	5,1 (1,1)
Kūno masės indeksas (kg/m <sup>2</sup> )	26,9 (5,0)	27,5 (6,4)
Rūkymo paplitimas proc. (reguliariai > 1 cig./d.)	47,5	18,1

Kaip matyti iš tyrimo rezultatų, Lietuvos populiacijos rizika sirgti LNL ir toliau yra labai didelė. Tokie svarbūs (pagal PSO kriterijus) lėtinių ligų RV kaip arterinė hipertenzija randama beveik dviem trečdaliams darbingo amžiaus vyrų ir beveik kas antrai moteriai, hipercholesterolemija – kas antram vyrui ir moteriai, nutukimas – kas penktam vyrui ir beveik kas trečiaai moteriai, reguliariai rūko kas antras vyras ir beveik kas penkta moteris, fizinio aktyvumo stoka jaučiama dviem trečdaliams vyrų ir moterų.

Deja, valstybės ir visuomenės socialinės sandaros mobilizavimas ir orientacija į sveikatos ugdymą, stiprinimą, ligų prevenciją nėra nei lengvas, nei nieko nekainuojantis. Tačiau ši investicija į sveikatą yra būtina ne tik Lietuvos žmonių sveikatai gerinti, bet ir tolesnei šalies socialinei ir ekonominei pažangai<sup>96,97,98,99,100</sup>. Dėl išplitusio sergamumo, per daug ankstyvų mirčių šalis praranda daug darbingo amžiaus žmonių. O tai didžiuliai ekonominiai nuostoliai. Todėl šiuo etapu Lietuvai labai svarbu greitai ir efektyviai įgyvendinti jau priimtus sprendimus visuomenės sveikatos sektoriuje, kurie pagrįsti visuomenės sveikatos mokslu ir nacionaliniu, ir

<sup>95</sup> Grabauskas V., Klumbienė J., Petkevičienė J. ir kiti. Risk factors for noncommunicable diseases in Lithuanian rural population: CINDI survey 2007. *Medicina (Kaunas)*, 2008, 44 (8), p. 633–639.

<sup>96</sup> Grabauskas V., Kalėdinė R., Gaižauskienė A., Gurevičius R., Kumpienė J., Petrauskienė J. Lietuvos gyventojų sveikata: rodikliai ir tendencijos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005. Vilnius, 2006, p. 12–26.

<sup>97</sup> World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008). Health systems, health and wealth: assessing case of investing in health systems. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2008, p. 65.

<sup>98</sup> Jankauskienė D. Sveikatos politika ir valdymas Lietuvoje ir jų tobulinimo kryptys. Habilitacijai teikiamų mokslo darbų apžvalga. Vilnius: MRU, 2008.

<sup>99</sup> Preventing chronic diseases: a vital investment. World Health Organization, 2006. Interneto prieiga: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/).

<sup>100</sup> Chronic disease: an economic perspective. The Oxford Health Alliance – confronting the epidemic of chronic disease. London, 2006, p. 59.



tarptautiniu lygmeniu<sup>101,102</sup>. Tikėtina, kad Visuomenės sveikatos biurų tinklo savivaldybėse sukūrimas, reali ir objektyvi visuomenės sveikatos stebėseną, šios informacijos viešinimas ir sistemingas aptarimas turėtų smarkiai prisidėti prie visuomenės skatinimo aktyviau ir konkrečiau įsijungti į savo sveikatos problemų sprendimą.

Baigiant derėtų grįžti prie tarptautinės bendrijos ekspertų suformuluotų rekomendacijų, kuriose PSO ir kai kurios kitos tarptautinės organizacijos nedviprasmiškai kviečia šalių narių vyriausybes nekartoti praeityje panašiais atvejais padarytų klaidų. Tinkamas socialinės politikos formavimas ir įgyvendinimas įvardijamas pagrindiniu strateginiu instrumentu, siekiant suvaldyti išplitusią ekonominę krizę tiek globaliu, tiek nacionaliniu mastu. Verslą būtina skatinti, bet nekenkti socialiniam sektoriui – būtent tai dažnai nutinka menkai ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse<sup>103,104,105</sup>. Netinkami politiniai sprendimai didina socialinę įtampą, diferenciaciją, atskirtį, menkina sveikatos sektoriaus galimybes, šalies piliečiams sunku tokioje socialinėje aplinkoje pasirinkti sveikesnę gyvenimą ir t. t. Šiandien, kai Lietuvoje praktiškai kas antra LNL ar išorinių priežasčių lemta mirtis yra susijusi su alkoholio ir tabako vartojimu, politinis sprendimas mažinti šių gaminių akcizus, siekiant į biudžetą surinkti daugiau pinigų, būtų labai trumparegiškas. Tas pats pasakytina ir apie sveikatos priežiūros sektoriui sumažintą finansavimą. Tokie sprendimai, bent jau LNL požiūriu, mus dar labiau atitolintų nuo ES šalių sveikatos rodiklių siekiamybės.

Taigi galima teigti, kad investicijos į sveikatos sektorių ir beveik išskirtinai tik į asmens sveikatos priežiūrą, nemobilizuojant šalies socialinių ir ekonominių sektorių sveikatinimo veiklai, iš principo negali pastebimai pagerinti nacionalinių sveikatos rodiklių. Naujoji visuomenės sveikatos paradigma diktuoja būtinybę tobulinti sveikatos problemų sprendimo strategijas, daugiau galių suteikiant visuomenės sveikatos priežiūros sektoriui, mobilizuojant visuomenę ir šalies socialinius ir ekonominius sektorius aktyviai jungtis į šį procesą. Beje, ES direktyvos įpareigoja savo valstybes visose veiklos srityse optimizuoti sveikatos ir kitų sektorių bendradarbiavimą sveikatos tikslais. Tai dar kartą primena Suomijos iniciatyva per jos prezidentavimą parengtą ir Europos Parlamento priimtą politinį dokumentą<sup>106</sup>, nurodantį būtinybę bet kurios srities politikoje atsižvelgti į sveikatos poreikius.

---

<sup>101</sup> Grabauskas V. Nuo klasikinių epidemiologinių tyrimų iki nacionalinės sveikatos politikos formavimo. Kn.: Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atskaita į laikmečio iššūkius. Kaunas: KMU leidykla, 2004.

<sup>102</sup> Jankauskienė D. Sveikatos politika ir valdymas Lietuvoje ir jų tobulinimo kryptys. Habilitacijai teikiamų mokslo darbų apžvalga. Vilnius: MRU, 2008.

<sup>103</sup> World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008). Health systems, health and wealth: assessing case of investing in health systems. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2008, p. 65.

<sup>104</sup> Chronic disease: an economic perspective. The Oxford Health Alliance – confronting the epidemic of chronic disease. London, 2006, p. 59.

<sup>105</sup> Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? BMJ 2009, 338b, 1314 (medical publication of the year).

<sup>106</sup> Stahl T., Vismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (eds) Health in All policies: Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies, European Commission. Helsinki, 2006.

## Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai

*Danguolė Jankauskienė*

### Šiuolaikinės sveikatos politikos ir vadybos esmė bei strateginiuose dokumentuose numatytos pertvarkos

**Sveikatos politika** – tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, sveikatą pripažįstant socialine ir ekonomine vertybe<sup>107</sup>. Sveikatos politika yra grindžiama šiuolaikinės visuomenės sveikatos samprata bei naujosios viešosios vadybos principais, kurie kartu leidžia suformuoti pagrindinius sveikatos politikos principus, žmonių teises ir pareigas sveikatos sistemoje. Remiantis šiais principais buvo formuojama Lietuvos sveikatos apsaugos sistema. Svarbu, kad sveikatos apsaugos darbuotojai, sveikatos politikos formuotojai ir sveikatos politikos ekspertai praktikoje sveikatos politikos principus naudotų taip, kaip jie apibrėžiami.

**Sveikatos priežiūros vadyba** – tai visus sveikatos sistemos lygius apimantis veiklos planavimas, organizavimas ir kontrolė, siekiant patenkinti asmens ir visuomenės sveikatos poreikius. Labai svarbu, kad sveikatos priežiūros vadyboje būtų naudojami moderniosios visuomenės sveikatos ir naujosios viešosios vadybos principai, kurie grindžiami viešojo sektoriaus valdymo OIP (moderni organizacija, inovacijos ir personalas) koncepcija. Vadybininkai turi žinoti, kaip strategiškai planuoti organizacijos veiklą, taikant inovacijas ir pokyčius, kaip diegti visuotinės kokybės vadybą, kaip sutelkti žmones, kaip planuoti ir organizuoti darbą, kaip bendrauti ir motyvuoti darbuotojus, kaip ir kokiais kriterijais kontroliuoti ir tikrinti darbo rezultatus ir procesą, kokiais rodikliais juos matuoti ir vertinti bei tobulinti.

Reikia pastebėti, kad Lietuvos sveikatos sistemoje profesionalioms sveikatos vadybos kvalifikacijoms ilgą laiką nebuvo skiriama daug dėmesio. Sisteminis sveikatos vadybos mokymas Lietuvoje pradėtas 1998 metais Kauno medicinos universitete, suteikiant studentams visuomenės sveikatos vadybos magistro kvalifikaciją. 2004 metais Mykolo Romerio universitete pradėti ruošti sveikatos teisės, sveikatos politikos, sveikatos ekonomikos ir sveikatos valdymo magistrai; jiems suteikiamas arba teisės, arba viešojo administravimo, arba ekonomikos, arba politikos mokslų magistro laipsnis.

Per pastaruosius du dešimtmečius sveikatos politika pasaulyje susidūrė su paslaugų kainų kilimo problema. Išlaidų sveikatos apsaugai augimą sukėlė populiacijos senėjimas, lėtinių ligų ir invalidumo atvejų gausėjimas. Kita vertus,

---

<sup>107</sup> D. Jankauskienė, R. Pečiūra. Sveikatos politika ir valdymas. Vadovėlis Mykolo Romerio universitetas, 2007. P.11.

išlaidas didino dėl besivystančio mokslo gerėjančios medicinos technologijos ir nauji ligų gydymo metodai bei vis didėjantys visuomenės reikalavimai sveikatos priežiūros kokybei. Daugelis šalių ėmėsi priemonių kontroliuoti sveikatos apsaugos paslaugų sąnaudų kilimą. Aštuntąjį XX amžiaus dešimtmetį Vakarų Europoje išlaidos sveikatos apsaugai buvo sėkmingai kontroliuojamos makroekonomikos lygiu. Devintąjį dešimtmetį ir mikroekonomikos (institucijų) lygiu pradėta rūpintis, kad išlaidos būtų naudojamos racionaliai. XXI amžiaus pradžia – tai spartaus įrodymais pagrįstos medicinos diegimo laikotarpis, rengimasis pasinaudoti galimybėmis, kurias suteiks proverzčiai genetikoje bei nanotechnologijų srityje, telemedicinoje.

**Sveikatos sistemos reforma** – tai procesas, kurio tikslas yra per sveikatos programų vykdymą ir kitus, į iškeltų tikslų ir prioritetų, įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų vykdymą nukreiptus, veiksmus pasiekti teigiamų pokyčių nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje. Sveikatos reforma yra procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, o taip pat į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą šalies mastu valstybiniame ir privačiame sektoriuose ir prevencinėje, ir gydomojoje, ir visuomenės sveikatos srityse, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūrą.<sup>108</sup> Šis procesas yra nuolatinis, nes bet kuriame sveikatos sistemos vystymo etape iškyla naujų problemų ir uždavinių, atsiranda naujų būdų jiems išspręsti.

**Lietuvos sveikatos sistemos valdymo pertvarka** yra aprašyta pagrindiniuose sveikatos politiką reglamentuojančiuose dokumentuose:

1. Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I–1939 (Žin., 1991, Nr. 33–893);

2. Lietuvos sveikatos programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII–833 (Žin., 1998, Nr. 64–1842);

3. Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimu Nr. IX–1187 (Žin., 2002, Nr. 113–5029);

4. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymu Nr. V–718 (Žin., 2004, Nr. 160–5860).

5. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 28–1147; Nr. 114–5132).

Lietuvoje sistemingai keliami du pagrindiniai fundamentalūs sveikatos reformos tikslai: tai aktyvios visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas, restruktūrizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Aktyvi visuomenės sveikatos politika reiškia gyventojų atsakomybės už savo sveikatą ugdymą ir gyventojų dalyvavimo priimanant sprendimus skatinimą. Norint pasiekti šiuos tikslus reikia padaryti nemažai fundamentalių ir radikalių pertvarkymų – pvz.: sveikatos mokymo srityje – pradėdant šeima, lopšeliais darželiais, mokyklomis, studijomis,

---

<sup>108</sup> James C. Knowles, Ph.D., Charlotte Leighton, Ph.D., Wayne Stinson, Ph.D., LLC, USAID, 2002

darbo vietomis, mokyti žmogų gyventi sveikai; baigiant visuomenės sveikatos struktūromis ir specialistų rengimu bei sveikatos ugdymo sklaida žiniasklaidoje. Sveikos gyvensenos mokymas reikalauja sisteminių žinių pateikimo atskiroms gyventojų grupėms. Reikia sukurti instrumentus (pvz.: vadovėlius, kuriuose į mokyklų dalykų mokymo programas būtų integruotas ir sveikos gyvensenos mokymas), parengti mokymo specialistus ir sukurti tuo užsiimančias struktūras, suaktyvinti bendruomeninę veiklą ir vietos savivaldos bei įvairių tarpžinybinių struktūrų dėmesį. Be to žmonėms reikia sukurti sveikatinimo ir sveikatos ugdymo priemones. Sveikatos paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo gerinimas restruktūrizuojant paslaugų teikimą irgi yra susijęs su fundamentaliais pokyčiais. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje pasireiškia įgyvendinant holistinio požiūrio į žmogaus organizmą koncepciją. Pokyčiai stacionarų pertvarkoje – įdiegiant naujas organizacines technologijas, gydant žmones dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos sąlygomis ir perkeliant stacionarinės pagalbos paslaugų dalį ambulatorinės specializuotos pagalbos sričiai. Pertvarkant finansavimą diegiamas mišrus (draudiminis ir biudžetinis) finansavimo modelis turintis ir Bismarko (finansuojama iš socialinio draudimo, kuriame dalyvauja dirbantysis ir darbdavys; valdoma atskiro fondo), ir Beveridžo (finansuojama iš mokesčių; valdoma valstybinio biudžeto) sveikatos sistemų finansavimo elementų. Pertvarkant farmacijos sektorių ir integruojantis į pasaulinę vaistų rinką reikia taikyti bendrus, reguliuojamus Europos Sąjungos, vaistų politikos principus. Visi šie fundamentalūs pertvarkymai reikalauja valdymo pertvarkymų: struktūros, institucijų funkcijų, personalo kvalifikacijos pokyčių, naujosios viešosios vadybos principų diegimo strateginiame organizacijų valdyme.

1998 metais priimtoje 1998–2010 metų Lietuvos sveikatos programoje<sup>109</sup> buvo numatyti svarbiausieji uždaviniai valdymo pertvarkai.

#### **Artimieji uždaviniai (iki 2005 m.):**

1. Remiantis Sveikatos sistemos įstatymu, iki 2005 metų užbaigti pagrindinių sveikatos teisę reglamentuojančių įstatymų rengimą. Šių įstatymų įgyvendinimas įtvirtina “aktyvią” sveikatos politiką t. y. kiekvieno asmens rūpinimąsi savo sveikata. Įgyvendinant Sveikatos sistemos įstatymą tobulinama sveikatos priežiūros valdymo struktūra. Priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros atsirado galimybė dalyvauti visuomenei. Įsteigtos bendruomenės sveikatos tarybos savivaldybėse, taip pat Nacionalinė sveikatos taryba.

2. Sveikatos priežiūros įstaigų valdymą optimizuoti šiomis kryptimis:

- pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros įstaigas priskirti savivaldybių kompetencijai;
- apskričių ligoninių ir specializuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklą perduoti apskričių kompetencijai;

---

<sup>109</sup> Lietuvos sveikatos programa. *Valstybės žinios*, 1998-07-17, Nr. 64-1842

- Kauno medicinos universiteto ir Vilniaus universiteto klinikose plėtoti medicinos mokslą, mokymą ir praktiką, skirtą sunkioms ir komplikuotoms visų šalies gyventojų ligoms gydyti.
3. Racionalizuoti išteklius ir optimizuoti sveikatos priežiūros išlaidas siekiant efektyviau naudoti lėšas ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:
- optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų kiekį;
  - per bendrosios praktikos gydytojo instituciją išplėsti ambulatorinės pagalbos mastus;
  - vykdyti asmenų, įmonių, įstaigų licencijavimą farmacinei veiklai;
  - vykdyti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimą ir akreditavimą, parengti šių įstaigų veiklos standartus;
  - sutrumpinti vidutinę gydymosi stacionaruose trukmę;
  - tobulinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos draudimo finansavimo sistemą;
  - plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, perkvalifikuojant apylinkių terapeutus, pediatrus ir specialistus į bendrosios praktikos gydytojus; steigti kabinetus bei diegti grupinę praktiką; ypatingą dėmesį skirti pirminei sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse. Reformą įgyvendinti naudojantis eksperimentinių vietovių patirtimi.
4. Rengti ir perkvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistus pagrindinį dėmesį skiriant bendrosios praktikos gydytojams, vadybos specialistams. Reguluoti studentų priėmimą į aukštąsias medicinos mokyklas. Didelį dėmesį skirti slaugos specialistų rengimo ir perkvalifikavimo programai.
5. Vykdyti visuomenės sveikatos priežiūros reformą:
- didelį dėmesį skirti visuomenės sveikatos priežiūros sistemos pertvarkai, sukurti jos teisinius pagrindus;
  - plėtoti visuomenės sveikatos monitoringą, ekspertizę, informacijos sistemą ir tarpžinybinį bendradarbiavimą;
  - mokyti ir perkvalifikuoti visuomenės sveikatos priežiūros specialistus;
  - stiprinti visuomenės sveikatos saugos technologijas, mažinant aplinkos, ekonomikos ir gyventojų elgsenos veikiamą sergamumą;
  - prioritetu laikyti valstybinių sveikatos programų rengimą ir finansavimą.
6. Tobulinti vaistų registracijos, kainodaros ir įsigijimo išlaidų kompensavimo sistemą. Parengti Nacionalinę vaistų politikos programą, siekti, kad gyventojai būtų aprūpinti efektyviais, saugiais, pigiais ir prieinamais vaistais.
7. Gerinti vaistų kokybės kontrolės sistemą, siekiant užtikrinti vaistų kokybę ir racionalų jų vartojimą.
8. Remti Lietuvos farmacijos pramonės plėtrą, remiantis farmakoekonominiais metodais tobulinant vaistų kainodaros ir kompensavimo sistemą.
9. Sudaryti sąlygas privačių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtimuisi, ypač pradiniam jų kūrimosi etape, tačiau užtikrinti valstybinę jų veiklos kontrolę ir atsiskaitomybę.
10. Siekti glaudesnio sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo.

11. Sukurti efektyvią, Lietuvos sąlygas ir tarptautinius standartus atitinkančią, ligonių sveikatą grąžinančiojo, reabilitacijos ir antirecidyvinių gydymo sistemą, įgalinančią sumažinti ekonominius nuostolius dėl užsitęsusio laikino nedarbingumo ir invalidumo.

12. Sudaryti traumos ar susirgimo sunkumui adekvačią paciento nukreipimo reabilitacijai tvarką, t. y. priklausomai nuo biosocialinių funkcijų pažeidimo laipsnio pacientas nukreipiamas arba sveikatą grąžinančiam gydymui, arba trumpalaikiai ar ilgalaikiai reabilitacijai; arba slaugai.

**Tolimieji uždaviniai (iki 2010 m.):**

1. Gerinti gyventojų sveikatingumo rodiklius įgyvendinant specialiuosius šios programos tikslus.

2. Gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę ir efektyvumą. Didinti teikiamų paslaugų asortimentą (sukurti nacionalinius standartus), periodiškai akredituoti gydymo įstaigas.

3. Įgyvendinti Valstybines ir savivaldybių sveikatos programas.

4. Įgyvendinti pirminę asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą.

5. Tobulinti sveikatos draudimo sistemą.

6. Mokyti sveikatos priežiūros darbuotojams ir kelti jų kvalifikaciją.

Šių uždavinių vertinimas, atsižvelgiant į visos Lietuvos sveikatos programos vertinimo kontekstą, turės būti atliktas 2011 metais, kai baigsis minėtosios programos vykdymo terminai. Atkreiptinas dėmesys, kad gana sunkiai sekasi pasiekti glaudesnės sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo, taip pat nevykdomas sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimas.

Galima išskirti du sveikatos sistemos pertvarkos etapus – sveikatos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo. Jei pirmasis Nepriklausomybės dešimtmetis buvo skiriamas daugiau politikos formavimui, tai antrasis – jos įgyvendinimui.

## **Sveikatos priežiūros valdymo pertvarka 1990–2010 metais**

Valdymo pertvarkymas yra sveikatos reformos objektas ir įrankis. Tam tikrais reformos etapais šis įrankis, priklausomai nuo keliamų tikslų, gali būti taikomas skirtingai. Pavyzdžiui, norint paskatinti pirminės sveikatos priežiūros pertvarką ir šeimos medicinos institucijos steigimą, nuo rajono centrinių ligoninių buvo atskirta visa pirminės sveikatos priežiūros grandis. Tam tikru etapu gali būti tikslinga sujungti slaugos ir palaikomojo gydymo padalinius su rajono ligoninėmis. Sveikatos sistemos reforma – tai ne staigus, greitas ir trumpalaikis pokytis. Tai apgalvotas, suderintas ir, atsižvelgiant į ilgalaikę perspektyvą, suplanuotas procesas, užtikrinantis sistemos stabilumą ateityje. Reforma siekiama surasti pagrindinių, nuolat kintančių šalies sveikatos apsaugos problemų sprendimus, įtraukiant į problemų sprendimą visus sistemos veikėjus, partnerius, institucijas ir suinteresuotąsias grupes. Nors daugelis problemų atrodytų esą techninio (išsprendžiamo pačių specialistų) pobūdžio, dažniausiai sprendimai reikalauja žymiai daugiau nei vien „tikslų“ sveikatos specialistų atsakymų. Taip yra todėl, kad

sprendimai yra susiję su pasikeitimų valdymu visame viešajame sektoriuje. Sveikatos reforma yra visų pirma politinis procesas. Teiginys, kad sveikatos politika turi būti nepolitizuota, atspindi siaurus specialistų, bet ne visuomenės, interesus.

Reformos sėkmė priklauso ne nuo to, kiek biudžeto sutaupoma, bet nuo to, kiek pagerėja žmonių sveikata.

Buvęs Semaško sveikatos sistemos valdymo modelis (geografiniu teritoriniu principu griežtai išdėstytos centralizuotos pagal paslaugų teikimą sveikatos priežiūros įstaigos, finansuojamos iš valstybės biudžeto, nepripažįstant privataus sektoriaus veiklos) be savo privalumų turėjo ir nemažai trūkumų. Sistema buvo brangi, valdoma centralizuotai, neskatino vietinės iniciatyvos ir atsakomybės, pernelyg specializuota, ydingai ir nepakankamai finansuojama, nebuvo sveikatos įstatymų, medikų atlyginimai buvo maži. Visa tai aiškiai rodė pertvarkos poreikį. Buvo atkreiptas dėmesys į nepakankamą sveikos gyvensenos mokymą, sveikos gyvensenos trūkumą ir prastą ligų profilaktiką; į prastas medicinos technologijas, taip pat į medikų žinių trūkumą. Ir socialinės, ir medicininės problemos lėmė spartų natūralaus gyventojų prieaugio smukimą, jautriausio socialinio ekonominio sveikatos rodiklio – kūdikių mirtingumo – išaugimą 1992 metais iki 16,4 tūkstančiui gimusių gyvų naujagimių. Vidutinė gyventojų, ypač vyrų, gyvenimo trukmė, kurią pradėjome lyginti su išsivysčiusių Europos valstybių rodikliu, vertė daryti pesimistines ateities prognozes. Pirmaisiais Nepriklausomybės metais pradėjo sparčiai gausėti vadinamųjų socialinių ligų – tuberkuliozės, sifilio, gonorėjos atvejų. Sukrėtė gyventojų, ypač kaimo, mirtingumo dėl lėtinio alkoholio mastas, pritrėkė savižudybių skaičius. Išanalizuoti visuomenės sveikatos rodikliai parodė, kad buvo didelis piktnaudžiaujančių alkoholiu, rūkančių skaičius, traumatizmo, nusikalstamumo lygis, blogos darbo sąlygos, nesveika aplinka, netinkama ligų profilaktika ir sveikatos inspekcija. Tai rodė, kad sveikatos apsaugos sistemą reikia iš esmės pertvarkyti. Ekonomistų atliktos analizės rodė, kad sveikatos apsaugos išteklius naudojame neefektyviai ir neracionaliai. Pavyzdžiui, 1994 metais vieno gyventojų sveikatos apsaugai skirtų lėšų santykis kai kuriuose rajonuose skyrėsi daugiau nei du kartus. Gydytojų, slaugos personalo ir ligoninių lovų skaičius Lietuvoje buvo vos ne du kartus didesnis nei išsivysčiusiose Europos valstybėse. Ketvirtadalis mūsų šalies stacionarų lovų buvo nenaudojamos. Ligoninės, ypač kaimo vietovėse, buvo labai prastai aprūpintos, medicinos technologijos nuo kitų išsivysčiusių šalių atsilikusios 20–30 metų. Šias problemas struktūrinėmis reformomis norėjosi išspręsti gana greitai. Tačiau reikėjo įvertinti tai, kad medikų ir gyventojų mentalitetas ir naujo mišraus finansavimo ir valdymo modelio sistemos perpratimas pareikalautų žymiai ilgesnio pasiruošimo ir gebėjimų.

## **Lietuvos sveikatos sistemos valdymo reformos žingsniai ir istorija**

Pirmoji Lietuvos Respublikos Vyriausybė kartu su kitų valstybės įstaigų funkcijų perdavimu savivaldybėms pradėjo sveikatos priežiūros įstaigų decentralizavimo procesą (1990 m. liepos 6 d. LRV nutarimas Nr. 232). Iki to laiko visos sveikatos

priežiūros įstaigos priklausė Sveikatos apsaugos ministerijai. 1991 metais du trečdaliai jų buvo perduota savivaldybėms. Šią decentralizacijos stadiją būtų galima pavadinti devoliucija. Nebuvo atskirtos sveikatos politikos formavimo, administravimo, finansavimo, kontrolės ir turto valdymo funkcijos tarp SAM ir savivaldybių. Vyravo nuostata, kad sveikatos priežiūros paslaugų asortimentą ir kokybę turi nustatyti gydytojai, sveikatos priežiūros įstaigos ir savivaldybės. Išaugo vietos savivaldybių vaidmuo ambulatorinės pagalbos ir daugelio mažų ir vidutinių ligoninių valdymo srityse. Sveikatos priežiūros įstaigos pamažu pradėjo prarasti kokybės kontrolę, jose teikiamų paslaugų lygis ėmė neatitikti reikalavimų, tad pacientai vis dažniau skųsdavosi. Kaip teigiama leidinyje „Health Care Systems in Transition“<sup>110</sup>, šiam devoliucijos procesui buvo būdingi keli trūkumai: kvalifikuotų personalo vadovų stoka savivaldybėse, pacientų pasirinkimo teisės ribojimas (dėl vienintelės antrinės sveikatos priežiūros įstaigos), pernelyg didelė ligoninių administracijos įtaka ir nepakankamas savivaldybių veiklos koordinavimas. Minėtoju laikotarpiu reformos eigai lemiamą įtaką darė ekonominė ir socialinė šalies situacija.

1992 metais pradėta žinybinių ligoninių reorganizacija. Plačiajai visuomenei duris atvėrė Specializuota SAM IV-osios valdybos ligoninė, kurioje anksčiau galėjo gydytis tik komunistų partijos ir pagrindinių valdžios struktūrų vadovai ir jų šeimos nariai. Nebeliko saugumo, geležinkeliečių, karo ligoninių.

Decentralizacija vyko ir privatizuojant valstybinius vaistų sandėlius, kai kurias vaistines, atsirado privati medicinos praktika, ypač stomatologija (dabar odontologija). Tai leido pagerinti teikiamų paslaugų kokybę. Lemiamą įtaką padarė to laikotarpio makroekonomikos situacija. Leidinio „Medicinos praktikos vertinimas Lietuvoje. Pirmieji žingsniai“<sup>111</sup> autoriai teigia, kad sveikatos apsauga, kaip ir visos ekonomikos situacija, tuomet priklausė nuo laipsniško komandinės ekonomikos pertvarkymo į rinkos ekonomiką, nuo orientavimosi vien į Rytus iki subalansuoto Rytų ir Vakarų derinio. Politinė prasme šaliai reikėjo kovoti už Nepriklausomybės išsaugojimą, ekonomine prasme – nutrūkė ekonominiai ryšiai su Rytais reikalavo pertvarkyti visą rinką. Iš Rytų nebetiekama energija, medicinos įranga ir vaistai sukėlė labai didelių rūpesčių dėl kasdienio sveikatos priežiūros įstaigų funkcionavimo. Reikėjo rūpintis, kaip išlikti. Krizė ypač palietė socialinį ir sveikatos sektorius, nes žmonės ėmė labai sparčiai diferencijuotis į turtingus ir vargšus. Pastarųjų vis gausėjo, todėl dar labiau didėjo viešojo sveikatos sektoriaus paslaugų poreikis. Žmonės ištiko ir tam tikra moralinė krizė – aukšti medikų siekiai, išreikšti Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, susidūrė su pašlijusios ekonomikos padarinių sukeltais sunkumais – žmonės nusivylė geromis ir gražiomis idėjomis.

1991 metais įsigaliojus Valstybinio socialinio draudimo įstatymui, šiek tiek padidėjo kompensacijos gyventojams už ambulatoriniam gydymui skiriamus vaistus, ypač už skiriamus iš būtinųjų vaistų sąrašo. Socialinis draudimas (SODRA)

---

<sup>110</sup> Health Care Systems in Transition. Lithuania, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.

<sup>111</sup> Medicinos praktikos vertinimas Lietuvoje. Pirmieji žingsniai, Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė Švedijos medicinos technologijų tarnyba, 1993.



finansavo ne tik ambulatorinius vaistus, bet ir sanatorinį–kurortinį apdraustųjų gydymą. Jos finansuojamos sveikatos draudimo išlaidos pastebimai augo – nuo 1991 metais buvusių 3% iki 10% – 1995 metais.

Lietuvoje vykdant administracinę reformą ir 1995–1996 metais įsteigus naujas savivaldybes ir apskritis, pradėtos formuoti viešojo sveikatos priežiūros administravimo struktūros. Buvo perskirstytos vietos pavaldumo, apskričių ir nacionalinio pavaldumo įstaigų funkcijos ir atsakomybė. Pirminė sveikatos priežiūra deleguota savivaldybėms (laikinei savivaldybių ligoninėse paliekant ir antrinę sveikatos priežiūrą), antrinė – apskritims, tretinė – Sveikatos apsaugos ministerijai ir universitetams.

1996 metais Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme<sup>112</sup> reglamentuotas įstaigų pavaldumas, steigėjai, funkcijos, valdymas ir kt. Savivaldybėse ir apskrityse pradėtos kurti savivaldybės gydytojo ir apskrities gydytojo tarnybos. Teritorinėse ligonių kasose taip pat sukurta stebėtojų taryba, kurios sudėtyje turėjo būti apskričių ir savivaldybių viešojo sveikatos sektoriaus administravimo struktūrų atstovai.

Svarbus valdymo žingsnis buvo 1996 metais priimtas sprendimas biudžetines sveikatos priežiūros įstaigas reorganizuoti į viešąsias. Taip paskatinta ir duotas stimulus kiekvienai sveikatos priežiūros organizacijai savo iniciatyva ir entuziazmu tvarkyti įstaigos veiklą. Buvo sukurti kolektyviniai viešosios įstaigos valdymo organai: gydymo taryba ir slaugos taryba. Joms deleguotos galios savojoje sveikatos priežiūros įstaigoje rūpintis sveikatos priežiūros paslaugų organizavimu ir paslaugų kokybe. Įstaigos veiklos priežiūrai ir bendradarbiavimui su vietos bendruomene ir valdžia sukurta viešosios sveikatos priežiūros įstaigos stebėtojų taryba. Pradiniame etape baimintasi masinės sveikatos priežiūros įstaigų privatizacijos. Todėl turto valdymas paliktas steigėjo atsakomybei. Tai reiškia, kad per valstybės ir savivaldybių investicijų programas turto amortizacija ir ypač jo atnaujinimu turėjo rūpintis steigėjai, t. y. savivaldybės, apskritys, SAM. Nacionaliniu mastu valstybės investicijų programos buvo kuriamos daugiausiai medicininei įrangai įsigyti ir atnaujinti. Tuo rūpinosi Sveikatos apsaugos ministerija. Steigėjai, turėdami įvairių kitų prioritetų, savo sveikatos priežiūros įstaigų turtu, ypač pastatais, rūpinosi nepakankamai. Neigiamos investicijų į sveikatos apsaugos infrastruktūrą taupymo (vykusio 1990–2000 metais) pasekmės jaučiamos iki šių dienų.

Pastaraisiais metais pradėjusios augti investicijos formuluoja naujus iššūkius:

- racionaliai suplanuoti sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymą, kad nebūtų investuojama į įstaigas, kurios funkcionuos neilgai;
- brangiai kainuojančias ir siauros specializacijos reikalaujančias paslaugas koncentruoti tretinio lygio centruose;
- pagal poreikius regionuose išdėstyti antrinio lygio paslaugų profilius;
- pirminės sveikatos priežiūros paslaugas priartinti prie gyventojų ir sudaryti sąlygas šeimos gydytojo institucijoms spręsti apie 80% žmonių sveikatos problemų.

---

<sup>112</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Nr. I-1367, 1996-06-06. Žin., 1996, Nr. 66-1572.

Reikalingas detalus sistemos restruktūrizavimo planas. 1990–2000 metais Lietuvoje nebuvo nuoseklios paslaugų struktūros plėtros programos. Egzistavo tik atskiri fragmentai, pavyzdžiui, 1995 metais SAM patvirtinta Pirminės sveikatos priežiūros vystymo strategija. 2003 metais Lietuvos Respublikos Vyriausybė priėmė Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strateginį planą (2003 m. kovo 18 d. nutarimo Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 28–1147, Nr. 114–5132), kuriame numatė ir antrinės sveikatos priežiūros raidos planą. Remiantis restruktūrizavimo strategija patvirtinti visų apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planai. Valstybinėje ligonių kasoje atsirado Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos programa, kuriai pradėtos skirti lėšos. Tai teikia vilčių, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos kūrimas bus remiamas ir skatinamas.

Nuo 1993 metų, įkūrus Programų koordinavimo centrą, prasidėjo sveikatos programų kūrimo įdirbis. Tiesa, tuo laikotarpiu buvo kuriami tik atskirų programų fragmentai, daugiau finansuojant mokslinių praktinių programos dalių kūrimą ir vykdymą. Tačiau vėliau tai davė pagrindą valstybinių ligų profilaktikos ir investicinių programų atsiradimui. Programinis valdymas Sveikatos apsaugos ministerijai iki šių dienų išliko iššūkiu. Deja, iki šiol neintegruojamos atskiros programų dalys kapitalo investicijų ir paprastųjų išlaidų bei mokslinėje–praktinėje, srityse, prastai koordinuojamas įvairių programų šaltinių panaudojimas. Programų vertinimui, apskritai, skiriamas minimalus dėmesys.

Labai svarbus sveikatos valdymo reformos žingsnis buvo informacinės sveikatos sistemos pertvarkymas. Pasaulio sveikatos organizacijos „Sveikata visiems“ („Health for all“) duomenų bazė ir lietuviškasis jos atitikmuo davė pradžią platesnei ir išsamesnei sveikatos duomenų analizei, padedančiai priimti sveikatos politikos sprendimus.

Pagrindiniai valdymo pertvarkymo darbai:

- Administracinis pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros atskyrimas, pertvarkant ligonines ir poliklinikas, pirminio lygio paslaugas atskiriant į atskiras įstaigas. Nors šis žingsnis vertinamas nevienareikšmiškai, jis buvo žengtas tam, kad būtų paskatintas pirminės sveikatos priežiūros vystymasis ir atitinkamai sumažintas stacionarinių paslaugų kiekis.
- Sprendimas pertvarkyti mažas kaimo ligonines (taip vadinamas apygardines ir numerines ligonines) į slaugos ir palaikomojo gydymo ligonines. Taip buvo išsaugota kaimo teritorijų infrastruktūra ir personalas. Tačiau akivaizdu, kad daugeliu atvejų tinkamos kokybės palaikomasis gydymas turėtų būti vykdomas didesnėse rajonų centrinėse ligoninėse. Netolimoje ateityje neišvengiamai turės įvykti slaugos ir palaikomojo gydymo reforma, kuri turės spręsti ir socialinių paslaugų – slaugos namų, globos namų ir ligonių slaugos namuose – klausimus.
- Greitosios medicinos pagalbos (GMP) priskyrimas pirminei sveikatos priežiūrai. Taip buvo siekiama pirminei sveikatos priežiūrai kuo greičiau perduoti nemažą dalį GMP atliekamų funkcijų: ūmių susirgimų gydymą, ligonių transportavimą ir kt. Perduodant šias funkcijas pigesnei pirminės sveikatos priežiūros grandžiai buvo siekiama taupyti lėšas. Žymiai sumažėjo

GMP teikiamų paslaugų apimtis ūmių susirgimų atvejais, tačiau nelaimingų atsitikimų ir traumų atvejais – padidėjo. Tai rodo, kad pamažu ruošiamasi kitam šios pagalbos organizavimo etapui. SAM patvirtino naują greitosios medicinos pagalbos koncepciją ir 2004 m. balandžio 9 d. buvo priimtas įsakymas Nr. V–219 „Dėl bendrųjų greitosios medicinos pagalbos reikalavimų patvirtinimo“. Naujo greitosios medicinos pagalbos plano laukiame pasirodant trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo metu.

- Prie pirminės sveikatos priežiūros grandies imta kurti psichikos sveikatos centrus ar PSP padalinius, kuriuose pradėta teikti kvalifikuota psichikos sveikatos priežiūra. Pamažu imta rūpintis psichikos ligonių užimtumu ir socialinės reabilitacijos klausimais. Tačiau reikia pabrėžti, kad dėl ribotų valdymo gebėjimų, ypač institucijų bendradarbiavimo atžvilgiu, ir finansinių paskatų neišnaudojimo pirminės sveikatos priežiūros veiklos integravimo funkcijos vykdymas šioms įstaigoms tapo rimtu iššūkiu.
- Savivaldybėse sukurtos bendruomenių sveikatos tarybos, atsakingos už vietos visuomenės sveikatos programų koordinavimą savivaldybėje. Savivaldybių bendruomenių sveikatos fondai, iš kurių buvo finansuojamos sveikatos programos, turėjo vaidinti ypač svarbų vaidmenį ligų profilaktikoje. Tačiau kai kuriose savivaldybėse dėl sveikatos politikos įgyvendinimo trūkumų šie uždaviniai liko neįvykdyti.
- Trečiasis sveikatos apsaugos įstaigų restruktūrizavimo etapas.

1990–1998 metais atlikti moksliniai tyrimai parodė, kad visuomenės netenkina teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Nuo 1998 metų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe susirūpinta valstybės mastu. 1998 m. spalio 6 d. išleistas SAM įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito“. Šiuo įsakymu sveikatos priežiūros įstaigos šalia įstatymais numatyto gydytojų ir įstaigų licencijavimo, privalėjo įsisteigti lokalaus medicinos audito tarnybas ir įstaigose sukurti kokybės kontrolės sistemą. Tačiau reikia pabrėžti, kad įstaigos iki šiol stokoja sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo žinių, todėl Valstybinės medicinos audito inspekcijos tyrimai rodo, kad kokybės užtikrinimo sistema Lietuvoje dar veikia neefektyviai. 2004 m. rugsėjo 14 d. SAM išleido įsakymą Nr. V–642, kuriuo patvirtino Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 metų programą.

Sveikatos sistemos valdymo problemos:

- Valstybės tarnautojų nuvertinimas. Vystantis privačiam sektoriui, jau nuo 1990 metų mūsų valstybėje susiformavo politinė nuostata, kad valdininkų, valstybės tarnautojų reikšmė yra labai menka. Naujosios viešosios vadybos mokymo programų universitetuose dar nebuvo. 1990–1998 metais pagrindinis valdininkų kompetencijos augimo veiksnys buvo užsienio donorų (ES Phare programos, Jungtinių tautų vystymosi programos, Pasaulio banko ir kt.) organizuojami mokymai, taip pat savišvieta ir mokymasis iš savo klaidų. 1998 metais Vyriausybės iniciatyva buvo padidinti valdininkų ir teisėjų atlyginimai, tai supriešino juos su visuomene, o vadybiniai valdininkų gebėjimai tuo metu menkai tegerėjo. Reikalavimas kelti vadybinę kvalifikaciją Valstybės tarnybos įstatyme buvo įteisintas tik

1999 metais. Administracinių gebėjimų stoka Lietuvoje pabrėžta ir stojimo į Europos Sąjungą metu.

- Turto valdymas. 1991 metų pradžioje buvo įvertinta, kad administraciniai sveikatos sistemos darbuotojų gebėjimai yra silpni, kita vertus, vyravo nepasitikėjimas turto disponavimo teisių perdavimo ar privatizavimo perspektyva. Turto valdymas privatiems asmenims ar įstaigų kolektyvams nebuvo leistas. Pasirinktas palaipsnis valdymo decentralizavimo būdas, perduodant sveikatos priežiūros įstaigų valdymą apskritims ir savivaldybėms, įstaigas reorganizuojant ir leidžiant steigti atskiriems juridiniams asmenims, ypač PSPĮ.
- Reorganizavimas ir įstaigų pertvarkymas. Iki 2003 metų taip ir nebuvo sukurtos nacionalinės įstaigų pertvarkos programos. Sveikatos priežiūros įstaigos, nematydamos aiškios Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vizijos, vykdė smulkius įstaigų pertvarkymus, apsiribojančius lovų skaičiaus sumažinimu ligoninėse ir vieno kito padalinio pertvarkymu. Ilgainiui tai suformavo nuostatą, kad didesni pertvarkymai sveikatos priežiūros įstaigose yra žalingi, jiems reikia priešintis. Kai kuriose savivaldybėse, ypač tose, kuriose buvo priimti išsamūs pirminės sveikatos priežiūros vystymo ir plėtros planai, buvo pasiekta didesnė pažanga pirminės sveikatos priežiūros organizavime. Strateginiai planai po detalių galimybių studijų ir alternatyvų įvertinimo atskiroms savivaldybėms davė pagrindą priimti racionalius į ilgalaikę perspektyvą orientuotus planus. Planavimą paskatino ES struktūrinių fondų parama, kurios reikalavimai privertė savivaldybes ir regioninę valdžią rūpintis ilgalaikėmis strategijomis ir išryškino sveikatos politikos ir administracinių gebėjimų trūkumą nacionaliniame lygmenyje. Pavyzdžiui, norėdamos sukurti pilnavertę pirminę sveikatos priežiūrą, savivaldybės privalo žinoti valstybės ir regiono strategiją ir veiksmų planus slaugos ir palaikomojo gydymo, globos, socialinių paslaugų integracijos srityse. Iki šiol neaišku, koks senstančioje populiacijoje yra realus slaugos ir palaikomojo gydymo bei globos poreikis, kaip pasidalinti atsakomybe tarp sveikatos ir socialinio sektoriaus paslaugų, kaip į šią sistemą integruoti psichinės sveikatos priežiūrą ir pagalbą pacientams. Neaiški pirminio lygio stacionarinės pagalbos vizija ir infrastruktūra, pavyzdžiui, slaugos ir palaikomojo gydymo, slaugos namų ir globos namų santykis. Finansavimas senyvo amžiaus žmonių sveikatos ir socialinės priežiūros plėtrai taip pat nėra numatytas. Dėl minimų problemų bandoma diskutuoti, tačiau nacionaliniu mastu ryškesnės pažangos nėra.
- Vadybos gebėjimai sveikatinimo įstaigose. Ne tik administratoriai, bet ir visi sveikatos sistemos darbuotojai turi būti mokomi sveikatos politikos, valdymo, sveikatos ekonomikos, sveikatos teisės pagrindų. Neformalioju vadybinės kvalifikacijos tobulinimu užsiėmė Lietuvos sveikatos vadybos draugija, Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų vadovų asociacija. 1995 metais Vilniaus universiteto Medicinos fakultete buvo atidaryta rezidentūra gydytojams – sveikatos priežiūros vadyba. Ją kasmet baigdavo 4–5

rezidentai ir dauguma jų pradėdavo dirbti privačiame sektoriuje. Pertvarkius universitetines mokymo programas ir įvedus magistrantūros studijas, šios programos buvo atsisakyta. 1998 metais Kauno medicinos universitete atidaryta visuomenės sveikatos vadybos studijų programa, kuri davė ryškesnį postūmį sveikatos sistemos valdyme. Iki 2009 metų ją baigė daugiau kaip pusė šimto magistrų. Nemažą postūmį davė tarptautinės organizacijos Project HOPE ir Vilniaus universiteto, Kauno medicinos universiteto ir Mykolo Romerio universiteto bendra iniciatyva – 2003–2007 metais vykdytas tarptautinis podiplominio vadybos mokymo projektas „Kokybės gerinimas, taikant patobulintus sprendimų priėmimo būdus“. Šią 160 akademinį valandų programą baigė 350 Lietuvos sveikatos vadybos specialistų, kurie darniai įsiliejo į sveikatos apsaugos sistemą ir savo įstaigoms paruošė praktinius pokyčių planus.

2004 metais Mykolo Romerio universitete atidarytos naujos sveikatos apsaugos įstaigų administravimo, bioteisės magistrantūros studijų programos, vėliau sveikatos ekonomikos, sveikatos politikos ir valdymo bei sveikatos edukologijos magistrantūros studijų programos. Iki 2010 metų jas baigė virš trijų šimtų magistrų.

Todėl ateityje galima prognozuoti visai kitokią, aukštesnio lygio sveikatos priežiūros įstaigų valdymo kokybę. Kaita truks dar mažiausiai penketą ar net dešimtį metų. Svarbu sveikatos priežiūros įstaigų vadovams nustatyti kvalifikacinius reikalavimus ir taip sunorminti šį procesą.

**Sveikatos priežiūros politikos ir valdymo reformos eigoje būtų galima išskirti šiuos pagrindinius žingsnius:**

- Pagrindinio strateginio reformos dokumento – Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos – priėmimas (1991 m.).
- Sveikatos priežiūros įstaigų decentralizacija (1992 m., 1997 m.).
- Medicinos specialistų rengimo pertvarka universitetuose (nuo 1992 m.).
- Informacinės sveikatos sistemos pertvarkymas (1993 m.).
- Darbo komandoje patirties ir nacionalinių sveikatos politikos ekspertų atsiradimas (Sveikatos apsaugos reformų biuro veikla 1993–1998).
- Sveikatos draudimo sistemos kūrimas (1992–1996 m.).
- Programinio valdymo atsiradimas (1993 m.).
- Nacionalinės sveikatos sistemos struktūros paskelbimas Sveikatos sistemos įstatyme (1994 m.).
- Visuomenės sveikatos vadybos programos atsiradimas KMU (1998 m.).
- Biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimas į viešąsias įstaigas ir naujų jų viešojo administravimo formų atsiradimas (1998 m.).
- TLK – apskričių gydytojo – savivaldybės gydytojo bendradarbiavimo instrumentų atsiradimas (TLK stebėtojų tarybos, 1998 m.).
- Sveikatos kokybės užtikrinimo elementų – lokalaus medicinos audito tarnybų įstaigose – atsiradimas (1998 m.).
- Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybų, LRV sveikatos reikalų komisijos, Nacionalinės sveikatos tarybos įkūrimas (1998–2000 m.).
- Sveikatos politiką koordinuojančių institucijų įkūrimas ir darbas (nuo 2001 m.).

- Pirminės sveikatos priežiūros valdymo pertvarka ir PSP plėtros planų, įteisinant privačią praktiką, patvirtinimas savivaldybėse (nuo 1999 m.).
- Nacionalinės vaistų politikos nuostatos (2003 m. patvirtintos Seime).
- Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas (2003 m. LRV patvirtinta Strategija ir visi trys restruktūrizavimo etapai).
- Sveikatos politikos ir valdymo magistrantūros studijų programų (viešojo administravimo, teisės, ekonomikos, politikos ir edukologijos kryptių) atsiradimas Mykolo Romerio universitete (nuo 2004 m.).
- Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) finansuojamų profilaktinių sveikatos programų įgyvendinimo pradžia (2005 m.).
- Visuomenės sveikatos strategijos ir naujų įstatymų priėmimas (2006–2007 m.).
- Konkurencinių sąlygų tarp sveikatos priežiūros įstaigų įtvirtinimas (2008–2009 m.).
- Atskiro sveikatos draudimo mokesčio piliečiams įvedimas (2009 m.).
- Vaistų prieinamumo ir kainų mažinimo planas (2010);
- Trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas (2010)
- Sveikatos sistemos vystymo 2010–2015 metais metmenų sukūrimas (2010).

Prieš pereinant prie kitų sveikatos sistemos ir jos struktūrų valdymo pertvarkos etapų labai svarbu yra išsiaiškinti, apžvelgti ir įvertinti pagrindines šio laikotarpio sveikatos politikos ir valdymo problemas. Todėl, remdamiesi moksline ir praktine patirtimi, pabandysime išskirti kai kurias pagrindines skirtingų sveikatos sistemos politikos ir valdymo sričių problemas.

## **Skirtingų sveikatos sistemos valdymo sričių problemos ir iššūkiai**

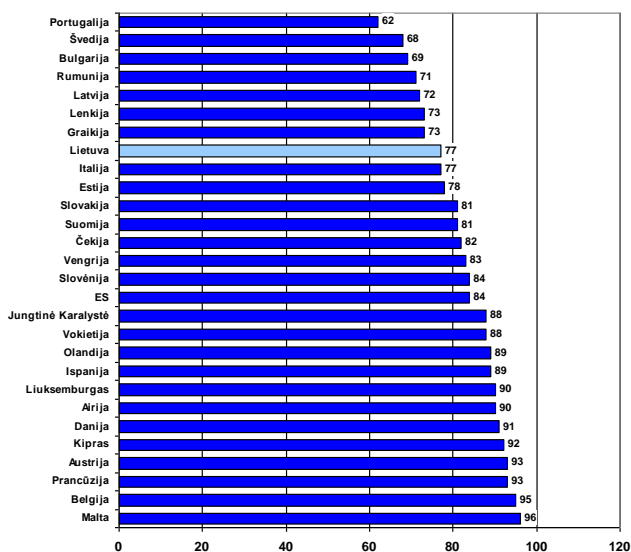
### **Pirminės sveikatos priežiūros problemos**

Vienas svarbiausių sveikatos reformos pasiekimų buvo perėjimas prie šeimos gydytojų pirminės sveikatos priežiūros (PSP) modelio – specializuotos gydytojų specialistų sveikatos priežiūros organizavimo modelį keičiant į holistiniu principu paremtą bendrosios praktikos (šeimos) gydytojų sveikatos priežiūros modelį. Tam reikėjo pakeisti visą bendrosios praktikos gydytojų rengimo sistemą bei ambulatorinės pagalbos sveikatos priežiūros įstaigų organizavimą. Šalyje, kaip ir visoje Europoje, sparčiai daugėjant psichinės sveikatos sutrikimų, prie pirminės sveikatos priežiūros grandies imta kurti psichikos sveikatos centrus ar PSP padalinius, kuriuose pradėta teikti kvalifikuota psichikos sveikatos priežiūra. Pamažu imta rūpintis psichikos ligonių užimtumu ir socialinės reabilitacijos klausimais. Tai, kad žmonių pasitikėjimas šeimos gydytojais yra teigiamas reiškinys, rodo ir 2007 metais paskelbtas Europos komisijos tyrimas “Sveikata ir ilgalaikė sveikatos priežiūra Europoje” (1 paveikslas). Šeimos gydytojo institucija pasitiki didžioji dauguma gyventojų.

Integruota pirminės sveikatos priežiūros veikla yra esminis PSP reformos sėkmės garantas. Deja, psichikos sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos ir socialinių

paslaugų integracija į pirminę sveikatos priežiūros paslaugas taip ir neįvyko. Tai, tikėtina, spręstųsi, jei įvestume modernų paciento atvejo vadybos („*case management*“) modelį. Jis reikštų, kad kiekvienas pacientas šeimos gydytojo grandyje turi bendruomenės slaugytoją arba socialinį darbuotoją, kuris yra jo sveikatos būklės vadybininkas ir pataria bei nukreipia pacientą arba suorganizuoja jam reikalingų tarnybų pagalbą. Tam būtina išplėsti šeimos gydytojo komandą, papildant ją slaugytojais, socialiniais darbuotojais.

Pasigendama valstybės politikos įgalinančios efektyviau išnaudoti pirminės sveikatos priežiūros galimybes. Nors šiuo metu 75% Lietuvos gyventojų jau yra aptarnaujami šeimos gydytojų, tačiau dėl netinkamo jų darbo organizavimo, nesuforuotų efektyviai dirbančių komandų, institucinio bendradarbiavimo ir paslaugų integracijos tarp sektorių trūkumo šeimos gydytojai pirminėje grandyje sveikatos problemų išsprendžia mažiau nei galėtų (siekiamybė – 80%). Praktiškai nevyksta realus paslaugų poreikio vertinimas – paslaugų rinkos poreikius nulemia esama sveikatos priežiūros įstaigų struktūra. Mažėja šeimos gydytojų pasitenkinimas darbu. 2009 metais KMU apgintos dr. Idos Liseckienės disertacijos duomenimis penktadalį respondentų šeimos gydytojų pakeistų savo profesinę veiklą, jei būtų pasiūlytos geresnės sąlygos<sup>113</sup>.



***1 paveikslas. Europos valstybių respondentai šeimos gydytojų (BPG) paslaugų kokybę vertinantys gerai ir labai gerai, 2007 metai, (procentinis palyginimas)***

*Šaltinis: 2007 metų Europos komisijos tyrimo „Sveikata ir ilgalaikė sveikatos priežiūra Europos sąjungoje“ duomenys*

<sup>113</sup> Ida Liseckienė. Šeimos medicina Lietuvoje per pirminės sveikatos priežiūros reformos dešimtmetį: gydytojo veiklos apimtys, pasitenkinimas darbu bei pacientų vertinimai. Daktaro disertacija, KMU, 2009.

*Problema* yra menkai auganti privati paslaugų rinka. Privačiam sveikatos sektoriui finansuoti išleidžiama tik apie 8% PSDF biudžeto. Tyrimai rodo, kad gyventojai labiau patenkinti privačių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis. Pati ligonių kasa tyrinėja ir gauna atsakymus, kad privačiose ambulatorinėse didžiųjų miestų sveikatos priežiūros įstaigose vienam ligoniui tenka mažiau išlaidų: vaistams, konsultacijoms, siuntimui į stacionarą. Tikėtina, privačios įstaigos lėšas naudoja racionaliau, o jų paslaugų kokybe žmonės labiau patenkinti. Sveikatos apsaugos sistemoje didžiausią įtaką privatus sektorius daro odontologijos, farmacijos ir pirminės sveikatos priežiūros sritims. Pirminės sveikatos priežiūros politikos ir strategijos bei programos įgyvendinimą pagreitinusių spartesnė privačios praktikos plėtra. Tuo keliu yra pasukusi Estija, šios šalies šeimos gydytojo praktikos reforma yra laikoma ganėtinais efektyvia. Lietuvoje pirminės sveikatos priežiūros srityje stinga inovacijų darbo organizavime bei valdyme, nors, reikia pripažinti, gerų pavyzdžių yra. Kai kuriose įstaigose, pavyzdžiui, Vilniaus Centro poliklinikoje, puikius mokslo įrodytus rezultatus duoda informacinių technologijų vystymas<sup>114</sup>. Daug būtų galima pasiekti patobulinus pacientų konsultavimą telefonu.

Pirminės sveikatos priežiūros inovatyvumas, veiklos efektyvumas, priimtinumai ir draugiškumas pacientui yra svarbiausi jos sėkmės garantai.

### **Visuomenės sveikatos priežiūros reformos problemos**

Nuo bendro Lietuvos sveikatos sistemos vystymo konteksto atsilieka visuomenės sveikatos reforma. Visoje sveikatos politikos įgyvendinimo eigoje išryškėjo svarbus trūkumas – 1997 metais priimtas sprendimas atidėti kompleksinę visuomenės sveikatos sektoriaus reformą. Visuomenės sveikatos priežiūros sistema buvo pertvarkoma keičiant sveikatos priežiūros įstaigų struktūrą, bet mažai rūpinantis personalo gebėjimais. Nebuvo sukurtos specialistų perkvalifikavimo programos. Tarpžinybinio bendradarbiavimo poreikis tapo daugiau medikų deklaracija. Visuomenės sveikatos įstaigų struktūra tebeformuojama daugiau visuomenės sveikatos kontrolei užtikrinti, nei visuomenės telkimui kovai už sveiką gyvenseną, saugias darbo sąlygas, švarią gamtinę aplinką.

Visuomenės sveikatos veikloje menkai dalyvauja savivaldybės. Įgyvendinant piliečių dalyvavimo priimant sprendimus principą ir teisę, visuomenės sveikatos politikai vystyti ir ryšiams bendruomenėje skatinti buvo sukurtos savivaldybėse bendruomenių sveikatos tarybos, atsakingos už vietos visuomenės sveikatos programų koordinavimą savivaldybėje. Buvo sukurtas ir bendruomenės sveikatos fondas, iš kurio tam tikrą laiką buvo finansuojamos sveikatos programos. Tačiau ilgainiui buvo nuspręsta fondo atsisakyti, paliekant tik specialiąją savivaldybės visuomenės sveikatos programą. Taigi, resursų ir finansavimo įrankių atžvilgiu dėmesys sveikatinimo veiklai bendruomenėse ir savivaldybėse tebėra nepakankamas. Savivaldos galimybės tvarkyti sveikatos reikalus vietiniame lygmenyje yra ribotos dėl daugelio priežasčių, užprogramuotų pačiame savivaldos organizavime.

---

<sup>114</sup> Kęstutis Štaras. Vidaus procesų automatizavimo įtaka Vilniaus Centro poliklinikos veiklos efektyvumui didinti. Magistro baigiamasis darbas, MRU, 2007.



Pastaruoju metu savivaldybėse besikuriantiems visuomenės sveikatos biurams (VSB) (apie 30 jų jau veikia) keliamas uždavinys bent iš dalies kompensuoti šias spragas. Biurai pradėjo kurtis 2007 metais, pakeitus Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą.

Tyrimai rodo, kad gyventojų mirtingumo dinamikos kitimą lemia ne vien tik nuo medicinos sistemos priklausančios priežastys. Nelaimingų atsitikimų keliuose sumažinimas 2008–2009 metais akivaizdžiai pademonstravo, kad gyventojų mirtingumą galima žymiai sumažinti bendromis tarpžinybinėmis pastangomis. Deja, visuomenės sveikatos sektorius būti lyderiu šiose veiklose dar neišmoko. Pagal gyventojų (ypač vyrų) vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę Lietuva vis dar labai atsilieka nuo Europos Sąjungos valstybių. Ypač svarbu atkreipti dėmesį į išvengiamas mirties priežastis, t. y. tas, kurios daro įtaką vidutinės tikėtiną gyvenimo trukmės rodiklių blogėjimui dėl mirčių, kurių galima išvengti. Vien pašalinus šias priežastis Lietuvos žmonių vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė galėtų pailgėti net devyneriais metais. Todėl, rengiant ir įgyvendinant sveikatinimo programas, visuomenės sveikatos specialistai turėtų tapti bendruomenių lyderiais. Svarbu, kad į visuomenės sveikatos institucijų struktūrą įeitų ne tik visuomenės sveikatos specialistai, bet ir profesionalūs vadybininkai, išmanantys sveikatos politiką ir apkritai viešąją politiką, viešąjį administravimą, teisę, ekonomiką, darnų vystymąsi.

Visuomenės sveikatos biurų veiklos efektyvumui įvertinti buvo pasiūlyti šeši pagrindiniai kriterijai<sup>115</sup>: darbo organizavimas ir išteklių valdymas; funkcijų vykdymas ir finansavimas; paslaugų teikimas, programų įgyvendinimas; organizacijos veiklos rezultatai; paslaugų prieinamumas; išoriniai ryšiai. Šiems kriterijams išmatuoti pasirinktas gana elementarus kokybinis tyrimas. Naudojantis šiais kriterijais įvertinti ne organizacijos veiklos rezultatai, o juos lemiantis veiklos procesas. Toks vertinimas įstaigoms, ypač jų veiklos pradžioje, padeda tobulinti savo veiklą – gerinti organizacijos valdymą ir administravimą, paslaugų teikimą. Įstaigos veiklos tyrimo rezultatai padeda įstaigos vadovams ir darbuotojams priimti strateginius ir operatyvinius sprendimus. Kiekvienam kriterijui įvertinti buvo pasirinktos kelios dimensijos, kurioms apibūdinti buvo suformuluoti atviri klausimai pateikti struktūrizuoto interviu metu miesto merui, savivaldybės sveikatos tarybos pirmininkui, savivaldybės gydytojui, savivaldybės administracijos direktoriui, VSB direktoriui, VSB specialistams. Buvo pateikti šie klausimai:

1. Darbo organizavimas ir išteklių valdymas:

- Kokias pagrindines problemas galėtumėte įvardinti, susijusias su darbo organizavimu ir išteklių valdymu įstaigoje?
- Kokie tikslai keliami įstaigoje, įstaigos misija ir vizija?
- Ar planuojami darbai ir priimami sprendimai atitinka strategiją, kurios pagalba numatyta įgyvendinti organizacijos misiją?
- Kaip yra organizuojamas sprendimų priėmimas, vykdymas ir vertinimas?

---

<sup>115</sup> Rūta Budrytė. Visuomenės sveikatos biurų veiklos efektyvumo vertinimas. Magistro baigiamasis darbas viešojo administravimo studijų kryptyje, MRU, 2009.

- Ką siūlytumėte pakeisti visuomenės sveikatos biuro darbo organizavime bei valdyme?
2. Funkcijų vykdymas ir finansavimas:
- Kurių funkcijų vykdymui skiriama daugiausiai laiko? Kodėl?
  - Kaip manote, ar VSB finansavimas pakankamas, numatytų funkcijų įgyvendinimui?
  - Kiek finansinių išteklių buvo skirta prieš įsisteigiant VSB ir, kiek skiriama įstaigai įsisteigus?
3. Paslaugų teikimas, programų įgyvendinimas:
- Kas yra pagrindiniai įstaigos klientai ir kokie jie yra?
  - Pagal kokius kriterijus yra pasirenkami projektai, programos ir kaip yra vertinamas jų efektyvumas?
  - Ką siūlytumėt pakeisti įstaigos paslaugų teikime ir programų įgyvendinime?
4. Paslaugų prieinamumas:
- Ar visuomenės sveikatos priežiūra yra vienodai prieinama ir miesto, ir kaimo gyventojams? Kodėl?
  - Kokias pagrindines, su paslaugų prieinamumu susijusias, problemas matote?
  - Ką siūlytumėt pakeisti gerinant įstaigos paslaugų prieinamumą?
5. Įstaigos veiklos rezultatai:
- Kokiomis priemonėmis įstaiga koordinuoja savo veiklos efektyvumą?
  - Kokie įstaigos veiklos pokyčiai?
  - Ką siūlytumėt keisti norint, kad įstaiga pasiektų geresnių rezultatų?
6. Išoriniai ryšiai:
- Kokias būdais įstaiga informuoja visuomenę apie save ir savo veiklą?
  - Kokios pagrindinės, su informacijos pateikimu susijusios, problemos?

Ši tyrimo metodologija yra paprasta ir nebrangiai organizuojama.

Išsiplėtus VSB tinklui, nuo 3 pilotinių VSB 2007 metais iki 30 VSB 2009 metais, visuomenės sveikatos priežiūra savivaldybėse vykdoma geriau, bet VSB veiklos rezultatai pasireiškė tik ateityje. Visuomenės sveikatos biurų teikiamų paslaugų spektras yra didelis, tačiau kol kas mažai kam žinomas, dar nėra suderinamumo tarp visuomenės sveikatos, asmens sveikatos, politikos ir verslo sričių.

2009 metais Mykolo Romerio universitete buvo atliktas kitas tyrimas apie išsilavinusių ir kompiuterinį raštingumą išmanančių Vilniaus miesto gyventojų požiūrį į Lietuvos visuomenės sveikatos reformos eigą<sup>116</sup>. Remiantis atliktos apklausos duomenimis pastebėta, kad gyventojams trūksta informacijos apie šalyje vykdomą visuomenės sveikatos reformą, sveiką gyvenseną ir savivaldybės vykdomas visuomenės sveikatos programas (2 paveikslas). Dauguma respondentų atsakomybę už visuomenės sveikatą priskiria sveikatos priežiūrą organizuojančių ir

---

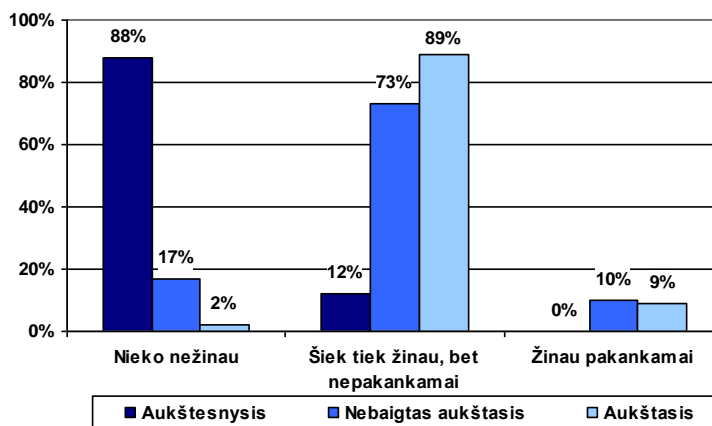
<sup>116</sup> Ieva Andriuskevičiūtė. Visuomenės sveikatos politikos ir jos įgyvendinimo įvertinimas. Magistro baigiamasis darbas viešojo administravimo studijų kryptyje. MRU, 2009

vykdančių institucijų, taip pat valstybės ar jai atstovaujančių politikų kompetencijai (3 paveikslas). Visuomenė į sveikatinimo procesą ir visuomenės sveikatos politikos formavimą įtraukiama aiškiai nepakankamai (4 paveikslas).

Kaip minėta, visuomenės sveikatos reforma ilgą laiką vyko tik struktūrinių pokyčių dėka, o savivaldybės ir bendruomenės buvo nušalintos nuo visuomenės sveikatos problemų sprendimo.

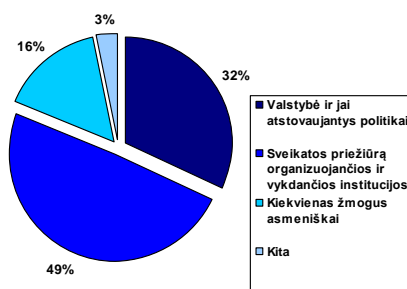
Vilčių teikia patvirtintos Visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos uždaviniai:

- valstybės ir savivaldybių politikoje įtvirtinti visuomenės sveikatos svarbą;
- mažinti sergamumą infekcinėmis ir neinfekcinėmis ligomis, darant įtaką jas sukeliantiems veiksniams;
- gerinti visuomenės sveikatos stebėseną ir gyventojų informuotumą visuomenės sveikatos klausimais;
- užtikrinti pasirengimą greitai reaguoti į sveikatai išskylančias grėsmes;
- rūpintis vaikų ir jaunimo sveikatos išsaugojimu ir gerinimu;
- tobulinti visuomenės sveikatos priežiūros vadybą .



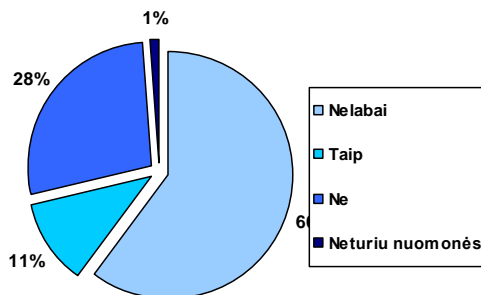
*2 paveikslas. Vilniaus miesto respondentų žinių apie visuomenės sveikatos reformą priklausomybė nuo išsilavinimo (proc.)*

*Šaltinis: 2009 metais Mykolo Romerio universitete atlikto tyrimo duomenys*



3 paveikslas. Vilniaus miesto respondentų nuomonės procentinis pasiskirstymas pagal tai, kas atsakingas už visuomenės sveikatą

Šaltinis: 2009 metais Mykolo Romerio universitete atlikto tyrimo duomenys



4 paveikslas. Vilniaus miesto respondentų nuomonė apie piliečių įtraukimą į sveikatinimo procesą (proc.)

Šaltinis: 2009 metais Mykolo Romerio universitete atlikto tyrimo duomenys

Reikia tikėtis, kad sveikatos politika bus palanki šių tikslų siekimui. Juo labiau, kad yra patvirtinta gana nemažai nacionalinio lygmens sveikatos programų:

- Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programa (baigėsi);
- Valstybinė maisto ir mitybos strategija ir jos įgyvendinimo priemonių 2003–2010 metų planas;
- Valstybinė traumatizmo profilaktikos 2007–2009 metų programa;
- Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės programa;
- Valstybinė tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2007–2010 metų programa;
- Psichikos sveikatos strategija ir jos įgyvendinimo 2008–2011 metų veiksmų planas;
- Valstybinė alkoholio kontrolės 1999–2011 metų programa;
- Valstybinė tabako kontrolės 2007–2010 metų programa;

- Valstybinė lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2006–2009 metų programa;
- Valstybinė triukšmo strateginio kartografavimo 2006–2012 metų programa;
- Maudyklų vandens kokybės stebėsenos 2009–2011 metų programa;
- Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007–2010 metų programa;
- Vaikų sveikatos stiprinimo 2008–2012 metų programa;
- Valstybinė psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programa;
- Valstybinė maisto ir mitybos strategija ir jos įgyvendinimo priemonių 2003–2010 metų planas.

SAM įsakymais patvirtintos:

- Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 metų programa;
- Hospitalinių infekcijų prevencijos 2007–2009 metų programa;
- Antimikrobinio atsparumo prevencijos 2007–2009 metų programa;
- Medicininių atliekų tvarkymo sveikatos priežiūros įstaigose 2006–2008 metų programa;
- Neinfekcinių ligų pirminės profilaktikos 2009–2011 metų programa;
- Valstybinė lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008–2010 metų programa;
- Cukrinio diabeto kontrolės 2009–2011 metų programa;
- Valstybinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programa.

SAM taip pat dalyvauja:

- Valstybinėje saugaus eismo automobilių keliais 2005–2010 programoje;
- Valstybinėje moterų ir vyrų lygių galimybių 2005–2009 metų programoje;
- Vaikų ir jaunimo socializacijos 2004–2014 metų programoje;
- Prekybos žmonėmis prevencijos bei kontrolės 2005–2008 metų programoje;
- Vaiko gerovės valstybės politikos strategijos programoje ir jos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metams plano įgyvendinime;
- Regionų socialinių ir ekonominių skirtumų mažinimo 2007–2010 metų programoje.

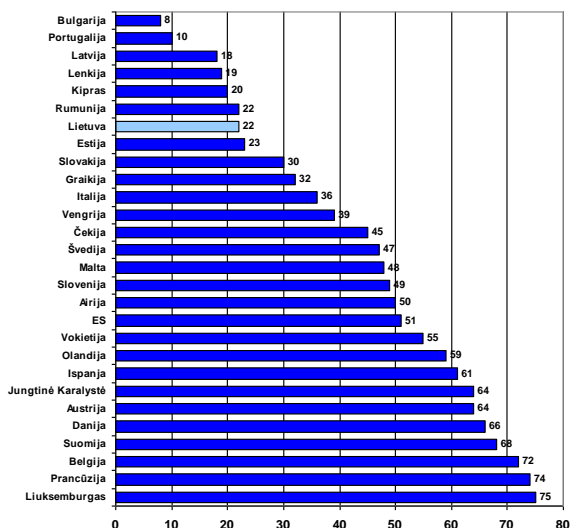
### **Tarpžinybinio bendradarbiavimo problemos ir iššūkiai**

Visos išvardintos programos reikalauja tamprių tarpžinybinių ryšių. Todėl svarbus visuomenės sveikatos iššūkis – tarpžinybinis bendradarbiavimas ne tik savivaldos, ne tik pirminės sveikatos priežiūros, bet ir valstybės lygiais. Deja, tarpžinybinio bendradarbiavimo kokybė kelia daug rūpesčių. Ir tai yra iššūkis ne tik sveikatos, bet ir kitiems sektoriams. Tai įrodo didėjantys socialiniai ekonominiai ir sveikatos netolygumai. Prof. habil. dr. R. Kalėdienės ir bendraautorių atliktų tyrimų duomenimis socialiniai ir sveikatos netolygumai tarp miesto ir kaimo yra gana ryškūs<sup>117</sup>. Palyginę viso Nepriklausomybės laikotarpio kaimo ir miesto vyrų vidutinę

---

<sup>117</sup> Kalėdinė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos ir jos priežiūros netolygumai. *Jean Monnet Europos kompetencijos centro seminaras*. Kauno technologijos universitetas Europos institutas, 2008.12.08.

tikėtiną gyvenimo trukmę (VGT) matome, kad 1994 metais skirtumas tarp kaimo ir miesto vyrų VGT buvo 3,5 metų, 1999 metais – 4,72 metų, o 2006 metais skirtumas sumažėjo iki 2,96 metų. 1994 metais skirtumas tarp miesto ir kaimo moterų VGT buvo 1,9 metų, didžiausias skirtumas pasiektas irgi 1999 metais – 2,74 metai, o 2006 metais šis skirtumas buvo 2,31 metų. Į kaimo gyventojų sveikatos poreikius šiuo metu turime reaguoti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijai kaimo teritorijose keldami savitus uždavinius ir siektinus efektyvumo rodiklius. Pagal dabartinių socialinių ekonominių Lietuvos išsivystymą ir egzistuojančius sveikatos rodiklių netolygumus, pasiekti tokių pačių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo rodiklių mieste ir kaime yra nerealu. Aukšto ir pradinio išsilavinimo, turtingi ir neturtingi gyventojai sveikatos apsaugos sistemai kelia skirtingus reikalavimus. Be to, Lietuvos gyventojai gana prastai vertina socialinę apsaugos sistemą (6 paveikslas). 2007 metais Europos komisijos atlikto tyrimo „European Social reality“<sup>118</sup> duomenimis tik kas penktas lietuvis mano, kad socialinės apsaugos sistema yra pakankamos apimties, kai tuo tarpu taip mano vidutiniškai 51% europiečių (5 paveikslas).



5 paveikslas. ES respondentų atsakymas į klausimą „Ar socialinės apsaugos sistema Jūsų valstybėje yra pakankamos apimties?“ (proc., Lietuva n=1016)

Šaltinis: EC Special Eurobarometr 2007 “European Social Reality”

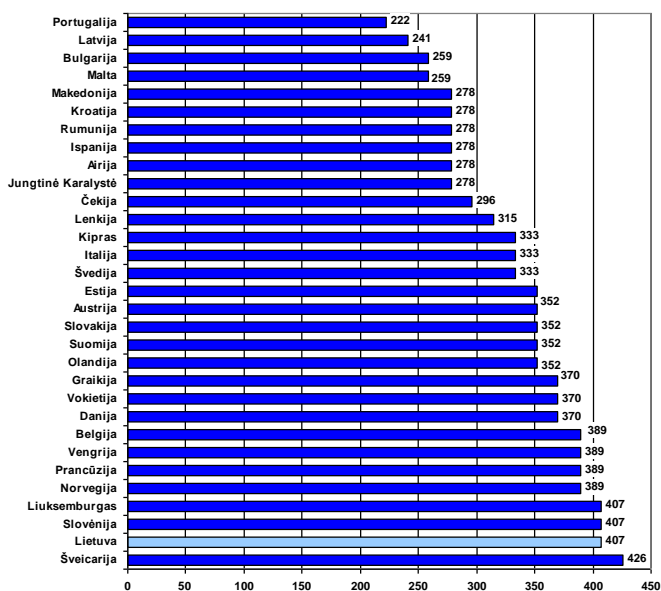
Socialinės apsaugos sistemos pertvarkymai privalo būti šio reformų dešimtmečio dienotvarkėje. Sveikatos apsaugos sistema tiesiogiai priklausys nuo pokyčių socialinės apsaugos ir socialinės paramos srityse.

<sup>118</sup> Europos komisijos tyrimas “European Social reality”

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_273\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_273_en.pdf)

### Pacientų teisių gynimo problemos ir iššūkiai sveikatos organizacijoms ir savivaldai

Lietuvoje pasiekta gana ryški pažanga pacientų teisių srityje. 2009 metais atliktas “Health Consumer Powerhouse” tyrimas parodė, kad Lietuva pagal pacientų teisių gerbimą Europoje yra antroje vietoje po Šveicarijos<sup>119</sup> (6 paveikslas). Pacientų teisės buvo vertinamos pagal pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo reikalavimus, teisę rinktis paslaugų teikėją Lietuvoje ir ES, tiesioginį patekimą pas specialistą, pacientų įtraukimą į sprendimų priėmimą, sveikatos draudimo be kaltės vystymą, teisę į antrą nuomonę, pacientų kortelės prieinamumą, savanorišką pacientų dalyvavimą skyrinio programose. Rodikliai buvo matuojami remiantis pacientų organizacijų nuomone ir statistiniais tarptautinių duomenų bazių rodikliais.



### 6 paveikslas. Europos valstybių pacientų teisių vertinimas 2009 metais atlikto Health Consumer Powerhouse tyrimo duomenimis (balais)

Šaltinis: *The empowerment of European patient. Health Consumer Powerhouse, 2009*

Teisinis pagarbos pacientų teisėms reglamentavimas ir dėmesys jų įgyvendinimui Lietuvoje vystosi greičiau, nei pati sveikatos apsaugos sistema. Tikėtina, kad teisiškai įtvirtinti žmonių reikalavimai sveikatos sistemai ateityje bus dar didesni. Aplinkos pokyčių poveikio sveikatos priežiūros organizacijoms tendencijos yra parodytos 1 lentelėje.

<sup>119</sup> The empowerment of European patient. Health Consumer Powerhouse survey. 2009.

Savivaldos administravime yra gana daug ir didelių problemų, ypač atsiliepančių sveikatos apsaugai. Mykolo Romerio universitete trejus metus vyko studija apie socialinę politinę savivaldos institucijų veiksmingumą<sup>120</sup>. Buvo domimasi, kaip savivaldos institucijos yra pajėgios įgyvendinti naujosios viešosios vadybos modelį. Modelį, kuriame privataus sektoriaus valdymo priemonės yra taikomos ir viešajame sektoriuje. Savivaldos lygmens vadovams svarbu turėti vadybos žinių pagrindus, gebėti naudoti strateginio planavimo ir modernius struktūros valdymo modelius, skatinti verslą, taikant viešosios ir privačios partnerystės projektus. Problema – savivaldos institucijos nėra tokios veiksmingos kaip norėtume. Taip yra dėl daugelio priežasčių. Priežastys buvo iširtos ir sugrupuotos.

**1 lentelė.** Aplinkos pokyčių kitimas ir jo įtaka sveikatos priežiūros organizacijoms

Kriterijus	Praeitis (1960–1980 metai)	Dabartis	Ateitis (2010 ir vėlesni metai)
Socialinės normos ir lūkesčiai	Dominuoja paslaugų teikėjas	Keičiasi vartotojų lūkesčiai	Keičiasi organizacijų pobūdis, vyrauja pasidalijimas atskaitomybe
Demografija ir epidemiologija	Vyresnio amžiaus žmonės sudaro mažesnę visų gyventojų dalį; dominuoja infekcinės ligos	Vyresnio amžiaus žmonės sudaro vis didesnę visų gyventojų dalį; dominuoja lėtinės ligos	Daugiausia paslaugų suteikiama vyresnio amžiaus gyventojams; vyrauja su gyvenimo būdu ir senėjimu susijusios ligos
Technologijų plėtra, vertinimas ir rezultatai	Staigi plėtra ir įdiegimas	Atsiranda vertinimo pastangos	Naudojamasi randomizuotais (atsitiktine atranka parentais) bandymais ir meta–analize.
Finansavimas ir kompensavimas	Finansavimas problematiškas dėl kainų kilimo; kompensavimas – retrospektyvus	Atsiranda vis daugiau problemų; kompensavimas – perspektyvinis	Auga su finansavimu susijusi rizika
Organizacijų formos	Didelis visuomeninių paslaugų teikėjų ir valstybinių įstaigų skaičius	Organizacijų formos: valstybinės, privačios ir besikuriančios kitos	Tinklų ir sistemų performavimas
Paslaugų vertinimas ir kvalifikacijos tobulinimas	Rūpinamasi tik medikų kvalifikacija	Atsiranda pastangos ir spaudimas dėl visų specialistų atskaitomybės	Politiką formuojančių instancijų bendradarbiavimas su tyrėjais ir vadovais; įrodymais pagrįstas valdymas

*Šaltinis: Shortell & Kaluzny, Health Care Management, Delmar Publishing, Albany, NY, 2000<sup>121</sup>.*

Savivalda neveiksminga dėl pilietinių iniciatyvų raiškos stokos vietos bendruomenėse, nepakankamo gyventojų nuomonės paisymo, neaktyvių

<sup>120</sup> Puškorius, S. et al. *Savivaldos institucijų socialinis politinis veiksmingumas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006.

<sup>121</sup> Jankauskienė D. Pečiūra R. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p.41-42.



bendruomenių. Ryšiai su visuomene yra bendra savivaldos problema. Pagal teisės aktus savivaldai numatoma vis daugiau funkcijų, bet trūkstant gebėjimų ir finansinių išteklių savivaldai numatomi įgaliojimai dažnai negali būti vykdomi. Nustatyta, kad savivaldos institucijų viešojo administravimo įstaigose, savivaldybėse dirbantys pareigūnai yra kur kas labiau priklausomi nuo politikų negu nacionalinio lygmens valstybės tarnautojai. Savivaldybėse demokratinių sprendimų priėmimo procese išskiriami trys ypač svarbūs komponentai, kuriuos pravartu žinoti ir sveikatos apsaugos politikams: visuomenės, žiniasklaidos ir valdžios demokratijos supratimas, administraciniai tarnautojų gebėjimai ir atvirumas<sup>122</sup>.

Kita problema – sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Iš tiesų žiniasklaidoje kartais pasigirsta vienareikšmiškų vertinimų, kad Lietuvoje pablogėjo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Tai supaprastintas vertinimas. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvoka yra kompleksinė. Prieinamumas yra realizuotos tam tikros teritorijos gyventojų galimybės gauti vienas ar kitas sveikatos priežiūros paslaugas. Apibendrintas paslaugų prieinamumo matavimas neparodo realios situacijos pokyčių Lietuvoje. Prieinamumas yra matuojamas organizaciniu aspektu, komunikaciniu aspektu ir ekonominiu aspektu. Organizacinio prieinamumo tyrimuose visada žiūrima, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra regione ir savivaldybėje, kiek ir kokios numatytos teisės aktuose paslaugų rūšys yra prieinamos. Tiriama, ar pakanka specialistų, resursų, ar prieinamos technologijos, tarp jų ne tik medicinos, bet ir vadybinės technologijos, ar yra tinkamas darbo laikas, ar yra eilės. Komunikacinis prieinamumas yra matuojamas atstumu nuo gyvenamos vietos iki sveikatos priežiūros įstaigos, taip pat, ar prieinamas ir tinkamas viešasis transportas, ar yra pasiekiamos kitos susisiekimo priemonės, pavyzdžiui, telefonas, internetas ir panašiai. Matuojant ekonominį prieinamumą lyginama, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas ir, kaip galioja solidarumo principas.

Komunikaciniam prieinamumui matuoti, pasiūlėme naują vertinimo metodiką<sup>123</sup>. Ją matuoti aktualu savivaldos lygmenyje. Pasiūlėme geometrinio modeliavimo būdu žemėlapyje suskirstyti savivaldybės teritoriją į šešių kvadratinių kilometrų kvadratus ir kiekvienos pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ar kiekvieno jos padalinio aptarnaujamą teritoriją apibrėžti trijų kilometrų spindulio apskritimais. Įvertinama, kiek yra uždengto ir neuždengto ploto visos savivaldybės žemėlapyje suskaičiuojant kiekvieną kvadratą. Palyginimui šia metodika atlikti komunikacinio paslaugų prieinamumo matavimai Vilniaus, Klaipėdos ir Tauragės rajonų savivaldybių žemėlapiuose. Didžiausias skirtumas tarp uždengtų (sveikatos priežiūros įstaigų aptarnaujamų) ir neuždengtų plotų yra Vilniaus rajone – uždengta tik šiek tiek daugiau negu trečdalis teritorijos, Tauragėje irgi daugiau negu trečdalis, o Klaipėdos rajone yra uždengta daugiau nei pusė teritorijos. Klaipėdos rajone sveikatos priežiūros įstaigos teritorinio prieinamumo ir infrastruktūros atžvilgiu yra išdėstytos žymiai tankiau.

---

<sup>122</sup> Puškorius, S. et al. *Savivaldos institucijų socialinis politinis veiksmingumas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006

<sup>123</sup> Pečiūra, R., Jankauskienė, D., Gurevičius, R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. *Medicina* 2006, 42(11): 939-943.

Paprastas geometrinio modeliavimo metodas komunikaciniam paslaugų prieinamumui matuoti tinka pradiniam PSP įstaigų infrastruktūros planavimo darbams. Sprendimų priėmimo etape komunikacinį prieinamumą vertinti galima kompleksiščiau, atsižvelgiant ir į gyventojų tankumą, teritorijos miškingumą, kelius ir k.t.

Matuodami ekonominį prieinamumą, pagal dešimties pastarųjų metų namų ūkių tyrimus, galime palyginti, kiek išlaidų per mėnesį tenka vieno miesto, kaimo ar tam tikro šalies rajono gyventojų sveikatos apsaugai. Tyrimai rodo, kad daugelį metų miesto gyventojai sveikatos priežiūrai kas mėnesį išleisdavo kiek mažesnę procentą nuo savo pajamų nei kaimo gyventojai. Tačiau reikia pasakyti, kad jau nuo 2004–2005 metų ir kaimo, ir miesto gyventojai sveikatos priežiūrai išleidžia tokį patį savo pajamų procentą. Žinant, kad kaimo gyventojų pajamos dažniausiai yra gerokai mažesnės, galima teigti, kad ekonomine prasme kaimo gyventojams sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pablogėjo. Tačiau tai reiktų tikslinti patyrinėjus skirtingas gyvenamąsias teritorijas. Metams bėgant didėja papildomos gyventojų išlaidos poliklinikose, ambulatorinėje grandyje ir ligoninėse. Auga išlaidos vaistams.

Sveikatos ekonomikos centro ir Atviros Lietuvos fondo tyrimas rodo, kad nuo 1995 iki 2001 metų neoficialūs mokėjimai gydytojams ir kitam medicinos personalui sumažėjo per pusę<sup>124</sup>, bet korupcija sveikatos priežiūroje išlieka didele problema.

#### **4.5. Sveikatos organizacijų aplinka, kultūra ir jų poveikis darbuotojams**

##### ***Darbo su personalu aplinka***

Sveikatos apsaugos įstaigoms įtaką daro daugelis veiksnių, tarp jų ir specifiniai veiksniai. Sveikatos priežiūros įstaigų personalas turi ypatingą statusą – gydytojai yra visuomenės elitas pagal išsimokslinimo, kuris trunka ilgiausiai iš visų profesijų, lygį, gydytojai ir slaugytojai yra humanizmą užtikrinantys asmenys. Medikai, medicinos technikai, laborantai ir kiti sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai dirba ypatingo saugumo ir atsakomybės reikalaujantį darbą. Gydymas dažniausiai yra bendras koordinuotas visos komandos darbas. Į sveikatos priežiūros darbuotojus pagalbos kreipiasi pažeistos fizinės ir dvasinės sveikatos būklės žmonės.

Darbiui su personalu didelę įtaką daro vidinė ir išorinė aplinka. Viskas, kas vyksta organizacijoje, priskiriama vidinei aplinkai, o kas už jos ribų – išorinei aplinkai.

Išoriniams veiksniams priskiriami konkurentai, vartotojai, tiekėjai, steigėjai, valstybinės sveikatos politiką koordinuojančios institucijos, profesinės sąjungos. Labai svarbu kuo tiksliau vertinti išorinės aplinkos pokyčius ir jų įtaką organizacijai ir personalo vadybai. Deja, sveikatos apsaugos įstaigos, paveldėjusios buvusį centralizuotą Semaškos modelio valdymą, daug metų neskyrė reikiamo dėmesio besikeičiančios aplinkos analizei. Kuriami planai mažai siejosi su priemonėmis, nukreiptomis prisitaikyti prie besikeičiančios organizacijų aplinkos. Išorinė organizacijos aplinka skiriama į: bendrąją aplinką, kuri lemia bendrąjį foną (ji tam tikru konkrečiu laikotarpiu yra visiems vienoda – tai ekonominės, kultūrinės,

---

<sup>124</sup> Jankauskienė D. Pečiūra R. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 283.

politinės, socialinės, ekologinės ir kt. sąlygos) ir į užduoties aplinką (ją lemia organizacijos uždaviniai ir ji siejama daugiau su organizacijos tikslo siekimu).

Vidiniai veiksniai – personalo politika, personalo išsimokslinimo lygis, organizacijos kultūra – formuojasi organizacijos viduje. Išorinius veiksmus sveikatos priežiūros organizacijos gali veikti tik iš dalies, dažniau turi prie jų prisitaikyti, o vidinius gali ir turi keisti pačios. Deja, po Nepriklausomybės atkūrimo dar kurį laiką sveikatos priežiūros įstaigos ir jų vadovai skyrė laukimui ir nacionalinės reikšmės teisės aktų analizei, o ne kūrė savo planus organizacijos viduje, kad prisitaikytų prie esamos situacijos. Be jokios abejonės, neturint aukštesnio lygio organizacijos strategijų, yra gana sudėtinga kurti savo organizacijos strateginį planą. Tačiau vadyboje gerai žinomas atgalinis ryšys – tobulindama vidinius, organizacija daro įtaką išoriniams veiksniams<sup>125</sup>.

Vidiniai veiksniai, darantys įtaką savaiminiam sveikatos organizacijos kultūros formavimuisi, gali būti charakterizuojami taip<sup>126</sup>:

- Strategija (vizija, misija, strateginiai tikslai);
- Personalo (vadovų ir vykdytojų) kvalifikacija;
- Sistemų lygis (planavimas, koordinavimas, skatinimas);
- Vadovavimas (stilius, sprendimai, kontrolė).

Reikia pripažinti, kad sveikatos priežiūros įstaigose į šiuos veiksmus kreipiama per mažai dėmesio ir reikiamų gebėjimų turi tik pavieniai vadybininkai.

### ***Sveikatos organizacijų kultūros ir personalo politikos sąveika***

Personalo politiką veikia vyraujanti kiekvienos organizacijos filosofija ir kultūra. Sveikatos priežiūros įstaigų kultūra formavosi veikiamą Semaškos valdymo modelio, orientuoto į pagalbą ligoninėse ir parentą geografiniu teritoriniu sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymu rajonuose. Pradėjus formuoti Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, parentą funkcinio pirminės antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros apibrėžimu ir organizavimo lygiais bei decentralizavus valdymą, organizacijų kultūra ėmė keistis. Naujasis modelis reikalavo daugiau iniciatyvos iš pačių organizacijų, daugiau išmanymo ir lankstumo, naujų tipinių darbuotojų elgesio normų ir elgsenos. Kultūra keičiasi lėtai. Daugelį metų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose formavosi laukimo filosofija, tikintis kitokio finansavimo ir naujos jo metodikos.

Organizacijos egzistavimo tikslus lemia prieštaringi grupiniai daugelio individų interesai: savininkų – pelno didinimas, darbuotojų – geras organizacijos klimatas, darbo sąlygos, darbo užmokestis. Minėtus interesus reikia derinti. Privacijos įmonės kultūra susijusi su literatūroje vartojama sąvoka – *corporate identity*, kai organizacijai priskiriamos žmogui būdingos savybės. Organizaciją mėginama aprašyti kaip asmenybę. Organizacijos identiškumas apima:

- Organizacijos įvaizdį (*corporate design*) – vizualinis elgsenos aprašymas;
- Organizacijos komunikaciją (*corporate communications*) – bendradarbiavimas tarp bendradarbių ir su išoriniu pasauliu;

---

<sup>125</sup> A.Sakalas. Personalo vadyba. – Vilnius: Margi Raštai, 2003. P. 8.

<sup>126</sup> P.Zakarevičius. Organizacijų kultūra kaip pokyčių priežastis ir pasekmė// Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. 2004, Nr. 30. P. 206.

- Organizacinę elgseną (*corporate behavior*) – įmonės veikla ir elgsena<sup>127</sup>.

Sveikatos priežiūros įstaigose besilankantys pacientai, kurie yra pažeidžiami dėl juos užklupusių sveikatos problemų, ypač jautriai reaguoja į sveikatos apsaugos organizacijos kultūros problemas.

Privačios sveikatos priežiūros organizacijos linkusios greičiau pertvarkyti savo kultūrą – jų veikla orientuota į klientą ir pelną. Tie sveikatos sektoriai, kuriuose privatizacijos būta daugiau – odontologija, farmacija, pirminės sveikatos priežiūra – demonstruoja daugiau pokyčių elementų. Dažnai apie kultūrą sprendžiama iš išorinių, gerai matomų rodiklių – aprangos, elgsenos su klientais, priėmimo taisyklių. Organizacinė kultūra veikia darbuotojų elgseną. Jos sunku išmokti tiesiogiai – ji greičiau perimama vykstant socializacijos procesui. Organizacijos kultūra atlieka šias pagrindines funkcijas: 1) tvarkos palaikymo – padeda palaikyti tvarką organizacijoje, nes veikia atskirų jos narių elgseną (nustatęjusios nerašytos žaidimo taisyklės, kurios veikia kaip formalios); 2) stabilizavimo – vykstant pertvarkymams, susiformavusi kultūra jiems priešinasi, siekia išlaikyti susiklosčiusią padėtį, tradicijas. Šią funkciją galima vertinti dvejopai: pažangos atžvilgiu – tai stabdantis veiksnys, anarchijos atžvilgiu – teigiamas veiksnys.

Be minėtųjų daugelis autorių akcentuoja ir kitas organizacijos kultūros funkcijas ir teigia, kad organizacijos kultūra suteikia jos nariams identiškumo jausmą; sustiprina bendrą įsipareigojimą organizacijai ir jos misijai; padeda išsiaiškinti ir sustiprinti elgesio standartus<sup>128</sup>.

Esant neaiškiai organizacijos misijai ir vizijai, stipriai kenčia jos kultūra. Lietuvos sveikatos priežiūros organizacijoms to ilgą laiką trūko. Rūpinamasi buvo daugiau „kietosiomis“ investicijomis, dažnai užmirštant „minkštąsias“.

Sveikatos priežiūros organizacijos kultūrą galima traktuoti kaip sėkmės veiksnį. Dažnai organizacijos, turinčios tas pačias struktūras ir besivadovaujančios tomis pačiomis strategijomis, pasiekia skirtingų rezultatų. Priežastis ta, kad organizacijos sėkmei didesnę įtaką daro ne tik “kietieji veiksniai” (politika, valdymo struktūra, turima technika ir technologija), bet ir “minkštieji veiksniai” (valdymo stilius, darbuotojų vertybių sistema), kurie atspindi organizacijos kultūroje. Apie organizacijos kultūros stiprumą paprastai sprendžiama pagal tai, kaip sąmoningai suvokiamos vertybės, normos; pagal jų paplitimo lygį; panaudojimo gilumą (ar jomis vadovaujamosi kasdieninėje veikloje, ar jos tėra tik gražus fasadas).

Reikėtų pabrėžti, kad būtent viešajame sektoriuje, taigi, ir sveikatos apsaugoje, vertybių vaidmuo ypač svarbus. Šio sektoriaus vertybės susijusios su visuomene, t. y. turi reikšmės žmonių vertybių formavimuisi ir iš dalies šio sektoriaus vertybės gali atspindėti visuomenės vertybes. Pastaruoju metu pastebima tendencija valdymą grįsti ne taisyklėmis, o vertybėmis.

Viešojo sektoriaus, kuriam priklauso sveikatos apsaugos organizacijos, vertybės dažniausiai skirstomos į etines, demokratines ir profesines. Viešojo sektoriaus vertybės yra dorumas, teisingumas, atskaitomybė, atsakomybė, neutralumas, atstovavimas. Etinėmis vertybėmis laikytinos sąžiningumas, lojalumas, tobulumo

---

<sup>127</sup> Sakalas, A. Personalo vadyba. – Vilnius: *Margi Raštai*, 2003. P. 2

<sup>128</sup> Jucevičienė, P. Organizacijos elgsena. – Kaunas: *Technologija*, 1996. P. 67

siekis. Organizacinės vertybės – paslaugumas, produktyvumas, atvirumas. Kalbant apie viešąjį sektorių galima paminėti senąsias ir naujasias vertybes. Tradiciškai su viešuoju sektoriumi dažniausiai siejamas moralumas, neutralumas, atsakomybė. Naujajam viešajam valdymui tampa būdingos tokios vertybės kaip rizikingumas, lankstumas, veiksmų laisvė, novatoriškumas. Pradėjus formuoti Nepriklausomos Lietuvos sveikatos sistemą, šios vertybės ypač išryškėjo.

Sveikatos priežiūros organizacijos kultūra yra labai svarbi kaip darbuotojų vertybių sistema. Ji lemia darbo sėkmę, skatina darbuotojų elgesio savikontrolę ir pastovumą. Kultūros normos organizaciją padaro stabilią socialiniu aspektu, jos padeda greitai adaptuotis naujiems darbuotojams, kad jie taptų savos komandos nariais. Tai rodo MRU atliekami skirtingų sveikatos organizacijų tyrimai<sup>129</sup>.

Nėra vieno teisingiausio organizacijos kultūros modelio. Geriausias rezultatas gali būti pasiektas tik siekiant senųjų ir naujųjų vertybių sintezės. Visiškas nuokrypis į kraštutinius variantus (griežtą hierarchinę kultūrą ar liberalią rinkos kultūrą) nepadeda organizacijai pasiekti efektyvumo. Būtinai dėmesingumas klientams, darbo rezultatų, privačiame sektoriuje sukauptos vadybos patirties akcentavimas.

### ***Iššūkiai sveikatos organizacijų kultūrai***

Reprezentatyvi gyventojų apklausa rodo, kad bendradarbiavimą tarp pacientų ir gydytojų teigiamai vertina daugiau nei pusė, t. y. 56% respondentų<sup>130</sup>. Tačiau gydytojų nuomonė apie jų bendradarbiavimą su pacientais reikšmingai skiriasi – net 86% gydytojų mano, kad jie tinkamai bendradarbiauja su pacientais. Sveikatos priežiūros organizacijos turėtų ieškoti priežasčių, kodėl šie skirtumai tokie dideli. Pirmiausiai, sveikatos organizacijų vystymo **strateginiai planai yra nekokybiški**, jie apima tik trumpą laikotarpį ir tik atskiras daugiausiai „kietųjų investicijų“ (medicinos įrangos, pastatų renovacijos, aparatūros) reikalaujančias sritis. Trūksta veiksmų nuoseklumo: susiejant investicijas su žmonių išteklių vystymu, organizacijų vystymu ir bendros organizacinės kultūros gerinimu; motyvuojant personalą dirbti komandoje; siekiant visuotinės kokybės gerinimo tikslų. Kai kurios sveikatos priežiūros įstaigos apskritai neturi strateginių planų. Informacijos prieinamumas pacientams yra labai ribotas. Skirtingų organizacijų strategijos yra menkai koordinuojamos nacionaliniame lygyje – pavyzdžiui, parengiama restruktūrizacijos strategija, visuomenės sveikatos programos, tačiau savivaldybėse nepakankamai dėmesio skiriama pokyčių susiejimui, pirminės sveikatos priežiūros derinimui su stacionaro vystymu.

Kitas probleminis dalykas – vidinė sektoriaus darbo kultūra ir vidiniai darbo ir **pokyčių valdymo gebėjimai**. Paciento gydyme visą laiką dalyvauja medikų komanda: registratūros darbuotojai, gydytojai, laboratorijų darbuotojai, medikai

---

<sup>129</sup> Vėtaitė Rita. Motyvacijos skatinimas kaip priemonė Kupiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centro sveikatos politikai gerinti. Magistro baigiamasis darbas. MRU, 2010.

<sup>130</sup> Jankauskienė D. et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 2008, 3: 10-19.

atliekantys pagalbinus tyrimus, vaistinių darbuotojai ir kiti. Ji turi dirbti labai darniai. Tačiau medikų vadybinės žinios yra ribotos.

Dar viena labai silpna grandis – **ryšiai su visuomene**. Sveikatos sektorius ryšių su visuomene politikos atžvilgiu yra pasyvus stebėtojas, atakuojamas žiniasklaidos ir pasirodantis akiratyje tik tuomet, kai reikia gintis nuo pacientų skundų dėl padarytos žalos. Sveikatos paslaugų marketingas, pradėtas nuo elementarios pozityvios informacijos apie teikiamas paslaugas ir jų rezultatus teikimo visuomenei, yra labai menkas. Kad įsitikintum, jog šioje srityje yra didelė spraga, užtenka peržvelgti į daugumos sveikatos priežiūros įstaigų interneto svetaines. Didesnę reikšmę ryšiams su visuomene paskyrę įstaigos, pavyzdžiui, Vilniaus ir Kauno universitetų ligoninės, savo įvaizdį ir paslaugų paklausą pastebimai pagerino.

Organizacijos kultūros gerinimui svarbu sukurti nuoseklų sveikatos reformos įgyvendinimo planą, susiejant visus sveikatos priežiūros organizavimo lygius, užtikrinant pagalbos tęstinumą, gydymo įstaigoms keliant kokybės tikslus ir už šių tikslų pasiekimą jas skatinant. Sukurti sveikatos priežiūros įstaigų (pradedant ligoninių) **kokybės rangavimo sistemą**. Organizuoti valdymo gebėjimų ugdymą nuosekliųjų ir nenuosekliųjų studijų būdu. Išvystyti ryšių su visuomene kampanijas šalies ir įstaigų lygiu.

### **Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės problemos**

Po Nepriklausomybės paskelbimo Lietuvai pavyko žymiai sumažinti atotrūkį nuo kitų išsivysčiusių valstybių medicinos technologijų kokybės srityje. Tam buvo reikalingos didelės sąnaudos, dažnai net aukojant medikų darbo užmokesčio kėlimo galimybes. 2004 m. rugsėjo 14 d. SAM išleido įsakymą Nr. V-642, kuriuo patvirtino Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 metų programą<sup>131</sup>.

2008 metais atlikto sociologinio tyrimo metu paaiškėjo, kad 64% visuomenės (tik ketu procentų daugiau, nei 2000 metais) buvo patenkinti sveikatos paslaugų kokybe<sup>132</sup>.

Kita vertus, valstybinės medicinos audito inspekcijos tyrimai rodo, jog kokybės užtikrinimo sistema Lietuvoje dar tobulintina. 2007 metais Europos Komisijos paskelbto reprezentatyvaus tyrimo „Sveikata ir ilgalaikė sveikatos priežiūra Europos Sąjungoje“ duomenimis stacionarinės pagalbos kokybę gerai ir labai gerai įvertino 57%, ambulatorinių paslaugų kokybę – 62% Lietuvos gyventojų (7 ir 8 paveikslai). Tačiau, palyginti su kitomis labiau ekonomiškai išsivysčiusiomis ES šalimis, Lietuvoje patenkintųjų sveikatos paslaugų kokybe yra gerokai mažiau. Mažiau net ir už ES vidurkį, kuris yra atitinkamai 71% ir 74%.

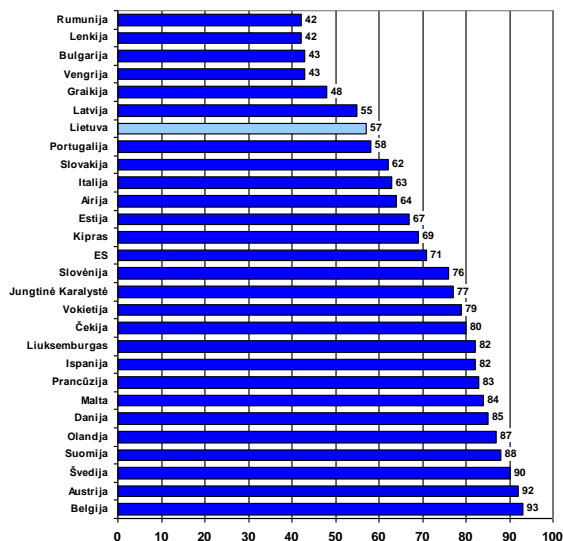
Lietuvoje paslaugų kokybės kontrolės ir pacientų saugos srityse yra nustatyti kokybės reikalavimai, kurie apibrėžti sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų licencijavimo tvarkose, taip pat minimaliuose paslaugų teikimo reikalavimuose. Reikia pasakyti, kad formaliai sveikatos priežiūros įstaigos juos įvykdo. Lietuvoje yra patvirtinta gana nemažai struktūrinių kokybės rodiklių (jie atspindi personalo,

---

<sup>131</sup> SAM 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios* 2004, Nr.144- 5268.

<sup>132</sup> Jankauskienė, D. et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 2008, 3: 10-19.

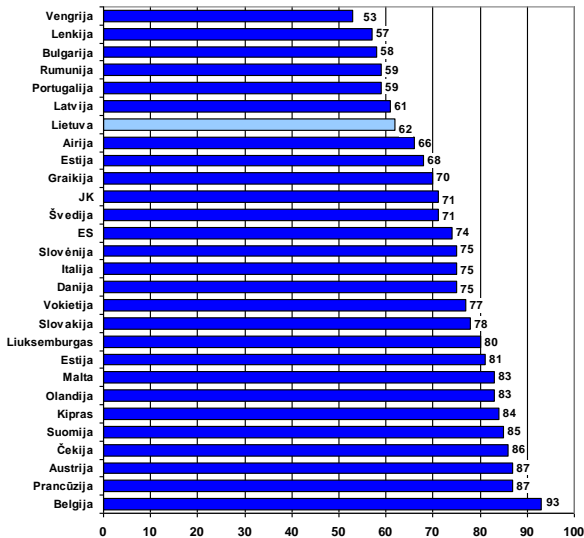
įrangos ir aparatūros skaičiaus, patalpų plotų rodiklius, veiklos standartų ir algoritmų buvimą ir kt.), tačiau pasigendama proceso vertinimo (kaip kokybiškai viskas vyksta), taip pat rezultatų vertinimo (kokias pasekmes tai sukelia pacientui) rodiklių. Be to kokybės kontrolei skiriama žymiai daugiau dėmesio, nei pačios kokybės gerinimui, kuri iš esmės remiasi paciento vertinimais ir dėmesiu jam, darbu komandoje ir nuolatiniu tobulėjimu.



**7 paveikslas. Europos Sąjungos valstybių respondentai stacionarinės pagalbos kokybę vertinantys gerai ir labai gerai (proc.)**

Šaltinis: 2007 metų Europos Komisijos tyrimas „Sveikata ir ilgalaikė sveikatos priežiūra Europos sąjungoje”

Pastangos gerinti paslaugų kokybę turi reikštis ir nacionaliniame, ir lokaliame lygmenyse. Už pastangas gerinti paslaugų kokybę įstaigos turėtų būti skatinamos. Tai po truputį pradėta taikyti, matuojant rezultatus per skatinamąsias paslaugas pirminės sveikatos priežiūros srityje. Deja, pagal objektyvius rodiklius įvertinti stacionarinės pagalbos kokybę ir pacientams viešai paskelbti vertinimų rezultatus kol kas nepavyksta. Stacionarinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo srityje laukiami rimtesni pokyčiai.



**8 paveikslas. Europos Sąjungos valstybių respondentai ambulatorinės pagalbos kokybę vertinantys gerai ir labai gerai (proc.)**

Šaltinis: 2007 metų Europos Komisijos tyrimas „Sveikata ir ilgalaikė sveikatos priežiūra Europos sąjungoje“

**Finansavimo problemos**

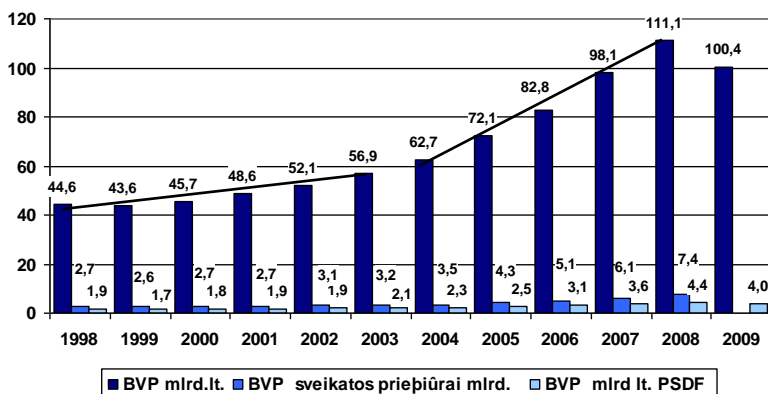
1996 metais priėmus Sveikatos draudimo įstatymą, Lietuvoje pradėta taikyti mišraus sveikatos apsaugos finansavimo sistema. Didžiąją finansavimo dalį sudaro privalomojo sveikatos draudimo mokesčiai, apie trečdalį – tiesioginės gyventojų išlaidos ir nedidelę dalį – valstybės ir savivaldybių biudžeto asignavimai.

Statistikos departamentas praneša, kad negalutiniais duomenimis 2008 metais bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos sudarė 7,4 mlrd. litų. Palyginti su 2007 metais, jos išaugo 20%, su 2006 metais – 43%. 2008 metais vieno šalies gyventojo sveikatos priežiūrai vidutiniškai teko 2,2 tūkst. litų (penktadaliu daugiau nei 2007 m.), iš jų vidutiniškai 586 litus (27%) sumokėjo pats gyventojas (2007 m. – 485 litus). Visos lėšos, kuriomis disponuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sektorius, 2008 metais sudarė apie 6,6% bendrojo vidaus produkto (BVP), iš jų – visuomeninio finansavimo dalis buvo 4,4% BVP<sup>133</sup>. 2008 metų PSDF biudžetas buvo 4,4 mlrd. litų (9 paveikslas).

Sveikatos draudimo įstatyme numatytas ir papildomasis privatus sveikatos draudimas, tačiau Lietuvoje jis nėra populiarus, juo naudojami tik nedidelė gyventojų dalis, daugiausiai apdrausta stambių įmonių ar užsienio kapitalo įmonių darbdavių.

<sup>133</sup> Nacionalinė sveikatos sąskaita. Statistikos departamentas. Informacija „Sveikatos priežiūros išlaidos 2008 m, Vilnius.





**9 paveikslas. 2000–2009 metų bendrojo vidaus produkto išlaidų sveikatos priežiūrai ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo augimo palyginimas, (mlrd. Lt)**

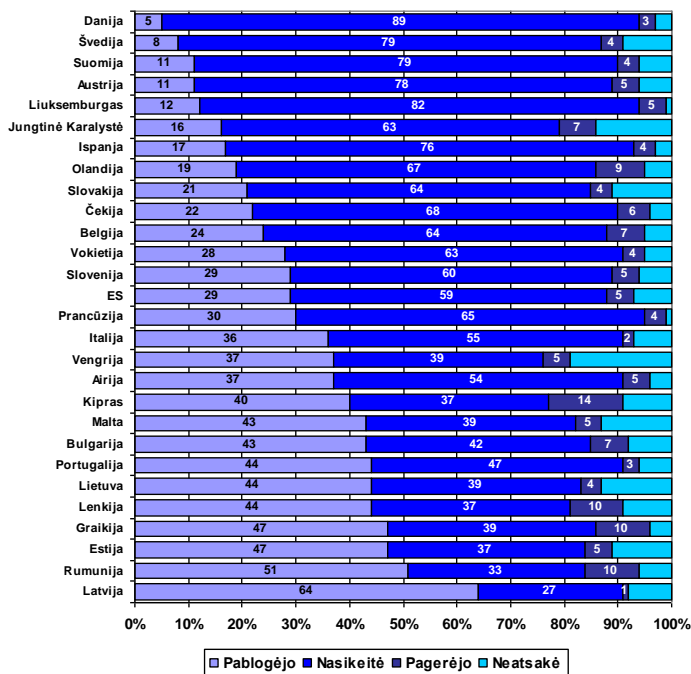
Šaltinis: Statistikos departamentas, Nacionalinės sveikatos sąskaitos

Finansavimo pertvarkymas – tai vienas iš instrumentų, padedančių vykdyti sveikatos reformos išskeltus tikslus. Bendras sveikatos priežiūros finansavimo mastas (visuomeninis ir privatus) Europos Sąjungos šalių praktiką atitiktų, jei sudarytų mažiausiai 8–9% bendrojo vidaus produkto. Tas kelių procentų skirtumas tarp kitų Europos šalių ir Lietuvos realybės yra gana apčiuopiamas ir darantis nemažą įtaką sveikatos reformos rezultatams. 2008 metais prasidėjusi pasaulinė finansų ir ekonomikos krizė negalėjo nepaveikti ir sveikatos apsaugos sektoriaus. 2009 metais Privalomojo sveikatos draudimo biudžetas, palyginti su anksčiau patvirtintu tų pačių metų biudžetu, buvo sumažintas 6,4%, o 2010 dar 8%. Krizės laikotarpiu padidėjo gyventojų apmokama sveikatos biudžeto dalis<sup>134</sup>. Kad tai pajuto, teigė apie 44% Lietuvos gyventojų. Latvijoje gyventojų papildomi mokėjimai padidėjo žymiai daugiau (10 paveikslas). Nors biudžetas buvo sumažintas, tačiau profilaktinėms sveikatos programoms buvo skirta 4 mln. Lt daugiau nei 2008 metais, padidėjo finansavimas slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms. Sveikatos priežiūros institucijos mažindamos biudžetą stengėsi neatleisti sveikatos apsaugos darbuotojų, tačiau sumažėjo jų atlyginimai. Todėl palyginę 2008 metų ir pirmo 2009 metų pusmečio duomenis galime teigti, kad finansų ir ekonomikos krizė sveikatos sektoriui kol kas nepadarė didelės neigiamos įtakos. Tačiau 2010 metais PSDF biudžetas sumažintas dar 8% iki 4 mlrd. litų. Be to 2010 metais prasideda trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas. Todėl krizės poveikis gali dar išryškėti.

Problema yra ne tik sveikatos apsaugos sistemos finansavimo dydis, bet ir lėšų panaudojimo efektyvumas. Lietuvos sveikatos sistemos finansavimo sistema po

<sup>134</sup> Europos komisijos tyrimas „Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions“, 2009-07-08 [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_276\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_276_en.pdf). Žiūrėta: 2009.01.04.

Nepriklausomybės paskelbimo nuėjo savitą istorijos kelią. Tačiau jokia finansavimo sistema, kokia gera ji būtų, negali funkcionuoti neribotą laiką<sup>135</sup>. Besikeičianti aplinka, pokyčiai makroekonomikos ir mikroekonomikos lygmenyse verčia tobulinti ir keisti egzistuojančias finansavimo sistemas.



**10 paveikslas. Europos Sąjungos gyventojų nuomonė apie galimybių susimokėti už sveikatos priežiūrą pokyčius per šešis 2009 metų mėnesius (proc.)**

Šaltinis: Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions/ Flash EB Series#276, Survey conducted by the Gallup Organization

2000 metais, pradėjus funkcionuoti informacinei privalomojo sveikatos draudimo sistemai SVEIDRA, atsirado galimybė rinkti žymiai daugiau ir tikslesnės informacijos apie paslaugų teikimo atvejus ir surinktą informaciją susieti su individualiu pacientu, taip pat atsirado galimybė tikslinti kainodarą.

Lietuvoje nuo 1997 metų iki dabar specializuotos ambulatorinės paslaugos, kaip ir stacionarinės, apmokamos už atvejį arba konsultaciją (t. y. epizodą, kuri sudaro iki trijų apsilankymų pas gydytoją specialistą dėl tos pačios priežasties), už atliktus diagnostinius ir gydomuosius veiksmus, už laboratorinius tyrimus. Šis metodas taikomas ne tik gydytojų klinacistų, bet ir kai kurių gydytojų tyrėjų (radiologų,

<sup>135</sup> Mossialos, E., Dixon, A., Figueras J. *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on health Care Systems Series. Open University press, 2002. P. 190-193

endoskopuotojų, echoskopuotojų) paslaugoms apmokėti. Konsultacijos grupuojamos pagal gydytojo specialybę ir paslaugos lygį (antrinio, tretinio). Kai kurios konsultacijos dar diferencijuojamos pagal atliktą diagnostinę, rečiau – gydomąją intervenciją. Stacionarinių paslaugų apmokėjimui taikant metodą „už atvejį“ (angl. *case-mix*), tiksliau – už atvejų grupes, nustatant vidutinę į grupę patekusių atvejų apmokėjimo kainą, svarbiausi yra du aspektai<sup>136</sup>. Pirma, svarbu užtikrinti grupių homogeniškumą, kad į vieną grupę patekę atvejai kuo mažiau skirtingi ir medicininio (teikiama priežiūra reikalingų sąlygų ir priežiūros pobūdžio), ir ekonominiu (patirtų sąnaudų teikiant priežiūrą) atžvilgiais. Homogeniškumą nulemia atvejų grupavimo kriterijai ir taisyklės. Antra, kiekvienai grupei svarbu nustatyti pagrįstą įkainį, užtikrinantį pakankamą kompensavimo lygį (apmokamos visos patirtos sąnaudos) ir visų grupių kompensavimo tolygumą (visos grupės apmokamos proporcingai sąnaudoms, neskirstant į pelningas ir nuostolingas). Tinkamų įkainių nustatymą užtikrina įkainių skaičiavimo metodika, pagrįsta detalios paslaugų teikimo sąnaudų apskaita. Pastaruoju metu ypač išryškėjo šio finansavimo metodo taikymo problemos.

Lietuvoje buvo parengti bendrieji ir specialieji reikalavimai stacionariniams paslaugoms teikti. Stacionarų finansavimo atžvilgiu visi stacionariniai atvejai buvo naujai pergrupuoti pagal pacientų amžių (suaugęs, vaikas), stacionaro skyrių ir pagrindinę diagnozę, o prie kiekvienos pagrindinės diagnozės ar jų grupelės buvo nurodyta: kokios diagnostinės technologijos ir gydymo metodai privalo būti naudojami, koks personalas, kokia įranga ir kokios pagalbinės tarnybos šiuo atveju būtinos. Nuo 2003 iki 2006 metų ligų gydymo profiliai išimtinai apmokėjimo tikslais buvo dar suskaidyti į subprofilus (vadinamąsias paslaugų grupes) pagal paslaugos prioritetiškumą. 2006 metų pabaigoje profilių skaičius siekė 674, o apmokėjimo už stacionarines paslaugas sistema tapo labai sudėtinga. Nuo 2007 metų pradžios skirstymo į subprofilus buvo atsisakyta. Šiuo metu Lietuvoje yra apie 430 ligų gydymo profilių, įskaitant ir tuos, kuriuose apmokama ne už atvejį, o už lovadienį (tuberkuliozė, psichiatrija), trumpalaikio gydymo (iki 72 val.) paslaugas, dienos chirurgijos (iki 48 val., planuojama iki 24 val.) paslaugas, stebėjimo (8–24 val.) paslaugas<sup>137</sup>.

Stacionarinių paslaugų apmokėjimo problemas Lietuvoje atskleidžia ir 2007 metais atliktos apklausos rezultatai. Apklausus 57 Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninių, teikiančių antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vadovaujantį personalą buvo gauti 58 respondentų (įstaigų vadovų, jų pavaduotojų, skyrių vedėjų) atsakymai. Pusė visų apklaustųjų bendrąjį tuometinį stacionarinių paslaugų apmokėjimą įvertino blogai arba greičiau blogai, beveik pusė – vidutiniškai, ir tik vienas respondentas atsakė, kad stacionarinių paslaugų apmokėjimą vertina greičiau gerai. Kaip pagrindinį šių paslaugų apmokėjimo trūkumą beveik visi nurodė tai, kad apmokėjimas netinkamai kompensuoja sąnaudas. Paprašius detalizuoti šį vertinimą, keturi penktadaliai respondentų nurodė per mažus įkainius, pusė apklaustųjų nurodė, kad apmokėjimo sistema skatina

<sup>136</sup> Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups to Case Mix Groups Redevelopment, Canadian Institute for Health Information, 2004.

<sup>137</sup> Kacevičius, G. Giminingų diagnozių grupių metodo diegimas sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui Lietuvoje. *Sveikatos politika ir valdymas*. Mykolo Romerio universitetas, 2009. P. 95-107

dirbtinai pateikti atvejus kaip sudėtingesnius, o įkainių skaičiavimo tvarka yra neaiški. Ketvirtadalis respondentų nurodė, kad neproporcingai kompensuojamos skirtingų paslaugų teikimo sąnaudos. Paprašius nurodyti po tris nuostolingiausias ir pelningiausias ligų gydymo profilius, tretinio lygio gydymo įstaigos nuostolingiausias profiliais įvardijo – „Reanimaciją III“, „Abdominalinę chirurgiją“, „Reabilitaciją II“ ir „Reabilitaciją III“, taip pat „Intensyviają naujagimių terapiją“. Pelningiausiomis buvo įvardytos „Reanimacijos II“ ir „Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos“ paslaugos. Kitų ligoninių vadovai teigė, kad nuostolingiausi yra terapijos, chirurgijos ir ginekologijos paslaugų profiliai, o pelningiausi – pediatrijos, neurologijos, slaugos ir palaikomojo gydymo profiliai<sup>138</sup>.

Sveikatos sistemos finansavimas pribaudo naujiems pokyčiams. 2009 metais įvestas atskiras sveikatos draudimo mokestis. Stacionarinės pagalbos paslaugų finansavimui nuspręsta įvesti giminingų diagnozių grupių (angl. *diagnosis related groups*– DRG) finansavimo metodą. Šiuo metu vyksta parengiamieji darbai. Ruošiamasi išplėsti ir papildomojo sveikatos draudimo objektą, keičiant patį paslaugų kainų nustatymo mechanizmą ir įtraukiant gyventojus nedidele dalimi prisidėti prie kiekvienos paslaugos kainos padengimo. Šia gyventojų mokama dalimi siūloma praplėsti papildomojo sveikatos draudimo objektą. Kol kas vysta naujos finansavimo koncepcijos kūrimas, todėl apibendrinimus ir vertinimus daryti dar anksti.

### **Dabarties sveikatos politikos ir valdymo iššūkių apibendrinimas**

Atlikti tyrimai rodo, kad 64% gyventojų teigiamai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Vis tik, aukštesnio išsilavinimo ir didesnes pajamas turintys žmonės yra kritiškesni<sup>139</sup>. Palyginus Lietuvos ir kitų Europos šalių gyventojų nuomones apie paslaugų kokybę pasirodo, kad mūsų valstybė yra tarp penkių blogiausiai sveikatos paslaugas vertinančių valstybių<sup>140</sup>. Todėl sveikatos paslaugų kokybei turėtų būti skiriamas pagrindinis dėmesys ne tik valstybės lygiu – Kokybės užtikrinimo sveikatos priežiūroje 2005–2010 metų programoje, bet ir kiekviename gydymo įstaigoje<sup>141</sup>.

Ligoninių skaičiaus dinamika per aštuoniolika pastarųjų metų rodo, kad stacionarinės pagalbos apimtys Lietuvoje neturi žymios tendencijos mažėti (11 paveikslas). Lietuvoje ši tendencija yra priešinga Europos Sąjungos valstybėse vyraujančiai tendencijai. Dauguma Europos Sąjungos valstybių stacionarinės pagalbos restruktūrizavimo reformas įvykdė jau aštuntajame–devintajame XX amžiaus dešimtmečiuose. Reikia atskiros analizės apie stacionarinės pagalbos prieinamumą kaimiškuose rajonuose, kur žmonių socialinė padėtis yra ypač sunki. Sveikatos ir socialiniai netolygumai Lietuvoje yra dideli. Todėl, vykdamas stacionarų restruktūrizaciją, miesto ir kaimo vietovėms reikėtų taikyti skirtingus modelius. Kol valstybės mastu kaime nepasiekta žymesnių teigiamų socialinių poslinkių, tol

---

<sup>138</sup> Ibid.

<sup>139</sup> Jankauskienė, D. et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 2008, 3: 10-19.

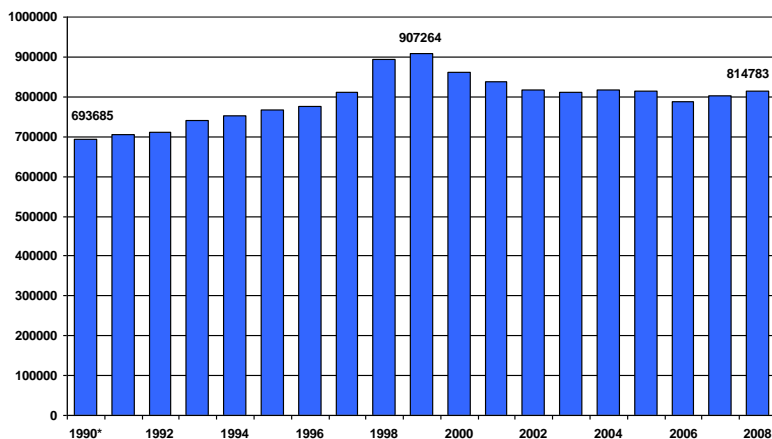
<sup>140</sup> EuroHealth Consumer index 2008. *Health Consumer Powerhouse*, 2009.

<sup>141</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144-5268.

vienodas stacionarinės pagalbos mažinimas mieste ir kaime gali stipriai pabloginti kaimo gyventojų sveikatos rodiklius, kurie šiuo metu ir taip yra prastesni. Būtina lygiagrečiai atlikti socialinių paslaugų išvystymo ir integracijos, taip pat pirminės sveikatos priežiūros ir greitosios medicinos pagalbos reformas.

Lietuvoje kuriant naują sveikatos sistemos valdymo modelį įvyko didelių pokyčių. Kita vertus, neišvengta blaškymosi, šiam reikalui pasigesta rimto valstybinio lygio politikų dėmesio. Tiesa, pastarasis 2007–2009 metais pradėjo augti.

2008 metais buvo žengtas pirmasis akivaizdžiai teigiamas žingsnis gyventojų traumų keliuose ir alkoholio vartojimo mažinimo politikoje, dėl to avarijose žuvo žymiai mažiau žmonių nei ankstesniais metais. Sparčiai mažėjantis kūdikių mirtingumas – jautriausias socialinio–ekonominio vystymosi rodiklis, piliečių dalyvavimas priimant sprendimus ir pastangos restruktūrizuoti sveikatos sistemą teikia vilčių, kad Lietuvos sveikatos sistema taps žymiai efektyvesnė ir draugiškesnė pacientams. Tai, ko gero, galėsime stebėti jau trečiąjį reformų dešimtmetį.



*11 paveikslas. Ligoninių skaičiaus dinamika 1990–2008 metais Lietuvos ligoninėse*  
 Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

## Sveikatos apsaugos valdymo tobulinimo kryptys

### Struktūrinė valdymo pertvarka (problemos)

Įvertinus valdymo reformos istoriją ir jos pamokas, o taip pat žinant, kad visame viešajame sektoriuje diegiami naujosios viešosios vadybos ir viešosios politikos principai darniam valstybės vystymuisi, pagrindinės sveikatos sistemos valdymo tobulinimo kryptys turėtų būti:

- Privačios sveikatos priežiūros praktikos taikymas didesniu mastu.
- Racionalios sveikatos apsaugos sistemos valdymo struktūros suformavimas.

Dabartinė sveikatos priežiūros politiką formuojančių institucijų struktūra yra per daug dekoncentruota. Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios sveikatos politiką koordinuojančios institucijos neturi galių ir kompetencijos savo pasiūlymus ir sprendimus pakelti į tarpžinybinį lygį – tai dabartinei sveikatos politikai yra didžiausias iššūkis. Todėl šiame sveikatos politikos formavimo etape yra svarbu, kad SAM ir jai pavaldžių sveikatos politiką koordinuojančių institucijų pasiūlymai ir veiksmai būtų kuo aukštesnio lygio. Ypatingai tai galima pasakyti apie sveikatos priežiūros kokybę koordinuojančių institucijų sustiprinimą. Svarbu, kad vyktų bendras ir darnus sveikatos politikos formavimo darbas, pasitelkiant mokslo įrodymus ir argumentus. Deja, 2009–2010 metais naikinant apskričių administracijas ir Sveikatos apsaugos ministerijai į savo pavaldumą perimant daugiau sveikatos priežiūros įstaigų ir centralizuojant valdymą, sveikatos politikos formavimo funkcija gali nukentėti. Neramina, kad SAM lygmenyje dar labiau susiliejo sveikatos politikos formavimo ir politikos įgyvendinimo funkcijos – tai yra valdymo yda. Akivaizdu, kad ateityje teks dar kartą pagalvoti apie SAM pavaldžių įstaigų valdymo decentralizavimą. Lietuvoje trūksta sisteminio sveikatos technologijų vertinimo, Europos Sąjungos strategijose šis vertinimas yra laikomas prioritetu.

Savivaldybių sveikatos sistemos valdymo struktūros yra per silpnos. Daugiau valstybinės reikšmės funkcijų galėtų būti perduota pirminės, antrinės ir ypač visuomenės sveikatos priežiūros grandims. Svarbu, kad tai būtų daroma tiesiog proporcingai jų gebėjimų ir infrastruktūros augimui. Didelį dėmesį reikėtų skirti savivaldybės gydytojo ir visuomenės sveikatos biurų infrastruktūrų vystymui ir tobulinimui, nevyriausybinų organizacijų ir bendruomenių veiklos ir iniciatyvų rėmimui. Daug naudos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir visuomenės sveikatai gali atnešti bendruomenių sveikatos tarybų programos, specialiosios savivaldybių visuomenės sveikatos programos ir kiti europinių programų pagrindu sukurti finansiniai instrumentai.

### **Sveikatos valdymo gebėjimų tobulinimas ir sveikatos priežiūros įstaigų valdymo kultūra**

Vienas iš svarbiausių uždavinių valdyme yra vadybos ir valdymo gebėjimų stiprinimas. Verta nustatyti vadybininkų kompetencijų sritis, privalomas žinias ir gebėjimus ir jų atnaujinimo reikalavimus. ES Phare projektas “Parama sveikatos reformai ir pirminės sveikatos priežiūros plėtrai 1999–2000 metais Lietuvoje“ dar tuomet apibrėžė rekomenduotinas vadybininkų kompetencijos sritis.

Sveikatos priežiūros vertybių sistema, organizacijos kultūra lemia darbo sėkmę, nes profesinis pasirėngimas lemia darbuotojo galėjimą ir norėjimą save realizuoti. Sveikatos priežiūros organizacijose vertybių sistema ir organizacijos kultūra gali būti tobulinama per grupinius kolektyvo narių vadybos mokymus. Svarbu **sukurti bendrus organizacijos vystymo ir plėtros planus**. Bendra visų darbuotojų suformuota vizija yra vienas iš svarbių ir pagrindinių motyvacijos veiksnių. Labai svarbu organizacijoje turėti savo **kokybės užtikrinimo sistemą**. Reikalingas ne tik gydymo, slaugos ir darbo procesų organizavimo standartų parengimas, tačiau ir pati procedūra, kaip šie standartai turi būti kuriami. Tik pats kolektyvas ir jo darni

komanda gali sukurti ir nuosekliai užtikrinti standartų laikymąsi ir jų kontrolę. “Iš aukščiau” ar “iš šalies” įstaigai primesti kokybės standartai nebus tokie efektyvūs kaip pačių susikurti. Kartais šiam kūrimo procesui pravartu pasitelkti išorinę ekspertų ar konsultantų pagalbą.

Keičiantis požiūriui į viešąjį valdymą, hierarchinę ir formalią biurokratinę struktūrą, siekiant didesnio viešojo sektoriaus lankstumo ir gyvesnio reagavimo į besikeičiančią aplinką būtina **pakeisti kontrolės mechanizmus**, perimti patirtį iš privataus sektoriaus. Lietuvoje labai svarbu įdiegti sisteminių sveikatos politikos vertinimą.

### **Pirminės sveikatos priežiūros pertvarkos kryptys**

Svarbu tobulinti pirminės sveikatos priežiūros grandies finansavimo tvarką, skatinant perimti funkcijas iš įstaigų, teikiančių antrinio lygmens paslaugas. Visose savivaldybėse būtina atnaujinti strateginius pirminės sveikatos priežiūros (PSP) plėtros planus. Reikia skatinti privačią BPG praktiką, sukuriant lengvatų mechanizmus jų steigimui (ypač kaimo teritorijose). Svarbu sudaryti finansines prielaidas komandinio PSP darbo ir veiklos integracijos skatinimui. Ypatingą dėmesį skirti savivaldybėse įsteigtų visuomenės sveikatos biurų veiklos plėtojimui, jos vertinimui, analizei ir propagavimui. Pirminėje sveikatos priežiūroje verta įdiegti „atvejo vadybos“ modelį, įsteigiant papildomus slaugytojo arba socialinio darbuotojo etatus, kur darbuotojai būtų specialiai apmokyti šio darbo. Pirminės sveikatos priežiūros politikos, strategijos ir programos įgyvendinimą paspartintų privataus ir visuomeninio sektoriaus partnerystės (pvz.: koncesijos) pritaikymo būdas.

Turime sugrįžti prie tokių PSP organizavimo modelių kūrimo, kur pirminė sveikatos priežiūra būtų integruota su socialinėmis paslaugomis ir visuomenės sveikata. Būtų tikslinga inicijuoti bendrą Sveikatos apsaugos ministerijos ir Socialinės apsaugos ministerijos Europos struktūrinių fondų projektą, kuris padėtų išsirinkti geriausius strateginius pilotinius gerų vietos iniciatyvų pavyzdžių taikymo modelius, po to pasiūlyti Lietuvos savivaldybėms, priklausomai nuo jų dydžio ir infrastruktūros, taikyti vieną iš jų.

### **Stacionarinės sveikatos priežiūros pertvarkos kryptys**

Tolimesni žingsniai siekiant racionalizuoti ir efektyvinti stacionarinės grandies paslaugas turi būti nukreipti į mokslo įrodymais paremtų technologijų vystymą ir alternatyvių stacionarui gydymo formų (dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos, ambulatorinių paslaugų) vystymą. Reikia tobulinti paslaugų kainodarą, intensyviai ruošiantis įvesti giminingų diagnozių grupių finansavimą ir siekiant realių kainų. Būtina renovuoti sveikatos priežiūros įstaigas, jų patalpas ir įrangą, pertvarkyti stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, nustatant joms kokybės ir efektyvumo reikalavimus.

### **Piliečių dalyvavimas priimant sveikatos priežiūros sprendimus**

Sveikatos priežiūros sistema turėtų tapti dar labiau draugiška pacientams. Plėtojant pacientų teises ir jų dalyvavimą vertėtų sudaryti sąlygas sveikų žmonių

nevyriausybinių organizacijų atstovams dalyvauti priimant sveikatos politikos sprendimus. Dėl to į Privalomojo sveikatos draudimo tarybą, Nacionalinę sveikatos tarybą, SAM kolegiją ir pagrindinių strateginių dokumentų kūrimo darbo grupes rekomenduotina įtraukti ir sveikų žmonių nevyriausybinių organizacijų atstovus. Būtina pasirūpinti, kad būtų skirta daugiau lėšų Specialiajai savivaldybių visuomenės sveikatos programai. Būtų gerai numatyti ir kartu su specialistais parengti projektus, kurie skatintų piliečių dalyvavimą įvairiose sveikatos politikos iniciatyvose.

### **Sveikatos sistemos finansavimo racionalizavimas**

Reikėtų iš esmės pertvarkyti draudiminio ir biudžetinio finansavimo santykį. Teisiškai įtvirtinus mišrų sveikatos sistemos finansavimą sveikatos draudimas perėmė per daug funkcijų. Makroekonomikos aspektu reikėtų peržiūrėti mokesčių mokėjimo sistemą, padidinat sveikatos apsaugai skirtą mokestinę dalį. Reikėtų padidinti papildomojo sveikatos draudimo mastą, kad patys gyventojai daugiau galėtų dalyvauti finansuojant sistemą. Mikroekonomikos aspektu, reikėtų sistemiskai pertvarkyti atsiskaitymo su gydymo įstaigomis ir kainodaros mechanizmus. Veikianti finansavimo sistema yra labai sudėtinga, fragmentiška ir neteisinga.

### **Informacijos valdymo inovacija**

Informacinės sistemos strategijos įgyvendinimo rezultatus gali pademonstruoti tik kai kurios šioje srityje toliau pažengusios sveikatos priežiūros įstaigos.

Mažai kas daroma šalinant besidubliuojančias ligonių kasų "SVEIDROS" ir Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenų rinkimo funkcijas. Daug galima pasiekti įdiegus elektroninės registracijos pas gydytojus, elektroninės asmens medicinos kortelės, elektroninio recepto ir kitas inovacijas. Svarbus yra skirtingų sveikatos sričių registrų sutvarkymas ir duomenų monitoringas, taip pat sveikatos informacijos sistemos prieinamumo specialistams, mokslininkams ir plačiajai visuomenei pagerinimas.

### **Visuomenės sveikatos reformos įgyvendinimas**

Svarbu daugiau dėmesio skirti tarpžinybinio bendradarbiavimo tobulinimui, nevyriausybinių sektoriaus ir žiniasklaidos panaudojimui visuomenės sveikatinimo tikslams pasiekti. Gerų rezultatų gali duoti bendradarbiavimas kuriant bendras tarpžinybines programas (pavyzdžiu galėtų būti traumatizmo profilaktikos programos ir „karo keliuose“ priemonės), kasdieninės pareigūnų ir specialistų pastangos mažinti regioninius sveikatos ir socialinius netolygumus, gerinti gyventojų demografinius rodiklius ir sveikatos būklę. Svarbiausia, kad visuomenės sveikatos specialistai sugebėtų tapti lyderiais telkiant tarpžinybines pastangas visuomenės sveikatinimui.



# Lietuvos sveikatos sistema

*Romualdas Buivydas*

## Įvadas

Šių dienų Lietuvos sveikatinimo sistema – tai socialinės–ekonominės šalies plėtros bei vykusių sveikatos sektoriaus pokyčių ir reformų rezultatas. Sveikatos sistema funkcionuoja ne pati sau, o pastoviai besikeičiančioje visos šalies aplinkoje, kur egzistuoja skirtingi, dažnai visiškai priešingi interesai. Po Nepriklausomybės atkūrimo šalyje buvo vykdoma privatizacija, pertvarkoma teisinė sistema, plėtojama demokratija, vyko liberalios visuomenės modelio idėjų sklaida ir diegimas. Kaip šios permainos paveikė sveikatos sektorių? Kodėl Lietuvos sveikatos apsaugos sistema nuolat kritikuojama ir kas kritikams užkliūva – ar sistema nepakankamai finansuojama, ar neefektyviai naudojamos ir skirstomos lėšos? O gal paprasčiausiai Lietuvos, kaip, beje, ir kitų šalių, visuomenės sveikatinimo poreikiai ir lūkesčiai neatitinka realių šalies galimybių?

Sveikatos sistemą, kaip ir bet kurią kitą sritį, veikia du pagrindiniai veiksniai: paklausa ir pasiūla. Tačiau, kai kalbame apie sveikatos sistemą ar jos reformas, dažniausiai mintyse turime pasiūlos aspektą – sveikatinimo paslaugų sistemą ir jos problemas. Tai yra, dažniausiai sistemą vertiname paslaugų teikėjų požiūriu ir tai suprantama, nes būtent paslaugų teikėjai turi didžiausią įtaką sveikatos sistemos valdyme.

Būtinybę atsižvelgti į pacientų poreikius pastaruoju metu akcentuoja visi: politikai, sveikatos sektoriaus administratoriai, žiniasklaida. Teigiama, kad reikia gerinti paslaugų prieinamumą, kokybę, išplėsti paslaugų sąrašą. Tai labai svarbūs sveikatos sistemos funkcionavimo rodikliai, bet kažin, ar jie yra patys svarbiausi gyventojams. Nebūtinai, nes bet kuris šalies gyventojas pirmiausiai siekia nesusirgti ir būti sveikas<sup>142</sup>. Paslaugų kokybė ir prieinamumas labai svarbūs yra pacientams, nes pagrindinis pacientų tikslas – pasveikti. Todėl paklausos aspektu sveikatinimo sistemą reikėtų vertinti kaip visumą, apimančią tiek gyventojų interesą būti sveikiems, tiek pacientų poreikį susirgus gauti tinkamą gydymą.

Šalies gyventojų sveikatinimo poreikiai, o tuo pačiu ir išlaidos šių poreikių tenkinimui nuolat auga. Poreikių augimą lemia, visų pirma, pati besikeičianti visuomenė – jos demografinė struktūra. Gerėjant gyvenimo sąlygoms visuomenė natūraliai “sensta”, tai yra vis didesnę jos narių dalį sudaro vyresniojo amžiaus gyventojai. Jų poreikiai sveikatai, paprastai, didesni, sveikatos problemos sudėtingesnės, labiau komplikautos, o dažnai ir daugybinės. Be to vyresnio amžiaus žmonės dažniau serga chroniškėmis ligomis, didėja ilgalaikės slaugos poreikis. Chroniškos ligos beveik visose pasaulio šalyse tampa pagrindine mirtingumo ir

---

<sup>142</sup> Gyventojų ir pacientų poreikius padeda įvertinti mirtingumo, sergamumo ir invalidumo rodikliai, arba išvestinis vidutinės gyvenimo trukmės rodiklis.

neįgalumo priežastimi ir vertinama, kad jų gydymui yra skiriama apie 75 proc. visų sveikatos išlaidų. Tikėtina, kad šis procentas artimiausiu laiku augs<sup>143</sup>.

Antras svarbus poreikių augimo veiksnys – naujovės. Iš vienos pusės tai – nauji vaistai, naujos dažnai brangesnės gydymo ir diagnostikos technologijos<sup>144</sup>, nauji gydymo metodai. Iš kitos pusės – atsiranda naujos “brangios” ligos: AIDS, “paukščių”, “kiaulių” gripas, ar su gyventojų viršsvoriu susiję susirgimai ir kt. Be to, paslaugų poreikį skatina ir patys paslaugų teikėjai (naujos paslaugos, technologijos, ar vaistai). Nemažą įtaką paslaugų paklausai turi šalies sveikatinimo politika – politiniai susitarimai taikyti solidarumo, teismo ar sveikatinimo kaštų pasidalinimo principus, prioritetinių sveikatinimo sričių nustatymas, įsipareigojimas apsaugoti gyventojus nuo finansinės rizikos susirgus, apmokėjimo už suteiktas paslaugas taisyklės ar kita<sup>145</sup>.

Ir visuomeninės, ir privačios sveikatinimo poreikių finansavimo galimybės yra ribotos. Sveikatinimo išlaidų apimtis priklauso nuo ekonominės šalies situacijos ir mokesčių sistemos pasikeitimų; naujų gydymo ir diagnostikos technologijų<sup>146</sup> bei metodų; dirbančiųjų, iš kurių mokesčių finansuojama sveikatos sistema, skaičiaus; taip pat nuo to, kokį procentą nuo BVP valstybė gali skirti sveikatai (tai daugiau politinis, o ne ekonominis apsisprendimas, nes daugelyje pasaulio šalių išlaidos sveikatai auga sparčiau nei BVP).

Jeigu ekonomikos augimo laikotarpiu norėjome, kad mus gydytų taip pat gerai kaip turtingose Vakarų Europos šalyse, dabar daugiau mąstome, kaip išvengti gresiančių rimtų sveikatos sektoriaus problemų. Visi puikiai supranta, kad šiuo metu nerealu tikėtis pagerinti sveikatos sistemos situaciją žymiai didinant visuomeninį finansavimą ar pritraukiant papildomų privačių lėšų. Todėl bet kokie samprotavimai apie greitą sistemos pertvarką, siekiant, kad jau artimiausiu laiku mūsų sveikatos sistema būtų tokia pati kaip Vokietijoje ar Prancūzijoje, tėra iliuzija ar savęs apgaudinėjimas. Norint, kad Lietuvos sveikatos sistema būtų kaip Vokietijoje ar Prancūzijoje jai reikėtų skirti maždaug 6–7 kartus daugiau visuomeninių lėšų, tai yra daugiau nei visas dabartinis Lietuvos valstybės biudžetas (1 paveikslas). Reikia susitaikyti su mintimi, kad tik sparčiai augant visos šalies ekonomikai po 20–30 metų mes galėtume pasiekti dabartinį Vakarų Europos šalių sveikatos sistemos lygį. Todėl vertėtų susimąstyti, ko mes siekiame. Ar mes norime pertvarkyti sveikatos sistemą, kad ji taptų panašaus lygio kaip Vakarų Europos šalyse, ar, vis dėlto, mes siekiame, kad mūsų žmonių sveikata būtų tokia kaip šių šalių žmonių. Tai yra,

---

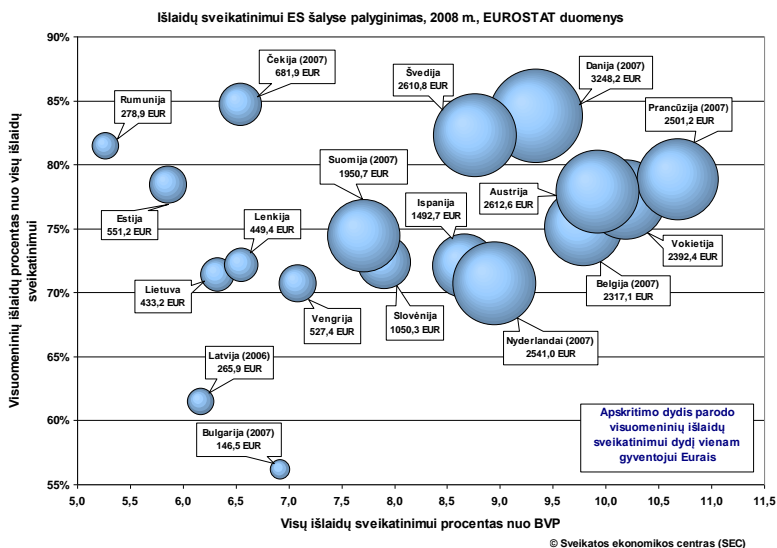
<sup>143</sup> Jenny Grant. What does it take to make integrated care work? McKinsey Quarterly, January 2010.

<sup>144</sup> Naujos technologijos gali būti: a) *pigesnės ir efektyvesnės* (tokios technologijos paprastai būna priimtinos, jei tam neatsiranda korupcinių kliūčių); b) *brangesnės ir mažiau efektyvios* (tokios technologijos paprastai būna nepriimtinos, jei tam neatsiranda korupcinių paskatų); c) *brangesnės ir efektyvesnės* (tokių technologijų diegimas dažnai tampa nemaža problema ir “galvos skausmu” mėginant įvertinti jų efektyvumą, naudingumą ar mėginant atsispirti galimam korupciniam spaudimui.

<sup>145</sup> Pavyzdžiui, remiantis išsivysčiusiose šalyse atliktais vertinimais, dėl demografinių pokyčių atsirandantis papildomas sveikatinimo paslaugų poreikis yra mažesnis nei paslaugų poreikio augimas, kuris atsiranda dėl nedemografinių priežasčių. (Penny Dash, MD; Chris Llewellyn, MD; and Ben Richardson. Developing a regional health system strategy. McKinsey Quarterly, July 2009.)

<sup>146</sup> Yra vertinimų, kad jei 1980 metais sveikatinimo poreikius būtume tenkinę naudodamiesi šiuolaikinėmis technologijomis, tai sutaupytume apie 30–40 proc. dabartinių išlaidų sveikatai.

reikėtų susitarti, kokie yra tikrieji sveikatinimo sistemos tikslai. Gal tada surastumėme būdų iškeltiems tikslams įgyvendinti skirdami tam mažiau lėšų nei gali sau leisti turtingosios Europos Sąjungos šalys<sup>147</sup>.



### 1 paveikslas. ES šalių išlaidų sveikatinimui palyginimas

Šaltinis: Eurostat

Didėjant sveikatos sistemos išlaikymo išlaidoms, atsiranda sveikatos sistemos pertvarkos ir įvairių reformų poreikis, kuris (didesne, ar mažesne apimtimi) būdingas daugeliui pasaulio šalių. Reformuoti galima ir pačią sveikatos priežiūros teikimo struktūrą, ir finansavimo sistemą, ar valdymą. Iš kitos pusės, galima mėginti riboti sveikatinimo poreikių augimą. Tačiau paprastų pertvarkos receptų nėra – negalima tiesiog paimti ir perkelti kitos šalies sveikatos sistemos modelį į Lietuvą, nes skirtingose šalyse skiriasi ne tik sveikatinimo sistema ir joje įgyta gydymo bei valdymo patirtis, bet ir visa socialinė–ekonominė šalies aplinka, kultūra, tradicijos ir kiti dalykai, kurie nemažiau svarbūs efektyviam sveikatos sistemos funkcionavimui.

Visų pirma, norint pertvarkyti ar reformuoti Lietuvos sveikatos sistemą, būtina kiek galima realiau įvertinti, kaip ši sistema funkcionuoja dabar, kokios spręstinos jos problemos, ir kokie privalumai, kuriuos verta išsaugoti ar net plėtoti.

<sup>147</sup> Vis daugiau inovacijų teikiant sveikatinimo paslaugas atsiranda besivystančiose šalyse, nes kurti brangias sveikatos sistemas trūksta lėšų ir dėl to, kad šių šalių sveikatos sistemos dar nėra galutinai susiformavusios, yra mažesnis sistemos pasipriešinimas pokyčiams ir naujovėms. (Tilman Ehrbeck, Nicolaus Henke, and Thomas Kibasi. The emerging market in health care innovation. McKinsey Quarterly, May 2010.)

Toliau šiame skyriuje bus aprašoma Lietuvos sveikatinimo sistema, jos palyginimas su kitomis šalimis ir įvykę pokyčiai. Detaliau, bus analizuojamos sveikatos sistemos dalys, kurios yra įdomesnės aptariamų reformų kontekste. Būtinoji pagalba ir greitosios medicinos pagalbos (GMP) paslaugų teikimas įdomus tuo aspektu, kad gali žymiai prisidėti prie išvengiamo mirtingumo mažinimo ir daryti poveikį vidutinei tikėtinaai gyvenimo trukmei. Odontologinės paslaugos įdomios tuo aspektu, kad tai bene vienintelės paslaugos, kurias teikiant rinkos mechanizmai veikia gana efektyviai. Stacionariųjų paslaugų teikimas įdomus dėl to, kad tai viena iš brangiausių sveikatos sistemos dalių, o slaugos paslaugos namuose gali sumažinti brangių, specializuotų sveikatinimo paslaugų poreikį. VRM, KAM ir Kalėjimų departamento ligoninių veiklos analizė suteikia galimybę įvertinti, kaip dabar galėtų funkcionuoti visa Lietuvos sistema, jei nebūtų įgyvendintos pastarojo laikotarpio finansavimo ir restruktūrizavimo reformos. Kitose šio skyriaus dalyse aprašomas farmacijos sektorius ir žmogiškieji sveikatos sistemos ištekliai, nes medikai yra pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos išteklis, sunaudojantis didžiąją sistemos finansavimo dalį.

## Sveikatinimo paslaugų teikėjai ir paslaugos

Gerėjančios gyvenimo sąlygos ir senėjanti populiacija lemia sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos pokyčius. Daugelio anksčiau mirtinų ligų pavojus ženkliai sumažėjo, ar išvis išnyko, tačiau auga chroniškoms ir kompleksinėms ligomis sergančių asmenų skaičius. Todėl sovietinis paslaugų teikimo modelis, kai didžiausias dėmesys buvo skiriamas sveikatos priežiūrai užtikrinti infekcinių ligų, traumų atvejais ir imunizacijai, nebeatitinka pakitusių visuomenės poreikių. Sudėtingesniems gyventojų sveikatos poreikiams patenkinti būtina sukurti ir išvystyti įvairiapusiškesnę, labiau individualizuotą sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią sistemą.

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos funkcionavimą ir sveikatinimo paslaugų teikimą reglamentuoja trys pagrindiniai įstatymai: Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos draudimo įstatymas ir Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Sveikatinimo veikla apima asmens sveikatos priežiūrą, visuomenės sveikatos priežiūrą, farmacinę ir kitą sveikatinimo veiklą. Sveikatos veiklos rūšis ir reikalavimus ją vykdančioms subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Asmens sveikatos priežiūrai priskiriama valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą.

Visuomenės sveikatos priežiūra apima organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių ir medicinos priemonių visumą, kuri padeda įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti ir stiprinti visuomenės sveikatą.

Farmacinė veikla – juridinių ir (ar) fizinių asmenų vykdoma sveikatinimo veikla, apimanti vaistinių preparatų ir veikliųjų medžiagų gamybą, importą, kokybės kontrolę; didmeninį platinimą; pardavimą (išdavimą) galutiniam vartotojui;

farmacinės informacijos apie vaistinius preparatus teikimą ir farmacinių atliekų tvarkymą (išskyrus jų šalinimą)<sup>148</sup>.

Sveikatos priežiūros paslaugas teikia ir jas finansuoja įvairios institucijos ir įstaigos, kurios įvairiose pasaulio šalyse labai skiriasi. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo būdas atspindi šaliai būdingą darbo pasidalijimą tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų. Skirtingose šalyse panašiais pavadinimais veikiančios gydymo įstaigos (pavyzdžiui, „Bendrojo pobūdžio ligoninė“, „Greitosios pagalbos ligoninė“, „Psichiatrinė ligoninė“) dažnai gali atlikti visiškai skirtingas funkcijas. Daugelyje šalių galima stebėti didesnės vertikalios integracijos tendenciją ligoninių sektoriuje, kur kai kurios institucijos po vienu stogu vienija vis daugiau padalinių (ir stacionaro, ir ambulatorinių), kartais siekdamos pelningesnio sveikatos priežiūros paslaugų bei produktų junginio.

Lietuvoje sveikatinimo paslaugas teikia įstaigos ir įmonės įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinčios teisę (licencijuotos) teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus, o taip pat įstaigų ar įmonių, kurios verčiasi kita (ne sveikatos priežiūros) veikla, filialai ar padaliniai, turintys teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Atliekant sveikatos sistemos paslaugų teikimo analizę ir palyginimus, paslaugas teikiančias įstaigas galima grupuoti labai įvairiai:

- Pagal sveikatinimo veiklos turinį įstaigos skirstomos į: asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros, farmacinės veiklos, mišrias įstaigas, kitos sveikatinimo veiklos<sup>149</sup>;
- Pagal paslaugų teikimo pobūdį – laiką ir vietą įstaigos skiriamos į: ambulatorines, stacionarines, dienos stacionaro, slaugos namuose paslaugas teikiančias įstaigas, mišrias paslaugas teikiančias įstaigas<sup>150</sup>;
- Pagal teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas skiriamos: medicinos pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo (slaugos), medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo, pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugas (tarp jų – medicininės–socialinės ekspertizės, specializuotos medicininės ekspertizės) bei mišrias paslaugas teikiančias įstaigas<sup>151</sup>;
- Pagal nuosavybės formą ir pavaldumą įstaigos skirstomos į: viešąsias valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigas, biudžetines įstaigas, privačias įstaigas. Viešosios įstaigos dar gali būti skirstomos pagal veiklos organizavimo lygį ir pavaldumą į: savivaldybei, valstybei ar kitoms ministerijoms priklausančios įstaigos<sup>152</sup> (tarp jų ir uždaros, tik tam tikroms asmenų grupėms sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos);
- Pagal sektorių skiriamos: nefinansinės įstaigos, finansinės įstaigos, bendrasis valstybės sektorius, namų ūkiai, namų ūkius aptarnaujančios pelno nesiekiančios institucijos<sup>153</sup>;

---

<sup>148</sup> Pagal Farmacijos įstatymą.

<sup>149</sup> Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų ir Sveikatos sistemos įstatymus.

<sup>150</sup> Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą; OECD, 2000. A system of Health Accounts.

<sup>151</sup> Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą, OECD, 2000. A system of Health Accounts.

<sup>152</sup> Pagal Sveikatos sistemos įstatymą.

<sup>153</sup> OECD, 2000. A system of Health Accounts.

- Pagal finansavimo būdą įstaigų teikiamos paslaugos apmokamos: iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, iš valstybės ir savivaldybių biudžetų; privačiomis lėšomis arba mišriai;
- Pagal sveikatos priežiūros lygį įstaigos skiriamos į: pirminio (pirminė sveikatos priežiūra), antrinio (antrinė sveikatos priežiūra), tretinio (tretinė sveikatos priežiūra) lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas<sup>154</sup>. Toks (taikomas Pasaulinės sveikatos organizacijos) įstaigų dalijimas į lygius ypač naudingas sveikatos priežiūros politikos stebėjimo tikslams.

Šiame skyriuje, aprašant Lietuvos sveikatinimo sistemą, daugiausiai bus remiamasi Tarptautinių sveikatos sąskaitų klasifikacija (TSSK), kurią rekomenduoja Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO)<sup>155</sup>. TSSK leidžia ne tik pagal tam tikrą struktūrą gana detalai aprašyti šalies sveikatinimo sistemą, bet ir suteikia galimybę geriau tarpusavyje palyginti skirtingų šalių sveikatos sistemas.

TSSK sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų klasifikacija apima ir pirminius, ir antrinius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (tarp jų ir privačius namų ūkius, kurie tam tikrais atvejais laikomi sveikatinimo paslaugų teikėjais, ir sveikatos priežiūrą darbe). Pagrindinė pirminių paslaugų teikėjų veikla – sveikatinimo paslaugos. Ši grupė apima visas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas – jai priskiriamos ir Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (LNSS) priklausančios įstaigos<sup>156</sup>, ir licencijuoti privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai<sup>157</sup>. Antriniai paslaugų teikėjai – teikia sveikatinimo paslaugas kaip antrinę veiklą greta savo pagrindinės veiklos (pavyzdžiui, socialines paslaugas teikiančios rezidentinės priežiūros institucijos papildomai teikia sveikatos priežiūros paslaugas). TSSK sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų klasifikacijoje tarpiniai sveikatinimo paslaugų teikėjai<sup>158</sup>, įvertinant juos sveikatos sistemos išlaidų galutiniam vartotojui aspektu, nelaikomi sveikatinimo paslaugų teikėjais<sup>159</sup>.

## Sveikatinimo paslaugų teikėjai

Lietuvos sveikatinimo sistemai būdinga išvystyta, tačiau nevisiškai ES gerąją praktiką atitinkanti ligoninių infrastruktūra. Būtina renovuoti dalį ligoninių pastatų, atnaujinti fiziškai ir morališkai pasenusią medicininę įrangą. Nepakankamai išvystytas pirminis sveikatos priežiūros lygis – ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos, šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo priežiūra; netolygus sveikatos priežiūros įstaigų

---

<sup>154</sup> Pagal Sveikatos sistemos įstatymą.

<sup>155</sup> OECD, 2000. A system of Health Accounts.

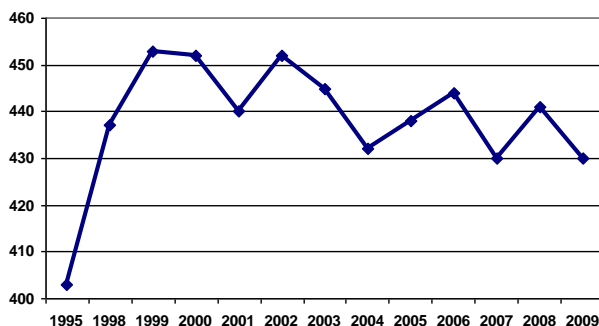
<sup>156</sup> Sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos, įmonės ir kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu. (pagal Sveikatos sistemos įstatymą).

<sup>157</sup> Licencijuoti, bet nesudarę sutarčių su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai.

<sup>158</sup> Pavyzdžiui: farmacijos prekių, medicinos cheminių produktų gamyba, medicinos ir chirurginės įrangos ir ortopedinių aparatų gamyba.

<sup>159</sup> OECD, 2000. A system of Health Accounts.

ir gydytojų specialistų pasiskirstymas regioniniu požiūriu – dauguma sveikatos priežiūros įstaigų susitelkusios didžiuosiuose miestuose; stacionarios paslaugos sudaro per didelę bendros sveikatos priežiūros paslaugų dalį<sup>160</sup>.



## 2 paveikslas. Ambulatorinių gydymo įstaigų skaičiaus dinamika

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

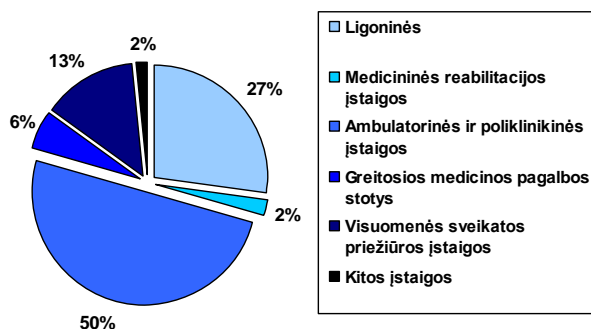
Remiantis Sveikatos informacijos centro duomenimis 1995–1999 metais Sveikatos apsaugos sistemoje esančių ambulatorinių ir poliklinikinių įstaigų (be kitų žinybų ir privačių įstaigų) skaičius išaugo nuo 403 iki 453 (2 paveikslas). 2009 metais Lietuvoje buvo 430 tokios įstaigos (188 juridiniai vienetai). 1995–1999 metais stebėtas ambulatorinių ir poliklinikinių įstaigų skaičiaus augimas daugiausiai buvo susijęs su sveikatos sistemoje tuo metu vykusiais decentralizacijos ir dekoncentracijos procesais. Daug poliklinikų ir ambulatorijų, iki to laiko veikusių kaip ligoninių padaliniai, tapo atskiromis įstaigomis, t. y. įgijo juridinio asmens statusą.

1999 metais pradėjo sparčiai mažėti medicinos punktų skaičiaus ir iki 2009 metų buvo uždaryti arba reorganizuoti 364 medicinos punktai<sup>161</sup>. Kai kurie medicinos punktai buvo uždaryti dėl felčerių trūkumo (felčeriai nerengiami nuo 1998 metų), kiti – reorganizuoti ir pertvarkyti į šeimos gydytojų kabinetus.

Per 1995–2009 metus daugiau nei penkis kartus sumažėjo sanatorijų (medicininės reabilitacijos įstaigų) skaičius. Pagrindinės sumažėjimo priežastys buvo kelios: įvedus sveikatos draudimo sistemą, pasikeitė sanatorinių ir reabilitacinių paslaugų apmokėjimo tvarka (per PSDF apmokamos ne visos sanatorinės ir reabilitacinės paslaugos), dalis tuberkuliozės sanatorijų tapo tuberkuliozės ligoninėmis, o dalis buvusių valstybinių sanatorijų buvo privatizuotos. 2009 metais šalyje buvo aštuonios viešosios įstaigoms priskiriamos sanatorijos.

<sup>160</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. rugpjūčio 2 d. nutarimas Nr. 935 “Dėl Lietuvos 2004–2006 metų bendrojo programavimo dokumento patvirtinimo”.

<sup>161</sup> Sveikatos informacijos centro duomenys.



3 paveikslas. LNSS įstaigų (juridinių asmenų) tinklo struktūra, 2009 m.

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

1 lentelė. LNSS asmens sveikatos priežiūros įstaigos

Įstaigų tipas	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ligoninės	195	187	184	187	189	188	181	169	159	158	156	149	148
Sanatorijos*	43	38	32	36	35	33	21	26	15	12	11	9	8
Ambulatorinės ir poliklinikinės įstaigos, tame tarpe:	403	437	453	452	440	452	445	432	438	444	430	441	430
poliklinikos	109	100	93	98	98	96	91	89	88	90	90	90	88
PSP centrai	n.d.	64	76	79	85	89	89	91	90	90	90	90	90
Medicinos punktai	1020	1028	1011	993	966	934	906	868	839	757	739	692	656
Greitosios medicinos pagalbos skyriai/stotys**	50	55	47	46	44	44	43	43	42	56	56	56	56
Kraujo donorystės įstaigos	44	44	27	27	19	19	19	19	7	7	3	3	3

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

\* – medicininės reabilitacijos įstaigos

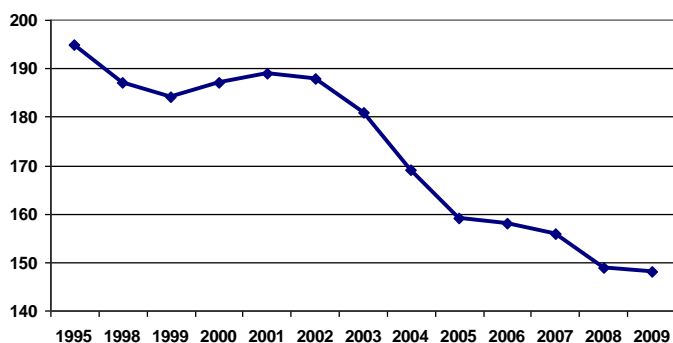
\*\* – atskiros įstaigos arba organizaciniai padaliniai

Per 1995–2009 metus nuo 44 iki 3 sumažėjo kraujo donorystės įstaigų skaičius. Tam įtaką darė labai įvairūs veiksniai: apmokėjimo tvarkos, įvedus sveikatos draudimą, pasikeitimas; geros gamybos praktikos ir kitų ES reikalavimų įdiegimas; 2003 metais, įsteigiant Nacionalinį kraujo centrą, priimti politiniai sprendimai dėl sistemos reorganizacijos.

Ligoninių skaičius sparčiau pradėjo mažėti 2003 metais, Vyriausybei patvirtinus ir pradėjus įgyvendinti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, kurioje deklaruojami siekiai – gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius optimizuoti sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir struktūrą. Remiantis šia strategija buvo



parengti apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planai. Juose prioritetu numatyta laikyti pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų, chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugų, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų, ambulatorinės slaugos pacientų namuose paslaugų plėtrą. Taip pat numatyta optimizuoti stacionarinių paslaugų apimtį, bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse mažinant nepagrįstai didelį hospitalizacijų skaičių ir vidutinę gulėjimo trukmę<sup>162</sup>. Per 1995–2009 metus viešųjų ir biudžetinių ligoninių skaičius sumažėjo nuo 195 iki 148 (102 juridiniai vienetai, 2009 m.), (4 paveikslas).



#### 4 paveikslas. Ligoninių skaičiaus dinamika

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

Tarp privačių gydymo įstaigų, kurių didžioji dalis yra nedidelės, dominuoja ambulatorinės įstaigos (2 lentelė). Sveikatos priežiūros paslaugų privatizavimas labiausiai paveikė odontologinių įstaigų tinklą. 2009 metais Lietuvoje buvo 969 (virš 60 proc. visų privačių įstaigų) odontologines paslaugas teikiančių įstaigų, o privačių PSP įstaigų – 178 (apie 11 proc. visų privačių įstaigų). Per 1999–2009 metus privačių įstaigų skaičius išaugo apie 1,6 karto.

Privačių įstaigų skaičiaus didėjimas pastebimas nuo 1998–1999 metų pradėjus skatinti šeimos gydytojų kabinetų steigimą ir renovaciją (ES PHARE ir Pasaulio banko lėšomis). Antrasis privačių įstaigų skaičiaus augimo etapas prasidėjo 2004–2005 metais, kai šeimos gydytojų kabinetų steigimui ir renovavimui (ypač kaimiškose vietovėse) pradėtas skirti struktūrinių fondų finansavimas. Iš kitos pusės, pastebimi laikotarpiai, kai privačių įstaigų skaičius sumažėja. Tai gali būti susiję su keliais aspektais. Visų pirma, ne visos privačios įstaigos pateikia statistines ataskaitas Sveikatos informacijos centrui. Dėl šios priežasties privačių įstaigų skaičiaus pokyčiai gali būti paprasčiausiai susiję su netikslia įstaigų apskaita.

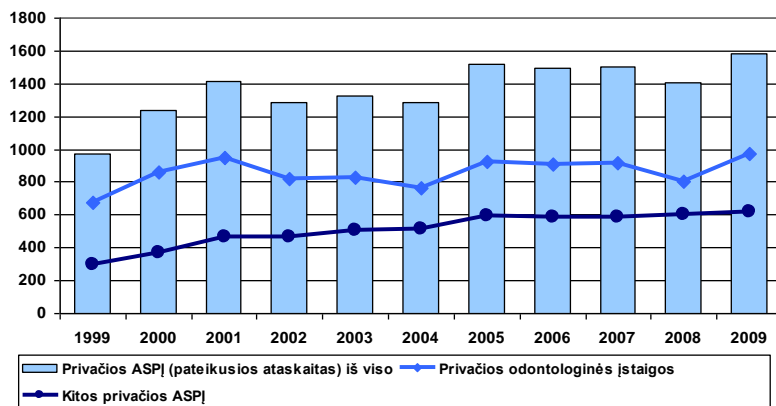
<sup>162</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo”, 2003 m. gruodžio 22 d. Nr. V–754. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo”, 2003 m. gruodžio 31 d. Nr. V–804.

**2 lentelė. Privачios asmens sveikatos priežiūros įstaigos**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Privачios ASPĮ* iš viso.	969	1234	1416	1284	1329	1283	1521	1497	1506	1403	1584
Iš jų:											
ligoninės			6	6	10	10	12	14	7	12	13
pirminės sveikatos priežiūros įstaigos			431	106	133	149	163	170	177	174	178
gydytojų specialistų kabinetai ir poliklinikos				316	310	304	357	341	335	329	331
hemodializės įstaigos						11	9	14	11	17	25
greitosios medicinos pagalbos įstaigos				2	3	2	3	4	4	4	4
Privачios odontologinės įstaigos	672	862	952	816	825	765	928	911	918	803	969
Ataskaitas pateikusių privачių sveikatos priežiūros įstaigų dalis (proc.)			71,8	68,2	71,8	68,5	71	67,5	68	60,8	65,1

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

\* – pateikusios ataskaitas

**5 paveikslas. Privачių asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus dinamika**

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

Kaip jau minėta, tarp privачių įstaigų gana daug nedidelių, kuriose dirba vos keli darbuotojai ir keičiantis, pavyzdžiui, apmokėjimo tvarkai iš sveikatos draudimo fondo, ar kintant ekonominei situacijai šalyje, tokios nedidelės įstaigos jautriau reaguoja į situaciją ir atitinkamai gali stabdyti, ar net visiškai nutraukti veiklą. Dėl

šių priežasčių, o ne dėl to kad iš tikrųjų šių įstaigų skaičius pasikeitė, bendras statistikoje pateikiamas privačių įstaigų skaičius gali gana pastebimai svyruoti. Statistikoje pateikiamas privačiai dirbančių gydytojų skaičius svyruoja ne taip ženkliai, kaip įstaigų skaičius ir, kaip jau minėta, tai gali būti susiję su privačių gydymo įstaigų dydžiu. Apie privačiai dirbančius medikus daugiau informacijos pateikiama skyriuje apie sveikatos sistemos išteklius.

### **Sveikatos priežiūra ir paslaugos**

Sveikatos priežiūros paslaugoms priskiriamos *asmens sveikatos priežiūros paslaugos* (ASP), teikiamos tiesiogiai fiziniams asmenims, ir *visuomenės sveikatos paslaugos*, susijusios su sveikatinimu ir ligų prevencija. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos, remiantis tarptautine sveikatos sąskaitų klasifikacija (TSSK), pagal funkcijas (gydymo tikslus) skirstomos į: gydymo paslaugas<sup>163</sup>, reabilitaciją<sup>164</sup>, (ilgalaikės) slaugos paslaugas<sup>165</sup>, pagalbines paslaugas<sup>166</sup> ir medicinos prekes ambulatoriniams ligoniams. Lietuvoje, analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, paslaugos dažniausiai skirstomos ne pagal funkcijas, o pagal paslaugų teikimo būdą: stacionarinės paslaugos, ambulatorinė priežiūra, priežiūra namuose ir kt.

### **Ambulatorinės paslaugos**

Remiantis Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) pateikiamu apibūdinimu<sup>167</sup>, ambulatorinėms paslaugoms priskiriamos gydomosios priežiūros paslaugos apimančios medicininės ir viduriniojo medicinos personalo paslaugas, teikiamas ambulatoriniams pacientams gydomosios priežiūros epizodo metu. Ambulatorinė sveikatos priežiūra – dažniausiai tai ambulatorinės priežiūros įstaigose medikų teikiamos paslaugos, tačiau ambulatoriniai pacientai gali būti gydomi ir ligoninėse (pvz., specialiose ambulatorinėse palatose) ir bendruomenės ar kitose integruotos priežiūros įstaigose. Ambulatorines gydomosios priežiūros paslaugas, remiantis sveikatos sąskaitų klasifikacija, galima skirstyti į: bazinės medicinos ir diagnostikos paslaugas<sup>168</sup> (Lietuvoje vadinamas pirminėmis ambulatorinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis), ambulatorinę odontologinę

---

<sup>163</sup> Gydymo paslaugos apima paslaugas, teikiamas per gydomosios priežiūros epizodą, kurio tikslas – palengvinti ligą ar sužalojimą arba apsaugoti nuo ligos ir (ar) komplikacijų, galinčių kelti grėsmę gyvybei ar normalioms funkcijoms. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

<sup>164</sup> Reabilitacijos paslaugos apima paslaugas, teikiamas pacientams reabilitacijos epizodo metu, kurių tikslas – pagerinti asmens funkcijas, kai funkciniai apribojimai atsirado dėl nesenos ligos ar sužalojimų arba kai jie yra pasikartojančio pobūdžio. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

<sup>165</sup> Ilgalaikės slaugos paslaugos apima tęstinę sveikatos priežiūrą ir slaugą stacionariųjų ligonių, kuriems nuolat reikalinga pagalba dėl lėtinių pakenkimų ir sumažėjusio savarankiškumo bei kasdienio gyvenimo veiklos. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

<sup>166</sup> Pagalbinės paslaugos apima įvairias paslaugas, daugiausia teikiamas viduriniojo arba techninio medicinos personalo prižiūrint gydytojui arba be gydytojo priežiūros, pvz.: laboratorijos paslaugos, diagnostiniai vaizdo tyrimai, pacientų gabenimas. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

<sup>167</sup> OECD, 2000. A system of Health Accounts.

<sup>168</sup> Bazinės medicinos ir diagnostikos paslaugos apima įprastas medicininės diagnostikos ir terapijos paslaugas, gydytojų teikiamas ambulatoriniams pacientams. Tai įprasti patikrinimai, vaistų išrašymas, įprastas konsultavimas, dietos nustatymas, injekcijos ir skiepijimas. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

priežiūrą<sup>169</sup>, kitą specializuotą sveikatos priežiūrą<sup>170</sup> (Lietuvoje vadinamą specializuotomis ambulatorinėmis paslaugomis) bei kitą ambulatorinę gydomąją priežiūrą<sup>171</sup>. Priežiūra namuose, pagal EPBO Sveikatos sąskaitų sistemos funkcinę klasifikaciją, išskiriama į atskirą grupę ir nėra ambulatorinių paslaugų dalimi. Lietuvoje, nors slaugos namuose paslaugos jau pradėtos apmokėti iš PSDF, statistiniai apsilankymų namuose duomenys pateikiami kaip ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos dalis<sup>172</sup>.

#### *Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos*

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra (PSP) – tai nespecializuotos kvalifikuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pagal šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojo, bendruomenės slaugytojo medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Šios paslaugos mokslo ir tyrimo tikslais gali būti teikiamos ir kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose<sup>173</sup>.

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos apdraustiesiems pasirinkus atitinkamą asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir šeimos gydytoją (bendrosios praktikos gydytoją), o jų nesant – apylinkės terapeutą ar pediatrą<sup>174</sup>. Už suteiktas ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas moka ligonių kasos už įrašytų į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių ir papildomai už suteiktas skatinamąsias PSP paslaugas ar/ir už prevencinių programų priemonių vykdymą. Savivaldybės gali remti savo teritorijos gyventojų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.

PSP šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas priklauso nuo apylinkės tipo ir gali kisti nuo 950 asmenų (jei virš 90 proc. visų aptarnaujamų gyventojų neturi 18 metų) iki 1550 asmenų (jei 18 metų neturinčiųjų skaičius neviršija 20 proc. visų aptarnaujamų gyventojų)<sup>175</sup>.

---

<sup>169</sup> Ambulatorinė odontologinė priežiūra – apima odontologines paslaugas (įskaitant dantų protezavimą), gydytojų teikiamas ambulatoriškai. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

<sup>170</sup> Kita specializuota sveikatos priežiūra – apima visas specializuotas medicinos paslaugas, kurias gydytojai teikia ambulatoriniams ligoniams (išskyrus bazines medicinines ir diagnostines paslaugas bei odontologinę priežiūrą): psichikos sveikatos priežiūrą, priklausomybės ligų terapiją ir ambulatorinę chirurgiją ir pan.. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

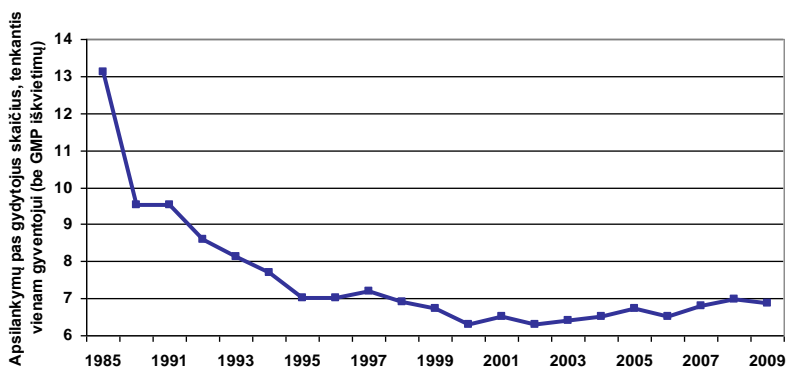
<sup>171</sup> Kita ambulatorinė gydomoji priežiūra apima kitas įvairias medicinines paslaugas teikiamas ambulatoriniams pacientams. Pavyzdžiui: darbo terapijos specialistų ir audiologo paslaugas, psichikos ir priklausomybės ligomis sergančių asmenų terapiją, kalbos terapiją, viduriniojo medicinos personalo tradicines sveikatos priežiūros paslaugas, diagnostinę fizioterapiją; fizioterapinius pratimus ir kitas gydomasias procedūras, kt. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

<sup>172</sup> Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos įstaigų veikla. Lietuvos Sveikatos informacijos centras.

<sup>173</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 “Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo”.

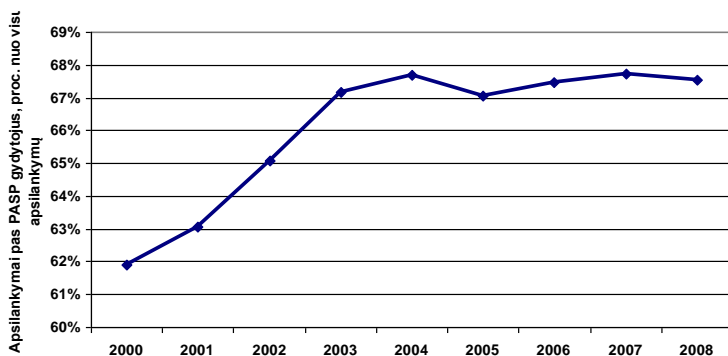
<sup>174</sup> Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr.329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo”.

<sup>175</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 “Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo”.



### 6 paveikslas. Apsilankymų pas gydytojus dinamika

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras



### 7 paveikslas. Apsilankymų pas PSP gydytojus dinamika, proc. nuo visų apsilankymų pas gydytojus

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

Nuo 1985 metų iki 2009 metų ambulatorinių apsilankymų pas gydytojus skaičius vienam gyventojui per metus sumažėjo apie du kartus – nuo 13,2 iki 6,85. Mažiausias apsilankymų pas gydytojus skaičius buvo 2000 metais – 6,4 vizito per metus. Pradėjus sveikatos sistemos restruktūrizaciją ambulatorinių apsilankymų skaičius vėl pradėjo šiek tiek augti. Sparčiausiai apsilankymų pas PSP gydytojus skaičius augo 2001–2003 metais. 2000–2009 metais gyventojų apsilankymų pas PSP gydytojus procentas nuo visų ambulatorinių apsilankymų per tą patį laikotarpį padidėjo nuo 61,9 proc. 2000 m. iki 67,15 proc. 2009 m. (6 ir 7 paveikslai).

Įstaigos, teikiančios PSP paslaugas ir sudariusios sutartį su teritorine ligonių kasa (TLK) dėl paslaugų teikimo tam tikroje vietovėje, privalo užtikrinti, kad aptarnaujamiems gyventojams būtų suteiktos visos atitinkamose normose ir specialistų pareiginėse instrukcijose numatytos paslaugos. Jeigu įstaigai nepakanka

paslaugas teikiančių specialistų, dalis paslaugų, sudarant sutartį su TLK, turi būti deleguota kitoms gydymo įstaigoms. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui užtikrinti prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigos (ne pačioje įstaigoje ar jos filialuose) gali būti steigiami bendruomenės medicinos punktai, kuriuos išlaiko juos įsteigusios PSP įstaigos iš baziniam mokėjimui skirtų lėšų. Už pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą taip pat atsako PSP įstaiga, sudariusi sutartį su TLK dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir šių paslaugų apmokėjimo.

Jei pacientui nereikia skubios pagalbos, prieš gaudamas paslaugas jis turi prisiregistruoti PSP įstaigoje pas šeimos (bendrosios praktikos) gydytoją arba pas terapeutą ar pediatrą ir sumokėti simbolinį vieno lito mokesį. Pagal galiojančią tvarką<sup>176</sup>, skirtingai nei kai kuriose kitose ES šalyse<sup>177</sup>, kiekvienas Lietuvos gyventojas gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą PSP įstaigą ir gydytoją. Norint anksčiau nei po šešių mėnesių po prisirašymo pasirinkti kitą PSP įstaigą, už dokumentų tvarkymą ir medicininės dokumentacijos persiuntimą pasirinktai įstaigai mokamas papildomas mokestis. Asmuo, pageidaujantis gydytis pas kitą pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytoją toje pačioje PSP įstaigoje, pateikia prašymą įstaigos administracijai. Jei gyventojas norėtų kreiptis į kitą šeimos gydytoją nepersiregistruodamas pas jį, jam reikėtų sumokėti pilną suteiktos paslaugos kainą<sup>178</sup>. Paprastai į PSP grandies gydytoją (šeimos gydytoją) gyventojai kreipiasi kai jiems reikia neskubios pirmosios pagalbos ir jiems privaloma iš anksto užsiregistruoti pas gydytoją į priėmimą. Ilgiausias šeimos gydytojo konsultacijos laukimo laikas – viena savaitė. Esant skubios pagalbos poreikiui, PSP gydytojas privalo priimti pacientą tą pačią dieną arba pacientas gali kreiptis tiesiogiai į ligoninės priėmimo skyrių ar išsikviesti greitosios pagalbos brigadą.

Būtinąją medicinos pagalbą teikiama ir neįrašytiems į PSP įstaigos aptarnaujamųjų sąrašą gyventojams<sup>179</sup>.

Lietuvoje, kaip ir daugumoje ES šalių, pirminę sveikatos priežiūrą dažniausiai teikia gydytojai<sup>180</sup>. ES šalyse auga pasitikėjimas slaugytojais ir kitu personalu (pavyzdžiui farmacininkais) ir didėja jų teikiamų paslaugų apimtis<sup>181</sup>. Lietuvoje kol

---

<sup>176</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583, "Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos".

<sup>177</sup> Pavyzdžiui: Danijoje, Anglijoje ar Suomijoje. Anglijoje galima prisiregistruoti tik pas tą šeimos gydytoją, kuris aptarnauja teritoriją, kurioje gyvena pacientas.

<sup>178</sup> Kai kuriose ES šalyse (pvz.: Švedijoje, Prancūzijoje) gyventojai gali kreiptis į bet kurį šeimos gydytoją be prisiregistravimo ir gauti šių paslaugų (pilną ar dalinį) kompensavimą.

<sup>179</sup> Pagal Seimos (bendrosios praktikos) gydytojo medicinos normą ir atsižvelgiant į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą būtinąsios medicinos pagalbos teikimo tvarką bei mastą.

<sup>180</sup> JAV atliktas tyrimas, kuriame teigiama, kad ir stomatologai turi gana unikalią galimybę padėti mažinant miokardo infarktų atvejų skaičių, kadangi pacientai kartais dažniau lankosi pas stomatologą (kur jam matuojamas kraujospūdis, o gydytojas turi galimybę susipažinti su paciento ligos istorija), nei pas šeimos gydytoją. "The Journal of the American Dental Association (JADA) November 10, 2005".

<sup>181</sup> Pavyzdžiui: Anglijoje, Nyderlanduose ir Švedijoje. Švedijoje pacientai visų pirma apžiūrimi slaugytojų ir tik po to gali būti siunčiami pas gydytoją ar į ligoninę. Anglijoje slaugytojai ir farmacininkai vis daugiau dirba kaip nepriklausomi praktikai ir pakeista įstatymine bazė leido slaugytojams paskirti pacientams kai kuriuos vaistus.

kas ir gyventojai, ir medikų bendruomenė slaugytojų ir kito medicinos personalo paslaugas vertina prasčiau nei gydytojų paslaugas.

Lietuvoje ambulatorines paslaugas gyventojams šeimos gydytojai privalo teikti 24 valandas per parą. Už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą nedarbo metu atsako pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga, sudariusi sutartį su teritorine ligonių kasa (TLK) dėl šių paslaugų teikimo atitinkamoje vietovėje. Ambulatorinių paslaugų teikimas nedarbo valandomis šalyje organizuojamas įvairiai. Miestuose ir didesnėse gyvenvietėse PSP įstaigos dažniausiai sudaro sutartis su tų miestų ar artimiausiomis ligoninėmis, taigi ambulatoriniai ligoniai po darbo valandų ir švenčių dienomis gali kreiptis į šių įstaigų priėmimo skyrius. Tačiau, (tai taikytina ypač nedidelėms privačioms PSP įstaigoms), pacientai nedarbo laiku gali skambinti ir savo šeimos gydytojui, kuris arba pakonsultuoja telefonu, arba pataria, kur pacientui kreiptis. Kaimo vietovėse esančių PSP įstaigų situacija kiek kitokia. Dažnai tokiose įstaigose dirbantys gydytojai gyvena toje pačioje vietovėje ir pacientus aptarnauja (dažniausiai) visą parą ir švenčių dienomis, o į ligoninių priėmimo skyrius (su kuriais irgi būna sudaromos paslaugų teikimo sutartys) kaimo vietovių gydytojai pacientus siunčia kur kas rečiau. Ligoninių priėmimo skyriuose dirba ir gydytojai specialistai, ir šeimos gydytojai, kuriems už naktinį budėjimą ir darbą per išėgines, ligoninių administracijos sprendimu gali būti mokamas didesnis valandinis atlygis. Šis atlygis už darbą nedarbo metu, dėl gydytojų trūkumo, rajonų ligoninėse būna aukštesnis nei miestų ligoninėse, todėl pastebima tendencija, kad miestų gydytojai vyksta naktiniam budėjimui į rajoninių ligoninių priėmimo skyrius. Skirtingose šalyse sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ne darbo laiku problema sprendžiama įvairiai. Pavyzdžiui, Prancūzijoje ne darbo valandomis ambulatorines paslaugas teikia budintieji šeimos gydytojai, kurie dažnai įsikuria vietinių ligoninių patalpose, ir skambučių centrai, kuriuose konsultacijas teikia šeimos gydytojai. Nyderlanduose PSP gydytojai kooperuojasi ir nedarbo laiku paslaugos teikiamos specialiuose centruose ar ligoninių patalpose. Naujojoje Zelandijoje PSP centrai, teikiantys paslaugas ne darbo valandomis, teikia ne tik gydytojų konsultacijas, bet ir kai kurias diagnostines paslaugas už aukštesnę kainą<sup>182</sup>.

Atlikti tyrimai<sup>183</sup>, kuriuose buvo analizuotos EBPO šalys, patvirtina tam tikrą ryšį tarp PSP grandies išsivystymo lygio ir gyventojų sveikatos. Nustatyta, kad gerai išvystyta PSP grandis (apimanti efektyvią profilaktikos ir prevencijos sistemą) stipriai sumažina bendrąjį ir išvengiamąjį mirtingumą, taip pat mirtingumą dėl specifinių ligų: astmos, bronchito, pneumonijos, širdies kraujagyslių ligų. Šis ryšys išlieka net įvertinus tokius faktorius kaip alkoholio ir tabako vartojimas. Lietuvoje ligų prevencija ir profilaktika priskiriama PSP gydytojų kompetencijai (kaip skatinamosios paslaugos kompensuojamas gimdos kaklelio skryningas ir kai kurios

<sup>182</sup> Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>183</sup> Macinko J, Starfield B, Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health Services. Research 38: 831–865.

kitos ankstyvosios diagnostikos paslaugos). Tačiau Lietuvoje šios paslaugos nėra prioritetinės ir aktyviai visos šalies mastu jos nėra teikiamos.

*Specializuotos ambulatorinės paslaugos ir paslaugų prieinamumas*

Poliklinikose, specializuotuose medicinos centruose ar kitose gydymo įstaigose dirbančių gydytojų specialistų teikiamos paslaugos, kurių pagal Bendrosios praktikos gydytojo medicinos normą nepriklauso teikti šeimos gydytojams (ar BPG), apmokamos pagal gydytojo specialisto konsultacijos bazines kainas. Gydytojo specialisto konsultacija laikomas paciento apsilankymas pas gydytoją turint siuntimą dėl konkrečios priežasties. Šio apsilankymo metu atliekami visi gydytojo specialisto kompetencijai priklausantys pacientui būtini tiriamieji ir gydomieji veiksmai ir siuntusiajam gydytojui teikiami patarimai raštu. Už gydytojo specialisto konsultaciją dėl konkrečios priežasties mokama pacientui apsilankius pirmą kartą. Jeigu dėl tos pačios priežasties pacientas lankosi pas tos pačios srities gydytoją specialistą daugiau nei tris kartus, mokama dar kartą.

Jei pacientas kreipiasi dėl nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų gavimo į antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigas, jis privalo pateikti PSP gydytojo siuntimą. Turėdamas siuntimą, asmuo gali laisvai pasirinkti specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią antrinės ar tretinės sveikatos priežiūros įstaigą ir gydytoją. Pacientai be siuntimų nemokamas paslaugas pas gydytoją specialistą gali gauti: jei jiems reikalinga būtinoji pagalba<sup>184</sup> arba, jei pacientas lankosi dėl tos pačios priežasties pas tą patį specialistą, arba jei jam skirtas ilgalaikis stebėjimas (dispanserizacija).

Remiantis Sveikatos informacijos centro pateikiamais ligonių kasų duomenimis 2006–2009 metais Lietuvoje apsilankymų pas gydytojus specialistus apimtis išaugo 9 proc. (8 paveikslas). Pacientai dažniausiai lankosi pas oftalmologus, neurologus ir otorinolaringologus. Per šį laikotarpį daugiausiai išaugo apsilankymų pas chirurgus (16 proc.), pas kardiologus (22 proc.) ir pas endokrinologus (23 proc.) skaičius.

Kitose šalyse specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas labai priklausė nuo PSP grandies išsivystymo ir sveikatos sistemos finansavimo ypatybių. Belgijoje, Prancūzijoje ir Vokietijoje dar visai neseniai į gydytoją specialistą dėl konsultacijos buvo galima kreiptis tiesiogiai ir už šias paslaugas pilnai apmokėdavo ligonių kasos (nereikėdavo jokių papildomų priemonių). Australijoje, Nyderlanduose ir Švedijoje, norint gauti kompensuojamas specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas, būtina turėti šeimos gydytojo siuntimą. Jungtinėje Karalystėje, šeimos gydytojo siuntimas yra vienintelis būdas gauti specializuotą pagalbą (ne būtinuosios pagalbos atveju), jei norima, kad paslaugų kaštai būtų kompensuoti. Kai kuriose šalyse (kaip ir Lietuvoje) galima apsieiti be siuntimų, jei pacientas pats sumoka visą paslaugos kainą, ar moka didesnes (nei su siuntimu) priemokas. Pavyzdžiui, Danijoje pacientas prisirašydamas prie PSP įstaigos gali pasirinkti skirtingas paslaugų kompensavimo schemas: su „durininko“ funkcija<sup>185</sup>, kai visos teikiamos

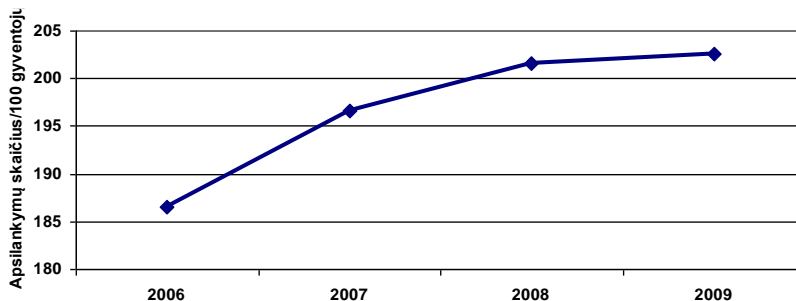
---

<sup>184</sup> Pacientas atvyksta į sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtiniosios atitinkamo specialisto pagalbos, ir registratūros darbuotojas, turintis medicininį išsilavinimą, registruoja pacientą specialistui konsultuoti.

<sup>185</sup> PASP grandies gydytojų atliekama pacientų gydymo ir atrankos siuntimui pas specialistus sistema.



paslaugos yra nemokamos, arba kitą schemą, kai pas specialistus galima patekti tiesiai be siuntimo. Antruoju atveju, asmuo turi mokėti priemokas ir už vizitus pas gydytojus specialistus, ir už apsilankymą pas šeimos gydytoją<sup>186</sup>.



### 8 paveikslas. Apsilankymų pas gydytojus dinamika

Šaltinis: Valstybinės ligonių kasos duomenų bazė

Pastaraisiais metais net ir tos šalys, kuriose į ambulatorinių įstaigų gydytojus specialistus pacientai galėdavo kreiptis tiesiogiai, PSP grandyje pradėjo diegti apribojimus ir plėtoti “durininko” (angl. – *gatekeeper*) funkciją (Prancūzija, iš dalies Vokietija). Tai daugiausiai susiję su poreikiu mažinti nebūtinų apsilankymų pas gydytojus specialistus skaičių ir mažinti sveikatos sistemos išlaidas<sup>187</sup>. Tačiau, jei paslaugos laisvai pasirenkamos, gydymas kartais tampa mažiau integralus ir sudėtingesnis, gali tekti sugaišti net daugiau laiko nei naudojantis siuntimo sistema<sup>188</sup>. Iš kitos pusės, tos šalys, kuriose buvo stipriai išvystyta siuntimo sistema, šiuo metu svarsto ir diegia naujas iniciatyvas, kurios gerina gydytojų specialistų paslaugų prieinamumą. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje nuo 2005 metų pacientai jau gali tiesiogiai (be šeimos gydytojo siuntimo) kreiptis pas otorinolaringologus ir akių ligų gydytojus.

Viena iš pagrindinių sveikatos sistemos problemų Lietuvoje – specializuotų paslaugų prieinamumo netolygumas. Regionų, ypač kaimų ir mažų gyvenviečių, gyventojams daug sudėtingiau gauti specialistų konsultacijas nei didžiųjų miestų gyventojams. Mažose gyvenvietėse trūksta ne tik modernios įrangos ir gerai įrengtų patalpų, bet ir gydytojų specialistų, kurie pastaruoju metu mieliau sutinka dirbti miestuose net už mažesnę atlyginimą, nei pasilikti rajonuose. Dėl šios priežasties tenka uždaryti kai kuriuos ligoninių skyrius, o pacientams net dėl nedidelių

<sup>186</sup> Snapshots of health systems. World Health Organization 2005, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>187</sup> Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>188</sup> Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

sveikatos problemų tenka vykdyti didelius atstumus į apskrities centrus arba atsisakyti tam tikrų (nors ir būtinų) paslaugų.

Skirtingose šalyse taikomos įvairios gyventojų priemokos ir mokėjimo schemos už apsilankymus pas gydytojus. Australijoje ir Naujojoje Zelandijoje už pacientų apsilankymus gydytojams leidžiama imti papildomas priemokas. Prancūzija irgi įvedė tiesioginių priemokų už apsilankymus pas šeimos gydytoją ir pas gydytojus specialistus sistemą, taip ribodama paslaugų poreikio augimą ir kaštus. Naujai diegiama draudimo sistema Nyderlanduose leidžia pacientams pasirinkti draudimo planus, kur numatoma priemoka už apsilankymus pas gydytoją. Apibendrinant galima teigti, kad dažniausiai priemokos iš gyventojų imamos už norą laisvai pasirinkti paslaugų teikėją. Tie pacientai, kurie nori apeiti siuntimo sistemą („durininko“ funkcija), turi mokėti didesnes priemokas ir gali gauti mažesnę visuomeninę kompensavimą už suteiktas paslaugas. Panašios pasirinkimo schemos įvedimas Danijoje sulaukė gana nedidelio susidomėjimo. 2002 metais tik apie 1,7 proc. gyventojų sutiko pasirinkti prisiregistravimo prie PSP schemą su didesnėmis priemokomis ir laisvu gydytojo pasirinkimu<sup>189</sup>.

Ar iš tiesų pacientai nori didesnės gydytojo ar ligoninės pasirinkimo laisvės, ar, vis dėlto, jiems labiau rūpi greitai atliekami tyrimai, diagnostika ir, remiantis atliktais tyrimais, kiek galima greitesnis ligos gydymas? Tikėtina, kad pacientai labiau vertina ne tiek pasirinkimo laisvę, kiek kokybiškas sveikatinimo paslaugas ir aptarnavimą. Tiksliau atsakyti į šiuos klausimus padėtų sociologiniai tyrimai.

Daugumos šalių teisiniuose su tiesioginėmis gyventojų priemokomis susijusiuose dokumentuose yra numatytos tam tikros išimties arba finansinės nuolaidos, siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą tam tikroms gyventojų grupėms. Išimčių ar nuolaidų taikymas gali būti siejamas su gaunamomis pajamomis, su amžiumi (vaikai ar pensinio amžiaus asmenys), su sveikatos paslaugų poreikiu (chroniški ligoniai) ar su prioritetinėmis gyventojų grupėmis (pavyzdžiui, nėščiosios). Bet kuriuo atveju taikant išimtis sunku išvengti nelygybės. Pavyzdžiui, Švedijoje sergantiems diabetu asmenims priemokų už vaistus mokėti nereikia, o sergantiems kitomis lėtinėmis ligomis – reikia. Jungtinėse Valstijose atliktas tyrimas parodė, kad dvigubai padidėjus priemokoms už vizitus pas ambulatorines paslaugas teikiančius gydytojus, ambulatorinių vizitų iš tiesų sumažėjo, bet išaugo hospitalizacijų skaičius ir hospitalizacijų trukmė. Daugiau stacionarių paslaugų buvo suteikta pacientams su nedidelėmis pajamomis ir sergantiems lėtinėmis ligomis, pavyzdžiui, diabetu, širdies kraujagyslių ligomis. Tyrimas parodė, kad priemokų augimas ambulatorinėje grandyje turėjo neigiamos įtakos paslaugų efektyvumui, o dėl labiau komplikuoatų ir užleistų ligos atvejų pablogėjo ir pacientų sveikata<sup>190</sup>.

Lietuvoje, kaip ir daugelyje pasaulio šalių, taikomos priemokos už kompensuojamuosius vaistus. Kai kuriose šalyse taikoma fiksuota priemoka už

---

<sup>189</sup> Snapshots of health systems. World Health Organization 2005, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>190</sup> Increased patient cost-sharing may hurt elderly. By ALICIA CHANG, AP Science Writer Alicia Chang, AP Science Writer – Wed Jan 27, 5:00 pm ET.

[http://news.yahoo.com/s/ap/20100127/ap\\_on\\_he\\_me/us\\_med\\_medicare\\_costs](http://news.yahoo.com/s/ap/20100127/ap_on_he_me/us_med_medicare_costs)

receptą, kitose – procentas nuo vaisto kainos (Lietuvoje taikomas šis modelis), o kai kurios šalys taiko kaštų efektyvumo kriterijų. Būtent pastaroji praktika padėjo sukontroliuoti išlaidų vaistams augimą Australijoje ir Naujojoje Zelandijoje<sup>191</sup>.

Skirtingose šalyse labai skiriasi paslaugų, kurias turi teikti šeimos gydytojas, apimtys. Labai platus šeimos gydytojų teikiamų paslaugų aprašas yra Anglijoje ir Suomijoje. Nyderlanduose PSP grandies gydytojai išsprendžia didžiąją daugumą pacientų sveikatos problemų (2/3 visų apsilankymų ambulatorinėje grandyje tenka PSP gydytojams), todėl siuntimų skaičius pas gydytojus specialistus šioje šalyje santykinai mažas<sup>192</sup>. O, pavyzdžiui, Prancūzijoje ir Vokietijoje pacientai dažnai dėl tų pačių paslaugų, kurias Jungtinėje Karalystėje teikia šeimos gydytojas, kreipiasi į gydytoją specialistą. Tai gali būti susiję su gydytojų parengimo sistemos ypatybėmis, skirtingomis šalių tradicijomis ir gydytojų bendruomenės nuostatomis. Lietuvoje šeimos gydytojo veiklos sritis, teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę apibrėžia šeimos gydytojo norma<sup>193</sup>, kuri yra privaloma visiems šeimos gydytojams, jų darbdaviams, taip pat institucijoms, rengiančioms ir tobulinančioms šiuos specialistus, licencijuojančioms ir kontroliuojančioms jų veiklą. Pagal šios normos reikalavimus Lietuvą reikėtų priskirti prie šalių, kuriose šeimos gydytojų teikiamų paslaugų sąrašas yra gana platus.

Libiausiai komplikuota sveikatos sistemos dalimi visose šalyse dažniausiai laikomas diagnostinių paslaugų prieinamumas. Jungtinėje Karalystėje, Danijoje ir Švedijoje diagnostiniai tyrimai daugiausiai atliekami ligoninėse, taigi pacientai, turi specialiai lankytis ligoninėse, kad gautų tokias paslaugas. Šalyse, kur labiau išvystytas privatusis sveikatos sektorius (Australija ir Naujoji Zelandija), pacientai turi galimybę tiesiogiai kreiptis į ligoninių ambulatorinius skyrius arba, gavę šeimos gydytojų siuntimus, į privačias diagnostinius tyrimus atliekančias klinikas. Abiem atvejais, laukti tyrimo pacientams gali tekti gana ilgai. Nyderlanduose, šeimos gydytojas gali bendradarbiauti su nepriklausomomis laboratorijomis (dažnai šeimos gydytojų įkurtomis pelno nesiekiančiomis įstaigomis), kurios tenkina augantį diagnostinių tyrimų poreikį. Ši auganti rinka pritraukia ir pelno siekiančias įmones.<sup>194</sup> Lietuvoje kompensuojamus diagnostinius tyrimus atlieka tik sutartis su ligonių kasomis sudariusios ambulatorinės ir stacionarinės įstaigos. Už diagnostinius tyrimus atliekamus privačiose įstaigose ar už tyrimus be siuntimo pacientai privalo susimokėti patys, negaudami jokio kompensavimo. Pacientams dažnai tenka primokėti net ir už ligonių kasų kompensuojamus tyrimus. Medicinos statistika per 2000–2009 metus fiksuoja beveik 2,85 karto sumažėjusį ambulatorinių ištyrimų skaičių

---

<sup>191</sup> Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>192</sup> Snapshots of health systems. World Health Organization 2005, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>193</sup> Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V–1013 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo”.

<sup>194</sup> Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

100 apsilankymų (daugiausiai, apie 3 kartus, sumažėjo hematologinių tyrimų skaičius), bet per tą patį laikotarpį 2,2 karto išaugo biocheminių tyrimų ir apie 16 proc. rentgenologinių tyrimų skaičius. Toks didelis atliktų tyrimų skaičiaus sumažėjimas verčia abejoti statistikos patikimumu. Per šį laikotarpį nemažai įstaigų įsigijo naujos modernios diagnostinės daugiafunkcinės įrangos, dėl to galėjo pasikeisti gydymo įstaigų pateikiamų duomenų apie atliktų tyrimų skaičių interpretacija. Nauja įranga atliktą tyrimą kartais galima vertinti kaip vieną, o kartais kaip kelis skirtingus tyrimus. Iš kitos pusės, diagnostinių ištyrimų skaičius galėjo šiek tiek sumažėti ir dėl gydymo įstaigų noro taupyti gaunamas iš PSDF lėšas už ištyrimus. Dar viena galima tyrimų skaičiaus sumažėjimo priežastis – pacientai patys atsisako tyrimų, jei už šias paslaugas prašoma papildomai sumokėti.

Kai kurios “senosios” ES šalys pradėjo vystyti paslaugų teikimo modelius, kurie skatina viename sveikatos centre (bendruomenėse) apjungti bendrosios praktikos, diagnostikos ir gydytojų specialistų paslaugas. Pavyzdžiui Suomijoje, sveikatos centrai perka diagnostines specialistų paslaugas iš ligoninių ir kitų paslaugų teikėjų. Šie centrai dažnai turi savo rentgeno laboratoriją, vaistinę ir gali teikti stacionarines PSP paslaugas. Kai kuriuose mažuose miestuose sveikatos centrai apsijungė su ligoninėmis ir teikia paslaugas chroniškiems ligoniams (pavyzdžiui, sergantiems diabetu) bei reabilitacines ir endoskopijos paslaugas. Vokietijoje, kaip tik atvirkščiai, nauji teisiniai aktai skatina didinti ligoninėse teikiamų ambulatorinių paslaugų apimtis. Kita Vokietijoje pastebima tendencija – nuo 2004 metų vėl atkuriamos buvusios VDR<sup>195</sup> poliklinikos, t. y. grįžtama prie integruotų sveikatos paslaugų modelio, kuris apsijungus abiem Vokietijos dalims buvo praktiškai sunaikintas. Šis modelis tampa gana patrauklus ir gydytojams, kadangi apsijungimas mažina finansinę riziką susijusią su naujos privačios praktikos kūrimu, bet tuo pačiu išlaikomas klinikinės praktikos nepriklausomumas<sup>196,197</sup>. Vakarų Europos šalyse populiarėjanti bendruomeninių integruotų paslaugų centrų ar poliklinikų kūrimo tendencija rodo, kad Lietuvoje per reformų laikotarpį, tikėtina, buvo padarytas teisingas pasirinkimas – išsaugoti nemažą poliklinikų ir PSP centrų tinklą.

Apibendrinant galima teigti, kad tose šalyse, kuriose sveikatos priežiūros sistemos suteikia pacientams didesnes galimybes laisvai pasirinkti gydytoją ar gydymo įstaigą ir tiesiogiai kreiptis į gydytojus specialistus, yra didesnės gyventojų priemokos už teikiamas paslaugas ir palyginti mažesnis sveikatos priežiūros kaštų efektyvumas (pavyzdžiui, dėl galimo paslaugų dubliavimosi). Ir pati paslaugų teikimo sistema tose šalyse pasižymi didesne fragmentacija ar nepakankamu sveikatinimo paslaugų tęstinumu užtikrinamu. Tose šalyse, kuriose labiau išvystyta siuntimų (“durininko”) per PSP grandį sistema, yra reikalaujama prisirašymo pas PSP gydytoją ir griežčiau ribojamas paslaugų teikėjų pasirinkimas, bet tokių sistemų funkcionavimas yra vientisesnis ir geriau užtikrinamas gydymo tęstinumas.

---

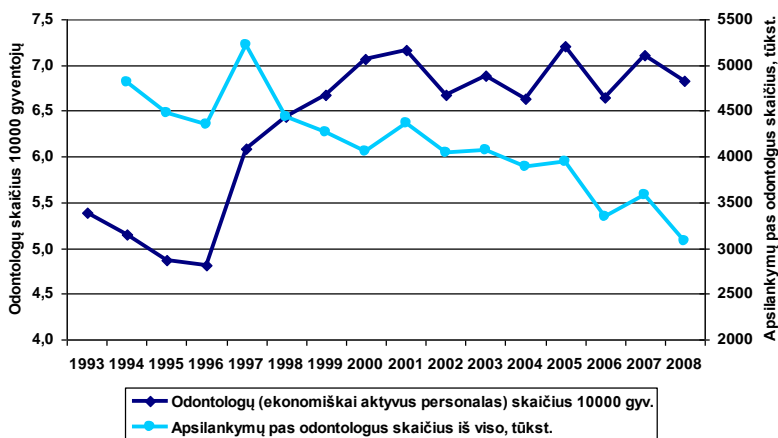
<sup>195</sup> Vokietijos demokratinė respublika.

<sup>196</sup> Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2006, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

<sup>197</sup> Jenny Grant. What does it take to make integrated care work? McKinsey Quarterly, January 2010.

*Odontologinės paslaugos*

Odontologija visuomeninio finansavimo požiūriu išsiskiria iš kitų asmens sveikatos priežiūros sričių (ypač paslaugos, teikiamos darbingo amžiaus žmonėms), kadangi šios paslaugos daugiausiai yra apmokamos privačiomis lėšomis. Dar sovietiniais laikais odontologijos paslaugos (dantų protezavimas dirbantiesiems) buvo kone vienintelės oficialiai gyventojų apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Pirmaisiais metais po nepriklausomybės atkūrimo visuomeninis šio sektoriaus finansavimas sparčiai menko ir jau 1992 metais buvo parengtas Vyriausybės nutarimo projektas numatantis, kad visos suaugusių gydančių odontologų darbo vietas bus privatizuojamos, o paslaugų kaštus dengs pacientai. Minėtasis projektas Vyriausybės nariams pasirodė pernelyg radikalus, bet santykinis visuomeninio odontologinių paslaugų finansavimo mažėjimas tebevyksta iki pastarojo laiko.

**9 paveikslas. Odontologinių paslaugų dinamika**

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

Odontologijos paslaugų dinamika (9 pav.), smunkant visuomeniniam jos finansavimui ir šiek tiek mažėjant apsilankymų pas odontologus skaičiui, išliko teigiama, nes gerokai išaugo diagnostikos (pvz., masinis rentgeno paplitimas) ir gydymo (tobulesnė aparatūra, nuskausminimas, modernesnės ir kokybiškesnės medžiagos) kokybė ir sudėtingumas.

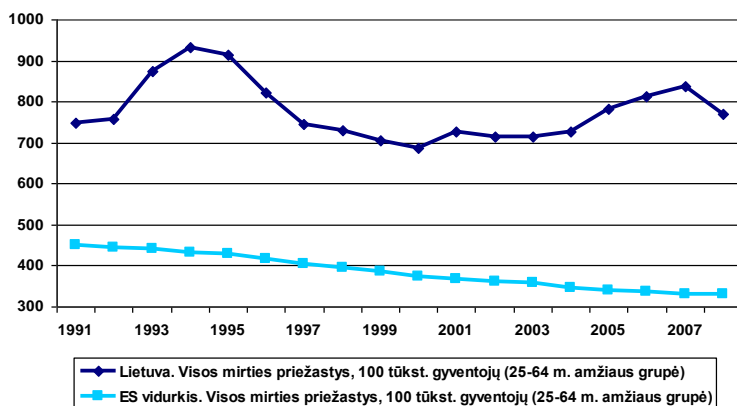
Per 1993–2009 metus gydytojų odontologų<sup>198</sup> skaičius Lietuvoje padidėjo beveik 22 procentais. Gydytojų odontologų skaičiaus ir paslaugų kokybės augimas leidžia teigti, kad odontologinių paslaugų rinka Lietuvoje plečiasi. Net prasidėjus 2008 metų ekonominei krizei paslaugų poreikis šiame sektoriuje reikšmingai nesumažėjo, o 2009 metais net pradėjo augti. Krizės laikotarpiu šiek tiek sumažėjo tik prabangių

<sup>198</sup> Aktyvus sveikatos personalas (Lietuvos SIC).

odontologinių paslaugų paklausa privačiame sektoriuje, o finansuojamų per PSDF paslaugų apimtis augo.

### **Būtinoji medicinos pagalba, greitoji medicinos pagalba (GMP) ir jos teikimo ypatumai**

1993–1996 metais (sunkių ekonominiu laikotarpiu) Lietuvoje žymiai išaugo gyventojų mirtingumas. Gyventojų mirtingumo rodikliai vėl pradėjo augti 2000–2007 metais (palyginti stabilium – ekonomikos augimo – laikotarpiu). Gyventojų mirtingumo augimo priežastys šiuo laikotarpiu reikalauja detalesnės demografinės–epidemiologinės ir sveikatos sistemos funkcionavimo ypatybių analizės.



### **10 paveikslas. Standartizuotas mirtingumas. Visos mirties priežastys, 100 tūkst. gyventojų (25–64 m. amžiaus grupė)**

Šaltinis: PSO duomenų bazė

2000–2007 metų laikotarpiu Lietuvos gyventojų mirtingumo rodikliai nuolat augo ir 2008 metais vidutinį ES mirtingumą pagal visas pagrindines ligų grupes viršijo 1,62 karto (25–64 m. amžiaus žmonių grupėje – 2,3 karto). Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų ES vidurkį viršijo 2,1 karto (25–64 m. amžiaus žmonių grupėje – 2,8 karto), nuo širdies infarkto – 3,5 karto, nuo cerebrovaskulinių ligų – 2,1 karto, nuo virškinimo ligų – 2,1 karto (25–64 m. amžiaus žmonių grupėje – beveik 3,3 karto), o nuo išorinių mirties priežasčių – net 3,4 karto (25–64 m. amžiaus žmonių grupėje – 4,6 karto).

Iš pateiktos statistikos matyti – bendrasis Lietuvos gyventojų mirtingumas augo būtent dėl tų ligų ir tose amžiaus grupėse, kur mirtingumo galima išvengti. Kai kurių iš šių mirčių galima išvengti keičiant gyvenimo būdą, gerinant ligų prevenciją. Tačiau nemažai žmonių gyvybių padėtų išsaugoti efektyviai funkcionuojanti būtinosios medicininės pagalbos sistema. Ypač, jei laiku ir profesionaliai būtų

suteikiama pagalba darbingojo amžiaus ligoniams sergantiems kraujotakos sistemos ir cerebrovaskulinėmis ligomis (dėl šių ligų miršta apie du trečdaliai visų mirusiųjų).

Efektyvi būtinosios pagalbos teikimo sistema yra viena iš svarbiausių Nacionalinės sveikatos sistemos priemonių, siekiant sumažinti išvengiamą mirtingumą. Sistema turi apimti ir būti organizuojama bei palaikoma visais lygiais – nacionaliniu, regioniniu bei bendruomeniniu ir tapti prieinama visiems gyventojams nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos ar socialinės padėties. Būtinosios medicinos pagalbos sistema apima tiek ikistacionarinę (PSP, GMP, įskaitant transportavimą), tiek stacionarinę pagalbą<sup>199</sup>.

Būtinoji medicinos pagalba Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigose teikiama nemokamai visiems nuolatiniais šalies gyventojams, nesvarbu, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu ir neatsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą. Užsienio šalių piliečiams, asmenims be pilietybės, ne nuolatiniais gyventojams LNSS įstaigos teikia būtinąją medicinos pagalbą Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, jei kitaip nenustato Lietuvos Respublikos tarptautinės sutartys<sup>200</sup>.

Būtinajai medicinos pagalbai priskiriama pirmoji medicinos pagalba<sup>201</sup> ir institucinė (nestacionarinė ar stacionarinė) asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ASPI) teikiama skubi medicinos pagalba<sup>202</sup>. Būtinoji medicinos pagalba teikiama etapais: pirmiausia suteikiama pirmoji medicinos pagalba, po to – skubioji institucinė pagalba. Kai kuriais atvejais tai gali būti vykdoma vienu metu. Skubioji medicinos pagalba – tai tokia medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant (1 kategorija) arba neatidėliotinai (2 ir 3 kategorijos), kai dėl ūmių klinikinių būklių gresia pavojus paciento ir/ar aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku pacientams sukeltų sunkių komplikacijų grėsmę<sup>203</sup>.

### ***Greitoji medicinos pagalba (GMP)***

Kritinis skubios iki stacionarinės pagalbos elementas yra greitosios medicinos pagalbos (GMP) suteikimas pas pacientą ar įvykio vietoje ir pacientų pervežimas į stacionarinę gydymo įstaigą. Būtent transporto priemonių trūkumas ar ilgas GMP

---

<sup>199</sup> 2004 m. balandžio 8 d SAM patvirtintame įsakyme Nr. V–208 “Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo”, nėra aprašytos nei GMP funkcijos teikiant būtinąją pagalbą, nei GMP brigadų ir jų personalo kompetencija teikiant skubiąją pagalbą įvykio vietoje ar paciento namuose. Šiame įsakyme nusakomi tik reikalavimai teikiant skubiąją pagalbą stacionariose ASPI.

<sup>200</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I–552.

<sup>201</sup> Pirmoji medicinos pagalba – tai svarbiausi tikslingi veiksmai, skirti padėti kitų ar savo sveikatai bei gyvybei, panaudojant turimas medicinos ir/ar kitokias priemones bei medžiagas, iki nukentėjusiajam/pacientui bus pradėta teikti skubioji institucinė medicinos pagalba arba paciento būklė taps normali, arba bus konstatuota jo mirtis. (Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo”, 2004 m. balandžio 8 d. Nr. V–208).

<sup>202</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo”, 2004 m. balandžio 8 d. Nr. V–208.

<sup>203</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo”, 2004 m. balandžio 8 d. Nr. V–208.

brigados atvykimo laikas dažnai tampa pagrindine priežastimi, kodėl pacientai laiku negauna būtinųjų paslaugų. Kai kuriose šalyse, siekiant sumažinti GMP paslaugų poreikį, pacientai gali būti pervežami į stacionarines gydymo įstaigas taksi, policijos, gaisrinių ar asmeniniu transportu, o privačias ligonių transportavimo išlaidas iš dalies kompensuoja (pavyzdžiui, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje) sveikatos draudimas. Dar vienas reikšmingas GMP paslaugų kokybės elementas yra gerai organizuota ryšio sistema.

Pagal tarptautinę sveikatos sąskaitų klasifikaciją (TSSK) greitoji medicinos pagalba priskiriama ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų grupės kitų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pogrupiui. Ši kategorija apima įstaigas, kurių pagrindinė veikla – pacientų gabenimo sausuma, vandeniui ar oru paslaugos kartu su sveikatos priežiūra. Taip pat į šią kategoriją patenka armijos, policijos ar priešgaisrinių tarnybų taikos metu ir įprastais (nelaimės) atvejais teikiamas greitosios pagalbos paslaugos<sup>204</sup>.

Nors pasaulyje greitosios medicinos pagalbos (GMP) paslaugos teikiamos labai įvairiai, tačiau išskiriami du pagrindiniai modeliai: 1) FGS modelis (*Franco–German Emergency Medical Services System*), kuriame svarbiausią vaidmenį atlieka gydytojas ir 2) AAS modelis (*Anglo–American Emergency Medical Services System*), kuriame svarbiausią vaidmenį atlieka gydytojų prižiūrimi paramedikai. Pagrindinis šių modelių skirtumas – taikant FGS modelį gydytojas vyksta pas pacientą, taikant AAS modelį pacientas vežamas pas gydytoją.

Prancūzų–vokiečių modelio esmė – pas pacientus dažniausiai vyksta gydytojai ir, svarbiausia, kad GMP automobiliai yra aprūpinti sudėtinga modernia įranga, praktiškai sukuriant pacientui skubios pagalbos skyriaus sąlygas automobilyje. Manoma, kad skubus pacientų transportavimas į ligoninę, dažniausiai yra nesaugus ir prioritetas teikiamas pagalbos suteikimui vietoje, kol pacientas tampa mediciniškai stabilus ir tik tada jį galima transportuoti<sup>205</sup>. GMP automobilio brigadą dažniausiai sudaro gydytojas, slaugytojas ir vairuotojas. Vietoje GMP automobilio, siekiant skubiau patekti į įvykio vietą, gali atvykti skubios pagalbos, policijos ar gaisrininkų automobiliai, kurių personalas irgi gali suteikti skubią pirminę medicinos pagalbą, kol atvyks GMP komanda.

Anglų–amerikiečių modelio atveju GMP automobilių brigadas daugiausiai sudaro ne gydytojai, o specialiai apmokytas medicinos personalas, vadinamieji paramedikai. Gydytojai dažniausiai atlieka šio medicinos personalo, kuris vykdo savo funkcijas pagal specialiai parengtus protokolus ir procedūrų aprašus, priežiūrą. Pacientams įvykio vietoje ar namuose suteikiama tik atitinkamo lygio (pavyzdžiui, paramediko, slaugytojo, ar pan.) pagalba ir tada jis kuo skubiau transportuojamas į stacionarinę gydymo įstaigą, kur pradedamas faktinis gydymas<sup>206</sup>.

Lietuvoje greitosios medicinos pagalbos tarnybos uždavinys iš dalies apima dviejų minėtų modelių elementus – sergantiems arba sužeistiems asmenims įvykio vietoje pradedama teikti būtinoji medicinos pagalba ir jie skubiai gabenami į

---

<sup>204</sup> OECD, 2000. A system of Health Accounts.

<sup>205</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency\\_medical\\_service](http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medical_service).

<sup>206</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency\\_medical\\_service](http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medical_service).



stacionarinę asmens sveikatos priežiūrą arba pacientams patariama, į kurią ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą įstaigą jie galėtų kreiptis<sup>207</sup>.

GMP įstaigos teikia paslaugas visą parą teritoriniu principu visose Lietuvos savivaldybėse ir dažniausiai yra savivaldybių įsteigtos viešosios įstaigos – greitosios medicinos pagalbos stotys (juridiniai asmenys) ir greitosios medicinos pagalbos skyriai – pirminės sveikatos priežiūros įstaigų padaliniai<sup>208</sup>. GMP tarnybų steigėjais taip pat gali būti ir kiti juridiniai ar fiziniai asmenys.

2009 metais GMP paslaugas teikė 21 GMP stotis (juridiniai vienetai) arba 56 GMP organizaciniai padaliniai ir 4 privačios greitosios pagalbos įstaigos<sup>209</sup>. GMP paslaugas savo teritorijoje organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos<sup>210</sup>, apskrities gydytojas koordinuoja GMP veiklą apskrityje ir parengia GMP įstaigų ir GMP brigadų išdėstymo apskrityje planą<sup>211</sup>. 2010 metų liepą, panaikinus apskritis, dalį GMP veiklos koordinavimo funkcijų turėtų perimti regioniniai bendrosios pagalbos skambučių centrai, teritorinės ligonių kasos ir SAM.

GMP paslaugoms teikti GMP stotys ir skyriai sudaro išvažiuojamąsias brigadas. Pagal GMP koncepciją, išvažiuojamosios brigados gali būti trijų tipų:

- specializuotos (reanimacinės ir kt.) brigados, kuriose dirba gydytojai, skubios medicinos pagalbos specialistai, bendruomenės slaugytojai, paramedikai;
- gyvybinių funkcijų atstatymo ir trumpalaikio palaikymo brigados, kuriose dirba bendruomenės slaugytojai, skubios medicinos pagalbos specialistai, paramedikai, o esant galimybei – gydytojai;
- pacientų pervežimo brigados, kuriose gali dirbti savarankiškai veikiančios paramedikai<sup>212</sup>.

Tačiau SAM įsakyme “Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo” pateikiamas kitoks GMP brigadų apibrėžimas ir grupavimas. Remiantis šiuo dokumentu išskiriamos dvi GMP brigadų grupės<sup>213</sup>.

- pradinio gyvybės palaikymo brigada<sup>214</sup>,

---

<sup>207</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. 324 “Dėl greitosios medicinos pagalbos koncepcijos patvirtinimo. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 8 d. įsakymo Nr. V-956 redakcija.)

<sup>208</sup> Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996 m. birželio 6 d. nr. I-1367.

<sup>209</sup> Sveikatos informacijos centro duomenys.

<sup>210</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 27 d. įsakymo Nr. V-329 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei greitosios medicinos pagalbos paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo, 2006 m. rugpjūčio 25 d. Nr. V-715.

<sup>211</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. 324 “Dėl greitosios medicinos pagalbos koncepcijos patvirtinimo. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 8 d. įsakymo Nr. V-956 redakcija.)

<sup>212</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. 324 “Dėl greitosios medicinos pagalbos koncepcijos patvirtinimo. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 8 d. įsakymo Nr. V-956 redakcija.)

<sup>213</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymu Nr. V-895 patvirtinti “Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimai”.

<sup>214</sup> Pradinio gyvybės palaikymo brigada – GMP brigada, kurią sudaro medicinos personalas, galintis atlikti pradinio gyvybės palaikymo (angl. Basic Life Support) procedūras ir tinkamai transportuoti pacientą, bei tam tikslui parengtas GMP automobilis.

- pažangaus gyvybės palaikymo brigada<sup>215</sup>.

GMP įstaiga paslaugoms teikti privalo turėti automobilius, kurie, atsižvelgiant į personalo kvalifikaciją, gali būti komplektuojami pradinio ar pažangaus gyvybės palaikymo paslaugai teikti<sup>216</sup>.

Lietuvos sveikatos informacijos centro (SIC) pateikiamoje statistikoje GMP paslaugas teikiančios brigados skirstomos į:

- gydytojų (arba bendrojo profilio gydytojų) brigadas;
- bendruomenės slaugytojų (anksčiau – felčerių) brigadas;
- specializuotąsias brigadas (anesteziologų–reanimatologų, kardiologų, neurologų, vaikų ligų gydytojų ir kitų specialybių gydytojų brigadas).

Kadangi GMP brigadų veiklą toliau numatoma analizuoti remiantis SIC statistika, tai bus remiamasi SIC naudojama BPG brigadų klasifikacija.

Nuo 2000 iki 2008 metų bendras GMP paslaugas teikiančių brigadų skaičius sumažėjo maždaug 11 proc. Per šį laikotarpį bendruomenės slaugytojų brigadų skaičius išaugo 17 proc. Tuo tarpu gerokai sumažėjo brigadų, kuriose dirba gydytojai, skaičius: bendrojo profilio gydytojų brigadų skaičius sumažėjo 2,44 karto, specializuotų brigadų skaičius – 1,85 karto, iš jų daugiausiai sumažėjo kardiologų brigadų skaičius – net 2,76 karto (3 lentelė ir 11–12 paveikslai).

**3 lentelė. GMP išvažiuojamųjų brigadų skaičius**

Metai	Gydytojų <sup>217</sup>	Bendruomenės slaugytojų <sup>218</sup>	Specializuotų					Iš viso	
			Iš viso	iš jų:					
				anesteziologų–reanimatologų	kardiologų	vaikų ligų gydytojų	psichiatrų		kitos
2000	52,0	169,0	56,0	5,0	24,0	15,0	4,0	8,1	277,0
2001	40,1	175,1	54,5	5,0	24,0	13,8	4,0	6,7	269,7
2002	42,9	173,6	50,3	6,0	23,0	12,1	4,0	5,2	266,8
2003	37,5	174,8	48,0	5,0	22,0	12,0	4,0	5,0	260,3
2004	43,7	173,4	40,0	5,0	13,0	12,0	4,0	6,0	257,1
2005	39,9	183,6	37,5	10,0	12,0	12,5	3,0	0,0	261,0
2006	27,6	192,3	33,5	10,0	9,8	10,7	3,0	0,0	253,4
2007	26,1	194,9	30,8	4,0	9,4	10,0	3,0	4,4	251,7
2008	21,3	197,4	30,3	4,0	8,7	9,0	3,0	5,6	248,9
Sumažėjo	<b>2,44</b>		<b>1,85</b>	<b>1,25</b>	<b>2,76</b>	<b>1,66</b>	<b>1,33</b>	<b>1,46</b>	<b>1,11</b>
Padidėjo		<b>1,17</b>							

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

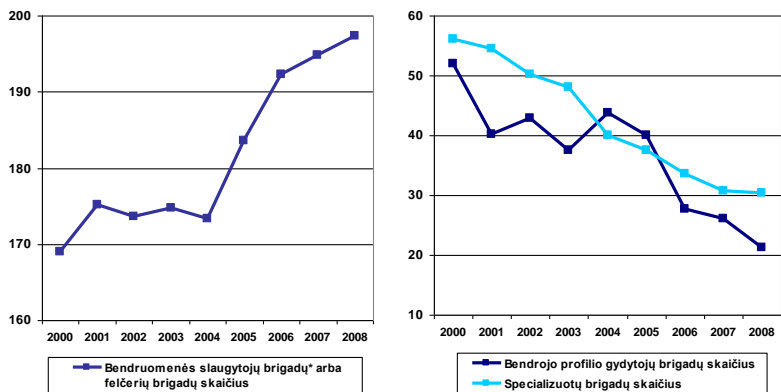
<sup>215</sup> Pažangaus gyvybės palaikymo brigada – GMP brigada, kurią sudaro medicinos personalas, galintis atlikti pažangaus gyvybės palaikymo (angl. Advanced Life Support) procedūras ir jas taikyti tinkamai transportuojant pacientą, bei tam tikslui parengtas GMP automobilis.

<sup>216</sup> SAM įsakymas 2009 m. liepos 9 d. Nr. V–557 “Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymo Nr. V–895 “Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo” pakeitimo”.

<sup>217</sup> Arba bendrojo profilio gydytojų brigadų skaičius.

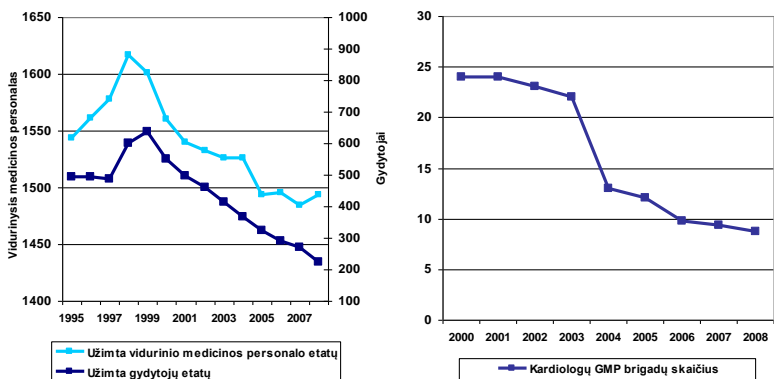
<sup>218</sup> Arba felčerių brigadų skaičius.

2009 metų liepą<sup>219</sup> SAM įsakymu nustatyta, kad viena GMP brigada aptarnauja nuo 12 tūkst. iki 21 tūkst. gyventojų miestuose ir nuo 10 tūkst. iki 18 tūkst. gyventojų kaimo vietovėse. Iki 2004 metų viena GMP brigada kaimo vietovėje aptarnaudavo 10–12 tūkst. gyventojų, o miestuose – 13–15 tūkst. gyventojų. Besikeičiantis GMP aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas tamptariai susijęs su nuolatiniu GMP brigadų ir GMP personalo skaičiaus mažėjimu. GMP brigadų sudėtį, atsižvelgiant į specialistų kompetenciją, nustato GMP įstaigos vadovas.



**11–12 paveikslai. GMP brigadų skaičiaus dinamika**

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras.



**13–14 paveikslai. GMP personalo ir specializuotų brigadų skaičiaus dinamika**

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

<sup>219</sup> SAM įsakymas 2009 m. liepos 9 d. Nr. V-557 "Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymo Nr. V-895 "Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo" pakeitimo".

2008 metais GMP sistemoje dirbo 170 gydytojų ir 1289 bendruomenės slaugytojai. Dauguma gydytojų dirba didžiųjų miestų GMP stotyse. Iš 4 lentelės ir 13, 14 paveikslų matyti, kad nuo 2000 iki 2008 metų GMP sistemoje dirbančio personalo skaičius sumažėjo apie 12 proc., o gydytojų skaičius sumažėjo daugiau nei 2,2 karto.

**4 lentelė. Fizinį asmenų (dirbančių pagrindiniame darbe) skaičius**

Metai	Iš viso personalo metų pabaigoje	Gydytojų	Bendruomenės slaugytojų	Pagalbinio medicinos personalo	Kito personalo
2000	3211	375	1462	313	1061
2001	3162	356	1453	287	1066
2002	3165	377	1406	257	1125
2003	3107	338	1390	250	1129
2004	3113	336	1390	275	1112
2005	2968	251	1328	232	1157
2006	2900	235	1332	389	944
2007	2845	217	1296	266	1066
2008	2844	170	1289	258	1127
<b>Pokytis 2000–2008 m.</b>	<b>88,6%</b>	<b>45,3%</b>	<b>88,2%</b>	<b>82,4%</b>	<b>106,2%</b>

Šaltinis: Eurostat, 2009 m.

Dirbančiųjų GMP sistemoje skaičius buvo išaugęs 1998–1999 metais, kai įdiegus privalomojo sveikatos draudimo sistemą padidėjo GMP finansavimas ir pasikeitė paslaugų apmokėjimo tvarka (tuo metu buvo numatytas paslaugų apmokėjimas diferencijuotai pagal skirtingus GMP brigadų tipus<sup>220</sup>. Akivaizdu, kad tokia paslaugų apmokėjimo tvarka ir skirtingi įkainiai, skatino GMP įstaigas didinti brigadų, kuriose dirbo gydytojai ir gydytojai–konsultantai skaičių). 2000 metais, pradėjus taikyti vieną apmokėjimo už budėjimo valandas tarifą<sup>221</sup>, GMP sistemoje dirbančių gydytojų skaičius pradėjo smarkiai mažėti.

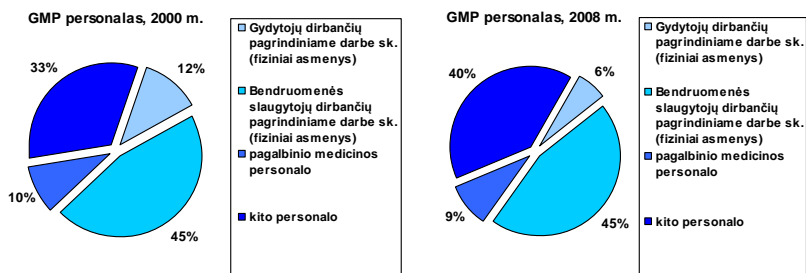
Reikia atkreipti dėmesį, kad nuo 2000 iki 2008 metų sumažėjo vienam gydytojui tenkantis etatų skaičius – nuo 1,46 iki 1,32 etato, o vienam bendruomenės slaugytojui – išaugo nuo 1,07 iki 1,16 etato vienam dirbančiajam. Tai yra, gydytojais pradėjo dirbti mažesniu, o slaugytojai didesniu krūviu.

2000–2008 metais ne tik mažėjo GMP sistemoje dirbančio personalo skaičius, bet pasikeitė ir personalo struktūra – gerokai sumažėjo gydytojų dalis. 2008 metais

220 a) GMP brigada su gydytoju (42 litai už budėjimo valandą); b) GMP brigada su felčeriu (28 litai už budėjimo valandą); c) gydytojų konsultantų GMP brigada (46 litai už budėjimo valandą); d) gydytojų konsultantų greitoji medicinos pagalba, už kurią moka kviečianti sveikatos priežiūros įstaiga (nuo 24 iki 43,2 lito už budėjimo valandą, įskaitant invazines procedūras ar operacijas) (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl bazinių kainų patvirtinimo”, 1998 m. birželio 18 d. Nr.329).

<sup>221</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo”, 2000 m. birželio 14 d. Nr. 328.

gydytojai sudarė 6 proc. viso GMP personalo (2000 m. – 12 proc.), išaugo pagalbinio personalo dalis, o slaugytojų, kurie sudaro didžiąją GMP personalo dalį, procentas per šį laikotarpį išliko nepakitęs.



**15–16 paveikslai. GMP personalo struktūra 2000 m ir 2008 m.**

*Šaltinis. Sveikatos informacijos centras*

*GMP paslaugų teikimas*

GMP stočių ir skyrių dispečerinės priima iškvietimus GMP pagalbai, juos registruoja, telefonu perduoda informaciją GMP brigadoms ir į nelaimės vietą išsiunčia tinkamas GMP išvažiuojamąsias brigadas. Dispečeriais dažniausiai dirba slaugos specialistai. GMP brigados atitinkamų indikacijų ar būklių pacientus skubiai gabena į stacionarines asmens sveikatos priežiūros įstaigas. Visiems į stacionarines įstaigas priėmimo skyrių greitosios medicinos pagalbos automobiliu ar kita transporto priemone atvežtiems pacientams turi būti nustatyta preliminari diagnozė ir, esant reikalui, suteikta skubi ambulatorinė, ar stacionarinė medicinos pagalba arba pacientas turi būti nukreiptas gydymui į kitą ASPĮ.

GMP brigados įvairiose pasaulio šalyse teikia gana skirtingas paslaugas ir, kaip minėta anksčiau, remiasi skirtinga GMP paslaugų teikimo filosofija (galimas paslaugų teikimas vietoje arba tik skubus gabenimas į stacionarinę gydymo įstaigą). Tačiau nepriklausomai nuo organizavimo ypatumų, GMP visuomet teikia paslaugas dėl gyvybei grėsmingų atvejų – nelaimingų atsitikimų ir ūmių susirgimų (pvz., insulto, infarkto, stipraus kraujavimo, sąmonės praradimo). Lietuvoje GMP brigados taip pat teikia paslaugas dėl nėštumo ir pogimdyminio laikotarpio patologijos, perveža gimdyves ir ligonius. Gerai organizuota GMP veikla gali būti viena iš gana efektyvių išvengiamo mirtingumo mažinimo priemonių, ypač tokiose šalyse kaip Lietuva, kur labai aukštas darbingo amžiaus asmenų mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių ir kraujotakos sistemos ligų.

Vertinant GMP paslaugų kokybę, taikomi šie vertinimo kriterijai: laikas, per kurį GMP brigada nuvyksta iki paciento skubaus iškvietimo atveju (nuo iškvietimo priėmimo iki atvykimo pas ligonį); atvežtų į stacionarinių ASPĮ priėmimo skyrius ir hospitalizuotų pacientų procentas; GMP medikų ir stacionarinių ASPĮ medikų klinikinių diagnozių nesutapimo procentas. Pagal SAM patvirtintus reikalavimus nuo 2008 metų liepos siekiama, kad gyvybei grėsmingais atvejais laikas nuo

iškviatimo užregistravimo iki pirmosios medicinos pagalbos teikimo pradžios mieste būtų iki 10–15 min., kaime – iki 20–25 min., kitais atvejais mieste – iki 30 min., kaime – iki 45 min.<sup>222</sup> Iki 2008 metų GMP atvykimo laiko reikalavimai buvo griežtesni – gyvybei grėsmingais atvejais mieste buvo nustatyta 5–10 min. laiko riba, kaime – 10–20 min., kitais atvejais mieste – 15–30 min., kaime – 25–45 min. Įvairiose pasaulio šalyse GMP atvykimo laiko reglamentas miestuose, kai gresia pavojus paciento gyvybei, yra gana panašus kaip Lietuvoje. Pavyzdžiui, Nyderlanduose, Prancūzijoje, Australijoje GMP atvykimo laikas – apie 10–14 min. mieste ir toks pats arba tik šiek tiek didesnis kaimiškose vietovėse.

GMP brigados atvykimo laikui įtaką daro ne tik GMP stočių išsidėstymas ir brigadų bei transporto priemonių skaičius, bet ir tokios objektyvios išorinės priežastys, kaip: transporto “kamščiai”, prasti žemėlapiai, keliai ar kelio ženklai. Todėl kai kuriose pasaulio šalyse naudojami ir kiti GMP išvažiuojamųjų brigadų veiklos vertinimo rodikliai. Pavyzdžiui, Švedijoje vertinamas laikas nuo gauto iškviatimo iki GMP brigados išvykimo – jei automobilis iš GMP stoties pas pacientą išvyksta praėjus daugiau nei 90 sekundžių nuo skambučio priėmimo, GMP paslaugų teikėjui gali tekti mokėti apie 4000 kronų baudą. Šis vertinimo kriterijus yra įdomus tuo, kad nepriklauso nuo aukščiau paminėtų “išorinių” problemų.

Siekiant užtikrinti efektyvią GMP dispečerinės tarnybos veiklą, Lietuvoje palaipsniui vykdoma jos pertvarka. Steigiami Bendrieji pagalbos centrai (BPC), kurie priima iškviatimus, įvertina gautą informaciją ir ją perduoda atitinkamo regiono GMP tarnybų dispečerinėms, o šios, esant būtinybei, išsiunčia transporto priemonę su GMP brigada. BPC medicininę veiklą koordinuoja Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Vidaus reikalų ministerija.

Per 1995–2008 metus keitėsi ir GMP paslaugų apmokėjimas, ir paslaugų teikimo reikalavimai, ir GMP sistemoje dirbančio personalo struktūra, todėl atitinkamai kito ir GMP suteiktų paslaugų kiekis (17 paveikslas). Iki 1997 metų GMP paslaugų kiekis smarkiai mažėjo – nuo 244,2/1000 gyventojų 1995 metais iki 232,4/1000 gyventojų 1997 metais.

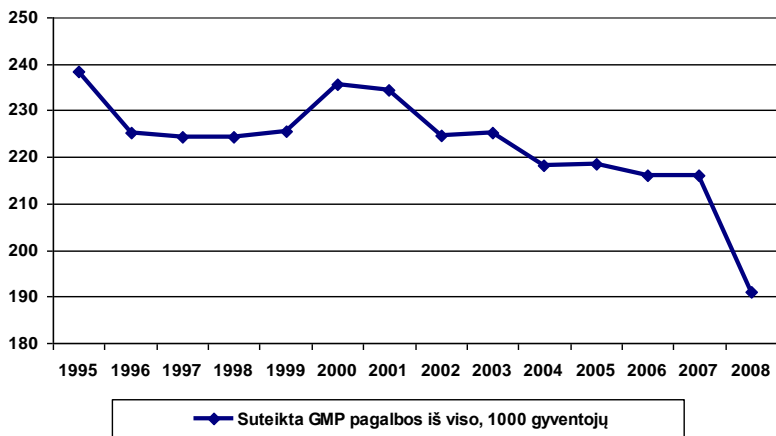
GMP paslaugos teikiamos teritoriniu principu – visose Lietuvos savivaldybėse. 1995–2008 metais GMP paslaugų kiekis labiausiai sumažėjo rajonuose – apie 29 proc., tuo tarpu miestuose – apie 20 proc. Galima manyti, kad paslaugų kiekio mažėjimas rajonuose daugiausiai susijęs su tuo, kad kaimuose ir miesteliuose sparčiai mažėja gyventojų (o tuo pačiu ir juos aptarnaujančių GMP brigadų) skaičius (18 paveikslas).

Kai kuriose apskrityse ir rajonuose GMP suteiktos medicininės pagalbos rodikliai smarkiai skiriasi nuo Lietuvos vidurkio. 2008 metais daugiausiai GMP paslaugų buvo teikiama Panevėžio apskrityje – 222,7/1000 gyventojų (beveik 17 proc. daugiau už Lietuvos vidurkį), o mažiausiai – Tauragės apskrityje – 157,9/1000 gyventojų (apie 82,7 proc. Lietuvos vidurkio). Rajonuose paslaugų teikimo netolygumas dar didesnis. 2008 metais Palangoje GMP paslaugų buvo suteikta 75

---

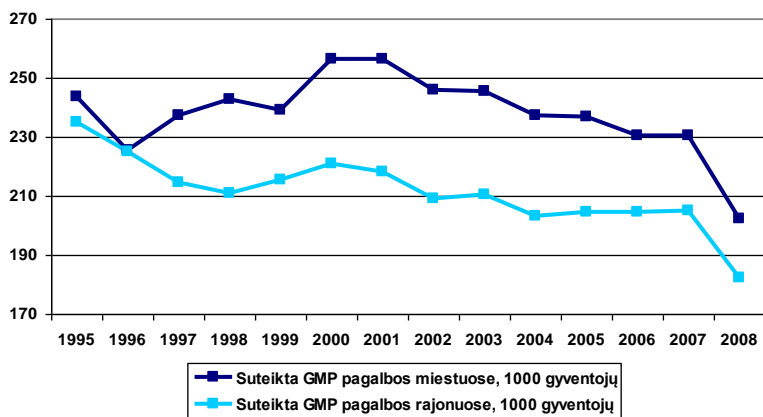
<sup>222</sup> SAM įsakymas 2009 m. liepos 9 d. Nr. V–557 “Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymo Nr. V–895 “Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo” pakeitimo”.

proc. daugiau už Lietuvos vidurkį, o Pagėgių rajone – tik apie 66,7 proc. šalies vidurkio.



**17 paveikslas. GMP paslaugų skaičiaus dinamika**

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras



**18 paveikslas. GMP paslaugų skaičiaus dinamika**

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

Gerokai sumažėjo gydytojų teikiamų GMP paslaugų procentas – 1995 metais gydytojai teikė 35,7 proc. visų GMP paslaugų, o 2008 metais – 22,1 proc. Akivaizdu, kad toks smarkus gydytojų teikiamų paslaugų sumažėjimas (daugiau nei 20 proc.) susijęs su GMP sistemoje vykusiais paslaugų teikimo ir finansavimo

pokyčiais. 1999 metais, kai GMP paslaugos buvo diferencijuotai apmokamos pagal tai, ar brigadose yra gydytojas, ar jo nėra, pastebimas gydytojų teikiamų paslaugų augimas (palyginti su 1995 m. apie 30 proc.). 2000 metais perėjus prie vienodo budėjimo valandos apmokėjimo tarifo (nepriklausomai nuo to, ar brigadoje yra gydytojas), gydytojų teikiamų paslaugų kiekis pradėjo mažėti.

2008 metų duomenimis daugiausiai GMP paslaugų gydytojais suteikė Kauno apskrityje – apie 38 proc. visų GMP paslaugų, o Marijampolės apskrityje, remiantis turima statistika<sup>223</sup>, 2004–2008 metais gydytojais GMP paslaugų neteikė.

1995–2008 metais GMP paslaugų struktūroje mažėjo lėtinių susirgimų atvejais teikiamų paslaugų skaičius – 1995 metais net 32,2 proc. visų paslaugų sudarė paslaugos pacientams dėl lėtinių ligų paūmėjimo, bet nuo 1999 metų GMP tokių paslaugų nebeteikia. Ūmių susirgimų ir būklių atvejais teikiamų paslaugų apimtis išaugo beveik tiek pat. Tikėtina, kad įvedus privalomąjį sveikatos draudimą ir pakitus GMP paslaugų apmokėjimo tvarkai, dalis GMP paslaugų anksčiau statistikoje priskirtų “lėtinių susirgimų” grupei, nuo 1999 metų buvo priskirtos “ūmių susirgimų ir būklių” grupei.

2000–2008 metais 1,23 karto sumažėjo bendras GMP suteiktų paslaugų kiekis: nelaimingų atsitikimų atvejais – 1,05 karto, ūmių susirgimų ir būklių atvejais –1,31 karto, kitų paslaugų – apie 1,3 karto. Reikia atkreipti dėmesį, paslaugos ūmių susirgimų ir būklių atvejais sudarė didžiąją GMP paslaugų dalį – 2000 metais jos sudarė 80 proc., o 2008 metais – apie 75 proc. visų GMP teikiamų paslaugų.

Per 2000–2008 metus apie 14 proc. išaugo tik ligonių pervežimo paslaugų kiekis. Toks pervežimų apimties augimas, gali būti susijęs su GMP paslaugų apmokėjimo tvarkos pasikeitimu 2006 metais<sup>224</sup>.

#### *GMP paslaugų finansavimas ir pertvarka*

Greitosios medicinos pagalbos paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšų. Šios lėšos paskirstomos teritorinėms ligonių kasoms pagal vieningus kriterijus, atsižvelgiant į statistinį apskrities miesto ir kaimo gyventojų skaičių. Be paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, GMP paslaugų teikėjai teikia ir kitas pacientų pervežimo paslaugas (pvz.: diagnostikos, pacientų pervežimo iš gydymo įstaigos į namus), kurias apmoka siunčiančioji gydymo įstaiga arba pacientas savo lėšomis.

Kaip jau minėta, nuo sveikatos draudimo sistemos įdiegimo 1997 metais GMP paslaugų apmokėjimo tvarka pastebimai keitėsi kelis kartus. Šiuo metu GMP tarnyboms mokama už GMP brigadų budėjimo valandas ir už pacienčių transportavimą iš namų į ASPĮ ir iš vienos ASPĮ į kitą ASPĮ dėl normalaus ar grėšiančio priešlaikinio gimdymo arba dėl pogimdyminio laikotarpio patologijos<sup>225</sup>.

---

<sup>223</sup> Lietuvos sveikatos informacijos centras.

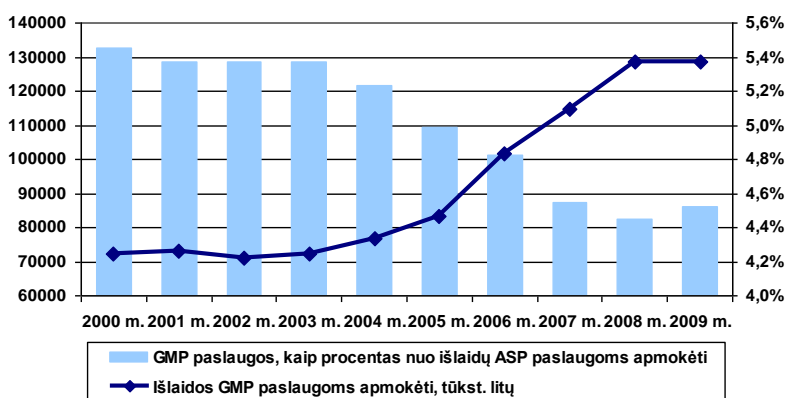
<sup>224</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei greitosios medicinos pagalbos paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo”, 2006 m. balandžio 27 d. Nr. V–329.

<sup>225</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei greitosios medicinos pagalbos paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo”, 2006 m. balandžio 27 d. Nr. V–329.



Nuo 2008 metų gegužės GMP brigados budėjimo bazinė 1 valandos kaina (balais) padidinta iki 62,9, o bazinė kaina (balais) už pacienčių transportavimą dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo ir pogimdyminio laikotarpio patologijos padidinta iki 63,8. 2009 metų rugpjūtį SAM ministro įsakymu numatyta galimybė indeksuoti paslaugos bazinę kainą koeficientu 2,0, jei transportuojant pacientes dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo arba pogimdyminio laikotarpio patologijos, GMP brigada nuvažiuoja daugiau nei 100 km, taip pat numatyta skirti papildomai PSDF lėšų išmokoms už gerus GMP darbo rezultatus.

Nors per 2000–2009 metus GMP paslaugų finansavimas išaugo apie 75 proc., tačiau šioms paslaugoms apmokėti skiriama dalis nuo visos asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo sumos sumažėjo – nuo 5,5 proc. skirtų 2000 metais iki 4,5 proc. skirtų 2009 metais (19 paveikslas).



### 19 paveikslas. GMP paslaugų finansavimo iš PSDF dinamika

Šaltinis. Valstybinės ligonių kasos duomenų bazė

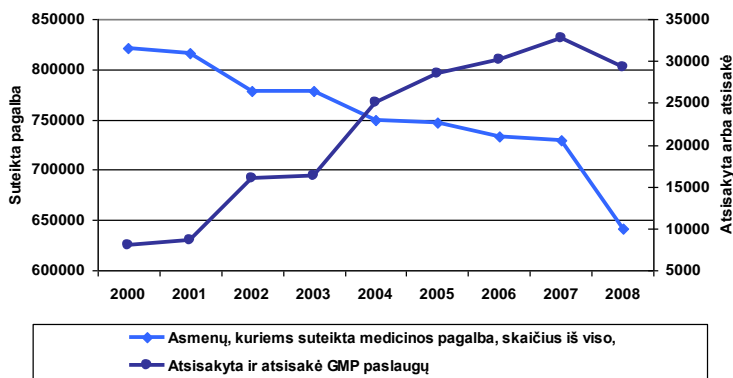
Tuo tarpu per tą patį laikotarpį išlaidų dalis PSP paslaugoms apmokėti padidėjo apie 2 kartus, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms – beveik 3,4 karto, o ambulatorinėms specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms net – 4,3 karto. Per šį laikotarpį 78 proc. išaugo ir stacionariųjų paslaugų finansavimas.

GMP paslaugų apmokėjimo tvarka, ieškant optimalaus ir efektyvaus paslaugų teikimo ir apmokėjimo modelio, buvo keičiama ne vieną kartą, o ES struktūrinių fondų lėšomis buvo atnaujinamas GMP automobilių parkas<sup>226</sup>. Šie pokyčiai rodo tam tikrą sveikatos politikų dėmesį GMP paslaugoms. Kita vertus, procentinė šios paslaugos finansavimo dalis visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo

<sup>226</sup> 2006–2008 m. pagal SAM ministro patvirtintą GMP automobilių parko atnaujinimo programą įsigyta 170 automobilių. Plačiau apie tai skaitykite šios knygos skyriuje “Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas”.

struktūroje mažėjo. Tai leidžia teigti, kad GMP paslaugos netapo prioritetine sveikatos priežiūros sistemos sritimi.

Kuriant GMP koncepciją tikėtasi, kad įkūrus bendrosios pagalbos centrus (BPC) ir pagerinus dispečerinės darbą, o taip pat sumažinus gydytojų skaičių (tuo pačiu ir laiką sugaištamą paciento namuose ar įvykio vietoje), GMP paslaugos ne tik atpigs, bet ir sutrumpės GMP brigadų vykimo pas pacientą laikas. Deja, ir BPC steigimas, ir dispečerinių darbo perorganizavimas, ir visa GMP reforma vyksta lėtai. Sudėtinga būtų pateikti vieną pagrindinę GMP reformos nesėkmės priežastį: gal sunkiai tarpusavyje susikalba institucijos, kuriančios Bendrosios pagalbos skambučių centrus, gal nepakankamai gerai parengti dokumentai reglamentuojantys GMP sistemos funkcionavimą, o gal nepakankamas aprūpinimas materialiniais ištekliais ar prasta GMP personalo rengimo kokybė. Kaip ten bebūtų, analizuojant paskutiniųjų metų statistiką, susidaro įspūdis, kad skubios pagalbos sistemos efektyvumo augimo galimybės nėra pilnai išnaudotos.



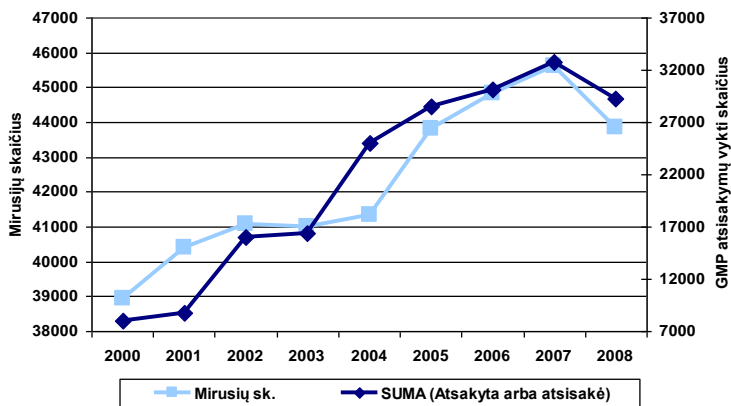
## 20 paveikslas. GMP paslaugų teikimo dinamika

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

2000–2008 metais GMP sistemoje mažėjant personalo, ypač specializuotų gydytojų brigadų, skaičiui ne tik gerokai sumažėjo teikiamos pagalbos apimtys, bet ir išaugo besikreipiančiųjų, kuriems buvo atsakyta suteikti GMP paslaugas arba, kurie patys paslaugų atsiskakė, skaičius (20 paveikslas). GMP pagalba – palyginti brangus paslaugų teikimo būdas. Tikėtina, kad kai padidėjo vienos brigados aptarnaujamų gyventojų skaičiaus norma, o lėšų personalo atlyginimų didinimui neatsirado, GMP dispečerinės pradėjo riboti GMP brigadų išvykimus pas pacientus su ne ūmiais sveikatos sutrikimais (tai yra, pas tuos, kuriems, jų manymu, paslaugas galėtų teikti PSP grandis). Nors tokia pertvarka (neskubių iškvietimų ribojimas) atitinka 2002 metais patvirtintos GMP sistemos reformos kryptis, tačiau auga gyventojų nepasitenkinimas GMP paslaugomis. Juk PSP grandis (taip pat ir šeimos gydytojų institucija) kol kas netapo pakankamai pajėgi užtikrinti neatidėliotinos pagalbos teikimą 24 valandas per parą.

GMP reforma 2002-2009 m. vystėsi prieštarinčiai – mažinamas GMP sistemoje dirbančių gydytojų skaičius, o alternatyvi struktūra, kuri galėtų efektyviai pakeisti gydytojų (ir specializuotų brigadų) paslaugas, nesukurta. Ar tai nedaro įtakos vis augančiam šalies gyventojų mirtingumui?

Siekiant įvertinti, ar yra ryšys tarp augančio šalies gyventojų mirtingumo ir pastarojo laiko GMP paslaugų kiekio, buvo mėginta įvertinti koreliaciją tarp šių duomenų sekų<sup>227</sup>. Koreliacijos koeficientas tarp 2000–2008 metais augusio gyventojų mirtingumo ir per tą patį laikotarpį sumažėjusio GMP paslaugų kiekio (GMP brigadų išvykimų pas pacientus skaičiaus) yra gana aukštas ir siekia  $(-0,717$  (atvirkštinė koreliacija). Ryšys tarp šalies gyventojų mirtingumo ir atsakymo išvykti pas pacientus ar pačių pacientų GMP paslaugų atsisakymo dar didesnis –  $(+0,935$  (tiesioginė koreliacija). Pastebėtina, kad, remiantis turima statistika, augant mirtingumo rodikliams didėja ne tik atsakymų ir atsisakymų vykti pagal GMP iškvietimus, bet mažėja ir pačių iškvietimų skaičius. Gali būti, kad vis daugiau pacientų į ligoninių priėmimo skyrius vyksta nuosavu transportu ir statistikoje tai neatsispindi, o gal ir nelabai tiksliai vedama gyventojų kreipimusi į GMP dispečerius apskaita.



### 21 paveikslas. Mirusių šalies gyventojų skaičiaus ir GMP atsisakymų vykti pas pacientus skaičiaus dinamikos palyginimas

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

2000-2008 metų laikotarpiu pastebimas dar vienas stiprus ryšys – tarp gyventojų mirtingumo ir į stacionarus GMP brigadų nuvežtų pacientų skaičiaus – koreliacija tiesioginė –  $(+0,79$ . Atrodytų, kad toks ryšys gana logiškas tiek dėl vis mažėjančio gydytojų brigadų skaičiaus, tiek ir dėl prastos gyventojų sveikatos (remiantis mirtingumo statistika). 2000–2008 metais į ligonines GMP nuvežtų pacientų

<sup>227</sup> Statistikoje, ryšiu tarp atskirų duomenų sekų nustatyti naudojama taip vadinama koreliacija arba koreliacijos koeficientas. Koreliacinis ryšys nusako tik tikimybę, kad tarp atskirų požymių yra priežastinis ryšys.

skaičius išaugo beveik 7 proc. Tačiau hospitalizuotų pacientų skaičius per tą patį laikotarpį sumažėjo 30 proc. ir 2008 metais buvo hospitalizuojama tik apie 46 proc. atvežtų pacientų (2000 metais hospitalizuojamų GMP atvežtų pacientų skaičius siekė beveik 70 proc.). Vadinasi, arba priėmimo skyriuose suteikiama vis efektyvesnė ambulatorinė pagalba, arba atvežami vis lengviau sergantys pacientai (tai prieštarauja pastaruoju metu augusio mirtingumo tendencijai). O, galbūt, ligoninių pajėgumai ir išteklių (materialiniai, žmonių, vadybiniai ar finansiniai) tampa nepakankami tenkinti atvežamų pacientų poreikiams ir būtent dėl šių priežasčių pacientai nehospitalizuojami?

Apibendrinant visus samprotavimus galima padaryti išvadą, kad GMP paslaugų, ypač specializuotų GMP brigadų teikiamų paslaugų, mažėjimas, lėtas BPC steigimas ir dispečerių veiklos pertvarkymas, nepakankama PSP grandies plėtra ir riboti ligoninių priėmimo skyrių pajėgumai susitvarkyti su dideliu GMP atvežamų pacientų srautu, gali turėti neigiamos įtakos išvengiamo Lietuvos gyventojų mirtingumo mažinimui. Todėl reikėtų kuo skubiau apsispręsti, kurį GMP paslaugų teikimo modelį Lietuva nori ir gali įgyvendinti. Jei norima pacientus vežti pas gydytoją, reikia skubiai pertvarkyti ligoninių ir jų priėmimo skyrių darbą. O, jei manoma, kad tai šiuo metu tai per brangu ir norima pacientus gydyti įvykio vietoje, tuomet reikia didinti specializuotų GMP gydytojų brigadų skaičių ir jų teikiamų paslaugų apimtį, jų aprūpinimą GMP automobiliais su tinkama medicinos įranga. Be abejo, galimas ir mišrus variantas – skirtinguose regionuose priklausomai nuo esamos situacijos taikyti skirtingus GMP funkcionavimo modelius. Dispečerinių pertvarka ir BPC kūrimas taip pat labai svarbus darbas, tačiau neapsisprendus dėl GMP paslaugų teikimo modelio jis gali būti neefektyvus.

### **Stacionarinės paslaugos**

Remiantis Tarptautine sveikatos sąskaitų klasifikacija (TSSK, pagal funkcijas) stacionaro ligoniu laikomas pacientas, oficialiai priimtas (arba hospitalizuotas) į instituciją gydymo ir (ar) priežiūros tikslu ir išbuvęs ligoninėje ar kitoje stacionarios priežiūros įstaigoje mažiausiai vieną naktį<sup>228</sup>. Stacionarios priežiūros paslaugos paprastai teikiamos ligoninėse, tačiau gali būti teikiamos slaugos ar globos įstaigose ir ambulatorinių įstaigų, užsiimančių stacionaria priežiūra kaip antrine veikla, padaliniuose. Pagal TSSK stacionarioms paslaugoms priskiriamos ir paslaugos ligoniams kalėjimų ir armijos ligoninėse, tuberkuliozės ligoninėse ir sanatorijose. Stacionarines paslaugas galima suskirstyti į gydomosios priežiūros<sup>229</sup> ir buvimo ligoninėje (“viešbučio”) paslaugas, pastarosios taip pat turėtų būti įvertinamos ir įtraukiamos į faktinę stacionarinės paslaugos kainą<sup>230</sup>.

Ligoninės, kurių didžiąją dalį sudaro bendrojo pobūdžio ligoninės, teikia stacionarias sveikatos priežiūros chirurgines ir nechirurgines paslaugas, kurioms

---

<sup>228</sup> OECD, 2000. A system of Health Accounts.

<sup>229</sup> Stacionarinė gydomoji priežiūra apima paslaugas, teikiamas stacionariems į įstaigą priimtiems pacientams gydymo epizodo metu. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

<sup>230</sup> Turėtų būti įvertinamas ir paciento, ir jo artimųjų buvimas ir apgyvendinimas gydymo metu. Pvz., gydant sunkias vaikų ligas. Į šią kategoriją turėtų būti įtraukiama ir faktinė paslauga, kurias paciento artimieji teikia ligoninėje, kaina (valgio gaminimas, pagrindinė slauga, valymas).

teikti dažnai naudojamos specializuotos priemonės ir įranga<sup>231</sup>. Taip pat ligoninės gali teikti gydymosi priežiūros dieną, ambulatorines ar gydymosi priežiūros namuose paslaugas (antrinė veikla). Remiantis TSSK klasifikacija ligoninės gali teikti ir kitas, ne gydymosioms funkcijoms priskiriamas paslaugas: reabilitacinę priežiūrą, ilgalaikę slaugą ar pagalbines sveikatos priežiūros paslaugas (klinikiniai–laboratoriniai, diagnostiniai tyrimai, ligonių pervežimas). Skirtingai nuo kitų stacionarinio gydymo įstaigų, bendrojo pobūdžio ligoninės (*acute hospitals* – angl.) teikia ne tik planines, bet ir skubias paslaugas ir tam yra įrengę skubios pagalbos–priėmimo ir reanimacijos skyrius.

Visose Europos šalyse trumpėja pacientų hospitalizacijų trukmė, iš kitos pusės, auga gydymo intensyvumas, o dėl “senstančios” populiacijos ligoninėse didėja sunkių ligonių procentas.

PSO duomenų bazėje pateikiami keli pagrindiniai rodikliai<sup>232</sup>, kuriais remiantis galima vertinti ir palyginti šalies ligoninių veiklą tarpusavyje ir kitų valstybių kontekste. Lietuvos stacionarinės grandies veiklą vertinant efektyvaus turimų išteklių panaudojimo aspektu reikėtų pastebėti, kad statistikos fiksuojami Lietuvos rodikliai labai artimi ES vidurkiui. Lietuvoje vidutinis paciento gydymo laikas stacionare per 1995–2008 metus sumažėjo daugiau nei 1,5 karto ir 2008 metais buvo 9,6 dienos, o ES vidurkis 2007 metais buvo 8,8 dienos. (22 paveikslas) Lietuvoje taip pat labai aukštas lovos funkcionavimo (užimtumo arba panaudojimo) rodiklis – 2008 metais apie 73 proc. laiko per metus ligoninių lovos būdavo užimtoms, o 2007 metų ES vidurkis – apie 77 proc.<sup>233</sup>.

Lietuvoje per 1995–2009 metus apie 16 proc. išaugo hospitalizacijų skaičius/1000 gyventojų ir daugiau nei 37 proc. viršijo ES vidurkį. Su hospitalizacijų skaičiumi glaudžiai susiję ir kiti du stacionarų funkcionavimo rodikliai – lovų ir ligoninių skaičius<sup>234</sup>. Dėl didelio hospitalizacijų skaičiaus būtina turėti daug stacionarų lovų, o tuo pačiu išlaikyti didelį ligoninių tinklą. Lietuvoje ligoninių skaičius 100 tūkstančių gyventojų apie 65 proc. viršija ES vidurkį, o ligoninių lovų skaičius ES vidurkį viršija 43 proc., nors per 1995–2007 metus jų sumažėjo beveik perpus.

Remiantis pateikta statistika galima padaryti išvadą, kad nuo 1995 metų, prasidėjus esminėms sveikatos sistemos ir finansavimo reformoms, ligoninių sektorius, gerino vidutinės gulėjimo trukmės ir lovos funkcionavimo rodiklius. Tačiau santykinai didelė ligoninių tinklo infrastruktūra išsilaikė didėjant hospitalizacijų apimtims.

---

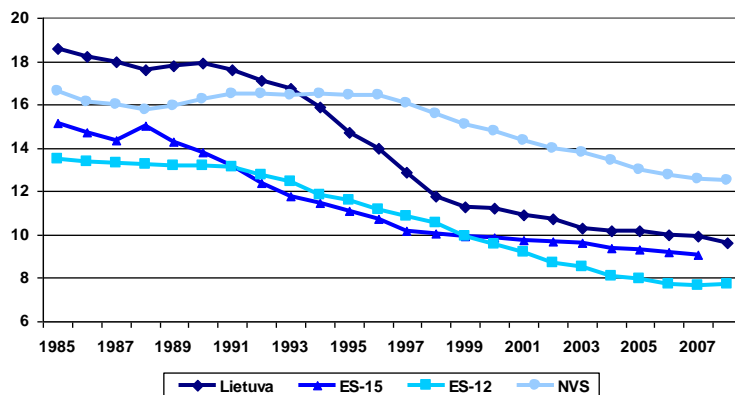
<sup>231</sup> Kai kuriose šalyse reikalaujama, kad įmonė, norinti užsiregistruoti ligoninė, turi atitikti tam tikrus reikalavimus (pvz., turėti ne mažiau, nei tam tikras lovų skaičių). (OECD, 2000. A system of Health Accounts).

<sup>232</sup> Hospitalizacijų (gydytų pacientų) skaičius; ligoninių ir lovų skaičius tenkantis tam tikram gyventojų skaičiui; vidutinė paciento gydymo trukmė stacionare; lovos apyvarta ir funkcionavimas bei letališkumas.

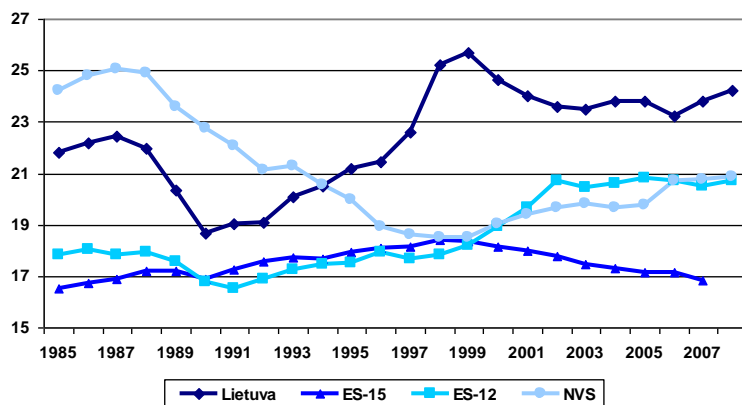
<sup>233</sup> PSO duomenys.

<sup>234</sup> PSO duomenys.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje

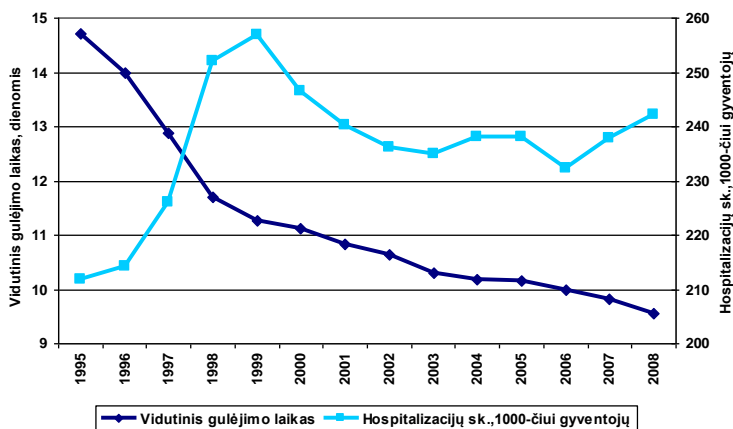


22 paveikslas. Vidutinės gydymosi stacionare trukmės dinamika Lietuvoje ir ES valstybėse  
Šaltinis. PSO duomenų bazė



23 paveikslas. Hospitalizacijų dinamika Lietuvoje ir ES valstybėse  
Šaltinis. PSO duomenų bazė

Gana svarbus ligoninių darbo efektyvumo rodiklis – letališkumas. 1995–2008 metais letališkumas Lietuvos stacionaruose išaugo apie 25 proc. Tai gali būti susiję tiek su išaugusiu bendru gyventojų mirtingumu (2000–2008 m. jis išaugo apie 9,5 proc.). 2003 metais stacionaruose mirdavo apie 39 proc. visų mirusiųjų, 2008 metais šis rodiklis išaugo iki 46,3 proc., tai rodo, kad hospitalizuojama vis daugiau pagyvenusių ir sunkiomis ligomis sergančių pacientų, taip pat auga palaikomojo gydymo paslaugų poreikis.



#### 24 paveikslas. Ligoninių veiklos rodiklių dinamika

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

Dar vienas rodiklis, iš dalies charakterizuojantis ligoninių veiklą – atliekamų operacijų skaičius. Nuo 1995 metų Lietuvoje atliekamų operacijų skaičius išaugo 66 proc. ir tapo labai artimas ES vidurkiui. Daugiau operacijų nei Lietuvoje daroma tik kai kuriose Vakarų Europos šalyse – Austrijoje, Belgijoje, Danijoje ir Suomijoje, o taip pat Vengrijoje ir Rumunijoje.

Darbo intensyvumo augimas stacionaruose turi ir neigiamų pasekmių. Trumpėjant gydymosi stacionare trukmei, didėja pakartotinių hospitalizacijų rizika, ypač tiems pacientams, kurie negauna adekvačių reabilitavimo ir slaugos paslaugų ir/arba turi prastas priežiūros sąlygas namuose. Didelis hospitalizacijų ir atliekamų operacijų skaičius gali padidinti hospitalinių infekcijų riziką. Lietuvoje hospitalinių infekcijų vaidmuo mažai nagrinėtas, nors daugelyje išsivysčiusių užsienio šalių apie tai diskutuojama kaip apie labai rimtą problemą. Tyrimai JAV, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje, kitose ES šalyse rodo, kad nuo 8 iki 12 proc. hospitalizuotų pacientų suserga dėl hospitalinių infekcijų ar patiria kitų sveikatos problemų dėl gydymosi stacionare. Remiantis ES atlikto tyrimo<sup>235</sup> duomenimis, per metus ES šalyse dėl hospitalinių infekcijų suserga apie 4,1 mln. pacientų, tiesiogiai dėl to miršta apie 37 tūkstančiai žmonių, dar apie 110 tūkstančių žmonių miršta dėl to, kad jų ligos eigai įtakos turėjo hospitalinė infekcija. Padarius prielaidą, kad mūsų ligoninėse situacija nėra blogesnė nei kitose ES šalyse ir įvertinus, kiek bendras Lietuvos žmonių mirtingumo vidurkis viršija ES mirtingumo vidurkį, galima apskaičiuoti, kad mūsų šalyje kasmet tiesiogiai dėl hospitalinių infekcijų gali mirti daugiau kaip 400 žmonių ir daugiau nei 1200 žmonių mirtis gali paskatinti hospitalinės infekcijos. Manoma, kad iki 30 proc. hospitalinių infekcijų galima išvengti. Todėl, jei Lietuvoje

<sup>235</sup> MEMO/08/788. Brussels, 15 December 2008. Questions and Answers on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections.

hospitalinių infekcijų kiekį pasisektų sumažinti bent 10 proc., tai reikštų, kad per metus nuo mirties galima būtų išgelbėti apie 150 pacientų.

Dar vienas veiksny, darantis didelę įtaką hospitalizacijų skaičiui, aptariamam 1998 metais Vokietijoje paskelbtame tyrime, kuris parodė, kad pacientų apsisprendimą gydytis stacionare daugiausiai lemia medicininės priežastys ir gydytojo rekomendacija. Atlikta analizė parodė, kad gydytojai linkę piktnaudžiauti šioje srityje. Vertinama, kad patikslinus sprendimus iki 20 procentų visų hospitalizacijų Vokietijoje galėtų būti pakeistos pigesnėmis ambulatorinėmis paslaugomis nepadarius jokios žalos pacientų sveikatai. Tyrimo autoriai atskleidžia gydytojo interesų prieštarumą, juk gydytojas sveikatos sistemoje atlieka dvi skirtingas funkcijas – gydymo paslaugų teikėjo ir specialisto, sprendžiančio, kokio gydymo pacientui reikia<sup>236</sup>.

#### *Paslaugų apmokėjimas ir stacionaro sistemos pertvarka*

Lietuvoje stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), kai pacientas gydomas pagal gydytojo siuntimą<sup>237</sup>. Pagal galiojančią siuntimų tvarką<sup>238</sup>, gydytis į stacionarą pacientai turėtų būti siunčiami iš ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos po visiško ištyrimo, kai panaudotos visos galimybės tirti ir gydyti ambulatoriškai arba iš stacionarinės ASPĮ po gydymo, jei būtina jį tęsti kitoje gydymo įstaigoje. Jeigu į stacionarinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtinosios pagalbos atvyksta apdraustasis be siuntimo ir šios įstaigos priėmimo skyriaus gydytojas specialistas nustato, kad pacientą nedelsiant reikia tirti ar gydyti stacionare, pacientas hospitalizuojamas, o gydymo paslaugos apmokamos iš PSDF. Lietuvoje už stacionare suteikiamas paslaugas pacientui oficialiai mokėti nereikia, nebent pacientas nori gauti papildomas arba brangesnes nei reikalauja gydymas paslaugas, procedūras arba, jei pacientas nori papildomų “viešbučio” patogumų. Apie priemonių įvedimą stacionaro pacientams, siekiant sumažinti hospitalizacijų skaičių, Lietuvoje diskutuojama jau gana ilgai, tačiau tai yra gana jautrus politinis klausimas, galintis turėti labai prieštarinęgą efektą, todėl kol kas tokio sprendimo nenorėjo sau priiimti nė viena Lietuvos vyriausybė.

Visose šalyse ligoninės yra ir artimiausiu metu išliks viena iš svarbiausių sveikatos sistemos dalių. Ligoninės svarbios jau vien dėl to, kad daugelyje Vakarų Europos šalių stacionarinių paslaugų finansavimui skiriama virš 50 proc. visų sveikatos lėšų<sup>239</sup>. Antra, šiose įstaigose dirba aukščiausios kvalifikacijos medikai profesionalai, naudodami naujausias gydymo ir diagnostikos technologijas, kurios būtinos teikiant brangias specializuotas ir labai specializuotas medicinos paslaugas.

---

<sup>236</sup> The Economics of Hospital Trips and Health Care Reform. By Andreas Million, Ralph Rotte, Klaus F. Zimmermann. IZA DP No. 22, September 1998.

<sup>237</sup> Išskyrus atvejus, kai norminiuose aktuose numatyta kitaip.

<sup>238</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. 329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo”.

<sup>239</sup> Lietuvoje 2008 m. stacionarinių paslaugų finansavimas, kaip procentas nuo visų išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti sudarė beveik 52 proc.



Ligoninės yra vientisos sveikatinimo sistemos dalis ir rizikinga jas pertvarkyti ar reformuoti, neįvertinus pasekmių visai sistemai. Pavyzdžiui, neefektyvu pertvarkyti tik ligoninių priėmimo skyrius neatsižvelgiant į tai, kaip veikia kiti ligoninės padaliniai, kaip funkcionuoja visa skubios pagalbos sistema – PSP ir GMP grandys, dispečerinės ar skambučių centrai, kaip veikia kitos sveikatinimo sistemos dalys – rehabilitacija, stacionarinė slauga, slauga namuose. Būtina įvertinti, kokias ir kokio sudėtingumo paslaugas turėtų teikti didesnių ir mažesnių ligoninių priėmimo skyriai. Jei didžiųjų ligoninių priėmimo skyriuose būna didelis “lengvų” ligonių srautas, iškyla pavojus, kad “sunkiems” ligoniams nebus laiku suteikiama pagalba. Tokį pavojų sumažintų lengvesnių skubios pagalbos atvejų gydymas mažesnėse gydymo įstaigose.

1990–2010 metais politikai mažai dalyvavo ligoninių valdyme, galvodami, kad ligoninių vadovai ir kiti sveikatos sistemos specialistai geriau išmano, kaip jas valdyti. Populiariu buvo manyti, kad politikai turėtų rūpintis tik tuo, kaip sveikatos sistemai gauti daugiau pinigų. Šis požiūris turėtų pradėti keistis. Siekiant sukurti modernių, galinčių tenkinti pacientų poreikius ligoninių tinklą, būtina koordinuoti ligoninių darbuotojų ir visuomenės sveikatinimo interesus. Ligoninių infrastruktūra ir jų tinklas turi atitikti visuomenės ir pacientų sveikatinimo poreikius, o ne tik paslaugų teikėjų interesus - restruktūrizuoti stacionarinių paslaugų teikimą, skatinti ambulatorinių ir PSP paslaugų plėtrą ir kt.

Koks galėtų būti optimalus ligoninės dydis priklauso nuo daugybės veiksnių – kokio tipo ligoninė, kiek gyventojų yra aptarnaujamoje teritorijoje, kokia ligoninės kaštų struktūra ir kitų. Nuostata, kad didesnės ligoninės dirba geriau ir efektyviau nėra neabejotina tiesa. Tyrimai rodo, kad ligoninė efektyviai išnaudoja savo pajėgumus, dirbama be nuostolių, kai įstaigoje yra apie 200 stacionaro lovų. Darbo efektyvumas pradeda mažėti, kai lovų skaičius viršija 620<sup>240</sup>.

Negalima vienareikšmiškai teigti, kad didelėse ligoninėse yra geresnis bendradarbiavimas tarp atskirų specialybių specialistų ir geriau panaudojama brangi įranga arba, kad didesnis teikiamų paslaugų kiekis gerina teikiamų paslaugų kokybę. Kai kurios techninės naujovės, dėl jų naudojimo brangumo, gali būti efektyviau panaudojamos koncentruojant ligonines, tačiau kitos – atvirkščiai. Pavyzdžiui, telemedicinos plėtra gali paskatinti paslaugų teikimo dekoncentraciją. Yra nemažai pavyzdžių, kai teikiamų paslaugų apimtis yra gana nedidelė, tuo tarpu paslaugos kokybė užtikrinta, o augant paslaugos apimtims, kokybė praktiškai negerėja.

Vertinama, kad geresnę paslaugų kokybę lemia ne tiek masto ekonomija, kuria remiantis skatinama ligoninių koncentracija, kiek įvairūs kiti veiksniai: individuali medikų patirtis, medikų bei slaugytojų komandos sudėtis ir darbo kartu patirtis, tinkamas personalo apmokymas, papildomos medicinos ir pagalbinės įrangos turėjimas, panaudojimas ir galimybė pasinaudoti plačiu spektru diagnostinių ir chirurginių procedūrų. Geri gydymo rezultatai gali būti pasiekti ne didinant paslaugų kiekį ar koncentruojant įstaigas, o geriau parengiant personalą ir apmokant jį dirbti efektyviai, taip pat įdiegiant medicininę praktiką (*evidence based* – angl.) paremtus diagnostikos ir gydymo procedūrų protokolus<sup>241</sup>.

---

<sup>240</sup> Hospitals in changing Europe. Edited by Martin McKee and Judith Healy. World Health Organization 2002.

<sup>241</sup> Hospitals in changing Europe. Edited by Martin McKee and Judith Healy. World Health Organization 2002.

Ligoninių vaidmuo bendruomenei yra labai svarbus ne vien dėl teikiamų medicinos paslaugų. ES pripažįstama ekonominė ligoninių svarba tuose regionuose, kuriuose yra mažos galimybės įsidarbinti. Uždarius ligonines tokiuose rajonuose, pasekmės gali paliesti ne tik medicinos personalą, bet ir vietinius paslaugų teikėjus aprūpinčius ligonines prekėmis ir paslaugomis. Be to ligoninės buvimas regione gali pritraukti papildomų investicijų, o jos reorganizavimas į slaugos įstaigą ar net uždarymas gali visiškai sužlugdyti vietinės bendruomenės viltis pagerinti ekonominę situaciją ir pakelti pragyvenimo lygį.

### Slaugos paslaugos namuose

Lietuvoje dėl mažo naujagimių skaičiaus (vienas mažiausių ES), didelio gyventojų mirtingumo (vienas didžiausių ES) ir gyventojų emigracijos kasmet mažėja gyventojų skaičius. Naujagimių skaičiaus mažėjimas taip pat daro ir darys įtaką populiacijos senėjimui. Eurostat, remdamasi mirtingumo ir migracijos rodikliais, parengė ES šalių gyventojų skaičiaus projekcijas. Pagal šiuos paskaičiavimus gyventojų skaičius Lietuvoje ir toliau mažės, 2060 metais jis gali sumažėti iki 2,54 milijono. Prognozuojama, kad 2025 metais 29,7 proc. Lietuvos gyventojų gali būti išlaikytiniais, o 2060 metais tokių bus net 65,6 proc. (5 lentelė). Tai vienas iš aukščiausių ES šalims prognozuojamų išlaikytinių procentų 2060 metams (numatomas ES–27 išlaikytinių dalies vidurkis – 53,47 proc.). Populiacijos senėjimas ir toks didelis numatomas išlaikytinių skaičius lems ne tik sveikatinimo paslaugų (tarp jų ir slaugos paslaugų) poreikio augimą, bet ir mažesnę dirbančiųjų skaičių ir surenkamą per mokesčius lėšų dalį sveikatinimo paslaugoms apmokėti.

5 lentelė. Išlaikytinių skaičius (proc.).

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Lietuva	23,18	24,02	25,98	29,7	34,71	38,83	42,81	45,96	51,13	59,06	65,65

Šaltinis: Eurostat, 2009 m.

Slaugos paslaugų namuose poreikis ateityje augs ir dėl kitų veiksnių: socialinių (šeimos narių skaičiaus mažėjimo ir patriarchalinės šeimos struktūros dominavimo nykimo), epidemiologinių (neužkrečiamųjų – chroniškų, širdies kraujagyslių, kvėpavimo takų, psichikos ligų įtakos ir jų pasekmių gydymo poreikio augimo), mokslinių ir technologinių inovacijų (medicininių ir ne medicininių). Slaugos paslaugų poreikį didins ir augantys gyventojų lūkesčiai, ir didėjančios pasirinkimo galimybės. Taip pat didelę įtaką tam daro politikos prioritetų pokyčiai. Pavyzdžiui, naujas požiūris, kad slauga namuose labiau nei slauga stacionariose gydymo įstaigose atitinka individualizuotus gyventojų poreikius ir sukuria prielaidas geresnei gyvenimo kokybei; ar vertinimas, kad visuomeninės sveikatinimo išlaidos efektyviau panaudojamos slaugant ligonius jų namuose ir kt.<sup>242</sup>

XX amžiuje slaugos ir kitas pagalbines paslaugas pagyvenusiems ir negalia turintiems asmenims daugiausiai teikdavo didelės gydymo įstaigos (dažniausiai

<sup>242</sup> Home Care in Europe. Edited by Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros, 2008.

ligoninės). Tačiau Vakarų ir Šiaurės Europos šalyse jau nuo 1960 metų pagyvenusiems asmenims ir vaikams su fizine ar psichine negalia pradėta mažinti gydymosi trukmė stacionariose įstaigose, plečiant slaugos ligoninių tinklą. Yra rezervų mažinti ir hospitalizacijų skaičių. Remiantis tyrimų duomenimis apie 20–30 proc. vyresnių nei 75 metų asmenų bendrojo pobūdžio ligoninėse hospitalizuojami tada, kai stacionarinė pagalba nėra būtina. Europos šalyse slaugos paslaugų namuose plėtra prasidėjo gana skirtingu laiku, tai priklausė ne tik nuo politinių sprendimų ar finansavimo, bet ir nuo kultūrinių tradicijų. Pietų Europos šalyse šių paslaugų plėtra prasidėjo vėliau nei Vakarų Europoje, o Rytų Europos šalyse tik po 1990 metų<sup>243</sup>.

Remiantis tarptautine sveikatos sąskaitų klasifikacija (TSSK) priežiūra namuose apima gydomąsias priežiūros namuose paslaugas, reabilitacinės priežiūros namuose paslaugas ir ilgalaikę slaugą namuose<sup>244</sup>. Priežiūrai namuose nepriskiriama medicinos prekių (farmacinių ir kt.) vartojimas ambulatoriniams ligoniams kaip privataus namų ūkio vartojimo dalis, bet įskaitomos akušerinės paslaugos namuose, dializė namuose ir pan.<sup>245</sup>. Pagal TSSK sveikatos priežiūros paslaugų namuose teikėjai priskiriami ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų grupei (pavyzdžiui, bendruomenės slaugytojos, priežiūros namuose paslaugų agentūros, slaugytojų asociacijos)<sup>246</sup>.

Slaugos namuose paslaugų teikimą įvairiose šalyse organizuoja ir formalūs, ir neformalūs<sup>247</sup> paslaugų teikėjai, tai gana dažnai priklauso nuo susiklosčiusių socialinių–ekonominių, kultūrinių tradicijų. Pavyzdžiui, daugelyje Pietų Europos šalių, formali slauga namuose nėra plačiai paplitusi, dominuoja neformali slauga. Šiaurės Europos šalyse formali slauga išplitusi gana plačiai ir ne vien tik dėl finansinio šalių pajėgumo apmokėti tokias paslaugas, bet ir dėl pagyvenusių asmenų pageidavimo, kad slaugos paslaugas teiktų apmokami slaugos darbuotojai, o ne artimi giminės<sup>248</sup>.

Neformalūs slaugos paslaugų namuose teikėjai tebėra pagrindiniai šių paslaugų teikėjai net išsivysčiusiose ES šalyse. Akivaizdu, kad jokia profesionali, formali slaugos sistema, negalės patenkinti visų pacientų ilgalaikės slaugos poreikių, bet techninėms slaugos paslaugų teikimo galimybėms<sup>249</sup> darantis vis sudėtingesnėmis neformaliosios slaugos santykinis svoris, tikėtina, mažės.

<sup>243</sup> Home Care in Europe. Edited by Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros, 2008.

<sup>244</sup> *Gydomosios priežiūros namuose paslaugos* apima visas paslaugas, teikiamas pacientams namuose: lankymąsi namuose teikti gydomąją priežiūrą, įskaitant bendrosios praktikos gydytojų atliekamas diagnostines procedūras; specializuotas paslaugas, pvz.: namų dializę; akušerines paslaugas; telematines paslaugas. *Reabilitacinės priežiūros namuose paslaugos* apima paslaugas, teikiamas pacientams namuose reabilitacinės priežiūros epizodo metu. *Ilgalaikė slauga (priežiūra) namuose* apima tęstinę pacientų priežiūrą (slaugą), kuriems dėl lėtinio pablogėjimo ir sumažėjusio savarankiškumo bei kasdienio veiksmo nuolat reikalinga pagalba. (OECD, 2000. A system of Health Accounts.)

<sup>245</sup> OECD, 2000. A system of Health Accounts.

<sup>246</sup> OECD, 2000. A system of Health Accounts.

<sup>247</sup> Neformalūs paslaugų teikėjai, dažniausiai šeimos nariai, draugai ar kaimynai. Paprastai šie asmenys teikia nemokamas slaugos paslaugas namuose.

<sup>248</sup> Home Care in Europe. Edited by Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros, 2008.

<sup>249</sup> Distancinio valdymo diagnostinė įranga (pav., širdies ritmo ir cukraus kiekio kraujyje monitoriai), portatyvi gydomoji (dializė) ir vaistų ar deguonies padavimo įranga (Home Care in Europe.. Edited by Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros, 2008.)

ES valstybėse gerokai skiriasi slaugos namuose teikimas – finansavimo šaltiniai (visuomeniniai, privatūs), išteklių paskirstymas, paslaugų prieinamumas ir kokybė, išlaidų kompensavimo mechanizmai. Pavyzdžiui, Belgijoje, Prancūzijoje, Italijoje, Portugalijoje, Ispanijoje ir Jungtinėje Karalystėje, „medicininė“ slaugos paslaugų namuose dalis finansuojama iš sveikatos sistemos lėšų, o „socialinė“ paslaugų dalis iš socialinės sistemos biudžeto. Kitose šalyse – Danijoje, Suomijoje, Švedijoje – slaugos ir globos namuose paslaugos finansuojamos iš vieno šaltinio – savivaldybių biudžetų. Vokietijoje ir Nyderlanduose slauga ir globa namuose taip pat apmokama iš vieno šaltinio – socialinio draudimo sistemos. Be to, nemaža paslaugų dalis gali būti apmokama savanoriškai arba labdaros lėšomis.

Kai kuriose Europos šalyse (pavyzdžiui, Vokietijoje) siekiant sumažinti pacientų, kuriems reikia ilgalaikės slaugos pagalbos paslaugų, priklausomybę nuo socialinės pagalbos sistemos, jiems suteikiama galimybė pasirinkti – ar gauti pinigines išmokas, ar išmokas natūra, arba šių išmokų derinį. Be to, atsirandanti apmokėjimo už neformalias slaugos paslaugas galimybė pradeda ištrinti ribas tarp formalaus ir neformalaus slaugos paslaugų teikimo. Pavyzdžiui, Nyderlanduose, pacientas gali gauti apmokėjimą už artimųjų suteikiamas slaugos paslaugas, o Austrijoje, Graikijoje ir Italijoje išmokos pinigais už slaugą namuose naudojamos apmokėti net neoficialių slaugos darbuotojų paslaugoms<sup>250</sup>.

Lietuvoje vyrauja neformali slauga (kurios apimtis iki šiol nėra tiksliai įvertinta) ir institucinė slauga gydymo įstaigose, o licencijuotų ASP įstaigų teikiama slauga namuose dar tik formuojasi ir tai netapo masiniu reiškiniu. Įgyvendinant Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategiją<sup>251</sup>, slauga paciento namuose plėtota tęsiant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimą. 2007 metais Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintas slaugos paslaugų teikimo ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose reikalavimų aprašas<sup>252</sup>. Šiuo įsakymu Lietuvoje slaugos paslaugos namuose apibrėžiamos, kaip asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kai paslaugos yra teikiamos pacientų namuose, siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą, tęstinumą, tenkinant paciento slaugos poreikius namų sąlygomis ir skatinant pacientą rūpintis savimi<sup>253</sup>.

Slaugos paslaugų namuose teikimą organizuoja ASPĮ vadovas, suderinęs su savivaldybės gydytoju, atsižvelgiant į prie PSP paslaugas teikiančios įstaigos prisirašiusių gyventojų skaičių ir į paslaugų gavėjų slaugos poreikius pagal nustatytus normatyvus. Mieste vienas bendruomenės slaugytojas aptarnauja 15–20, o kaimiškose vietovėse 10–15 paslaugų gavėjų, turinčių specialiųjų nuolatinės slaugos poreikių.

2008 metais Lietuvoje įteisintas savarankiškas slaugytojų (bendruomenės ar bendrosios praktikos slaugytojų), turinčių galiojančią slaugos praktikos licenciją,

---

<sup>250</sup> Home Care in Europe. Edited by Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros, 2008.

<sup>251</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 patvirtinta Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija.

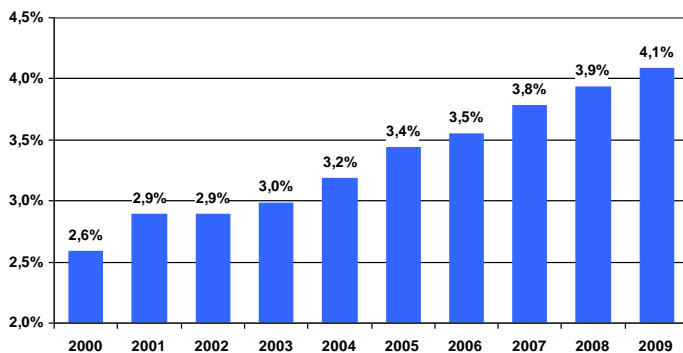
<sup>252</sup> Šios paslaugos pradėtos teikti nuo 2008 m. gegužės.

<sup>253</sup> Slaugos namuose paslaugų lygiai pagal savarankiškumą: I – savarankiškai atlieka slaugytojas, paskyrus gydytojui; II – savarankiškai atlieka slaugytojas, kontroliuojant gydytojui; III – savarankiškai atlieka slaugytojas, arba IV – atlieka slaugytojas padedant kartu socialiniam darbuotojui ar jo padėjėjui ar paciento artimiesiems.

darbas pacientų namuose. Slaugos paslaugos namuose teikiamos savarankiškai pagal bendruomenės ar bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normoje nustatytą kompetenciją, atsižvelgiant į šeimos gydytojo (gydančio gydytojo) rekomendacijas, bendradarbiaujant ir dirbant komandoje su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais, socialiniais darbuotojais, jų padėjėjais ir kitų sričių specialistais.

Lietuvoje slaugos paslaugas namuose gauna asmenys (apie 30 tūkstančių), kuriems teisės aktų nustatyta tvarka yra patvirtintas specialusis nuolatinės slaugos poreikis. Už slaugos paslaugų teikimą ir kokybę atsako asmens sveikatos priežiūros įstaiga, sudariusi sutartį su teritorine ligonių kasa dėl slaugos paslaugų teikimo tam tikroje vietovėje pagal jų veiklos zonoje prie PSP įstaigų prisirašiusių gyventojų skaičių. Be to, slaugos paslaugos namuose gali būti remiamos iš savivaldybių biudžeto lėšų, o pacientai ar jų įgalioti atstovai dėl papildomų slaugos paslaugų namuose teikimo ir apmokėjimo gali sudaryti sutartį su ASPĮ.

Iš PSDF finansuojamos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidos (tarp kurių vyrauja institucinė slauga) per 2000–2009 metus išaugo apie 3,4 karto ir 2009 metais jos viršijo 121 mln. litų. Per tą patį laikotarpį procentinė slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidų dalis nuo PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti taip pat išaugo – nuo 2,6 proc. (2000 m.) iki beveik 4,1 proc. (2009 m.) (25 paveikslas).

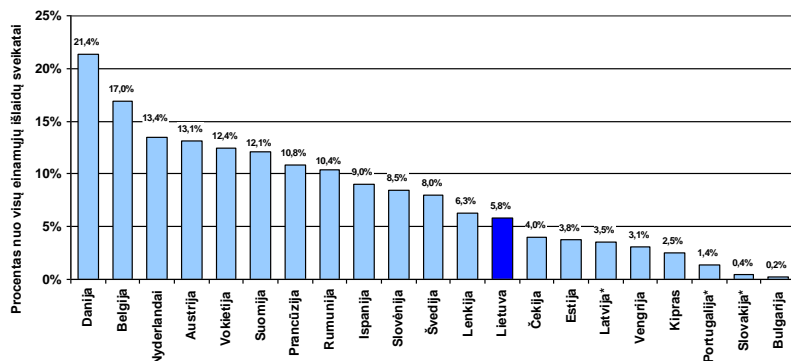


**25 paveikslas. PSDF išlaidų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti dinamika**  
Šaltinis. Valstybinės ligonių kasos duomenų bazė

Pasaulinė sveikatos organizacija nepateikia informacijos apie slaugos namuose išlaidų apimtį Europos šalyse, o Eurostat pateikia tik nedaugelio šalių duomenis. Ilgalaiškės slaugos paslaugų<sup>254</sup> finansavimo skirtumai Europoje įspūdingi. Turtingosios Europos šalys slaugai skiria daug didesnę sveikatos išlaidų procentą nei Vidurio ir Rytų Europos šalys (26 paveikslas). 2007 metais Lietuvoje išlaidos ilgalaikiai slaugai (pagal visus finansavimo šaltinius), kaip procentas nuo visų

<sup>254</sup> Pagal TSSK ilgalaikė slauga apima: stacionarią ilgalaikę slaugą, ilgalaikę slaugą dieną, ilgalaikę slaugą namuose. Neįskaitomos gydymosi ir rehabilitacijos paslaugos namuose.

einamųjų išlaidų sveikatai siekė – 5,8 proc. (2004 m. – 3,55 proc.) arba – du kartus mažiau nei daugumoje senųjų ES šalių.



\* – 2006 m. duomenys.

**26 paveikslas. Išlaidų ilgalaikiai slaugai ES valstybėse, kaip procento nuo visų einamųjų išlaidų sveikatai, palyginimas**

Šaltinis. Eurostat

Efektyvios ir vieningos slaugos ir globos paslaugų teikimo sistemos plėtra<sup>255</sup> Lietuvoje galėtų padėti išspręsti tokias problemas kaip prasta koordinacija tarp slaugos paslaugas teikiančių institucijų ir stacionarų, žmogiškųjų išteklių trūkumas<sup>256</sup>, nebūtinos hospitalizacijos, kartotinių diagnostinių tyrimų ir procedūrų teikimas, pavėluotai suteikiamos reabilitacijos paslaugos ir kt.

### Vidaus reikalų, Krašto apsaugos ir Teisingumo ministerijoms pavaldžios sveikatinimo įstaigos

Valstybės laiduojamai (nemokamai) sveikatos priežiūrai priskiriama ir Lietuvos Respublikos karių asmens sveikatos priežiūra, papildomai per programas remiama policijos ir kitų vidaus reikalų pareigūnų asmens sveikatos priežiūra, teismo ar teisėsaugos institucijų sulaikytų asmenų, kardomojo kalnimo vietose esančių asmenų bei nuteistųjų asmens sveikatos priežiūra<sup>257</sup>. Šioms asmenų grupėms sveikatos priežiūros paslaugas paprastai teikia valstybės turto ir biudžeto lėšų pagrindu įsteigtos ir išlaikomos uždarnosios biudžetinės įstaigos<sup>258</sup>.

<sup>255</sup> Lietuvoje slaugos paslaugų namuose teikimas taip pat mėginamas derinti su socialinių paslaugų teikimu, vadovaujantis Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-558/A1-183 (Žin., 2007, Nr. 76-3029).

<sup>256</sup> Ypač suteikiant pagalbą išrašytiems iš stacionarų pacientams.

<sup>257</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552.

<sup>258</sup> Uždarnosios biudžetinės įstaigos gali būti steigiamos tik tikrosios tarnybos karių ir kariūnų, asmenų, esančių laisvės atėmimo ir kardomojo kalnimo vietose, policijos areštinėse, skirstymo punktuose, psichikos ligonių, padariusių visuomenei pavojingą veiką ir pripažintų nepakaltinamais, nelegalių imigrantų asmens sveikatos priežiūrai. Šios įstaigos taip pat vykdo visuomenės sveikatos priežiūros

Vidaus reikalų ministerijos, Krašto apsaugos ministerijos ir Teisingumo ministerijos specialiajai kompetencijai priskiriamą sveikatos priežiūros veiklą įgyvendina ir kontroliuoja Valstybinė sveikatos priežiūros tarnyba prie Vidaus reikalų ministerijos<sup>259</sup>, Lietuvos kariuomenės karo medicinos tarnyba<sup>260</sup>, Kalėjų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos sveikatos priežiūros tarnyba, laisvės atėmimo vietų sveikatos priežiūros įstaigos ir Kalėjų departamentui prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos pavaldžių laisvės atėmimo vietų sveikatos priežiūros tarnybos<sup>261</sup>.

Valstybinė sveikatos priežiūros tarnyba prie VRM rūpinasi vidaus reikalų sistemos statutinių valstybės tarnautojų fizine ir psichine sveikata. Valstybės remiama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra yra integruota pareigūno socialinės apsaugos dalis. Lietuvos kariuomenės karo medicinos tarnybai pavaldžios gydymo įstaigos teikia pirminės ir antrinės specializuotos pagalbos paslaugas kariams, užtikrina medicininę paramą kariuomenės padaliniais ne tik Lietuvoje, bet ir už jos ribų (tarptautinėse operacijose), padeda valstybės ir savivaldybių institucijoms ekstremalių situacijų atvejais. Svarbiausi Kalėjų departamento sveikatos skyriaus uždaviniai – organizuoti, kontroliuoti ir užtikrinti, kad Kalėjų departamentui pavaldžių įstaigų, sveikatos priežiūros padalinių ir Laisvės atėmimo vietų ligoninės suimtiesiems ir nuteistiesiems teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų tapačios teikiamoms visai visuomenei ir užtikrinti infekcinių ligų profilaktikos ir narkomanijos prevencijos priemonių įgyvendinimą.

Uždarųjų biudžetinių ASP įstaigų finansavimas nepriklauso nuo suteiktų paslaugų kiekio, skirtingai nei iš PSDF finansuojamų sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis ligonių kasos sudaro paslaugų teikimo sutartis. Uždarųjų biudžetinių API finansavimo apimties atitikimo suteiktam paslaugų kiekiui principai liko beveik tokie patys, kokie buvo 1990 metais. Lietuvoje lygiagrečiai veikia dvi sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo sistemos: sistema, kai apmokama už suteiktas paslaugas, t. y. darbo produktyvumas skatinamas (iš PSDF finansuojamos įstaigos) ir sistema, kurioje įstaigos pajamos nesiejamos su produktyvumu (uždarosios biudžetinės įstaigos). Turime galimybę palyginti šių skirtingų valdymo modelių rezultatyvumą.

---

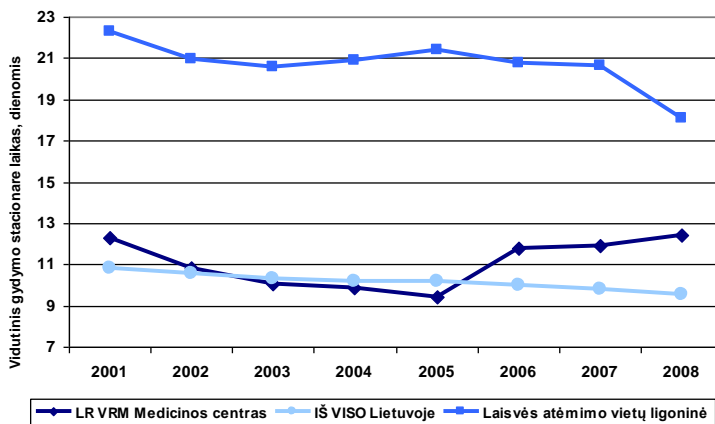
priemonės, įrašytas į Vidaus reikalų ministerijos ar Krašto apsaugos ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą. (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367.)

<sup>259</sup> Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos pavaldume yra VRM Medicinos centras, SPT prie LR VRM respublikinė Vilniaus poliklinika, SPT prie VRM Trakų medicininės reabilitacijos centras.

<sup>260</sup> KAM pavaldume yra antrinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys Karo medicinos centras Kaune ir Karių reabilitacijos centras Druskininkuose, šeši Pirminės karių sveikatos priežiūros centrai ir jų filialai, medicininės paramos vienetai, teikiantys medicininę paramą Sausumos, Karinių oro, Karinių jūrų pajėgų padaliniais.

<sup>261</sup> Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552.

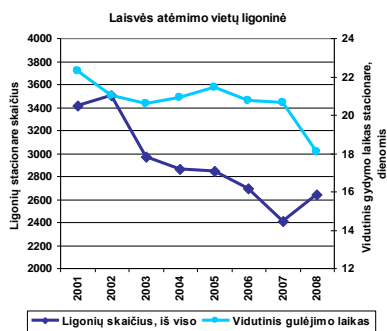
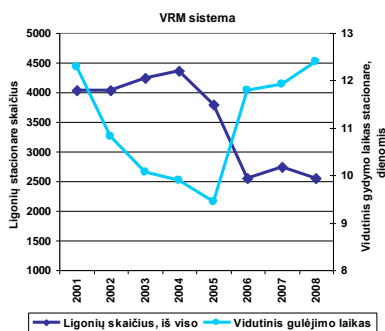
## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



### 27 paveikslas. Vidutinio gydymosi laiko ligojinėse dinamika

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

Lietuvoje per 2001–2008 metus vidutinė gydymo trukmė stacionare sumažėjo nuo 10,8 iki 9,55 dienos, o VRM Medicinos centre tas pats rodiklis visą laiką svyravo apie 12,5 dienas. Per tą patį laikotarpį vidutinė gydymo trukmė laisvės atėmimo vietų ligojinėje sumažėjo 19 proc., bet vis tiek beveik du kartus viršija Lietuvos vidurkį (27 paveikslas).



### 28–29 paveikslai. VRM ir laisvės atėmimo vietų ligojinių veiklos rodiklių dinamika.

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

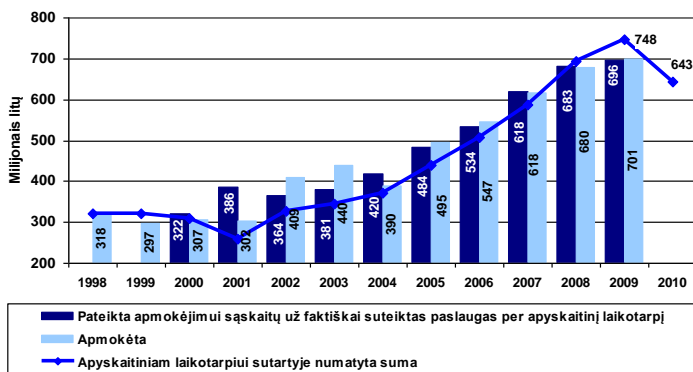
Įvairiose šalyse įstaigų, teikiančių gydymo paslaugas specialioms asmenų grupėms (kariškiams, tvarkos palaikymo tarnybų darbuotojams, kaliniams), darbas organizuojamas skirtingai. Tokios įstaigos gali būti uždaros arba integruotos į nacionalines sveikatos priežiūros sistemas. Yra daug argumentų “už” ir “prieš” – ir mediciniui (pavyzdžiui, laisvės atėmimo vietų ligojinėje yra labai didelis



hospitalizacijų dėl susirgimų tuberkulioze skaičius), ir etinių, ir susijusių su asmenų saugumu – dėl vieno ar kito modelio taikymo pagrįstumo. Tačiau, remiantis šių įstaigų veiklos statistika, tikėtina, kad uždarytų ASP įstaigų išlaikymo kaštai yra aukštesni nei būtų, jeigu jos būtų finansuojamos iš PSDF už suteiktas paslaugas.

## Farmacija ir medicinos prekės

PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti 2000–2001 metais sparčiai augo, 2002–2004 metais – mažai keitėsi ir 2005–2008 metais vėl pradėjo sparčiai augti (30 paveikslas). Per 2000–2009 metus PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti išaugo apie 2,3 karto, tačiau procentinė visų PSDF išlaidų dalis šiam tikslui ne tik neišaugo, bet 2008 metais buvo nukritusi iki 15,7 proc., t. y. iki žemiausio per visą vaistų kompensavimo iš PSDF laikotarpį finansavimo lygio. 2009 metais išlaidų kompensavimo procentas išaugo iki 16,4 proc. ir priartėjo prie 2007 metais buvusio lygio. 2003 metais išlaidos vaistams (apmokėta iš PSDF) viršijo 22 proc. visų PSDF išlaidų<sup>262</sup> (31 paveikslas). Lyginant bendrąsias PSDF išlaidas ir išlaidas vaistams (pateikta apmokėti sąskaitų už faktiškai parduotus vaistus per apyskaitinį laikotarpį) matome, kad į finansavimo problemas išlaidų vaistams dinamika praeitame dešimtmetyje reagavo gerokai vėluodama.



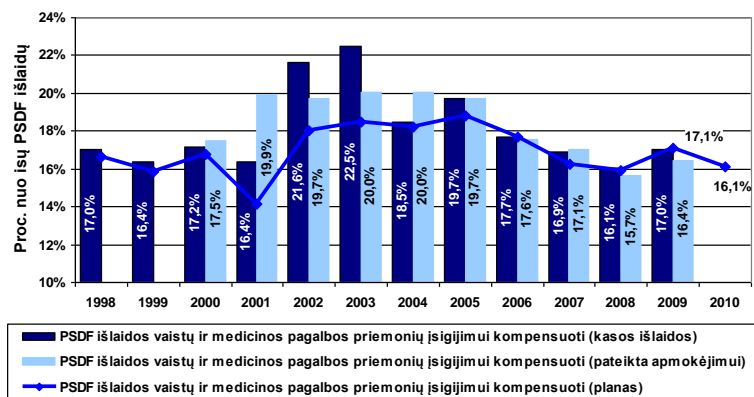
### 30 paveikslas. PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti dinamika

Šaltinis. Valstybinės ligonių kasos duomenų bazė

PSDF išlaidos pradėjo mažėti jau 1999 metais, o išlaidos vaistams absoliučia išraiška augo iki 2001 metų. Šis augimas buvo gana prieštaringas, nes ligonių kasos dėl bendro finansavimo mažėjimo buvo priverstos mažinti mokėjimą vaistinėms. Dėl šio neatitikimo augo PSDF įsiskolinimas farmacijos sektoriui ir 2002 metais

<sup>262</sup> Reikėtų atkreipti dėmesį ir į tai, kad, daugiausiai kompensuojamųjų vaistų gyventojai įsigyja tuose rajonuose, kur yra didžiausias dirbančių gydytojų skaičius.

Lietuvoje susiformavo reali grėsmė, kad vaistinės nustos tiekti kompensuojamuosius vaistus. Remiantis oficialiai pateikiama statistika<sup>263</sup>, 2000–2001 metais ypač išaugo išlaidos receptiniams vaistams – nuo 438 mln. litų 2000 metais iki 632 mln. litų 2001 metais, t. y., daugiau nei 44 proc. 2002–2005 metais išlaidos vaistams kito beveik proporcingai bendrosioms PSDF išlaidoms, o nuo 2006 metų augo gerokai lėčiau nei pastarosios. Skirtinga išlaidų vaistams ir bendrųjų PSDF išlaidų dinamika lėmė išlaidų vaistams lyginamojo svorio bendrose PSDF išlaidose svyravimą.



### 31 paveikslas. PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti dinamika

Šaltinis. Valstybinės ligonių kasos duomenų bazė

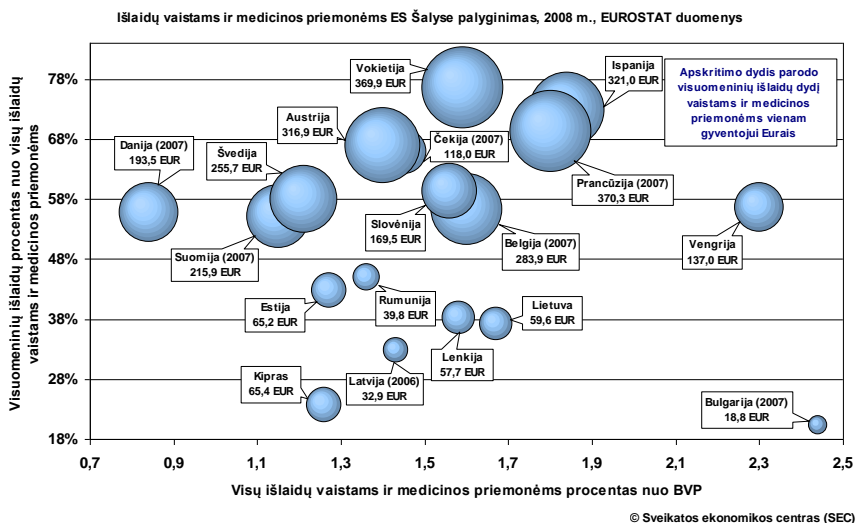
Pagal Eurostat pateikiamus duomenis 2008 metais visuomeninės išlaidos vaistams vienam Lietuvos gyventojui siekė 59,6 Euro ir buvo daugiau nei 6 kartus mažesnės nei Prancūzijoje ar Vokietijoje ir 3,6 karto mažesnės nei Suomijoje (Suomijos duomenys – 2007 m.).

Tačiau, palyginti su senosiomis ES šalimis, Lietuvoje kaip ir kai kuriose kitose naujosiose ES šalyse (Bulgarijoje, Vengrijoje, Slovakijoje) vaistams yra išleidžiama santykinai didesnis procentas šalies BVP, kadangi vaistų kainos bendroje ES šalių rinkoje yra panašios. Pagal Eurostat skaičiavimus, 2006 metais vaistų kainos Lietuvoje siekė apie 70 proc. ES šalių vaistų kainų vidurkio<sup>264</sup>.

2000–2005 metais palyginti stabilus visų sveikatos priežiūrai skiriamų (visuomeninių ir privačių) išlaidų nuo BVP procentas išsilaikė iš esmės dėl privačių išlaidų vaistams augimo.

<sup>263</sup> Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. LITHUANIA, October 2007.

<sup>264</sup> Pharmaceutical products – comparative price levels in 33 European countries in 2005, EUROSTAT.



### 32 paveikslas. ES šalių išlaidų vaistams palyginimas

Šaltinis. Eurostat

Remiantis 2008 metų duomenimis Lietuvos Vaistų registre buvo 4067 vaistiniai preparatai, tarp jų – 3078 receptiniai vaistai ir 1501 kompensuojamas iš PSDF vaistas. Vaistai gali būti kompensuojami: 100 proc., 90 proc., 80 proc., 50 proc. nuo bazinės vaisto kainos priklausomai nuo ligos sunkumo. 100 proc. kompensacija vaistams dėl socialinių priežasčių taikoma tik vaikams iki 18 metų ir neįgaliems asmenims<sup>265</sup>.

Lietuvoje parduodamų generinių<sup>266</sup> vaistų dalis sudaro apie 17–20 proc. visų kompensuojamųjų vaistų išlaidų. Pagal parduodamų vaistų apimtį generikai sudaro apie 50 proc. visų išrašomųjų kompensuojamųjų vaistų<sup>267</sup>.

Plačiau apie vaistų kainas ir vaistų kompensavimo politiką aprašoma šios knygos skyriuje “Sveikatos sistemos finansavimas. Medicininių paslaugų ir prekių rinkos”.

<sup>265</sup> Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. LITHUANIA, September 2008.

<sup>266</sup> Patentinei apsaugai pasibaigus, vaistai įvardijami kaip generiniai ir juos gali gaminti bet kuris farmacinių produktų gamintojas. Generinių vaistų gamybos kaštų struktūra iš esmės skiriasi nuo patentinių preparatų gamybos kaštų struktūros, nes beveik nereikia skirti lėšų moksliniams tyrimams, o išlaidos gamybai dėl visišškai suderintų gamybos technologijų dažniausiai yra mažesnės nei gaminant patentinius preparatus. Vertinama, kad generinių preparatų gamintojų kaštai siekia apie 40 procentų patentinio preparato gamybos kaštų.

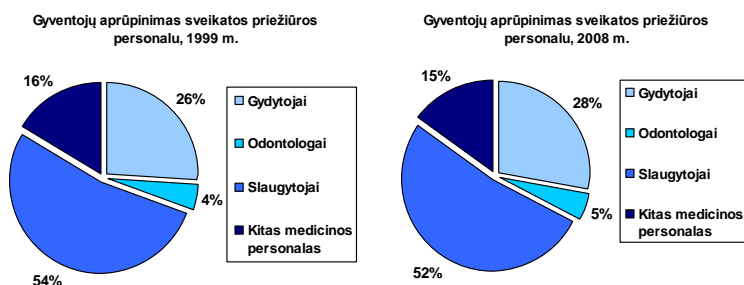
<sup>267</sup> Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. LITHUANIA, September 2008.

## Sveikatinimo sistemos išteklių

### Medicinos ir kitas sveikatos sistemos personalas

Darbuotojai yra pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos išteklius. Tačiau, iš kitos pusės, vertinama, kad pasaulyje apie 60 proc. visų sveikatinimo kaštų sudaro medicinos ir kito sveikatos sistemoje dirbančio personalo išlaidos. Daugelyje šalių stengiamasi riboti išlaidas vaistams, investicijoms į sveikatos sistemos infrastruktūrą ar įrangą. Tačiau retoje šalyje yra surasti būdai, kaip optimizuoti išlaidas skirtas medicinos personalui, kad “būtinas reikiamų specialybių sveikatos sistemos darbuotojų skaičius būtų reikiamoje sistemos vietoje”<sup>268</sup>.

Pagal Sveikatos informacijos centro (SIC) duomenis 2008 metais Lietuvoje dirbo beveik 47,8 tūkst. (1999 m. – 55,5 tūkst.) sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys darbuotojai<sup>269</sup> (įskaitant: gydytojus, slaugos specialistus, fizinės medicinos ir reabilitacijos, burnos priežiūros, laboratorinės diagnostikos specialistus, dietistus ir kitus aukštesnįjį medicinos išsilavinimą turinčius specialistus). 2008 metais buvo beveik 46,4 tūkst. praktikuojančio medicinos personalo.



### 33–34 paveikslai. Gyventojų aprūpinimas sveikatos priežiūros personalu 1999 ir 2008 m.

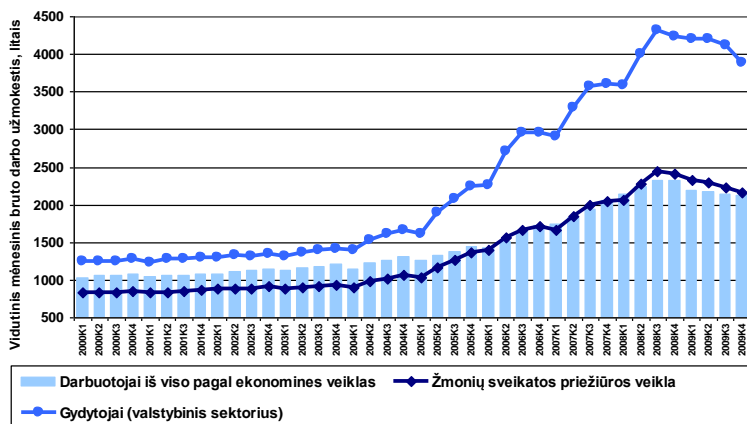
Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

Nors bendras personalo skaičius per 1999–2008 metus sumažėjo apie 14 proc., tačiau procentinė personalo struktūra pagal specialybes reformų laikotarpiu smarkiai nesikeitė. Vienintelis esminis pasikeitimas – tai 2000 metais iš statistinės apskaitos išnykusi felčerių kategorija. 2008 metais apie 52 proc. viso medicinos personalo sudarė slaugytojai, gydytojai – 28 proc. ir nuo 2000 iki 2009 metų gydytojų skaičius sumažėjo tik apie 6 proc. Gydytojai nėra gausiausia medicinos darbuotojų grupė, tačiau daugumoje Vakarų Europos valstybių gydytojų darbo analizei skiriamas

<sup>268</sup> Nina Bhatia, David Meredith, and Farhad Riahi, MD. Managing the clinical workforce. McKinsey Quarterly, December 2009.

<sup>269</sup> Ekonomiškai aktyvus sveikatos personalas – specialistai, dirbantys sveikatos priežiūros, sveikatos mokslo, mokymo ir valdymo srityje. (Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.)

pagrindinis dėmesys. Taip yra ne tik dėl išskirtinės gydytojų darbo reikšmės gydymo procese, bet ir dėl to, kad gydytojų pajamos sudaro didžiąją dalį darbo jėgos kaštų.



### 35 paveikslas. Bruto atlyginimo pagal ketvirčius dinamika

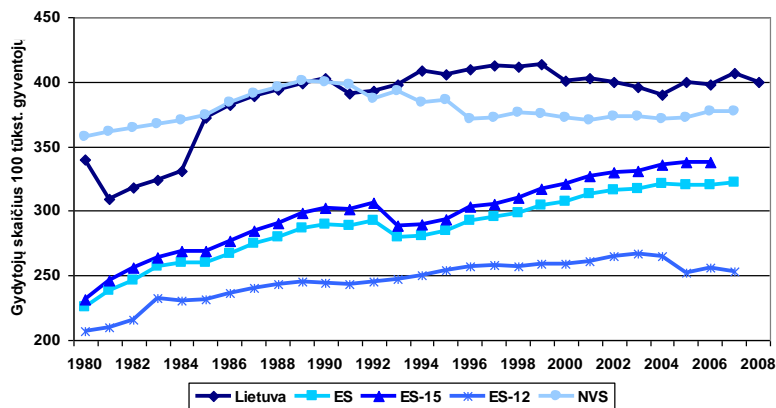
Šaltinis. Statistikos departamentas

Ketvirtojo 2009 metų ketvirčio duomenimis<sup>270</sup> dirbančiųjų sveikatos priežiūros srityje (valstybės sektoriuje) atlyginimo vidurkis bruto siekė 2165,9 Lt (2,2 proc. viršijo šalies vidurkį), o gydytojų – 3879,5 Lt (nors, palyginti su 2008 m. pabaiga, jis sumažėjo, bet Lietuvos vidurkį vis tiek viršijo 1,83 karto). Vidutinis gydytojų atlyginimas per 2000–2009 metus išaugo 3,13 karto, o bendras Lietuvos uždarbio vidurkis bruto – tik 2,06 karto. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2009 metų pabaigoje Lietuvoje daugiau už gydytojus uždirbo tik dirbantieji piniginių tarpininkavimo sektoriuje.

Bendrojo gydytojų (be odontologų) skaičiaus dinamika per pastaruosius tris dešimtmečius rodo, kad iki 1990 metų Lietuvoje gydytojų skaičius sparčiai didėjo. Iki 1990 metų gydytojų skaičiaus augimo tempas ES šalyse beveik atitiko tempą NVS šalyse, o Vidurio ir Rytų Europos (VRE) šalyse šis augimo tempas buvo žymiai mažesnis. 1990 metais Lietuvoje vienam gyventojui teko 64 proc. daugiau gydytojų nei VRE ir 1,39 karto daugiau nei ES valstybėse. Po 1990 metų Lietuvoje gydytojų skaičius stabilizavosi ir 2000–2004 metais šiek tiek mažėjo, tuo tarpu ES valstybėse – augo. Nors gydytojų, tenkančių 100 tūkst. šalies gyventojų, skaičiaus skirtumas Lietuvoje ir senosiose ES šalyse mažėja, tačiau artimiausiu metu Lietuva tebebus viena iš daugiausia gydytojų turinčių valstybių. 2008 metais Lietuvoje gydytojų skaičius ES vidurkį viršijo 24 proc. Ši santykinė gydytojų gausa rodo, kad gydytojų skaičiaus didinimas nėra ir artimiausiu metu nebus (jei žymiai neišsaug medicinos personalo emigracija į užsienį) prioritetiniu sveikatos priežiūros plėtros

<sup>270</sup> Statistikos departamentas. Informacija. Darbo užmokestis ketvirtąjį 2009 m. ketvirtį.

uždaviniu. Pokario Lietuvai būdingą gydytojų trūkumo problemą pakeitė profesinės gydytojų kvalifikacijos kėlimo problema.



36 paveikslas. Gydytojų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų ES šalyse dinamika

Šaltinis. PSO duomenų bazė

Nors deklaruojama, kad pertvarkomas Lietuvos gydytojų pasiskirstymas pagal specializacijos sritis, tačiau realūs struktūriniai pokyčiai vyksta gana lėtai. (Žr. 6 lentelę).

6. lentelė. Gydytojų skaičius 1999–2008 m.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gydytojų skaičius	14543	14019	14031	13856	13682	13397	13650	13510	13729	13403	13228
Šeimos (bendroji) gydytojo praktika	504	692	897	1150	1500	1665	1730	1794	1844	1822	1838
Vidaus ligos	4188	3892	3744	3431	3461	3234	3127	3151	3076	3105	3015
Vaikų ligos	1767	1740	1636	1516	1448	1341	1316	1270	1249	1255	1194
Chirurgija	836	816	826	805	854	846	830	864	867	857	838
Anesteziologija	531	551	562	561	573	589	609	600	647	664	677
Akušerija ginekologija	846	834	810	792	795	778	777	801	777	744	716
10 000 gyventojų tenka gydytojų	41,41	40,2	40,37	40,02	39,71	39,11	40,11	39,91	40,78	40,01	39,74

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras, Statistikos departamentas, PSO duomenų bazė

Apie mėginimus šalyje sukurti nacionalines nuostatas dėl optimalaus gydytojų skaičiaus ir gaires, kaip tą skaičių keisti ir reguliuoti, plačiau pasiskaityti galima

leidinyje “Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste”<sup>271</sup>, taip pat kituose dokumentuose<sup>272</sup> ir tyrimuose<sup>273</sup>.

Pastebėtina, kad per 2000–2008 metus daugiau nei 7 proc. išaugo gydytojų etatų skaičius, tuo tarpu gydytojų skaičius beveik nepasikeitė. Tai yra per minėtą laikotarpį išaugo vienam gydytojui tenkantis etatų skaičius – nuo 1,2 etato (2000 m.) iki 1,33 etato (2008 m.). Remiantis statistiniais PSO duomenimis, tai pats aukščiausias rodiklis ES (iš tų šalių kurios pateikia informaciją apie gydytojų etatų skaičių).

2008 metais daugiausiai etatų teko vienam vaikų chirurgui (1,84 etato), radiologui (1,75 etato), ortopedui–traumatologui (1,72 etato), chirurgui (1,68 etato), anesteziologui (1,66 etato) ir akušeriui–ginekologui (1,62 etato)<sup>274</sup>. Pateikta statistika rodo, kad daugiausiai išaugo specializuotas chirurgines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų užimamų etatų skaičius – palyginus 2000 ir 2008 metų duomenis matyti, kad su chirurgija susijusių specialybių gydytojų užimamų etatų skaičius padidėjo daugiau nei 460 etatų. Per tą patį laikotarpį chirurginių operacijų skaičius (įskaitant dienos chirurgijos operacijas) išaugo tik apie 15 proc. Tikėtina, kad etatų skaičiaus augimas buvo susijęs ne tik su išaugusiu paslaugų poreikiu<sup>275</sup>.

Gydytojų skaičiaus problemas nagrinėjant jų darbo paklausos požiūriu, pastaraisiais metais pastebimos šios tendencijos:

- auga gydytojų specialistų poreikis rajonuose;
- išaugo paklausa kitose medicinos sektoriaus dalyse (pvz., turintiesiems gydytojo diplomą kuriamos darbo vietos farmacijos ir valstybinio valdymo sektoriuose);
- gydytojų emigracija.

Atsiradusios papildomos įsidarbinimo galimybės ir tai, kad gydymo sektoriuje specialistų poreikis beveik nesikeitė, lėmė, kad reformų pradžioje buvusios pesimistinės gydytojų užimtumo prognozės (galima bedarbystė) nepasitvirtino.

Bendrojo slaugytojų skaičiaus dinamika per pastaruosius tris dešimtmečius rodo, kad Lietuvoje iki 1990 metų slaugytojų skaičius sparčiai didėjo. 1990 metais Lietuvoje vienam gyventojui teko beveik tiek pat slaugytojų kiek NVS šalyse (buvusioje TSRS) ir beveik 70 proc. daugiau nei vidutiniškai ES. Po 1990 metų Lietuvoje slaugytojų skaičius stabilizavosi ir nuo 1999 metų pradėjo mažėti, tuo tarpu ES valstybėse – augo.

---

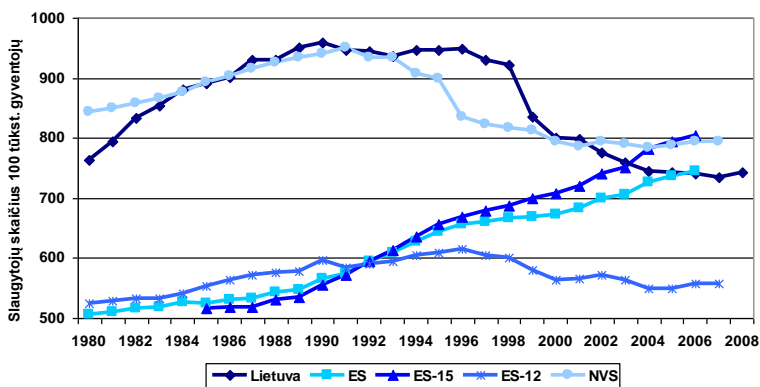
<sup>271</sup> Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste”. – Vilnius : Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

<sup>272</sup> Virbalis R. Rekomendacijos dėl gydytojų skaičiaus ir pasiskirstymo pagal specialybes reguliavimo būdų, įgyvendinant pirminės sveikatos priežiūros reformą. Darbo grupės ataskaita LR Sveikatos apsaugos ministerijai. – Vilnius, 1995. 2. Corder D.W. Gydytojų skaičiaus planavimas Lietuvoje. Ataskaita LR Sveikatos apsaugos ministerijai. – Vilnius, 1996.

<sup>273</sup> Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990–2015 metais. Atviros Lietuvos fondo projekto “Sveikatos žmogiškųjų išteklių raida ir planavimas Lietuvoje” ataskaita., 2002 m.

<sup>274</sup> SIC duomenys.

<sup>275</sup> Tik akušerių ginekologų ir vaikų chirurgų skaičius per minėtą laikotarpį sumažėjo, nors etatų skaičius ir šiose specialybose išaugo.



### 37 paveikslas. Slaugytojų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų ES šalyse dinamika

Šaltinis. PSO duomenų bazė

Per 2000–2008 metus slaugytojų sumažėjo apie 11 proc. ir 2008 metais 10000 gyventojų teko 74,4 slaugytojo, šis skaičius tapo artimas Europos Sąjungos vidurkiui (74,5/10000 gyventojų<sup>276</sup>). Slaugytojų etatų skaičius, tenkantis vienam slaugytojui Lietuvoje, 2008 metais buvo 1,08 etato/slaugytojui. Remiantis statistiniais PSO duomenimis, iš septynių informaciją apie slaugytojų etatų skaičių pateikusių ES valstybių, Lietuvoje vienam slaugytojui tenkančių etatų skaičius yra aukščiausias, tačiau kitų šalių rodiklius viršija nedaug.

2008 metais Lietuvoje vienam gydytojui teko 1,86 slaugytojo. Nėra suformuluota vienareikšmių nuostatų, kiek Lietuvoje turėtų dirbti medicininės slaugos darbuotojų. ES šalyse vienam gydytojui tenka labai įvairus slaugytojų skaičius – nuo 0,61 Graikijoje iki 5,12 Airijoje. Užsienio patirtis vidurinėsios grandies medicinos specialistų rengimo srityje labai prieštaringa ir ja remtis rengiant nacionalinę politiką nėra lengva. 1987–1989 metais – diskusijų apie sveikatos sistemos reformas pradžioje – šalyje vyravo nuomonė, kad slaugos personalo (tuo metu apibrėžiamo kaip vidurinysis medicinos personalas) nepakanka. Tokia nuostata, matyt, formavosi dėl to, kad paskutiniiais sovietiniais metais Vilniaus ir Kauno ligoninėse buvo neužimtų medicinos seserų darbo vietų (etatų). Kita vertus, jau tuo metu buvo konstatuota, kad kvalifikuotas slaugos personalas dažnai atlieka jam nebūdingas, specialios medicininės kvalifikacijos nereikalaujančias funkcijas. Vėlesniaisiais metais nacionaliniu lygiu viešų diskusijų dėl bendro slaugos personalo poreikio beveik nebuvo, o dirbančiųjų vidurinėsios grandies specialistų skaičių lėmė medicinos mokyklų pajėgumai ir gydymo įstaigų paklausa. Plačiau apie viduriniojo medicinos personalo struktūros pokyčius ir rengimo reformas

<sup>276</sup> PSO duomenys, ES vidurkis 2007 m.



plačiau aprašyta knygoje “Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste”<sup>277</sup>.

**7 lentelė. Vidurinis medicinos personalas ir jiems prilygintų specialistų skaičius 1990–2008 metais**

	1990	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Slaugytojai*</b>	47319	39741	38484	29450	28017	27787	26918	26229	25620	25364	25169	24804	24908
10 000 gyventojų tenka slaugytojų*	127,8*	109,9*	93,0*	83,9	80,3	79,9	77,7	76,1	74,8	74,5	74,36	73,68	74,36
Felčeriai**	6569	3226	3066										
Akušeriai **	3965	1829	1645										
Medicinos seserys**	30075	29259	28544										

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras, Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Lietuvos statistikos metraštis, Sveikatos informacijos centro ir PSO duomenų bazės.

\* – iki 1999 m. – vidurinis medicinos personalas

\*\* – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gegužės 25 d. įsakymu Nr. 254 “Dėl viduriniojo medicinos personalo ir prilygintų specialistų, dirbančių diagnostikos, gydymo ar profilaktikos darbą, bei jaunesniojo medicinos personalo pervardijimo” patvirtintos 6 viduriniojo medicinos personalo ir jam prilygintų specialistų grupės. Nuo 1999 m. statistinių duomenų apie felčerių, medicinos seserų skaičių nebepateikia nei Statistikos departamentas, nei Sveikatos informacijos centras. Akušeriai įskaitomi į slaugytojų skaičių.

**8 lentelė. Farmacijos specialistų skaičius 1990–2008 m.**

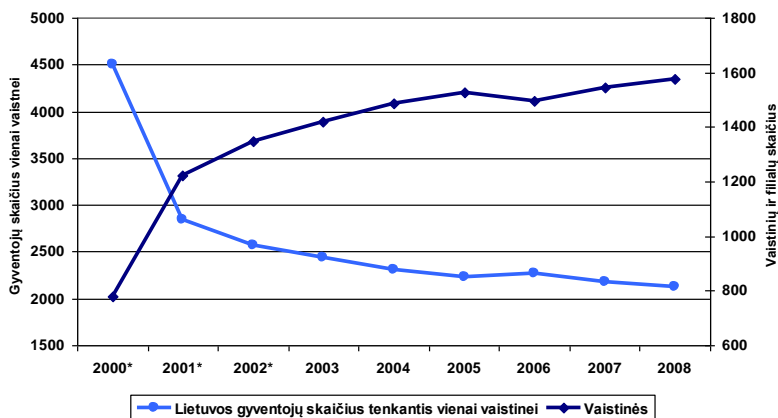
	1990	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Vaistinininkai	2019	2235	2146	2159	2195	2266	2238	2393	2300	2398	2184	2743	2721
10 000 gyventojų tenka farmacininkų	5,5	6,2	6,0	6,1	6,3	6,5	6,5	6,9	6,7	7,0	6,45	8,15	8,12
Vaistinininkų padėjėjai (farmakotechnikai)			1834	1906	1882	1928	1909	1245	1578	1708	1576	1917	1900
Baigė farmacijos studijas	73	73	50	46	54	59	82	79	84	78	82	97	150
Baigė farmakotechnikos studijas	58*	18*	14	34	21	34	44	155	87	22	110	18	107

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras, Statistikos departamentas

Atskirai reikėtų paminėti farmacijos srityje dirbantį personalą – farmacininkus ir farmakotechnikus. Duomenys apie šių darbuotojų skaičių ir jų rengimą pateikti 8 lentelėje. Sveikatos sistemos reformos farmacijos sektorių palietė kitaip nei

<sup>277</sup> Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste”. – Vilnius : Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

sveikatos priežiūros paslaugų sektorių. Per 1999–2008 metus bendras farmacijos darbuotojų skaičius (vaistinininkai ir farmakotechnikai) ne tik nesumažėjo, bet daugiau nei 13 proc. išaugo. 2000–2008 metais taip pat išaugo ir vaistinių ar jų filialų skaičius. Vaistinių skaičius daugiausiai augo 2000–2001 metais, o vaistinininkų skaičiaus pokyčiai vyko galima sakyti tolygiai. Išimtimi laikytinas farmakotechnikų skaičiaus sumažėjimas 2002–2004 metais, kai pagal ES direktyvas Lietuvoje buvo pradėti diegti geros gamybos praktikos reikalavimai ir daliai Lietuvos farmacijos pramonės įmonių teko persitvarkyti, laikinai stabdyti ar net iš viso nutraukti vaistų ir/ar maisto papildų gamybą.



### 38 paveikslas. Vaistinių skaičiaus dinamika

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

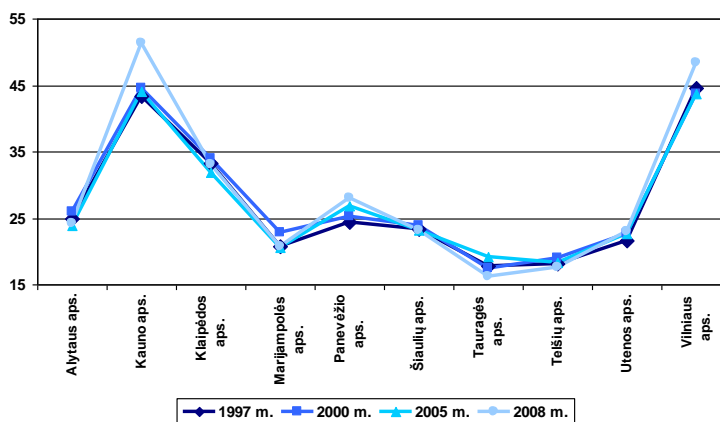
2002 metais Lietuvos farmacijos pramonės įmonėse dirbo apie 1,3 tūkst. žmonių<sup>278</sup>. Geros gamybos praktikos ir geros tiekimo praktikos reikalavimai buvo taikomi taip pat ir vaistų tiekėjams (didmenininkams, vaistinėms bei medicininių dujų tiekėjams). Augantį farmacijos specialistų ir pagal naujus ES reikalavimus parengtų farmakotechnikų poreikį atspindi ir 2000–2008 metais didėjęs studijas baigusiu specialistų skaičius ir augantis vaistinių skaičius.

1998–2008 metai – tai esminio farmacijos sektoriaus persitvarkymo metai. Per aptariamąjį dešimtmetį Lietuvos farmacijos pramonėje įsitvirtino ES standartus atitinkanti geros gamybos praktika ir gera platinimo praktika didmeniniame ir mažmeniniame medikamentų platinimo sektoriuose. Farmacinių paslaugų prieinamumas (vertinant vienai vaistinei tenkančiu gyventojų skaičiumi) išaugo beveik du kartus (38 paveikslas), radikalai pagerėjo farmacinių paslaugų kokybė.

<sup>278</sup> Farmacijos pramonės konkurencingumo didinimo, integruojantis į Europos Sąjungą, galimybių studija. Galutinė ataskaita. Studiją užsakė Lietuvos Respublikos Ūkio ministerija. 2003 m.

### Žmonių išteklių sveikatos sistemose pasiskirstymas Lietuvos regionuose

Gydytojai Lietuvos regionuose pasiskirstę labai netolygiai. 2008 metais miestuose dirbo didžioji jų dalis – apytikriai 73 proc. visų gydytojų, nuo 2001 metų ši dalis išaugo beveik 7 proc. (2001 m. miestuose dirbančių gydytojų skaičius sudarė 66,2 proc.). Nuo 2001 metų iki 2008 metų šiek tiek išaugo 10 tūkst. miesto gyventojų tenkantis gydytojų skaičius, o rajonuose – sumažėjo, 2008 metais jis siekė tik 17,3 gydytojų/10 000 gyventojų (Lietuvos vidurkis – 2008 m. buvo 40,0 gydytojų/10000 gyv.)<sup>279</sup>.



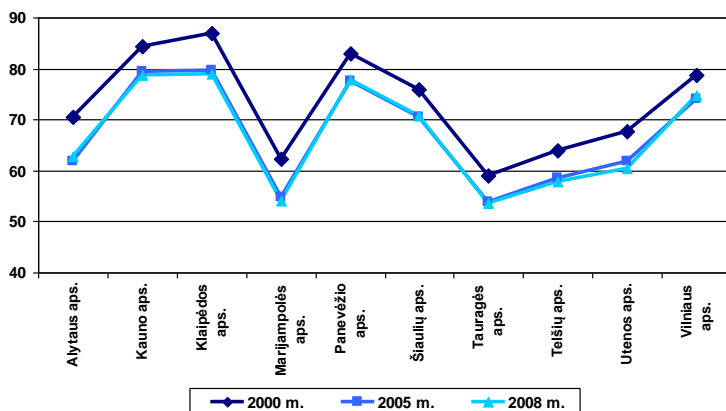
### 39 paveikslas. Gydytojų skaičiaus tenkančio 10 tūkst. gyventojų regioninis pasiskirstymas Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

2008 metais daugiausia gydytojų dirbo Kauno (51,4/10 000 gyventojų) ir Vilniaus (48,4/10 000 gyventojų) apskrityse, o mažiausiai kaimiškose vietovėse – Telšių (17,6/10 000 gyventojų), Tauragės (16,3/10 000 gyventojų) ir Marijampolės (20,7/10 000 gyventojų) apskrityse (39 paveikslas). 10 tūkstančių gyventojų tenkantis gydytojų skaičius Kauno apskrityje daugiau nei tris kartus viršija tokį patį rodiklį Telšių apskrityje. Geografinis gydytojų skaičiaus pasiskirstymo netolygumas skirtingose savivaldybėse dar didesnis. 2008 metais daugiausiai gydytojų teko Kauno miesto savivaldybės gyventojams (81,0/10 000 gyventojų), o mažiausiai – Alytaus rajono savivaldybės gyventojams (5,2/10 000 gyventojų). Šis rodiklis Kauno mieste daugiau nei 15 kartų viršijo tokį patį Alytaus rajono rodiklį.

Sveikatos priežiūros reforma neskatinė tolygesnio medicinos personalo geografinio pasiskirstymo, o tai reiškia, kad praktiškai nespėdė ir paslaugų prieinamumo netolygumo skirtinguose regionuose klausimų.

<sup>279</sup> SIC duomenys.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



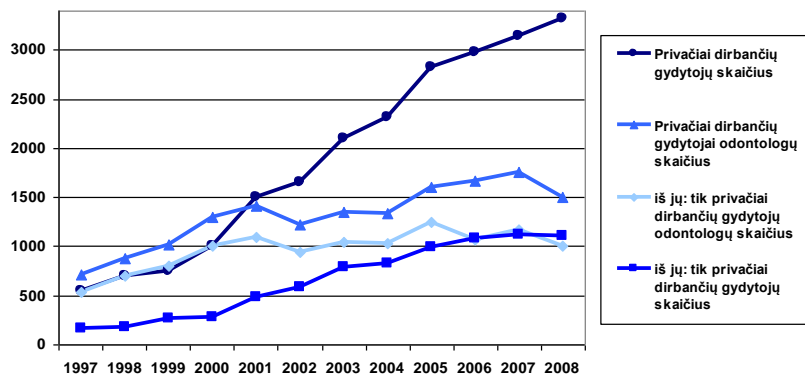
### 40 paveikslas. Slaugytojų skaičiaus tenkančio 10 tūkst. gyventojų regioninis pasiskirstymas Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

Lietuvos sveikatos programoje deklaruojama parama privačių sveikatos priežiūros įstaigų plėtrai. Decentralizuojant ir dekoncentruojant įstaigas buvo skatinamas privačios praktikos kūrimasis pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. 1997–2008 metais nuolat augo privačiai dirbančio medicinos personalo skaičius. Nuo 1997 metų tik privačiai dirbančių gydytojų skaičius išaugo daugiau nei 6,8 karto ir 2008 metais tik privačiai dirbo 6,6 proc. visų gydytojų (41 paveikslas). Didžioji privačiai dirbančių gydytojų dalis dirba odontologijoje ir PSP grandyje. Žymesnis privačios praktikos didėjimas pastebimas nuo 2001 metų, kai buvo patvirtinta “2000–2010 metų Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programa”<sup>280</sup> ir pradėtas (užsienio donorų lėšomis) skatinti privačių šeimos gydytojų kabinetų steigimas ir renovacija.

Antrasis privačiai dirbančių gydytojų gausėjimo etapas prasidėjo 2004 metais, kai šeimos gydytojų kabinetų steigimui ir renovavimui (ypač kaimiškose vietovėse) pradėti skirti ES struktūrinių fondų pinigai.

2008 metais daugiau nei 66 proc. privačiai dirbančių gydytojų dirbo miestuose. Panašus buvo ir mieste dirbančių odontologų bei viduriniojo medicinos personalo procentas – apie 66–69 proc. Nuo 2001 metų tik privačiai dirbančių odontologų skaičius nustojo augti, o nuo 2006 metų nustojo augti ir tik privačiai dirbančių gydytojų skaičius, nors bendras privačiai dirbančių medikų skaičius tebeaugo. Dažniausiai tik privačiai dirba odontologai (67 proc.) ir specialistai (ne gydytojai) su aukštesniu ar aukštesniu medicinos išsilavinimu (81,4 proc.), tuo tarpu tik privačiai dirbančių gydytojų (ne odontologų) skaičius 2008 metais buvo 33,3 proc. Tikėtina, gydytojai turi daugiau galimybių derinti darbą privačiame ir valstybiniame sektoriuose.

<sup>280</sup> 2000 m. lapkričio 2 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 593.



#### 41 paveikslas. Privačiai dirbančių gydytojų skaičiaus dinamika

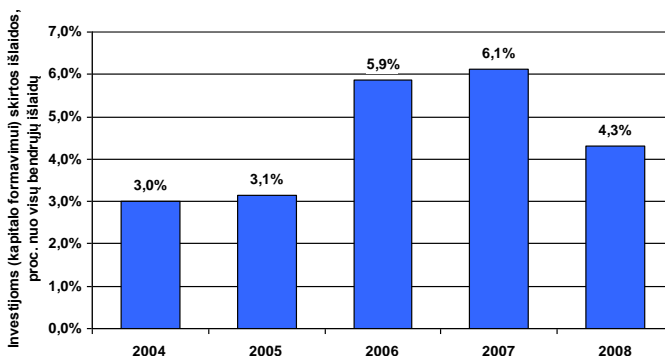
Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

Gydytojų migracijos mastus ar bent jau jų ketinimus emigruoti galima įvertinti pagal pažymų, kurias gydytojams išrašo Sveikatos apsaugos ministerijos personalo skyrius, skaičių. Šios pažymos reikalingos tam, kad gydytojai kitoje valstybėje galėtų užsiregistruoti kaip licencijuoti medikai ir, kad kitoje valstybėje būtų pripažinta Lietuvoje įgyta kvalifikacija. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis 2009 metais tokių pažymų buvo išduota 131 gydytojui (2008 m. – 88 gydytojams), t. y. mažiau nei 1 proc. visų Lietuvos gydytojų. Tikėtina, kad gydytojų emigracijos mastai nėra tokie grėsmingi kaip pastaruosiu metu teigia kai kurie sveikatos sistemos politikai ir administratoriai. Turbūt, kur kas rimčiau reikėtų vertinti gydytojų specialistų migraciją iš rajoninių sveikatos priežiūros įstaigų į miestų sveikatos priežiūros įstaigas ir dėl to prastėjančią specializuotos pagalbos prieinamumą regionuose. Nors 2000–2008 metais šiek tiek išaugo gyventojų apsilankymų pas ambulatorinės grandies gydytojus skaičius, tačiau per tą patį laikotarpį apsilankymų pas gydytojus specialistus skaičius sumažėjo daugiau nei 2 proc., o rajonuose – net 13 proc.

#### Investicijos

Lietuvoje į medicinos paslaugų kainas ilgalaikio turto nusidėvėjimo išlaidos beveik neįskaitomos. Viešųjų ASPĮ galimybės skirti nuosavas lėšas investicijoms yra ribotos. Paprastai iš sutaupytų už suteikiamas sveikatos priežiūros paslaugas gaunamų lėšų atliekamas einamasis įstaigų remontas, ar perkama nebrangi įranga. Sveikatos sektoriuje stambesniems investiciniams projektams įgyvendinti naudojami išoriniai finansavimo šaltiniai – per viešuosius pirkimus realizuojamos Valstybės investicijų programos arba restruktūrizacijos programos. Nuo 2009 metų didžiausiu investicijų finansavimo šaltiniu tapo ES struktūrinių fondų lėšos. Statistikos

departamento duomenimis 2004–2008 metais investicijoms buvo skiriama nuo 3 iki 6 proc. visų sveikatos sektoriaus išlaidų<sup>281</sup>.



**42 paveikslas. Investicijoms (kapitalo formavimui) skirtų išlaidų dinamika, proc. nuo visų bendrųjų išlaidų sveikatinimui**

Šaltinis. STD duomenys

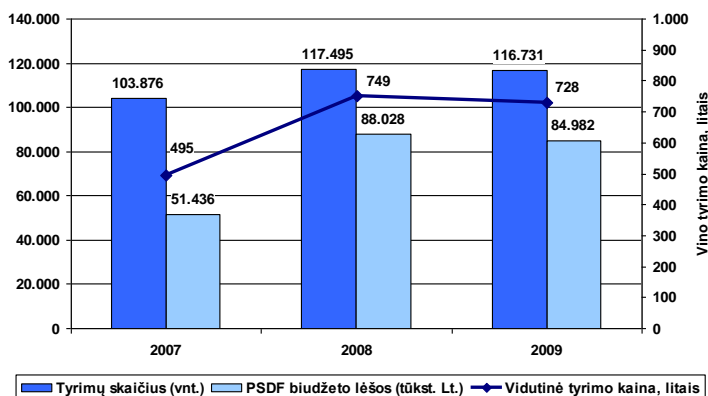
2010 metų rugpjūtį LR Valstybės kontrolės parengtoje ataskaitoje<sup>282</sup> pateikiami duomenys, kad 63-jų stacionariųjų ASPI infrastruktūros plėtrai 2006-2009 m. skirta 1 109 mln. Lt., o taip pat, kad 53 proc. šių lėšų sudarė valstybės investicijų programos (VIP) ir privatizavimo fondo (PF) lėšos, 14 proc. – PSDF biudžeto lėšos, 15 proc. - ES struktūrinių fondų lėšos ir 18 proc. – kitos lėšos (steigėjų, įstaigos, rėmėjų ir iš kitų finansavimo šaltinių gautos lėšos). Iš šios infrastruktūrai gerinti skirtos sumos 561,5 mln. litų buvo skirta medicinos įrangos įsigijimui (įskaitant įrangą gautą pagal panaudą). Remiantis minėtoje ataskaitoje<sup>283</sup> pateikiamais duomenimis 2007-2009 metais iš PSDF biudžeto apmokamų stacionare besigydančių ligoniams suteiktų brangių tyrimų ir procedūrų skaičius išaugo nuo 103 876 (2007 m.) iki 116 731 (2009 m.), t. y. – 12 proc., o finansavimas iš PSDF už šias paslaugas 2007-2009 metais išaugo net 65 proc. Nors 2009 metais SAM ir VLK patvirtinus naują brangių tyrimų ir procedūrų apmokėjimo tvarką, pasisekė šiek tiek sumažinti šias PSDF išlaidas, tačiau galime paskaičiuoti, kad vidutinė vieno tyrimo kaina 2009 metais tapo maždaug 47 proc. aukštesnė nei buvo 2007 metais. Kaip jau minėta anksčiau, iš pateiktų skaičiavimų matome, kad viena iš reikšmingų sveikatos sistemos išlaidų augimo priežasčių – naujų technologijų

<sup>281</sup> Iš Statistikos departamento pateikiamos informacijos (remiantis Nacionalinių sveikatos sąskaitų duomenimis) galima matyti, kad 2004–2008 m. investicijoms skirtų lėšų dalis išaugo 44 proc. - nuo beveik 3 proc. 2004 m. iki 4,32 proc. 2008 m. (2007 metais išlaidos investicijoms siekė net 6,13 proc. bendrųjų išlaidų sveikatai).

<sup>282</sup> Valstybinio audito ataskaita. Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas. 2010 m. rugpjūčio 31 d. Nr. VA-P-10-16-12.

<sup>283</sup> Valstybinio audito ataskaita. Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas. 2010 m. rugpjūčio 31 d. Nr. VA-P-10-16-12.

diegimas. Todėl reikėtų ne tik reguliuoti šių paslaugų kainas, bet ir parengti naujai diegiamų (ar jau naudojamų) brangių tyrimų ir procedūrų kokybinio vertinimo metodiką.



**43 paveikslas. Iš PSDF biudžeto apmokamų stacionare besigydančių ligoniams suteiktų brangių tyrimų ir procedūrų skaičiaus dinamika**

Šaltinis. Valstybinio audito ataskaita. Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas. 2010 m. rugpjūčio 31 d. Nr. VA-P-10-16-12

**Sveikatos sistemos pertvarkos kryptys**

1999–2009 metai buvo didelių darbų sveikatos sektoriuje laikotarpis:

- Radikaliai pagerėjo farmacinių paslaugų prieinamumas ir kokybė;
- Smarkiai išaugo gydymo įstaigų aprūpinimas modernia diagnostine ir medicinine įranga;
- Nacionalinės ir ES investicijos pagerino gydymo, slaugos bei darbo sąlygas Lietuvos ligoninėse, poliklinikose, BPG kabinetuose.

1999–2009 metai buvo didelių neišnaudotų galimybių sveikatos sektoriuje laikotarpis:

- Per dešimtmetį nepagerėjo sveikatos sistemos išteklių (žmonių ir investicinių) paskirstymo tolygumas, vadinasi, nebuvo sumažinta nuo universitetinių centrų nutolusių teritorijų gyventojų diskriminacija;
- Kalbos apie greitosios pagalbos reformą mažai pakeitė šio sektoriaus paslaugų kokybę;
- Greta pasiekimų yra ir praradimų ambulatorinėje sveikatos sektoriaus grandyje – sumažėjo tyrimų skaičius, išaugo eilės ne tik pas specialistus, bet ir pas PSP gydytojus;
- Stacionariniame sektoriuje nepasiektas susitarimas dėl optimalaus ligoninės dydžio, paslaugų paskirstymo tarp įvairių lygių įstaigų, nesuformuluota hospitalinių infekcijų užkardymo, efektyvi perteklinių hospitalizacijų valdymo strategija;

- Pradinėje kūrimosi stadijoje tebėra slaugos paslaugos namuose organizavimas.

Pertvarkyti sveikatos sistemą nėra lengva dėl daugelio priežasčių. Viena jų – smarkiai skiriasi skirtingų šio sektoriaus interesų grupių poreikiai. Paslaugų teikėjai norėtų teikti daugiau ir brangesnių paslaugų; mokėtojai norėtų kokybiškų, bet kuo pigesnių paslaugų; gyventojai, kol nesuserga ir netampa pacientais, nori būti sveiki ir nenori jokių gydymo paslaugų; pacientai nori pačių efektyviausių, padedančių greitai išgyti, paslaugų.

Pacientui pasirinkti efektyviausių gydymo būdą dažniausiai būna sudėtinga dėl taip vadinamos “informacijos asimetrijos”. Paslaugų teikėjas dažniausiai žino apie ligą ir gydymą daugiau nei pacientas. Ir ne visada sveikatinimo paslaugų teikėjo ir paciento interesai sutampa. Todėl gyventojų pasitikėjimo gydytoju ir visa sveikatinimo sistema veiksny yra toks stiprus, tuo pačiu stipri ir medikų įtaka sveikatos sistemai, o galimybės naudoti rinkos mechanizmus perkant sveikatinimo paslaugas yra palyginti mažos.

Lengvų ir greitų sprendimų sveikatos sistemos pertvarkyme vargu ar galima tikėtis. Dėl didėjančių paslaugų teikėjų galimybių sveikatos paslaugų poreikis auga kur kas greičiau, nei pačių turtingiausių šalių finansinės galimybės. Realiame gyvenime sveikatinimo proceso dalyviai priversti rinktis – arba užtikrinama paslaugų kokybė, bet ne visiems arba ne visų paslaugų, arba garantuojamas paslaugų prieinamumas, bet ne visų arba ne pačios aukščiausios kokybės paslaugų.

Vienas iš pagrindinių ateinančio dešimtmečio sveikatinimo sistemos reformos siekių galėtų būti ne tik efektyviausių pertvarkos krypčių nustatymas, bet ir siekis sukurti grįžtamojo ryšio mechanizmus, kurie padėtų efektyviai, derinantis prie besikeičiančių ir augančių visuomenės poreikių, pertvarkyti sveikatinimo sistemą. Tai yra diegiant bet kokius sistemos pertvarkos elementus tuo pačiu metu sukurti ne tik monitoringo ar rezultatų vertinimo sistemas, bet ir visuomeninius kontrolės mechanizmus, kurie skatintų atsižvelgti ir tinkamai reaguoti, kad sveikatos sistemos pakryčia maksimaliai efektyviai atitiktų gyventojų ir pacientų poreikius.

Remiantis aukščiau išsakytomis mintimis, galima suformuluoti tokias reformų kryptis artimiausiam dešimtmečiui:

- Efektyvinti paslaugų teikimą – didinti teikiamų paslaugų kiekį geriau išnaudojant turimus sveikatos sistemos pajėgumus ir finansinius išteklius;
- Mažinti nebūtinų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, ribojant finansinius ir organizacinius stimulus dirbtinai skatinančius tokių paslaugų kiekio augimą;
- Šalinti medikų klaidų ar hospitalinių infekcijų priežastis.

Norint, kad šios sveikatinimo sistemos pertvarkos kryptys būtų įgyvendintos, reikia suformuluoti tikslus, kurie įgytų stiprų visuomenės palaikymą. Pavyzdžiui, vienas iš tokių tikslų galėtų būti – siekti, kad per artimiausius dešimt metų Lietuvos gyventojų tikėtina kokybiško gyvenimo trukmė pailgėtų mažiausiai penkeriais metais. Dėl to reikėtų sumažinti išvengiamą gyventojų mirtingumą, sergamumą ir invalidumą. Norint tai pasiekti reikia, kad išvengiamo mirtingumo, sergamumo ir invalidumo mažinimas taptų visuomenės sveikatos, PSP, GMP ir specializuotos pagalbos grandyse dirbančių specialistų tikslas. Taip pat šiuo tikslu nacionaliniame



ir bendruomenių lygmenyse turi vykti bendradarbiavimas tarp sveikatos, socialinio, švietimo, transporto, viešosios tvarkos palaikymo sektorių.

Šis tikslas būtų gerai suprantamas visuomenei, skatintų veikti gana greitai, be to remtųsi visuomenės palaikymu ir verstų pasitempti ir politikus, ir valdininkus, ir paslaugų teikėjus. Kita vertus, ligų priežasčių šalinimas (tai ko nori gyventojai), gali sumažinti gydomųjų paslaugų ir medicininių prekių poreikį ir kirstis su pramonės ir verslo plėtros interesais – gaminti kuo daugiau prekių ir teikti kuo daugiau paslaugų.

Konfliktai tarp siekiančiųjų, kad visi šalies gyventojai gautų efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas, ir tų, kuriems svarbus siauras žinybinis ar konkretaus verslo (farmacinių kompanijų, ligoninių, profesinių grupių) interesas yra neišvengiami, bet šie konfliktai neturėtų atšaldyti busimųjų reformų autorių ar šalininkų entuziazmo. Tikslas – per artimiausius dešimt metų Lietuvos gyventojų tikėtiną kokybiško gyvenimo trukmę pailginti mažiausiai penkeriais metais – yra ne tik patrauklus, bet ir įgyvendinamas.

# Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas

*Janina Kumpienė, Ona Sužiedelytė*

## Įvadas

Gyventojų pasitikėjimas šalies sveikatos priežiūros sistema ir jų lūkesčių tenkinimas yra labai svarbus sveikatos sistemos pažangos veiksnys, o geresnė sveikata – šalies socialinės ir ekonominės pažangos garantas<sup>284</sup>.

2009 metų pabaigoje „Euro Health Consumer Index“ (EHCI) atlikto tyrimo, kuriame vertinamos šešios vartotojams svarbiausios Europos sveikatos priežiūros sistemos sritys – pacientų teisės ir informacija, elektroninė sveikatos priežiūros sveikata, gydymo laukimo laikas, paslaugų prieinamumas ir vaistai – duomenimis Lietuva ES sveikatos priežiūros sistemų įvertinimo rikiuotėje iš 24 vietos nusmuko į 29, t. y. pagal ES metinio sveikatos priežiūros sistemų tyrimo rezultatus Lietuva užima 29 vietą iš 33. Jau keleri metai vartotojai (pacientai) iš Europos šalių geriausiai vertina Nyderlandų ir Danijos sveikatos priežiūros sistemas. Lietuva aplenkė tik Albaniją, Latviją, Rumuniją ir Bulgariją. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos rodikliai, pavyzdžiui, pacientų teisės ir informacija, medicininės kortelės įrašų prieinamumas ir galimybė sužinoti objektyvią diagnozę, buvo gana neblogai įvertinti, tačiau gydymas ir vaistai ligoniams turėtų būti labiau prieinami, o gydymo rezultatai geresni<sup>285</sup>. 2008 metų tyrimas parodė, kad Lietuvoje ypač prastai diegiama elektroninė sveikatos priežiūros sistema, kurios našumas turi būti gerokai padidintas, taip pat, daugiau dėmesio būtina skirti klausimams, susijusiems su paslaugų prieinamumu, gydymo rezultatais, pacientų galimybe gauti naujausius vaistus ir kyšininkavimo problemoms spręsti. Tačiau tinkamai sprendžiami klausimai, susiję su pacientų teisėmis ir sveikatos priežiūros informacijos sistema<sup>286,287</sup>. Palyginus 2009 ir 2008 metų „Euro Health Consumer Index“ tyrimų duomenis galima teigti, kad situacija vartotojų požiūriu pablogėjo, tačiau palyginus su 2006 metais, kai Lietuva užėmė paskutinę vietą ir buvo prasčiausiai vertinama Europoje, galima teigti, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema tobulėja<sup>288</sup>.

---

<sup>284</sup> Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2006. Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje. – Vilnius: VĮ Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2006. – 112 p.

<sup>285</sup> Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2009.

<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf>

<sup>286</sup> Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2008.

<http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>

<sup>287</sup> Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2007.

[http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf)

<sup>288</sup> Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2006.

<http://www.healthpowerhouse.com/media/RaportEHCI2006en.pdf>

2004 metais Kauno medicinos universitetas (KMU) atliko tyrimą apie Lietuvos gyventojų požiūrį į pacientų teisių įgyvendinimą, jų pasitikėjimą sveikatos priežiūra, požiūrį į paciento vaidmenį sveikatos priežiūroje, gydytojo ir paciento santykius pirminėje sveikatos priežiūroje ir pacientų aktyvų dalyvavimą. Tyrimo rezultatai parodė, kad svarbiausia gyvenime yra sveikata – taip teigė 38,1 % apklaustųjų. Jeigu gydytojais pasitiki beveik trys ketvirtadaliai (71,6 %) respondentų (nepasitiki tik 5,1 %), tai sveikatos priežiūros sistema pasitiki tik 41,3 %, o nepasitiki kas ketvirtas respondentas (26,0 %). Daugumai apklaustųjų (96,5 %) rūpi sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje, tačiau savo, kaip paciento, vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje teigiamai vertina tik 19,1 % apklaustųjų. Blogai įvertintas teisės į sveikatos priežiūrą užtikrinimą įgyvendinimas (47,2 % apklaustųjų teigė, kad ši teisė jiems yra užtikrinama ir 27,8 % – neužtikrinama)<sup>289</sup>.

Kiekvienos šalies sveikatos priežiūros sistema yra unikali, t. y. pasaulyje nėra visiškai vienodų sveikatos priežiūros sistemų. Sveikatos priežiūros sistema yra dinamiška sistema, kuri reformuojama atsižvelgiant į naujus iššūkius ir reorganizuojama siekiant spręsti iškilusias problemas. Tačiau vertinant įvairius sveikatos rodiklius reikėtų nepamiršti, kad Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis sveikatos priežiūros sistema lemia tik maždaug 10 % žmogaus sveikatos, didžiąją dalį – 50 % – sveikatos lemia gyvenimo būdas, 20 % – aplinka ir genai.

Lietuvos sveikatos priežiūros sektorius, siekiant pagerinti gyventojų sveikatą, yra pertvarkomas ir gerinama teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė<sup>290</sup>. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimą skatina ir didėjanti konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos dėl savo specifiškumo yra sudėtinga paslaugų rūšis – jos turi tenkinti ne tik paciento poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus<sup>291</sup>. Siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą ir sistemos funkcionavimo efektyvumą, 2002 metais buvo parengta ir 2003 metų pradžioje patvirtinta ilgalaikė sveikatos priežiūros įstaigų ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo strategija.

## **Trumpas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos apibūdinimas**

Šiame straipsnyje dėmesys koncentruojamas į asmens sveikatos priežiūros raidą, o visuomenės sveikatos priežiūros detaliau nagrinėti nesiekama. Visuomenės sveikatos priežiūra paliečiama tik tiek, kiek ji yra susijusi su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.

---

<sup>289</sup> Grabauskas V., Peičius E., Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendinius. *Medicina*, 2004, 40(11): 1109–1116 p.

<sup>290</sup> J. Misevičienė, Ž. Milašauskienė Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. *Medicina*, 2002, 38(5): 559–565 p.

<sup>291</sup> I. Bučiūnienė, J. Petkinis, Ž. Milašauskienė Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. *Medicina*, 2004, 40(3): 272–277 p.

Pagal dabar galiojančių įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatas Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą sudaro trys lygiai: pirminė sveikatos priežiūra, antrinė sveikatos priežiūra ir tretinė sveikatos priežiūra.

Pirminė sveikatos priežiūra tai pradinis sveikatos priežiūros sistemos lygmuo, visų pirma orientuotas į ligų profilaktiką, taip pat apimantis bendrąją gyventojų sveikatos priežiūrą, nepriklausomai nuo jų amžiaus grupės ir susirgimų pobūdžio. Šiame lygmenyje teikiamos ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos, slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo sveikatos priežiūros paslaugos. Minėtas paslaugas teikia juridinio asmens statusą turinčios pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigos arba kitų lygių paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų struktūriniai padaliniai. Pirminio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti įvairias juridinio asmens teisinės formas turinčios valstybinės arba privačios sveikatos priežiūros įstaigos – viešosios įstaigos (pirminės sveikatos priežiūros centrai, poliklinikos, ambulatorijos, šeimos gydytojo kabinetai ir kt.), individualios įmonės, uždarnosios akcinės bendrovės ir kt. Privačios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, kaip ir valstybinės nuosavybės pagrindu veikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, apmokėjimą už suteiktas paslaugas gauna iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Pirminio lygio stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikia slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo ligoninės, turinčios juridinio asmens statusą, taip pat slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo padaliniai, priklausantys kitas paslaugas teikiančioms sveikatos priežiūros įstaigoms. Kai kuriose įstaigose ar įstaigų padaliniuose slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos yra integruotos su globos paslaugomis, finansuojamomis iš savivaldybių biudžetų. Pastaruoju metu intensyviai svarstoma galimybė medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo sveikatos priežiūros paslaugas kartu su lėšomis skiriamomis šiam tikslui iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto perduoti Lietuvos Respublikos savivaldybėms, nes medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo sveikatos priežiūros paslaugos yra neatsiejamai susijusios su globos paslaugomis.

Antrinė sveikatos priežiūra tai yra specializuota ambulatorinė ir stacionarinė sveikatos priežiūra teikiama rajonų ir miestų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse ir joms priklausančiose arba atskirą juridinį statusą turinčiose konsultacinėse poliklinikose. Prieš keletą metų Lietuvoje buvo pradėta įgyvendinti pirminio ir antrinio lygio ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų atskyrimo politika. Didžiojoje Lietuvos dalyje ši politika buvo įgyvendinta. Pirminio ir antrinio lygio ambulatorinės paslaugos šiuo metu dar nėra atskirtos aštuoniolikoje Vilniaus, Kauno, Panevėžio ir Alytaus polikliniku.

Tretinė sveikatos priežiūra – tai sudėtingiausių ligų ir būklių sveikatos priežiūra, kurią teikia aukščiausio lygio specialistai, naudojama pažangiausia įranga ir technologijos, jos pagrindu vystoma mokslo ir mokymo bazė.

Iki įsigaliojant Lietuvos Respublikos apskrities valdymo įstatymo ir jį keitusių įstatymų pripažinimo netekusiais galios įstatymui<sup>292</sup>, kuriuo nuo 2010 metų liepos

---

<sup>292</sup> Žin., 2009, Nr. 87–3661.

1 dienos likviduojamos apskričių viršininčių administracijos ir naikamos apskričių viršininčių pareigybės, sveikatos priežiūros įstaigų valdymas buvo priskirtas trims valdymo lygiams – savivaldybių taryboms, apskričių viršininčių administracijoms ir valstybei. Pagal Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo nuostatas pirminė sveikatos priežiūra (taip pat savivaldybių sveikatos programų rengimas ir įgyvendinimas) yra priskirtoji (ribotai savarankiška) savivaldybių funkcija. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigos priklausė apskričių viršininčių administracijoms. Tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų ir kai kurių antrinio lygio ligoninių savininkė yra valstybė, kuri savo funkcijas įgyvendina per Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją.

Kokios valstybės sveikatos politikos nuostatos istoriškai lėmė aukščiau išvardintų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygių raidą ir jų plėtros tendencijas, įstaigų skaičių, jų pasiskirstymą, ligoninėse turimų lovų skaičių ir suteiktų paslaugų apimtį?

Iki Lietuvos valstybės Nepriklausomybės atkūrimo sveikatos priežiūra Lietuvoje kaip ir kitose sovietinėse valstybėse nebuvo orientuojama į ligų profilaktiką, sveiką gyvenimo būdą ir sveikatos išsaugojimą. Jos plėtra buvo maksimaliai nukreipta į ligų gydymą, nuolatinį ligoninių ir lovų jose skaičiaus didinimą. Nors per pastaruosius metus stebimos teigiamos sveikatos apsaugos sistemos išteklių ir jų panaudojimo rodiklių tendencijos, tačiau palyginus su Europos šalių vidurkiais, bemaž visi rodikliai byloja apie nepakankamai efektyvų šių išteklių panaudojimą (1 lentelė). Remiantis PSO ataskaitoje pateiktais duomenimis 2007 metais Lietuvoje santykiniam gyventojų skaičiui ligoninių lovų buvo 16,2 % daugiau už Europos Sąjungos vidurkį, aktyvaus gydymo lovų – 28,1 % daugiau, hospitalizuotų aktyviam gydymui ligoninių – 26,5 % daugiau.

**1 lentelė. Pagrindinių Lietuvos rodiklių palyginimas su Europos Sąjungos šalių vidurkiais, 2007 metai**

Rodiklio pavadinimas	Lietuva	ES vidurkis			Lietuvoje, palyginus su ES, proc.
		viso	Senosios narės	Naujosios narės	
Ligoninių skaičius 100 000 gyventojų	3,45	2,97	3,1	2,58	116,2
Aktyvaus gydymo lovų skaičius 10 000 gyventojų*	50,6	39,5	37,5	46,5	128,1
Ligoninių, hospitalizuotų aktyviam gydymui 100 gyventojų**	21,5	17,0	16,7	18,1	126,5

Šaltinis: Europos sveikatos duomenų bazė <http://www.euro.who.in>

\* – be slaugos ir palaikomojo gydymo, tuberkuliozės, psichiatrijos ir medicininės reabilitacijos

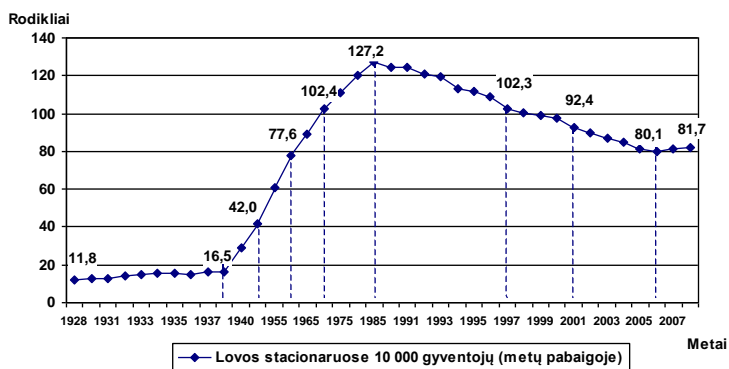
\*\* – be slaugos ir palaikomojo gydymo, tuberkuliozės, psichiatrijos ir medicininės reabilitacijos

Ligoninių lovų skaičiaus augimo santykiniam Lietuvos gyventojų skaičiui dinamikos kaita pavaizduota 1 paveiksle. Nesunku pastebėti, kad iki 1985 metų lovų skaičiaus kreivė kilo aukštyn, ypač spartų augimo tempą įgaudama 1940–1985 metų laikotarpiu. Tokiu būdu buvo sukurta stacionaro paslaugų pagrindu veikusi ir ypač brangiai kainavusi Lietuvos sveikatos priežiūros sistema.

Nors nuo 1985 metų Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis lovų skaičius jau pradėjo nežymiai mažėti, tuo laikotarpiu 10 000 gyventojų jų skaičius daugiau negu du kartus viršijo Europos Sąjungos vidurkį.

Tokia sveikatos priežiūros paslaugų pasiskirstymo situacija nulėmė neracionalias visų sveikatos priežiūros išlaidų pasiskirstymo proporcijas. Beveik  $\frac{2}{3}$  visų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų buvo panaudojama stacionaro paslaugų apmokėjimui ir tik  $\frac{1}{3}$  – ambulatorinių paslaugų apmokėjimui.

Įvertinus sovietiniu laikotarpiu vykdytą sveikatos politiką ir jos padarinius, po Nepriklausomybės atgavimo Lietuvoje buvo pradėta formuoti iš esmės nauja valstybės sveikatos politika, kurioje dominuojantį vaidmenį pradėjo vaidinti sveikatos priežiūros sistemos orientacija į ligų profilaktiką, sveiką gyvenimą ir gyvenimo kokybės užtikrinimą, į sveikatos išsaugojimą, išteklių panaudojimo perorientavimą ne ligų gydymui, o kelio ligoms užkirtimui. Šiuo laikotarpiu įvyko esminiai stacionarių paslaugų apimčių tendencijų pokyčiai ir lovų skaičiaus bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse kitimo tendencijos lūžis (1 pav.). Ilgą laikotarpį vykusį lovų skaičiaus didėjimo tendencija transformavosi į lovų skaičiaus palaipsnių mažėjimą.



### 1 paveikslas. Lovų skaičiaus dinamika Lietuvoje

Šaltiniai: duomenys iš Lietuvos statistikos metraščių ir Lietuvos sveikatos informacijos centro leidinių

Nauja sveikatos politika ir tolimesnės sveikatos priežiūros sistemos plėtros samprata buvo įtvirtinta pagrindiniuose strateginiuose dokumentuose – Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje<sup>293</sup>, ir šios koncepcijos nuostatas detalizavusiame dokumente – Lietuvos sveikatos programoje<sup>294</sup>. Šiuose dokumentuose buvo akcentuotas būtinumas perorientuoti sveikatos priežiūros

<sup>293</sup> Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I–1939 (Žin., 1991, Nr. 33–893).

<sup>294</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII–833 (Žin., 1998, Nr. 64–1842).

sistemą į ligų profilaktiką, kiekvieno atsakomybės už savo sveikatos išsaugojimą ugdymą, aktyvios sveikatos politikos įgyvendinimą.

Nors po Nepriklausomybės atgavimo priimtuose Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos plėtros strateginiuose dokumentuose jau buvo suformuoti esminiai sveikatos politikos pokyčiai, spartesniam ir efektyvesniam sistemos pertvarkymui buvo būtini konkretūs politinių sprendimų įgyvendinimo veiksmai ir priemonės. 2002 metais buvo pradėtas rengti ir įgyvendinti kompleksinis, vientisas ir nuoseklus visos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimo procesas.

Tokių sprendimų būtinumą sustiprino ir 2003 metais pradėta vykdyti Lietuvos sveikatos programos vertinimo analizė, kurios rezultatai buvo patvirtinti sveikatos apsaugos ministro įsakymu<sup>295</sup> ir išleisti atskiru leidiniu<sup>296</sup>. Analizė parodė, kad didžioji dalis siekių, tikslų ir uždavinių, kurie buvo numatyti Lietuvos sveikatos programoje nebuvo vykdomi, o pasibaigus Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpiui nebus pasiekti. Tai vertė ieškoti iškeltų uždavinių nepakankamo vykdymo priežasčių ir imtis neatidėliotinų priemonių sveikatos priežiūros sistemos raidos krypčių ir vykdomos politikos sprendimų koregavimui.

Restruktūrizavimo procesas prasidėjo nuo Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos parengimo.

## **Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija**

Sveikatos apsaugos ministras 2002 m. birželio 12 d. įsakymu Nr. 274 sudarė Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisiją ir patvirtino jos nuostatas. Komisijai buvo pavesta parengti Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektą. Sukurtosios komisijos atlikta išsami esamos Lietuvos situacijos analizė, Europos Sąjungos valstybių sveikatos priežiūros sistemų plėtros patirties ir pagrindinių politinių nuostatų tyrimai parodė, kad restruktūrizavimo išvakarėse Lietuvoje turėjome 1,5 karto daugiau ligoninių ir 1,6 karto daugiau lovų, tenkančių 10 000 gyventojų, negu vidutiniškai Europos šalyse. Europos šalyse 100 gyventojų teko 18,1 hospitalizacijų, o vieno paciento gydymo ligoninėje trukmė vidutiniškai sudarė 6,9 dienos, Lietuvoje stacionaruose gydėsi 23,2 iš 100 gyventojų, o vidutinė jų gulėjimo ligoninėje trukmė siekė 10,04 dienos. Komisija, vykdydama jai pavestą užduotį, parengė dokumentų paketą, iš kurių svarbiausias buvo Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos projektas. Parengtas projektas buvo plačiai aptartas ir išdiskutuotas su visuomeninėmis organizacijomis, apskričių ir savivaldybių atstovais, akademine visuomene, sveikatos priežiūros įstaigų vadovais ir specialistais. Projektas taip pat buvo svarstomas išplėstiniuose Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto, Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto, Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos

---

<sup>295</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 (Žin., 2004, Nr. 160–5860).

<sup>296</sup> „Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija“, Vilnius, 2004.

posėdžiuose. Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 patvirtino Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją<sup>297</sup>.

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos tikslai, uždaviniai ir prioritetai buvo suformuoti visam restruktūrizavimo laikotarpiui – 2003–2008 metams, o kriterijai ir siekiami rezultatai tik pirmajam restruktūrizavimo etapui – 2003–2005 metams. Taip pat buvo įteisinta nuostata, kad kriterijai ir siekiniai antrajam restruktūrizavimo etapui – 2006–2008 metams – bus suformuoti antrajame 2005 metų pusmetyje, įvertinus pasiektus pirmojo etapo rezultatus.

Pagrindiniai minėtosios strategijos tikslai:

- sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas;
- teikiamų paslaugų apimtys ir struktūros optimizavimas pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

Strategijoje buvo numatyta restruktūrizavimo procesą vykdyti dviem etapais:

- pirmasis etapas – 2003–2005 metai;
- antrasis etapas – 2006–2008 metai.

Minėtajame dokumente buvo suformuotos trys prioritetingos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimo kryptys, kurios įtvirtino iš esmės naują požiūrį į tolimesnę sveikatos priežiūros sistemos plėtrą:

- pirmoji kryptis – ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra;
- antroji kryptis – stacionariųjų paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra;
- trečioji kryptis – medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtra, daugiausia dėmesio skiriant vyresniojo amžiaus žmonių sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui.

Savivaldybėms, įgyvendinančioms pirmosios restruktūrizavimo krypties nuostatas ir rengiančioms pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymą kaimo vietovėse planą, buvo siūloma vadovautis šiais kriterijais:

- gyventojų išsidėstymo tankumu;
- gyventojų amžiaus struktūra;
- gyventojų sveikatos būklės rodikliais;
- laiku, per kurį pacientas gali pasiekti sveikatos priežiūros įstaigą;
- transporto tinklo išvystymu toje teritorijoje;
- atstumais iki sveikatos priežiūros įstaigos;
- gyventojų traukos centrais (bažnyčios, prekybos taškai, seniūnijos, visuomeniniai centrai ir kt.).

Antrosios restruktūrizavimo krypties nuostatų įgyvendinimui buvo nustatyti šie siektini rezultatai:

- hospitalizacijos rodiklis 100 savivaldybės gyventojų – 18 ligonių (be reanimacijos, medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo);

---

<sup>297</sup> Žin., 2003, Nr. 28–1147.



- vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė Lietuvos mastu – 8 dienos, terapijos, pediatrijos ir chirurgijos profiluose – 7, akušerijos – 4, psichiatrijos – 28, tuberkuliozės – 48, reabilitacijos – 23 dienos;
- lovos užimtumas terapijos, chirurgijos, psichiatrijos, tuberkuliozės ir reabilitacijos profiluose – 300–320 dienų per metus, pediatrijos profilyje ir infekcinių ligoninių ar infekcinių skyrių ligoninėse – 280–300 dienų per metus, akušerijos profilyje – 230–250 dienų per metus;
- minimalus gimdymų skaičius per metus – 300 gimdymų;
- minimali gulėjimo trukmė iki operacijos – 3 dienos, o minimalus sudėtingų operacijų skaičius per metus – pagal Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytą normatyvą.

Stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimui buvo nustatyti šie kriterijai:

- stacionarių paslaugų apimtis, suteikta įstaigose, esančiose savivaldybės teritorijoje, kurioje jie gyvena;
- stacionarių paslaugų apimtis, suteikta gyventojams kitų savivaldybių teritorijose veikiančiose įstaigose;
- stacionarių paslaugų apimtis, suteikta gyventojams, atvykusiems iš kitų savivaldybių;
- stacionarių paslaugų apimties sumažėjimas, pakeitus jas pirminio ir antrinio lygio ambulatorinėmis paslaugomis;
- sveikatos priežiūros įstaigos pastarųjų dvejų metų rentabilumo rodikliai.

Trečiosios krypties nuostatų, susijusių su medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtra, įgyvendinimui buvo nustatytas 0,8–1,2 lovų skaičiaus 1 000 gyventojų kriterijus ir siekiamas 330 dienų per metus lovos užimtumo rezultatas.

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos nuostatų įgyvendinimas buvo konkretizuotas savivaldybėms parengiant ir patvirtinant pirminės sveikatos priežiūros plėtros planus (programas) ir apskritims parengiant bei sveikatos apsaugos ministrui patvirtinant apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus.

## **Pirmasis 2003–2005 metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas**

Per pirmąjį 2003 metų pusmetį savivaldybės parengė, suderino su savivaldybių tarybomis ar regionų plėtros tarybomis ir patvirtino pirminės sveikatos priežiūros plėtros planus.

Iki 2003 metų pabaigos apskritys, kartu su savivaldybėmis ir Sveikatos apsaugos ministerija, parengė ir pateikė tvirtinimui apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus. Didžiausių ir svarbiausių Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų projektai buvo apsvarstyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto posėdyje dalyvaujant visoms suinteresuotoms šalims. Suderinti šie ir kitų apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų projektai deleguoti tvirtinti sveikatos

apsaugos ministru. Sveikatos apsaugos ministras 2003 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-754<sup>298</sup> patvirtino Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus, 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-804<sup>299</sup> – Alytaus, Klaipėdos, Marijampolės, Panevėžio, Šiaulių, Tauragės, Telšių ir Utenos apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus. Planuose buvo suformuotos konkrečios priemonės Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintoms Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos nuostatų įgyvendinimui, numatyti atsakingi šių priemonių vykdytojai ir įgyvendinimo terminai. Nuolatinės proceso stebėsenos ir priemonių vykdymo eigos kontrolės užtikrinimui visos apskritys buvo įpareigosios už kiekvieną praėjusį pusmetį teikti ataskaitas Sveikatos apsaugos ministerijai apie restruktūrizavimo priemonių įgyvendinimą.

Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos politikai pastaraisiais metais ypatingą dėmesį skyrė esmei sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros pertvarkai, daugiau ir išsamiau panagrinėsime restruktūrizavimo proceso efektyvumą ir pasiektus konkrečius pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatus.

Pasiekti pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatai davė pakankamai žymius teigiamus poslinkius įgyvendinant pagrindines valstybės sveikatos politikos nuostatas. Šiuos poslinkius geriausia išryškinti lyginant sveikatos sistemos būklę apibūdinančius rodiklius restruktūrizavimo proceso išvakarėse ir pasibaigus pirmajam 2003–2005 metų restruktūrizavimo etapui.

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis (atkreiptinas dėmesys, kad šio centro duomenų bazėje atskirais vienetais apskaitomos ne tik juridinio asmens statusą turinčios įstaigos) restruktūrizavimo proceso išvakarėse Lietuvoje buvo:

- 195 ligoninės, iš jų 189 valstybės ir savivaldybių ir 6 privačios.
- valstybės ir savivaldybių įstaigos pagal teikiamų paslaugų pobūdį pasiskirstė taip:
- bendrojo pobūdžio, specializuotos ir reabilitacijos įstaigos – 112,
- medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo įstaigos – 77;
- 894 ambulatorinės įstaigos, iš jų 436 valstybės ir savivaldybių, 458 privačios;
- 31 628 lovos, iš jų 31 523 valstybės ir savivaldybių ligoninėse (iš jų 2 914 – medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo ligoninėse), 105 privačiose stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Pagrindiniai turimo lovų fondo panaudojimo rodikliai pateikti 2 lentelėje.

- Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė (be medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo) – 10,04 dienos;
- lovos užimtumas – 283,7 dienos;
- hospitalizacijos rodiklis – 23,2 ligonio 100 gyventojų;
- lovos apyvarta – 28,25 paciento.

---

<sup>298</sup> Žin., 2004, Nr. 7–153.

<sup>299</sup> Žin., 2004, Nr. 30–999.

**2 lentelė. 2001 metų pagrindinių Lietuvos rodiklių palyginimas su Europos šalių rodiklių vidurkiais**

Rodiklio pavadinimas	Lietuva 2001 m.	Europos šalių vidurkis	Lietuvoje palyginus su ES (%)
Ligoninių skaičius 100 000 gyventojų	5,03	3,45 (1999 m)	145,8
Lovų skaičius 10 000 gyventojų	93,8	59,6 (1999 m)	157,4
Gydytojų skaičius 1000 gyventojų	4,03	3,88 (2000 m)	103,9
Hospitalizuojama ligonių 100 gyventojų	23,2	18,1 (1989 m)	128,2
1 pacientas vidutiniškai guli ligoninėje (dienų)	10,04	6,9 (1998 m)	145,5
Vidutinis lovos užimtumas per metus (dienų)	284	263–300	108 – 95

*Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centro leidiniai, sveikatos priežiūros įstaigų ataskaitos, Pasaulio sveikatos organizacijos ataskaitos*

Patvirtintuose 10 apskričių restruktūrizavimo planuose, atsižvelgiant į Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje numatytus siekius ir tikslus, iki 2005 metų pabaigos, palyginti su 2002 metų ataskaitiniais duomenimis, buvo numatyti tokie sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų struktūros pokyčiai:

- apsilankymų skaičių pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose padidinti 18,6 procento;
- pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir šeimos gydytojų skaičių padidinti 45 procentais. Buvo planuojama, kad 2005 metų pabaigoje šeimos gydytojai aptarnaus iki 78 procentų visų gyventojų;
- gydytojų specialistų ambulatorinių konsultacijų skaičių padidinti 14,8 procento;
- dienos stacionaro ir dienos chirurgijos vietų skaičių padidinti 8,8 karto;
- sumažinti lovų skaičių bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse, kad lovų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų sumažėtų iki 5,2 lovų;
- iš bendro lovų skaičiaus, akušerijos lovų skaičių sumažinti maždaug 350;
- vystant medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugas, lovų skaičių padidinti 25 procentais, kad 1000 Lietuvos gyventojų tektų 1,1 medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo lovos;
- patvirtintuose apskričių restruktūrizavimo planuose numatyta 1,7 tūkstančio padidinti slaugos specialistų skaičių.

Praėjus pusei pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo, pasiektų rezultatų vertinimui sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo sudaryta komisija sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo eigai vertinti. Ši komisija kartu su Lietuvos apskričių, savivaldybių ir teritorinių ligonių kasų atstovais išanalizavo ir apsvarstė visų dešimties apskričių patvirtintų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo eigą, užduočių vykdymo rezultatus ir aptarė kai kurių

restruktūrizavimo rodiklių nevykdymo priežastis, numatė priemones tolimesniam šių planų įgyvendinimui.

Pasibaigus pirmajam 2003–2005 metų restruktūrizavimo etapui ir įvertinus jo rezultatus, buvo nustatyta, kad šalies mastu įvyko šie pagrindinių sveikatos apsaugos sistemos rodiklių pokyčiai:

- vienam gyventojui tenkantis apsilankymų pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus skaičius išaugo nuo 3,7 iki 3,9 apsilankymų.
- hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų sumažėjo nuo 23,2 iki 20,2 ligonio. Tai reiškia, kad iki restruktūrizavimo pradžios kasmet daugiau kaip 23 gyventojai iš 100 buvo gydomi ligoninėse. Po pirmojo restruktūrizavimo etapo iš 100 gyventojų ligoninėse gydomų skaičius sumažėjo 3 ligoniais;
- vienas pacientas vidutiniškai gydėsi ligoninėje 2 dienomis trumpiau, nes vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė sutrumpėjo nuo 10 iki 8 dienų;
- lovos užimtumas padidėjo nuo 284 iki 308 dienų;
- lovos apyvarta pagerėjo nuo 28 iki 35 pacientų.

Efektyvesnė tapo sveikatos priežiūros paslaugų struktūra:

- vienu penktadaliu arba 5000 lovų sumažintas lovų skaičius bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse;
- stacionariųjų paslaugų apimtis sumažėjo 8 procentais;
- ambulatorinės paslaugos išaugo 6 procentais;
- slaugos apimtys išaugo 15 procentų;
- įsteigta 600 dienos stacionaro vietų.

Kaip rodo konkretūs tokių priemonių įgyvendinimo pavyzdžiai, ambulatorinės grandies plėtra, stiprinant konsultacinių poliklinikų infrastruktūrą ir įgyvendinant kitas priemones, sudaro galimybes iš esmės spręsti pacientų eilių mažinimo pas antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius gydytojus konsultantus problemą, sutrumpinti pacientų ištyrimo ir diagnozės nustatymo laiką, pagerinti tyrimų kokybę, tolygiau paskirstyti gydytojų darbo krūvius ir kt. Vienas iš pavyzdžių – Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pateiktais duomenimis, įdiegus ambulatorinių paslaugų plėtros programą, patekimo pas gydytojus specialistus laikas šioje sveikatos priežiūros įstaigoje per pirmąjį restruktūrizavimo etapą sutrumpėjo sekančiai: pas kardiologą nuo 35 iki 20 dienų, pas endokrinologą – nuo 40 iki 30, pas neurologą – nuo 10 iki 2, pas oftalmologą – nuo 6 iki 3, pas urologą – nuo 20 iki 10, pas akušerį–ginekologą – nuo 25 iki 14, pas nefrologą – nuo 20 iki 14 dienų. Pas otolaringologą, chirurgą, traumatologą–ortopedą, infektologą, dermatovenerologą, vaikų ligų gydytoją konsultantą ir proktologą galima patekti jau tą pačią dieną.

Reorganizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, ligoninių skaičius Lietuvoje sumažėjo 22 juridiniais vienetais:

- Šv. Jokūbo ligoninė Vilniuje reorganizuota skaidymo būdu, išdalijant paslaugas Vilniaus miesto universitetinei ligoninei ir Vilniaus greitosios pagalbos universitetinei ligoninei;
- Vilniaus Centro ligoninė prijungta prie Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų;

- Respublikinė tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, Respublikinė Santariškių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, Vilniaus tuberkuliozės ligoninė, Vilniaus apskrities Vyžulionių tuberkuliozės ligoninė ir Vilniaus universitetinė infekcinė ligoninė sujungtos, suvienijant jas į naują juridinį asmenį Respublikinę tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninę;
- Respublikinė universitetinė ligoninė Vaiko raidos centras prijungta prie Vilniaus universiteto vaikų ligoninės;
- Kauno klinikinė infekcinė ligoninė prijungta prie Kauno 2-osios klinikinės ligoninės;
- Kauno P. Mažylio gimdymo namai prijungti prie Kauno 2-osios klinikinės ligoninės;
- Viršūžiglio reabilitacijos ligoninė ir Kauno Romainių tuberkuliozės ligoninė filialo teisėmis prijungtos prie Kauno medicinos universiteto klinikų, Kulautuvos tuberkuliozės ligoninė tapo Romainių tuberkuliozės ligoninės filialo struktūriniu padaliniu;
- Garliavos ligoninė prijungta prie Kauno apskrities ligoninės;
- Kauno medicinos universiteto Onkologijos ligoninė filialo teisėmis prijungta prie Kauno medicinos universiteto klinikų;
- Kauno psichiatrijos ligoninė prijungta prie Kauno apskrities ligoninės;
- Skuodo ligoninė filialo teisėmis prijungta prie Klaipėdos apskrities ligoninės;
- Palangos ligoninė filialo teisėmis prijungta prie Klaipėdos jūrininkų ligoninės;
- Klaipėdos vaikų tuberkuliozės ligoninė „Smiltelė“ skyriaus teisėmis prijungta prie Klaipėdos tuberkuliozės ligoninės;
- Šilutės vaikų tuberkuliozės ligoninė „Eglutė“ filialo teisėmis prijungta prie Klaipėdos tuberkuliozės ligoninės;
- Priekulės palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė reorganizuota skaidymo būdu, išdalijant paslaugas Klaipėdos ligoninei ir Gargždų ligoninei;
- Pagryžuvio tuberkuliozės ligoninė prijungta prie Šiaulių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninės;
- Panevėžio tuberkuliozės ligoninė prijungta prie Panevėžio infekcinės ligoninės.

Iš rajono ligoninių, kuriose gimdymų skaičius neatitiko Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje patvirtinto minimalaus 300 gimdymų per metus skaičiaus, gimdymo paslaugos perkeltos į kitų rajonų akušerijos skyrius, taip užtikrinant geresnį gimdyvių ir naujagimių saugumą bei paslaugų kokybę. Akušeriniai skyriai uždaryti Druskininkų, Ignalinos rajono, Kupiškio, Molėtų, Naujosios Akmenės, Pakruojo, Plungės, Prienų, Skuodo, Šilalės, Varėnos, Zarasų ligoninėse.

Kai kuriose ligoninėse, kur dėl itin mažų tam tikrų profilių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo apimčių negali būti užtikrintas reikiamas šių paslaugų saugumas pacientams, buvo uždaryti arba sujungti neurologijos, tuberkuliozės, kardiologijos, infektologijos ir kiti skyriai. Lazdijų ligoninėje buvo sujungti Traumatologijos ir Chirurgijos skyriai, Visagino ligoninėje uždarytas Infektologijos skyrius, Zarasų ligoninėje uždarytas Tuberkuliozės skyrius, Naujosios Akmenės ligoninėje sujungti Chirurgijos ir Traumatologijos skyriai bei Neurologijos ir Terapijos skyriai, Radviliškio ligoninėje sujungti Neurologijos ir Terapijos skyriai, Šilalės rajono

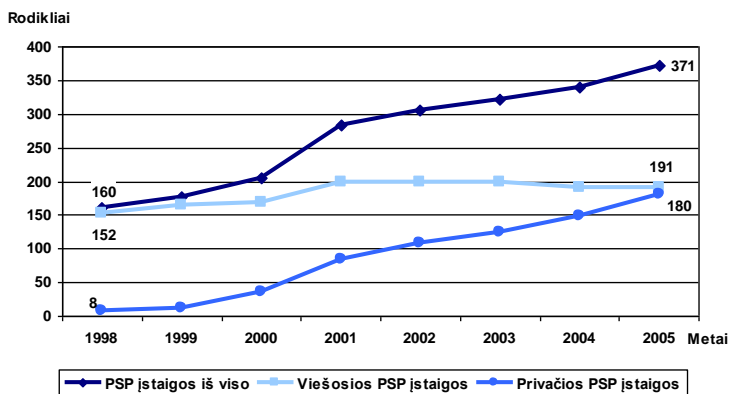
ligoninėje sujungti Neurologijos ir Terapijos skyriai, Kupiškio ligoninėje sujungti du terapiniai skyriai, Druskininkų ligoninėje Kardiologijos skyrius sujungtas su Terapijos skyriumi, Kauno 2-ojoje klinikinėje ligoninėje sujungti Reanimacijos ir Hemodializės skyriai, iš Vilkaviškio ligoninės tuberkuliozės paslaugos perkeltos į Marijampolės ligoninę ir kt.

Didžiųjų Lietuvos miestų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo problemos papildomai buvo nagrinėjamos Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto posėdžiuose, ypatingą dėmesį sutelkiant ligoninių koncentravimui į stambesnius juridinius vienetus ir atsisakant ligoninėms priklausančių perteklinių patalpų plotų. Minėtuosiuose posėdžiuose buvo plačiai atstovaujama visų šalių interesams ir vertinami visi siūlomų alternatyvų teigiami ir neigiami padariniai, tai sudarė prielaidas priimti racionaliausią sprendimą:

- 2005 m. balandžio 13 d. vykusiame Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto posėdyje išnagrinėjus Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų tolimesnio restruktūrizavimo eigą priimtas sprendimas Vilniaus mieste suformuoti tris ligoninių kompleksus, iš kurių vienas būtų pavaldus Sveikatos apsaugos ministerijai, antrasis – Vilniaus apskrities administracijai, trečiasis – Vilniaus miesto savivaldybės tarybai. Įgyvendinant šį sprendimą ir sujungiant ligonines planuojama išlaisvinti 92 000 m<sup>2</sup> ligoninių eksploatuojamo ploto;
- analogiškas sprendimas priimtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto 2005 m. lapkričio 9 d. posėdyje apsvarsčius Kauno miesto sveikatos priežiūros įstaigų tolimesnio restruktūrizavimo eigą;
- 2005 m. liepos 15 d. Lietuvos Respublikos Ministro Pirmininko potvarkiu Nr. 189 buvo sudaryta speciali ekspertų darbo grupė Kauno medicinos universiteto onkologijos ligoninės ir Kauno medicinos universiteto klinikų reorganizavimo tikslingumui išnagrinėti ir įvertinti. 2006 m. kovo 16 d. pasitarimo pas Ministrą Pirmininką metu buvo nuspręsta konkurso būdu pasitelkti nepriklausomus ekspertus, kurie įvertintų, kaip pasikeistų paslaugų prieinamumas ir kokybė onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams po Kauno medicinos universiteto onkologijos ligoninės prijungimo prie Kauno medicinos universiteto klinikų.

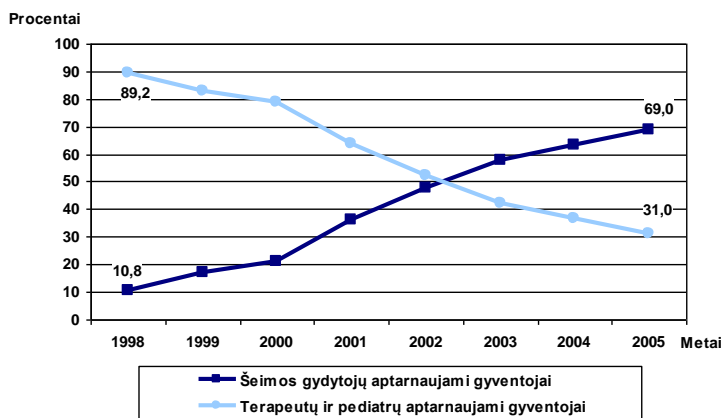
Detaliau apibūdinant pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros decentralizavimo procesą, galima konstatuoti, kad Lietuvoje augo ir valstybinių, ir privačių pirminio lygio paslaugas teikiančių įstaigų skaičius. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis 2005 metais Lietuvoje buvo 371 asmens sveikatos priežiūros įstaiga, turinti juridinio asmens statusą ir sudariusi sutartį su teritorinėmis ligonių kasomis – 191 valstybinė įstaiga ir 180 privačių įstaigų. Lyginant su 1998 metais privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų skaičius išaugo 2,3 karto (žiūr. 2 pav.).

Dėl šeimos gydytojų institucijos stiprinimo reikšmingai padidėjo šeimos gydytojų skaičius ir šių gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalis. Iš viso išduota 2081 šeimos gydytojo licencija. 2005 metais šeimos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalis sudarė 69 procentus, kitų gydytojų – 31 procentą (3 pav.).



2 paveikslas. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus kitimas per pirmąjį restruktūrizavimo etapą

Šaltinis: Valstybinės ligonių kasos duomenys



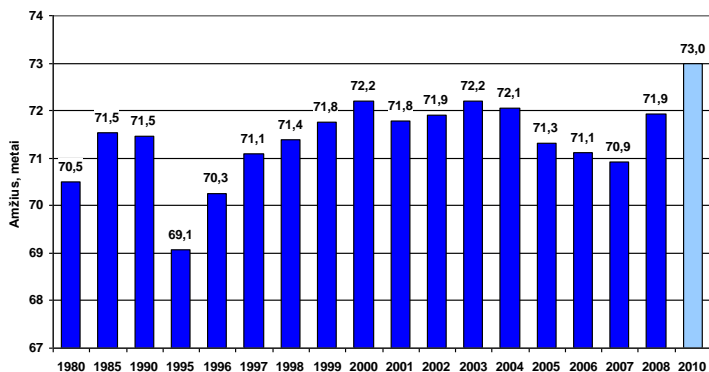
3 paveikslas. Šeimos gydytojų ir kitų gydytojų aptarnaujamų gyventojų proporcijų kitimas per pirmąjį restruktūrizavimo etapą

Šaltinis: Valstybinės ligonių kasos duomenys

Šeimos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalis, palyginti su 1998 metais, išaugo 58 procentiniais punktais. 2005 metų duomenimis bendras pas šeimos gydytojus prisiregistravusių gyventojų skaičius buvo 3 478 985, iš jų: valstybinėse įstaigose – 2 794 623 (80,3 procento), privačiose – 684 362 (19,7 procento) gyventojai. Vidutinis prisiregistravusiųjų valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose pas vieną gydytoją skaičiaus yra 1338,2, privačiose – 1033,1. Prisiregistravusiųjų viešosiose ir privačiose įstaigose gyventojų amžiaus vidurkis beveik nesiskiria – atitinkamai

38,22 ir 38,19 metų. Vidutinis apsilankymų valstybinėse įstaigose skaičius per metus yra 4382, o privačiose – 3246. Valstybinėse įstaigose per dieną pas vieną gydytoją apsilanko vidutiniškai 19,7 paciento, privačiose – 14,6 paciento.

Apibendrinant pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus, galima daryti išvadą, kad pagrindiniai sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo rodikliai pagerėjo, tačiau vidutinei tikėtina gyvenimo trukmei ir kitiems išvestiniams sveikatos rodikliams tai dar nepadarė reikšmingesnės įtakos. 4 paveiksle pavaizduoti Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės tendencijų pokyčiai, kad šis rodiklis pirmaisiais restruktūrizavimo metais – 2003 metai – lyginant su 2002 metais, išaugo nuo 71,91 metų iki 72,19 metų, tačiau laikotarpio pabaigoje – 2005 metai – buvo 71,32 metai. Tenka konstatuoti ir tai, kad gerėjant stacionarinės grandies veiklos efektyvumui, stacionarinis letališkumas ir toliau augo nuo 1,97 iki 2,28 procento. Ambulatorinių paslaugų apimtys padidėjimas, senstanti populiacija, kuriai, dažniausiai, būdinga daugybinė patologija, lemia palyginti didesnį sudėtingesnių atvejų gydymą stacionaruose, o tai objektyviai daro įtaką letališkumo rodiklio augimui. Išanalizavus stacionarinio letališkumo ir bendrojo mirtingumo pokyčius pagal amžiaus grupes, matyti, kad 15–44 metų ir vyresnių nei 65 metai gyventojų amžiaus grupėse stacionarinio letališkumo pokytis buvo žymiai didesnis (atitinkamai 8,3 ir 15,1 procento) nei bendrojo mirtingumo pokytis (atitinkamai 3,0 ir 6,5 procento). Šie rezultatai rodo, kad stacionariųjų paslaugų sumažinimas nepablogino šių paslaugų prieinamumo nei jauniems, nei pagyvenusiems pacientams.



**4 paveikslas. Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dinamika (2010 metais nurodytas Lietuvos sveikatos programoje užfiksuotas šio rodiklio siekis)**

Šaltiniai: Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės metraščiai

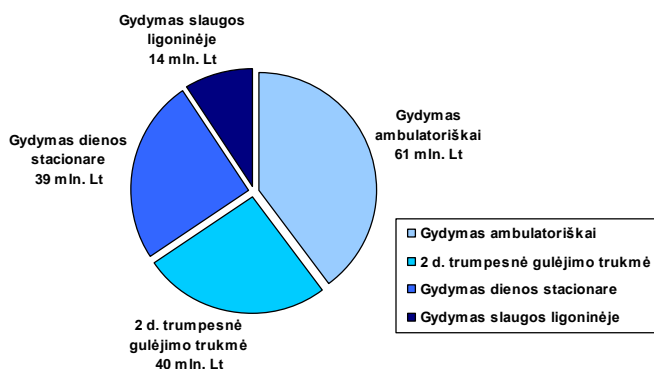
Nors trejų metų laikotarpis yra per trumpas stebėti reikšmingesnę šių procesų poveikį Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pokyčiams, tačiau pastebima, kad kai kurių rodiklių tendencijoms minėtieji procesai turėjo teigiamą įtaką.

Ekonominiu požiūriu pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatai davė nemažą 154 mln. litų ekonominį efektą (5 pav.), kuris buvo



nukreiptas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei bei medikų darbo sąlygoms gerinti:

- dviem dienomis trumpesnis vieno ligonio gydymas ligoninėje leido sutaupyti 40 mln. litų;
- dalies ligonių gydymo ligoninėje pakeitimas ambulatoriniu jų gydymu sutaupė 61 mln. litų;
- intensyvaus gydymo pakeitimas gydymu slaugos ligoninėje davė 14 mln. litų ekonominį efektą;
- gydymo ligoninėje pakeitimas gydymu dienos stacionare sutaupė 39 mln. litų.



### 5 paveikslas. Ekonominis pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo efektas

Šaltiniai: Apskričių administracijų ir savivaldybių ataskaitų duomenys

Teigiamus pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus lėmė šie esminiai veiksniai:

- sistemingai ir nuosekliai parengta bei plačiai išdiskutuota teisinė bazė, problemų nagrinėjimas Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto bei Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdžiuose, dalyvaujant apskričių, savivaldybių, sveikatos priežiūros įstaigų, akademinės visuomenės, visuomeninių ir pacientų interesus atstovaujančių organizacijų ir kitų suinteresuotų šalių atstovams;
- restruktūrizavimo proceso tęstinumo užtikrinimas nepriklausomai nuo politinės valdžios pokyčių;
- visų restruktūrizavimo proceso priemonių koordinavimas ir nuolatinis stebėjimas, metodinių dokumentų rengimas kiekvienam restruktūrizavimo proceso žingsniui;
- betarpiškas ir aktyvus visų valdymo lygių – Sveikatos apsaugos ministerijos, apskričių ir savivaldybių – dalyvavimas restruktūrizavimo procese;
- nuolatinė apskričių ir savivaldybių atskaitomybė Sveikatos apsaugos ministerijai apie restruktūrizavimo priemonių įgyvendinimo eigą.

Pirmojo etapo restruktūrizavimo reikmėms panaudota 55 mln. litų.

Nurodytos lėšos panaudotos šių išlaidų padengimui:

- išėtinėms kompensacijoms – 14,4 mln. litų;
- patalpų pritaikymui kito pobūdžio sveikatos priežiūros paslaugoms teikti – 31,0 mln. litų;
- ambulatorinių paslaugų plėtrai – 9,6 mln. litų.

Išanalizavus nepilnai įgyvendintų pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo siekių ir uždavinių priežastis, pagrindinėmis iš jų laikytinos šios:

- savalaikiam atitinkamų priemonių įgyvendinimui trūko lėšų, nes restruktūrizavimas buvo vykdomas pačių įstaigų sutaupytais lėšomis ir iš dalies lėšomis, skirtomis iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto;
- kai kurių apskričių restruktūrizavimo planuose numatytų priemonių įgyvendinimui pasipriešino įstaigų steigėjai ar pačių įstaigų kolektyvai, dėl skirtingo įstaigų pavaldumo susiformavo prieštaringos steigėjų nuomonės;
- kai kuriose savivaldybėse, neatskyrus pirmojo ir antrojo lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių tarnybų, šeimos gydytojo institucija vystėsi blogiau, nepakankamai didėjo šių paslaugų kiekis ir asortimentas;
- nepalankios ir nevienodos, lyginant su viešosiomis įstaigomis, išliko privačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų plėtros sąlygos;
- anksčiau taikyti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo principai neskatino ambulatorinės slaugos paslaugų teikimo plėtros;
- vykstant reformai (stiprėjant šeimos gydytojo institucijai, atsirandant rinkoje naujiems efektyvesniems vaistams, naujoms medicinos technologijoms ir t.t.) nebeliko daugelio kaimo medicinos punktų funkcijų, tačiau ir toliau nemažos lėšos buvo skiriamos jų patalpų išlaikymui, užuot jas skyrus bendruomenės slaugytojų transporto išlaidoms padengti ir ambulatorinei slaugai plėtoti.

## **Antrasis 2006–2008 metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas**

Nuosekliai įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintą Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją ir siekiant toliau tobulinti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą atsižvelgiant į gyventojų sveikatos priežiūros poreikius, buvo patikslinti ir detalizuoti antrojo 2006–2008 metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo tikslai, uždaviniai ir įgyvendinimo priemonės. Šie tikslai, uždaviniai ir jų įgyvendinimo priemonės apibūdintos Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijoje. 2005 m. lapkričio 9 d. šiai strategijai pritarė Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komitetas, o 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647<sup>300</sup> patvirtino Lietuvos Respublikos Vyriausybė.

---

<sup>300</sup> Žin., 2006, Nr. 74–2827.

Siekiant įgyvendinti Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategiją, vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos pagrindiniais principais ir nuostatomis, buvo parengti ir sveikatos apsaugos ministro įsakymais 2007 m. kovo 21 d. Nr. V-171<sup>301</sup>, 2007 m. balandžio 4 d. Nr. V-231<sup>302</sup>, 2007 m. balandžio 25 d. Nr. V-297<sup>303</sup>, 2007 m. balandžio 27 d. Nr. V-300<sup>304</sup>, 2007 m. birželio 18 d. Nr. V-508<sup>305</sup>, 2007 m. balandžio 4 d. Nr. V-231<sup>306</sup>, 2007 m. rugpjūčio 27 d. Nr. V-705<sup>307</sup> patvirtinti visų dešimties apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo etapo restruktūrizavimo planai, numatant konkrečias priemones, atsakingus jų vykdytojus ir įgyvendinimo terminus.

Suformuotos antrojo restruktūrizavimo etapo nuostatos užtikrino pagrindinių strateginių sveikatos apsaugos sistemos plėtrą reglamentuojančių dokumentų įgyvendinimo tęstinumą ir vientisumą. Pagrindiniai antrojo restruktūrizavimo etapo tikslai:

- nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
- tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;
- tęsti sveikatos priežiūros įstaigų tinklo restruktūrizavimą;
- optimizuoti žmonių, finansinių ir materialinių išteklių panaudojimą.

Antrojo restruktūrizavimo etapo uždaviniai yra:

1) Plėtojant ir artinant prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, siekti, kad iki 2008 metų pabaigos ne mažiau kaip 60 procentų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teiktų privačiai dirbantys šeimos gydytojai, sudarantys sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl teikiamų paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.

Šis procesas skatinamas diegiant tokias priemones:

- supaprastinant gyventojų prisirašymo prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarką;
- diferencijuojant apmokėjimą už suteiktas paslaugas, atsižvelgiant į aptarnaujamos teritorijos gyventojų išsidėstymo tankumą (miestas/kaimas) ir jų amžiaus struktūrą;
- tobulinant finansinio skatinimo už profilaktinį darbą ir darbo rezultatų kokybę sistemą;
- valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatyme<sup>308</sup> įtvirtinant nuostatą, kad privatioms pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, sudariusioms sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis ir gaunančioms apmokėjimą už paslaugas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, suteikiama teisė naudotis valstybei ir savivaldybėms priklausančiomis patalpomis panaudos pagrindais.

---

<sup>301</sup> Žin., 2007, Nr. 36–1333.

<sup>302</sup> Žin., 2007, Nr. 41–1548.

<sup>303</sup> Žin., 2007, Nr. 48–1867.

<sup>304</sup> Žin., 2007, Nr. 50–1947.

<sup>305</sup> Žin., 2007, Nr. 74–2952.

<sup>306</sup> Žin., 2007, Nr. 41–1548.

<sup>307</sup> Žin., 2007, Nr. 94–3801.

<sup>308</sup> Žin., 1998, Nr. 54–1492; 2002, Nr. 60–2412.

2) Plačiai paplitusias ligas gydant arčiau gyventojų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, o aukštas technologijas koncentruojant universitetinėse ligoninėse ir ligoninėse, kuriose pacientų srautai yra didžiausi. Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą siūloma tobulinti šiomis priemonėmis:

- apskrityse (regionuose) įgyvendinant diferencijuotus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius, atsižvelgiant į nustatytus kriterijus (paslaugų poreikį, gyventojų sveikatos būklės rodiklius, gyventojų skaičių ir amžiaus struktūrą, įvažiuojančių ir išvažiuojančių gydytis kitur pacientų srautus, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą, esamus finansinius, materialinius bei žmonių išteklius ir kt.), apskrities (regiono) specifinius ypatumus, apskričių administracijų ir savivaldybių nuomonę, akademinės visuomenės, specialistų ir visuomeninių organizacijų siūlymus;
- kiekvieno iš minėtų modelių ambulatorinėje grandyje planuojama stiprinti konsultacinių poliklinikų infrastruktūrą ir skubios pagalbos–priėmimo skyrius, plėtoti ambulatorinės reabilitacijos, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas;
- optimizuojant stacionarinę grandį, savivaldybių ligoninėse numatoma stiprinti įstaigų infrastruktūrą labiausiai paplitusių ir nesudėtingų ligų gydymui, o sudėtingų ligų diagnostiką ir gydymą koncentruoti universitetų ir didžiųjų miestų ligoninėse, gerinant jų aprūpinimą modernia įranga ir pažangiausiomis technologijomis;
- užbaigiant įgyvendinti priemones, numatytas pirmojo restruktūrizavimo etapo apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose, kurios dėl objektyvių ar subjektyvių priežasčių nebuvo įgyvendintos per nustatytą laikotarpį.

3) Plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, siekti, kad iki 2008 metų ne mažiau 80 procentų šių paslaugų būtų integruota į bendrojo pobūdžio ligonines ir ne mažiau 50 procentų slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis.

Šis procesas skatinamas tokiomis priemonėmis:

- sukūriant ir įgyvendinant diferencijuotą slaugos paslaugų ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą;
- plėtojant slaugos paslaugas teikiamas pacientų namuose;
- plėtojant ambulatorinės slaugos apimtis ir formas;
- kuriant slaugos paslaugų dienos stacionarus.

4) Gerinant greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo kokybę ir operatyvumą, reorganizuoti greitosios medicinos pagalbos teikimo sistemą.

Šis procesas įgyvendinamas tokiomis priemonėmis:

- reorganizuojant šiuo metu savivaldybėse veikiančias 55 dispečerines tarnybas ir koordinuojant jų veiklą su Vidaus reikalų ministerijos sistemoje kuriamais bendrosios pagalbos centrais;
- įgyvendinant greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo programą ir siekiant, kad nuolat būtų atnaujinami senesni negu 7 metų automobiliai;

- dispečerinėse tarnybose ir greitosios medicinos pagalbos automobiliuose diegiant šiuolaikines ryšio priemones.

5) Gerinant reabilitacijos paslaugų kokybę, siekti, kad kiekvienos savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose būtų kuriami ambulatorinės reabilitacijos skyriai, o stacionarinė reabilitacija būtų optimizuojama.

6) Siekiant efektyvesnio sveikatos priežiūros išteklių naudojimo, tobulinti sveikatos priežiūros įstaigų turto valdymą.

Šis procesas įgyvendinamas diegiant tokias priemones:

- kaip dalininko įnašą viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduodant valstybei ir savivaldybėms priklausantį kilnojamąjį turtą (išskyrus brangią medicininę įrangą, kurios kriterijus nustato Sveikatos apsaugos ministerija), didinant viešosios įstaigos kapitalą;
- nekilnojamojo ir kilnojamojo turto (išskyrus brangią medicininę įrangą) amortizacinius atskaitymus įskaičiuojant į valstybės nustatomų sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, šias kainas padidinant minėtų amortizacinių atskaitymų dalimi;
- valstybės kapitalo investicijas naudoti tik brangiai medicininei įrangai įsigyti ir ypatingos svarbos objektams statyti;
- turto valdymo privataus ir valstybinio kapitalo partnerystės (ir koncesijos) pagrindais diegiant pilotinius projektus, o, pasiteisinus jų efektyvumui, priimant sprendimus dėl platesnio jų pritaikymo;
- lėšas, gautas pardavus sveikatos priežiūros įstaigų nenaudojamus pastatus, nukreipiant naujų sveikatos priežiūros objektų statybai, renovacijai ar įrangos įsigijimui.

7) Siekiant geresnės paslaugų kokybės ir adekvataus apmokėjimo už paslaugas, tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemą, naudojant šias priemones:

- palaipti didinant sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas;
- įvairiomis formomis skatinant konkurenciją tarp sveikatos priežiūros įstaigų;
- parengiant mokamų paslaugų teikimą reglamentuojančių teisės aktų pakeitimo (papildymo) projektus, numatant juose mokamų paslaugų kainų liberalizavimo principus ir tvarką.

8) Skatinant papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą, parengti ir įgyvendinti šiam tikslui reikalingų teisinių priemonių ir finansinių svertų kompleksą:

- nustatyti papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu draudžiamų arba privalomojo sveikatos draudimo lėšomis apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų „krepšelį“;
- skatinti gyventojus, jų darbdavius ir draudimo kompanijas plėtoti papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą ir tobulinti jo formas.

9) Stiprinant mokslo ir mokymo plėtos bazę, pagal galimybes numatyti didesnę finansavimą sveikatos moksliniams tyrimams ir plėtoti jų diegimą į praktiką, tobulinti specialistų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo sistemą.

Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslams ir uždaviniams įgyvendinti buvo numatyta naudoti Europos Sąjungos finansinę paramą, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų, taip pat kitų finansavimo šaltinių lėšas. Sėkmingam antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimui buvo apskaičiuotas papildomų investicijų į sveikatos apsaugos sistemą poreikis. Dalies šio lėšų poreikio padengimas buvo numatytas Nacionalinėje Lisabonos strategijos įgyvendinimo programoje<sup>309</sup>.

Kaip rodo aukščiau pateikti duomenys investicijos pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimui davė triskart didesnį ekonominį efektą. Buvo tikimasi, kad panašios ekonominio efektyvumo tendencijos išliks ir antrajame restruktūrizavimo etape. Sutaupytos lėšos ir toliau galės būti naudojamos sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų ir medikų darbo užmokesčio didinimui, įstaigų modernizavimui, įrangos atnaujinimui, pažangių technologijų diegimui ir kitoms sveikatos apsaugos sistemos reikmėms.

Taip pat buvo tikimasi, kad ir pirmojo, ir antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapų tikslų įgyvendinimas galiausiai teigiamai paveiks pagrindinių sveikatos apsaugos sistemos tikslų įgyvendinimą:

- vidutinės gyvenimo trukmės tendencijas;
- gyventojų sergamumo ir mirtingumo rodiklių pokyčius;
- gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikių ir jų patenkinimo galimybių subalansavimo laipsnį;
- sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę;
- sveikatos priežiūros įstaigų tinklo efektyvumą;
- naudojamų išteklių apimčių ir jų pasiskirstymo proporcijų pokyčius.

Antrojo restruktūrizavimo etapo priemonių įgyvendinimui iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto Paslaugų restruktūrizavimo programos buvo panaudota virš 142 mln. litų – renovacijai ir einamajam remontui atlikti, medicinos įrangai įsigyti, atleidžiamų darbuotojų išėtinėms kompensacijoms išmokėti. Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo programai įgyvendinti iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto Valstybės investicijų programos skirta 22,2 mln. litų, iš Europos Sąjungos 2007–2013 metų struktūrinių fondų (įskaitant bendrojo finansavimo lėšas) – 27,3 mln. litų.

Kokie sveikatos apsaugos sistemos pokyčiai įvyko įgyvendinant antrojo restruktūrizavimo etapo tikslus, uždavinius ir priemones?

Nemaži pokyčiai įgyvendinant valstybės politiką įvyko pirminės sveikatos priežiūros srityje. Vienas iš jų – toliau stiprėjo šeimos gydytojo institucija. Augo prie šeimos gydytojų prisirašiusių gyventojų skaičius. 2008 metais 73,3 procento visų gyventojų jau buvo prisirašę prie šeimos gydytojų ir tik mažiau kaip ketvirtadalis prie komandomis dirbančių vidaus ligų, vaikų ligų ir kitų gydytojų. Išaugo privačiai dirbančių šeimos gydytojų skaičius, kurių paslaugas gyventojai gali gauti tomis pačiomis sąlygomis kaip ir valstybinėse įstaigose. Pirminės sveikatos

---

<sup>309</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. lapkričio 22 d. nutarimas Nr. 1270 (Žin., 2005, Nr. 139–5019).

priežiūros įstaigų, dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, skaičius padidėjo nuo 197 – 2005 metais iki 212 – 2008 metais, o privačiai dirbančių šeimos gydytojų – atitinkamai nuo 632 iki 700. Prisirašiusių prie privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų gyventojų dalis periodo pabaigai išaugo iki 25,5 procento. Kai kuriose apskrityse, pavyzdžiui Telšių apskrityje, šis rodiklis sudarė 65,4 procento ir viršijo prisirašiusių prie valstybinių įstaigų gyventojų dalį. 2008 metais daugiau kaip trečdalis visų Marijampolės ir Klaipėdos apskričių gyventojų buvo prisirašę prie privačių šeimos gydytojų, mažiausiai gyventojų prie privačių šeimos gydytojų buvo prisirašę Utenos (0,9 procento) ir Vilniaus (13,4 procento) apskrityse.

Tobulinant apmokėjimą už pirminės sveikatos priežiūros paslaugas buvo didinamas skatinamųjų paslaugų kiekis, palyginti daugiau mokama už realiai suteiktas paslaugas, už kaimo gyventojų, vaikų ir vyresnių žmonių sveikatos priežiūrą. Buvo plėtojamos papildomų mokėjimų apimtys už ankstyvą piktybinių navikų diagnostavimą, fiziologinio nėštumo priežiūrą, vaikų iki vienerių metų, neįgaliųjų sveikatos priežiūrą, moksleivių paruošimą mokyklai ir kt. Nuo 2007 metų papildomų mokėjimų apimtys padidėjo ir už nėščiųjų kraujo tyrimus dėl ŽIV, sifilio, kraujo grupės nustatymą. Per visą antrojo restruktūrizavimo etapo laikotarpį pastebimai augo skatinamųjų paslaugų apimtys – 2006 metais jų suteikta už 2,7 mln. litų, 2007 metais – už 3,2 mln. litų, 2008 metais – už 3,8 mln. litų.

Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymu Nr. V–48<sup>310</sup> ir 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V–343<sup>311</sup> – buvo patvirtinti nauji pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodikliai: prevencinių programų, susijusių su ankstyva gimdos kaklelio ir priešinės liaukos vėžio diagnostika įgyvendinimas, vaikų ir suaugusių priežiūros intensyvumas, sergančiųjų lėtinėmis ligomis priežiūra. Siekis gerinti šiuos rodiklius, kai apmokama už suteiktas paslaugas, tapo viena iš pirminės priežiūros kokybę skatinančių priemonių.

Antrojo restruktūrizavimo etapo priemonėmis buvo tobulinama stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų struktūra – tobulinamas santykis tarp stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų apimčių, prioritetine tvarka plėtojamos dienos stacionaro ir dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos paslaugos, diegiama paslaugų stebėsenos sistema. Siekiant stiprinti ambulatorinę pagalbą, buvo tobulinamas teisinis specializuotų ambulatorinių paslaugų reglamentavimas, gerinama jų infrastruktūra. Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymu Nr. V–636<sup>312</sup> patvirtinus Siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiesiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašą, pagerėjo informacijos, kaip pasirinkti reikiamos profesinės kvalifikacijos gydytoją, kur trumpesnės laukimo eilės ir pan., pateikimas pacientams. Ši priemonė sudarė galimybę sumažinti laukimo eiles. Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 27 d. įsakymu Nr. V–

---

<sup>310</sup> Žin., 2008, Nr. 12–405.

<sup>311</sup> Žin., 2008, Nr. 54–2001.

<sup>312</sup> Žin., 2008, 76–3028.

336<sup>313</sup> ir 2008 m. sausio 18 d. įsakymu Nr. V-54<sup>314</sup> padidinus ambulatorinių paslaugų bazines kainas ir praplėtus gydytojų specialistų konsultacijų sąrašą, o sveikatos apsaugos ministro 2008 m. rugsėjo 4 d. įsakymu Nr. V-846<sup>315</sup>, 2008 m. spalio 10 d. įsakymu Nr. V-980<sup>316</sup> ir 2008 m. spalio 14 d. įsakymu Nr. V-986<sup>317</sup> patvirtinus ambulatorinių dermatovenerologijos, gastroenterologijos ir oftalmologijos paslaugų teikimo reikalavimus, buvo sudarytos galimybės stacionarinių paslaugų skaičiaus mažinimui, pakeičiant kai kurias stacionarines paslaugas ambulatorinėmis paslaugomis. Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymu Nr. V-304<sup>318</sup> buvo papildytas brangiųjų tyrimų ir procedūrų sąrašas. Dėl šių priemonių per antrąjį restruktūrizavimo etapą žymiai išaugo ambulatorinių paslaugų skaičius.

Nemažai priemonių buvo įgyvendinta optimizuojant stacionarinę pagalbą. Nuo 2007 metų įvesta nauja stebėjimo paslauga tiems atvejams, kai priėmimo–skubios pagalbos skyriuje apžiūrėjęs pacientą tiksliai įvertinti jo sveikatos būklės negalima, kai išleidžiant pacientą į namus gali kilti pavojus jo sveikatai ar gyvybei ar, kai neįmanoma užtikrinti saugaus paciento transportavimo.

Daug dėmesio buvo skiriama dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų plėtrai, įstaigose steigiant naujus skyrius, esamus skyrius renovuojant ir aprūpinant papildoma įranga ir technologijomis. Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymu Nr. V-45<sup>319</sup> buvo patvirtinti nauji dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimai, šių paslaugų sąrašas papildytas 86 paslaugomis, patikslintos bazinės kainos. Atitinkančios nustatytus reikalavimus įstaigos įgijo galimybę teikti iki 139 pavadinimų dienos chirurgijos paslaugų. Visų šių priemonių dėka gerokai išaugo dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų apimtys. Paskutiniaisiais antrojo restruktūrizavimo etapo metais (2008 m.) dienos stacionaro paslaugų buvo suteikta už 328 tūkst. litų, o dienos chirurgijos – už 106 tūkst. litų.

Plėtojant pažangesnes ir efektyvesnes sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formas, daug dėmesio buvo skiriama trumpalaikio – iki 72 val. – gydymo paslaugoms. Jų apimtys 1000 šalies gyventojų sparčiai augo – 2006 metais tokių atvejų buvo 15,2, 2007 metais – 39,9, 2008 m. – 42,4. Daugiausia tokių paslaugų santykiniam gyventojų skaičiui buvo suteikta Šiaulių ir Klaipėdos apskrityse.

Kadangi Lietuvoje aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius ir kiti su hospitalizacija susiję rodikliai yra apskaitomi kartu su slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo lovomis, iš 3 lentelės duomenų matyti, kad nežiūrint kai kurių pakankamai veiksmingų priemonių stacionaro paslaugų mažinimui, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, paliatyvios pagalbos paslaugų diegimas lėmė kai kurių stacionaro rodiklių augimą. Nuo 10 dienų iki 9,6 dienos sumažėjo vidutinė gulėjimo trukmė. Sumažėjęs vidutinei gulėjimo trukmei 0,4 punkto pagerėjo lovos

---

<sup>313</sup> Žin., 2006, Nr. 48–1741.

<sup>314</sup> Žin., 2008, Nr. 14–487.

<sup>315</sup> Žin., 2008, Nr. 106–4051.

<sup>316</sup> Žin., 2008, Nr. 121–4627.

<sup>317</sup> Žin., 2008, Nr. 121–4630.

<sup>318</sup> Žin., 2008, Nr. 14–486.

<sup>319</sup> Žin., 2008, Nr. 14–485.



apyvarta – t. y. padidėjo vidutiniškai vienoje lovoje per metus besigydančių ligonių skaičius. Didžiausią lovos apyvartą pasiekė Klaipėdos apskritis. Iš bendro lovų skaičiaus atėmus slaugos ir palaikomojo gydymo, reabilitacijos, tuberkuliozės ir psichiatrijos profilių lovas, jų skaičius mažėjo. 2006 metais tokių aktyvaus gydymo lovų buvo 17 052, 2007 metais – 16 948, 2008 metais – 16 703. Tenka pripažinti, kad pablogėjo lovos funkcionavimo rodiklis. Jeigu antrojo restruktūrizavimo etapo pradžioje (2006 m.) viena stacionaro lova per metus buvo užimta 293 dienas, tai laikotarpio pabaigoje (2008 m.) šis rodiklis sumažėjo iki 285,3 dienos. Aktyvaus gydymo stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų grupėje lovos funkcionavimo rodiklis 2008 metais sudarė 265,9 dienos arba 72,9 procento, tuo tarpu Europos Sąjungos šalyse šis rodiklis siekė 76 procentus. Didžiausias lovos funkcionavimo rodiklis bendroje lovų grupėje buvo pasiektas 2008 metais Panevėžio apskrityje, aktyvaus gydymo lovų – Šiaulių apskrityje.

**3 lentelė. Pagrindinių stacionaro veiklos rodiklių pokyčiai per antrąjį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapą 2006–2008 m. (be privačių)**

Rodiklio pavadinimas	2006 m.	2007 m.	2008 m.
Lovų skaičius (vnt.)	26 716	27 117	26 996
Lovų skaičius (10 000 gyventojų)	78,9	80,6	80,6
Hospitalizuota ligonių (tūkst. atvejų)	779,7	794,2	797,6
Hospitalizuota ligonių (100 gyventojų)	23,0	23,5	23,7
Vidutinė gulėjimo trukmė (dienomis)	10,0	9,8	9,6
Lovos apyvarta (pacientų)	29,2	29,6	29,6
Lovos funkcionavimas (dienomis)	293,0	291,5	285,3
Lovos užimtumas (%)	80,3	79,9	78,2

*Šaltinis: apskričių administracijų ir savivaldybių ataskaitų duomenys*

Lietuvoje kaip ir kitose pasaulio valstybėse stebimas demografinis visuomenės senėjimo procesas, auga lėtinėmis ligomis sergančių žmonių skaičius. 2006 metais 15,3 procento visų gyventojų sudarė vyresni nei 65 metų amžiaus žmonės. Prognozuojama, kad 2050 metais jų dalis išaugs iki 35 procentų, o tai reiškia, kad kas trečias Lietuvos gyventojas bus vyresnio amžiaus. Tokie demografiniai pokyčiai ir būtinumas gerinti senstančios visuomenės gyvenimo kokybę, neišvengiamai lemia didesnę pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį, slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtrą stacionaruose, pacientų namuose, dienos stacionaruose. 2003 metais Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintoje Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtrai buvo nustatytas kriterijus – 1000 gyventojų 0,8–1,2 medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo lovų. Valstybinės ligonių kasos duomenimis 2007 metais iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto buvo finansuojama 3 832 slaugos ir palaikomojo gydymo lovos. Tačiau vykstančių demografinių pokyčių tendencijos bylojo apie tai, kad toks kriterijus nebeatitiko Lietuvos gyventojų poreikį. Todėl sveikatos apsaugos

ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-342<sup>320</sup> buvo nustatyta, kad slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų, esant poreikiui, gali siekti 2,0 lovas. Palyginus 2006 ir 2008 metų duomenis šių lovų skaičius padidėjo 838 lovomis. Virš 41 procento slaugos ir palaikomojo gydymo lovų ir 20 procentų globos lovų buvo integruota į bendrojo pobūdžio ligonines.

Siekiant gerinti pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybę, išsaugant jų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje, sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026<sup>321</sup> buvo nustatyti slaugos paslaugų teikimo reikalavimai, kuriais siekiama plėtoti paslaugų teikimą pacientų namuose. Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 20 d. įsakymu Nr. V-476<sup>322</sup> buvo patvirtintas Slaugos paslaugų namuose apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas, numatantis galimybę tokias paslaugas teikti ir apmokėti pacientams, gyvenantiems socialinės globos paslaugas teikiančiose įstaigose.

Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14<sup>323</sup> buvo reglamentuota paliatyvios pagalbos vaikams ir suaugusiems, sergantiems nepagydomomis, progresuojančiomis ligomis, teikimo tvarka, o 2008 m. gegužės 16 d. įsakymu Nr. V-470<sup>324</sup> patvirtintos šių paslaugų bazinės kainos. Nuo 2008 metų gegužės mėnesio paliatyvios pagalbos paslaugos pradėtos finansuoti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Atsižvelgiant į paciento ligos būklę, ligonio ir jo artimųjų pageidavimą, paliatyvios pagalbos paslaugos gali būti teikiamos ambulatorinėmis sąlygomis, stacionare ar dienos stacionare. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pacientams apmokamos daugiausiai 120 dienų per kalendorinius metus stacionare teikiamos slaugos ir ilgalaikio gydymo paslaugos, apmokamų paliatyvios pagalbos paslaugų teikimo laikas neribojamas. Lietuvoje, atsižvelgiant į poreikius, numatoma įsteigti apie 180 paliatyvios pagalbos lovų.

Antrojo restruktūrizavimo etapo eigoje nemažas dėmesys buvo skiriamas medicininės reabilitacijos paslaugoms, padedančioms pacientams atkurti biosocialinius gebėjimus, integruotis į visuomenę, grįžti į darbo rinką, išvengti antrinio neįgalumo. Ambulatorinė reabilitacija buvo ypač stiprinama rajonų ligoninėse. Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymu Nr. V-50325 buvo patvirtinta medicininės reabilitacijos tvarka, kuri paskatino didinti siuntimų ambulatorinei reabilitacijai iš pirminės sveikatos priežiūros įstaigų apimtį. Bendrojoje reabilitacijos paslaugų struktūroje nuolat augo ambulatorinės reabilitacijos paslaugų dalis – 2006 metais ji sudarė 15,4 procento, 2007 metais – 18,3 procento, 2008 metais – 28,5 procento.

Gerinant greitosios medicinos pagalbos paslaugų prieinamumą ir teikimo operatyvumą, viena iš svarbesnių priemonių buvo atnaujinti greitosios medicinos pagalbos automobilių parką. Dėl to buvo parengta ir Sveikatos apsaugos ministro

---

<sup>320</sup> Žin., 2008, Nr. 53–1993.

<sup>321</sup> Žin., 2007, Nr. 137–5626.

<sup>322</sup> Žin., 2008, Nr. 59–2266.

<sup>323</sup> Žin., 2007, Nr. 7–290.

<sup>324</sup> Žin., 2008, Nr. 59–2247.

<sup>325</sup> Žin., 2008, Nr. 12–407.

2006 m. birželio 1 d. įsakymu Nr. V-455<sup>326</sup> patvirtinta 2006–2008 metų Greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo programa. Įgyvendinant šią programą iš viso buvo įsigyta 170 automobilių, iš jų 106 B kategorijos greitosios medicinos pagalbos automobiliai, 17 C kategorijos reanimobilių, 17 B kategorijos automobilių gimdyvių pervežimui, skirtų ligoninėms, kuriose vykdant restructūrizavimą buvo uždaryti akušerijos skyriai, ir 30 lengvųjų automobilių mobilių paslaugų teikimui vietoj kaimo vietovėse uždarytų medicinos punktų. Greitosios medicinos pagalbos automobilių parkas buvo atnaujintas 26,1 procento, prioritetine tvarka buvo atnaujinami senesni negu 7 metų automobiliai.

Nors beveik visi antrojo restructūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai, išskyrus stacionaro hospitalizacijos rodiklį, buvo įvykdyti, apibendrinant šio etapo rezultatus, tenka konstatuoti, kad palyginti su pirmuoju restructūrizavimo etapu jie buvo mažiau sėkmingi dėl daugybės priežasčių. Pagrindinės prastesnių rezultatų priežastys yra šios:

- sudarant teritorinių ligonių kasų sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis, jų teikiamos paslaugos ir toliau buvo finansuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, neatsižvelgiant į nevykdomas antrojo restructūrizavimo etapo užduotis;
- proceso eigą pakoregavo prasidėjusi ekonominė krizė;
- sumažėjo restructūrizavimo proceso intensyvumas;
- likvidavus Viešąją įstaigą “Sveikatos teisės ir ekonomikos centras”, kurio užduotis buvo vykdyti restructūrizavimo proceso koordinavimą ir stebėseną, pablogėjo šio proceso eigos kontrolė ir atskaitomybė;
- nebuvo galimybės skirti reikiamus finansinius išteklius.

Paskutinėje šio skyriaus dalyje yra pateiktas miestų ir rajonų ligoninių vadovų pirmojo ir antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restructūrizavimo etapų vertinimas.

## **Trečiasis 2009–2011 metų sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restructūrizavimo etapas**

Siekiant užtikrinti reformos tęstinumą, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008–2012 metų programos įgyvendinimo priemonėse, patvirtintose Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 25 d. nutarimu Nr. 189<sup>327</sup>, buvo numatyta 1290 priemonė „parengti sveikatos priežiūros įstaigų restructūrizavimo trečiojo etapo programą“. Įgyvendindama šią priemonę Sveikatos apsaugos ministerija atliko išsamią pirmųjų dviejų restructūrizavimo etapų rezultatų ir visos sveikatos apsaugos sistemos pastarųjų metų tendencijų analizę, išstudijavo užsienio valstybių patirtį ir ekonominės krizės poveikio kontekste vykstančius sveikatos apsaugos sistemų pokyčius, sveikatos reformų tendencijas ir rezultatus Baltijos ir Europos Sąjungos valstybėse, įvertino Pasaulio banko, Švedijos ir kitų užsienio ekspertų atliktų studijų

---

<sup>326</sup> Žin., 2006, Nr. 85–3333; 2007, Nr. 53–2072.

<sup>327</sup> Žin., 2009, Nr. 33–1268.

rekomendacijas Lietuvai. Šios analizės pagrindu parengė Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą, kurią 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654<sup>328</sup> patvirtino Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Šios programos įgyvendinimui sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-1114 buvo patvirtintas Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo priemonių planas.

Atsižvelgiant į ekonominės krizės poveikį valstybės finansams ir į mažėjantį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą, pagrindiniu programos tikslu buvo numatytas saugių, geros kokybės ir prieinamų sveikatos priežiūros paslaugų gyventojams teikimas, efektyviai naudojant sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Papildomais tikslais buvo įvardinti – prioriteto suteikimas šeimos gydytojų teikiamoms paslaugoms ir gydytojų specialistų ambulatorinėms konsultacijoms, stacionariųjų įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros optimizavimas, sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo sąnaudų mažinimas.

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa išskėlė šiuos pagrindinius uždavinius:

- 1) suformuoti efektyvesnę įstaigų tinklą, jungiant įstaigas į stambesnius juridinius vienetus bei integruojant monoprofilines įstaigas į daugiaprofilinių įstaigų sudėtį;
- 2) suformuoti racionalesnę paslaugų struktūrą, perskirstant pacientų srautus, stiprinant rajono ligoninių infrastruktūrą plačiai paplitusių ligų gydymui, o sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas koncentruojant didžiosiose ligoninėse.

Nuo 2010 m. liepos 1 d. dėl apskričių viršinių administracijų likvidavimo kartu su dviem pagrindiniais uždaviniais numatytas ir uždavinys susijęs su sveikatos priežiūros įstaigų iki tol priklausiusių apskričių viršinių administracijoms perdavimu valstybės ar savivaldybių lygmenų pavaldumui.

Nors 2003–2008 metais Lietuvoje įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, ligoninių ir lovų jose skaičius, tenkantis santykiniam gyventojų skaičiui, sumažėjo, tačiau pagal šiuos rodiklius, kaip jau buvo minėta šio straipsnio pradžioje, mūsų valstybė vis dar gerokai lenkia Europos Sąjungos šalių vidurkį – ir senųjų, ir naujųjų šalių šių rodiklių vidurkius. Tuo pat metu keliamų reikalavimų neatitinka kai kuriose rajonų ligoninėse teikiamų paslaugų apimtys – jos yra nepakankamos paslaugų saugumui užtikrinti, efektyviai naudoti žmonių ir materialinius išteklius. Pavyzdžiui, remiantis 2008 metų teritorinių ligoninių kasų duomenimis mažiausias rajono ligoninėje atliktų didžiųjų chirurginių operacijų skaičius siekė vos 149 operacijas per metus, o mažiausias gimdymų skaičius – 83 gimdymus per metus.

Programoje, siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, numatyta vadovautis šiais pagrindiniais kriterijais:

- sveikatos priežiūros įstaigas, turinčias aukščiausio lygio technologijas ir siaurų specializacijų gydytojus, teikiančias sudėtingiausias paslaugas bei turinčias mokslo ir mokymo bazines, palikti pavaldžias Sveikatos apsaugos ministerijai kartu su universitetais;

---

<sup>328</sup> Žin., 2009, Nr. 150–6713.

- Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestuose valstybės pavaldumui perduoti po vieną daugiaprofilinę sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje koncentruojasi didžiausi pacientų srautai;
- valstybės pavaldumui perduoti po vieną specializuotą sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje koncentruojasi didžiausi pacientų iš visos Lietuvos srautai;
- valstybės pavaldumui perduoti dvi specialaus režimo reikalaujančias sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias priverstinio gydymo paslaugas pacientams siunčiamiems gydytis teismo sprendimu;
- į stambesnius juridinius vienetus apjungti geografiškai arti viena kitos išsidėsčiusias sveikatos priežiūros įstaigas, galinčias naudotis centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, teisinėmis, maitinimo, ūkio ir kitomis paslaugomis;
- į daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas integruoti specializuotas onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcines, gimdymo paslaugas teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas;
- likusias sveikatos priežiūros įstaigas perduoti (arba palikti) savivaldybių pavaldumui.

Vadovaujantis trečiojo restruktūrizavimo etapo programoje numatytais įstaigų tinklo optimizavimo kriterijais, konkrečias sveikatos priežiūros įstaigas siūloma apjungti į šiuos stambesnius juridinius vienetus:

- prie viešosios įstaigos Kauno medicinos universiteto klinikų prijungti biudžetinę įstaigą Kauno vaiko raidos kliniką „Lopšelis“, paliekant ją Kauno medicinos universiteto ir Sveikatos apsaugos ministerijos pavaldumui;
- viešąją įstaigą Vilniaus universiteto ligoninę Santariškių klinikas, viešąją įstaigą Respublikinę tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninę, viešąją įstaigą Vilniaus universiteto vaikų ligoninę, biudžetinę įstaigą Vilniaus universiteto onkologijos institutą (atskyrus mokslo dalį), biudžetinę įstaigą Valstybinį patologijos centrą, viešąją įstaigą Valkininkų sanatoriją, viešąją įstaigą Valkininkų vaikų sanatoriją „Pušėlė“ ir viešąją įstaigą Druskininkų vaikų sanatoriją „Saulutė“ apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Vilniaus universiteto Santariškių klinikas, pavaldžią Vilniaus universitetui ir Sveikatos apsaugos ministerijai;
- viešąją įstaigą Vilniaus greitosios pagalbos universitetinę ligoninę ir viešąją įstaigą Vilniaus gimdymo namus apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Vilniaus ligoninę, pavaldžią Sveikatos apsaugos ministerijai;
- viešąją įstaigą Kauno apskrities ligoninę, viešąją įstaigą Žiegždrių psichiatrijos ligoninę, viešąją įstaigą Kauno V.Tumėnienės vaikų reabilitacijos centrą, viešąją įstaigą Kačerginės vaikų sanatoriją „Žibutė“ ir viešąją įstaigą Kulautuvos vaikų tuberkuliozės ligoninę apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Kauno ligoninę, pavaldžią Sveikatos apsaugos ministerijai;
- viešąją įstaigą Klaipėdos jūrininkų ligoninę, viešąją įstaigą Klaipėdos universitetinę ligoninę, viešąją įstaigą Švėkšnos psichiatrijos ligoninę apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Klaipėdos ligoninę, pavaldžią Sveikatos apsaugos ministerijai;

- viešąją įstaigą Šiaulių apskrities ligoninę, viešąją įstaigą Šiaulių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninę, viešąją įstaigą Šiaulių psichiatrijos ligoninę, viešąją įstaigą Šaukėnų psichiatrijos ligoninę apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Šiaulių ligoninę, pavaldžią Sveikatos apsaugos ministerijai;
- viešąją įstaigą Panevėžio apskrities ligoninę, viešąją įstaigą Panevėžio infekcinę ligoninę ir viešąją įstaigą Likėnų reabilitacijos ligoninę apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Panevėžio ligoninę, pavaldžią Sveikatos apsaugos ministerijai;
- viešąją įstaigą Vilniaus miesto universitetinę ligoninę ir viešąją įstaigą Vilniaus universitetinę Antakalnio ligoninę apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Vilniaus savivaldybės ligoninę, pavaldžią Vilniaus miesto savivaldybei;
- viešąją įstaigą Klaipėdos apskrities ligoninę, viešąją įstaigą Klaipėdos tuberkuliozės ligoninę ir viešąją įstaigą Klaipėdos vaikų ligoninę apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Klaipėdos savivaldybės ligoninę, pavaldžią Klaipėdos miesto savivaldybei;
- viešąją įstaigą Kauno 2-ąją klinikinę ligoninę ir viešąją įstaigą Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinę ligoninę apjungti į vieną juridinį asmenį – viešąją įstaigą Kauno savivaldybės ligoninę, pavaldžią Kauno miesto savivaldybei;
- viešąją įstaigą Alytaus apskrities S.Kudirkos ligoninę perduoti Alytaus miesto savivaldybės pavaldumui;
- viešąją įstaigą Marijampolės ligoninę perduoti Marijampolės savivaldybės pavaldumui;
- viešąją įstaigą Utenos apskrities ligoninę perduoti Utenos savivaldybės pavaldumui;
- viešąją įstaigą Tauragės apskrities ligoninę perduoti Tauragės savivaldybės pavaldumui;
- viešąją įstaigą Telšių apskrities ligoninę perduoti Telšių savivaldybės pavaldumui.

Igyvendinant uždavinį, susijusį su sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimu ir vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų trečiojo restruktūrizavimo etapo programoje nustatytais kriterijais visos Lietuvos ligoninės buvo suskirstytos į respublikos, regiono ir rajono lygmenis. Iš Respublikos lygmens ligoninių buvo išskirtos dvi universiteto ligoninės – viešoji įstaiga Kauno medicinos universiteto klinikos ir viešoji įstaiga Vilniaus universiteto Santariškių klinikos. Kiekvienam lygmeniui priskirtose ligoninėse arba jų grupėse buvo apibrėžtas teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų spektras atitinkantis nustatytus kriterijus.

Teikiamos paslaugos pagal lygmenis ar to paties lygmens grupes pasiskirstė taip:

4 lentelė. Teikiamos paslaugos pagal lygmenis ar to paties lygmens grupes

<b>Rajono ligoninės</b>
<b>I. Įstaigos, kurios neatitinka nei vieno žemiau nurodytų kriterijų:</b>
- per metus atliekama daugiau nei 1 100 didžiųjų operacijų
- gimdymų skaičius per metus didesnis nei 300,
<b>teikia šias paslaugas:</b>
Priėmimo–skubiosios pagalbos
Terapija I (nedetalizuotos vidaus ligos)
Terapija II, kai nebūtina reanimacijos ir intensyvios terapijos tarnyba (reanimacija II), pagal vidaus ligų profilio paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus
Slaugos ir palaikomojo gydymo
Paslaugos teikiamos dienos stacionare
Dienos chirurgija I–II grupių
Stebėjimo paslaugos
Reanimacija I–2
Pediatrija I (nedetalizuotos)
Vaikų ligų gydymas
Ambulatorinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos
Ambulatorinės medicininės reabilitacijos
Specializuotos ambulatorinės
Kitos ambulatorinės
Paslaugos, užtikrinančios ligoninių, kurioms buvo skirta parama pagal projektą „Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas“, veiklos tęstinumą
<b>II. Įstaigose papildomai teikiamos akušerijos paslaugos, jei jos atitinka bent vieną iš žemiau nurodytų kriterijų:</b>
- gimdymų skaičius per metus didesnis nei 300 arba
- atstumas iki artimiausios ligoninės teikiančios chirurgijos ir akušerijos paslaugas didesnis nei 50 km.
Akušerija I
Akušerija II
Neonatologija II A
Nėštumo patologija II A
<b>III. Įstaigose papildomai teikiamos chirurgijos paslaugos, jei jos atitinka bent vieną iš žemiau nurodytų kriterijų:</b>
- per metus atliekama ne mažiau 660 didžiųjų operacijų
- toje ligoninėje teikiamos akušerijos paslaugos
- atstumas iki artimiausios ligoninės teikiančios chirurgijos paslaugas didesnis nei 50 km.
Reanimacija I–1
Reanimacija II
Antrinio lygio chirurgija
Antrinio lygio abdominalinė chirurgija
Antrinio lygio ortopedija–traumatologija
Antrinio lygio ginekologija
Dienos chirurgija I–VI grupių
Terapija II (antrinio lygio vidaus ligos)
Antrinio lygio otolaringologijos
Stacionarinės medicininės reabilitacijos

<b>IV. Įstaigose papildomai gali būti teikiamos žemiau nurodytos paslaugos, jei jose teikiamos abi ar viena iš jų:</b>
- <b>chirurgijos ir/ar</b>
- <b>akušerijos paslaugos</b>
Neurologijos
Psichiatrijos profilių
<b>Regiono ligoninės</b>
Visos rajono ligoninių paslaugos
Antrinio lygio suaugusių specializuotos vidaus ligų
Antrinio lygio specializuotos vaikų ligų, jei ligoninėje užtikrinamas vaikų reanimacijos (reanimacijos II vaikams) paslaugų teikimas
<b>Respublikinės ligoninės</b>
Rajono ir regiono ligoninėms priklausančios paslaugos teikiamos tik tuo atveju, kai visiškai patenkinamas respublikinei ligoninei priklausančių paslaugų poreikis
Visų profilių paslaugos, išskyrus teikiamas tik universiteto ligoninėse
<b>Respublikinės universiteto ligoninės</b>
Paslaugos, kurioms reikalingos ypač sudėtingos ir brangios technologijos ir specialistai turintys patirtį dirbti su šiomis technologijomis

Palyginti su pirmaisiais dviem etapais, trečiojo restruktūrizavimo etapo kryptys ir mastai yra žymiai platesni. Tokie reformos užmojai išprovokavo didelį pasipriešinimą. Trečiojo restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo rezultatai priklausys nuo politikų apsisprendimo ir sveikatos priežiūros įstaigų tikėjimo, kad reforma yra būtina ir ją įvykdžius galima pasiekti gerokai efektyvesnio sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo.

## **Miestų ir rajonų ligoninių vadovų nuomonė apie 2003–2008 metų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizaciją**

Suderinus su Sveikatos apsaugos ministerija 2009 metų sausio–vasario mėnesiais Vilniaus universiteto Medicinos fakultete buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo įvertinti 2003–2008 metais vykdytą sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizaciją ir ištirti Lietuvos rajonų ir miestų ligoninių vadovų nuomonę apie ją<sup>329</sup>. Tyrimo uždaviniai buvo: ištirti sveikatos priežiūros įstaigų vadovų nuomonę apie sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizaciją ir jos metu įvykdytas reformas; nustatyti, kaip po restruktūrizacijos pakito paslaugų kokybė ir prieinamumas; įvertinti restruktūrizacijos efektyvumą bei ištirti sveikatos priežiūros įstaigų vadovų lūkesčius.

Atlikus tyrimą buvo nustatyta, kad 2003 metais hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų tarp ištirtų Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių buvo labai įvairus: didžiausias, t. y. 43 iš 100 gyventojų hospitalizacijos rodiklis buvo Kauno Raudonojo kryžiaus ligoninėje, o mažiausias, t. y. 9 iš 100 gyventojų buvo hospitalizuota Gargždų ligoninėje. Hospitalizacijos rodiklio vidurkis tarp visų tirtų miestų ir rajonų ligoninių lygus 21,32 gyventojų. Suskirsčius rajonų ir miestų

<sup>329</sup> Jonas Kairys, Ona Sužiedelytė Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija 2003–2008 metais: miestų ir rajonų ligoninių vadovų nuomonė. Sveikatos mokslai, 2009, 5: 2561–2578 p.



ligonines į apskritis gauti tokie hospitalizacijos rodiklio vidurkiai (5 lentelė). Matyti, kad didžiausi hospitalizacijos vidurkiai buvo Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos apskrityse, o mažiausi Tauragės ir Alytaus apskrityse.

**5 lentelė. 2003 metų ir 2008 metų hospitalizacijos rodiklio vidurkis 100 gyventojų pagal apskritis**

Apskritis	Hospitalizacijos rodiklio vidurkis 2003 m.	Hospitalizacijos rodiklio vidurkis 2008 m.
Vilniaus	27,50	27,33
Kauno	25,75	25,88
Panevėžio	19,00	15,75
Šiaulių	20,25	18,00
Utenos	17,00	13,60
Klaipėdos	21,20	21,60
Tauragės	15,50	13,50
Alytaus	16,33	15,33
Marijampolės	17,00	13,00
Telšių	20,50	15,00

2008 metais hospitalizacijos rodikliai 100 gyventojų miesto ir rajonų ligoninėse buvo dar skirtingesni: didžiausias buvo Klaipėdos universiteto ligoninėje, o mažiausias vėl buvo Gargždų ligoninėje. Hospitalizacijos rodiklio vidurkis tarp ištirtų Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių – 19,78 gyventojų. 2008 metais didžiausi hospitalizacijos rodiklio vidurkiai pagal apskritis vėl buvo Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos apskrityse, o mažiausi Marijampolės, Tauragės ir Utenos apskrityse (žiūr. 4 lentelę). Klaipėdos ir Kauno apskrityse hospitalizacijos rodiklis, nors ir labai nedaug, tačiau padidėjo. Kitose apskrityse hospitalizacijos rodiklis mažėjo, daugiausiai jis sumažėjo Telšių, Marijampolės ir Utenos apskrityse.

2003 metais mažiausias lovos užimtumas buvo Vilkpėdės ligoninėje – 95 dienos per metus, o didžiausias buvo Jonavos ligoninėje – 328 dienos per metus. Lovo užimtumo rodiklio vidurkis tarp tiriamų ligoninių lygus 247,71 dienos per metus. Pagal apskritis 2003 metais didžiausias lovos užimtumo vidurkis buvo Panevėžio ir Telšių apskrityse, mažiausias Vilniaus ir Marijampolės apskrityse (žiūr. 5 lentelę).

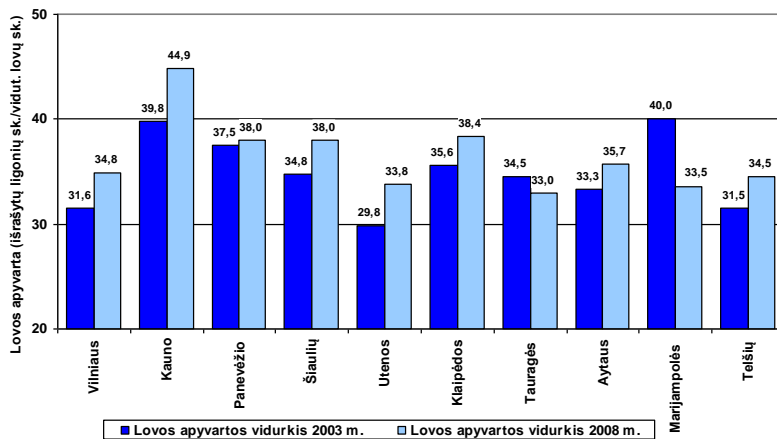
2008 metais mažiausias lovos užimtumas vėl buvo Vilkpėdės ligoninėje (lygus 102 dienoms per metus), o didžiausias buvo Palangos reabilitacinėje ligoninėje – 355 dienos per metus. Lovo užimtumo rodiklio vidurkis tarp tiriamų ligoninių buvo lygus 268,39 dienoms per metus. Pagal apskritis 2008 metais didžiausias lovos užimtumo vidurkis buvo Klaipėdos ir Panevėžio apskrityse, mažiausias vėl Vilniaus ir Utenos apskrityse (žiūr. 6 lentelę).

2003 ir 2008 metų lovos užimtumo palyginimas pagal apskritis pateiktas 5 lentelėje. Iš jos matyti, kad lovos užimtumo rodiklis padidėjo visose apskrityse. Daugiausiai, net 37 dienomis per metus, lovos užimtumas padidėjo Marijampolės apskrityje, antroje vietoje pagal padidėjimą yra Tauragės apskritis (lovos užimtumas padidėjo 30 dienų per

metus), o mažiausiai, tik 9,5 dienos, lovos užimtumas padidėjo Panevėžio apskrityje, Vilniaus (10 dienų) ir Telšių apskrityse (11 dienų).

6 lentelė. 2003 metų ir 2008 metų lovos užimtumo duomenų palyginimas tarp apskričių

Apskritis	Lovos užimtumo vidurkis 2003 m.	Lovos užimtumo vidurkis 2008 m.	Skirtumas tarp lovos užimtumo vidurkių 2003 m. ir 2008 m.
Vilniaus	198,83	208,83	10,00
Kauno	259,75	288,13	28,38
Panevėžio	285,25	294,75	9,50
Šiaulių	252,50	269,00	16,50
Utenos	227,00	253,20	26,20
Klaipėdos	280,80	302,60	21,80
Tauragės	250,50	280,50	30,00
Alytaus	238,00	258,33	20,33
Marijampolės	205,00	242,00	37,00
Telšių	285,00	296,00	11,00



6 paveikslas. 2003 metų ir 2008 metų lovos apyvartos palyginimas pagal apskritis

2003 metais labai skirtingai kito Lietuvos Respublikos miestų ir rajonų ligoninių lovos apyvartos rodikliai. Mažiausia lovos apyvarta buvo Palangos reabilitacinėje ligoninėje, t. y. vienoje stacionaro lovoje vidutiniškai gulėjo 12 ligonių per metus (tai paaiškinama tuo, kad reabilitacinėse ligoninėse paprastai tas pats ligonis guli ilgą laiką, nes reabilitacija paprastai trunka daug ilgiau nei paprastas gydymas). 2003 metais didžiausia lovos apyvarta buvo Kauno P. Mažylio gimdymo namuose, t. y. vienoje stacionaro lovoje vidutiniškai gulėjo 61 pacientas per metus (didelė lovos apyvarta

paiškinama gimdymo namų specifika – juose mamos su naujagimiais, jei nėra komplikacijų, guli trumpiau nei gydant įprastinius pacientus normaliose ligoninėse). 2003 metais Lietuvos ligoninių lovos apyvartos vidurkis – 35,02 pacientai per metus. Pagal apskritis didžiausia lovos apyvarta buvo Marijampolės, Kauno ir Panevėžio apskrityse, o mažiausia Utenos ir Telšių apskrityse, tai rodo, kad 2003 metais pagal apskritis Marijampolės, Kauno ir Panevėžio apskrityse vidutiniškai per metus vienoje lovoje gulėjo daugiausia ligonių, o Utenos ir Telšių apskrityse mažiausia, t. y. vyko mažesnė ligonių kaita.

2008 metais kaip ir 2003 metais mažiausia lovos apyvarta buvo Palangos reabilitacinėje ligoninėje, t. y. vienoje stacionaro lovoje vidutiniškai gulėjo 15 ligonių per metus, o didžiausia taip pat vėl buvo Kauno P. Mažylio gimdymo namuose, t. y. vienoje stacionaro lovoje vidutiniškai gulėjo 72 pacientai per metus. Lovo apyvartos vidurkis lygus 37,61 pacientų per metus. Pagal apskritis didžiausia lovos apyvarta buvo Kauno ir Klaipėdos apskrityse, o mažiausia Tauragės, Klaipėdos ir Marijampolės apskrityse, tai rodo, kad Kauno ir Klaipėdos apskrityse vidutiniškai per metus vienoje lovoje gulėjo daugiausiai ligonių pagal apskritis Lietuvoje, o Tauragės, Klaipėdos ir Marijampolės apskrityse – mažiausiai.

2003 ir 2008 metų lovos apyvartos palyginimas pagal apskritis pateiktas 6 paveiksle. Iš jo matyti, kad lovos apyvarta sumažėjo Marijampolės (vienoje stacionaro lovoje gulėjo vidutiniškai 6,5 ligonio mažiau) ir Tauragės apskrityse (vienoje stacionaro lovoje vidutiniškai 1,5 ligonio mažiau). Visose kitose apskrityse lovos apyvarta padidėjo.

Į klausimą, ar buvo atsisakyta perteklinių ligoninei priklausančių plotų atsakė 90,2% tiriamųjų rajonų ir miestų ligoninių vadovų. Iš atsakiusių perteklinių plotų atsakė 24,32% ligoninių, 51,35% procentų ligoninių plotai liko tokie patys, o 24,32% ligoninių plotai ne sumažėjo, o padidėjo, t. y. buvo įsigyta naujų plotų.

Daugiau nei pusė – 56,1% – Lietuvos Respublikos miestų ir rajonų ligoninių vadovų 2003–2008 metais vykdytą restruktūrizaciją įvertino labiau teigiamai nei neigiamai, 41,5% vadovų įvertino teigiamai, 2,4% labiau neigiamai nei teigiamai. Vadovų, kurie restruktūrizaciją įvertintų neigiamai, nebuvo. Labiausiai teigiamai restruktūrizaciją įvertino Vilniaus apskrities ligoninių vadovai – tokių buvo 83,3%, o mažiausiai teigiamai restruktūrizaciją įvertino Kauno apskrities ligoninių vadovai – teigiamai įvertino tik 12,5%. Daugiausia atsakymų, kuriuose restruktūrizacija įvertinta labiau teigiamai nei neigiamai, buvo Kauno apskrityje. Vienintelėje Klaipėdos apskrityje buvo atsakymas, kad restruktūrizacija labiau neigiama nei teigiama.

Beveik pusė (48,7%) rajonų ir miestų ligoninių vadovų lovų skaičiaus mažėjimą vykdant restruktūrizaciją įvertino labiau teigiamai nei neigiamai – 35,9% teigiamai, o labai teigiamai tik 2,6%. 7,7% ligoninių vadovų lovų skaičiaus mažėjimą įvertino neigiamai ir panašus skaičius vadovų (t. y. 5,1%) įvertino labiau neigiamai nei teigiamai. Nei vienas vadovas lovų skaičiaus mažėjimo neįvertino labai neigiamai. Pagal apskritis lyginant vadovų nuomonę apie lovų skaičiaus mažėjimą, nustatyta, kad labai teigiamai lovų skaičiaus mažėjimas buvo įvertintas tik Klaipėdos apskrityje (taip atsakė 25% rajonų ir miestų ligoninių vadovų). Didžiausia dalis įvertinusiųjų lovų skaičiaus mažėjimą teigiamai buvo Tauragės apskrityje (100%), taip pat daug vadovų (75%) lovų mažinimą teigiamai įvertino ir Panevėžio apskrityje. Neigiamai lovų skaičiaus mažėjimą

įvertino tik dalis Vilniaus (33,3%) ir Kauno (12,5%) apskričių vadovų, o labiau neigiamai nei teigiamai dalis vadovų Vilniaus (16,7%) ir Klaipėdos (25,0%) apskrityse.

Vykdamt restruktūrizaciją resursų perkėlimą į ambulatorinę grandį teigiamai ir labiau teigiamai nei neigiamai įvertino po 29,3% Lietuvos rajonų ir miestų lignoninių vadovų. Po 19,5% vadovų resursų perkėlimą įvertino neigiamai arba labiau neigiamai nei teigiamai ir tik 2,4% vadovų resursų perkėlimą į ambulatorinę grandį įvertino labai teigiamai. Nei vienas vadovas resursų perkėlimo neįvertino labai neigiamai.

Didžioji dalis, net 75,6%, Lietuvos miestų ir rajonų lignoninių vadovų patvirtino, kad gydymo laiko sutrumpinimas nepaveikė gydymo rezultatų. 22% vadovų teigė, kad gydymo laiko sutrumpinimas pablogino gydymo rezultatus. Tik 2,4% vadovų patvirtino, kad gydymo laiko sutrumpinimas pagerino gydymo rezultatus. Visi Marijampolės, Alytaus, Tauragės ir Šiaulių apskričių vadovai teigė, kad gydymo laiko sutrumpinimas nepaveikė gydymo rezultatų. Kad gydymo laiko sutrumpinimas pablogino gydymo rezultatus manė dalis Klaipėdos, Telšių, Vilniaus, Panevėžio, Utenos ir Kauno apskričių vadovų. Kad gydymo laiko sutrumpinimas pagerino gydymo rezultatus tvirtino tik dalis (12,5%) vadovų vienintelėje Kauno apskrityje.

Absolūti dauguma Lietuvos miestų ir rajonų lignoninių vadovų patvirtino, kad po 2003–2008 metais vykusios sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos bendra sveikatos priežiūros kokybė pagerėjo (tai patvirtino net 90,2% vadovų). 2,4% vadovų patvirtino, kad po restruktūrizacijos paslaugų kokybė ne šiaip pagerėjo, o labai pagerėjo ir tik 7,3% vadovų teigė, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė po restruktūrizacijos nepakito. Atsakiusiųjų, kad po sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos bendra sveikatos priežiūros paslaugų kokybė pablogėjo ar labai pablogėjo nebuvo.

Palyginus skirtingų apskričių lignoninių vadovų nuomones apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę po restruktūrizacijos, paaiškėjo, kad tik Utenos (20%), Vilniaus (16,7%) ir Kauno (12,5%) apskrityse dalis vadovų teigė, kad paslaugų kokybė nepakito. Kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė po įvykdytos restruktūrizacijos pagerėjo, patvirtino visi Panevėžio, Šiaulių, Klaipėdos, Tauragės, Alytaus, Marijampolės ir Telšių apskričių vadovai bei dalis Vilniaus (66,7%), Kauno (87,5%) ir Utenos (80%) apskričių vadovų. Kad po restruktūrizacijos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė labai pagerėjo, patvirtino tik dalis Vilniaus apskrities vadovų (16,7%). Matyti, labiausiai nuomonė išsiskyrė Vilniaus apskrityje, nuomonių skirtumus lemia pasiekti skirtingi apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos rezultatai (šiuo atveju kokybės pokytis).

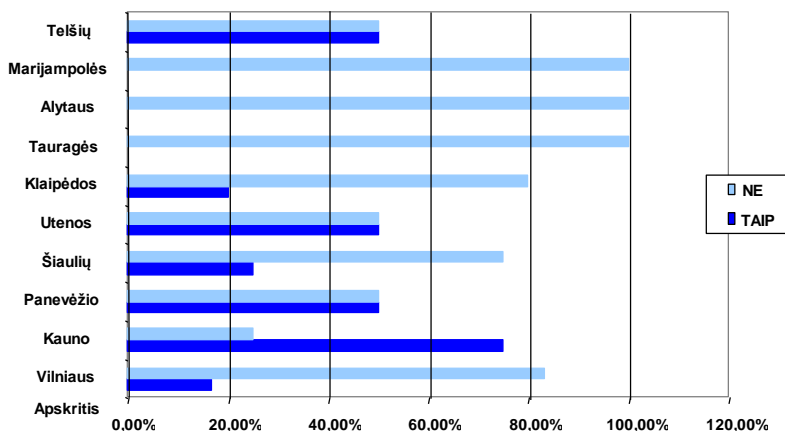
Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pokyčiai po restruktūrizacijos laikotarpio buvo įvertinti labai skirtingai, t.y. buvo visiškai priešingų vertinimų. 46,3% lignoninių vadovų patvirtino, kad prieinamumas pagerėjo, tačiau 36,6% vadovų teigė, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nepakito, o net 12,2% vadovų patvirtino, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas po restruktūrizacijos laikotarpio pablogėjo. Įdomu tai, kad 2,4% vadovų patvirtino, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas po restruktūrizacijos labai pagerėjo ir tiek pat vadovų (2,4%) tvirtino, kad jis labai pablogėjo.

Kad po restruktūrizacijos labai pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas patvirtino tik dalis Vilniaus apskrities vadovų (16,7%), o kad po restruktūrizacijos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas labai pablogėjo patvirtino tik dalis Šiaulių

apskrities vadovų (25%). Didžiausia dalis teigusių, kad paslaugų prieinamumas tiesiog pagerėjo buvo Panevėžio apskrityje (taip teigė 75% apskrities vadovų), taip pat po 50% Vilniaus, Kauno, Šiaulių, Tauragės, Marijampolės ir Telšių apskrityse. Kad po restruktūrizacijos pablogėjo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas teigė dalis (16,7%) Vilniaus apskrities ligoninių vadovų, dalis (40%) Klaipėdos apskrities vadovų ir po 50% Tauragės ir Telšių apskričių vadovų.

Atsakant į klausimą, ar sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir išdėstymo pokyčiai atitinka pacientų poreikius, didesnė dalis (t.y. net 62,5%) ligoninių vadovų teigė, kad pokyčiai neatitinka pacientų poreikių, o mažesnė vadovų dalis (37,5%) teigė, kad paslaugų struktūros ir išdėstymo pokyčiai atitinka pacientų poreikius. Vadovų nuomonės pasiskirstymas apskrityse, atsakant į klausimą, ar sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir išdėstymo pokyčiai atitinka pacientų poreikius, pavaizduotas 7 paveiksle.

Atsakydami į klausimą, kaip vertina lovos užimtumo didinimą restruktūrizacijos eigoje, nemaža dalis (17,1%) miestų ir rajonų ligoninių vadovų, teigė, kad labai teigiamai vertina lovos užimtumo didinimą, o daugiau nei pusė vadovų (56,1%) lovos užimtumo didinimą įvertino tiesiog teigiamai. 24,4% vadovų lovos užimtumo didinimą vertino labiau teigiamai nei neigiamai ir tik 2,4% vadovų vertino labiau neigiamai nei teigiamai. Nebuvo vertinančių lovos užimtumo didinimą neigiamai ar labai neigiamai.



**7 paveikslas. Procentinis vadovų nuomonės pasiskirstymas apskrityse, atsakant į klausimą, ar sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir išdėstymo pokyčiai atitinka pacientų poreikius**

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo metu įvykdytas akušerinių skyrių, kur gimdymų skaičius mažesnis nei 300 per metus, uždarymas daugumos miestų ir rajonų ligoninių vadovų vertinamas palankiai, t. y. 41,5% vadovų akušerinių skyrių uždarymą įvertino labai gerai, 34,1% vadovų – gerai. 17,1% ligoninių vadovų šių akušerinių skyrių

uždarymą vertino neutraliai ir 7,3% vadovų įvertino blogai. Nebuvo ligoninių vadovų šią konkrečią reformą įvertinusių labai blogai.

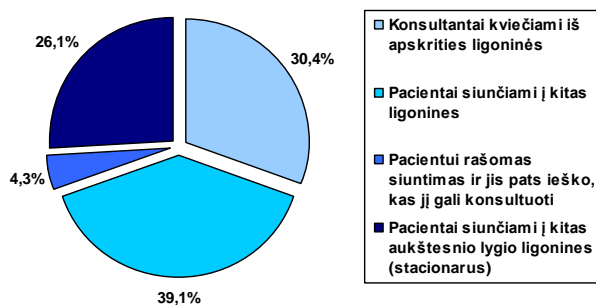
Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo metu įvykdytas reabilitacinių skyrių įsteigimas daugumos miestų ir rajonų ligoninių vadovų vertinamas labai gerai (taip pasisakė 55% visų miestų ir rajonų ligoninių vadovų) arba gerai (tai patvirtino 40% vadovų). Tik mažuma vadovų, t. y. po 2,5%, reabilitacinių skyrių steigimą įvertino neutraliai arba blogai. Labai blogai įvertinusių reabilitacinių skyrių įsteigimą nebuvo.

Slaugos lovų/skyrių įsteigimas, vykdant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimą, daugumos Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių vadovų buvo įvertintas labai gerai (taip įvertino net 75,6% ligoninių vadovų) arba tiesiog gerai (taip įvertino dar 22% vadovų). Įdomu tai, kad nebuvo vadovų, vertinančių slaugos lovų/skyrių įsteigimą blogai ar neutraliai, tačiau buvo vertinančių labai blogai (2,4% visų vadovų).

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo metu vykdytą dienos stacionarų steigimą gerai įvertino beveik pusė (48,8%) Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių vadovų, o 36,6% vadovų įvertino dienos stacionarų steigimą net labai gerai. Neutraliai dienos stacionarų steigimą įvertino 9,8%, o blogai 2,4% vadovų. 2,4% vadovų šiuo klausimu nuomonės neturėjo. Nei vienas ligoninės vadovas neįvertino dienos stacionarų įsteigimo labai blogai.

Labai gerai daugiau nei pusės (51,2%) Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių vadovų įvertino dienos chirurginių skyrių įsteigimą restruktūrizacijos laikotarpiu, 36,6% vadovų šį žingsnį įvertino gerai ir 12,2% – neutraliai. Nebuvo ligoninių vadovų, kurie dienos chirurginių skyrių steigimą vertintų blogai arba labai blogai.

Į klausimą, ar ambulatorinėje grandyje yra pakankamas konsultantų skaičius, atsakė 38 miestų ir rajonų ligoninių vadovai (t. y. 7,3% vadovų į šį klausimą neatsakė). Daugiau nei trečdalis (36,6%) vadovų teigė, kad jis pakankamas, o beveik  $\frac{2}{3}$  (56,1%) vadovų teigė, kad konsultantų skaičius ambulatorinėje grandyje nepakankamas. 8 paveiksle pavaizduota, kaip sprendžiama konsultantų trūkumo problema.



#### 8 paveikslas. Konsultantų skaičiaus nepakankamumo problemos sprendimo būdai (procentinis pasiskirstymas)

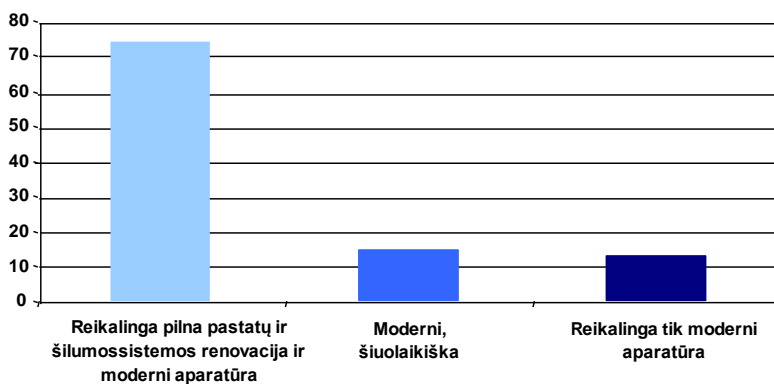
Iš paveikslo matyti, kad dauguma sveikatos priežiūros įstaigų, esant nepakankamam konsultantų skaičiui, pacientus siunčia į kitas ligonines arba kviečia

konsultantus iš apskrities ligoninės. Įdomu yra tai, kad nemaža dalis atsakė, esant nepakankamam konsultantų skaičiui ambulatorinėje grandyje, pacientai siunčiami į aukštesnio lygio ligonines, kai tuo tarpu šią problemą reikėtų spręsti esamoje antrinėje grandyje, nes pacientų siuntimas į aukštesnio lygio ligonines didina finansines sveikatos priežiūros išlaidas.

9 paveiksle pavaizduota, kaip Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių vadovai vertina savo vadovaujamas ligonines.

Kaip matyti iš paveikslėlio, didžiausia dalis (73,2%) vadovų savo vadovaujamas ligonines apibūdino kaip reikalaujančias pilnos pastatų ir šilumos sistemos renovacijos ir modernios aparatūros, o 12,2% įvardijo, kad reikalinga tik moderni aparatūra. 14,6% miestų ir rajonų ligoninių vadovų buvo patenkinti savo vadovaujama ligonine ir įvardijo ją kaip modernią ir šiuolaikišką. Savo vadovojamą miesto ar rajono ligoninę modernia ir šiuolaikiška įvardijo 50% Vilniaus, 40% Klaipėdos ir 20% Utenos apskrities ligoninių vadovų. Kitose apskrityse modernių ir šiuolaikiškų ligoninių nebuvo. Įdomu yra tai, kad atsakydami į klausimą apie aprūpinimą laboratorine diagnostine aparatūra, didžioji dalis miestų ir rajonų ligoninių vadovų teigė, kad aprūpinimas laboratorine diagnostine aparatūra yra geras (tai patvirtino 73,2% vadovų), mažesnioji dalis teigė, kad aprūpinimas aparatūra yra patenkinamas (tai patvirtino 26,8% vadovų) ir nebuvo nei vieno vadovo, teigusio, kas aprūpinimas laboratorine aparatūra yra labai blogas ar blogas. Nežiūrint to, tik nedidelė dalis vadovų savo vadovojamą ligoninę įvertino puikiai.

Procentinis nuomonės pasiskirstymas



**9 paveikslas. Procentinis ligoninių vadovų nuomonės apie savo vadovojamą ligoninę pasiskirstymas**

Vertinant ligoninių vadovų lūkesčius, buvo užduotas klausimas, kokia pinigų suma reikalinga, norint įrengti šiuolaikišką ligoninę, atitinkančią rajono gyventojų poreikius. Mažiausia įvardinta pinigų suma buvo 1 mln. litų (taip įvardijo Kauno P. Mažylio gimdymo namai), o didžiausia įvardinta pinigų suma buvo 300 mln.

(Klaipėdos universitetinė ligoninė). Bendra įvardinta pinigų suma, reikalinga, norint įrengti šiuolaikiškas ligonines, atitinkančias rajonų ir miestų gyventojų poreikius, yra net 1 mlrd. 30 mln. litų. Vienai ligoninei vidutiniškai prašoma 27,12 mln. litų.

Tai tik Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių vadovų nuomonė, kuri nepagrįsta jokiomis ekspertizėmis ir skaičiavimais, tačiau galima daryti bendrą išvadą – daugumai mūsų miestų ir rajonų ligoninių dar toli iki jų vadovų susikurto idealo, ypač esant ribotoms finansinėms galimybėms.

Taigi, bendros išvados apie 2003–2008 metais vykdytą miestų ir rajonų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizaciją:

- Atlikus tyrimą ir išanalizavus gautus rezultatus, paaiškėjo, kad dauguma Lietuvos Respublikos miestų ir rajonų ligoninių vadovų 2003–2008 metų restruktūrizaciją įvertino teigiamai arba labiau teigiamai nei neigiamai. Vadovų, kurie restruktūrizaciją įvertintų neigiamai, nebuvo. Teigiamiausiai restruktūrizaciją įvertino Vilniaus apskrities ligoninių vadovai.
- Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo metu įvykdytas akušerinių skyrių, kuriuose gimdymų skaičius mažesnis nei 300 per metus, uždarymas, reabilitacinių skyrių, slaugos lovų/skyrių, dienos stacionarų ir dienos chirurginių skyrių steigimas daugumos miestų ir rajonų ligoninių vadovų vertinamas labai gerai arba gerai. Restruktūrizavimo metu įvykdytos kitos reformos, tokios kaip resursų perkėlimas į ambulatorinę grandį, lovos užimtumo didinimas, lovų skaičiaus mažinimas didesniosios ligoninių vadovų dalies buvo įvertintas palankiai. Didžioji dalis Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių vadovų patvirtino, kad gydymo laiko sutrumpinimas (stacionare), kuris buvo skatinamas restruktūrizacijos laikotarpiu, gydymo rezultatų nepaveikė.
- Absoliuti dauguma Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių vadovų patvirtino, kad po 2003–2008 metais vykdytos sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos bendra sveikatos priežiūros kokybė pagerėjo. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pokyčiai po restruktūrizacijos laikotarpio buvo įvertinti labai skirtingai, t. y. buvo visiškai priešingų vertinimų. Beveik pusė ligoninių vadovų patvirtino, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pagerėjo, daugiau nei  $\frac{1}{3}$  vadovų teigė, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybė nepakito, o net  $\frac{1}{8}$  vadovų patvirtino, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas po restruktūrizacijos laikotarpio pablogėjo.
- Po restruktūrizacijos pagerėjo pagrindiniai miestų ir rajonų sveikatos priežiūros įstaigų rodikliai, t. y. sumažėjo hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų ir lovų skaičius, padidėjo lovos užimtumas ir lovos apyvarta, tad galima teigti, kad restruktūrizacija buvo vykdoma efektyviai, todėl pasiekti pagrindiniai užsibrėžti restruktūrizacijos uždaviniai.
- Daugiau nei  $\frac{1}{3}$  vadovų teigė, kad ambulatorinėje grandyje konsultantų skaičius yra pakankamas, o beveik  $\frac{2}{3}$  vadovų teigė, kad konsultantų skaičius ambulatorinėje grandyje yra nepakankamas. Dauguma sveikatos priežiūros įstaigų, esant nepakankamam konsultantų skaičiui, pacientus siunčia į kitas ligonines arba kviečia konsultantus iš apskrities ligoninės.



Nemaža dalis atsakė, kad esant nepakankamam konsultantų skaičiui ambulatorinėje grandyje, pacientai siunčiami į aukštesnio lygio ligonines, kai tuo tarpu šią problemą reikėtų spręsti esamoje antrinėje grandyje, nes priešingu atveju yra didinamos finansinės sveikatos priežiūros išlaidos.

- Didžioji dalis miestų ir rajonų ligoninių vadovų savo vadovaujamas ligonines apibūdino kaip reikalaujančias pilnos pastatų ir šilumos sistemos renovacijos ir modernios aparatūros, tačiau dalis vadovų buvo patenkinti savo vadovaujama ligonine ir įvardijo ją kaip modernią ir šiuolaikišką. Savo vadovaujama miesto ar rajono ligoninę modernia ir šiuolaikiška įvardijo dalis Vilniaus, Klaipėdos ir Utenos apskrities vadovų. Kitose apskrityse modernių ir šiuolaikiškų ligoninių nebuvo. Atsakydami į klausimą apie aprūpinimą laboratorine diagnostine aparatūra, didžioji dalis miestų ir rajonų ligoninių vadovų teigė, kad aprūpinimas laboratorine diagnostine aparatūra yra geras, mažesnioji dalis teigė, kad aprūpinimas aparatūra yra patenkinamas ir nebuvo nei vieno vadovo, teigusio, kad aprūpinimas laboratorine aparatūra yra labai blogas ar blogas. Nežiūrint to, tik nedidelė dalis vadovų savo vadovojamą ligoninę įvertino puikiai.
- Vertinant ligoninių vadovų lūkesčius, buvo užduotas klausimas, kokia pinigų suma reikalinga, norint įrengti šiuolaikišką ligoninę, atitinkančią rajono gyventojų poreikius. Mažiausia įvardinta pinigų suma buvo 1 mln. litų, o didžiausia įvardinta pinigų suma buvo 300 mln. Bendra įvardinta pinigų suma, reikalinga, norint įrengti šiuolaikiškas ligonines, atitinkančias rajonų ir miestų gyventojų poreikius, yra net 1 mlrd. 30 mln. litų. Vienai ligoninei vidutiniškai prašoma 27,12 mln. litų. Tai tik Lietuvos miestų ir rajonų ligoninių vadovų nuomonė, kuri nepagrįsta jokiais ekspertizėmis ir skaičiavimais, tačiau galima daryti bendrą išvadą – daugumai mūsų miestų ir rajonų ligoninių dar toli iki jų vadovų susikurto idealo, ypač esant ribotoms finansinėms galimybėms.

## Sveikatos sistemos finansavimas Medicinos paslaugų ir prekių rinkos

*Gediminas Černiauskas, Igoris Panovas*

Straipsnyje aptariami pastarąjį dešimtmetį vykę kiekybiniai ir kokybiniai sveikatos sistemos finansavimo pokyčiai. Pagrindinis dėmesys yra skiriamas sveikatos politikos tikslų įgyvendinimo įrankio – sveikatos sistemos finansų – galimybėms vertinti.

### Sveikatos sistemos finansavimo šaltiniai

1999–2009 metais Lietuvoje išliko tokia sveikatos sistemos finansavimo struktūra, kokia buvo suformuota įvedant privalomąjį sveikatos draudimą. 2004–2008 metų situaciją parodantys statistikos duomenys yra pateikti lentelėse. Sveikatos sistemos finansavimo struktūrą atspindi nacionalinių sveikatos sąskaitų duomenys.

**1 lentelė Sveikatos sistemos išlaidų šaltinių struktūra (proc.)**

	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Valdžios sektorius</b>	67,54	67,78	69,50	72,83	72,64
Socialinio draudimo fondai	58,93	58,38	58,58	58,97	59,23
Kitas valdžios sektorius	8,62	9,38	10,92	13,88	13,41
<b>Privatus sektorius</b>	32,46	32,22	30,48	27,15	27,36
Namų ūkių tiesioginės išlaidos	31,93	31,75	29,98	26,70	26,79
Privatus draudimas	0,39	0,36	0,41	0,39	0,50
Bendrovės	0,10	0,09	0,08	0,04	0,04
Kitos šalys	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00
Kitas privatus sektorius	0,03	0,01	0,01	0,01	0,02
<b>Iš viso</b>	100	100	100	100	100

*Šaltinis: Statistikos departamentas*

Paanalizavę sveikatinimo išlaidų struktūrą matome, kad aptariamuoju laikotarpiu:

- valstybinio finansavimo lyginamasis svoris penkiaais procentiniais punktais padidėjo, o privatus finansavimas atitinkamai sumenko. Pagrindinė šio pokyčio priežastis – nuo 2007 metų žymiai išaugo iš ES struktūrinių fondų finansuojamos investicijos į sveikatos apsaugą;
- nors, palyginti su valstybiniu, santykinė privataus sektoriaus vertė sumenko, sudedamosios jo dalys nežymiai kito tarpusavyje. Namų ūkių tiesioginės išlaidos tebesudaro didžiausią privačios paklausos dalį. Privatus

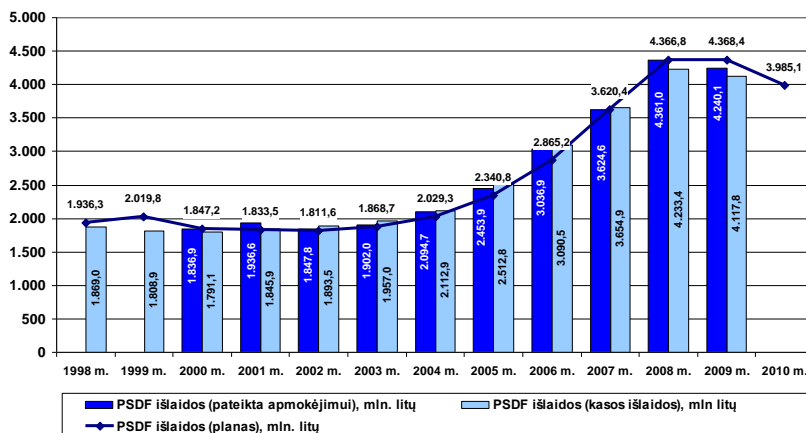
draudimas buvo vienas iš sparčiausiai augančių sveikatos finansavimo segmentų, bet šis finansavimas sudaro ne daugiau pusę procento sveikatos sektoriaus išteklių ir nėra labai apčiuopiamas.

Pateiktos išvados apie kiekybinius sveikatos sistemos finansavimo pokyčius turi vertę ir sprendžiant apie veikiančios sveikatos sistemos pastovumą, tvarumą:

- Lietuvos sveikatos sistema yra stabili. Lietuvoje jau susiformavo ir be didelių pokyčių veikia mišrus sveikatos sistemos finansavimo modelis, derinantis socialinio privalomojo sveikatos draudimo, biudžetinio finansavimo ir tiesioginių gyventojų mokėjimų už prekes ir paslaugas elementus. Pastebėtina, kad už mišrų sveikatos sistemos finansavimo modelį buvo pasisakoma jau 1989 metais, dar tik rengiantis Nepriklausomybei, o įgyvendintas jis 1990–1997 metais, ruošiant ir diegiant Sveikatos draudimo įstatymą.
- Lietuvos sveikatos sistema yra beveik nepriklausoma nuo užsienio pagalbos ir funkcionuoja nacionalinių pinigų srautų dėka.

## Sveikatos sistemos pajamų ir išlaidų dinamika

Remiantis faktu, kad socialinio draudimo fondai (Lietuvos atveju - tai Privalomojo sveikatos draudimo fondas arba PSDF) užtikrina apie 70 procentų bendrojo ir 80 procentų visuomeninio sveikatos finansavimo, sveikatos sistemos pajamų ir išlaidų dinamika bus nagrinėjama remiantis PSDF pavyzdžiu.



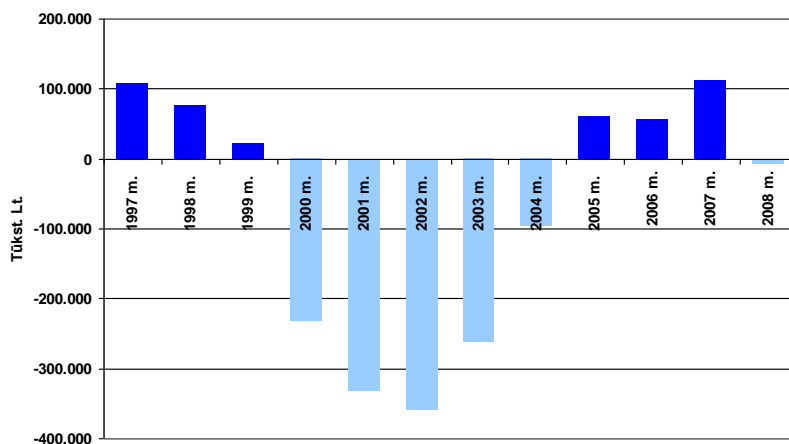
**1 paveikslas. 1998–2010 metų PSDF išlaidos (milijonais litų)**

Šaltinis: Valstybinės ligonių kasos duomenys

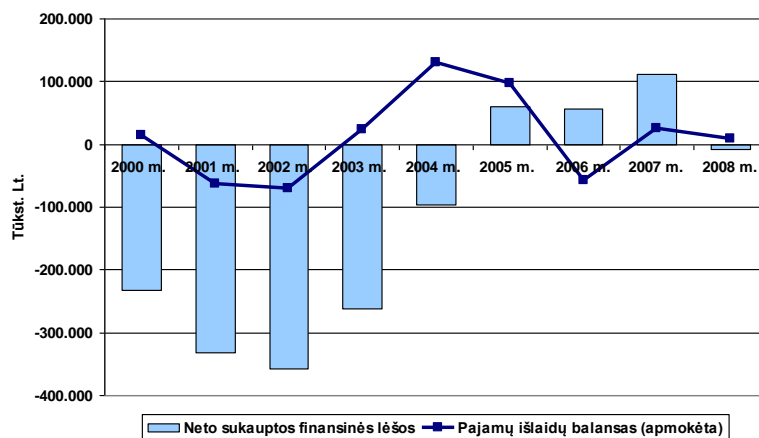
## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje

1 paveiksle pateikti skaičiai rodo, kad 1998–2003 metais sveikatos sistemos finansuose buvo stagnacija, 2004–2008 metais – spartus augimas ir 2009 metais – stabilizacija, kurią lėmė ekonominis nuosmukis.

Lietuvoje įvedant privalomąjį sveikatos draudimą vienas iš tikslų buvo užtikrinti sveikatos sistemos pajamų ir išlaidų subalansavimą. PSDF biudžeto subalansavimo eiga yra parodyta 2 ir 3 paveiksluose.



**2 paveikslas. 1998–2009 metais PSDF neto sukauptos finansinės lėšos (milijonais litų)**  
Skaičiuota remiantis VLK duomenimis



**3 paveikslas. 2000–2008 metais PSDF neto sukauptos finansinės lėšos ir PSDF finansiniai rezultatai**

Skaičiuota remiantis VLK duomenimis

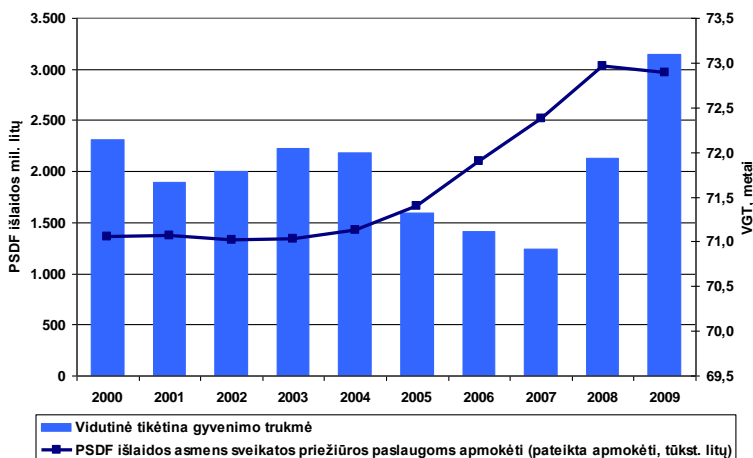
2 paveikslas rodo, kad buvo įgyvendintas uždavinys – per pirmąjį Ligonių kasų veiklos dešimtmetį subalansuoti sveikatos draudimo pajamas ir išlaidas. Kita vertus, šis balansavimas buvo gana sudėtingas. Pirmaisiais Ligonių kasų veiklos metais buvo suformuotas daugiau nei 100 milijonų litų rezervas, kuris padėjo įveikti 1998–2003 metų sunkmetį. Finansinio tvarumo atžvilgiu sunkiausi buvo 2000–2002 metai, kuriais ligonių kasų įsiskolinimas už suteiktas medicinos paslaugas ir vaistus viršijo turimas pinigines Ligonių kasų lėšas (2002 metais net 350 milijonų litų). 2002 metais prasidėjęs intensyvus sveikatos išlaidų optimizavimas (apie išlaidų vaistams optimizavimą bus rašoma vėliau) ir 2004 metais pradėjęs pastebimai augti sveikatos sektoriaus finansavimas užtikrino, kad PSDF biudžeto turimos piniginės lėšos jau 2005 metais viršijo PSDF įsipareigojimus ligoninėms, ambulatorinėms gydymo įstaigoms ir vaistinėms. Turimų piniginių lėšų ir PSDF įsipareigojimų paslaugų ir prekių teikėjams skirtumas yra pavadintas PSDF neto sukauptomis finansinėmis lėšomis (2 ir 3 paveikslai).

3 paveikslas iliustruoja mechanizmą, kaip buvo atstatytas sveikatos finansų tvarumas. Šio atstatymo pagrindas buvo tai, kad 2003–2005 metais PSDF pajamos gerokai viršijo išlaidas, apskaičiuotas pagal PSDF apmokėti pateiktas sąskaitas.

Faktas, kad 1997 metais sukaupti rezervai padėjo sveikatos sistemai išgyventi sunkų laikotarpį po vadinamosios “Rusijos krizės”, o rezervas, savo maksimumą pasiekęs 2007 metais, yra reikšmingas švelninant neigiamą 2009 metų ekonomikos nuosmukio poveikį. Šis faktas įrodo, kad pasiteisino įstatymu įteisintas santykinis PSDF biudžeto savarankiškumas nuo valstybės biudžeto ir reikalavimas kaupti PSDF rezervą. Tikėtina, kad PSDF rezervo kaupimas turėtų būti griežčiau reglamentuojamas. Pavyzdžiui, galėtų būti diskutuojamas toks pasiūlymas – augant PSDF pajamoms, 10–20 procentų finansavimo prieaugio būtų nukreipiama įsiskolinimams dengti bei rezervui formuoti. Rezervas būtų didinamas iki tol, kol PSDF sukauptos neto finansinės lėšos pasiektų 1–2 mėnesių finansavimo poreikius užtikrinantį lygį. Toks rezervas sudarytų apie penkis šimtus milijonų litų ir galėtų būti naudojamas tik suderinus su Vyriausybe.

PSDF subalansavimas yra reikšmingas, bet ne pagrindinis sveikatos sistemos valdymo reformos uždavinys. Nuo 1988 metų – diskusijų apie sveikatos sistemos pertvarką pradžios – svarbiausiu uždaviniu laikytas toks sveikatinimo veiklos ir jos finansavimo sutvarkymas, kuris, atsižvelgiant į ribotus šalies resursus, užtikrintų kuo sveikesnę visuomenę. 1999–2008 metų šalies vystymasis rodo, kad, nežiūrint daugelio pastangų, raktas į sveikesnę Lietuvos žmonių gyvenimą dar nesurastas.

4 paveiksle stulpeliai rodo vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę (VGT) metais, o kreivė – išlaidas sveikatos paslaugoms. 2000–2004 metais nesikeitė nei sveikatos finansavimas, nei VGT. 2005–2007 metais finansavimas išaugo beveik dvigubai, o VGT sutrumpėjo. 2008 metais VGT vėl augo ir pasiekė 2000 metų lygį. Pateikti skaičiai parodo sveikatinimo proceso kompleksumą. Dalis šio sudėtingo proceso, aprėpiančio piniginius ir žmogiškuosius išteklius, vadybinę patirtį ir gyventojų elgseną, elementų šiame tekste bus aptariama vėliau. Prieš pradėdami nagrinėti sveikatos finansinio valdymo mechanizmą, trumpai apžvelgsime galimybes numatyti kiekybinius sveikatos sistemos finansavimo pokyčius.



Pastaba. 2009 m. VGT duomenys preliminarūs

#### 4 paveikslas. 2000–2009 metų PSDF išlaidų ir VGT dinamika

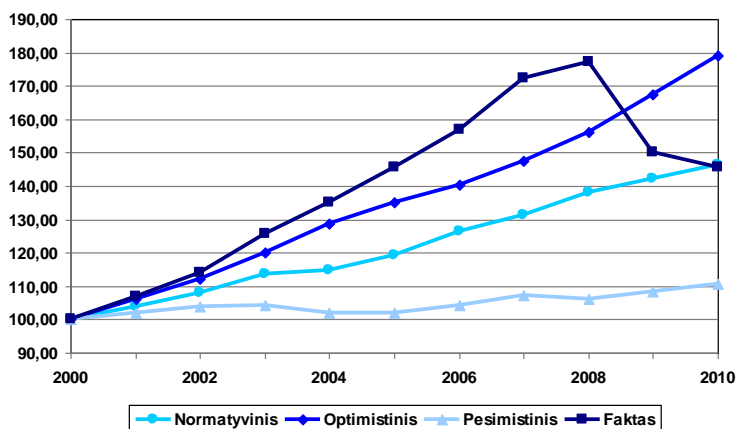
Šaltiniai: Valstybinės ligonių kasos duomenų bazė, Statistikos departamentas

**1999–2000 metais SEC darytų PSDF augimo prognozių 2000–2010 metams ir faktinių pokyčių atitikimas. BVP, infliacija, darbo užmokestis, PSDF pajamos.**

Sveikatos sistemos finansus veikia gyventojų poreikių kaita ir šalies ekonominės galimybės (detaliai šie veiksniai bus aprašomi kiek vėliau). Tarptautiniuose tyrimuose, nagrinėjant praėjusių laikotarpių sveikatos išlaidų kitimą ir prognozuojant ateities dinamiką, didžiausias dėmesys yra kreipiamas į bendrąją ekonomikos raidą – BVP augimą, infliaciją, sukurto BVP vartojimo struktūrą, kur sveikatos sektorius konkuruoja su kitomis vartojimo ir investicijų rūšimis. 2000 metais VLK užsakymu UAB “Sveikatos ekonomikos centras” (SEC) atliko Ligonijų kasų pajamų ir išlaidų prognozavimą 2000–2010 metams. Prognozė buvo sudaryta pagal optimistinį, pesimistinį ir normatyvinį (autorių nuomone – labiausiai tikėtiną) scenarijus. Dabar, prognostiniam periodui artėjant į pabaigą, galima įvertinti, kaip atliktoji prognozė atitiko šalies ekonomikos realijas.

#### BVP kitimas

Optimistinis BVP kitimo scenarijus buvo grindžiamas prielaida, kad šalies ūkis augs maždaug 6 procentiniais punktais, normatyvinis – maždaug 4 procentiniais punktais, o pesimistinis – 1,5 procentinio punkto per metus. Prognostinių ir faktinių skaičių palyginimas yra pateiktas 5 paveiksle. 2010 metų faktas yra apibrėžtas pagal 2009 metų gruodį Finansų ministerijos pateiktą prognozę.



5 paveikslas. BVP augimo prognozių ir faktinių skaičių atitikimo vertinimas (procentais, 2000 metų skaičiai yra prilyginti 100)

Prognostinių ir faktinių rezultatų palyginimas rodo, kad 2010 metais normatyvinio prognostinio scenarijaus ir faktiškai laukiamų rodiklių skaičiai beveik sutapo, kad 2000 metais kitam dešimtmečiui prognozuoti vidutiniai metiniai BVP augimo tempai, iš esmės, buvo vertinti korektiškai.

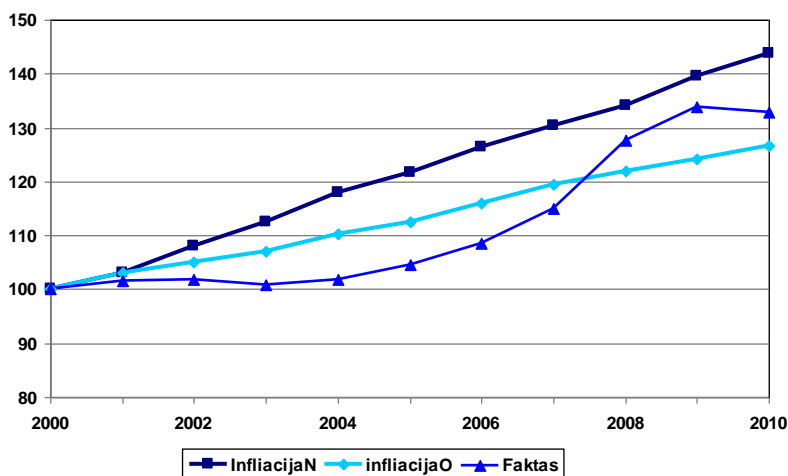
Kita vertus, beveik visą prognostinį laikotarpį, išskyrus 2010 metus, faktinius skaičius atspindintis grafikas buvo virš normatyvinio augimo scenarijaus grafiko ir svyravo ties optimistinių scenarijų atspindinčiais skaičiais. Tikėtina, kad 2005–2007 metais statistikos fiksuotas augimas, kaip ir 2009 metų nuosmukis, buvo didesnis nei realūs ekonomikos pokyčiai. Jei pastaroji prielaida pasitvirtintų, faktinė 2000–2007 metų Lietuvos ekonomikos raida būtų labai artima aprašytajai optimistiniame scenarijuje.

### Infliacijos kitimas

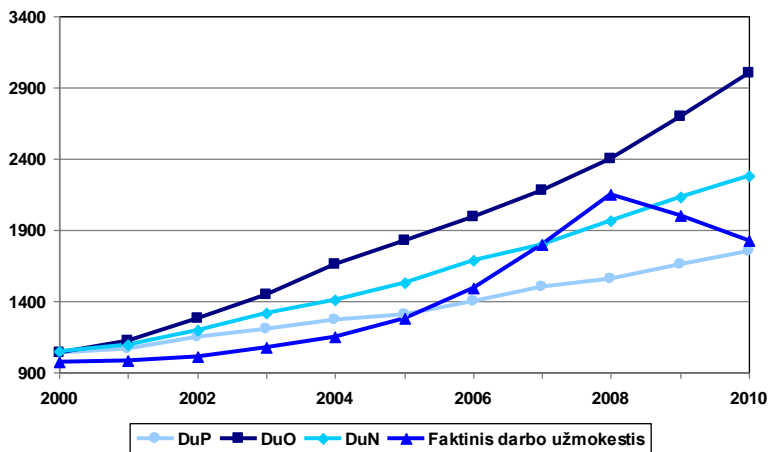
Infliacija, kaip ir BVP dinamika, buvo vertinama pagal tris scenarijus. Normatyvinio (N) ir optimistinio (O) scenarijų ir faktinių skaičių atitikimas yra pateiktas 6 paveiksle. Pesimistinis infliacijos scenarijus numatė gerokai aukštesnius kainų augimo mastus nei faktiniai, todėl paveiksle jis neatspindėtas.

Faktiniai infliacijos skaičiai, kaip ir BVP atveju, pasirodė esą geresni nei buvo numatyta normatyviniame scenarijuje, jie svyruoja apie optimistinio scenarijaus skaičius. Dešimtmečio pradžioje kainos augo lėčiau, o nuo 2006 metų – sparčiau nei prognozuota.

Atliktajame tyrime, atsižvelgiant į Lietuvos įstatymuose nustatytą glaudų ryšį tarp darbo užmokesčio ir PSDF biudžeto, formuojančio pagrindines visuomenines sveikatos sektoriaus pajamas, buvo prognozuota, koks bus realus darbo užmokestis. Prognozės ir faktinių reikšmių atitikimas yra toks:



6 paveikslas. Infliacijos prognozių ir faktinių skaičių atitikimo vertinimas ( procentais, 2000 metų skaičiai yra prilyginti 100)

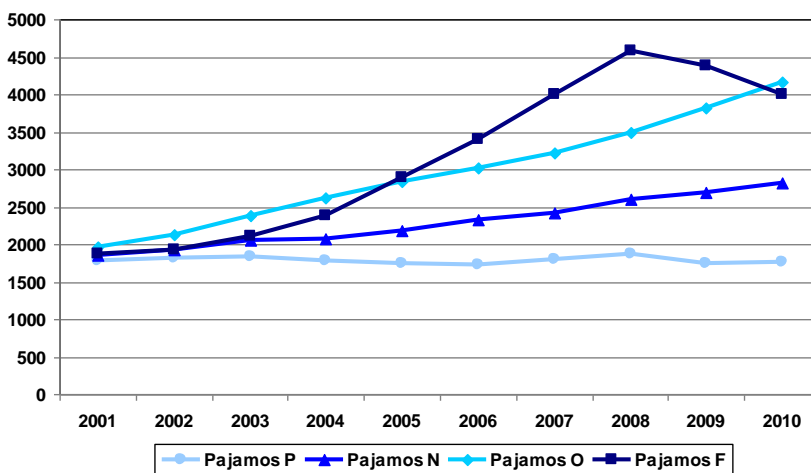


7 paveikslas. 2000–2010 metų mėnesinio darbo užmokesčio kaita Lietuvos sveikatos sektoriuje (litas)

Matome, kad faktinis darbo užmokestis svyravo apie normatyvinio scenarijaus skaičius.

Pagrindinis 2000 metais atlikto tyrimo tikslas buvo numatyti PSDF pajamų kaitą.





8 paveikslas. Lietuvos PSDF pajamos (milijonais litų)

8 paveiksle matyti, kad PSDF pajamos, kaip ir BVP bei kainų dinamika, svyravo apie optimistinę prognozę. 2000–2003 metais PSDF pajamos atsiliko nuo optimistiniame scenarijuje numatytų augimo rodiklių, tačiau 2004–2008 metais jos augo sparčiau nei prognozuota. Ekonomikos nuosmukis prognozuojant BVP ir PSDF raidą nebuvo numatytas.

Norint įvertinti, ar 2000 metais naudota prognostinė metodika atitinka nūdienos reikalavimus, reikalingi papildomi tyrimai, bet atsižvelgiant į jau turimą medžiagą galima teigti, kad:

- prognostiniai skaičiavimai valstybinio valdymo institucijoms suteikia galimybę būti pasirengusioms ir palankiems, ir nepageidaujamiems pokyčiams;
- įmanoma pakankamai tiksliai numatyti ateitį (visų prognozuotų parametru faktinės reikšmės buvo tarp optimistiniame ir pesimistiniame scenarijuose numatytų reikšmių).

## Finansavimas – sveikatos sektoriaus valdymo priemonė

Lietuvoje iš visų viešąsias paslaugas teikiančiųjų sektorių sveikatos sektorius pirmasis perėjo nuo biudžetinio prie mišraus finansavimo modelio. Nuo 1997 metų beveik visos (išskyrus investicijoms skirtą dalį) daugumos gydymo (asmens sveikatos priežiūros) paslaugas teikiančių įstaigų išlaidos yra finansuojamos ne pagal biudžetiniame finansavime būdingą ekonominės klasifikacijos straipsniais (darbo užmokestis, socialinio draudimo įmokos, perkamos paslaugos ir t.t.) pagrįstą modelį, o Ligonių kasoms perkant paslaugas.

2 lentelė. 1997–2000 metais veikęs paslaugų ir prekių pirkimo modelis

Sektorius	Aprašymas	Paskatų turinys	Galimos neigiamos pasekmės
Ligoninių paslaugų pirkimas	Mokama už išgydytą pacientą. Į gydymo ligininėje trukmę neatsižvelgiama. Nėra ligininės pajamų apimties ribojimų. Beveik nereguliuojamos įstaigų išlaidos.	Trumpinti gydymo ligininėje trukmę. Gydyti kuo daugiau pacientų. Taupiai naudoti turimus išteklius.	Perteklinės hospitalizacijos. Vengimas gydyti sudėtingas ligas. Perteklinės investicijos į paslaugų plėtrą.
Ambulatorinių antrinio lygio paslaugų pirkimas	Mokama už konsultaciją, kurią sudaro iki trijų vizitų pas specialistą dėl tos pačios ligos. Siuntimas iš PSP. Į konsultacijos įkainį įtrauktas daugelio tyrimų apmokėjimas. Beveik nereguliuojamos įstaigų išlaidos. Paslaugos perkamos beveik vien iš valstybinių įstaigų.	Gydyti kuo daugiau pacientų. Pirmojo vizito metu suteikti maksimalų paslaugų kiekį. Taupiai naudoti turimus išteklius.	Perteklinės specialistų konsultacijos. Sprendimai hospitalizuoti po pirmojo vizito. Perteklinės investicijos į paslaugų plėtrą.
PSP paslaugų pirkimas	Mokama už į sąrašą įrašytą gyventoją. Mokama bendros praktikos gydytojams ir į PSP grupinę praktiką susijungusiems specialistams. Privačių medikų įtraukimas. Vaikų ir garbaus amžiaus žmonių įkainiai aukštesni nei kitų apdraustųjų. Papildomai mokama už paslaugas kaimo gyventojams.	Prisirašyti kuo daugiau gyventojų. Plėsti ligų prevenciją. Tolygiai paskirstyti išteklius tarp šalies regionų. Skatinti privačią mediciną.	Sunkiai sergančiųjų diskriminacija. Menkas gydomojo darbo intensyvumas. Pertekliniai siuntimai antrinės pagalbos paslaugoms.
Vaistų ir farmacinių paslaugų pirkimas	Kompensuojamų vaistų ir ligų sąrašas. Kompensuojami receptiniai vaistai, daliniai mokėjimai už vaistus. Valstybės reguliuojamos kainos. Nėra generinių vaistų politikos. Nėra biudžetinių apribojimų.	Skatinti vaistų prieinamumą. Riboti vaistų su priemokomis vartojimą.	Perteklinis 100 procentų kompensuojamų vaistų vartojimas. Rizika, kad PSDF biudžetas bus nesubalansuotas.

Atsisakant biudžetinio finansavimo buvo tikimasi, kad reforma:

- sukurs ekonomines paskatas produktyvesniam ir efektyvesniam sveikatos priežiūros įstaigų darbui. Gydymo įstaigos sieks teikti kuo daugiau paslaugų, o ne kratysis pacientų (sveikatos sistemai tai buvo būdinga, kai įstaigų finansavimas priklausė ne nuo suteiktų paslaugų skaičiaus, o nuo turimų išteklių dydžio);
- gydymo įstaigos, siekdamos maksimizuoti pajamas, pradės konkuruoti, o konkurencija užtikrins ne tik didesnę paslaugų kiekį, bet ir pagerins šių paslaugų kokybę;

- valstybinio valdymo institucijoms (Sveikatos apsaugos ministerijai, savivaldybėms) atsisakius įstaigų finansavimo priedermės, taps skaidresni santykiai tarp gydymo ir valdžios įstaigų. Valdymo institucijos daugiau dėmesio skirs strateginiams sveikatos sistemos plėtros uždaviniams formuluoti ir šiems uždaviniams įgyvendinti;
- padidėjęs ekonominis sveikatos priežiūros įstaigų savarankiškumas leis ne tik sparčiau (be derinimų su steigėjais), bet ir racionaliau naudoti gaunamas lėšas.
- valstybė sukurs mechanizmą, kuris užtikrins geriausiai gyventojų poreikius tenkinančių paslaugų pirkimą;
- visų lygių paslaugas perkant tai pačiai institucijai (Valstybinei ligonių kasai) bus užtikrintas pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros integralumas.

1996–1997 metais, siekiant aukščiau išvardintų tikslų ir sveikatos sistemos valdymo kaštų minimizavimo bei gana išsamiai susipažinus su tarptautine patirtimi, buvo sukurtas paslaugų kainodaros modelis, kuris šiek tiek modifikuotas veikė ir 1998–2009 metais. Palyginti su biudžetiniu finansavimu, šis modelis (vertinant jį teorinių nuostatų lygmeniu) turi privalumų.

Pirmieji naujojo finansavimo modelio veikimo metai parodė, kad teoriniai šio mechanizmo privalumai ir trūkumai<sup>330</sup> pasireiškė ekonominiame gyvenime.

Teigiami pokyčiai:

- gerokai sutrumpėjo gydymo ligoninėse laikas – nuo 14 dienų 1996 metais iki 11 dienų 2000 metais;
- išaugo hospitalizacijų skaičius, pagerindamas paslaugų prieinamumą ir, tikėtina, sumažindamas neformalių mokėjimų mastus. Hospitalizacijų skaičius nuo 1996 iki 1998 metų išaugo 20 procentų;
- išaugo ambulatorinių vizitų pas specialistus skaičius.
- konkuruodamos dėl pacientų, PSP paslaugas teikiančios įstaigos pagerino gydymo ir aptarnavimo kokybę;
- dauguma gydymo įstaigų pradėjo optimaliau naudoti turimus išteklius ir visos sugebėjo išgyventi ne tik ekonomikos augimo, bet ir nuosmukio laikotarpiu.
- išaugo kompensuojamųjų vaistų vartojimas.

Pasiekimus lydėjo ir neigiami pokyčiai:

- Lietuvoje hospitalizacijų skaičius išaugo tiek, kad ėmė viršyti daugelio pasaulio šalių hospitalizacijų rodiklius;
- dalis PSP įstaigų neatsispyrė pagundai rašyti siuntimus į antrinio lygio įstaigas ir receptus vaistams net ir tais atvejais, kai papildomos paslaugos nebūdavo mediciniškai indikuotos;
- nepasiektas vienas iš reformos tikslų – padidinti PSP reikšmingumą sveikatinimo procese;
- sumažėjo vizitų pas šeimos gydytojus skaičius;

---

<sup>330</sup> Aprašyta leidinyje “Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste”. – Vilnius : Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje

- bendras ambulatorinių vizitų vienam gyventojui per metus skaičius sumažėjo nuo 7,1 (1995 metais) iki 6,4 (2000 metais).

**3 lentelė. 2001–2009 metais veikęs paslaugų ir prekių pirkimo modelis**

Sektorius	Pokyčių aprašymas lyginant 1996 m. ir 2000 m.	Paskatų turinys	Galimos neigiamos pasekmės
Ligoninių paslaugų pirkimas	Paslaugų įkainių detalizavimas. Dienos stacionaras ir dienos chirurgija. Biudžetinių apribojimų įvedimas. Gydymo tinklo restruktūrizacija. Prioritetas medikų algoms. Įkainių indeksacija.	Mažinti perteklinių hospitalizacijų skaičių. Plėsti trumpalaikio gydymo paslaugas. Skatinti perteklinių pajėgumų likvidavimą įstaigos bei regiono lygmeniu. Didinti medikų darbo patrauklumą bei riboti emigraciją. Didinti sveikatos finansavimą.	Paskatų intensyviai dirbti mažėjimas. Vengimas gydyti sudėtingas ligas. Konkurencijos tarp paslaugų teikėjų ribojimas. Nepakankamas kitų nei darbo užmokestis išlaidų dengimas. Paskatų taupyti išteklius ribojimas. Perteklinės investicijos į paslaugų plėtrą.
Ambulatorinių antrinio lygio paslaugų pirkimas	Papildomas (pridedamas prie mokėjimo už konsultaciją) kai kurių brangių tyrimų apmokėjimas. Sutarčių su privačiomis įstaigomis liberalizavimas. Įkainių indeksacija.	Kuo daugiau pacientų gydyti ambulatoriškai. Didinti medikų darbo patrauklumą, riboti jų emigraciją.	Perteklinės specialistų konsultacijos. Sprendimai hospitalizuoti po pirmojo vizito. Perteklinės investicijos į paslaugų plėtrą.
PSP paslaugų pirkimas	Mokėjimas už prioritетines (daugiausiai visuomenės sveikatos) paslaugas. Aptarnaujamų gyventojų skaičiaus mažinimas. Įkainių indeksacija.	Skatinti visuomenės sveikatos paslaugų plėtrą. Didinti medikų darbo patrauklumą, riboti emigraciją. Gerinti paslaugų kokybę.	Menkas gydomojo darbo intensyvumas. Pertekliniai siuntimai antrinems ASP paslaugoms.
Vaistų ir farmacinių paslaugų pirkimas	Kompensuojamų vaistų antkainių mažinimas, referentinės kainos renkantis ES šalių pavyzdžius. Centralizuotų pirkimų augimas. Bandymai gydymo įstaigoms ir naujai į kompensuojamųjų vaistų sąrašus įrašomiems vaistams nustatyti išlaidų biudžetus. Pardavimų apimtį didinančios rinkodaros ribojimas.	Mažinti vaistų kainas. Balansuoti PSDF pajamas ir išlaidas. Didinti prieinamumą.	Įtampa farmacijos rinkoje. Rizika, kad augs su viešaisiais pirkimais susijusi korupcija.

3 lentelėje pateiktas pokyčių vertinimas rodo, kad 2001–2009 metais stipriausiai keitėsi ligoninių paslaugų ir farmacinių paslaugų pirkimo sąlygos, o pastebimų pasikeitimų finansuojant PSP bei antrinio lygio ambulatorines paslaugas (jei neskačiuosime skatinamųjų paslaugų) nebuvo.

2000–2008 metais veikęs sveikatos finansavimo modelis radikalai veikė farmacinių produktų vartojimą (šie pokyčiai bus aprašyti toliau), bet silpnai veikė statistikos fiksuojamus sveikatos priežiūros paslaugų parametrus:

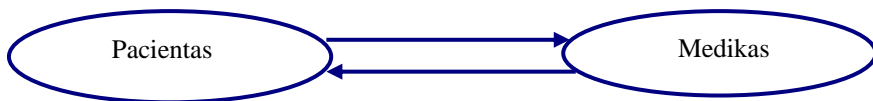
- 2000 metais ambulatoriniai apsilankymai pas specialistus siekė 2,3 apsilankymo vienam gyventojui, 2004 metais šis skaičius sumažėjo iki 2,2, o 2008 metais vėl pasiekė 2,3 apsilankymo;
- 2000 metais bendras ambulatorinių apsilankymų pas gydytojus skaičius siekė 6,4 apsilankymo vienam gyventojui, 2004 metais šis skaičius padidėjo iki 6,6, o 2008 metais pasiekė 7,01 apsilankymo;
- saikingai sumažėjo gydymo ligoninėse laikas – nuo 11 dienų 2000 metais iki 10 dienų 2009 metais;
- sumažėjo hospitalizacijų skaičius – nuo 24,66 hospitalizacijų 100 gyventojų 2000 metais iki 23,8 hospitalizacijų 2004 metais, 2008 metais šis rodiklis vėl išaugo iki 24,21.

Panašu, kad klausimas, ar per 2000–2009 metus Lietuvos sveikatos sistema priartėjo prie 1989 metais deklaruotos nuostatos – daugelis (iki 90 procentų) gyventojų kontaktų su sveikatos apsauga turi prasidėti ir sėkmingai baigtis pirmine priežiūra – tebėra atviras.

Galima teigti, kad kainodaros politika Lietuvoje daro realią įtaką paslaugų teikimo apimties ir struktūros pokyčiams. Taip teigti galima atsižvelgus į hospitalinio sektoriaus (iš dalies ir farmacinio sektoriaus) kainodaros svyravimus – čia buvo skatinama varžyti pasiūlą ir taip daryti įtaką rinkai. Ši hipotezė leidžia formuluoti ir teorinį klausimą apie, tikėtina, objektyviai egzistuojantį sveikatos sistemos valdymo tikslų prieštarumą – viena vertus, produktyvumo ir prieinamumo skatinimas, kita vertus, būtinybė balansuoti biudžeto pajamas ir išlaidas. Šį prieštarumą bent jau iš dalies paaiškina teorinis sveikatos paslaugų pirkimo modelis.

### **Teorinis sveikatos paslaugų pirkimo modelis**

#### **A. Rinkos santykiai**



Tradicinėje vartotojo ir gamintojo (paciento–mediko) sąveikoje gamintojas teikia paslaugas, už kurias moka vartotojas. Paprasti rinkos santykiai nereikalauja tarpininko ir užtikrina norimų paslaugų vartojimą tiems, kurie turi pinigų joms pirkti. Jei XIX amžiuje šis ryšio tarp gamintojo ir vartotojo modelis vyravo, tai Europoje ir JAV XXI amžiaus pradžioje jis aptarnauja 10–30 procentų sveikatos paslaugų rinkos. Jei sveikatos rinkoje veiktų tobula konkurencija, tikėtina, kad aprašytasis modelis būtų vyraujantis, bet taip nėra. Tobula konkurencija sveikatos sektoriuje veikia iš dalies, nes nėra užtikrinamos tobulos konkurencijos sąlygos:

a) išsamus gamintojų ir vartotojų informuotumas apie produkcijos kokybę, kainas, vartotojo gebėjimas savarankiškai nustatyti savuosius poreikius.

Šis reikalavimas menkai atitinka sveikatos rinkos specifiką, nes daugeliu atveju vartotojas kreipiasi į medikus tada, kai nežino, kaip spręsti savo problemas. Atsiranda informacijos asimetrijos problema, nes gamintojas žino daugiau nei vartotojas. Gamintojas gali primesti sau, o ne vartotojui, naudingas paslaugas ir/arba teikti prastesnės kokybės, nei gautų turintis pakankamai informacijos vartotojas, paslaugas.

b) Labai didelis gamintojų ir vartotojų kiekis, užtikrinantis, kad nebus daroma įtaka rinkos kainoms.

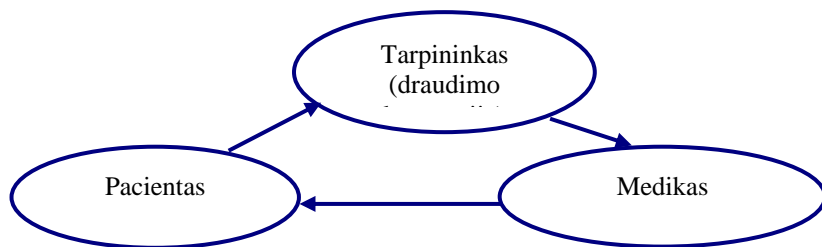
Sveikatos sektoriuje ši teorinė prielaida nėra pilnai realizuojama, nes maža tikimybė, kad nedidelėje gyvenvietėje bus keli gydytojai, miestelyje – kelios konkuruojančios ligoninės, o nedidelėje valstybėje – kelios universitetinės klinikos. Egzistuojantys gamintojo monopolijos elementai neišvengiamai riboja konkurenciją ir mažina rinkos savireguliacijos efektyvumą.

Tobulos konkurencijos sąlygas tenkinančios gėrybės (rinkoje kuriamos prekės ir paslaugos) turi būti privačios, t. y. jų vartojimo nauda turi atitekti tik tiesioginiam vartotojui. Sveikatos paslaugos, aišku, daugiausiai tenkina tiesioginio vartotojo poreikius, bet ne tik jo vieno. Žmogus išsigydęs tuberkuliozę (TB) neapkrės kitų gyventojų ir, priešingai, asmuo, nusprendęs sutaupyti sveikatos sąskaita ir užleidęs TB, ŽIV ar kitą infekcinę ligą, tampa pavojingas aplinkinių sveikatai. Dėl aprašytos specifikos sveikatos paslaugos iš dalies yra priskiriamos viešosioms gėrybėms, kurių vartojimu objektyviai yra suinteresuotas ne tik konkretus asmuo, bet ir bendruomenė. Bendruomenė jau viduramžiais (daugiausiai per bažnyčią) dalyvavo teikiant sveikatos paslaugas. XIX amžiuje prasidėjęs ir XX amžiuje išplėtotas valstybės dalyvavimas sveikatinimo veikloje didžiąja dalimi nulemtas sampratos, kad sveikatos paslaugos yra viešosios gėrybės.

Rinkos ribotumo aspektų sveikatos sektoriuje yra ir daugiau, bet ir šių kelių jau įvardytų pakanka sveikatos rinkos specifikai suvokti.

Greta tiesioginiais paciento ir mediko ryšiais pagrįsto modelio atsiranda naujas modelis, kuriame bendravimas tarp pagrindinių sveikatinimo rinkos dalyvių vyksta dalyvaujant tarpininkui.

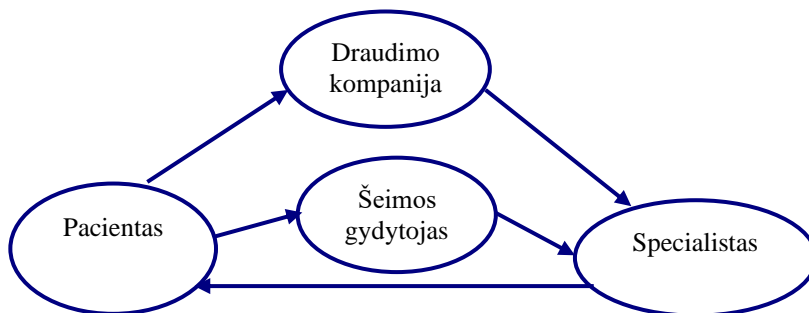
## B. Draudimo modelis



Viduramžiais tarpininku, kuris iš gyventojų renka pinigus (aukų, mokesčių, sveikatos draudimo įmokų forma) ir už jų gydymą užmoka medikams, dažniausiai būdavo bažnyčia, o nuo XIX amžiaus pabaigos šią funkciją perėmė draudimo kompanijos arba/ir valstybė. Susiformavę tarpininkai iš dalies sprendžia informacijos asimetrijos ir viešųjų gėrybių vartojimo problemas. Tarpininkai (toliau tekste bus vartojama draudimo kompanijos sąvoka), net jei jie nevadinami draudimo kompanijomis stengiasi garantuoti, kad gyventojui susirgus jam nepritrūks pinigų sumokėti už sveikatos paslaugas. Esant draudimo santykiams tikimybė, kad susirgus gyventojams pinigų nepritrūks, mažėja, nes sveikieji einamaisiais metais sumoka už sunkiai sergančius, tikėdamiesi analogiškos pagalbos bėdai prispaudus.

Draudimo kompanijos atlieka mokėtojo už paslaugas funkcijas, bet jos gali atlikti ir pirkėjo funkcijas – tapti institucija, priimančia galutinį sprendimą, kuriai gydymo įstaigai, kiek ir kokiems tikslams skirs pinigų. Pastarųjų funkcijų atlikimas yra būtinas bent jau tam, kad būtų galima balansuoti išlaidas ir pajamas. Suprantama, kad draudimo kompanijoms priimant daugiau sprendimų mažėja vartotojo (paciento) pasirinkimo laisvė, atsiranda rizika, kad draudimo kompanija priims medicininio efektyvumo požiūriu prastus sprendimus. Mažėjant vartotojo pasirinkimo laisvei, draudimo kompanijos rizikuoja prarasti aptarnaujamų gyventojų pasitikėjimą.

Draudimo kompanijos, siekdamos mažinti dėl nepaskaičiuotos reikiamos gydymo apimties atsirandančias klaidas ir gyventojų nepasitenkinimo dėl jų valios suvaržymo spręsti su gydymu susijusius klausimus, gali pasitelkti ekspertus, kuriems būtų deleguota teisė iš dalies spręsti su gydymo technologijomis sietinas problemas. Dažniausiai šių ekspertų vaidmenį įgaudami „durininko“ funkciją atlieka PSP (šeimos) gydytojai (šios nuostatos Lietuvoje priimtos). Šie specialistai dažnai gauna įgaliojimus rekomenduoti pacientams papildomai išsitiirti pas specialistą arba gydytis ligoninėje ir rekomendacija, siuntimo forma, laikoma privaloma visuomeninio šių paslaugų finansavimo sąlyga.



Šeimos gydytojas (ŠG) atlieka tiesiogines su ligų prevencija, profilaktika, diagnostika bei gydymu susijusias funkcijas ir sprendžia dėl siuntimų specialistų

konsultacijai, stacionariniam gydymui arba reabilitacijai, taip pat receptų vaistams išrašymo. Kadangi šeimos gydytojas turi teisę spresti dėl papildomų (žmonių ir finansinių) išteklių panaudojimo, jis tampa sudėtinė sveikatos sistemos valdymo grandimi. Kita vertus, šeimos gydytojas kaip “durininkas” susiduria su būtinybe derinti skirtingus interesus – sveikatos specialisto, siekiančio išgydyti ligą; privataus asmens, siekiančio maksimizuoti pajamas ir minimizuoti išlaidas; ir pareigūno, atsakingo už efektyvų visuomeninių išteklių naudojimą:

1. ŠG kaip sveikatos specialisto prievolė yra savo kompetencijos ribose suteikti optimalias paciento sveikatos atžvilgiu paslaugas ir siūlyti optimalų diagnostinių ir gydymųjų procedūrų tęsinį, jei savosios kompetencijos nepakanka.

2. ŠG kaip privataus asmens tikslas yra maksimizuoti savo pajamas (veikiant Lietuviškai mokėjimo už paslaugas sistemai tai reiškia savo sąraše turėti kuo daugiau pacientų) ir šias pajamas gauti kuo mažesnėmis sąnaudomis.

3. ŠG kaip “durininko” tikslas yra įvertinti ir medicininį, ir ekonominį techniškai galimų medicininių technologijų efektyvumą bei pasiūlyti pacientui optimaliausią sprendimą.

Pirmasis ir trečiasis vaidmuo reikalauja iš šeimos gydytojo vadybinių pastangų ir sukuria priežastis potencialiems konfliktams su kolegomis, dirbančiais kituose medicinos segmentuose (nerašant siuntimo yra ribojamos antriniame lygyje dirbančių medikų pajamos) ir su pacientais (ribojant paciento galimybes rinktis jo pageidaujamą gydymo technologiją). Antrasis vaidmuo orientuoja šeimos gydytoją „pataikauti“ pacientams, kurie pageidauja brangiausių vaistų receptų ir siuntimų populiariausiems, dažnai ir brangiausiems, tyrimams, bet, jei pacientas nereikalauja, nesivarginti rimtai išanalizuoti paciento būklę arba išaiškinti jam žalingų įpročių atsisakymo teikiamą naudą sveikatai.

Jei draudimo kompanijos sugebėtų sustyguoti šeimos gydytojų skatinimą taip, kad jų pajamos tiesiogiai priklausytų nuo to, kaip tobulai jie atlieka pirmąjį ir trečiąjį vaidmenis, įvardintas prieštaravimas būtų išspręstas. Tačiau iki šiol pasaulinėje sveikatos valdymo praktikoje tokio tobulo skatinimo mechanizmo nėra sukurta. Kita vertus, yra daugiau ar mažiau pasisekusių bandymų skatinti šių specialistų darbo efektyvumą, pavyzdžiui, – gydytojo skatinimas ne tik už aptarnaujamų gyventojų skaičių, bet ir kokybinius darbo rezultatus, premijavimas už ribotą siuntimų skaičių. Mokslinėje literatūroje didžiausią palaikymą turi nuostata, kad vien finansiniai svertai negali tapti optimalaus šeimos gydytojų darbo garantu. Tikslinga finansavimo sistemos tobulinimą sieti su medikų profesinės ir vadybinės kvalifikacijos kėlimu, profesinės etikos ugdymu, vartotojų švietimu, draudimo kompanijų valdymo tobulinimu, sąveikos stiprinimu bendradarbiaujant su vietos bendruomenėmis ir pacientų organizacijomis.

Egzistuojančių paslaugų pirkimo modelių analizė rodo, kad nė vienas jų negarantuoja optimalaus sveikatos sektoriaus išteklių paskirstymo. Galima tik artėti prie optimumo. Tobulos konkurencijos mechanizmas negali išspręsti sveikatos sektoriaus problemų, nes dėl monopolijos, dėl informacijos asimetrijos ir dėl socialinių apribojimų konkurencija sveikatos sektoriuje yra netobula. Dalį nevaldomos medicinos rinkos sukurtų problemų sprendžia draudimo (privataus ir/ar



valstybinio) modeliai, bet net ir moderniausi (šeimoms gydytojus kaip aktyvius sveikatos rinkos valdymo dalyvius naudojantys) modeliai turi trūkumų.

Jeigu suformuluotoji išvada, kad sveikatos sektoriuje galimi tik suboptimalūs sprendimai, yra teisinga, tai teisingos yra ir šios išvados:

- negalima sukurti tokio sveikatos valdymo mechanizmo, kuris užtikrintų pastoviai veikiančią optimalų išteklių paskirstymą;
- valdymo mechanizmas, įskaitant sudedamąsias jo dalis: teisinį, administracinį, finansinį ir edukacinį valdymą, turi būti nuolat tobulinamas, atsižvelgiant į visuomenėje ir sveikatos sektoriuje vykstančius pokyčius. Keičiantis sveikatos sistemos prioritetams ir sveikatos rinkos dalyvių (pacientų, medikų, komercinių ir nepelno siekiančių sveikatinimo įmonių) elgsenai, turi keistis naudojamos valdymo priemonės ir santykinė jų reikšmė.

Viena iš riboto Lietuvos sveikatos sistemos reformų efektyvumo priežasčių yra nepakankamas valdymo galios ribotumo įvertinimas. 1995–1997 metais buvo sukurta sveikatos draudimo sistema, paskelbta apie pirminės sveikatos priežiūros (PSP) reformą, gydymo įstaigos pertvarkytos į viešąsias įstaigas. Kitą dešimtmetį, tarsi, kiek stabtelta tikintis, kad valdymo mechanizmas veiks savaime. Lietuvos patirtis rodo, kad automatizmo, užtikrinančio nuolat efektyviai veikiančią paslaugų teikėjų ir gyventojų sąveiką, sukurti nepasisekė. Tikėtina, kad 2008 metų pabaigoje iki Lietuvos atsiritusi pasaulinė ekonomikos krizė yra palanki pozityviai kritiškam Lietuvos sveikatos sistemos valdymo pasiekimų vertinimui ir šio valdymo teikiamoms galimybėms įgyvendinti. Vertinant pozityvumas reikalingas tam, kad apibrėžtume sėkmingai atliktus darbus ir juos tęstume, o pasiūlymus keisti/reformuoti/griauti tai, kas gerai funkcionuoja, atmetume. Kritiškumas reikalingas tam, kad išvengtume galimybes, susijusias su darbais, kurie arba nebuvo įvardyti, arba buvo pradėti, bet dėl laiko, lėšų ar gebėjimų stokos buvo nepilnai ar/ir nepakankamai kokybiškai atlikti. Kai kuriuos anksčiau priimtus sprendimus reikia koreguoti, bet ne todėl, kad priėmimo momentu jie buvo neteisingi, o todėl, kad pasikeitus aplinkybėms jie tapo neefektyvūs.

Gyvenant realioje politinėje aplinkoje yra neišvengiama politinio kalendoriaus įtaka. Suprantama, besivaržydamos dėl rinkėjų simpatijų partijos turi kritikuoti esančiuosius valdžios ir siūlyti rinkėjams patrauklias naujoves. Suprantama, kad po rinkimų į valdžią atėjusios politinės jėgos ir/ar asmenybės bando įgyvendinti tam tikras naujoves, įvardydamos jas reformas (radikalios, struktūrinės, esminės ir pan.), plėtros, optimizavimo ar kitokiais epitetais. Kita vertus, šalies ar tokio reikšmingo sektoriaus kaip sveikatos sektorius raidą nagrinėjant ilgalaikės visuomenės vystymo perspektyvos kontekste, politinio ciklo nulemtos mados nėra reikšmingos. Visuomenės raidos atžvilgiu reforma vadinti pavienius izoliuotus sprendimus (vadovų keitimas, kelių įstaigų sujungimas ar, priešingai, išskaidymas) yra netikslinga. Reforma tikslinga vadinti pokyčius, užtikrinančius egzistuojančių problemų sprendimą, efektyvesnį turimų išteklių panaudojimą, racionalų prisitaikymą prie kintančios aplinkos, sistemose susikaupusių disproporcijų likvidavimą ar bent jau švelninimą.

Žemiau pateikiama sveikatos sistemos problemų, kurios pastaruosius dešimt penkiolika metų įvardijamos kaip esminės, ir jų sprendimo intensyvumo apžvalga.

**Tradiciškai įvardijamos sveikatos sistemos problemos:**

- Nepakankama sveikatinimo paslaugų kokybė. Kokybės struktūroje išskiriami medicininiai aspektai ir gyventojų aptarnavimo aspektai.

Medicininiai aspektai:

- nepakankama kai kurių medikų kvalifikacija,
- modernios įrangos ir medikamentų ribotumas,
- tikėtinos disproporcijos tarp prie pasaulinių standartų artėjančių universitetinių centrų turimų galimybių ir aiškios vietos sveikatos sistemoje nerandančios PSP taip pat antrinės ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigų turimų galimybių,
- profilaktinės medicinos priemonių diegimo ir visuomenės sveikatos centro teikiamų galimybių išnaudojimo rezervai.

Gyventojų aptarnavimo aspektai:

- pagarba pacientui,
- eilės,
- neoficialūs mokėjimai.
- Nepakankamas paslaugų ir medicininių prekių prieinamumas. Prieinamumą ribojantys barjerai:
  - finansiniai (palyginti su gyventojų pajamomis, aukštos nekompensuojamų medikamentų kainos, taip pat paplitę neoficialūs mokėjimai),
  - informaciniai,
  - išteklių paskirstymo netolygumas.
- Neišnaudoti produktyvumo didinimo rezervai:
  - medikų (pvz., vizitų skaičius vienam gydytojui, operacijų skaičius vienam chirurgui, optimalus darbinių funkcijų paskirstymas tarp gydytojų, slaugytojų, kito personalo),
  - medicinos įrangos (pvz., kiek valandų per parą dirba medicinos įranga arba operacinė, kiek vienu aparatu ištiriama pacientų).

Pagrindinės 1990–2009 metais spęstos problemos:

- bazinės medikų kvalifikacijos kėlimas: buvo įdiegta rezidentūra, plečiamas tarptautinis bendradarbiavimas, gerėjo prieigos prie duomenų bazių. Diskutuotina, ar pakankama yra medikų kvalifikacijos kėlimo apimtis; ar nedidėja atotrūkis tarp gydytojų praktikų ir naujai parengtų specialistų kvalifikacinio potencialo;
- modernių technologijų diegimas: 1990–1998 metais į rinką atėjo Vakarų gamybos vaistai, 1999–2007 metais išplito masinis patentinių preparatų naudojimas, imta masiškai naudoti vienkartinės priemonės, daugelyje gydymo segmentų įdiegta moderni diagnostinė įranga. Diskutuotina, kaip efektyviai ši moderni įranga yra panaudojama, ar visiems šalies gyventojams ji vienodai prieinama;

- 1994–2000 metais vykdyta PSP reforma: buvo keliami medikų kvalifikacija, daromos investicijos į PSP tinklo atnaujinimą, dalis įstaigų privatizuota. Diskutuotina, kaip efektyviai teikiamos PSP paslaugos, kaip paslaugų teikimas pasiskirsto tarp gerai ir tarp prastai dirbančių medikų (įrodymais pagrįstos medicinos praktikos plėtra) ir ypač, kaip PSP sektorius sąveikauja su kitais paslaugų (visuomenės sveikata, antrinis lygis) segmentais;
- 2001–2004 metais restruktūrizuojamas ligoninių sektorius: mažinamas neefektyvių padalinių, perteklinių įstaigų (akušerijos, vaikų skyrių, infekcinių ligų ir fizinės terapijos) ir bendrasis lovų skaičius, modernizuojami gyvybingesni padaliniai. Diskutuotina, kaip tolygiai vyksta įrodymais pagrįstos medicinos praktikos plėtra;
- 2001–2005 metais bandoma skatinti konkurenciją farmacijos sektoriuje ir mažinti vaistų kainas;
- plečiamas visuomenės sveikatos sektorius: 1991–2007 metais modernizuojama vakcinacijos sistema, 2003–2005 metais – reformuojama medicina mokyklose, 2007–2009 metais vyksta visuomenės sveikatos plėtra savivaldybės lygmeniu ir gyventojų gyvenimo būdo korekcija. Diskutuotina, kaip efektyviai teikiamos VSP paslaugos, koks institucinis visuomenės sveikatos pertvarkos rezultatų tvarumas.

4 lentelėje parodyta, kaip tarpusavyje dera Lietuvoje egzistuojančios (tradiciskai įvardijamos) sveikatinimo problemos ir pastangos jas spręsti.

**4 lentelė. 2001–2009 metais veikęs paslaugų ir prekių pirkimo modelis**

Problema	Didelis dėmesys	Pastebimas dėmesys	Ribotas dėmesys
Nepakankama sveikatos paslaugų kokybė:	–	–	–
Darbuotojų kvalifikacija	Bazinės kvalifikacijos augimas įdiegus rezidentūrą	Kvalifikacijos kėlimas medicinos srityje	Kvalifikacijos kėlimas gyventojų aptarnavimo ir valdymo srityje
Modernios įrangos ir medikamentų ribotumas	Modernių medikamentų ir aparatūros naudojimui	Modernių priemonių paplitimo tolygumui	Modernių priemonių naudojimo efektyvumui
Disproporcijos tarp paslaugų teikimo lygių ir tarp paslaugų teikėjų	Kai kuriems universitetinės medicinos segmentams	PSP	Antrinei priežiūrai, įrodymais pagrįstos medicinos praktikos sklaidai visoje šalyje
Nepakankamas paslaugų ir medicininių prekių prieinamumas	Vaistų kompensavimui, endoprotezavimui	Chirurgijos, neonatologijos, akušerijos paslaugoms	Neoficialiems mokėjimams
Nepilnai išnaudojami ištekliai	–	Stacionarinio sektoriaus produktyvumas, pertekliniams pajėgumams riboti, vaistų kainoms mažinti	PSP, visuomenės sveikatai

Pateikti vertinimai yra bandymas identifikuoti, kurios sveikatos sistemos problemos pastaraisiais metais susilaukė rimto dėmesio, ir numatyti sprendimo kryptis toms, kurioms medicininės visuomenės ir valstybinių institucijų dėmesio, tikėtina, trūko. Nė vienos reikšmingos, didelio dėmesio sulaukusios efektyvaus išteklių naudojimo priemonės nebuvimas paaiškina, kodėl Lietuva, būdama viena iš Europos regiono lyderių pagal sveikatos apsaugoje dirbančių specialistų skaičių, negali pasigirti išskirtiniais pasiekimais sveiko ir ilgaamžio gyvenimo srityse.

Pateiktojoje lentelėje tiksliai atspindėti sudėtingos problemų ir jų sprendimo kelių sąveikos nesiekiami. Tai bandymas viešai diskutuoti apie perspektyviausias sveikatos politikos, susiformavusios 1989–2009 metais, korekcijos kryptis. Aišku, politikų ir sveikatos praktikų dėmesys yra reikalingas ne tik palyginti menkai išnaudotoms galimybėms realizuoti, bet ir jau pasiteisinusiems darbams tęsti. Kita vertus, europinės tradicijos požiūriu labai reikšmingos veiklos kryptys – sveikos gyvensenos plėtra, įrodymais pagrįstos medicinos praktikos sklaida, efektyvus išteklių naudojimas, dėmesys pacientui ir nusikalstamos veiklos užkardinimas – yra vienos iš pagrindinių, siekiant sveikesnio Lietuvos piliečių gyvenimo, didesnio jų pasitikėjimo medikais, sveikatos apsauga ir Lietuvos valstybe.

Pagrindiniai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo pokyčiai.

Nuo 1990 metų Lietuvoje jau įgyvendinta daugybė sveikatos sistemos valdymo pokyčių:

- ligonių kasų sukūrimas ir paslaugų pirkimo modelio formavimas;
- nacionalinio ir regioninio sveikatos įstaigų valdymo derinimas, tam tikras funkcijas priskiriant valstybės, regionų (apskričių), savivaldybių, medikų savivaldos ar rinkos kompetencijai;
- specializuotų valdymo institucijų paslaugų finansavimui, prekių ir paslaugų kokybei užtikrinti, investicinių projektų valdymo formavimas;
- paslaugų teikimo struktūros keitimas stiprinant PSP, universitetines ligonines formuojant kaip mokslo, mokymo ir šiuolaikinės klinikinės praktikos centrus, diegiant dienos stacionaro paslaugas ir tradicinėse stacionarinio ar ambulatorinio gydymo įstaigose diegiant naujas technologijas;
- teisinio reguliavimo pagrindų formavimas, grindžiant juos Seimo patvirtintais įstatymais, Vyriausybės nutarimais, Sveikatos apsaugos ministro įsakymais ir įstaigų vadovų sprendimais.

Kiekvienas šis pokytis gali būti apibūdintas kaip reforma, bet, kita vertus, kiekvieno šio pokyčio tvarumas laike priklauso nuo to, ar jis sprendžia realius šalies gyventojų poreikius. Nuolatinis klausimų apie pokyčių pagrįstumą, pakankumą ir aktualumą dabarties problemų sprendimui kėlimas (galbūt tikslinga keisti savo laiku pasiteisinusius, bet aktualumą praradusius sprendimus?) ir išsamia analize pagrįstų atsakymų į šiuos klausimus paieška yra bet kurios sistemos plėtros imperatyvas.

### **Sveikatos paslaugų ir prekių pirkimo mechanizmo 1997–2009 metais raida**

Teorinė sveikatos rinkos apžvalga rodo, kad mažai tikėtina, jog gali būti sukurtas tobulas baigtinis visos sveikatos sistemos valdymo modelis. Išvada, kad sveikatos valdymą yra būtina nuolat tobulinti, tinka ir paslaugų pirkimo mechanizmui. Žemiau

pateikiama glausta šio mechanizmo raidos Lietuvoje 1997–2009 metais apžvalga. Atskaitos tašku pasirinkti 1997 metai – pirmieji įstatymu įteisinto privalomojo sveikatos draudimo funkcionavimo metai.

### *Ligoninių paslaugų pirkimas*

1997–2001 metais be apribojimų mokama už gydytą pacientą.

Paslaugų kainodaros pagrindu, diegiant sveikatos draudimą nacionaliniu mastu, buvo pasirinktas jau 1992–1996 metais didžiųjų ligoninių finansavimui taikytas mokėjimo už hospitalizaciją modelis. Pagrindiniai šio modelio, kuris kartais vadinamas supaprastintu giminingų diagnozių grupių (*angl.* - *DRG*) modeliu, bruožai Lietuvoje yra:

- į paslaugų kainas (ekonominėje literatūroje dažnai naudojama įkainio sąvoka) įtraukiami beveik visi, išskyrus amortizacinius atskaitymus ir normatyvinį pelną, paslaugų teikimo kaštai;
- paslaugos kaina nepriklauso nuo gydymo ligoninėje trukmės;
- kainos yra tvirtinamos nacionaliniame lygmenyje ir yra vienodos visoje šalyje.

Plačiau išvardintieji kainodaros elementai yra aprašyti knygoje “Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste”<sup>331</sup>. Iki 2009 metų pabaigos jie beveik nesikeitė.

Pagrindinis 1997–2001 metų paslaugų pirkimo išskirtinis bruožas buvo tai, kad tuo metu paslaugų pirkimas nebuvo kiekybiškai ribojamas. Ligoninės pajamos buvo apskaičiuojamos kaip valstybės fiksuotos kainų ir gydytų atitinkamų grupių pacientų skaičiaus sandaugų suma. Galima teigti, kad tada buvo siekiama, kad principas – pinigai „seka“ paskui pacientą – turi veikti beveik be apribojimų. Tokia sistema buvo palankiai vertinama ir medikų (atitiko jų nuostatas apie rinkos funkcionavimą) ir pacientų (gerino paslaugų prieinamumą, beveik panaikino eiles ligoninėse ir, tikėtina, mažino neoficialius mokėjimus). Neginčytinu tokios sistemos privalumu laikytinas žymus gydymo trukmės stacionaruose sumažėjimas. Kita vertus, po kelerių metų ši sistema atskleidė ir savo silpnąsias vietas:

a) Taikomas apmokėjimo modelis neužtikrino siekiamų struktūrinių poslinkių sveikatos sektoriuje. Priešingai nei numatė nacionalinio lygio politiniai dokumentai, beveik nemažėjo sanatorinėms (artimoms poilsui, o ne gydymui) paslaugoms skirtų visuomeninių lėšų lyginamasis svoris. Tarp hospitalizuojamųjų daugėjo pacientų su tokiomis ligomis, kurias Vakarų Europoje tradiciškai gydo šeimos gydytojai ambulatoriškai. Lėtai vystėsi sutartiniai TLK ir privačių paslaugų teikėjų santykiai. Lietuvos praktika patvirtino teorinėje šio teksto dalyje aprašytą išvadą, kad rinkos mechanizmas optimalaus išteklių pasiskirstymo sveikatos sektoriuje negarantuoja.

b) Nuo 1997 iki 1999 metų buvo pastebimas spartus hospitalizacijų skaičiaus augimas, kuris paaiškinamas ne tiek sergamumo pokyčiais, kiek įstaigų siekiu stacionarizuoti kuo daugiau pacientų, ignoruojant faktą, kad kai kuriems pacientams efektyvesnis būtų ambulatorinis gydymas. Riboti finansiniai medicinos ištekliai perteklinių hospitalizacijų atvejais buvo naudojami santykinai sveikiems žmonėms

---

<sup>331</sup> Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. – Vilnius : Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

slaugyti ir maitinti, tuo pačiu apribojant pagalbos teikimą sudėtingomis ligomis sergantiems pacientams ir įstaigų galimybes medicams mokėti jiems priderantį atlyginimą.

Lentelėje pateikta medžiaga rodo, kad nuo 1993 iki 1996 metų hospitalizacijų skaičius beveik nekito, o įvedus neribotą mokėjimą už hospitalizacijas šis skaičius per dvejus metus išaugo beveik 20 procentų. Ypač augo hospitalizacijų skaičius otorinolaringologijos, oftalmologijos, infekcinių ligų profiluose, kur tikėtinas aukštas ambulatorinių ligonių hospitalizacijų augimas, taip pat onkologijos, psichiatrijos, narkologijos, profiluose, kuriuose gydomi lėtinėmis ligomis sergantieji ir galimos perteklinės pakartotinos hospitalizacijos. Lentelėje šie probleminiai profiliai, kuriuose 1993–1998 metais hospitalizacijų skaičius padidėjo daugiau nei 50 procentų, paryškinti juodžiau.

**5 lentelė. Hospitalizacijų skaičius pagal profilius (1000 gyventojų)**

	1993	1996	1997	1998	1998/1993 (%)
<b>Iš viso</b>	<b>198,8</b>	<b>206,3</b>	<b>216,2</b>	<b>241,5</b>	<b>121,5</b>
Terapijos	47,9	49,7	48,8	51,6	107,7
Chirurgijos	36,0	44,7	47,0	52,46	145,7
<b>Onkologijos</b>	4,2	6,3	6,4	7,74	<b>184,3</b>
<b>Otolaringologijos</b>	5,0	6,8	7,4	8,82	<b>176,4</b>
<b>Oftalmologijos</b>	3,1	4,4	4,8	5,60	<b>180,6</b>
Akušerijos	12,8	14,8	14,4		112,5*
Ginekologijos	14,8	15,9	16,4		110,8*
Neurologijos	13,5	16,5	16,3	17,39	128,8
<b>Infekcinės</b>	4,8	10,0	10,5	10,6	<b>218,8</b>
Tuberkuliozės	2,6	2,9	3,0	3,41	131,2
<b>Psichiatrijos</b>	5,7	7,4	8,5	9,43	<b>165,4</b>
<b>Narkologijos</b>	1,1	1,5	1,5	1,76	<b>160,0</b>

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras.

\*1997/1993(%)

*Ligoninių biudžetų ir mokėjimų pagal supaprastintą DGG modelį derinimas 2002–2009 metais*

1997–2000 metų kainodaros modelio trūkumai (iš esmės perteklinių hospitalizacijų problema) ir dėl sudėtingos valstybės finansų situacijos mažėjantis PSDF biudžetas privertė sveikatos sistemos organizatorius modifikuoti stacionariųjų paslaugų pirkimo mechanizmą:

- buvo apibrėžti stacionarizavimo kriterijai. Siekiama pacientų ir, tuo pačiu, PSDF lėšų srautus nukreipti nuo neturinčių statistiškai įrodyto ryškaus teigiamo poveikio gyventojų sveikatai (sanatorinės paslaugos) paslaugų. Tuo pačiu, siekiama racionaliau panaudoti išteklius gydant sergančius, kurių ambulatorinis gydymas yra medicinine prasme ne mažiau efektyvus, bet gerokai pigesnis, nei stacionarinis gydymas;

- siekiant sumažinti gydytojų indikuojamus perteklinio stacionarizavimo mastus ir tikintis aukštesnės gydymo kokybės, pradėta didinti reikalavimus gydymo įstaigoms (detaliųjų reikalavimų sistema), taip pat, įvedant minimalius reikalavimus teikiamų paslaugų kiekiui bei kokybei, riboti tam tikras paslaugas (pvz., akušerijos) teikiančių įstaigų skaičių;
- siekiant sumažinti bendrąjį hospitalizacijų skaičių, kartu su Pasaulio banku pradėtos diegti dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos, stacionarams nustatyti maksimalūs biudžetų apribojimai.

6 lentelė. 1999–2008 metų Lietuvos stacionariųjų paslaugų struktūros dinamika

	1999	2002	2004	2006	2008	2002 lyginant su 1999	2008 lyginant su 2002
<b>Iš viso</b>	<b>245,23</b>	<b>235,8</b>	<b>237,66</b>	<b>232,3</b>	<b>237,9</b>	<b>96,2%</b>	<b>100,9%</b>
iš jų:							
Vidaus ligų	73,43	70,97	74,57	70,63	71,65	<b>96,6%</b>	<b>101,0%</b>
Vaikų ligų	20,13	19,72	21,53	18,85	19,58	<b>98,0%</b>	<b>99,3%</b>
Chirurgijos	39,22	41,24	38,96	41,35	44,03	105,2%	106,8%
Ortopedijos traumatologijos	14,76	15,26	14,63	14,9	14,34	<b>103,4%</b>	<b>94,0%</b>
Akušerijos ginekologijos	32,05	29,74	29,21	27,6	28,16	<b>92,8%</b>	<b>94,7%</b>
Oftalmologijos	5,77	5,46	5,89	6,62	7,1	<b>94,6%</b>	<b>130,0%</b>
Otorinolaringologijos	8,6	7,34	6,62	5,7	5,86	<b>85,3%</b>	<b>79,8%</b>
Psichiatrijos	11,36	10,77	10,77	11,26	11,46	<b>94,8%</b>	<b>106,4%</b>
Onkologijos	8,16	8,1	8,56	8,23	6,72	<b>99,3%</b>	<b>83,0%</b>
Infekcinių ligų	11,06	9,19	8,67	8,45	7,78	<b>83,1%</b>	<b>84,7%</b>
Tuberkuliozės	3,42	2,99	2,34	1,94	1,47	<b>87,4%</b>	<b>49,2%</b>
Odontologijos	1,29	0,7	0,91	***	1,86	<b>54,3%</b>	<b>265,7%</b>
Slaugos	7,67	6,33	6,83	7,75	9,08	<b>82,5%</b>	<b>143,4%</b>
Reabilitacijos	5,06	3,48	4,23	4,59	4,72	<b>68,8%</b>	<b>135,6%</b>
Iš viso (be slaugos ir reabilitacijos lovų)	232,5	225,99	226,6	219,96	224,09	<b>97,2%</b>	<b>99,2%</b>

Šaltinis: Sveikatos informacijos centras

Lentelėje pateikta informacija rodo, kad suformuluoti bendrieji tikslai, kuriais siekiama pakoreguoti anksčiau (iki 2000 metų) veikusią kainodaros sistemą, yra tik iš dalies pasiekti. Beatodairiškas hospitalizacijų skaičiaus augimas buvo sustabdytas, bet bendrasis hospitalizacijų skaičius, šiek tiek sumažėjęs periodo pradžioje, vėliau beveik nekito.

2002–2008 metais esminiai statistškai patikimai išmatuojami pokyčiai pasireiškė slaugos ir globos, taip pat reabilitacijos paslaugų, tuberkuliozės ir otorinolaringologijos segmentuose. Šie pokyčiai atspindi turimas paslaugų pirkėjo

(VLK) galimybes reguliuoti paslaugų teikimo struktūrą. 2000–2008 metais veikusi politinė nuostata – plėsti slaugos ir globos bei reabilitacijos paslaugas – buvo realizuota didinant atitinkamas paslaugas teikiančių lovų skaičių ir visuomeninio šių paslaugų finansavimo dydį, taip pat pagal šias politines nuostatas perskirstant išteklius paslaugų teikėjams. Gana kryptingai buvo įgyvendinama ir hospitalizavimo dėl infekcinių ligų mažinimo politika.

Bendrųjų hospitalizacijos skaičių stabilumas net ir esant visiškam sutarimui, kad hospitalizacijas tikslinga mažinti, taip pat realūs kai kurių rinkos segmentų pokyčiai rodo, kad kainodaros teikiamų galimybių ir struktūrinės politikos konkrečių ligų gydymo atžvilgiu derinimas duoda geresnius rezultatus nei bandymas koreguoti sveikatos sektoriaus dinamiką tik keičiant bendrus kainodaros principus (2002–2008 metais tai biudžetinių apribojimų ir detaliųjų reikalavimų įvedimas).

Stacionariųjų paslaugų apimtis ir struktūrą koreguoti galima keičiant bendrus kainodaros principus arba įgyvendinant į konkrečių struktūrinių disproporcijų likvidavimą orientuotą politiką ir tai nėra viena kitą neigiančios alternatyvos. Abi sveikatos sistemos valdymo tobulinimo kryptys gali viena kitą papildyti. Daugelyje ES valstybių šie požiūriai suderinami. Atsižvelgiant į faktą, kad Lietuva yra jau išbandžiusi ir labai liberalų (be struktūrinius pokyčius veikiančių elementų) kainodaros modelį (1997–2000 metais), ir į konkrečius struktūrinius pokyčius orientuotą modelį (2001–2008 metais), tikėtis šalies praktikoje dar visai nematytų sprendimų yra sudėtinga. Tikriausiai, 2010–2020 metais pagrindiniu stacionariųjų paslaugų valdymo tobulinimo vektoriumi bus geros tarptautinės ir nacionalinės praktikos – kai suderinamos produktyvumą skatinančios ir finansinį sveikatos sistemos tvarumą bei reikalingus struktūrinius pokyčius užtikrinančios kainodaros sistemos – analizė ir nuoseklus šios praktikos diegimas.

*Paslaugų įkainių indeksavimas: korekcija dėl infliacijos ir geresnio sveikatos finansavimo 2000–2008 metais, taip pat dėl 2009 metų ekonomikos nuosmukio*

Nagrinėjamas laikotarpis apima spartaus ekonomikos augimo metus – 2002–2007 metai ir ekonomikos recesijos laikotarpį – 2009 metai. Sparčiai augant ekonomikai ir valstybės pajamoms, atsirado galimybė nuo 2004 metų didinti visuomeninį sveikatos finansavimą. Finansavimas buvo didinamas papildomoms slaugos ir globos bei reabilitacijos, endoprotezavimo paslaugoms pirkti, kompensuojamųjų vaistų sąrašui plėsti, investicijoms į kokybiškesnių paslaugų kūrimą (modernios aparatūros įsigijimas, pastatų renovavimas) didinti.

Didelė finansavimo priaugio dalis buvo sunaudota sveikatos sektoriaus darbuotojų algoms kelti.

Lyginant darbo išteklių ir medikų pajamų dinamiką matyti, kad 2000–2009 metais šie parametrai tarpusavyje beveik nekoreliuoja. Standartiniai ekonominiai darbo rinkos modeliai teigia, kad krentant kažkurio sektoriaus darbo užmokesčiui, darbuotojų pasiūla (pageidavimas dirbti tame sektoriuje) mažėja, o užmokesčiui tame sektoriuje kylant – auga. Akivaizdu, kad statistiniai duomenys apie sveikatos sektorių šio bendrojo dėsningumo nepatvirtina. 2000–2003 metais medikų algoms absoliučia išraiška neaugant, o kitų ūkio šakų darbuotojų algų atžvilgiu netgi



smunkant, dirbančių gydytojų skaičius nemažėjo, o 2004–2008 metais medikų algoms sparčiai augant, dirbančių gydytojų skaičius nedidėjo. Šis statistikos faktas rodo, kad sveikatos sektoriuje darbo jėgos rinka yra labai inertiška, tai reiškia, kad tarp finansinės paskatos ateiti į šalies sveikatos rinką ar ją palikti atsiradimo ir gyventojų apsisprendimo reaguoti į šią paskatą praicina bent jau keleri metai (kalbama ne apie atskirų individų, bet apie didelės žmonių grupės sprendimus).

Aukščiau aprašydami paslaugų struktūros plėtrą pateikėme įrodymų, kad dėl kryptingų finansinių paskatų pokyčiai paslaugų kiekiu lygyje (hospitalizacijų skaičiaus pasikeitimas 1996–1998 metais) gali vykti labai sparčiai. Užtenka 3–5 metų, kad būtų iš esmės išplėstas arba susiaurintas vienos ar kitos paslaugos teikimas (pvz., 2002–2008 metais slaugos paslaugų padaugėjo 40 procentų, o stacionariųjų tuberkuliozės gydymo paslaugų sumažėjo per pusę). Darbuotojų (ypač gydytojų) skaičius kinta gerokai lėčiau. Tikėtina, kad Lietuvos sveikatos sistemos organizatoriai nelabai tiksliai įvertina sveikatos sistemos procesuose objektyviai egzistuojančią inerciją ir jos skirtumus atskiruose sektoriaus segmentuose.

Palyginti sparčiai pasiūlos prisitaikymas prie pasikeitusios paklausos vyksta farmacijos sektoriuje (naujai registruotas ir į kompensuojamųjų vaistų sąrašą įrašytas vaistas masiškai paplinta per 1–2 metus). Prielaida, kad procesas vyks lėtai, buvo viena pagrindinių priežasčių, kodėl 2000 metais, net ir suvokiant PSDF biudžeto ribotumą, buvo gerokai išplėstas kompensuojamųjų vaistų sąrašas. Buvo tikimasi, kad su šiuo sprendimu susijęs PSDF išlaidų augimas taps reikšmingas ne 2001 metų viduryje, o 2002–2004 metais.

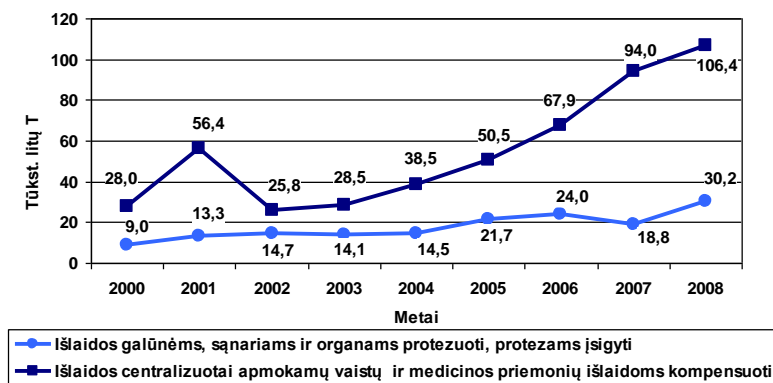
Palyginti lėti pasiūlos pokyčiai yra darbo rinkos (ypač aukštos kvalifikacijos darbuotojų) segmente. Viena iš priežasčių, kodėl 2004 metais nuspręsta sparčiai didinti medikų algas, buvo labai didelės ir sparčios gydytojų emigracijos baimė. Silpnas ryšys tarp medikų darbo užmokesčio ir darbuotojų emigracijos lėmė, kad sparčios ir masinės emigracijos prielaida nepasitvirtino. Pateikta analizė rodo, kad siekiant sveikatos sektoriaus stabilumo nebuvo būtina skubotai didinti medikų pajamas. Tikėtina, kad dalį darbo užmokesčiui kelti skirtų lėšų panaudojus paslaugų kokybei gerinti ir kai kuriems iki šiol pakankamo dėmesio nesulaukusiems darbams būtų pasiektas didesnis sveikatos sistemos efektyvumas.

#### *Naujų medicininių technologijų diegimo skatinimas, brangių ligoninės paslaugų apmokėjimas, centralizuoti medicininių prekių ligoninėms pirkimai*

Ligoninių finansavimas nuo privalomojo draudimo įdiegimo pradžios yra grindžiamas mokėjimu už gydytą pacientą. Siekiant, kad paslaugų kainos kuo tiksliau atitiktų tų paslaugų teikimo kaštus, yra keičiamas ligų grupių skaičius ir santykinės grupių kainos. 2000–2009 metais, siekiant paspartinti naujų ir brangių technologijų diegimą, greta įkainių už hospitalizuotą pacientą plačiai naudotas papildomas mokėjimas už brangias ligoninės paslaugas ir centralizuoti medicininių prekių ligoninėms pirkimai. Nuo 2007 metų viena iš perspektyvių stacionariųjų paslaugų kainodaros tobulinimo krypčių yra tarptautinių pripažinimą sulaukusios kainodaros, suformuotos DGG pagrindu, diegimas. Ši kainodaros tobulinimo kryptis nėra straipsnio dalis.

2000–2008 metais beveik keturis kartus padidėję centralizuoti pirkimai (9 pav.) ir papildomas brangių diagnostinių procedūrų apmokėjimas leido sušvelninti kai kurias sveikatos priežiūros problemas:

- per nagrinėjamą laikotarpį žymiai sumažėjo endoprotezų kainos;
- pagerėjo endoprotezavimo ir kai kurių brangių medikamentinio gydymo technologijų prieinamumas;
- pagerėjo diagnostikos galimybės.



### 9 paveikslas. Išlaidos centralizuotiems pirkimams (pateikta apmokėti), tūkst. litų

Šaltinis: VLK duomenų bazė

Kita vertus, tikėtina, kad centralizuoti pirkimai ir papildomi mokėjimai už tyrimus kai kurias sveikatos priežiūros problemas paaštrino:

- ligoninėms sukurtos finansinės paskatos teikti daug papildomai apmokamų paslaugų, net jei jų teikiamas efektas nėra statistiškai įrodomas, ir pirkti brangią diagnostinę įrangą, net ir tuo atveju, kai ji pilnai neišnaudojama;
- net ir 2000–2008 metais nuolat didėjusi naujų technologijų pasiūla neužtikrino paklausos patenkinimo, nes pacientai linkę naudotis moderniomis sveikatos priežiūros technologijomis ir šis vartojimas sparčiai auga;
- išaugo korupcijos rizika.

Tobulinant sveikatos sistemos valdymą yra tikslinga išlaikyti pasiteisinusių patirtį (pvz., endoprotezų įsigijimo srityje), taip pat mėginti rasti efektyvius neigiamų centralizuotų pirkimų ir mokėjimo už papildomas paslaugas pasekmių švelninimo būdus. Pavyzdžiui:

- naujų technologijų diegimo skatinimą galima derinti su daliniais mokėjimais, bent jau iki tol, kol technologija netampa visiems prieinama. Pavyzdžiui, magnetinio rezonanso (MR) aparatu atliekamo tyrimo bazinė kaina šios paslaugos įteisinimo pradžioje nustatoma tradicinio rentgenologinio tyrimo lygyje, o bazinės kainos ir realių paslaugos kaštų

skirtumą apmoka pacientas. Pasiūlymas sprendžia konkrečios paslaugos pasiūlos ir paklausos balansavimo problemą, bet, aišku, gali būti kritikuojamas teismo principų pagrindu;

- centralizuotus viešuosius pirkimus organizuoti prekių, kurių gamyboje egzistuoja konkurencija, pirkimui. Centralizuotas viešasis patentuotų (t. y. vieno gamintojo kuriamų) produktų pirkimas objektyviai duoda labai ribotus rezultatus;
- verta pagalvoti apie stabiliai veikiančią centralizuotų pirkimų stebėjimo sistemą. Šie pirkimai yra prasmingi, jeigu, palyginti su atskirų įstaigų atliekamais pirkimais, vartotojų atžvilgiu užtikrina žemesnes tam tikros kokybės produktų kainas ir medicinine prasme racionalesnį sveikatos sistemos išteklių naudojimą.

### **PSP paslaugų pirkimas**

#### *Mokėjimas už skatinamąsias paslaugas*

1996 metais, rengiantis privalomojo sveikatos draudimo įvedimui, vyko diskusijos dėl pamatinių PSP paslaugų pirkimo principų. Tuo metu daugelis diskusijos dalyvių pasisakė už tai, kad mokėjimas už prisirašiusįjį gyventoją sudarytų apie 70 procentų, o už skatinamąsias paslaugas – 30 procentų PSP pajamų. Nors tuo metu SAM atstovai pasisakė, kad skatinamosios paslaugos gali generuoti net iki 70 procentų PSP pajamų, 1997 metais įdiegtoje PSP kainodaros sistemoje beveik išimtinai vyravo mokėjimas už prisirašiusįjį.

Sukurta paprasta ir administravimo atžvilgiu pigi sistema nesikeitė penkerius metus. Mokėjimai už papildomai teikiamas paslaugas pradėti tik 2003 metais ir vėliau jų reikšmingumas didėjo. 2008 metais mokėjimas už prisirašiusįjį sudarė apie 93 procentus, o už skatinamąsias paslaugas – 7 procentus PSP pajamų. Planų (nuostata, kad apie 30 procentų PSP pajamų turėtų generuoti skatinamųjų paslaugų teikimas) ir jų realizavimo palyginimas rodo vidinį reformų procesų prieštarumą. Tikėtina, kad labai lėti PSP finansavimo struktūros pokyčiai rodo, kad PSP vystymas užima palyginti žemą vietą Lietuvos sveikatos politikos prioritetų skalėje. Kita vertus, vyraujantis mokėjimas už prisirašiusįjį riboja šeimos gydytojų ir jų komandų narių iniciatyvą dirbti produktyviai ir tai, savo ruožtu, neprisideda prie PSP grandies vaidmens sveikatinimo sistemoje augimo. 2008 metais vėl atgimė diskusija dėl geresnio PSP finansavimo ir produktyvumo apimčių susiejimo. Ji su tam tikrais pertrūkiais vyko ir 2009 metais. Ateitis parodys, ar ši diskusija turės daugiau praktinių pasekmių nei vykusioji 1996 metais.

1996 metais vyko diskusija ir dėl PSDF apmokamų paslaugų amortizacinių atskaitymų atspindėjimo kainodaroje. Tuo metu sveikatos sektoriaus darbuotojai vienareikšmiai parėmė amortizacinių atskaitymų įtraukimą į paslaugų kainas. Per keturiolika pastarųjų metų (1996–2010 m.) esminių praktinių žingsnių dėl amortizacinių atskaitymų įtraukimo į kainodarą nebuvo padaryta.

*Diskusija dėl dalinių mokėjimų už viešųjų ir privačiųjų įstaigų teikiamas paslaugas*

Diskusija dėl mokėjimo už PSP teikiamas paslaugas iš PSDF ir šios diskusijos generuojamų rezultatų įgyvendinimas yra lėtai vykstančių procesų pavyzdys. Atvira diskusija dėl dalinių mokėjimų už viešųjų įstaigų teikiamas paslaugas Lietuvoje vyksta jau nuo 1990 metų (tiesa, tuo metu terminas “viešoji įstaiga” dar nebuvo sukurtas), bet realių pokyčių nėra gausu.

Dalinių mokėjimų (gyventojų priemokų) už iš esmės PSDF lėšomis finansuojamas paslaugas šalininkai teigia, kad šie mokėjimai:

- koreguotų vartotojų elgseną ir sumažintų perteklinę paklausą asmens sveikatos paslaugoms;
- ribotų neoficialių mokėjimų už asmens sveikatos paslaugas apimtį;
- generuotų papildomus legalius finansinius srautus į sveikatos sektorių.

Dalinių mokėjimų šalininkai nurodo, kad ši praktika yra naudojama daugelyje Lietuvos kaimyninių valstybių (pvz., Švedijoje, Estijoje), o Lietuvoje plačiai taikoma odontologijoje ir rehabilitacinių paslaugų sektoriuje.

Dalinių mokėjimų priešininkų argumentai yra šie:

- daliniai mokėjimai mažintų palyginti nepasiturinčių gyventojų grupių vartojimą;
- kai kurie žmonės ribotų (atidėtų) paslaugų vartojimą net ir jų ligai progresuojant, o išsisenėjusios ligos gydymas kainuotų brangiau ir būtų mažiau efektyvus;
- dalinių mokėjimų sistema dėl neišvengiamų išimčių būtų sudėtinga ir brangi administraciniu atžvilgiu.

Dalinių mokėjimų priešininkai nurodo, kad tokie mokėjimai galbūt prieštarautų Lietuvos Respublikos konstitucijai. Priešininkų pozicijas stiprina tai, kad daliniai mokėjimai nepopuliarūs tarp Lietuvos ir tarp daugelio kitų Europos valstybių gyventojų (pvz., 2007 metais Vengrijoje dalinių mokėjimų priešininkai laimėjo šiuo klausimu surengtame nacionaliniame referendume).

Tikėtina, kad diskusija tarp dalinių mokėjimų šalininkų ir priešininkų tęsis toliau. Šiai diskusijai yra reikšmingas ir platesnis valstybės bei namų ūkių dalyvavimo sveikatos paslaugų kaštų kompensavime kontekstas. Supaprastinta forma istorinė šio proceso išklotinė yra pateikta 7 lentelėje.

Palyginus 2000 metų ir 2007 metų modelius matyti, kad per šį laikotarpį valstybės garantijų apimtis augo, į valstybės lėšomis kompensuojamųjų sąrašą įtraukiant kai kurias privačių įstaigų teikiamas paslaugas, bet esminių politikos pokyčių nebuvo.

2009 metais įdiegtos valstybės pagalbos sergantiesiems išskirtinis bruožas yra lengvatinių PVM tarifų medicininėms prekėms panaikinimas. Šis pakeitimas panaikina vieną iš valstybės paramos sergantiesiems lygių.

7 lentelė. Dalinio sveikatinimo paslaugų kompensavimo sveikatos sektoriuje raida

	2000 metai	2007 metai	2010 metai
PSP paslaugos	Iš PSDF pilnai kompensuojamos ir privačių, ir valstybinių įstaigų paprastosios paslaugų išlaidos. Valstybė iš dalies remia privačių įstaigų investicijas.	Tas pats.	Tas pats.
Odontologija	Iš PSDF pilnai kompensuojamos valstybinių įstaigų teikiamos gydymo paslaugos. Protezavimas kompensuojamas tik socialiai remtinoms grupėms. Privatus gydymas nekompensuojamas.	Papildomai įvedamas profilaktinių priemonių (silantai) kompensavimas. Plečiamas protezavimo kompensavimas.	Tas pats, kaip 2007 metais.
Antrinio lygio ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos	Iš PSDF pilnai kompensuojamos valstybinių įstaigų teikiamos gydymo paslaugos. Endoprotezavimas kompensuojamas pagal eilę. Privatus gydymas nekompensuojamas.	Plečiamas privataus gydymo kompensavimas.	Tas pats, kaip 2007 metais.
Vaistai ir kitos medicininės prekės	Pilnai arba iš dalies kompensuojami medikamentinio gydymo kaštai pagal kompensuojamųjų vaistų sąrašą. Nekompensuojamiems vaistams ir kitoms medicininėms prekėms taikomas lengvatinis PVM tarifas.	Tas pats, kaip 2000 metais.	Nekompensuojamoms medicininėms prekėms anksčiau taikytas lengvatinis. PVM tarifas nebetaikomas.

PVM lengvatos nekompensuojamoms medicinos prekėms panaikinimo sumanytojų nuomone lengvatų nebuvimas supaprastina PVM administravimą, generuoja papildomas valstybės biudžeto pajamas ir (atsižvelgiant į tai, kad dauguma Lietuvoje vartojamų vaistų yra importiniai) gerina šalies tarptautinės prekybos sąlygas. Tačiau šis panaikinimas yra sunkiai suprantamas sveikatos apsaugos politikos kontekste:

- mokestinių svertų verčiamas taupyti ir nepirkti vaistų vartotojas yra skatinamas naudoti daugiau nemokamai teikiamų stacionarų paslaugų;
- daugelis nekompensuojamų vaistų yra sudėtinė pirminės sveikatos priežiūros technologijos dalis. Sunkiai suvokiama, kodėl už vieną PSP segmentą (gydytojo konsultaciją) pacientas nieko nemoka ir, sprendžiant iš diskusijos dėl dalinių mokėjimų, dar ilgai nieko nemokės, o už kitą (vaistus) padengia ne tik gamintojų ir prekyautojų kaštus, bet ir PVM forma generuoja pajamas biudžetui.

Tikėtina, kad 2009 metas įgyvendintas valstybės paramos sergantiesiems sumažinimas, eliminuojant PVM lengvatas medicininėms prekėms, yra nulemtas ne tik 2008–2009 metų šalies fiskalinių problemų, bet ir siekio visą valstybės valdymą padaryti kiek galima paprastesniu. Ši supaprastinto valdymo logika reikalauja arba viską kompensuoti pilnai, arba nieko nekompensuoti. Sveikatos priežiūros atžvilgiu šis paprastinimas pasireiškia noru paslaugas vartotojams skirstyti veltui, bet vaistus pardavinėti už pilną kainą.

**8 lentelė. Valstybės finansinės paramos sergantiesiems lygiai**

	<b>2007–2008 metai</b>	<b>2009–2010 metai</b>
Prekės ir paslaugos, už kurias gyventojai tiesiogiai nemoka. Parama lygi 100 procentų.	Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos. 100 procentų kompensuojami vaistai.	Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos. 100 procentų kompensuojami vaistai.
Paslaugos, už kurias gyventojai oficialiai nemoka, bet egzistuoja apčiuopiami neoficialūs mokėjimai. Parama lygi 80–90 procentų.	Valstybinėse įstaigose teikiamos antrinio ir tretinio lygio paslaugos.	Valstybinėse įstaigose teikiamos antrinio ir tretinio lygio paslaugos.
Prekės ir paslaugos, už kurias dalinis gyventojų mokėjimas yra įteisintas. Parama lygi 50–90 procentų.	Vaistai, kurių bazinė kaina kompensuojama 50–90 procentų.	Vaistai, kurių bazinė kaina kompensuojama 50–90 procentų.
Paslaugos, už kurias visą kainą moka gyventojai, bet jos nėra apmokestinamos PVM. Parama lygi apie 20 procentų	Privačių įstaigų teikiamos paslaugos. VšĮ teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.	Privačių įstaigų teikiamos paslaugos. VšĮ teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.
Paslaugos, už kurias visą kainą moka gyventojai, bet joms taikomas lengvatinis 5 procentų PVM tarifas. Parama lygi apie 15 procentų.	Nekompensuojami vaistai. Maisto papildai. Nekompensuojamos medicinos pagalbos priemonės.	Taikomas standartinis 19 procentų (nuo 2009–01–01 iki 2009–09–01) ir 21 procento (nuo 2009–09–01) PVM tarifas.
Be mokestinių lengvatų teikiamos paslaugos, už kurias pilną kainą moka gyventojai. Parama lygi 0 procentų.	Nebuvo.	Nekompensuojami vaistai. Maisto papildai. Nekompensuojamos medicinos pagalbos priemonės.

2009 metais beveik analogiškas savo turiniu pokytis įvyko aukštojo mokslo srityje. Kai kurie studentai už mokslą nieko nemoka, o kiti moka visą kainą. Studijų finansavime nenumatytas joks tarpinis variantas. 2009 metais panašūs pasiūlymai pradėti generuoti pensijų ir kitų socialinio draudimo formų srityje: Lietuvos laisvosios rinkos instituto (LLRI) atstovų lūpomis siūloma valstybei rūpintis tik pačiais skurdžiausiais, o daugumą šalies gyventojų priversti asmeniškai pasirūpinti savo finansinėmis galiomis išgyvenant tikėtinus bedarbystės laikotarpius ar atėjus neišvengiamai senatvei.

Socialinės apsaugos sistemos supaprastinimas nėra europinės tradicijos dalis. Nuo XIX amžiaus pabaigos visose Europos valstybėse vyko integralių socialinės apsaugos sistemų kūrimas, jo nebuvo atsisakyta net 1970–2006 metais – neoliberalizmo klestėjimo laikotarpiu. Neoliberalizmas veikė tuos ūkio sektorius, kuriuose gali veikti ir sėkmingai veikia konkurencijos mechanizmai, bet praktiškai nedarė įtakos suformuotoms socialinės apsaugos sistemoms. Europos socialinės sąrangos stabilumą rodo dešimtmečius beveik nekintantis BVP persikirstymas per biudžetą.

2008–2009 metų pasaulio ekonomikos krizė neoliberalizmo šalininkų pozicijas susilpnino ne tik socialiniuose sektoriuose, bet ir finansų sektoriaus problemų sprendimo lygmenyje. Europoje socialiniame sektoriuje neoliberalizmo šalininkų pozicijos tradiciškai buvo silpnos, o JAV dėl gyventojų reikalavimo radikalčiai reformuoti sveikatos apsaugos finansavimą irgi pradėjo silpnėti. Iki 2007 metų bankų nereguliavimas buvo tarsi neišvengiama duotybė. Iš visų didžiųjų valstybių

sostinių skambantys reikalavimai griežtinti bankų priežiūrą yra 2009 metų ir 2010 metų pradžios realybė.

**9 lentelė. Valstybės pajamos (proc. nuo BVP)**

	1997	2000	2002	2004	2006	2008
Europos Sąjunga (27 valstybės)	:	45,4	44,2	44	44,9	44,6
Euro zona (15 valstybių)	46,6	46,2	45	44,6	45,4	44,9
Belgija	49	49,1	49,7	49	48,7	48,8
Bulgarija	:	42,2	39,5	41,3	39,5	39,1
Čekijos Respublika	39,4	38,1	39,5	42,2	41,1	40,9
Danija	56,1	55,8	54,8	56,4	56,7	55,4
Vokietija	45,7	46,4	44,4	43,3	43,7	43,7
Estija	39,6	35,9	36	35,6	36,3	37,1
Airija	38,1	36,1	33,2	34,9	37,2	34,9
Graikija	39	43	40,3	38	39,7	40,6
Ispanija	38,2	38,1	38,4	38,5	40,4	37
Prancūzija	50,8	50,2	49,5	49,6	50,4	49,3
Italija	47,6	45,3	44,4	44,2	45,4	46
Kipras	31,1	34,7	35,8	38,7	42,2	43,5
Latvija	37,5	34,6	33,4	34,7	37,7	34,6
Lietuva	37,9	35,9	32,9	31,8	33,1	34,2
Liuksemburgas	44,3	43,6	43,6	41,5	39,7	40,2
Vengrija	43,7	43,8	42,3	42,3	42,6	45,5
Malta	35,3	34,8	37,7	40,9	41,2	40,3
Nyderlandai	46,3	46,1	44,1	44,3	46,1	46,6
Austrija	51,7	50,3	50,1	49,5	47,9	48,4
Lenkija	41,8	38,1	39,2	36,9	40,2	39,6
Portugalija	39,7	40,2	41,4	43,1	42,3	43,2
Rumunija	30,5	33,8	33	32,3	33,1	32,8
Slovėnija	42,5	43	43,9	43,6	43,2	42,4
Slovakija	42,6	39,9	36,8	35,3	33,5	32,5
Suomija	55	55,2	52,9	52,3	52,6	53,4
Švedija	59,3	59,3	55,3	56,1	56,5	55,5
Jungtinė Karalystė	38,3	40,4	39,1	39,6	41,4	42,4
Islandija	40,7	43,6	41,7	44,1	48	44,3
Norvegija	54,5	57,7	56,3	56,6	59	58,7
Šveicarija	32,7	35,2	35	34,2	34,3	:

Šaltinis. Eurostat

Kaimyninių šalių socialinių sistemų stabilumas ir pasauliniu mastu vykstantis labai liberaliai veikiančių ir socialiai orientuotų rinkų santykių pervertinimas yra rimtas pagrindas Lietuvai peržiūrėti 2009 metų iniciatyvas. Lietuva gali ne tik sugrąžinti 2008 metais turėtą pagalbos gyventojams kompleksiško laipsnį, bet ir jį išplėsti, įvesdama masinį papildomąjį sveikatos draudimą. Ateitis parodys, ar ši peržiūra įvyks ir kokius rezultatus ji duos.

### **Papildomasis sveikatos draudimas**

2007–2009 metais Lietuvoje vyko aktyvios diskusijos dėl papildomojo sveikatos draudimo plėtros. Diskusijos sudarė galimybę įvertinti dabartinę situaciją. Ji yra tokia:

- Lietuvoje apie 30 procentų sveikatos priežiūros išlaidų yra finansuojamos tiesiogiai gyventojų. Šių išlaidų struktūroje vyrauja išlaidos vaistams ir medicininėms prekėms įsigyti, odontologinėms ir sanatorinėms paslaugoms, privačių sveikatos įstaigų teikiamoms paslaugoms;
- įvardintos išlaidos ir daliniai gyventojų mokėjimai už medicinos paslaugas, teikiamas išlaidose įstaigose, gali būti papildomojo sveikatos draudimo objektu;
- Lietuvos įstatymai numato savanoriško sveikatos draudimo galimybę, nuo 1996 metų visos Lietuvos Vyriausybės šio draudimo plėtrą vardiya prioritetu, bet draudimo rinka savaime beveik nesiformuoja. Metinė draudimo įmokų apimtis nesiekia 100 milijonų litų, o šios įmokos daugiausiai garantuoja apsaugą kelionių į užsienį metu.

Diskusijose 2008 metais buvo sutarta dėl pertvarkos pagrindinio tikslo – sukurti efektyviai veikiančią papildomojo sveikatos draudimo sistemą, kuri:

- daugeliui šalies gyventojų, nepriklausomai nuo jų pajamų lygio, leistų sukaupti pinigines lėšas, reikalingas sveikatos priežiūros prekėms ir paslaugoms, kurių privalomasis sveikatos draudimas nekompensuoja;
- įgyvendindama principą „pinigai seka ligoni“ padidintų gyventojų teises ir galimybes apsispręsti, kokias medicininės prekes ir paslaugas vartoti;
- sukurtų palankias socialines prielaidas dalinių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas įvedimui.

Diskusijose didelių prieštaravimų nesusilaukė draudimo objekto apibrėžimas:

- tiesiogiai gyventojų finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos ir prekės;
- išlaidos vaistams ir medicininėms prekėms įsigyti, odontologinėms ir sanatorinėms paslaugoms, privačių sveikatos įstaigų teikiamoms paslaugoms;
- daliniai gyventojų mokėjimai už sveikatos priežiūros įstaigų teikiamas paslaugas.

Diskusijose nebuvo pasiektas sutarimas dėl papildomojo draudimo valdymo. Privačių draudimo kompanijų atstovai ir Laisvosios rinkos instituto ekspertai pasisakė už tradicinio kasmetinėmis įmokomis grindžiamo draudimo plėtrą, o žymi socialines problemas nagrinėjančių nepriklausomų ekspertų dalis pasisakė už asmeninių sąskaitų pagrindu veikiančią draudimą. 2007–2008 metais šios diskusijos



buvo plačiai aprašytos periodinėje spaudoje. Žemiau pateikiamas asmeninių sąskaitų pagrindu veikiančio papildomojo sveikatos draudimo modelio, kuriam 2008 metų pabaigoje pritarė LR Vyriausybė, aprašymas.

**Draudimo rūšis:** Diegiamas papildomasis draudimas. Draudimo įmokos kaupiamos asmeninėje apdraustojo sąskaitoje ir tiesiogiai (debetinės kortelės pagrindu) perduamos sveikatinimo paslaugų ir prekių teikėjui sukauptų šioje sąskaitoje lėšų limitu rėmuose. Tai asmeninių sveikatos santaupų sąskaitų (SSS) pagrindu veikiantis draudimas. Per metus nepanaudotos lėšos yra kaupiamos asmeninėje sąskaitoje ir gali būti naudojamos sveikatinimo kaštams kompensuoti bet kada vėliau.

**Draudžiamieji:** dirbantieji ir jų šeimų nariai.

Sistemos administravimas: Administruoja VLK arba konkurso tvarka pasirinkta finansinė institucija, užtikrinanti geresnes nei siūlo VLK sąlygas.

**Draudiminės įmokos:** Visiems, neprieštaraujantiems atsidaryti SSS ir pervesti į ją įstatymų nustatytą sumą (pvz., 80 litų per mėnesį), gyventojams ši suma neapmokestinama pagrindinėje darbovietėje apskaitomu GPM. Apdraustieji arba jų darbdaviai turi teisę sveikatos santaupų sąskaitą papildyti suma, neviršijančia teisės aktais nustatytos ribos (pvz., 200 litų per metus), šios papildomos įmokos taip pat neapmokestinamos GPM. Draudžiamasis, savarankiškai mokantis privalomojo ir papildomojo draudimo (SSS) įmokas, turi teisę per metus į SSS savarankiškai pervesti SSS įmokų sumą, neapmokestinamą GPM, ne daugiau kaip tris kartus viršijančią draudžiamąjį metinę SSS įmokų sumą, apskaičiuotą dirbantiems pagal darbo sutartį.

Sveikatos santaupų sąskaitų koncepcijos autorių nuomone, siūloma nuostata, taikant mokesťines lengvatas fiksuotai įmokai, finansuoti įmokas į SSS turėtų pastebimą teigiamą poveikį:

- užtikrinamas spartus lėšų papildomajam draudimui augimas;
- mažinamas apmokestinimas, išsaugant garantijas, kad išsilaisvinusias lėšas namų ūkiai skirs sveikatinimo veiklai finansuoti;
- santykinai daugiausiai laimi žemas pajamas gaunantys ir su rimčiausiomis sveikatos priežiūros finansavimo problemomis susiduriantys šalies gyventojai;
- sušvelninama skurdo problema;
- žemi sistemos administravimo kaštai (atliktais skaičiavimais SSS sistemos administravimas sudarytų apie 1–2 procentus nuo įmokų, tradicinio privataus sveikatos draudimo modelio administravimas lėšų sunaudoja 20–30 kartų daugiau).

2010 metų pradžioje aprašytasis SSS modelis vis dar egzistuoja tik kaip teorinis. Tikėtina, kad dėl ekonominės krizės stabtelėjusi sveikatos sistemos finansavimo pertvarka vėl įsivažiuos 2011 metais.

### **Vaistų ir farmacinių paslaugų pirkimas**

*Naujų medicininių technologijų diegimo skatinimas ir medicininių technologijų prieinamumo didinimas*

Farmacijos sektoriaus liberalizavimas ir šiuolaikinių kokybiškų vaistų pritraukimas į Lietuvos rinką buvo pagrindinis sveikatos sistemos 1990–1996 metų uždavinys. Tuo metu buvo suformuota teisinė bazė ir vaistų išlaidų kompensavimo per socialinio draudimo sistemą praktika. Iki ligonių kasų susikūrimo šią sistemą administravo SODRA. 1997 metais atsakomybę už vaistų kompensavimą perėmė ligonių kasos.

Pagrindiniu 1997–2000 metų sveikatos sistemos uždaviniu laikyta kompensuojamųjų vaistų sąrašo plėtra, šis žingsnis užtikrino sparčią pažangą diegiant naujas gydymo technologijas, bet sukėlė įtampą balansuojant PSDF biudžetą. Tapo būtina riboti farmacinio gydymo kaštus, nes nežiūrint didėjančių ligonių kasų išlaidų vaistų kompensavimui, augo PSDF įsiskolinimas farmacinės rinkos dalyviams. Dėl šios priežasties 2001 metais kai kurios vaistinės buvo nusprendusios riboti kompensuojamųjų vaistų pardavimus.

2002–2004 metais valstybinių institucijų taikytos farmacinio gydymo kaštų ribojimo priemonės:

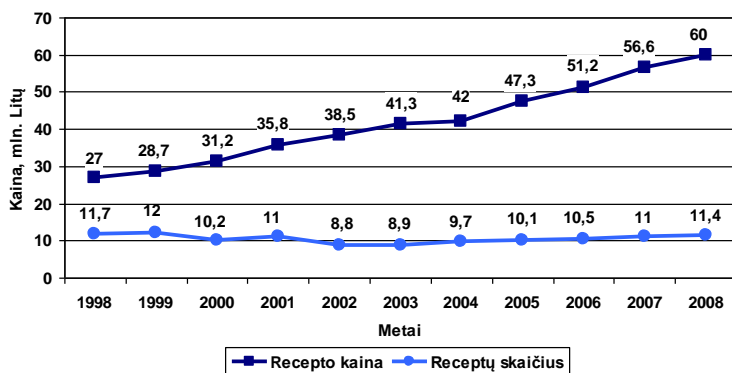
- įstatymu įteisintas ir vadybinėje praktikoje realizuotas reikalavimas kompensuojamųjų vaistų bazines kainas susieti su žemiausiomis ES šalyse naudojamomis gamintojų kainomis;
- gerokai sumažinti kompensuojamųjų vaistų kainodaroje taikomi didmeniniai ir mažmeniniai atkainiai;
- nustatytas generinių preparatų kompensavimas pagal žemiausią Lietuvoje registruotų preparatų kainą;
- pradėtas diegti sutarčių metodas, kai bazinės preparatų, kurių pardavimų apimtį sunku prognozuoti, kainos susiejamos su pardavimų apimtimi;
- suformuoti reikalavimai dėl naujai į rinką ateinančių preparatų farmakoekonominio pagrindimo;
- pradėtos riboti gydymo įstaigų išrašomų receptų apimtys;
- ribojama farmacinių preparatų reklama – uždrausta reklamuoti kompensuojamuosius vaistus.

Šių priemonių diegimas sušvelnino finansinę įtampą farmacijos sektoriuje. Sistemos tvarumą užtikrino 2004 metais prasidėjęs ir iki 2009 metų vykęs spartus visuomeninio sveikatos finansavimo augimas ir sėkmingai 2001–2004 metais vykdytų darbų tęsimas.

Pagrindinių kompensuojamųjų vaistų parametrų dinamika yra pateikta 10 paveiksle. Recepto kaina yra pateikta litais, o receptų kiekis – milijonais vienetų.

Grafinis kompensuojamųjų vaistų receptų ir vieno recepto kainos dinamikos vaizdas rodo, kad 2002–2004 metais receptų skaičius sumažėjo, o recepto kainos augimas žymiai sulėtėjo. 10 lentelėje pateikti duomenys apie faktines PSDF išlaidas vaistams ir paskaičiavimai, kaip jos būtų kitusios, jei 2002–2008 metais receptai būtų brangę tokiu pačiu tempu kaip 1998–2001 metais, o receptų skaičius būtų pastovus ir lygus 11 milijonų vienetų per metus.

Matyti, kad pirmame reformos etape didžiausia ekonomija gauta dėl receptų skaičiaus mažėjimo, kurį lėmė kompensuojamųjų vaistų sąrašo siaurinimas ir paskatų medicams riboti vaistų išrašymą įteisinimas. Šios priemonės efektyvumas išsisėmė jau 2007 metais. Pirmus dvejus reformos metus recepto kainos mažinimo poveikis buvo menkas, bet pastoviai augo ir nuo 2006 metų tapo pagrindine taupymo priemone sveikatos sektoriuje. Bendra 450 milijonus litų viršijanti ekonomija, kuri net perskaičiavus ją į 2002 metų grynąją dabartinę vertę (GDV) naudojant 10 procentų diskonto normą siekia 378 milijonus litų, rodo aprašomojo sveikatos išlaidų ribojimo projekto mastą.



10 paveikslas. Vidutinė recepto kaina (litais) ir jų skaičius (milijonais vienetais)

Šaltinis: VLK duomenų bazė

10 lentelė. Išlaidų taupymo reformos poveikis visuomeninėms išlaidoms (milijonais litų)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Išlaidos be reformos	428	465	505	549	596	647	703
Faktinės išlaidos	339	368	407	478	538	623	684

Šaltinis: suskaičiuota remiantis VLK duomenų baze

11 lentelė. Valstybės lėšų taupymas (milijonais litų)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Per visus metus
Sutaupyta dėl receptų skaičiaus mažėjimo	85	87	55	43	26	0	-24	270
Sutaupyta dėl santykinio receptų kainos mažėjimo	4	10	43	28	32	25	43	187
<b>Iš viso sutaupyta</b>	<b>89</b>	<b>97</b>	<b>98</b>	<b>71</b>	<b>58</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>457</b>

Šaltinis: suskaičiuota remiantis VLK duomenų baze

Pateikti duomenys rodo, kad teigiamos 2002–2004 metų reformų pasekmės jautėsi net ir 2008 metais. Bendra ekonomijos apimtis ir jos šaltiniai yra pateikti 11 lentelėje.

Aprašytasis projektas yra reikšmingas ne tik lėšų taupymo apimties, bet ir valstybinio valdymo institucijų galimybių veikti sveikatos rinką vertinimo aspektu:

- valstybinės institucijos (vienas iš projekto iniciatorių buvo LR Prezidentas Valdas Adamkus, o jį įgyvendino LR Seimas, Vyriausybė, SAM ir VLK, bendradarbiaudami su pacientų asociacijomis ir farmacinė industrija) sutelktomis pastangomis gali priimti žymiai sveikatos rinką veikiančius sprendimus;
- kompleksiniai sprendimai gali veikti gerokai ilgiau nei trunka vieno ministro ar Seimo kadencija (2002–2008 metais dirbo penki SAM ministrai ir įvyko vieneri LR Seimo rinkimai), bet po tam tikro laiko jų veikimas pradeda silpnėti (išrašytų receptų skaičius pradėjo augti jau 2004 metais, o recepto kainos augimas iki 2002 metų buvusį pagreitį įgavo 2005 metais);
- sveikatos rinkos dalyvių interesai skiriasi, bet juos būtina ir galima derinti (farmacijos industrija nebuvo patenkinta vaistų kainų mažėjimu, bet reformos rezultatai ir šiam rinkos dalyviui buvo naudingi, nes stabilizavusi valstybės finansus valstybė likvidavo įsiskolinimus vaistų tiekėjams, o padidėjęs rinkos skaidrumas sumažino korupcijos riziką);
- valstybinės sveikatos valdymo institucijos praktiniu pavyzdžiu įrodė, kad jų darbuotojai ne tik kalba apie lėšų taupymą, bet ir gali jį užtikrinti. Vien aptariamo projekto sukurta ekonomija gerokai viršija bendras 2002–2008 metų SAM ir VLK administravimo išlaidas.

Pastaroji išvada ideologizuotoje Lietuvos visuomenėje, matyt, būtų laikoma kontraversiškausia. Reformos gynėjai mato valstybės lėšų taupymą ir sveikatos sistemos tvarumo atstatymą (2001 metais dėl nesubalansuoto PSDF biudžeto jos pagrindai svyravo). Žmonės, kurie abejoja Valstybės gebėjimu sukurti ką nors racionalaus, gali pradėti aiškinti, kad 2002–2008 metais taupyta tik Lietuvos gyventojų sveikatos sąskaita.

Skeptikų pozicijoje yra dalis tiesos (receptų skaičiaus mažėjimas pablogino medikamentinio gydymo prieinamumą), bet net ir skeptikai neneigia, kad 2002–2004 metais vykęs vaistų kainų mažėjimas buvo racionalus ne tik viešųjų finansų, bet ir bendrųjų šalies interesų atžvilgiu.

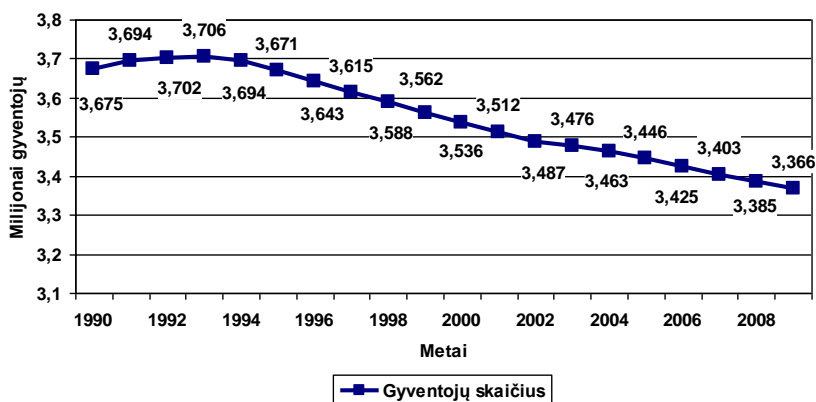
Jei darytume prielaidą, kad realus farmacinės rinkos reformos rezultatas yra kažkur per vidurį tarp reformos rėmėjų ir absoliučių kritikų nuomonių, tai anksčiau pateiktą reformos efektą (450 milijonus litų viršijanti ekonomija) reikėtų mažinti perpus. Gautoji 250 milijonų litų ekonomija yra lygi bendroms SAM ir VLK administravimo išlaidoms per 2002–2008 metus.

## Sveikatos paslaugų poreikis ir moki paklausa

### Teorinis modelis

1995–2010 metais gyventojų sveikatos apsaugos poreikiams įtaką darę veiksniai.

Vertinant gyventojų sveikatos paslaugų poreikių dinamiką yra reikšmingi gyventojų kiekio ir struktūros pokyčiai. Nuo 1993 metų dėl neigiamo natūralaus prieaugio ir žymiai imigraciją viršijančios emigracijos nuolat mažėjo Lietuvos gyventojų skaičius.



### 11 paveikslas. Lietuvos gyventojų skaičius (tūkstančiais)

Šaltinis: Statistikos departamentas

Dar labiau nei gyventojų skaičius keitėsi demografinė šalies gyventojų struktūra.

11 lentelėje pateikti skaičiai rodo, kad per pastaruosius penkiolika metų Lietuvoje labai išaugo vyresnių nei 70 metų asmenų skaičius (75–79 metų asmenų grupės padvigubėjimas yra Pirmojo pasaulinio karo atgarsis), labai ryškiai sumažėjo vaikų skaičius ir beveik nepasikeitė darbingo amžiaus žmonių skaičius (45–49 metų asmenų grupės padidėjimas 30 procentų yra Antrojo pasaulinio karo ir pokario atgarsis). Įvykę pokyčiai pastebimai keičia sveikatos paslaugų poreikių struktūrą – mažėja pediatrijos ir akušerijos paslaugų poreikis ir auga visų pagyvenusiems žmonėms teikiamų paslaugų poreikis. Paslaugų poreikio struktūros kaita ir sveikatos sektoriaus prisitaikymas prie šios kaitos nėra tyrimo objektas. Straipsnio autorių labiau domina demografinių pokyčių įtakos bendrai sveikatos poreikių apimčiai vertinimas.

Siekiant atspindėti demografinių pokyčių įtaką gyventojų poreikiams, naudotasi analizės apie įvairių amžiaus grupių gydymo kaštus, kurią atliko Valstybinė ligonių kasa, medžiaga. Jei VLK vertinimai yra korektiški, tikėtina, kad vaikų skaičiaus mažėjimas kompensavo senyvo amžiaus gyventojų skaičiaus augimo sukeltą spaudimą sveikatos sektoriui.

Kita vertus, VLK pateiktos išvados, kad ypač garbaus amžiaus gyventojai vartoja mažiau paslaugų nei šiek tiek jaunesni jų kraštiečiai, ir išvados, kurias apie gydymo kaštus daro daugelis ES šalių specialistų, nesutampa. Tikėtina, kad „taupymas“ senjorų sveikatos priežiūros sąskaita yra palyginti menko Lietuvos ekonomikos išsivystymo lygio pasekmė. Siekiant atspindėti šį veiksni, tolimesnėje analizėje daroma prielaida, kad suminiai demografiniai pokyčiai (Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimas ir populiacijos senėjimas) gyventojų poreikius sveikatos paslaugoms didino po vieną procentinį punktą per metus.

**12 lentelė. Gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes (tūkstančiais)**

	1995	2005	2006	2007	2008	2009	2009/ 1995 (proc)
Iš viso pagal amžių	3717,7	3425,3	3403,3	3384,9	3366,4	3349,9	90,11
0–4	251,2	154,7	151,5	151,3	153,7	158,1	62,94
5–9	291,8	185,8	178,7	171,4	164,1	158,1	54,19
10–14	271,5	244,7	230,2	215,4	199,2	188,7	69,51
15–19	260,4	273,8	271,1	265,7	261,5	253,6	97,37
20–24	283,7	252,3	259,1	267,4	273,3	272,3	95,97
25–29	283,1	225,7	225,4	226,9	230,0	236,3	83,45
30–34	307,6	242,8	235,6	228,7	223,0	219,8	71,45
35–39	270,4	250,7	249,0	248,3	246,1	240,9	89,10
40–44	238,0	272,2	265,8	257,8	251,2	246,9	103,72
45–49	202,5	246,7	254,3	262,4	266,6	266,0	131,36
50–54	216,9	206,0	207,6	210,1	214,7	223,8	103,16
55–59	206,7	178,3	181,1	187,5	192,3	193,0	93,36
60–64	194,7	174,6	172,1	164,6	157,7	156,3	80,29
65–69	165,9	166,3	164,8	163,6	164,2	161,7	97,44
70–74	111,7	144,0	143,1	143,9	142,8	142,8	127,80
75–79	62,3	111,0	113,6	115,0	116,1	115,7	185,75
80–84	100,3	62,7	66,4	69,1	72,2	75,7	115,76
85 ir vyresni		33,0	33,9	35,7	37,9	40,4	
Kraujo donorystės įstaigos (vnt.)	44	44	27	27	19	19	3

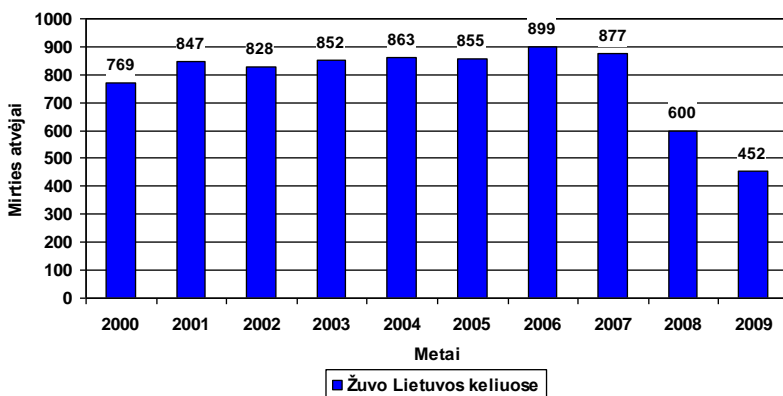
Šaltinis: Apskaičiuota remiantis Statistikos departamento duomenimis

### **Rizikos veiksnių sveikatai dinamika ir su ja susiję poreikių sveikatos paslaugoms pokyčiai**

Tiesiogiai nuo gyventojų nepriklausančių sveikatai žalingų veiksnių (gamtos užterštumas, nesaugi darbo aplinka, skurdas, nekokybiški keliai, hospitalinės infekcijos) ir gyventojų apspręstų žalingų veiksnių (nesveika gyvensena, prasta sanitarija) ir, priešingai, sveikatai palankių veiksnių (fizinis aktyvumas, gyventojų švietimas sveikatos klausimais ir t.t.) visuma yra įvardijama kaip socialinis sveikatos

determinantas. Šis determinantas šalies gyventojų sveikatos lygį lemia ne mažiau (o daugelio ekspertų nuomone net daugiau) nei asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

Sudėtinga tiksliai įvertinti kiekybinį atskirų sveikatos determinanto dalių pokytį, juo labiau šio pokyčio poveikį gyventojų sveikatai. Kita vertus, akivaizdus pavyzdys, kad poveikis gali būti labai efektyvus, yra bendromis vidaus reikalų, transporto ir sveikatos sistemų darbuotojų pastangomis įgyvendintas visuomenės sveikatos projektas. Šio projekto dėka 2008–2009 metais Lietuvoje žymiai sumažėjo avaringumas, tuo pačiu - sužeidimų ir mirčių skaičius.



### 12 paveikslas. Mirusiųjų dėl transporto įvykių skaičius

Šaltinis: Statistikos departamentas

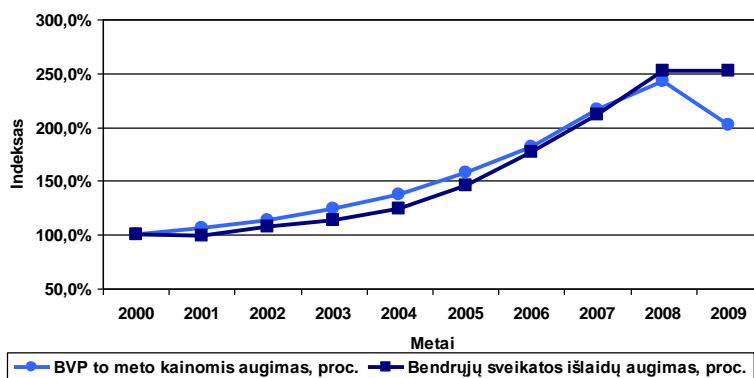
Statistikos departamento duomenimis (2009 metų skaičiai preliminarūs) 2000–2007 metais mirčių skaičius dėl transporto įvykių svyravo apie 850, o 2008 metais smuko iki 600 mirčių ir 2009 metais – 450 mirčių. Atsižvelgiant į tai, kad aptariamuju laikotarpiu kiekvienais metais sužeistųjų skaičius būdavo vidutiniškai devynis kartus didesnis nei žuvusiųjų, sveikatos sistema laimėjo ne tik dėl išgelbėtų gyvybių, bet ir sutaupė lėšas, kurios per dvejus metus būtų išleistos beveik 4000 sužeistiesiems (palyginti 2007 metų ir 2009 metų duomenys) gydyti. Darant prielaidą, kad vienam sužeistajam reikėjo vidutiniškai vieną kartą gydytis stacionare, gerėjantis saugumas Lietuvos keliuose maždaug 1 procentu mažina objektyvų hospitalizacijų poreikį. Šiai prielaidai patikslinti reikėtų papildomų tyrimų.

### Naujų technologijų diegimas, medicininių ir socialinių paslaugų kokybės kitimas

Aukščiau pateikta gyventojų skaičiaus, demografinės gyventojų struktūros ir kitų objektyviai išmatuojamų parametru (pvz., avaringumo) pokyčių analizė rodo, kad šie pokyčiai veikia gyventojų poreikio sveikatinimo paslaugoms apimtį bei struktūrą. Tačiau sveikatinimo paslaugų poreikio apimčiai šis poveikis yra nevienareikšmis – avaringumo, gyventojų skaičiaus ir gimstamumo mažėjimas

sveikatos paslaugų poreikį mažina, o gyventojų senėjimas – didina. Bendras šių veiksnių poveikis sveikatos paslaugų poreikio apimčiai yra labai saikingas ir, tikėtina, sudaro 0–2 procentus per metus. Toks poreikio kitimas galėtų paaiškinti sveikatos apsaugos sistemos išlaidų padidėjimą 10–15 procentų per dešimtmetį esant pastoviomis kainomis ir 30–40 procentų padidėjimą einamųjų metų kainomis. Atsakymo, kodėl 2000–2008 metais Lietuvos mokesčių mokėtojai sutiko sveikatos išlaidas padidinti ne 30–40 procentų, o beveik 2,5 karto, tenka ieškoti analizuojant dėl gyventojų pajamų augimo atsiradusią bendrųjų gyventojų poreikių kaitą ir bendrosios poreikių struktūros pokyčius.

Teigiamas ryšys tarp pajamų ir poreikių galioja daugeliui prekių ir paslaugų. Pajamoms augant, gyventojai tradicinių jiems produktų vartoja daugiau ir siekia įsigyti kokybiškesnius produktus. Šis dėsniumas galioja visiems ūkio sektoriams, įskaitant sveikatos paslaugų sektorių, ir paaiškina, kodėl panašiu tempu kaip gyventojų pajamos (šalies mastu tai BVP) turėtų keistis ir sveikatos paslaugų vartojimas net ir tuo atveju, jei nebūtų aukščiau aprašytų su pajamų dinamika tiesiogiai nesusijusių veiksnių poveikio. Žemiau pateiktas 13 paveikslas apie BVP ir sveikatos apsaugos išlaidų dinamiką šią hipotezę patvirtina.



### 13 paveikslas. BVP ir sveikatos apsaugos finansavimo dinamika

Šaltinis: Statistikos departamentas

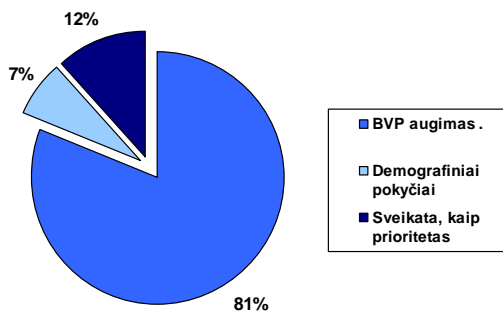
Periodo pradžioje BVP augo sparčiau nei sveikatos apsaugos išlaidos, o nuo 2004 metų sveikatos išlaidų augimo tempai aplenkė BVP augimo tempus. Visas 2000–2009 metų periodas sveikatos sektoriui yra palankesnis nei šalies ūkiui.

Lietuvos mokesčių mokėtojų ir jų interesus atstovaujančių politikų apsisprendimą 2000–2009 metais didinti sveikatos paslaugų finansavimą sparčiau nei augo Lietuvos BVP galėjo lemti ne tik demografiniai pokyčiai, bet ir gyventojų suvokimas, kad egzistuoja disproporcija tarp prekių (pvz.: maisto, rūbų) ir socialinių paslaugų vartojimo ir šią disproporciją reikia eliminuoti.



14 paveiksle pateikiamas trijų pagrindinių sveikatos apsaugos išlaidų veiksmų įtakos lyginamasis svoris 2000–2009 metais.

Sveikatos apsaugos išlaidų augimui įtaką dariusių veiksmų struktūroje akivaizdžiai vyrauja BVP augimas, užtikrinęs apie 80 procentų sveikatos apsaugos išlaidų augimą. Šis veiksnys apima naujų medicininių technologijų diegimą, paslaugų kokybės augimą ir medikų pajamų augimą. Jei BVP augimas būtų išvalytas nuo infliacijos poveikio, lyginamoji veiksmo reikšmė keliolika procentinių punktų sumažėtų, bet vistiek liktų didžiausia. Demografija ir gyventojų poreikius atspindintys politikų sprendimai dėl prioritetų yra svarbūs, bet palyginti mažiau reikšmingi.



*14 paveikslas. Sveikatos finansavimo augimo struktūra. Pagrindinių sveikatos apsaugos išlaidų augimo veiksmų įtakos lyginamasis svoris 2000–2009 metais*  
Suskaičiuota remiantis Statistikos departamento duomenimis

### Sveikatos paslaugų paklausos ir pasiūlos modelis

Aukščiau pateikta analizė aprašo sveikatos paslaugų poreikių kitimą. Dabar panagrinėsime pasiūlos ir paklausos atitikimą konkrečiu laiko momentu.

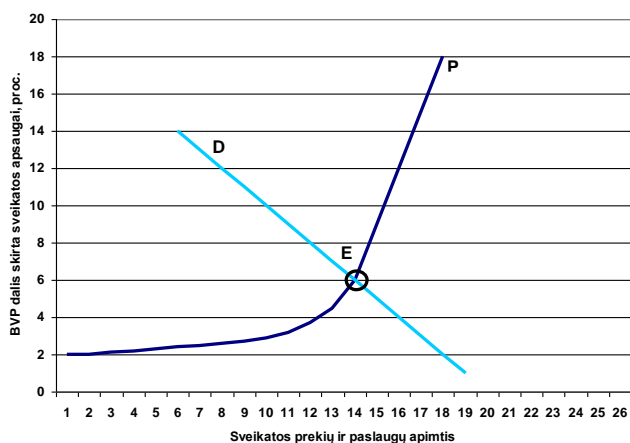
Sveikatos paslaugų paklausą kaip ir kitų prekių ar paslaugų paklausą lemia paslaugų kainos. Kuo paslaugų kainos aukštesnės, tuo labiau gyventojai riboja savo vartojimą. Priešingai, kainoms mažėjant, gyventojai vartoja daugiau. Jei Lietuvoje veiktų grynai rinkos modelis ir kiekvienas gyventojas pats mokėtų už gaunamas paslaugas, priklausomybė tarp paklausos ir kainų būtų labai griežta. Veikiant socialinio draudimo modeliui vartotojų paklausa modifikuojasi – atsiranda **visuminė moki paklausa** ir visuminiai poreikiai (**visuomeninė paklausa**) ligonių kasų finansuojamoms, taip pat tiesiogiai gyventojų apmokamoms prekėms ir paslaugoms.

**Visuminę mokią paklausą** formuoja gyventojai, atlikdami sveikatos draudimo įmokų mokėtojo funkciją. Optimizuodami naudingumą gyventojai per juos atstovaujančias institucijas (Vyriausybę, Seimą) sprendžia, kiek gauti paslaugų atsižvelgdami į tų paslaugų kainą. Akivaizdu, kad norint daugiau vartoti, reikia mokėti daugiau mokesčių (sveikatos draudimo įmokų). Daugiau mokant už sveikatinimo paslaugas, mažiau lėšų lieka kitiems poreikiams (švietimui, mitybai, rūbams ir t. t.) tenkinti.

Paslaugų kaina yra matuojama sveikatos priežiūrai skiriama bendrojo visuminio produkto dalimi (procentas nuo BVP), o paslaugų kiekis sąlyginiais vienetais atspindinčiais gydytojų skaičių (turint galvoje, kad gydytojas dirba naudodamas papildomus žmonių ir materialinius išteklius).

Grafinis sveikatos priežiūros paslaugų ir medicininių prekių paklausos ir pasiūlos sąveikos vaizdas yra pateiktas 15, 16 ir 17 paveiksluose. Visuose paveiksluose pasiūlos kreivė yra ta pati.

Žemiau pateiktuose paveiksluose yra parodoma sveikatos priežiūros paslaugų ir prekių pasiūlos sąveika su visumine mokia paklausa D, visuomeninės paklausos D''' formavimasis, sveikatos priežiūros paslaugų ir prekių pasiūlos sąveika su visumine mokia paklausa D ir visuomenine paklausa D'''.

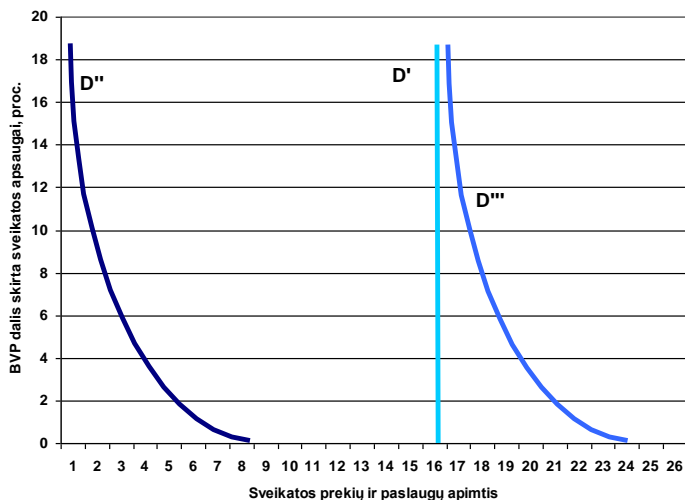


### 15 paveikslas. Visuminė mokia paklausa ir pasiūla

*P – visuminė pasiūla, D – visuminė mokia paklausa, E – pasiūlos ir paklausos pusiausvyros taškas.*

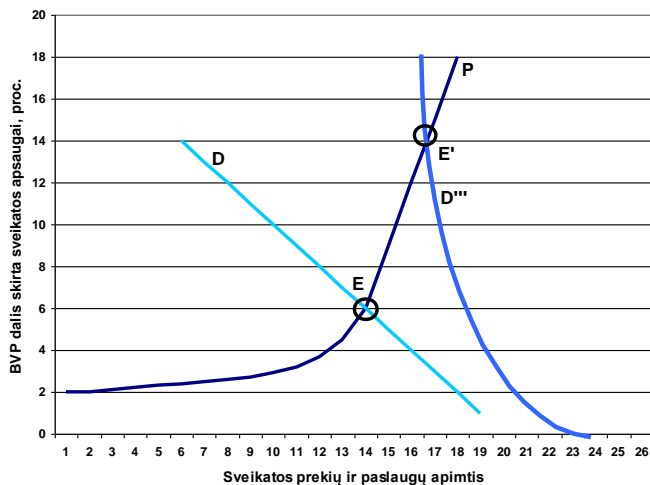
Visuomeninei paklausai D', kuriuos apimtį lemia tiesiogiai gyventojų neapmokamų paslaugų vartojimas, paslaugų kaina tiesioginės įtakos neturi. Šios paklausos kreivė yra vertikali. Visuomeninei paklausai D'', kurios apimtį lemia gyventojų tiesiogiai apmokamų paslaugų vartojimas, kainos įtaką daro panašiai kaip ir visuminei mokiai paklausai. Visa visuomeninė paklausa D''' yra lygi visuminių paklausų D' ir D'' sumai.

Viename paveiksle sujungę visuminę mokia paklausą D ir visuomeninę paklausą D''', matom du pasiūlos ir paklausos kreivių susikirtimo (pusiausvyros) taškus E ir E'. Taškas E atspindi pusiausvyrą, apsprendžiamą mokesčių mokėtojų interesų. Ši pusiausvyra pasiekama, esant paslaugų kainai lygiai 6 procentams BVP ir paslaugų kiekiui – 14000.



16 paveikslas. Visuomeninė paklausa ( $D'$ ,  $D''$ ,  $D'''$ )

Taškas  $E'$  atspindi pusiausvyrą, apsprendžiamą vartotojų interesų. Ši pusiausvyrą pasiekama, esant paslaugų kainai lygiai 14 procentų BVP ir paslaugų kiekiui – 17000. Ši pusiausvyrą atspindi padėtį, kuri tenkintų medikus ir paslaugų vartotojus.



17 paveikslas. Integruotas paveikslas ( $D$  ir  $D'''$ )

Skirtumas tarp dviejų pusiausvyros taškų reiškia, kad, norint pateisinti medikų ir vartotojų lūkesčius, paslaugų kiekis turėtų išaugti 21,5 procento, o sveikatos apsaugos finansavimo apimtis – daugiau nei du kartus.

Akivaizdu, kad išlaidų sveikatos apsaugai padvigubinimas neatitinka mokesčių mokėtojų interesų.

Kaip suderinti gyventojų, veikiančių kaip mokesčių mokėtojai ir kaip vartotojai, interesus?

Priemonės mažinančios visuomeninę paklausą (D' kreivę paslenkančios į kairę):

- daliniai mokėjimai;
- sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija;
- agitacija už mažesnę paslaugų vartojimą, sveikatos paslaugų ir prekių reklamos ribojimas;
- paklausos ribojimas, ribojant naujų technologijų plėtrą.

Priemonės (išskyrus kainos augimą) didinančios pasiūlą (paslenkančios P kreivę į dešinę):

- optimaliesnis išteklių naudojimas;
- skatinamojo kainodaros vaidmens paslaugų teikėjams stiprinimas;
- gamybos išteklių (įskaitant darbo) kainų mažinimas.

Mažai tikėtina, kad yra įmanoma pasiekti pilno E ir E' sutapimo, bet siekti optimizuoti atotrūkį tarp vartotojų ir mokesčių mokėtojų interesų verta. Šių pastangų ir šalies ūkio plėtros sąveika lems, kokią dalį BVP skirsime sveikatai ir, kiek ateityje skirsis vartotojų ir medikų norai nuo realių galimybių juos patenkinti.

### **Statinio ir dinaminio modelių sąveika**

Pusiausvyros tarp paklausos ir pasiūlos analizę galima laikyti statiniu sveikatos rinkos modeliu, nes rinka nagrinėta atsižvelgiant į trumpą laikotarpį. Sveikatos paslaugų paklausos ir BVP kitimo sąveiką apibrėšime kaip dinaminį rinkos modelį. Dinaminis rinkos modelis rodo, kad spartaus ekonomikos augimo (2000–2008 metais buvo būdingas Lietuvai) metu, pagrindinė sveikatos priežiūros poreikių augimo priežastis yra ekonomikos augimas, o demografiniai ir politiniai veiksniai lemia tik nežymią dalį sveikatos paslaugų vartojimo prieaugio. Jei atlikti dinaminiai skaičiavimai atspindi ne tik 2000–2009 metų Lietuvos realijas, o visuomeninių išlaidų apimtį padidinimas, tam, kad gyventojų kaip vartotojų paklausa sveikatai būtų patenkinta, yra artimas apskaičiuotajam taikant statinį modelį yra tikėtina:

- 2010–2020 metais sveikatos apsaugos finansavimas augs sparčiau nei Lietuvos BVP, nes medikų ir vartotojų lūkesčiai sveikatos paslaugų kiekiui ir kokybei šiuo metu nepilnai pateisinti. Per dešimtį metų sveikatai skirta BVP dalis išaugs 1–2 procentiniais punktais.
- Lėtas visuminės paklausos kreivės slinkimas į viršų lems politikos priemonių, naudojamų paklausai ir pasiūlai balansuoti, sąrašą ir santykinį šių priemonių reikšmingumą. Visuomeninės paklausos koregavimo priemonės bus aktualios ne tik knygos rašymo metais (2009 m., ekonominės krizės metai), bet ir stabilaus ekonomikos augimo periodu.

2000 metais atlikti prognostiniai skaičiavimai iš esmės pasitvirtino. Ateitis parodys, ar pasitvirtins 2009 metais padarytos įžvalgos.

### **1999–2009 metų Lietuvos sveikatos sistemos finansavimo raidos analizės apibendrinimas**

Lietuvoje veikiantis visuomeninis sveikatos sistemos finansavimo mechanizmas yra sukaupęs tarptautinės patirties, kaip spręsti rinkos netobulumo sveikatos sektoriuje sukurtas problemas, taikymo konkrečioje šalyje konkrečiomis istorinėmis sąlygomis pavyzdys. Kai kurie visuomeninio sveikatos sistemos finansavimo uždaviniai aptariamuoju laikotarpiu buvo sprendžiami profesionaliai:

- sveikatos sistemos finansavimo dinamika iš esmės atitiko šalies ekonomikos potencialo augimą ir šiuolaikinėms pasaulio ekonomikoms būdingą spartesnę už BVP augimą socialinių sektorių plėtrą;
- PSDF biudžetas 2000–2008 metais buvo iš esmės subalansuotas. 2008 metų pabaigoje ligonių kasų sukauptos finansinės lėšos buvo lygios turimiems finansiniams išpareigojimams. Sveikatos sistemos finansai atlaikė ir „Rusijos krizės“, ir 2009 metų recesijos iššūkius;
- konkrečios finansinio valdymo formos (paslaugų kainodara, sutarčių tarp paslaugų, prekių teikėjų ir ligonių kasų mechanizmas) buvo keičiamos atsižvelgiant į sveikatos rinkos pokyčius ir ši kaita prisidėjo prie sveikatos sistemos stabilumo išlaikymo.

Nagrinėjamo laikotarpio praktikos apžvalga atskleidžia dėsningumus, kurių numatymas, tikimės, prisidės prie būsimųjų sprendimų kokybės:

- sveikatos sektoriuje pokyčiai vyksta netolygiai ir skirtingais tempais. Farmacijos rinkoje nuo sprendimo diegti vaistą į rinką ir įtraukimo į kompensuojamųjų vaistų sąrašą iki jo masinio paplitimo praecina 1–2 metai. Tam, kad apčiuopiamai pasikeistų kai kurie paslaugų teikimo parametrai (pvz., hospitalizacijos trukmė) reikia 2–3 metų, paslaugų struktūros parametrai – 3–5 metų. Medikų apsisprendimui dėl emigracijos yra reikšmingas 5–10 metų trukmės laikotarpis. Politiškai prieštaringų sprendimų (pvz., dėl dalinių gyventojų mokėjimų) priėmimui gali nepakakti ir 20 metų;
- reikšmingi ir efektyvūs pokyčiai įvyksta tada, kai jie būna pagrįsti realių problemų analize ir kompleksiniu požiūriu į finansinių, teisinių ir institucinių veiksnių sąveiką;
- tobulo sveikatos valdymo modelio Lietuva nėra sukūrusi. Pasaulinė praktika idealaus modelio taip pat nepateikia, bet įvardina pagrindines sveikatos sistemos valdymo raidos kryptis, kurias verta žinoti renkantis nacionalinius prioritetus;
- pagrindiniai Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai (pvz., vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė) yra gerokai prastesni nei daugumos ES valstybių gyventojų, bet nacionalinė praktika (pvz., 2007–2009 metų „Karas keliuose“) rodo, kad šį atsilikimą galima įveikti.

# Visuomenės sveikatos raida Lietuvoje

*Irvinas Kairys*

## Įvadas

Sveikata ir visuomenė – tarpusavyje labai glaudžiai susijusios sąvokos: visuomenės raida priklauso nuo jos sveikatos, o sveikata – nuo visuomenės raidos<sup>332</sup>.

Visuomenės sveikatą galima apibūdinti kaip gyventojų bešališką ir išmatuojamą sveikatą, gyvenimo trukmę ir sveikatingumo mastą. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme pateiktas toks visuomenės sveikatos sąvokos apibrėžimas: „Visuomenės sveikata – gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė“<sup>333</sup>.

Pagrindiniai visuomenės sveikatos stiprinimo uždaviniai:

- 1) gerinti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę;
- 2) tenkinti šiuolaikinius valstybės poreikius;
- 3) įgyvendinti valstybės įsipareigojimus Europos Sąjungai (ES) ir kitoms tarptautinėms organizacijoms;
- 4) vystyti ligų profilaktiką ir sveikatos stiprinimą.

Šiame straipsnyje supažindinama su pagrindiniais Europos Sąjungos (ES) teisės aktais ir institucijomis, formuojančiomis visuomenės sveikatos politiką bei nacionalinių institucijų veiklą, kad būtų užtikrintas bendrųjų ES normų taikymas. Darbe taip pat nagrinėjama alkoholio ir tabako vartojimo, taip pat socialinių ligų problematika Lietuvoje. Aptariamo laikotarpio ribos – 1999–2009 m.

## 1999–2009 metų ES visuomenės sveikatos politikos vystymosi raida

Europos Bendrijos sutarties 152 straipsnyje nustatyta, kad „aukšto lygio sveikatos apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos ir veiklos kryptis“ ir kad, „nukrypstant nuo 37 straipsnio“ Taryba imsis „priemonių veterinarijos ir fitosanitarijos srityse, kuriomis tiesiogiai siekiama apsaugoti visuomenės sveikatą“<sup>334</sup>. Šias ir kitas visuomenės sveikatos priemones, susijusias su žmogaus sveikatos išsaugojimu bei gerinimu, Taryba turi priimti kvalifikuotą balsų daugumą<sup>335</sup>.

---

<sup>332</sup> Keniausytė I. ir kt. Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997–2008 m. ir palyginimas su Europos Sąjungos šalimis. //Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2009/2(45). psl.20.

<sup>333</sup> Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas //Valstybės žinios. 2002, Nr. IX– 886.

<sup>334</sup> „PUBLIC HEALTH“ <[http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/en/FTU\\_4.11.3.pdf](http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/en/FTU_4.11.3.pdf)> [Žiūrėta 2010–01–30].

<sup>335</sup> Ten pat.

1996–2002 metais buvo vykdytos aštuonios visuomenės sveikatos programos, jos įvertintos 2003 metais<sup>336</sup>. Vykdamas šias programas pasiekti teigiami rezultatai, tačiau neišvengta ir trūkumų. Programos buvo kritikuojamos dėl riboto veiksmingumo, holistinio požiūrio į ligas stokos. Ekspertai ragina plačiau taikyti horizontalesnį, tarpdisciplininį metodą, koncentruoti išteklius į tas sritis, kuriose ES veiksmais būtų galima sukurti didžiausią naudą.

2000 metų gegužę Europos Komisija (EK) pateikė pasiūlymą dėl naujos visuomenės sveikatos programos, kuri aštuonias programas pakeistų viena bendra, integruota, horizontalia programa. Šis pasiūlymas 2002 metų spalį buvo priimtas. Šešerių metų programa (jos biudžetas – 312 mln. EUR) įsigaliojo 2003 m. sausio 1 d. Naujojoje programoje pagrindiniais prioritetais laikomi:

- 1) informacijos mainai (sveikatos sistemų palyginimas);
- 2) gebėjimų greitai reaguoti stiprinimas;
- 3) tiksliniai veiksmai sveikatai ir ligų prevencijai remti.

Sveikatos sistemų palyginimas yra naujas programos elementas. Iki 2003 metų ES sveikatos sistemų vertinimą laikė išimtinai nacionaliniu reikalu. Teisingumo Teismo sprendimai dėl piliečių, siekiančių gauti medicinos pagalbą kitose valstybėse narėse, padidino šio aspekto svarbą.

Europos Sąjungos visuomenės sveikatos politikoje esminiu laikomas gebėjimas greitai ir koordinuotai reaguoti į didžiausias grėsmes sveikatai. Tai ypač svarbu turint galvoje biologinio terorizmo ir visuotinių epidemijų grėsmę, juk gyvename greito susisiekiimo ir laisvo žmonių judėjimo tarp valstybių amžiuje. ES laikosi pozicijos, kad įgyvendinant tikslinius veiksmus sveikatai ir ligų prevencijai gerinti turi būti naikinamos pagrindinės prastos sveikatos priežastys, kurios dažniausiai yra susijusios su asmenų gyvenimo būdu ir ekonominiais bei aplinkos veiksniais. ES sveikatos politika glaudžiai susieta su kitomis ES politikos sritimis, būtent: aplinkos apsauga, transportu, žemės ūkiu ir ekonomikos vystymu<sup>337</sup>.

Antroji Bendrijos veiksmų programa įsigaliojo 2008 m. sausio 1 d. Pagrindiniai šiuo metu vykdomos programos tikslai yra:

- 1) gerinti piliečių sveikatos saugą;
- 2) skatinti sveikatingumą ir mažinti sveikatos skirtumus;
- 3) vystyti ir plėtoti informaciją apie sveikatą.

Šie sveikatos programos tikslai yra suderinti su pagrindiniais Bendrijos tikslais: vystymusi, solidarumu ir saugumu. Naująja sveikatos programa siekiama papildyti ir remti valstybių–narių politikos kryptis, suteikiant papildomos vertės ir prisidedant prie solidarumo ir klestėjimo Europos Sąjungoje didinimo, numatant žmonių sveikatos apsaugos ir saugos, sveikatingumo skatinimo ir visuomenės sveikatos gerinimo priemones<sup>338</sup>. Bendras šios sveikatos programos biudžetas – 321,5 mln.

---

<sup>336</sup> “PUBLIC HEALTH” <[http://www.europarl.europa.eu/fu/pdf/en/FTU\\_4.11.3.pdf](http://www.europarl.europa.eu/fu/pdf/en/FTU_4.11.3.pdf)> [Žiūrėta 2010–01–30].

<sup>337</sup> Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1786/2002/EB 2002 m. rugsėjo 23 d. patvirtinantis Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje programą (2003–2008 m.) <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:15:07:32002D1786:LT:PDF>> [Žiūrėta 2010–01–30].

<sup>338</sup> EUROPOS PARLAMENTO IR TARYBOS SPRENDIMAS Nr. 1350/2007/EB 2007 m. spalio 31 d. dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.) <<http://eur->

EUR. Siekiant apsaugoti piliečius nuo įvairių grėsmių sveikatai, naujojoje programoje numatyta plėtoti ES ir valstybių narių gebėjimus įveikti tarptautines grėsmes sveikatai. Taip pat programoje numatoma remti ir skatinti vakcinaciją, gerinti piliečių ir pacientų sveikatos saugumą, stiprinti gebėjimą geriau įvertinti rizikos veiksnius. Šioje programoje, palyginti su ankstesniąja 2003–2008 metų programa, ypatingas dėmesys skiriamas tarpvalstybinėms sveikatos grėsmėms, numatytas bendrijos kontrolinių laboratorijų tinklo kūrimas, taip pat vis labiau propaguojamas pacientų saugos užtikrinimas, teikiant saugias, aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. 2008–2013 metų programa numato tęsti kovą su rūkymu, alkoholiu, narkotinėmis medžiagomis, siekia gerinti žmonių mitybą, skatinti fizinį aktyvumą ir imtis konkrečių veiksmų susijusių su šiais sveikatos veiksniais. ES, siekdama mažinti sveikatos skirtumus, didesnę dėmesį ėmė skirti regioninei politikai. Akcentuojamas dėmesys sveikam senėjimui ir vaikų sveikatai ir bendradarbiavimas tarp sveikatos sistemų. ES ir toliau ragina valstybes–nares keistis žiniomis ir geriausia praktika, ataskaitų, konferencijų ir kitų priemonių pavidalu skatinti analizės ir sklaidos priemonių plėtojimą. Siekiama labiau išskirti tikslines sveikatos būklės grupes (pagal lytį, retas ligas, psichikos sveikatą ir pan.). Įgyvendinant šiuos su informacija susijusius tikslus, ES narės turi ieškoti būdų skleisti informaciją visuomenėje populiariausiomis žiniasklaidos priemonėmis<sup>339</sup>.

Apžvelkime ES institucinę sveikatos valdymo struktūrą. ES visuomenės sveikatos politikos kūrime nemažai nuopelnų tenka Europos Parlamentui. Jis aktyviai siekia stiprinti ir remti sveikatos politiką reikšdamas savo nuomonę bei rengdamas pranešimus tokiais klausimais:

- 1) pacientų, kuriems taikomas medicininis gydymas arba diagnostika, apsauga nuo spinduliuotės;
- 2) pagarba nepagydomų ligonių gyvybei ir jų priežiūra;
- 3) moksliniai tyrimai biotechnologijos srityje, įskaitant organų transplantaciją ir dirbtinį apvaisinimą;
- 4) ES kraujo išteklių, skirtų kraujo perpylimams ir kitiems medicinos tikslams, sauga ir pakankamumas;
- 5) hormonai;
- 6) narkotikai;
- 7) tabakas ir rūkymas;
- 8) krūties vėžys ir moters sveikata;
- 9) jonizuojančioji spinduliuotė;
- 10) ES sveikatos kortelė;
- 11) maisto sauga ir pavojus sveikatai;
- 12) biotechnologijos ir jų medicininės pasekmės;

---

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:LT:PDF](http://lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:LT:PDF)> [žiūrėta 2010–01–31].

<sup>339</sup> “Together for Health: Health Programme (2008–2013).”

<[http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/en/FTU\\_4.11.3.pdf](http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/en/FTU_4.11.3.pdf)>

[Žiūrėta 2010–01–30]; Europos Parlamento ir Tarybos Sprendimas Nr. 1350/2007/EB

2007 m. spalio 23 d. dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.) <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:LT:PDF>> [žiūrėta 2010–01–30].



13) pacientų teisės gauti medicinos pagalbą ir priežiūrą kitose valstybėse–narėse.

ES visuomenės sveikatos būklės stebėjimą ir rekomendacinio pobūdžio veiksmus atlieka kelios institucijos. Viena svarbiausių institucijų – Visuomenės sveikatos programos vykdomoji įstaiga (angl. Executive Agency for the Public Health Programme) – įkurta 2004 m. gruodžio 15 d. Europos komisijos sprendimu. Jos veikla buvo numatyta iki 2010 m. gruodžio 31 d. 2008 m. birželio 20 d. ši agentūra buvo pervadinta į Sveikatos ir vartotojų reikalų vykdomąją agentūrą, o jos veiklos laikotarpis pratęstas iki 2015 m. gruodžio 31 d. Išplėstos pagrindinės šios agentūros užduotys – įtraukta vartotojų sveikatos ir maisto sauga. Nauji EAHC (The Executive Agency for Health and Consumers) įgaliojimai – ES Sveikatos programa, Vartotojų sveikatos programos ir geresnio mokymo rūpintis maisto sauga iniciatyvos įgyvendinimas. Agentūra teikia specialistų paslaugas su Europos Komisijos jai patikėtomis užduotimis susijusiose srityse ir glaudžiai bendradarbiauja su generaliniu Sveikatos ir vartotojų reikalų direktoratu.<sup>340</sup>

2004 m. balandžio 21 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu 851/2004<sup>341</sup> įsteigtas Europos ligų prevencijos centras (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)) padeda stiprinti apsaugos priemones nuo infekcinių ligų (pvz.: gripo, ŽIV/AIDS ar SARS). Centras turi partnerių tinklą visoje ES bei ELPA šalyse<sup>342</sup>. ECDC partneriai yra ir nacionalinės sveikatos apsaugos įstaigos, su kuriomis bendradarbiaudamas centras siekia visame žemyne sustiprinti ir plėtoti ligų priežiūros ir išankstinio perspėjimo sistemas. Taip bendradarbiaudamas ECDC telkia Europos žinias apie sveikatą, siekdamas gauti autoritetingas mokslines išvadas dėl naujų infekcinių ligų keliamo pavojaus. Pagrindiniai Centro uždaviniai:

1) stiprinti visos Bendrijos ir valstybių–narių gebėjimus saugoti žmonių sveikatą, vykdyti ligų prevenciją ir kontrolę;

2) veikti savo iniciatyva, jeigu Bendrijai gresia nežinomos užkrečiamos ligos protrūkis;

3) susiejant valstybių narių, ES institucijų ir atitinkamų tarptautinių organizacijų uždavinius ir atsakomybės sritis užtikrinti, kad visuomenės sveikatos srityje būtų imamasi papildomų ir nuoseklių veiksmų<sup>343</sup>.

Pagrindiniai Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*) uždaviniai: rinkti, analizuoti ir platinti objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie narkotikus ir narkomaniją. Besidomintiems centro veikla pateikiama įrodymais pagrįsta narkotikų bei jų vartojimo padėtis Europoje. Pagrindinis centro tikslas – stengtis, kad Europoje pagerėtų informacijos apie narkotikus palyginimas ir būtų rasti būdai ir priemonės tai įgyvendinti. Iki šiol įdėtomis pastangomis pasiekta, kad dabar šalys

---

<sup>340</sup> “Executive agency.” <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/agency/agency\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/agency/agency_en.htm)> [žiūrėta 2010-01-25].

<sup>341</sup> Veiklą pradėjo 2005 m. gegužės 20 d.

<sup>342</sup> ELPA – Europos laisvosios prekybos asociacija (ang. *EFTA – European Free Trade Association*). Šiai asociacijai šiuo metu priklauso Islandija, Šveicarija ir Norvegija.

<sup>343</sup> Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC)

<[http://europa.eu/agencies/community\\_agencies/ecdc/index\\_it.htm](http://europa.eu/agencies/community_agencies/ecdc/index_it.htm)> [žiūrėta 2010-01-25].

<sup>343</sup> Veiklą pradėjo 2005 m. gegužės 20 d.

gali stebėti narkomanijos paplitimą savo ir kitose ES valstybėse ir spręsti bendras su šiuo reiškiniu susijusias problemas. Nemažiau svarbi *EMCDDA* užduotis – stebėti naujas narkomanijos tendencijas, apie kurias centras informaciją daugiausia gauna iš „Reitox“ tinklo<sup>344</sup>.

Europos vaistų agentūra (angl. *European Agency for the Evaluation of Medicinal Products – EMEA*) – tai decentralizuota Europos Sąjungos įstaiga, kurios pagrindinis uždavinys – saugoti ir stiprinti žmonių bei gyvūnų sveikatą, vertinant ir prižiūrint žmonėms skirtus ir veterinarinius vaistus.

Agentūra yra atsakinga už mokslinį paraiškų Europos vaistų registravimo liudijimams gauti įvertinimą (centralizuota procedūra). Taikant centralizuotą procedūrą, *EMEA* agentūrai bendrovės pateikia vieną paraišką dėl registravimo liudijimo suteikimo. Visi biotechnologiniu būdu arba kitų aukštųjų technologijų pagalba gauti vaistai turi būti patvirtinti taikant centralizuotą procedūrą. Ta pati procedūra taikoma visiems vaistams nuo ŽIV/AIDS infekcijų, vėžio, diabeto arba neurodegeneracinių susirgimų, o taip pat ir visiems retųjų vaistų grupei priskiriamiems vaistams. Centralizuota procedūra lygiai taip pat taikoma ir visiems veterinariniams vaistams.

Jei vaistas yra svarbi gydomoji, mokslinė arba techninė naujovė arba vaistas yra svarbus pacientų ar gyvūnų sveikatai, tačiau nepriklauso nė vienai iš aukščiau nurodytų kategorijų, bendrovės gali pateikti Agentūrai paraišką centralizuotam registravimo liudijimui gauti. Per farmakologinio budrumo tinklą Agentūra nuolat stebi vaistų saugumą. *EMEA* imasi atitinkamų veiksmų, jei ataskaitose apie neigiamas vaistų reakcijas rekomenduojama keisti tam tikro vaisto naudos ir rizikos santykį. Agentūra taip pat atsakinga už veterinarinių vaistų likučių saugių ribų gyvulinės kilmės maiste nustatymą. *EMEA* taip pat prisideda prie naujovių ir tyrimų farmakologijos pramonėje. Be to, Europos vaistų agentūra teikia mokslines konsultacijas ir protokolinę pagalbą naujus vaistinius preparatus kuriančioms bendrovėms, leidžia kokybės, saugumo ir veiksmingumo tyrimų reikalavimų rekomendacijas. 2005 metais įkurta speciali tarnyba teikia specializuotą pagalbą mažoms ir vidutinėms įmonėms<sup>345</sup>.

2001 metais buvo įkurtas Retųjų vaistų komitetas (*COMP*), nagrinėjantis asmenų ar bendrovių, ketinančių kurti vaistus retoms ligoms gydyti paraiškas. 2004 metais įkurtas Vaistažolių komitetas (*HMPC*) teikia mokslines rekomendacijas apie vaistažoles.

Daugiau kaip 4000 Europos ekspertų tinklas integruoja 40–ies nacionalinių kompetentingų institucijų mokslinius išteklius iš 30 ES ir ELPA šalių<sup>346</sup>. Agentūra, dirbdama su Pasauline sveikatos organizacija bei su kitomis tarptautinėmis organizacijomis ir iniciatyvomis, o taip pat dalyvaudama tarptautiniuose žmonėms

---

<sup>344</sup> „Reitox“ tinklą sudaro 27 ES valstybės narės, Norvegija, ES šalys kandidatės bei Europos Komisijos narkotikų informacijos centrų grupė; European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. <<http://www.emcdda.europa.eu>> [žiūrėta 2010–01–25].

<sup>345</sup> Europos vaistų agentūra (EMEA) <[http://europa.eu/agencies/community\\_agencies/emea/index\\_lt.htm](http://europa.eu/agencies/community_agencies/emea/index_lt.htm)> [žiūrėta 2010–01–25].

<sup>346</sup> ELPA – Europos laisvosios prekybos organizacija. ELPA narės yra Islandija, Lichtenšteinas, Norvegija ir Šveicarija.

skirtų ir veterinarinių vaistų politikos derinimo projektuose, prisideda prie Europos Sąjungos tarptautinės veiklos<sup>347</sup>.

Įgyvendinant Europos socialinę ir užimtumo politiką, pagrindinis Europos saugos ir sveikatos darbe agentūros (angl. *European Agency for Safety and Health at Work – EU–OSHA*) tikslas – nuolat stiprinti saugą ir sveikatą darbe. Dėl Europoje kylančių darbuotojų saugos ir sveikatos problemų masto ir įvairovės vienai ES valstybei ar institucijai spręsti šias problemas dažnai nepakanka turimų žinių ir lėšų. Būtent dėl to buvo įsteigta Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra, kurios uždavinys – telkti informaciją apie darbuotojų saugą ir sveikatą, žinias apie prevencinę praktiką regionuose ir kaupti išteklius, taip pat visu tuo dalintis.

Agentūra pagreitina informacijos, padedančios stiprinti darbuotojų saugą ir sveikatą Europoje, tobulinimą, analizavimą ir platinimą. Saugos ir sveikatos klausimais agentūra ne tik kuria platų interneto svetainių tinklą, bet ir vykdo kampanijas, aktyvią leidinių programą, kuri leidžia parengti įvairiapusę medžiagą – nuo specialių informacinių ataskaitų iki informacinių biuletenių, kuriuose nagrinėjamos įvairiausios darbuotojų saugos ir sveikatos problemos.

Europos maisto saugos tarnyba (angl. *European Food Safety Authority – EFSA*) teikia nepriklausomas mokslines konsultacijas visais tiesioginių ar netiesioginių poveikį maisto saugai turinčiais klausimais, įskaitant gyvūnų sveikatą, jų gerovę bei augalų apsaugą. Mitybą reglamentuojantys Bendrijos teisės aktai taip pat derinami su *EFSA*. Tarnyba atvirai ir skaidriai informuoja visuomenę visais jos kompetencijai priklausančiais klausimais.

Už rizikos valdymą atsakingoms institucijoms<sup>348</sup> *EFSA* atliekami rizikos įvertinimai suteikia patikimą mokslinį pagrindą nustatant strategines teisės aktų ar kitas reguliavimo priemones, kurios reikalingos siekiant užtikrinti patikimą vartotojų apsaugą maisto saugos srityje. Kaip nurodyta 2002 m. sausio 28 d. steigiamajame Reglamente (EB) Nr. 178/2002, mokslinių duomenų rinkimas ir analizavimas, kylančių rizikos veiksnių nustatymas ir mokslinė pagalba Komisijai, taip pat yra *EFSA* įgaliojimų dalis. Mokslines nuomones ir patarimus rengia Mokslinis komitetas (MK) ir devynios mokslinės grupės, iš kurių kiekvienos kompetencija apima konkrečią rizikos nustatymo grupę. Mokslo komitetas koordinuoja grupių veiklą ir sprendžia visiems aktualius bendrus klausimus.<sup>349</sup>

2000–2004 metų ES politikos nuostatos, suformuotos siekiant stiprinti visuomenės sveikatą, tapo sudėtine Lietuvos sveikatos politikos dalimi. Valstybinės Lietuvos visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos atliko svarbų darbą – iki 2004 metų pradžios į nacionalinę teisę perkėlė ES teisės aktų reikalavimus, formavo ir įgyvendino su ES teisės aktais suderintą ES vartotojų sveikatos saugos politiką (maisto saugos, mokinių sveikatos, užkrečiamųjų, neužkrečiamųjų ligų ir kitokią).

Farmacijos departamentas prie Sveikatos apsaugos ministerijos yra atsakingas už ES vaistų direktyvų nuostatų įteisinimą nacionalinėje teisėje, Lietuvoje galiojančių teisės aktų, reglamentuojančių farmacinę veiklą, peržiūrą ir suderinimą su ES antrine

---

<sup>347</sup> European Medicines Agency. <<http://www.ema.europa.eu/>> [Žiūrėta 2010–01–25].

<sup>348</sup> Europos Komisija, Europos Parlamentas ir Taryba.

<sup>349</sup> European Agency for Safety and Health at Work. <<http://osha.europa.eu/en/>> [Žiūrėta 2010–01–25].

teise. Lietuvoje nuo 2004 metų balandžio nauji vaistai registruojami pagal ES reikalavimus. Iki 2007 metų sausio<sup>350</sup> buvo peržiūrėtos ir papildytos iki tol įregistruotų vaistų registravimo bylos. Buvo parengtos ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymu įteisintos vaistų registravimo taisyklės, patvirtinti vaistų klasifikavimo, reklamos, pakuočių ženklavimo reikalavimai, “Geros vaistų platinimo praktikos” ir “Geros vaistų gamybos praktikos” taisyklės. Nuo įstojimo į ES gaminti ir parduoti vaistus mūsų šalyje gali tik tos įmonės, kurios turi Geros gamybos praktikos (GGP) sertifikatus. Nuo 2003 metų visų vaistų pakuočių ženklavimas jau atitinka ES reikalavimus. Vaistus importuoja ir platina vaistų didmeninio platinimo įmonės, kurios nuo 2004 metų liepos pradėjo dirbti pagal ES nustatytus Geros vaistų platinimo praktikos reikalavimus, kuriais užtikrinama, kad vaistai perkami tik iš farmacinei veiklai licencijuotų įmonių, transportuojami, saugomi sandėliuose ir parduodami vaistinėms, išsaugant vaistų kokybę.

Lietuvos farmacinės politikos derinimas su ES politika vyksta palyginti sklandžiai, bet aprašomuju laikotarpiu nebuvo išvengta ir konfliktų. 2008 metais buvo priimtas Farmacijos įstatymo pakeitimas<sup>351</sup>. Pakeitimas parengtas atsižvelgiant į Europos Komisijos 2007 m. lapkričio 21 d. pateiktą išsamią nuomonę, kad Farmacijos įstatyme įtvirtintas medicininės paskirties produktų teisinis reglamentavimas prieštarauja Europos Bendrijos teisei, sudarydamas kliūtis Europos Bendrijos vidaus prekybai. Be to projektas buvo parengtas siekiant užtikrinti 2001 m. lapkričio 6 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2001/83/EB dėl Bendrijos kodekso, susijusio su žmonėms skirtais vaistais, nuostatų dėl pažangiosios terapijos vaistinių preparatų, skirtų konkrečių pacientų gydymui pagal gydytojo paskyrimą, įgyvendinimą. Iki šio Įstatymo įsigaliojimo Lietuvoje Farmacijos įstatymu buvo nustatyta medicininės paskirties produkto sąvoka, reglamentuojamas medicininės paskirties produktų tiekimas rinkai bei veiklos kontrolė. ES teisėje šie produktai į atskirą grupę neišskiriami, o priskirti maisto papildams. Nauja Farmacijos įstatymo redakcija panaikino Lietuvos ir ES teisės neatitikimą. Po įstojimo į ES priimtas Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymo pakeitimo įstatymas<sup>352</sup>. Šiuo Įstatymu sureguliuojamas regioninių biomedicininų tyrimų etikos komitetų steigimas, narių į juos delegavimas, jų veiklos principai, taip pat tiksliau apibrėžiamos Lietuvos bioetikos komiteto ir regioninių biomedicininų tyrimų etikos komitetų funkcijos, susijusios su 2001 m. balandžio 4 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2001/20/EB dėl valstybių narių įstatymų ir kitų teisės aktų, susijusių su Geros klinikinės praktikos įgyvendinimu, atliekant žmonėms skirtų vaistų klinikinius tyrimus, suderinimo įgyvendinimu.

---

<sup>350</sup>Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-19 “Dėl vaistinių preparatų registravimo taikant savitarpio pripažinimo procedūrą nuostatą” 2004 m. sausio 22 d.

<sup>351</sup>2008 m. gruodžio 16 d., Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 1, 2, 60, 62, 74 straipsnių, 15 skirsnio pavadinimo, įstatymo priedo pakeitimo, įstatymo papildymo 24<sup>1</sup> straipsniu ir tryliktojo skirsnio, 68 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymas. Valstybės žinios, 2008–12–30, Nr. 149–5991.

<sup>352</sup>2000 m. gegužės 11 d., Lietuvos Respublikos Biomedicininų tyrimų etikos įstatymas. Nr. VIII-1679, Valstybės žinios 2000, Nr. 44–1247.

Po įstojimo į ES su jos direktyvomis taip pat suderintas Gydytojo medicinos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymas<sup>353</sup> – patikslintos įstatymo nuostatos dėl gydytojų rengimo rezidentūroje, dėl licencijų medicinos praktikai išdavimo ir sustabdymo pagrindų ir tvarkos, dėl tokių licencijų išdavimo kitų ES šalių ir kitų užsienio šalių piliečiams, teisės teikti siauros specializacijos medicinos paslaugas reglamentavimo. Įstatymo pavadinimas pakeistas į Medicinos praktikos įstatymą.

Maisto įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas suderintas su atitinkamu ES Reglamentu. Buvo patikslintos Įstatymo sąvokos bei tos normos, kurios prieštaravo Reglamentui<sup>354</sup>.

Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymo pakeitimo įstatymas suderintas su atitinkama naujai priimta ES direktyva ir patikslina įstatymo sąvokas, reglamentuoja kaulų čiulpų transplantaciją ir audinių bankų veiklą<sup>355</sup>.

Lietuvos Respublikos žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymo nuostatos užtikrina žmogaus audinių ir ląstelių donorystės, įsigijimo, ištyrimo, apdorojimo, konservavimo, laikymo bei paskirstymo kokybės ir saugos standartus. Įstatymas numato, kad visi audiniai, ląstelės ir organai turi būti atsekami (nuo donoro iki recipiento ir atvirkščiai) bet kuriame donorystės ir transplantacijos etape. Šis įstatymo griežtinimas yra būtina priemonė siekiant užkirsti kelią nusikalstamai veiklai, siejamai su prekyba žmogaus audiniais, ląstelėmis ir organais. Taip pat Įstatymas draudžia reklamuoti žmogaus audinių ir ląstelių poreikį arba jų prieinamumą, siekiant sudaryti pasiūlą arba gauti finansinės arba panašios naudos. Pereinama prie nemokamos kraujo donorystės. 2003 m. spalio 9 d. papildytas ir pataisytas Lietuvos Respublikos kraujo donorystės įstatymas Nr. IX–1755, kuris skatina duoti kraujo ar jo sudėtinių dalių nemokamai.

2007 metais priimtas biomedicininė tyrimų įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas, kuriame reglamentuojami žmogaus embriono kamieninių ląstelių, jų linijų įvežimo į Lietuvos Respublikos teritoriją ir išvežimo iš jos ribų klausimai<sup>356</sup>. Įstatyme nustatyta, kad žmogaus embriono audinių, embriono kamieninių ląstelių ir jų linijų ar vaisiaus audinių ir iš jų paimtų kamieninių ląstelių ir jų linijų įvežimas į Lietuvos Respublikos teritoriją ir išvežimas iš jos yra draudžiami, o jų tranzitas per Lietuvos Respublikos teritoriją yra galimas tik gavus Sveikatos apsaugos ministerijos leidimą. Šis draudimas netaikomas kamieninių ląstelių, išgaunamų iš virkštelės ar placentos po vaiko gimimo, ir, laikantis šio įstatymo reikalavimų, genetiniams tyrimams paimtų mėginių įvežimui į Lietuvos Respublikos teritoriją ir išvežimui iš jos. Taip išsprendžiama iki šiol buvusi įstatymo spraga. Įstatymas taip

---

<sup>353</sup> 2004 m. balandžio 20 d., Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymas, Nr. IX–2148, Valstybės žinios, 2004, Nr.68–2365.

<sup>354</sup> 2003 m. rugsėjo 16 d., Maisto įstatymo 2, 3, 5, 9, 10, 11 ir 12 straipsnių pakeitimo ir papildymo bei įstatymo papildymo priedu ĮSTATYMAS, Nr. IX–1733, Valstybės žinios, 2003, Nr. 92–4139.

<sup>355</sup> 2006 m. spalio 19 d. Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymo 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 2(1), 5(1) straipsniais ir priedu ĮSTATYMAS, Nr. X–867, Valstybės žinios, 2006–11–07, Nr. 119–4545.

<sup>356</sup> 2007 m. balandžio 3 d., Lietuvos Respublikos biomedicininė tyrimų etikos įstatymo 2 ir 3 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas, Nr. X–1074, Valstybės žinios 2007–04–19, Nr. 43–1634

pat apibrėžia žmogaus embriono bei vaisiaus sąvokas, nustatant, kad embrionas yra žmogaus organizmo vystymosi stadija nuo apvaisinimo momento (zigotos susidarymo) iki moters aštuntos nėštumo savaitės pabaigos, o vaisius – žmogaus organizmo vystymosi stadija nuo moters devintos nėštumo savaitės pradžios iki gimimo. 2010 m. vasario 11 d. Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) Vyriausybei svarstyti pateikė Lietuvos Respublikos pagalbiniu apvaisinimo įstatymo projektą, kuris parengtas pagal Europos parlamento ir tarybos direktyvas<sup>357</sup>.

Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, atsirado galimybė Lietuvos Respublikos piliečiams, turintiems Europos sveikatos draudimo kortelę, gauti tam tikras nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse–narėse. Atitinkamai kitų ES valstybių–narių piliečiai turi teisę kreiptis nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų Lietuvoje. Privalomuoju sveikatos draudimu apdraustas Lietuvos Respublikos pilietis būdamas bet kurioje Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyje–narėje ir Šveicarijos Konfederacijoje (komandiruotės, turizmo ar kitokios laikinos viešnagės tikslu) turi teisę gauti neatidėliotiną būtinąją medicinos pagalbą. Lietuvoje apdraustiems asmenims ši pagalba bus suteikta pagal valstybės, kurioje asmuo kreipsis į gydymo įstaigą, sveikatos priežiūros paslaugų įkainius, tačiau išlaidas turės apmokėti Valstybinė ligonių kasa Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis.

Nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kitoje ES valstybėje narėje reglamentuoja Tarybos Reglamentas dėl socialinės apsaugos sistemų taikymo pagal darbo sutartį dirbantiems asmenims ir jų šeimos nariams judantiems Bendrijoje (EEB). Nurodyti ES teisės aktai yra reglamentai, tai reiškia, kad jie yra taikomi tiesiogiai ir kiekvienas suinteresuotas asmuo turi teisę naudotis juose nustatytais teisėmis, net ir nesant juos įgyvendinančių nacionalinių teisės aktų. Kita vertus, kai kuriuos procedūrinius šių reglamentų įgyvendinimo klausimus nustato Europos Bendrijos darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinė komisija.

Europos sveikatos draudimo kortelės procedūrinius klausimus Lietuvoje reglamentuoja LR sveikatos apsaugos ministro įsakymai: kortelės išdavimą Lietuvos Respublikos piliečiams, kokius dokumentus privalo pateikti ES valstybės narės pilietis, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaiga suteiktų jam sveikatos priežiūros paslaugas nemokamai<sup>358</sup>. ES valstybės narės pilietis, turintis teisę gauti nemokamas

---

<sup>357</sup>2004 m. kovo 31 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2004/23/EB, nustatančią žmogaus audinių ir ląstelių donorystės, įsigijimo, ištyrimo, apdorojimo, konservavimo, laikymo bei paskirstymo kokybės ir saugos standartus; 2006 m. vasario 8 d. įgyvendinanti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2004/23/EB, nustatančią žmogaus audinių ir ląstelių donorystės, įsigijimo, ištyrimo, apdorojimo, konservavimo, laikymo bei paskirstymo kokybės ir saugos standartus, Europos Sąjungos oficialusis leidinys 2006/17/EB, 2006–02–09; 2004 m. kovo 31 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2006/86/EB įgyvendinanti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2004/23/EB dėl atsekamumo reikalavimų, pranešimo apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir reiškinius bei žmogaus audinių ir ląstelių kodavimo, apdorojimo, konservavimo, laikymo ir paskirstymo tam tikrų techninių reikalavimų, Europos Sąjungos oficialusis leidinys, L 294/32, 2006 10 25.

<sup>358</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr.V–510 „Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiems asmenims“, 2005 m. birželio 22 d.; Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V–

asmens sveikatos priežiūros paslaugas savo valstybėje, kitoje ES valstybėje narėje gali gauti tokias sveikatos priežiūros paslaugas, kurios tampa jam reikalingos jo buvimo toje ES valstybėje narėje metu.

Tačiau nurodyta sistema negarantuoja asmeniui nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų tuo atveju, jeigu asmuo į kitą ES valstybę narę vyksta turėdamas tikslą gauti toje kitoje valstybėje sveikatos priežiūros paslaugų, t. y., kai tokių paslaugų poreikis atsiranda ne būnant kitoje valstybėje, bet jau yra atsiradęs dar prieš išvykstant į kitą ES valstybę narę ir vienas tokios kelionės į kitą ES valstybę narę tikslų yra gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas (pavyzdžiui, asmeniui reikalinga chirurginė operacija ir, turėdamas tikslą, kad ta operacija jam būtų atlikta kitoje valstybėje, jis vyksta į tą kitą valstybę). Tokiu atveju nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos kitoje ES valstybėje narėje gali būti suteikiamos tik tuo atveju, jeigu yra gautas leidimas iš kompetentingos tos valstybės, iš kurios atvyksta asmuo, institucijos (forma E 112). Tačiau asmuo, sergantis lėtine liga, dėl kurios jis turi reguliariai lankytis pas gydytoją, turi teisę gauti atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES valstybėje narėje, jeigu tokių sveikatos priežiūros paslaugų jam bet kuriuo atveju reikėtų ir būnant savo valstybėje ir jo kelionės į kitą valstybę tikslas nėra sveikatos priežiūros paslaugų gavimas. Taip pat būtina nepamiršti, kad būtinoji medicinos pagalba turi būti teikiama visiems asmenims nemokamai, nereikalaujant jokių dokumentų, išskyrus Europos sveikatos draudimo kortelę.

Lietuvai įstojus į ES ir asmens, ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos įgijo teisę pasinaudoti ES struktūrinių fondų parama. Norinčios šią paramą gauti gydymo įstaigos nustatyta tvarka turi parengti projektus. Projekto naudos gavėjas (sveikatos priežiūros įstaiga) iš savo ar valstybės biudžeto lėšų privalo padengti maždaug ketvirtadalį projekto išlaidų.

2004–2008 metais sveikatos apsaugai lėšos iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų buvo skiriamos pagal 2004–2006 metų Lietuvos Bendrąjį programavimo dokumentą. Buvo finansuojama priemonė „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“. Įgyvendinant šią priemonę, veikla plėtotą dviem pagrindinėmis kryptimis – a) modernizuojant ir plėtojant bendrosios praktikos gydytojų (BPG) tinklą; b) mažinant Lietuvos gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Gerinant bendrosios praktikos paslaugų kokybę ir prieinamumą, prioritetas buvo teikiamas tiems mūsų šalies regionams, kuriuose trūksta bendrosios praktikos gydytojų. Finansinė parama teikta ir viešosioms, ir privačioms pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigoms, sudariusioms sutartis su ligonių kasomis.

ES maisto įstatymo bendrieji principai yra išdėstyti Žaliojoje knygoje. Šis dokumentas pateikia bendrąsias nuostatas, pagal kurias turi būti projektuojami ES šalių maisto įstatymai. LR maisto įstatymas yra suderintas su 509 ES direktyvomis. Lietuvai įstojus į ES Valstybinėje maisto ir veterinarijos tarnyboje (VMVT) buvo

---

205 „Dėl Europos Sąjungos šalių narių piliečiams Lietuvoje suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo“, 2004 m. balandžio 8 d.

įdiegta TRACES<sup>359</sup> informacinė sistema, kurios pagalba vykdoma gyvūnų judėjimo ES bei gyvūnų ir gyvūninių produktų įvežimo į ES kontrolė. Sukurta ir įdiegta kompiuterinė, visose ES valstybėse veikianči Skubiųjų pranešimų apie nesaugius maisto produktus ir pašarus sistema (RASFF). VMVT sukurtos ir įdiegtos informacinės sistemos – Maisto kontrolės informacinė sistema (FIS), Pasienio veterinarinės kontrolės (COACH), Veterinarinį patvirtinimą turinčių gyvūninio maisto tvarkymo subjektų registras (VEPRAS), Negyvūninių maisto produktų importo kontrolės (NEMAS), Pasienio veterinarinės kontrolės informacijos valdymo (PVKIVS), Veterinarinės informacijos valdymo (VIVS), Dokumentų valdymo sistemos, Veterinarinių siuntų eksporto registras. 2007 metais buvo sukurta ir įdiegta vieninga Centralizuota asmenų skundų (pranešimų) priėmimo, registravimo ir tyrimo sistema, kuri buvo įvertinta kaip Geros patirties pavyzdys Lietuvoje.

Europos šalyse plintant gyvūnų užkrečiamosioms ligoms, Lietuvoje pavyksta išvengti šių ligų protrūkių ir su jomis susijusių didelių ekonominių nuostolių. 2007 metais užkrečiamųjų gyvūnų ligų prevencijai vykdyti įkurtas Skubios veiklos ir užkrečiamųjų ligų centras. Įgyvendindama profilaktikos ir kovos su pavojingiausiomis gyvūnų užkrečiamomis ligomis priemonės, VMVT vykdo įvairias programas, tarptautinius projektus, atlieka rizikos vertinimą, naminių ir laukinių gyvūnų stebėseną. Yra parengtos gyvūnų užkrečiamųjų ligų kontrolės programos ir neatidėliotinių priemonių planai.

Europoje keičiantis valstybinės maisto ir veterinarinės kontrolės principams, t. y. organizuojant kontrolę rizikos vertinimo pagrindu, visose ES valstybėse turi būti nepriklausomas padalinys, atliekantis mokslinį rizikos vertinimą, kuriuo vadovaujantis būtų priimami sprendimai. Todėl 2008 metais įkurtas Nacionalinis maisto ir veterinarijos rizikos vertinimo institutas.

2007 metais Europos Komisijos buvo priimta Baltoji knyga „Europos sveikatos problemų, susijusių su mityba, atsvečiu ir nutukimu strategija“. Pagal ją buvo parengtas Nutarimas dėl valstybinės maisto ir mitybos strategijos įgyvendinimo, kuriame, atsižvelgiant į Europos Komisijos direktyvas ir reglamentus, keliami tikslai: užtikrinti maisto saugą, gerinti jo kokybę, gerinti neščiųjų ir žindyvių mitybą, mažinti su mityba susijusių lėtinių ligų bei nutukimo paplitimą, gerinti pagyvenusių žmonių mitybą, likviduoti jodo trūkumo sukeltus sveikatos sutrikimus, užtikrinti galimybę vartotojams pasirinkti saugius ir sveikus maisto produktus. Taip pat siekiama skatinti ekologinio žemės ūkio produktų gamybą, mitybos specialistų rengimą ir tobulinimą. Vykdamas Valstybinę maisto ir mitybos strategiją su Europos Sąjungos teisės aktais suderinti ir įgyvendinami maisto ir mitybos sritys Lietuvos teisės aktai, parengta zoonozijų<sup>360</sup> epidemiologinės priežiūros programa.

---

<sup>359</sup> TRACES – Trade Control and Expert System – Prekybos kontrolės ir ekspertų sistema, sukurta Europos komisijos sprendimu Nr. 2002/459/EC.

<sup>360</sup> Zoonozė – tai liga ir/arba infekcija, kurią natūraliu būdu tiesiogiai arba netiesiogiai gyvūnai gali perduoti žmonėms. Žmonės užsikrečia nuo gyvūnų arba valgydami užkrėtą maistą.

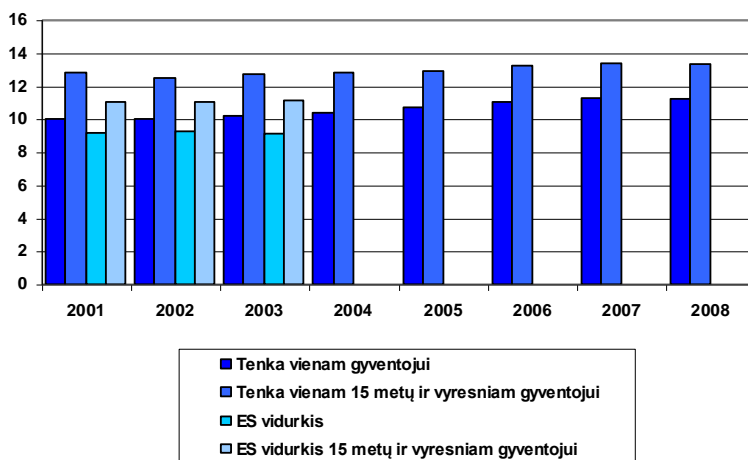


## Rizikinga gyvensena

### Alkoholio vartojimas

Ankstyvos mirtys, lėtinis alkoholizmas, alkoholinė psichozė, kepenų cirozė, nelaimingi atsitikimai, traumos, savižudybės – tai su pertekliniu alkoholio vartojimu susijusios pasekmės gyventojų sveikatai. Statistika rodo, kad pastaraisiais metais daugumoje ES šalių su pertekliniu alkoholio vartojimu susijusių mirčių skaičius mažėja, o Lietuvoje 2001–2008 metais – alkoholio vartojimas augo (1 pav.).

Didžiausia problema Lietuvoje yra dažnas stiprių alkoholinių gėrimų vartojimas dideliais kiekiais. Pagal amžių stipriai geriantys asmenys pasiskirstę netolygiai. Pats intensyviausias gėrimo laikotarpis sutampa su produktyviausiu žmogaus gyvenimo periodu, t. y. tarp 20–40 metų. Vyrų girtauja daugiau, bet auga ir alkoholio vartojimas moterų tarpe (2 pav.). Tikėtina, kad apie 70% savižudybių Lietuvoje yra susijusios su alkoholio vartojimu<sup>361</sup>. Lietuvoje alkoholio (absoliutaus) kiekis, tenkantis vienam gyventojui per metus litrais, buvo stabilus 1995–1999 metais (apie 9,0l), tačiau vėliau augo ir 2008 metais suvartojome 11,2 litro gryno alkoholio. ES vidurkis yra apie 9 litrai.



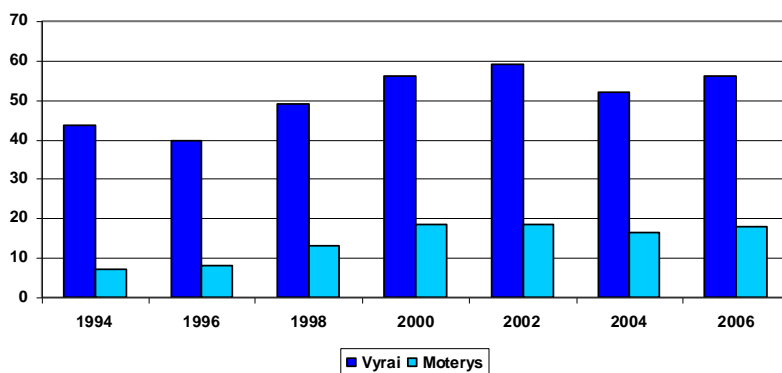
*1 paveikslas. Lietuvoje ir ES vienam šalies gyventojui tenkantis grynojo alkoholio kiekis (litrais)*  
Šaltinis: Statistikos departamentas, PSO

Alkoholio vartojimo augimas didina alkoholinių psichozių riziką. Šių alkoholinių psichozių skaičius iki 2007 metų augo. 2008 metais fiksuotas staigus alkoholinių psichozių skaičiaus kritimas, kuriam įtakos galėjo turėti efektyvi socialinė reklama bei ekonominė alkoholio vartojimo prevencija. 2001–2007 metais vyrų ir moterų mirtingumas dėl alkoholio vartojimo išaugo beveik 70%, (3 pav.). Vyrų serga

<sup>361</sup> „Lietuvos sveikatos programa. Alkoholio vartojimo mažinimas.“

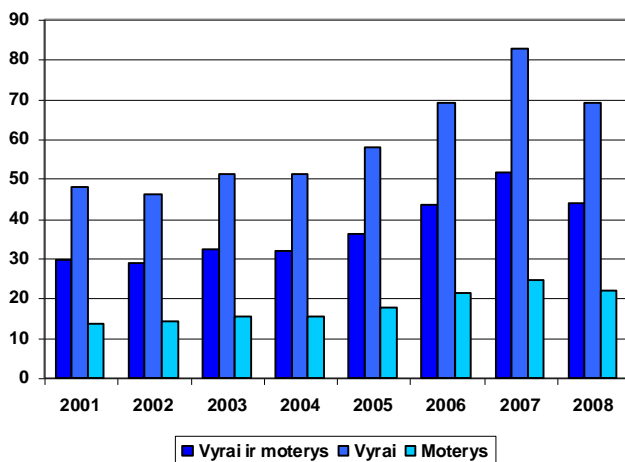
<<http://sena2.sam.lt/sam/veikla/programos-projektai/programa/4/?part=3>> [Žiūrėta 2010 12 13].

priklausomybe nuo alkoholio beveik 5,5 karto dažniau nei moterys (2008 m.). Mirčių skaičiaus mažėjimui įtaką daro ir pagerėjusi narkologinė ir reanimacinė pagalba alkoholinių psichozių ištiktiems pacientams, bet šis pagerėjimas aiškiai pasireiškė tik 2008 metais.



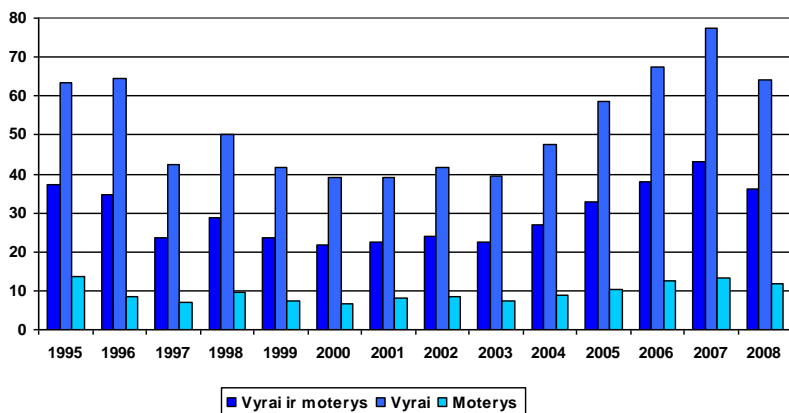
**2 paveikslas. Alaus suvartojimas, 20–64 metų gyventojai bent kartą per savaitę vartojantys alkoholį**

Šaltinis: Statistikos departamentas



**3 paveikslas. Mirusieji nuo alkoholio vartojimo, mirusiųjų skaičius tenkantis 100 000 gyventojų**

Šaltinis: Statistikos departamentas



**4 paveikslas. Alkoholinė psichozė, 100 000 gyventojų tenka besigydančių asmenų**  
 Šaltinis: Statistikos departamentas

Šalyse, kuriose vykdoma aktyvi alkoholio vartojimo mažinimo politika (Švedija, Norvegija, Suomija), ligotumas alkoholinėmis psichozėmis neregistruojamas. Tuo tarpu Lietuvoje alkoholinių psichozių skaičius per dešimtmetį nuolat augo ir nors pastaraisiais metais užfiksuotas sumažėjimas, tačiau viskas ką pavyko pasiekti šioje srityje – tai grįžti į 1995 metų lygį. (4 pav.)

Tyrimų duomenys aiškiai rodo, kad alkoholio daromą žalą efektyviai sumažina alkoholio rinkos reguliavimo politika<sup>362</sup>:

- 1) akcizų alkoholiui didinimas (dėl augančių akcizo mokesčių smarkai mažėja, ypač tarp jaunų žmonių, paklausa alkoholiui);
- 2) prekybos alkoholiu laiko ribojimas.

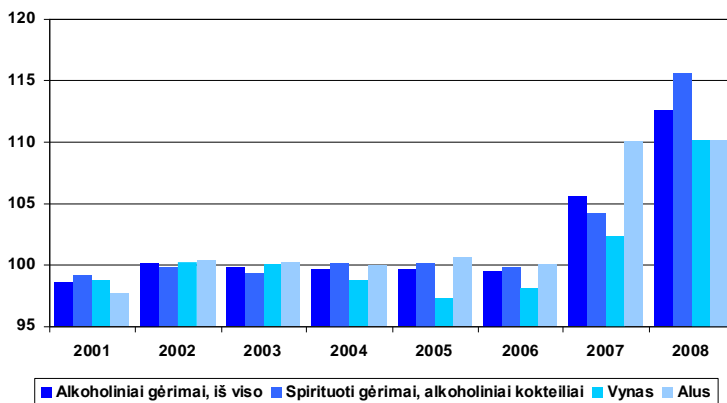
Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) modeliavo situaciją, kai 24 valandomis per savaitę sumažinamas prekybos alkoholiu laikas. Pritaikius šį modelį Europos Sąjungai būtų išvengta 123 000 negalios metų.<sup>363</sup> Prekybos alkoholiu trukmės sumažinimas pradėtas įgyvendinti ir Lietuvoje (prekiaujama nuo 8 iki 22 val.). Svarstoma – prekybos alkoholiu uždraudimo prekybos centruose ir jos perkėlimo į specializuotas parduotuves, dirbančias penkias dienas per savaitę ribotu laiku, galimybė.

Statistikos departamento duomenimis Lietuvoje laipsniškai mažėja stiprių alkoholinių gėrimų gamyba bei pardavimas, tačiau įvairių rūšių vyno ir alaus – didėja. Įprotį pernelyg gausiai vartoti alkoholinius gėrimus savaitgaliais ir per šventes (neretai iki vidutinio ir sunkaus intoksikacijos laipsnio) pakeitė kitoks alkoholinių gėrimų vartojimo pobūdis – dažnas (kelis kartus per savaitę ar net kasdien) nedidelio kiekio silpnų alkoholinių gėrimų (alaus ar vyno) vartojimas (5 pav.).

<sup>362</sup> Alkoholis Europoje visuomenės sveikatos požiūriu [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_sum\\_lt\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_lt_en.pdf) [žiūrėta 2010-01-31].

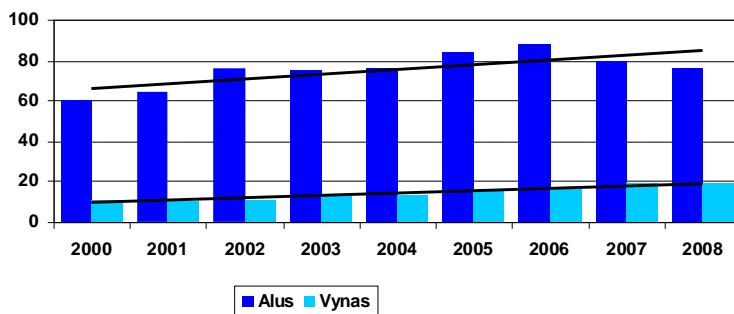
<sup>363</sup> Alkoholis Europoje visuomenės sveikatos požiūriu [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_sum\\_lt\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_lt_en.pdf) [žiūrėta 2010-01-31].

Alkoholį pradeda vartoti vis jaunesni žmonės. Alkoholiniai gėrimai tapo jaunimo bendravimo priemone, ypač populiarius pasidarė alus. 2007 m. bent kartą per mėnesį vartojusiais alkoholį prisipažino 65% jaunimo.



5 paveikslas. Alkoholinių gėrimų mažmeninių kainų indeksai palyginti su ankstesniais metais (procentais)

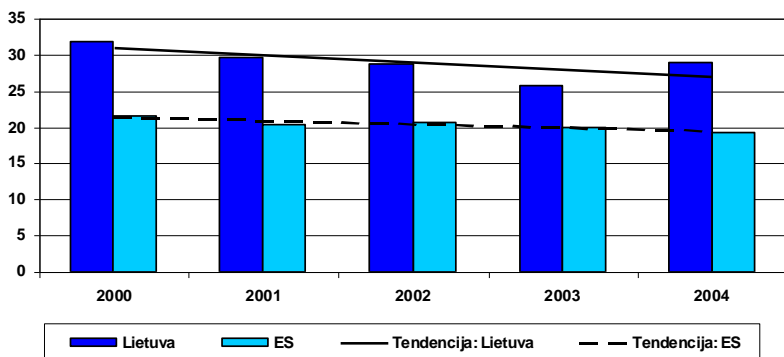
Šaltinis: Statistikos departamentas



6 paveikslas. 2000–2008 metais prekybos ir maitinimo įmonėse vienam gyventojui parduota alkoholinių gėrimų (litrais)

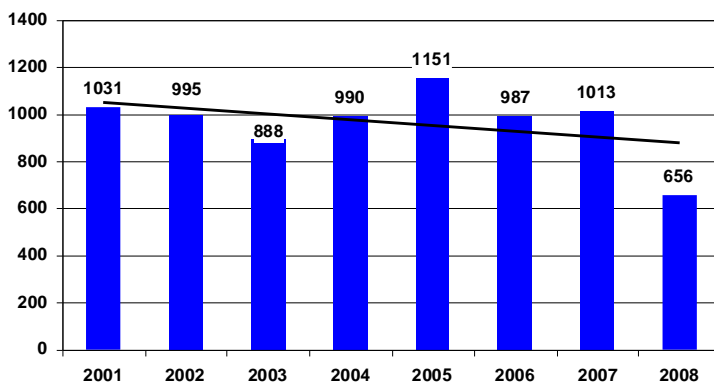
Šaltinis: Statistikos departamentas

Dėl neblaivių asmenų kaltės įvykusių eismo įvykių skaičius padidėjo nuo 711 atvejų 1995 metais iki 1109 atvejų 1999 metais. Panašūs svyravimai išliko iki pat 2008 m., kuomet šis rodiklis gerokai nukrito – iki 656 atvejų. Sužeistųjų skaičius dėl neblaivių vairuotojų kaltės per tą patį laikotarpį taip pat padidėjo nuo 612 iki 1156 atvejų per metus ir išliko daugmaž nepakitęs iki 2008 metų, kada užfiksuotas smarkus sumažėjimas – 742 atvejai. Abu minėtieji rodikliai, atspindintys vairuotojų atsakingumą, buvo pagerinti dėl ypač sugriežtintų kelių eismo taisyklių.



7 paveikslas. Kelių eismo įvykiai dėl neblaivių asmenų kaltės, 100 000 gyventojų tenka eismo įvykių

Šaltinis: Statistikos departamentas, Eurostat



8 paveikslas. Kelių eismo įvykiai Lietuvoje dėl neblaivių asmenų kaltės (absoliučiais skaičiais)

Šaltinis: Statistikos departamentas

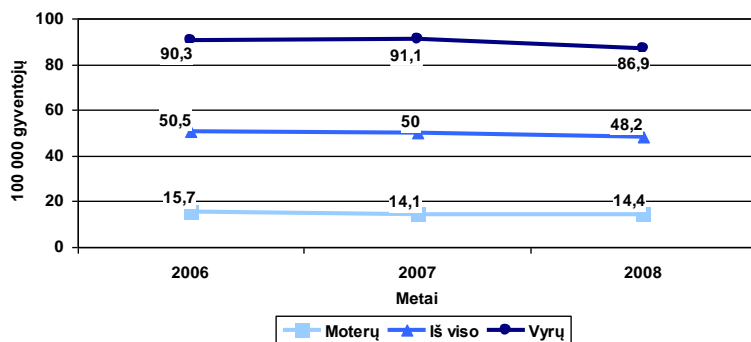
Vienas iš alkoholio vartojimo užkardymo politikos elementų yra Gerosios tarptautinės praktikos, apibendrintos PSO rekomendacijose<sup>364</sup>, taikymas. Be to Lietuvoje nepilnai panaudojamas į švietimą, komunikaciją, mokymą ir visuomenės sąmoningumą orientuotų priemonių sistemos potencialas.<sup>365</sup>

<sup>364</sup> “Nacionalinė sveikatos taryba alkoholio vartojimo situaciją įvardina kaip kritinę.” [http://www.emedicina.lt/index.php?lang=lt&s\\_id=1100](http://www.emedicina.lt/index.php?lang=lt&s_id=1100) [žiūrėta 2012 12 13].

<sup>365</sup> Peter Anderson, Ben Baumberg, „Alkoholis Europoje visuomenės sveikatos požiūriu. Ataskaita Europos Komisijai”. <[http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_sum\\_lt\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_lt_en.pdf)> [žiūrėta 2009–12–21].

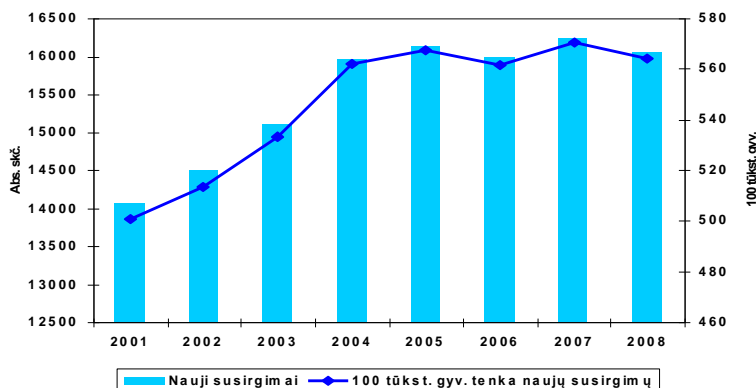
### Tabako vartojimas

Visoje ES nuo tabako vartojimo sukeltų ligų kasmet miršta daugiau nei pusė milijono žmonių. Sveikatos ir vartotojų teisių apsaugos direktorato duomenimis 25% visų onkologinių mirčių priskirtinos rūkymui (tai sudaro 15% visų metinių ES mirčių skaičiaus). Lietuvoje nuo 2001–2005 metais 14% išaugo naujų susirgimų piktybiniais navikais skaičius (10 pav.), o sergamumo piktybiniais navikais rodiklis 100 tūkst. gyv. pakilo 12,62% (9 pav.). 2005–2008 metais pastebima stabilizacijos tendencija.



### 9 paveikslas. Mirtingumas nuo ligų susijusių su rūkymu. Susirgimų piktybiniais navikais skaičius 100 tūkst. gyventojų.

Šaltinis: Statistikos departamentas

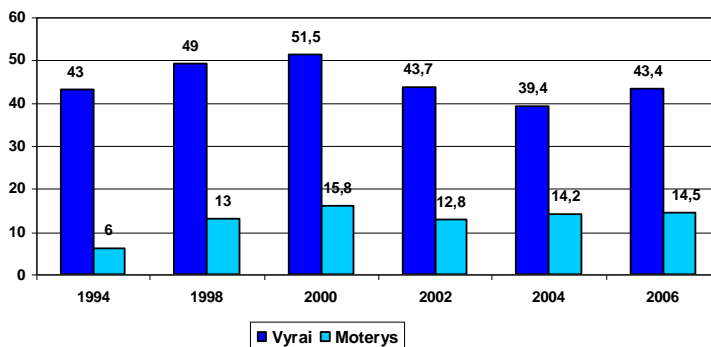


### 10 paveikslas. Sergamumas su rūkymu susijusiais piktybiniais navikais

Šaltinis: Statistikos departamentas

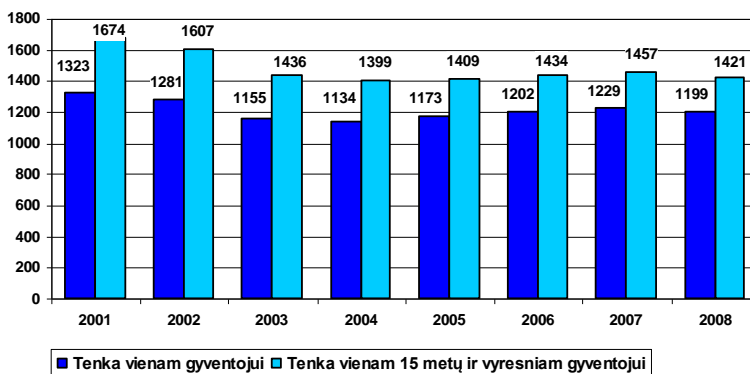
Pagal rūkančiųjų skaičių lenkiame Čekiją, Slovakiją ir daugelį Vakarų Europos šalių. Didesnis nei Lietuvoje rūkančiųjų skaičius yra kaimyninėse Latvijoje ir Estijoje – per

50% visų gyventojų<sup>366</sup>. Per ketverių metų laikotarpį (nuo 1994 m. iki 1998 m.) rūkančių vyrų Lietuvoje padaugėjo nuo 43% iki 49%, o rūkančių moterų – net dvigubai – nuo 6% iki 13%. Panašios tendencijos išliko iki pat 2000 metų, kuomet buvo pasiektas rekordiškas rūkančiųjų procentas nuo visų gyventojų – 51,5% vyrų ir 15,8% moterų<sup>367</sup>.



**11 paveikslas. Rūkančiųjų gyventojų dalis pagal lytį (procentais)**

Šaltinis: Statistikos departamentas



**12 paveikslas. Tabako gaminių suvartojimas per metus (vienam gyventojui tenka cigarečių)**

Šaltinis: Statistikos departamentas

Pradėjus įgyvendinti ES direktyvas bei didinti tabako akcizą, siekta sumažinti jo vartojimą. Nuo 2000 metų pastebimas laipsniškas tabako vartojimo mažėjimas (11, 12

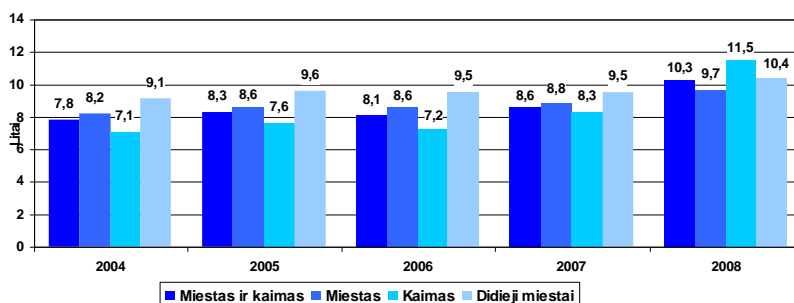
<sup>366</sup> "Eurostat Yearbook 2009." P. 212. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-CD-09-001-05/EN/KS-CD-09-001-05-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-09-001-05/EN/KS-CD-09-001-05-EN.PDF) [Žiūrėta 2009 12 10].

<sup>367</sup> Statistikos departamentas.

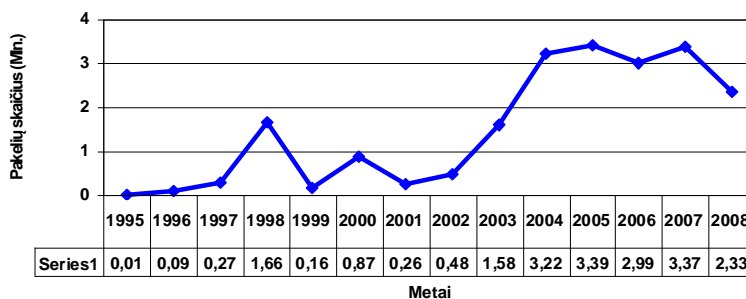
<<http://db1.stat.gov.lt/statbank/selectvarval/saveselections.asp?MainTable=M3210206&PLanguage=0&TableStyle=&Buttons=&PXSid=6445&IOY=&TC=&ST=ST&rvar0=&rvar1=&rvar2=&rvar3=&rvar4=&rvar5=&rvar6=&rvar7=&rvar8=&rvar9=&rvar10=&rvar11=&rvar12=&rvar13=&rvar14=>> [žiūrėta 2009-12-21].

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje

pav.), bet paaštrėjo nelegalių tabako gaminių įvežimo į Lietuvą, daugiausiai iš Kaliningrado<sup>368</sup>, problema. Sustiprinus Lietuvos valstybės sienos apsaugą, konfiskuotų kontrabandinių cigarečių kiekis nuo 2000 metų iki 2008 metų taip pat mažėjo, bet 2009–2010 metais vėl pradėjo sparčiai augti (14 pav.).



13 paveikslas. Vidutinės piniginės vartojimo išlaidos vienam namų ūkio nariui per mėnesį  
Šaltinis: Statistikos departamentas



14 paveikslas. Lietuvos pasienyje sulaikyta tabako kontrabanda (cigarečių pakeliais)  
Šaltinis: Valstybės sienos apsaugos tarnyba

Pagal Europos Sąjungos direktyvą 90/239/EEB nuo 2000 metų Lietuvoje leistinas tabako dūmuose esančių dervų kiekis sumažintas iki 15 mg, nuo 2003 metų – iki 12 mg, nuo 2004 metų šis kiekis dar labiau apribotas – iki 10 mg. Taip siekiama kuo labiau sumažinti rūkymo sukeltą žalą organizmui.

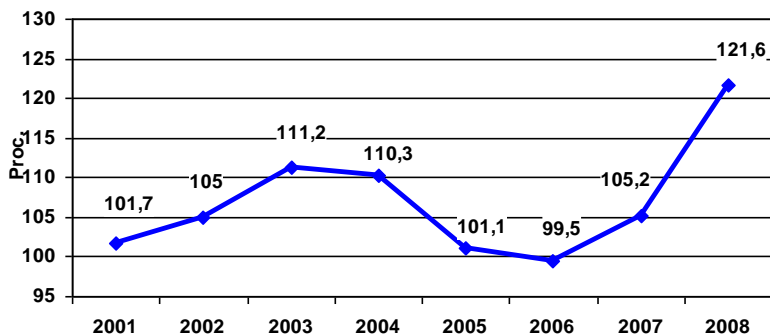
Remiantis ES direktyva 89/552/EEB ES šalyse tabako reklama per televiziją yra uždrausta. Kita vertus, didžiosios tabako kompanijos randa efektyvių būdų, netiesioginėmis reklamos priemonėmis pritraukti ir skatinti tabako gaminių vartojimą.

<sup>368</sup> „Lietuvos pasienyje sulaikyta tabako kontrabanda (pakeliais).“

[http://www.pasienis.lt/lit/Lietuvos\\_pasienyje\\_sulaikyta\\_tabako\\_gami/140](http://www.pasienis.lt/lit/Lietuvos_pasienyje_sulaikyta_tabako_gami/140) [Žiūrėta 2009–12–21].



Nauja niša tapo įvairios akcijos, loterijos, apklausos ir panašūs dalykai. Vien šiems reikalams per metus skiriamos milžiniškos lėšos.<sup>369</sup>



15 paveikslas. 2001–2008 metų mažmeninių tabako gaminių kainų indeksas

Šaltinis: Statistikos departamentas

Daug aistrų kėlęs visiškas tabako ir jo gaminių reklamos uždraudimas ES oficialiai įtvirtintas 2003 m. liepos 31 d. Lietuvoje toks įstatymas, draudžiantis bet kokia forma ir bet kokiomis priemonėmis skleisti informaciją apie tabako gaminius, tiesiogiai ar netiesiogiai skatinti įsigyti ir (ar) vartoti juos, įsigaliojo 2004 m. gegužės 1 d.<sup>370</sup> Nuo 2003 m. rugsėjo 30 d. cigarečių gamintojai privalėjo atsisakyti užrašų, anksčiau žymėjusių cigarečių rūšis (*light*, *ultra light*, *mild* ir pan.). Tokiu būdu siekiama, kad vartotojas nebūtų klaidinamas „nenuodingomis“ cigaretėmis.

Kaip matyti, dauguma įstatymų pakeitimų iniciatyvų perimamos iš ES. Pati ES savo iniciatyva vykdo daugiapakopę tabako kontrolės politiką. Teisinis reguliavimas – tai šios politikos „stuburas“. Siekiant mažinti tabako vartojimą teisiniu keliu įtvirtinami griežti reklamos apribojimai, vykdoma tabako gamintojams nepalanki mokesčių politika, draudžiama remti tabako gamintojus, stiprinama ES išorinių sienų apsauga. Įgyvendinant visuomenės sveikatos gerinimo programas platinama socialinė reklama, vykdomi konkursai, kurių metu skatinama mesti rūkyti.

Lietuva, savo ruožtu, tabako vartojimo kontrolę daugiausiai vykdo įgyvendindama Vyriausybės programas. 2007 metais buvo patvirtintas Valstybės tabako kontrolės programos 2007–2010 metų priemonių planas. Programoje numatyta užtikrinti visų

<sup>369</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. rugpjūčio 17 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos derybinių pozicijų derybose dėl narystės Europos Sąjungoje patvirtinimo“.  
<[http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc?p\\_id=106874&p\\_query=&p\\_tr2=>](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc?p_id=106874&p_query=&p_tr2=>) [žiūrėta 2009–12–21].

<sup>370</sup> „Tabako reklamos draudimas įsigalioja liepos 31 d.“  
<<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/1013&format=HTML&aged=1&language=LT&guiLanguage=fr>> [žiūrėta 2009–12–21]; Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. lapkričio 20 d. įstatymas Nr. IX–1840. Tabako kontrolės įstatymo pakeitimo ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo įgyvendinimo įstatymo pripažinimo netekusiu galios įstatymas. // Valstybės žinios, 2003, Nr. 117–5317.

suinteresuotų ministerijų ir kitų institucijų įsitraukimą ir bendradarbiavimą, siekiant mažinti rūkymą ir jo daromą žalą.

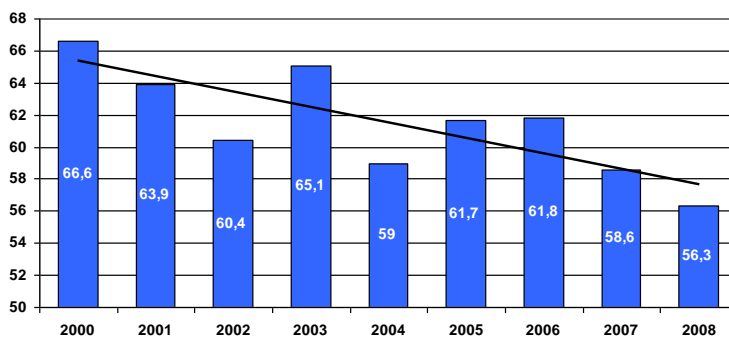
Valstybės tabako kontrolės programos 2007–2010 metų įgyvendinimo priemonių plane numatytos rūkymo prevencijos priemonės: apsauga nuo pasyvaus rūkymo, akcijų didinimas, visiškas tabako reklamos ir rėmimo draudimas, rūkančiųjų skatinimas atsisakyti žalingų įpročių, tabako gaminių verslo kontrolė, tabako gaminių prieinamumo jaunimui mažinimas, tabako gaminių vartojimo ir jo daromos žalos sveikatai stebėseną<sup>371</sup>.

Lietuvos politika yra artima ES vykdomai tabako kontrolės politikai<sup>372</sup>.

### Socialinės ligos

Socialinėms ligoms priskiriami: tuberkuliozė, ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančios ligos (sifilis, gonorėja).

*Tuberkuliozė.* Pastaraisiais metais stabilizavosi didžiulį nerimą 2001 metais kėlęs tuberkuliozės plitimas. 2008 metais nustatyti 1892 nauji aktyvios tuberkuliozės atvejai, t. y. 59 atvejais mažiau negu 2000 metais. 2008 metais sergamumo tuberkulioze rodiklis 100 tūkst. gyventojų siekė 56,3. 2003 metais vaikų sergamumo tuberkulioze rodiklis 10 tūkst. gyventojų siekė 20,8 atvejus, 2004 metais – 19,9, o 2005 m. – 15,7.<sup>373</sup>



### 16 paveikslas. Sergamumas ir ligotumas aktyvia tuberkulioze. 100 000 gyventojų tenka pirmą kartą sirgusiųjų

Saltinis: Statistikos departamentas

<sup>371</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. spalio 17 d. nutarimas „Dėl valstybės tabako kontrolės programos įgyvendinimo 2007–2010 metų priemonių plano patvirtinimo“.

<[http://www.lrv.lt/bylos/Teises\\_aktai/2007/10/9490.doc](http://www.lrv.lt/bylos/Teises_aktai/2007/10/9490.doc)> [žiūrėta 2009–12–21]; “Valstybės tabako kontrolės programa mažins rūkymo paplitimą ir žalą sveikatai”.

<[http://www.emedicina.lt/index.php?s\\_id=2260&lang=lt](http://www.emedicina.lt/index.php?s_id=2260&lang=lt)> [žiūrėta 2009–12–10]

<sup>372</sup> “Tobacco.” [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/tobacco\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_en.htm) [žiūrėta 2009–12–10].

<sup>373</sup> “Situacijos apie vaikų sergamumą apibendrinimas.” <<http://www3.lrs.lt/docs2/KUBWGWNH.DOC>> [žiūrėta 2010 03 06].

2002 metais nuo šios ligos mirė 229 žmonės. 2002 m. didžiausias sergamumas šia liga buvo Šilutės rajone (107,5 nauji atvejai 100 000 gyventojų).

Nuo 1998 metų Lietuvoje vykdoma Valstybinė tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa (toliau – TB programa), kuriai nuo 2000 metų iki šiol nuolatinę žymią metodinę ir finansinę paramą teikia Šiaurės Europos šalys, ypač Norvegija. Sutelktos užsienio donorų, valstybės, savivaldybių institucijų ir specialistų pastangos padeda stabilizuoti sergamumą tuberkulioze, diegti ir plėtoti tiesiogiai stebimo ir kontroliuojamo gydymo (angl. *Directly observed treatment strategy – DOTS*) strategiją pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir kitų tarptautinių organizacijų rekomendacijas. 2002 metais PSO Europos regiono biuras aptarė Europos šalių sergamumo tuberkulioze rodiklius ir pagrindines su tuo susijusias problemas (*Tuberculosis control in the WHO European Region*)<sup>374</sup>. Leidinyje nurodyta keletas priežasčių, lemiančių aukštus sergamumo TB rodiklius šio regiono valstybėse:

1. socialinės ir ekonominės problemos (sunki ekonominė padėtis, skurdas, perpildyti kalėjimai, benamiai);

2. prastas klinikinis darbas ir nepakankamas finansavimas, netikslus naujų TB atvejų nustatymas, diagnostikos kokybės trūkumai ir nesėkmingas gydymas, bloga registravimo sistema;

3. vaistų prieš tuberkuliozę stoka, nestandartizuotas gydymas ir jo nulemtas sergamumo TB bei TB formų, atsparių daugeliui vaistų, gausėjimas;

4. didėjantis ŽIV infekuotumas ir TB bei ŽIV/AIDS formos.

Tuberkuliozės kontrolės efektyvumą lemia daugybė veiksnių. Tuberkuliozės sergamumui ypatingą reikšmę turi šalies ekonominis ir socialinis išsivystymas. Apie 70% sergančių tuberkulioze lietuvių sudaro nedirbantys asmenys, piktnaudžiaujantys alkoholiu, neturintys pastovios gyvenamosios vietos.

Sergamumas tuberkulioze pastaraisiais metais turėjo tendenciją stabilizuotis, bet tuo pačiu stebimas išplitusių tuberkuliozės formų pagausėjimas – tuberkuliozės procesas apima daugiau nei vieną plaučių skiltį, randamos daugiabinės irimo ektmės. Viena pagrindinių išplitusių tuberkuliozės formų priežasčių yra pavėluotas ligonio kreipimasis į medicinos įstaigą, neigiamas požiūris į savo sveikatą arba nesirūpinimas savo sveikata.

Greta medicininių problemų turi būti sprendžiamos ir socialinės ligonio problemos, nes dauguma ligonių, ypač tie, kurie nutraukė gydymą, yra nedirbantys (apie 90%), piktnaudžiaujantys alkoholiu. Labai svarbu tokiems ambulatoriškai besigydantiems ligoniams skirti materialinę paramą (maistas, drabužiai), laiku įtarti ligą, ligonį pasiųsti pas specialistus, o diagnozavus – užtikrinti kokybišką, kontroliuojamą gydymą<sup>375</sup>.

ŽIV – retrovirusas, priklausantis lentivirusų šeimai. Išskirtos dvi genetiškai skirtingos ŽIV formos/tipai: ŽIV–1 ir ŽIV–2. AIDS (angl. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) yra retroviruso – žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) sukelta liga, kuriai būdinga stipri imunosupresija, lemianti indikacines ligas, antrinius

---

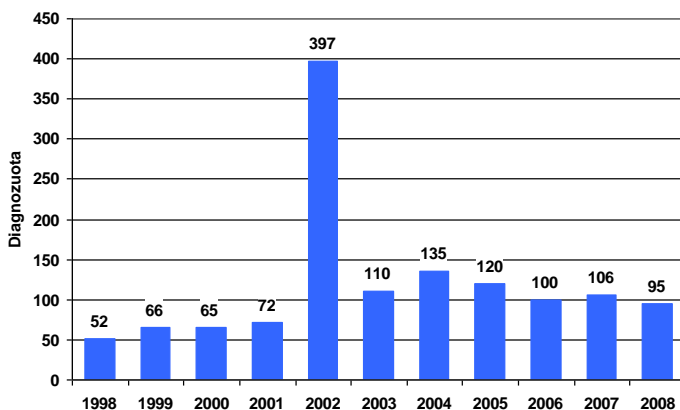
<sup>374</sup> „Tuberculosis control in the WHO European Region”

<<http://www.euro.who.int/document/cma/rc52fstb0702e.pdf>> [žiūrėta 2009–12–12].

<sup>375</sup> Edita Davidavičienė, “Tuberkuliozės kontrolės principų įgyvendinimas Lietuvoje.” <

<http://www.rtiul.lt/index.php?n=53>> [žiūrėta 2009–12–12]; “Pursue high-quality DOTS expansion and enhancement.” <<http://www.who.int/tb/dots/en/>> [žiūrėta 2009–12–12].

navikus ir neurologinius pokyčius. Iki 1999 metų Lietuvoje užregistruoti 135 ŽIV nešiotojai (123 vyrai, 12 moterų, iš jų 10 – ne Lietuvos piliečiai). 21 asmuo sirgo AIDS, 8 – mirė dėl AIDS sukeltų komplikacijų. Užsikrėtusių asmenų amžius – nuo 16 iki 65 metų<sup>376</sup>.



### 17 paveikslas. ŽIV pasiskirstymas pagal metus (naujų susirgimų skaičius)

Šaltinis: Lietuvos AIDS centras

Per pastaruosius dvylika metų ŽIV plito gana tolygiai. Statistikos departamento duomenimis nuo 2002 metų kasmet užregistruojama apie 100 naujų ŽIV atvejų. 2008 metais šis skaičius buvo šiek tiek mažesnis – 95 nauji ŽIV atvejai. Išskirti galima 2002 metus, kai Alytaus pataisos namuose buvo nustatyti 299 ŽIV infekuoti asmenys. Kiekvienais metais užfiksuojama vis daugiau naujų AIDS susirgimų. Tai, žinoma, susiję su ligos specifika. 2008 metais buvo patvirtinti 55 atvejai. Kai tuo tarpu 2002–2007 metais naujų AIDS susirgimų skaičius siekė nuo 9 iki 28. Lietuvoje 2008 metais užsikrėtę ŽIV buvo iš viso 1242 asmenys, sergantys AIDS – 177 asmenys; 100 tūkst. gyventojų tenka atitinkamai 37,1 ir 3,5 sergančiojo (1 lentelė).

Organizacijos UNAIDS<sup>377</sup> ruošiamose apžvalgose pateikiami daugumos šalių įvertinti duomenys, t. y. kiek kiekvienoje šalyje realiai galėtų būti infekuotų asmenų. 2008 metais paruoštoje apžvalgoje teigiama, kad 2007 metais Lietuvoje ŽIV užsikrėtusių asmenų galėjo būti nuo 1200 iki 4600 – vidutiniškai 2200 asmenys, arba 65 atvejai 100 tūkstančių gyventojų. Tuo tarpu infekuotųjų asmenų skaičius visose ES valstybėse galėjo svyruoti nuo 454100 iki 1265800 – vidutiniškai 147 asmenys 100 tūkstančių gyventojų. Palyginimui pateikiami ir 2001 metų duomenys: Lietuvoje – 1400, ES – 372 800 ŽIV atvejų, o tai yra atitinkamai 40 ir 124 viruso nešiotojų 100 tūkstančių gyventojų<sup>378</sup>.

<sup>376</sup> Lietuvos AIDS centro internetinis puslapis. <<http://www.aids.lt/abc.php#2>> [žiūrėta 2009–12–12].

<sup>377</sup> UNAIDS – joint United Nations programme on HIV/AIDS (liet. Jungtinių Tautų programa ŽIV/AIDS)

<sup>378</sup> „2008 Report on the global AIDS epidemic.“

<[http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)>

[Žiūrėta 2009 12 12].

**1 lentelė. Susirgimų ŽIV ir AIDS dinamika, 100 000 Lietuvos gyventojų**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Naujai susirgusių AIDS	0,3	0,3	0,6	0,3	0,8	0,8	1,6
Sergančių AIDS metų pabaigoje	0,9	1,0	1,3	1,5	2	2,4	3,5
Per metus nustatyti ŽIV nešiotojai	11,4	3,2	3,9	3,5	3	3,1	2,8
ŽIV nešiotojų metų pabaigoje	19,9	22,8	26,1	29,4	32,1	34,9	37,1

Šaltinis. Statistikos departamentas

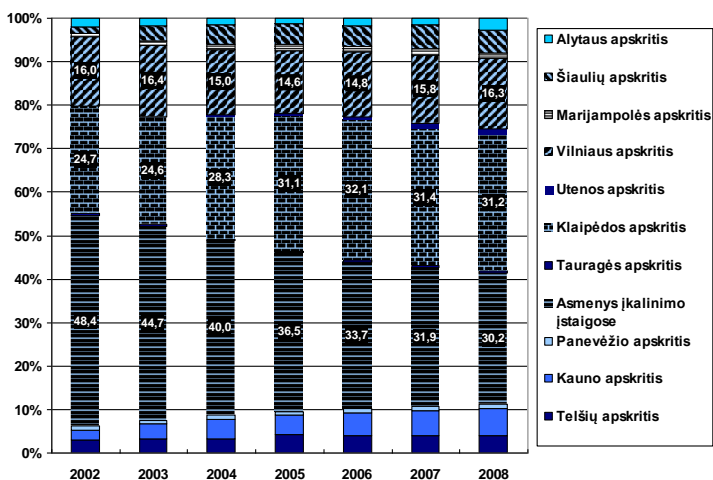
Nagrinėjant ŽIV ir AIDS pasiskirstymą pagal vietas galima matyti, kad daugiausiai infekuotojų yra įkalinimo įstaigose (18, 19 pav.). Laisvės atėmimo vietoje išaiškinama 40–60% visų naujų ŽIV atvejų. Vidutiniškai tarp sulaukytųjų ar laisvės atėmimo bausmę atliekančiųjų yra nuo 250 iki 300 ŽIV nešiotojų. 2008 metais įkalinimo įstaigose nustatyta per 40 naujų ŽIV atvejų. Dauguma jų diagnozuota tardymo izoliatoriuose, o tai rodo, kad virusą suimtieji atsineša iš laisvės. Dėl grėsmingos epidemiologinės situacijos 2003–2008 metais Lietuvos kalėjimuose ir įkalinimo įstaigose vykdyta Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės programa, kurios dėka nuteistieji ir suimtieji gavo informacijos apie narkotikų vartojimo žalą, užsikrėtimo ŽIV ir kitomis ligomis pavojus, buvo mokomi, kaip jų išvengti. Taip pat buvo įkurtas profilaktikos ir gydymo kabinetas.

Galima išskirti Klaipėdos ir Vilniaus apskritis (18 pav.), čia 2008 metų pabaigoje yra užregistruoti atitinkamai 31,2% ir 16,3% visų ŽIV užsikrėtusiųjų. Reikėtų pastebėti, kad palyginti mažoje Telšių apskrityje (pagal gyventojų skaičių aštunta Lietuvoje), ŽIV nešiotojų yra daugiau nei kitose mažesnėse apskrityse, pavyzdžiui, Marijampolės, Tauragės arba didesnėse – pavyzdžiui, Panevėžio. Pagrindinė priežastis – apskrities padėtis. Telšių apskritis yra nedaug nutolusi nuo didžiausios pagal ŽIV infekuotojų skaičių Klaipėdos apskrities.

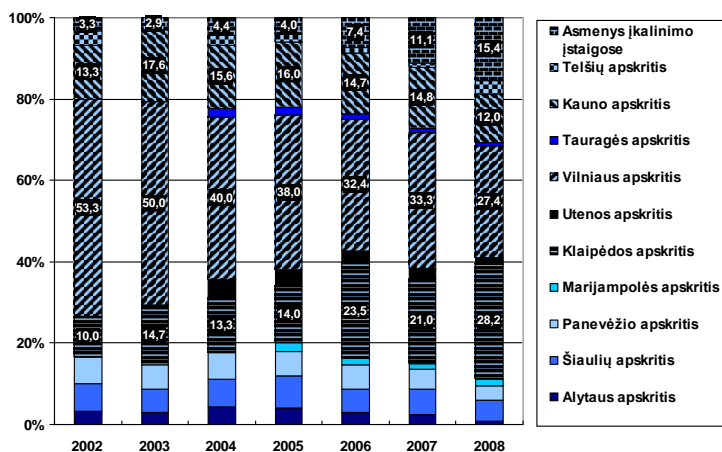
Nagrinėjant AIDS statistiką (19 pav.), galima matyti, kad 2002–2007 metais daugiausiai sergančiųjų buvo Vilniaus apskrityje. 2008 metais daugiausiai sergančiųjų buvo Klaipėdos apskrityje – 28,8%, o Vilniaus apskrityje – 27,4% visų sergančiųjų. Nemažai sergančiųjų AIDS buvo Kauno apskrityje – 12,0%, o taip pat įkalinimo įstaigose – 15,4% visų sergančiųjų.

Nepaisant to, kad Rytų Europoje ŽIV paplitimas yra gana didelis, Lietuvos rodikliai yra gerokai geresni nei kaimyninių šalių. Lietuvoje, palyginti su bendru Europos sąjungos (ES–27) vidurkiu, yra užregistruojama gerokai mažiau naujų ŽIV užsikrėtimo ir AIDS susirgimo atvejų (20, 21 pav.). Palyginimui paimtos dvi ES–27 šalys: Latvija ir Estija, kuriose ŽIV/AIDS atvejų yra nustatoma gerokai daugiau nei Lietuvoje. Ypatingai galima išskirti Estiją, kur naujai ŽIV užsikrėtusiųjų sakaičius žymiai viršija ES vidurkį.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



18 paveikslas. Sergančiųjų ŽIV pasiskirstymas pagal apskritis, metų pabaigoje (procentais)  
Šaltinis: Statistikos departamentas

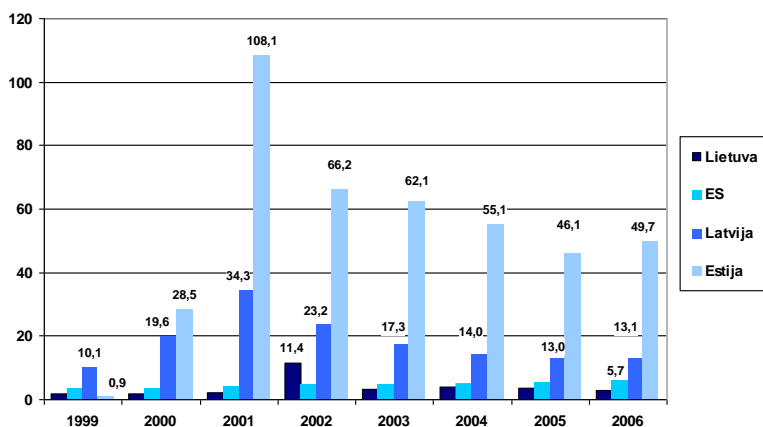


19 paveikslas. Sergančiųjų AIDS pasiskirstymas pagal apskritis, metų pabaigoje (procentais)  
Šaltinis: Statistikos departamentas

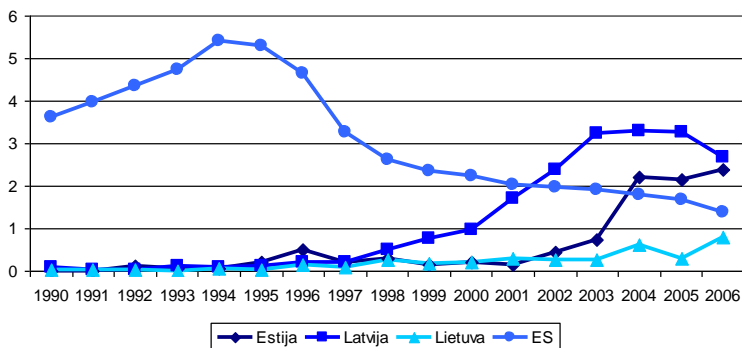
Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos ir UNAIDS<sup>379</sup> duomenimis, ES šalyse užregistruojama daugiausiai tokių ŽIV atvejų, kai užsikrečiama per homoseksualius santykius. Toks ŽIV plitimo būdas būdingas Vokietijai, Danijai, Olandijai, Slovakijai, Vengrijai. Lietuvoje, Latvijoje, Lenkijoje daugiausiai užsikrečiama per

<sup>379</sup> UNAIDS (angl.) – jungtinių tautų programa ŽIV/AIDS problemoms spręsti.

intraveninių narkotikų naudojimą. Lietuvoje 2009 metų duomenis, naudodami intraveninius narkotikus užsikrėtė 1096 asmenys, heteroseksualių santykių metu – 205, homoseksualių – 95 asmenys. Tai sudaro atitinkamai 72,7%, 13,6% ir 6,3% visų infekuotojų. Lietuvai būdingas ŽIV plitimo būdas vyrauja ir NVS šalyse (Rusija, Ukraina ir kt.).<sup>380</sup>



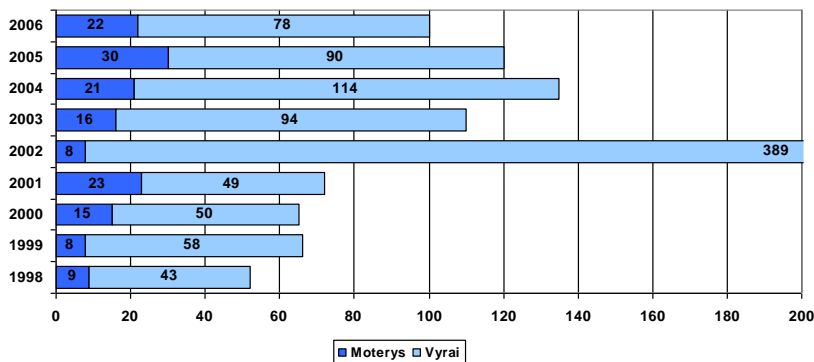
20 paveikslas. Sergamumas ŽIV 100 tūkstančių gyventojų  
Šaltinis: Pasaulio sveikatos organizacija



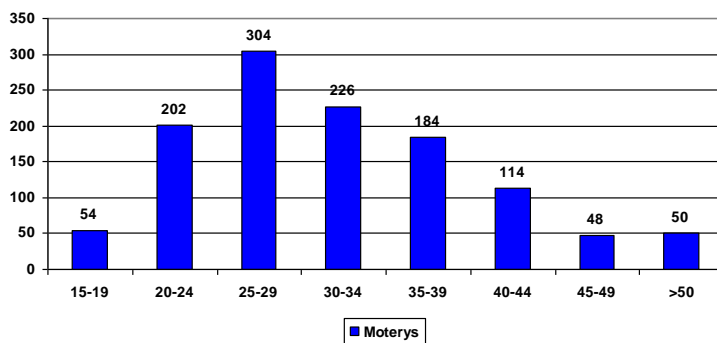
21 paveikslas. Sergamumas AIDS 100 tūkstančių gyventojų  
Šaltinis: Pasaulio sveikatos organizacija

<sup>380</sup> „HIV / AIDS Surveillance in Europe.“ Prieiga per internetą:  
[http://www.eurohiv.org/reports/report\\_76/pdf/report\\_eurohiv\\_76.pdf](http://www.eurohiv.org/reports/report_76/pdf/report_eurohiv_76.pdf)  
[žiūrėta 2009–12–12]; [www.eurohiv.org](http://www.eurohiv.org) [žiūrėta 2009–12–12]; „2008 Report on the global AIDS epidemic.“  
[http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)  
[žiūrėta 2009 12 12].

2008 metais Lietuvoje nustatyta 30 ŽIV užsikrėtusių moterų, iš kurių 15 (50%) užsikrėtė heteroseksualių lytinių santykių metu, 8 (26,7%) – vartodamos švirkščiamuosius narkotikus, 7 moterų (23,3%) užsikrėtimo būdas nežinomas<sup>381</sup>. Vertinant užregistruotų naujų ŽIV atvejų tendencijas pamečiui, stebima, kad kasmet užsikrečia vis daugiau moterų, todėl skirtumas tarp ŽIV infekuotų vyrų ir moterų mažėja – Lietuvoje 2003 metais šis santykis buvo 7:1, o 2008 metais sumažėjo iki 2:1. Iki 2008 m. sausio 1 d. yra užregistruoti 1183 ŽIV užsikrėtę vyrai ir 218 moterų (22 pav.).



22 paveikslas. ŽIV plitimo dinamika 1988–2007 metais pagal lytį, absoliučiais skaičiais  
Šaltinis: AIDS centras



23 paveikslas. 1988–2007 metais užregistruotų ŽIV infekuotų moterų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes  
Šaltinis: AIDS centras

ES šalyse, remiantis UNAIDS duomenimis, tokių pokyčių nepastebėta. 2001–2007 metų duomenimis daugumoje šalių ŽIV užsikrėtusių vyrų ir moterų santykis

<sup>381</sup> „ŽIV / AIDS epidemiologinė situacija.“ <http://www.aids.lt/stats.lt.php?gr=6> [žiūrėta 2009–12–12].



išliko pastovus<sup>382</sup>. Galima išskirti Lenkiją ir Vokietiją, kuriose ŽIV užsikrėtusių vyrų ir moterų santykis pakito nuo 3:1 – 2001 metais iki 2:1 – 2007 metais.

ŽIV infekuotų vyrų amžiaus vidurkis – 33 metai, o moterų – 35 metai. Pastaruoju metu užregistruojami vis jaunesnio amžiaus žmonės infekuoti ŽIV. Lietuvoje ŽIV infekcija pagal amžių dažniausiai nustatoma 20–34 metų amžiaus asmenims (23 pav.). Jauniausias ŽIV infekuotas asmuo diagnozuotas 1999 metais, diagnozės nustatymo metu pacientui buvo 15 metų, vyriausiems vyrui ir moteriai buvo po 68 metus<sup>383</sup>.

### **Lytiškai plintančios infekcijos (LPI)**

2008 metais šalyje buvo užregistruoti 326 nauji susirgimai sifiliu (2001 m. – 881), tačiau tai neatspindi realios situacijos, nes daug žmonių gydosi privačiai, dirba anoniminiai lytiniu būdu plintančių ligų gydymo kabinetai. 2008 metais fiksuotas sergamumas sifiliu – 9,7 susirgimo atvejai 100 tūkstančių gyventojų (1999 m. – 47,6; 2002 m. – 15,5). Palyginti su 2002 metų rodikliais, 2009 metais šis rodiklis sumažėjo Latvijoje – nuo 25,22 iki 13,22, Estijoje – nuo 29,91 iki 5,66, Bulgarijoje – nuo 18,39 iki 6,61. Kai kuriose Vakarų Europos šalyse, pavyzdžiui, Vokietijoje ir Šveicarijoje, tokių susirgimų padaugėjo – Vokietijoje – nuo 1,4 iki 3,9, o Šveicarijoje nuo 2,38 iki 7,39 (2 lentelė).

2008 metais Lietuvoje užregistruoti 533 susirgimai gonorėja. Oficialus sergamumas gonorėja yra 15,9 susirgimo 100 tūkstančių gyventojų (2001 m. – 20,1). Vis dėlto Lietuvos LPI statistinius duomenis reiktų vertinti atsargiai, kadangi, remiantis pasauline medicinos praktika, vienam sifilio atvejui vidutiniškai turi tekti 7–10 gonorėjos atvejų. Miesto gyventojai venerinėmis ligomis serga dažniau. Nustatyti sergamumo venerinėmis ligomis priežastis yra sunku. Visi gyventojai, kurie gydomi stacionaruose, yra tikrinami dėl sifilio, yra pakankamai literatūros apie venerines ligas, apsisaugojimo priemonės, apie tai informuoja žiniasklaida, vykdomos socialinės reklamos. Galima daryti prielaidą, kad miesto gyventojai LPI serga dėl aktyvaus, bet ne visada atsakingo gyvenimo būdo, nemažą įtaką venerinių ligų plitimui mieste turi ir prostitucija, kurios plitimas ir prieinamumas tiesiogiai susijęs su valstybės ekonomine padėtimi, socialine žmonių gerove. Asmenys, užsikrėtę gonorėja, dažniausiai nurodė, jog užkratas buvo perduotas atsitiktinių lytinių santykių metu. Susirgimus venerinėmis ligomis šalyje registruoja Lietuvos AIDS centras. Tačiau vienos institucijos, kuri koordinuotų kitų odos ir veneros ligų gydymo įstaigų darbą, nėra. Už lytiškai plintančių ligų kontrolę atsakomybę deleguota apskričių gydytojams. Dalis sergančiųjų gydosi privačiose ginekologijos ir/ar urologijos klinikose, šis faktorius statistiką iškreipia. Tokių klinikų prašoma (neturint sutarties su TLK) pateikti duomenis apie paskutiniųjų metų apsilankymus, tyrimus, personalą, tačiau neretai privačios gydymo įstaigos atsisako pateikti duomenis, arba pateikiami duomenys visiškai neatspindi realios situacijos. Nuo 2001 metų tokių klinikų ypač pagausėjo didžiuosiuose Lietuvos miestuose. Sunku pasakyti, kiek yra privačiai dirbančių kabinetų ir/arba gydytojų, iš kurių informacija nėra gaunama ar gaunama iškreipta.

---

<sup>382</sup> UNAIDS teikia įverčius, o ne aktualius duomenis.

<sup>383</sup> „ŽIV/AIDS epidemiologinė situacija.“ <<http://www.aids.lt/stats.lt.php?gr=6>> [žiūrėta 2009–12–12].

2 lentelė. Sergamumas socialinėmis ligomis Europos ir kitose šalyse (100 tūkst. gyventojų)

Šalis	Tuberkuloze	Sifiliu	Gonorėja
Airija	9,79	2,41	9,59
Armėnija	52,13	4,8	22,01
Austrija	9,75	6,61	9,85
Azerbaidžanas	64,34	4,53	20,17
Baltarusija	55,15	22,47	56,63
Belgija	9,14	5,6	3,86
Bulgarija	37,18	6,61	2,14
Čekija	7,65	4,95	10,58
Danija	6,5	1,7	6,43
Estija	33,99	5,66	12,97
Graikija	5,3	0,03	0,35
Gruzija	98,21	8,18	12,46
Ispanija	16,85	0,61	1,08
Italija	4,54	1,7	0,41
Jungtinė Karalystė	12,88	6,15	31,29
Kazachstanas	160,01	45,94	48,04
Kipras	5,22	0,76	0,64
Kroatija	20,88	1,36	0,66
Latvija	53,91	13,22	29,39
Lenkija	21,04	2,23	0,87
<b>LIETUVA (2008 m.)</b>	<b>56,3</b>	<b>9,7</b>	<b>15,9</b>
Liuksemburgas	8,13	2,92	0,21
Moldova	135,79	71,51	46,67
Norvegija	5,91	1,28	4,99
Nyderlandai	5,68	3,98	11,15
Portugalija	27,83	1,25	0,7
Prancūzija	8,72	0,87	1,12
Rumunija	104,89	18,67	2,93
Rusija	89,74	62,14	60,59
Slovakija	11,52	3,17	1,87
Slovėnija	10,5	1,88	2,08
Suomija	5,67	3,52	3,65
Švedija	5,03	2,62	7,02
Šveicarija	5,63	7,39	11,53
Vengrija	15,31	3,94	10,35
Vokietija	5,57	3,92	3,07
<b>ES-27</b>	<b>15,48</b>	<b>4,35</b>	<b>7,57</b>

Šaltinis. Eurostat

3 lentelė. Sergamumas venerinėmis ligomis 2001–2008 metais

	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2009
<b>Iš viso (užregistruoti atvejai)</b>								
Sifilis	886	530	451	340	295	336	275	326
Gonorėja	725	630	497	479	433	437	471	533
Chlamidijozė	903	1007	1077	1077	834	556	403	403
<b>100 tūkst. gyv. tenka</b>								
Sifilis	26	15,54	13,2	9,93	8,61	9,8	8,1	9,7
Gonorėja	21,26	18,48	14,56	14,03	12,68	12,8	13,9	15,9
Chlamidijozė (10 tūkst. gyv. tenka)	2,6	2,9	3,1	3,1	2,4	1,6	1,2	1,2

Šaltinis. Lietuvos sveikatos informacijos centras

## Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje gyventojų ir medikų akimis

*Jonas Kairys*

### Įvadas

Pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje pasaulio šalių dėmesio susilaukusi sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą ir jo poreikius tampa vis svarbesne sveikatos sistemos reformos tendencija ir Lietuvoje. Siekiant pateikti moksliniais tyrimais pagrįstas rekomendacijas dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo, imta vertinti paciento nuomonę apie jam teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Visuotinai pripažinta, kad būtent pacientas turi vertinti, ar sveikatos priežiūros sistema yra orientuota į jo poreikius. Pasaulio sveikatos organizacija vienu reikšmingu sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodikliu pripažįsta paciento lūkesčių įgyvendinimą. Paciento lūkesčiai svarbūs ne tik kaip jo nuomonės išraiška, jų įgyvendinimas turi įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, paslaugų vartojimui, gydymo režimo laikymuisi – taigi, ir gydymo rezultatams.

Pastaraisiais metais Lietuvoje daug dėmesio skiriama analizei, kaip pacientas vertina teikiamas stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas, bet stokojama dėmesio pacientų požiūriui į pirminės sveikatos priežiūros grandį ištirti<sup>384</sup>. Mažai tirta socialinių ir demografinių paciento charakteristikų įtaka paciento nuomonės ir lūkesčių struktūrai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje.

Lietuvos gyventojai nepasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis priežastimis dažniausiai įvardija neigatyvius gydytojo ir paciento santykių aspektus. Tai rodo, kad pacientų nuomonę apie sveikatos sektorių daugiausiai formuoja tarpasmeniniai paciento ir gydančio gydytojo santykiai. Sveikatos priežiūros sistemos valdymui svarbu ir tai, kad tas pats procesas abiejų jame dalyvaujančių pusių – paciento ir gydytojo – vertinamas skirtingai. Taigi, norint prognozuoti ir valdyti paciento ir gydytojo bendradarbiavimą svarbu žinoti, kokie ir kuriose srityse galimi neatitikimai tarp gydytojo ir paciento vertinimų. Gerinti bendradarbiavimą tarp paciento ir gydytojo, tikintis teigiamos įtakos paciento sveikatai ir jo nuomonei apie jam teikiamas paslaugas, galima tik žinant šiuos neatitikimus<sup>385</sup>.

Pripažinta, kad yra sveikatos priežiūros paslaugų netolygumai tarp didžiųjų miestų, rajonų centrų ir kaimo vietovių. Lietuvoje šie netolygumai yra mažai nagrinėti. Šiame darbe pacientų nuomonę vertinome pagal respondento gyvenamąją vietovę.

---

<sup>384</sup> Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Medicina* 2004; 40(5): 467–474.

<sup>385</sup> Kairys J., Žėbienė E., Rutkys B.A., Čepulis R., Zokas I. Vaistų politikos Lietuvoje vertinimas paciento požiūriu. *Visuomenės sveikata* 2002; 4(19): 16–22.

Pacientų ir medikų apklausos, siekiant išsiaiškinti, kas jų požiūriu yra aktualiausia, yra svarbios sprendžiant sveikatos apsaugos reformos organizavimo klausimus. Svarbu žinoti, kaip medikai vertina savo profesionalumą, kuo jie patenkinti, o kuo – ne. Medikams svarbu ne tik pajamos, bet ir perspektyva darbe, pagarba visuomenėje, darbo sąlygos. Apžvalgoje yra nagrinėjama šių parametru sąveika, taip pat analizuojama, kaip kinta medikų nuostatos priklausomai nuo jų gyvenamosios vietos.

## Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas pacientų požiūriu

2003 metais nagrinėta pacientų ir gydytojų nuomonė<sup>386</sup> apie pirminės sveikatos priežiūros teikiamas paslaugas<sup>387</sup>.

Sugrupavus tyrimo<sup>388</sup> anketos klausimus, sukurti 5 blokai (faktorai).

Pirmasis faktorius, į kurį įėjo tokie klausimai kaip: “Jūsų nuomone, ar gydytojas pakankamai domisi Jūsų asmeninėmis problemomis?”, “Ar gydytojas padeda Jums suprasti jo paskyrimų/tyrimų svarbą?”, “Ar gydytojas padeda Jums spręsti emocines problemas, susijusias su Jūsų sveikatos būkle?”, pavadintas bendravimo tarp paciento ir gydytojo (toliau–bendravimo) faktoriumi.

Antrasis faktorius, į kurį įėjo tokie klausimai, kaip: “Ar gaunate konsultaciją pas gydytoją Jums patogiui laikui?”, “Kokia Jūsų nuomonė apie galimybę konsultuotis su gydytoju telefonu?”, “Kokia Jūsų nuomonė apie laukimo laiką prie gydytojo kabineto?”, pavadintas sveikatos paslaugų prieinamumo (toliau–paslaugų prieinamumo) faktoriumi.

Trečiasis faktorius, į kurį įėjo klausimai: “Jūsų nuomone, ar gydytojas išsaugo paslaptįje jam patikėta informaciją apie Jūsų sveikatos būklę?”, “Jūsų nuomone, ar gydytojas kruopščiai/nuodugniai įvertina Jūsų sveikatos būklę?”, “Ar gydytojas siūlo paslaugas, kurios padėtų išvengti ligų (vakcinacija, sveikatos patikrinimai)?”, pavadintas gydytojo profesinių įgūdžių (toliau – gydytojo profesionalumo) faktoriumi.

Ketvirtasis faktorius, apjungęs tokius klausimus kaip: “Ar gydytojas paaiškina tyrimų ir gydymo tikslus?”, “Ar gydytojas Jums pasako ką norėtume žinoti apie savo simptomus/arba ligą?”, “Ar gydytojas Jums pasako, ko galėtume tikėtis iš specialisto konsultacijos ar gydymo ligoninėje?”, pavadintas informacijos pateikimo pacientui (toliau–informacijos) faktoriumi.

Penkto faktorius, apjungęs tokius klausimus, kaip: “Kokia Jūsų nuomonė apie gydytojo pastangas įtraukti Jus į sveikatos problemų sprendimą?”, “Jūsų nuomone, ar gydytojas visada Jus išklauso?”, pavadintas bendradarbiavimo faktoriumi.

---

<sup>386</sup> Žebienė E., Kairys J., Zokas I. Medicininės konsultacijos pirminėje sveikatos priežiūroje: rezultatų vertinimas paciento ir gydytojo požiūriu. Sveikatos mokslai 2003; 4: 43 – 47.

<sup>387</sup> Respondentai – per trejus pastaruosius metus pirminės sveikatos priežiūros įstaigose lankęsi gyventojai ir tų įstaigų gydytojai.

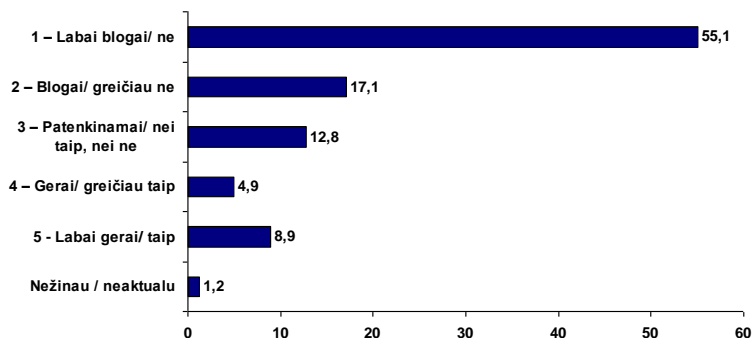
<sup>388</sup> Žebienė E., Kairys J., Zokas I. Pacientų nuomonė apie jiems suteiktas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos mokslai 2003; 7: 95–101.

Patogumo dėlei pasirinkti sutrumpinti sąlyginiai faktorių pavadinimai, analizei naudojami kaip bendros pacientų vertinimo tendencijos, o ne išsamūs apibūdinantys įvairius paciento nuomonės aspektus kriterijai<sup>389</sup>.

Iš visų vertintų faktorių vienintelis paslaugų prieinamumo faktorius pacientų buvo įvertintas neigiamai – t. y. bendras neigiamai į šį klausimą atsakiusiųjų skaičius buvo didesnis negu atsakiusiųjų teigiamai. Geriausiai pacientų vertini penktasis (bendradarbiavimo tarp paciento ir gydytojo) bei trečiasis (gydytojo profesinių įgūdžių vertinimo) faktoriai.

### Paslaugų prieinamumo faktorius.

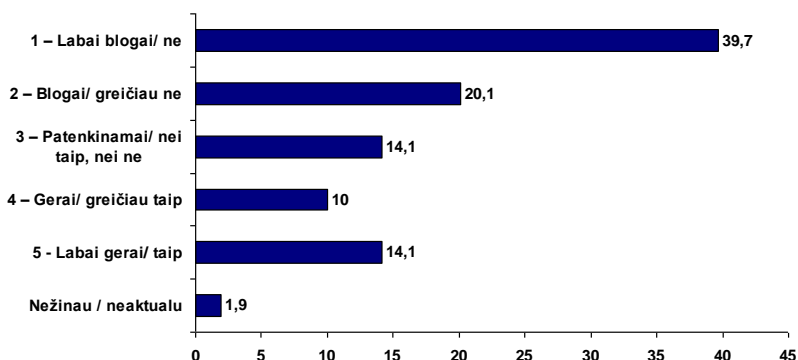
Galimybę patekti pas gydytoją pacientui patogiu laiku teigiamai vertino 24,1% tyrime dalyvavusių pacientų, neigiamai šį rodiklį įvertino 59,8% respondentų (1 pav.). Galimybę susisiekti su gydymo įstaiga telefonu teigiamai vertino 36,6% respondentų, neigiamai – 50,4% visų tyrime dalyvavusiųjų.



### *1 paveikslas. Galimybės gauti gydytojo konsultaciją pacientui tinkamu laiku vertinimas (procentais)*

Galimybę konsultuotis su gydytoju telefonu teigiamai vertino 26,9% dalyvavusiųjų tyrime, neigiamai – 53,8% apklaustųjų. Laukimo laiką prie gydytojo kabineto vertino teigiamai 13,8% atsakiusiųjų į anketos klausimus, neigiamai – net 72,2% dalyvavusiųjų tyrime (3 pav.). Į klausimą, ar turėjo pakankamai laiko konsultacijos metu, teigiamai atsakė 32,8% apklaustųjų, neigiamai – 35% tyrimo dalyvių.

<sup>389</sup> Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Pacientų nuomonė apie jiems suteiktas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos mokslai 2003; 7: 95–101.



### 2 paveikslas. Laukimo laiko prie gydytojo kabineto vertinimas pacientų požiūriu (procentais)

Gydytojo profesionalumo rodikliai. Gydytojo pastangas išklausti paciento problemas teigiamai vertina 46,6% apklaustųjų, neigiamai – 24,1% dalyvavusiųjų tyrime, 26,3% tyrimo dalyvių neturėjo aiškios nuomonės šiuo klausimu. Gydytojo sugebėjimą išlaikyti paslaptįje paciento tyrimų rezultatus ir jam patikėtą informaciją teigiamai vertino 39,6% tyrimo dalyvių, neigiamai – 20% dalyvių, 25,6% neturėjo aiškios nuomonės šiuo klausimu, 14,9% manė, kad tai jiems nėra aktualu. Paklausti, ar gydytojas kruopščiai įvertina paciento sveikatos būklę, 40,6% dalyvių manė, kad taip, 33% – kad ne, 23,7% neturėjo aiškios nuomonės šiuo klausimu. Pacientų nuomonė apie tai, kaip gydytojas atlieka paciento fizinę apžiūrą, 46,3% atvejų buvo teigiama, 34,2% atvejų – neigiama, 14,9% neturėjo tvirtos nuomonės šiuo klausimu. Į klausimą, ar gydytojas paaiškina tyrimų ir gydymo tikslus, 36,9% respondentų atsakė teigiamai, 30,9% manė, kad nepaaiškina, 29,8% respondentų neturėjo tvirtos nuomonės šiuo klausimu. Gydytojo pastangas pasakyti pacientui tai, ką jis nori žinoti apie savo susirgimą, teigiamai vertino 42,5% apklaustųjų, neigiamai – 19,8%, neturėjo aiškios nuomonės 25,3% tyrimo dalyvių.

Gydytojo pastangas padėti spręsti pacientams emocines problemas, susijusias su jų sveikatos būkle, teigiamai vertino 38,4% apklaustųjų, neigiamai – 41,3%, neturėjo aiškios nuomonės – 12,6%, o 7,7% dalyvavusiųjų tyrime atsakė, kad tai jiems neaktualu. Paklausti, ar gerai suprato, ką gydytojas darė ir sakė konsultacijos metu, teigiamai į klausimą atsakė 41,4% tyrimo dalyvių, neigiamai – 38,3%, neturėjo aiškios nuomonės – 26,6% dalyvavusiųjų tyrime.

2007 metais nagrinėta pacientų ir gydytojų nuomonė apie pacientų teises ir jų pasitenkinimą sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis<sup>390</sup>.

Darbe<sup>391</sup> apklausos būdu gyventojų buvo teiraujamosi, ar jie susipažinę su Lietuvos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme numatytais

<sup>390</sup> Respondentai – per trejus pastaruosius metus pirminės sveikatos priežiūros įstaigose lankęsi ir ligoninėse gulėję gyventojai ir tų įstaigų gydytojai.

dešimčia pacientų teisių. Didžioji dauguma Lietuvos gyventojų žino šias paciento teises: teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą (79%); teisę į sveikatos priežiūros prieinamumą (75%); teisę pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą, ir sveikatos priežiūros įstaigą (74%); teisę skųstis (70%). Šiek tiek mažiau apklaustųjų nurodė žinantys: teisę į žalos atlyginimą (64%); teisę į informacijos apie savo sveikatos būklę konfidencialumą (63%); teisę į informaciją apie gydymo įstaigą, gydytoją bei savo sveikatos būklę (60%). Mažiausiai žinomos pacientų teisės: teisė rinktis diagnostikos bei gydymo metodikas (41%); teisė nežinoti informacijos apie savo sveikatos būklę (37%); teisė pasirinkti, ar dalyvauti mokymo procese ir biomediciniuose tyrimuose (31%) (3 pav.). Pastebima tendencija – apie daugelį Lietuvos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme deklaruojamų teisių daugiau žinančių žmonių yra tarp vidutinio amžiaus (30–49 metų,  $p < 0,05$ ), didžiausias vidutines mėnesines šeimos pajamas gaunančių (2801 Lt ir daugiau,  $p < 0,05$ ) bei didmiesčių ( $p < 0,05$ ) gyventojų. Svarbiausi ir dažniausiai gyventojų minimi informacijos apie sveikatos apsaugą ir paciento teises šaltiniai yra televizija, šeimos gydytojas ir spauda.

Daugiau nei pusė (59%) per trejus pastaruosius metus pirminės sveikatos priežiūros įstaigose apsilankiusių Lietuvos gyventojų teigė, kad gydytojai juos pakankamai informuodavo apie jų sveikatos būklę. Šiek tiek daugiau nei kas trečio paciento (36%) nuomone, apie sveikatos būklę jie būdavo informuojami, tačiau nepakankamai. 3% pacientų nurodė esą šiuo klausimu gydytojas jų neinformavo visiškai.

Analogiškai pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pacientai atsiliepė ir apie iš jų gydytojų gautą informaciją dėl ligos diagnozės bei atliktų tyrimų rezultatų. Pacientų manymu, mažiau nei apie sveikatos būklę, ligos diagnozę ir tyrimų rezultatus jie būdavo informuojami apie kitus galimus gydymo metodus bei ligos gydymo prognozę. Kas trečias per trejus pastaruosius metus pirminės sveikatos priežiūros įstaigose lankęsis gyventojas mano, kad jis buvo pakankamai informuojamas apie kitus galimus gydymo metodus. Beveik tiek pat pacientų (36%) teigė, kad gydytojas informuodavo šiuo klausimu, tačiau nepakankamai. Tuo tarpu kas penktas pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pacientas (21%) mano, kad jis apie galimus kitus gydymo būdus nebuvo informuojamas visiškai. 44% per tris pastaruosius metus pirminės sveikatos priežiūros įstaigose apsilankiusių pacientų teigė, kad gydytojas juos pakankamai informuodavo apie ligos gydymo prognozę (eigą, rezultatus). Beveik keturiems iš dešimties pacientų (37%) atrodo, kad jų gydytojas šiuo klausimu informuodavo, tačiau nepakankamai. Šiek tiek daugiau nei dešimtadalis pacientų (12%) nuomone, gydytojas jų visiškai neinformuodavo apie ligos gydymo prognozę.

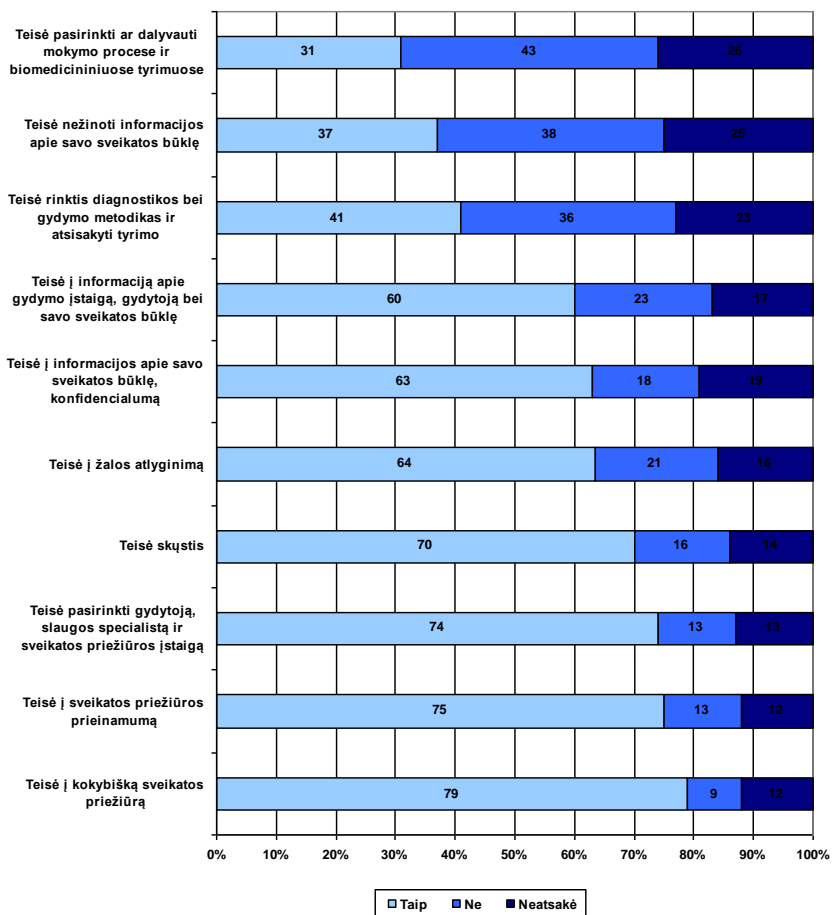
---

<sup>391</sup> Jankauskienė D., Ališauskienė R., Navickienė R., Vaitkevičienė R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas. Visuomenės sveikata 2008; 3(42): 15–24.



*Klausimas:*

*Pagal „Lietuvos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą“ pacientai turi įvairias teises. Ar jūs žinote apie šias pacientų teises ?*



**3 paveikslas. Respondentų atsakymų apie paciento teisių žinojimo lygį vertinimas (procentais)**

Keturi iš dešimties per pastaruosius trejus metus pirminės sveikatos priežiūros įstaigose lankęsi pacientai mano, kad informacijos apie pacientą konfidencialumas būdavo užtikrinamas tik iš dalies. Penktadalio šių įstaigų pacientų nuomone, informacijos konfidencialumas būdavo visiškai užtikrinamas. Kas dešimtas

pacientas linkęs manyti, kad informacijos konfidencialumas visiškai neužtikrinamas. 26% respondentų šiuo klausimu neturėjo nuomonės.

57% pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pacientų mano, kad jų santykiai su gydančiu šeimos gydytoju yra paremti bendradarbiavimu. Daugiau nei pusė ligoninių pacientų mano, kad apie jų sveikatos būklę (57%), ligos diagnozę (58%) ir atliktų tyrimų rezultatus (59%) gydytojai juos informuodavo pakankamai. Tuo tarpu šiek tiek daugiau nei kas trečias, ligoninėse besigydęs respondentas teigė, jog apie jų sveikatos būklę (38%), ligos diagnozę (40%) ir atliktų tyrimų rezultatus (34%) jis buvo informuojamas, tačiau nepakankamai. Vėlgi, mažiau nei apie sveikatos būklę, ligos diagnozę ir tyrimų rezultatus ligoninių pacientai būdavo informuojami apie kitus galimus gydymo metodus bei ligos gydymo prognozę. Kas trečias per pastaruosius trejus metus ligoninėse gydėsis 15–74 metų gyventojas mano, kad jis buvo pakankamai informuojamas apie kitus galimus gydymo metodus. 37% pacientų teigė, kad gydytojas informuodavo šiuo klausimu, tačiau nepakankamai. Tuo tarpu kas ketvirtas (24%) ligoninės pacientas mano, kad jis apie galimus kitus gydymo būdus nebuvo informuojamas visiškai. Kas antras (50%) gyventojas, per tris pastaruosius metus gydėsis ligoninėse teigė, kad gydytojas juos pakankamai informuodavo apie jo ligos gydymo prognozę (eigą, rezultatus). Keturiems iš dešimties pacientų (42%) atrodo, jog jų gydytojas šiuo klausimu informuodavo, tačiau nepakankamai. 6% ligoninėse besigydžiusiųjų nuomone, gydytojas jų visiškai neinformuodavo apie ligos gydymo prognozę. 36% per tris pastaruosius metus ligoninėse besigydžiusiųjų mano, kad informacijos apie pacientą konfidencialumas yra tik dalies užtikrinamas. Kas trečio (34%) šių įstaigų pacientų nuomone, informacijos konfidencialumas yra visiškai užtikrinamas. Kas dešimtas pacientas linkęs manyti, jog informacijos konfidencialumas visiškai neužtikrinamas. 20% respondentų šiuo klausimu neturėjo nuomonės.

Šiek tiek daugiau nei kas antras (54%) ligoninių pacientas mano, kad jų santykiai su gydančiais gydytojais buvo paremti bendradarbiavimu. Trečdalis (33%) per trejus pastaruosius metus ligoninėse besigydžiusių respondentų teigė, kad jų santykiai su gydytojais nebuvo paremti bendradarbiavimu.

Kas dešimtas 15–74 metų Lietuvos gyventojas mano, kad per pastaruosius trejus metus jam besigydant sveikatos priežiūros įstaigose buvo padarytos diagnostikos klaidos diagnozuojant jų ligą. 28% respondentų šiuo klausimu neturėjo nuomonės, o šeši iš dešimties teigė, kad klaidų padaryta nebuvo. Analogiška situacija yra su sveikatos priežiūros įstaigose padarytomis gydymo klaidomis. 9% apklaustų Lietuvos gyventojų mano, kad jiems besigydant buvo padarytos gydymo klaidos. Šešių iš dešimties respondentų teigimu, gydymo klaidų padaryta nebuvo. 31% respondentų šiuo klausimu neturėjo nuomonės.

Didžioji dauguma 15–74 metų Lietuvos gyventojų (65%) yra patenkinti tos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, kurioje jie yra prisirašę, veikla (greičiau patenkinti – 56%, visiškai patenkinti – 8%). 28% respondentų nėra patenkinti savo sveikatos priežiūros įstaigos paslaugomis. Savo šeimos gydytojo teikiamomis paslaugomis yra patenkinti dar daugiau – 71% apklaustų Lietuvos gyventojų (greičiau patenkinti – 56%, visiškai patenkinti – 15%). Tuo tarpu kas

penktas gyventojas nėra patenkintas šeimos gydytojų paslaugomis. Daugiau nei pusė 15–74 metų Lietuvos gyventojų (58%) iš esmės nėra patenkinti Lietuvos sveikatos priežiūros sistema bendrai (greičiau nepatenkinti – 42%, visiškai nepatenkinti –16%).

## Pacientų nuomonė pagal paciento socialines–demografines charakteristikas

2003 metų tyrimas suteikia galimybę panagrinėti socialinių–demografinių paciento charakteristikų įtaką jo nuomonei ir lūkesčiams.

100% aukščiausio ir vidutinio lygio vadovų ir namų šeimininkų nurodo, kad gydytojų dėmesys pacientui nepakito, bet kategoriškas išvadas daryti sunku, nes atsakinėjo ribotas respondentų skaičius. Pagerėjimą nurodo 34,5% specialistų ir tarnautojų, 26,4% smulkių verslininkų. Didžiausią pablogėjimą nurodo 17,1% pensininkų (1 lentelė)<sup>392</sup>.

*1 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal užsiėmimą vertinant gydytojų dėmesį pacientui (procentais)*

Užsiėmimas	<i>Per pastaruosius dvejus metus ligoninėje gydytojų dėmesys pacientui?</i>			
	Labai pagerėjo, pagerėjo	Nepakito	Pablogėjo	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	–	100	–	100,0
Specialistas, tarnautojas	34,5	59,1	6,4	100,0
Darbininkas, techninis darbuotojas	25,1	64,8	10,1	100,0
Smulkus verslininkas	26,4	73,6	–	100,0
Ūkininkas	12,4	87,6	–	100,0
Pensininkas	23,3	59,5	17,1	100,0
Bedarbis	23,4	72,3	4,3	100,0
Namų šeimininkė	–	100	–	100,0
Iš viso	23,3	65,8	10,9	100,0

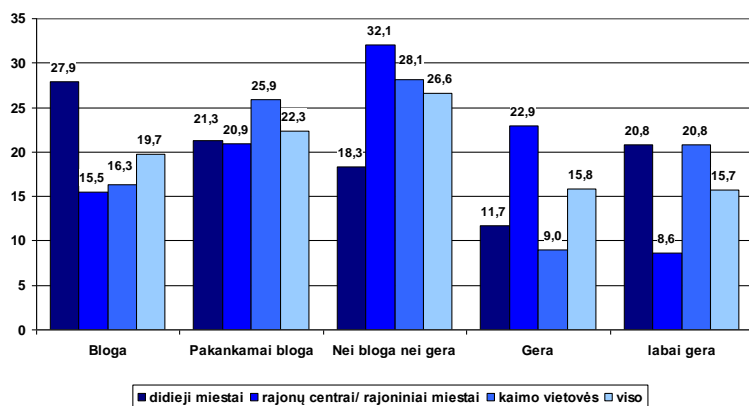
{ $r_s=0,102$   $p=0,000$ }

Lygindami, kaip visų darbe<sup>393</sup> nagrinėtų klausimų atsakymai skiriasi priklausomai nuo respondentų lyties, labai ryškių skirtumų, išskyrus kelis klausimus, neradome.

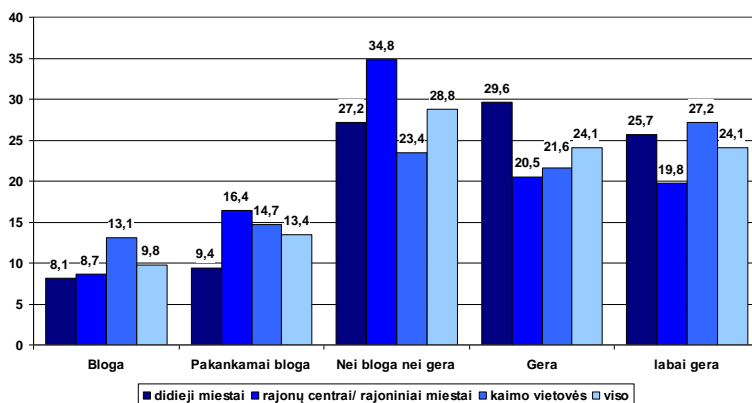
<sup>392</sup> Kairys J., Žebienė E., Gurevičius R., Zokas I. Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas Lietuvoje pacientų požiūriu. Visuomenės sveikata 2003; 2(21): 45–52.

<sup>393</sup> Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Paciento kai kurių lūkesčių skirtumai Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose/rajoniniuose miestuose ir kaimo vietovėse. Sveikatos mokslai 2003; 4: 77 – 83.

Į klausimą apie gydytojo pastangas įtraukti pacientą į sveikatos problemų sprendimą, neigiamai atsakė daugiau vyrų, o moterų, ypač iš didžiųjų miestų, nuomonė šiuo klausimu buvo gera ir labai gera (4 pav., 5 pav.).



4 paveikslas. Respondentų vyrų procentinis pasiskirstymas, atsakant į klausimą apie gydytojo pastangas įtraukti pacientą į sveikatos problemų sprendimą



5 paveikslas. Respondentų moterų procentinis pasiskirstymas, atsakant į klausimą apie gydytojo pastangas įtraukti pacientą į sveikatos problemų sprendimą

Dauguma respondentų sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina<sup>394</sup> patenkinamai – 53,9%. 39,1% apklaustųjų sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina gerai ir tik 4,6% – blogai (2 lentelė).

<sup>394</sup> Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje. Sveikatos mokslai 2003; 7: 88–94.

**2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimą, atsakant į klausimą apie dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbo įvertinimą (procentais)**

Užsiėmimas	<i>Kaip jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą?</i>				
	Labai gerai	Gerai	Patenkinamai	Blogai	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	0,0	16,7	73,8	9,5	100,0
Specialistas, tarnautojas	1,2	52,0	42,1	4,6	100,0
Darbininkas, techninis darbuotojas	3,2	39,6	53,3	3,7	100,0
Verslininkas	6,9	27,6	65,5	0,0	100,0
Pensininkas	2,4	27,4	60,2	10,0	100,0
Bedarbis	10,0	35,6	44,4	10,0	100,0
Studentas, moksleivis	2,2	56,5	39,1	2,2	100,0
Namų šeimininkė	4,9	48,7	43,1	3,4	100,0
Kiti	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Iš viso:	2,5	39,1	53,9	4,6	100,0

{ $r_s = 0,147$ ;  $p = 0,017$ }

**3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimą, atsakant į klausimą ar norėtų keisti šeimos gydytoją (procentais)**

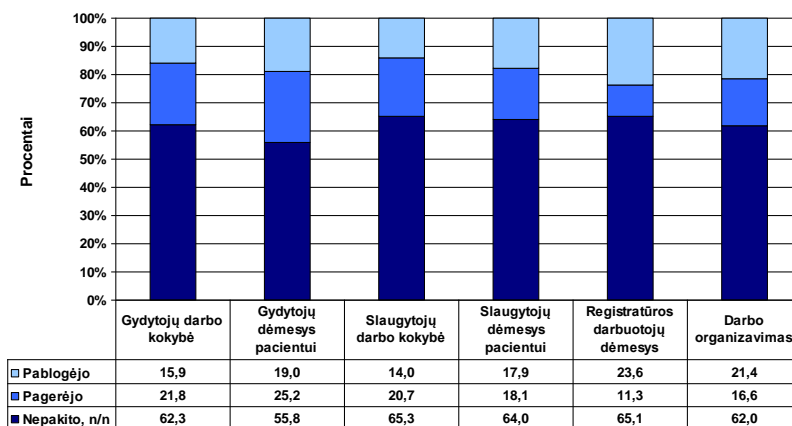
Užsiėmimas	<i>Ar Jūs norėtumėte keisti/keitėte per pastaruosius 2 metus šeimos gydytoją?</i>			
	Taip	Ne	Sunku pasakyti/ neprisimenu	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	26,2	73,8	0,0	100,0
Specialistas, tarnautojas	16,5	80,2	3,2	100,0
Darbininkas, techninis darbuotojas	2,2	93,3	4,5	100,0
Verslininkas	0	93,1	6,9	100,0
Pensininkas	5,2	92,5	2,3	100,0
Bedarbis		91,1	8,9	100,0
Studentas, moksleivis	13,0	80,4	6,5	100,0
Namų šeimininkė	0,7	60,7	38,6	100,0
Kiti	0,0	100,0	0,0	100,0
Iš viso:	7,6	82,8	9,6	100,0

{ $r_s = 0,327$ ;  $p = 0,016$ }

**4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lankymąsi sveikatos priežiūros įstaigose**

Respondentui teko lankytis	n	Proc.
Tik poliklinikoje	466	46,5±1,57
Poliklinikoje ir ligoninėje	240	23,9±1,35
Poliklinikoje ir pas privatų gydytoją	179	17,8±1,21
Tik pas privatų gydytoją	71	7,1±0,81
Poliklinikoje, ligoninėje ir pas privatų gydytoją	47	4,7±0,67
Respondentų skaičius	1003	100
Respondentai lankėsi:		
poliklinikoje	932	92,9±0,81
ligoninėje	287	28,6±1,43
pas privatų gydytoją	297	29,6±1,44

82,8% respondentų pažymėjo, kad nenorėtų keisti šeimos gydytojo. Ypač pritaria šiam teiginiui darbininkai ir techniniai darbuotojai – 93,9%, verslininkai – 93,1%, pensininkai – 92,5% (3 lentelė). Pacientai dažniausiai lankosi poliklinikose (4 lentelė). 40% respondentų neigiamai vertina poliklinikų suskirstymą į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas ir konsultacines poliklinikas<sup>395</sup>.

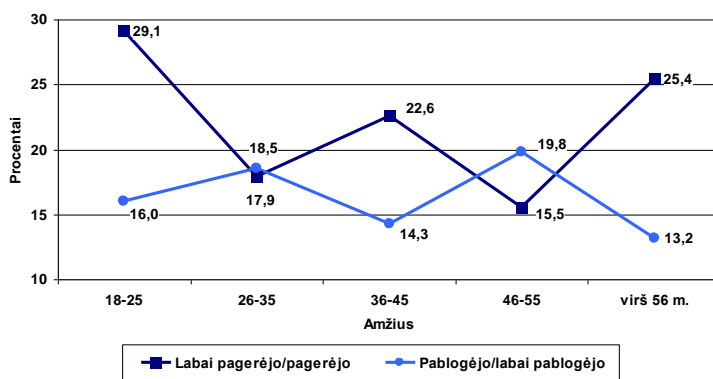
**6 paveikslas. Respondentų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo pasiskirstymas (procentais)**

Pacientai vertina ir nuomonę apie įstaigą susidaro dažniausiai pagal paslaugos laukimo laiką, tyrimų, procedūrų laukimo laiką, gydytojų ir slaugos darbuotojų

<sup>395</sup> Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų socialinę ir ekonominę padėtį. Sveikatos mokslai 2004; 1: 78–84.

dėmesį pacientui, slaugos paslaugų organizavimą. Daugumos respondentų (56–65%) nuomone, per pastaruosius dvejus metus poliklinikos gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų darbo kokybė, dėmesys pacientams, darbo organizavimas nepakito (6 pav.). Mūsų atliktame tyrime privačiai dirbančių gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų darbo kokybė, jų dėmesys pacientams, darbo organizavimas privačiose įstaigose nenagrinėti.

Jaunesni ir vyresni respondentai gydytojų darbo kokybę vertina geriau (7 pav.). Tai yra subjektyvi pacientų nuomonė. Iš 18–25 metų amžiaus grupės respondentų net 29,1% nurodo, kad gydytojų darbo kokybė labai pagerėjo. Tarp 56 ir daugiau metų sulaukusių respondentų tokių atsakymų yra 25,4%. Kitose amžiaus grupėse vertinimai yra skirtingi.  $r_s=0,002$   $p=0,958$ .



**7 paveikslas. Gydytojų darbo kokybės įvertinimas per pastaruosius du metus priklausomai nuo paciento amžiaus (procentais)**

Nustatyti skirtumai tarp vyrų bei moterų, dalyvavusių tyrime<sup>396</sup>, nuomonių visose trijose lūkesčių grupėse: emocinės paramos, bendravimo ir bendradarbiavimo. Pastebėta, kad moterų lūkesčių vidurkiai visuose trijuose faktoriuose buvo aukštesni, tačiau negauta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp pacientų lūkesčių lyginant vyrų ir moterų grupes.

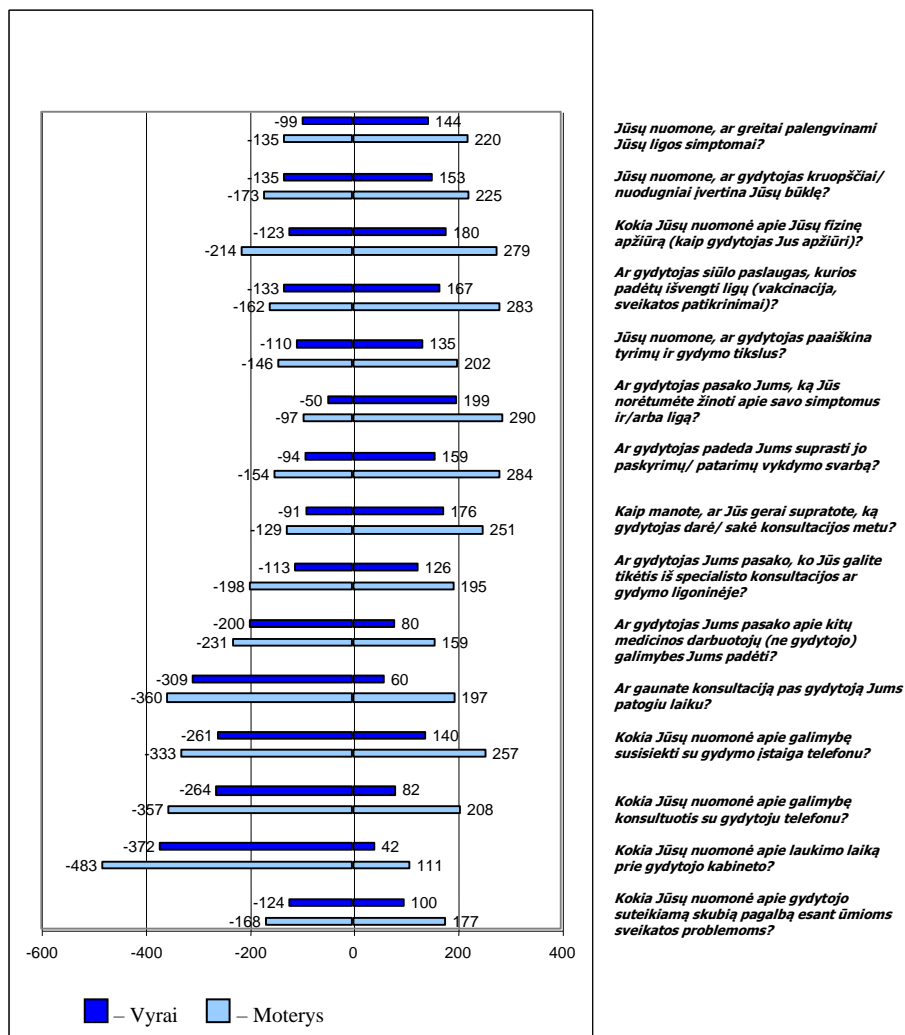
Pacientų lūkesčių priklausomybė nuo paciento amžiaus buvo tiriama suskirsčius pacientus į šias amžiaus grupes: iki 25 metų, 26–35 metai, 36–45 metai, 46–55 metai, virš 56 metų. Analizuojant emocinės paramos lūkesčius, pastebėta tendencija, kad su pacientų amžiumi didėja emocinės paramos poreikis.

Respondentų nuomonės apie gydytojo suteikiamą skubią pagalbą išsiskiria beveik po lygiai – 277 vertinančių teigiamai ir 292 vertinančių neigiamai (8 pav.)<sup>397</sup>. Laukimo laikas prie gydytojo kabineto yra vertinamas neigiamai – 855 balai, teigiamai vertinama

<sup>396</sup> Žebienė E., Kairys J., Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Medicina* 2004; 40(5): 467–474.

<sup>397</sup> Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Bendrosios praktikos gydytojo profesionalumo ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos darbo vertinimas paciento požiūriu. *Visuomenės sveikata* 2004; 1: 49–53.

tik 153 balais. Neigiamas vertinamas vyrauja klausiant apie galimybę konsultuotis su gydytoju telefonu, apie galimybę susisiekti su gydymo įstaiga telefonu, apie konsultaciją pas gydytoją patogiu laiku (atitinkamai: 621 balas, 594 balai ir 669 balai) (8 pav.).



**8 paveikslas. Bendrosios praktikos gydytojo profesionalumo ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos darbo įvertinimas balais.**



Gydytojo atliekamos fizinės apžiūros kokybe labiausiai nepatenkinti 30–39 metų respondentai (44,1%), o teigiamai ją vertina 40–49 metų respondentai (54,8%) (5 lentelė).

**5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą apie gydytojo atliekamą fizinę apžiūrą (standartizuota pagal amžių, procentais)**

Koduotas amžius	<i>Kokia Jūsų nuomonė apie Jūsų fizinę apžiūrą (kaip gydytojas Jus apžiūri)?</i>					
	Labai bloga	Bloga	Patenkinama	Gera	Labai gera	Iš viso
18–29m	9,2	23,6	21,8	30,3	15,2	100,0
30–39m	26,8	17,3	15,9	28,3	11,6	100,0
40–49m	12,3	25,4	7,6	32,2	22,6	100,0
50–59m	14,4	10,4	17,6	41,6	16,0	100,0
60m ir daugiau	17,0	15,6	13,3	27,4	26,7	100,0
Viso	16,2	18,6	14,9	31,8	18,6	100,0

{ $p=0,038$ }

Taip pat didžiausias procentas 30–39 metų respondentų (47,5%) neigiamai atsako į klausimą, ar gydytojas paaiškina tyrimų ir gydymo tikslus. Teigiamai į šį klausimą atsako daugiausiai 40–49 metų respondentai (48,3%) (6 lentelė).

**6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą ar gydytojas paaiškina tyrimų ir gydymo tikslus (standartizuota pagal amžių, procentais)**

Koduotas amžius	<i>Jūsų nuomone, ar gydytojas paaiškina tyrimų ir gydymo tikslus?</i>					
	Ne	Nelabai	Nei taip nei ne	Labiau taip nei ne	Taip	Iš viso
18–29m	5,1	32,2	16,1	36,4	10,1	100,0
30–39m	13,0	34,5	31,6	15,8	5,0	100,0
40–49m	6,9	18,0	26,9	20,0	28,3	100,0
50–59m	5,8	19,8	43,0	23,1	8,2	100,0
60m ir daugiau	5,4	17,5	35,2	28,2	13,7	100,0
Viso	7,4	24,3	30,6	24,3	13,4	100,0

{ $p=0,038$ }

Iš visų amžiaus grupių daugiausia 30–39 metų respondentų (30,2%) teigia, kad gydytojas nepaaiškina arba prastai paaiškina apie simptomus arba ligą, 40–49 metų ir 60 metų ir daugiau respondentai gydytojų darbą šiuo klausimu vertina teigiamai (atitinkamai 58,4 ir 61,9%) (7 lentelė).

**7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, atsakant į klausimą ar gydytojas paaikšina simptomus arba ligą (standartizuota pagal amžių, procentais)**

Koduotas amžius	<i>Ar gydytojas pasako Jums, ką Jūs norėtumėte žinoti apie savo simptomus ir/arba ligą?</i>					
	Ne	Nelabai	Nei taip nei ne	Labiau taip nei ne	Taip	Iš viso
18–29m	0,80	19,7	20,5	38,5	20,5	100,0
30–39m	3,6	26,6	25,9	23,1	20,8	100,0
40–49m	2,0	10,4	29,1	29,9	28,5	100,0
50–59m	4,1	17,1	33,3	30,1	15,5	100,0
60m ir daugiau	0,0	17,5	20,6	45,1	16,8	100,0
Viso	2,2	18,2	26,0	33,0	20,6	100,0

{ $p=0,038$ }

Tyrime<sup>398</sup> teigiamiausiai įvertinti dalykai buvo susieti su klinikiniais konsultacijos aspektais – “pasiūlymas paslaugų, kurios padėtų išvengti ligų” (50% teigiamų įvertinimų – geras ir labai geras prieš 31% neigiamų – blogas ir labai blogas), “ką jūs norėjote žinoti apie jūsų simptomus ir/ar ligą” (54% teigiamų prieš 20% neigiamų atsakymų), “fizinis patikrinimas” (51% teigiamų prieš 35% neigiamų atsakymų). Labiausiai pacientai nepatenkinti tuo, kiek laiko jiems tenka pralaukti prie gydytojo kabineto laukiamajame (73% neigiamų atsakymų prieš 14% teigiamų). Pacientai taip pat kritiškai įvertino su organizaciniais sveikatos priežiūros paslaugų aspektais susijusius dalykus: “ne gydytojo, o kitų darbuotojų paslaugumą” (51% neigiamų atsakymų prieš teigiamus 25%), “paskyrimo kitam susitikimui gavimo aspektus” (62% neigiamų atsakymų prieš 24% teigiamus), “galimybę gauti patarimus telefonu” (52% neigiamų atsakymų prieš 37% teigiamų), “galimybę telefonu pasikalbėti su šeimos gydytoju” (57% neigiamų atsakymų prieš 28% teigiamų). Pacientai taip pat nebuvo patenkinti tarpasmeniniais ryšiais su gydytoju per konsultaciją: “susirūpinimą dėl paciento asmeninės situacijos” teigiamai įvertino tikrai 35% respondentų, o 46% tyrimo dalyvių nuomonė šiuo klausimu buvo neigiama. Taip pat ganėtinai neigiamai buvo įvertinti “galimybės lengvai gydytojui išsakyti savo asmenines problemas sudarymas” (44% neigiamų įvertinimų prieš 34% teigiamų), ir “parama padedanti pacientui susitvarkyti su emocinėmis problemomis” (45% neigiamų įvertinimų prieš 42% teigiamų). Pacientai labiau pasitikėjo gydytojo kantriu bendradarbiavimu per konsultaciją – “įsitraukimas į sprendimus apie sveikatos pagalbą” buvo teigiamai įvertintas 45% respondentų, neigiamai – 33% respondentų. Pacientai teigiamai vertina nuostatą dėl “paciento įrašų konfidencialumo” (46% teigiamų įvertinimų, 23% neigiamų).

Sudėtinis pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis įvertinimo rezultatas buvo apskaičiuotas įvertinus kiekvieno paciento visų anketos klausimų įvertinimus. Šis rezultatas keitėsi nuo 34 iki 106 balų, vidurkis – 64,5 balų.

<sup>398</sup> Jonas Kairys, Egle Zebiene, Virginijus Sapoka. Patient satisfaction with primary care services in Lithuania. The European Journal of General Practice. 2005;11(1): 31–32.

Pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis vidurkis tarp vyrų buvo 61,7 balų, tarp moterų – 66,3 balų. Jokie statistiškai reikšmingi pasitenkinimo skirtumai nebuvo surasti praktikos vietos (miestai, maži miestai, rajonų miestai (centrai)) ar praktikos tipo (privačios ar valstybei priklausančios įstaigos)<sup>399</sup> atžvilgiu.

Tyrimė<sup>400</sup> atrankinė grupė apėmė 176 gydytojus iš keturių šalių – Lietuvos, Slovėnijos, Serbijos ir Rusijos (Sankt Peterburgo sritis). Kiekvienoje šalyje turėjo būti užpildyta po 400 anketų, kurios reprezentuotų atitinkamo teritorinio vieneto gyventojus.

Paciento lytis ir amžius, taip pat kaip išsimokslinimas, pagal mūsų rezultatus, neturėjo jokios įtakos nuomonių tarp gydytojo ir paciento skirtumui. Pasirodo, kad statistiškai reikšmingam skirtumui tarp paciento ir gydytojo nuomonių atsirasti yra svarbus laikas, prieš kurį pacientas paskutinį kartą buvo konsultavęsis su bendrosios praktikos gydytoju. Didžiausi skirtumai tarp paciento ir gydytojo nuomonių užfiksuoti Lietuvoje, mažesni skirtumai buvo Slovėnijoje ir Serbijoje, mažiausi – Rusijoje.

Praktikos tipo atžvilgiu (privačios ar priklausančios valstybei) skirtumų tarp gydytojo ir pacientų nuomonių analizė parodė, kad privačioje praktikoje šių skirtumų buvo mažiau ir pasitikėjimo, ir biomediciniame lygmenyse. Gydytojais savo pareigų atlikimą įvertino aukščiau negu pacientai.

2007 metais gyventojų nuostatos dėl sveikatos priežiūros paslaugų vertintos Šeškinės poliklinikoje.

Šeškinės poliklinikos tyrimė<sup>401</sup> dauguma respondentų sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina gerai (47,7%) arba patenkinamai (38,7%). Sveikatos priežiūros įstaigų darbą teigiamai vertina respondentai, kurių šeimos nariams tenka po 501–1000 Lt pajamų per mėnesį (gerai – 38,1%, patenkinamai – 57%) ir, kurių šeimos nariams tenka po 1001–1500 Lt (gerai – 90%, patenkinamai – 9,4%). 7,3% respondentų, kurių šeimos nariams tenka po 1501–2000 Lt, atsakė, kad sveikatos priežiūros įstaigos dirba labai gerai. Blogai sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina tik 5,1% respondentų (8 lentelė).

72,2% respondentų nurodo, kad poliklinikoje susiduria su eilių problema. 44,9% respondentų atsakė, kad patekti pas specialistus nėra sunku. Teigiamiausiai patekimą pas specialistus vertina respondentai, kurių vienam šeimos nariui tenka 1001–1500 Lt pajamų per mėnesį (78,3%) ir, kurių vienam šeimos nariui tenka 1501–2000 Lt (93%).

---

<sup>399</sup> Jonas Kairys, Egle Zebiene, Virginijus Sapoka. Patient satisfaction with primary care services in Lithuania. *The European Journal of General Practice*. 2005;11(1): 31–32.

<sup>400</sup> Žebienė E., Švab I., Šapoka V., Kairys J., Dotsenko M., Radič S., Miholič M. Agreement in patient–physician communication in primary care: A study from Central and Eastern Europe. *Patient Education and Counseling* 2008; 73:246–250.

<sup>401</sup> Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje priklausomai nuo socialinės – ekonominės paciento padėties. *Sveikatos mokslai* 2007; 3: 968–974.

**8 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas vienam ūkio nariui per mėnesį, atsakant į klausimą kaip yra vertinamas dabartinis sveikatos priežiūros įstaigų darbas (procentais)

Pajamos	<i>Kaip Jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą?</i>					
	Labai gerai	gerai	Patenkinamai	Blogai	N/N	Iš viso
iki 500 Lt.	0,3	49,3	31,0	8,1	12,2	100,0
501–1000 Lt.	0,2	38,1	57,0	4,3	0,4	100,0
1001–1500 Lt.	0,6	90,0	9,4	0,0	0,0	100,0
1501 – 2000 Lt.	77,3	20,3	0,8	1,6	0,0	100,0
Virš 2000 Lt.	0,0	0,0	62,5	37,5	0,0	100,0
Viso	4,1	47,7	38,7	5,1	4,4	100,0

{ $r_s = -0,282$ ;  $p = 0,019$ }

Blogiausiai patekimą pas specialistus vertina respondentai, kurie yra asmenų gaunančių virš 2000 Lt pajamų per mėnesį vienam šeimos nariui grupėje (75%) (9 lentelė).

**9 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas vienam ūkio nariui per mėnesį, atsakant į klausimą ar susiduriama su patekimo pas specialistą poliklinikoje problema (procentais)

Pajamos	<i>Ar susiduriate su problemomis poliklinikoje? (Sunku patekti pas specialistus)</i>				
	Taip	Ne	Sunku pasakyti	N/N	Iš viso
iki 500 Lt.	33,5	43,0	23,4	0,0	100,0
501–1000 Lt.	60,0	39,1	0,6	0,3	100,0
1001–1500 Lt.	17,8	78,3	2,2	1,7	100,0
1501 – 2000 Lt.	7,0	93,0	0,0	0,0	100,0
Virš 2000 Lt.	75,0	25,0	0,0	0,0	100,0
Viso	41,8	44,9	13,1	0,2	100,0

{ $r_s = -0,007$ ;  $p = 0,022$ }

Respondentai poliklinikoje susiduria ir su kitomis problemomis. Asmenys, kurių pajamos yra iki 500 Lt vienam šeimos nariui, nurodo, kad pagrindinė problema yra tai, kad neduodamas ambulatorinės paciento kortelės į rankas (20,8%). Uždirbantieji virš 2000 Lt vienam ūkio nariui nurodo, kad problema yra nemandagumas, grubumas ir priekabiavimas iš personalo pusės (37,5%).

Dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą teigiamiausiai vertina namų šeimininkės (81%), darbininkai, techniniai darbuotojai (60,5%), aukščiausio, vidutinio lygio vadovai (54,1%). Blogai sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina bedarbiai (53,6%) (10 lentelė).

**10 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimą, atsakant į klausimą kaip yra vertinamas dabartinis sveikatos priežiūros įstaigų darbas (procentais)**

Užsiėmimas	<i>Kaip Jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą?</i>					
	Labai gerai	Gerai	Tenkinamai	Blogai	N/N	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	0,0	54,1	38,5	7,4	0,0	100,0
Specialistas, tarnautojas	0,4	29,8	64,7	4,9	0,1	100,0
Darbininkas, techninis darbuotojas	0,5	60,0	34,5	4,3	0,7	100,0
Verslininkas	0,0	36,0	44,2	19,8	0,0	100,0
Pensininkas	0,0	46,7	38,3	15,0	0,0	100,0
Bedarbis	0,0	10,7	35,7	53,6	0,0	100,0
Studentas, moksleivis	0,0	20,0	66,7	6,7	6,7	100,0
Namų šeimininkė	0,0	81,0	7,8	8,5	2,6	100,0
Viso	4,1	47,7	38,7	5,1	4,4	100,0

{ $r_s = -0,179$ ;  $p=0,021$ }

Bedarbiai (100%), namų šeimininkės (90,2%), studentai, moksleiviai (86,7%), verslininkai (80,2%) nurodo, kad poliklinikoje susiduriama su eilių problema. Kai kurie aukščiausio, vidutinio lygio vadovai (40,5%), pensininkai (25,2%), specialistai, tarnautojai (23,9%) nurodo, kad eilių problemos nėra (11 lentelė).

**11 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimą, atsakant į klausimą ar susiduriama su eilių problema poliklinikoje (procentais)**

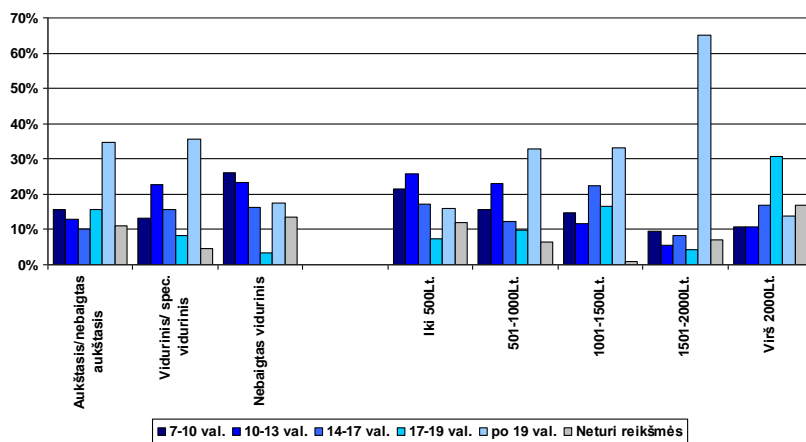
Pajamos	<i>Ar susiduriate su problemomis poliklinikoje? (Sunku patekti pas specialistus)</i>			
	Taip	Ne	Sunku pasakyti	Iš viso
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	57,4	40,5	2,0	100,0
Specialistas, tarnautojas	75,3	23,9	0,7	100,0
Darbininkas, techninis darbuotojas	66,9	14,1	19,0	100,0
Verslininkas	80,2	19,8	0,0	100,0
Pensininkas	74,8	25,2	0,0	100,0
Bedarbis	100,0	0,0	0,0	100,0
Studentas, moksleivis	86,7	13,3	0,0	100,0
Namų šeimininkė	90,2	7,2	2,6	100,0
Viso	72,2	19,1	8,7	100,0

{ $r_s = 0,005$ ;  $p=0,02$ }

34,8% darbininkų, techninių darbuotojų ir 15,7% specialistų, tarnautojų nepatinka tvarka, kad ambulatorinės paciento kortelės neduodamos į rankas.

Darbe, kuris irgi buvo atliktas Šeškinės poliklinikoje, dauguma respondentų per pastaruosius metus lankėsi sveikatos priežiūros įstaigose.

Dažniausiai pacientų minimas pageidautinas vizito pas gydytoją laikas – po 19 valandos, ypač aktyviai šiuo laiku norėtų lankytis pacientai, uždirbantys 1501–2000 litų per mėnesį (65%). Rečiausiai pacientai gydymo įstaigoje lankytusi tarp 14 ir 19 valandos. Pacientai uždirbantys daugiau nei 2000 litų dažniausiai lankytusi tarp 17 ir 19 valandos (30,8%) (9 paveikslas).

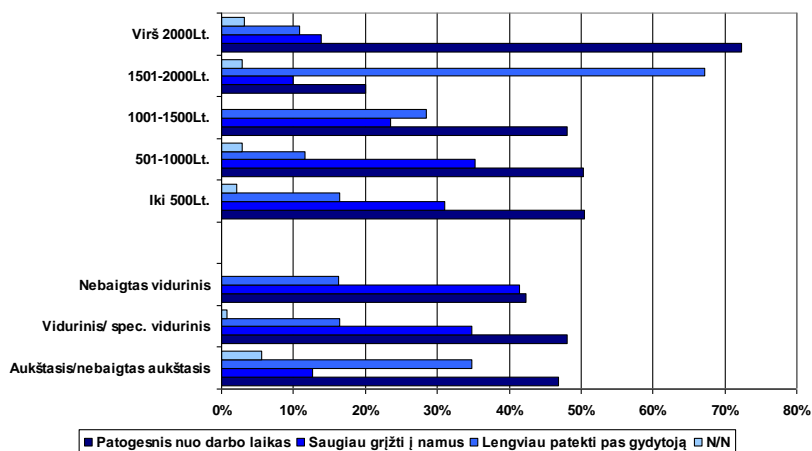


$r_s = -0,37$   $p=0,025^*$  ir  $r_s = 0,115$   $p=0,025^{**}$

**9 paveikslas. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą(\*) ir pajamas(\*\*), atsakant į klausimą, kuriuo laiku pacientai pageidauja apsilankyti pas gydytoją**

Paprastai lankymosi gydymo įstaigoje laiką pacientai pasirenka derindami jį su savo darbu. Tai ypač aktualu pacientams uždirbantiems virš 2000 litų (72,3%). Kita vertus, uždirbantys 1501–2000 litų per mėnesį ir turintys aukštąjį išsilavinimą pacientai (67,2%) teigia, kad lankymosi gydymo įstaigoje laiką lemia mažesnis tuo metu besilankančiųjų poliklinikoje skaičius (10 paveikslas).

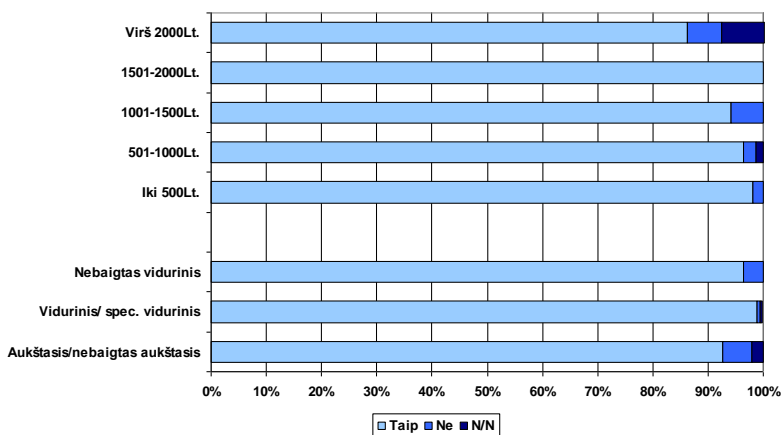
## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



$r_s = 0,071$   $p = 0,024^*$  ir  $r_s = -0,032$   $p = 0,026^{**}$

### 10 paveikslas. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą(\*\*) ir pajamas(\*), atsakant į klausimą apie apsilankymo konkrečiu laiku motyvaciją

Absoliuti dauguma respondentų į klausimą, ar tenkina poliklinikos darbo laikas atsakė, kad tenkina. Pacientai uždirbantys daugiau nei 2000 litų per mėnesį (90,8%) ir respondentai su aukštuoju išsilavinimu (92,6%) mažiau nei kiti yra patenkinti poliklinikos darbo laiku. Poliklinikos darbo laiku patenkinti visi pacientai uždirbantys 1501–2000 lt per mėnesį (100%) (11 paveikslas).



$r_s = 0,373$   $p = 0,018^*$  ir  $r_s = 0,326$   $p = 0,023^{**}$

### 11 paveikslas. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą(\*\*) ir pajamas(\*), atsakant į klausimą apie poliklinikos darbo laiką

Didžioji dauguma respondentų teigia, kad dažniausiai pas gydytoją lankosi tik atsiradus sveikatos problemoms, ypač akivaizdžiai tai nurodo respondentai uždirbantys daugiau nei 2000 litų per mėnesį (75,4%).

Siekiant išsiaiškinti Šeškinės poliklinikos respondentų nuomonę pagal užsiėmimą ir amžių, buvo atlikta kita tyrimo analizė<sup>402</sup>. Apie tai, kad registratūroje sugaišta nuo 5 iki 10 minučių nurodė 73,3% visų apklausoje dalyvavusių verslininkų, 50,7% aukščiausio, vidutinio lygio vadovų, ir 44,3% pensininkų. Ir tik 21,7% darbininkų nurodė, kad sugaišta nuo 5 iki 10 minučių. Registratūroje sugaištama laiką nuo 10 iki 30 minučių nurodė 46,7% specialistų, tarnautojų ir tik 5,2% verslininkų. Kad registratūroje sugaišta nuo 30 iki 60 minučių nurodė tik 18,2% bedarbių ir 15,1% namų šeimininkų. (12 lentelė).

**12 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal užsiėmimą, atsakant į klausimą apie sugaištamo laiko registratūroje, norint užsiregistruoti pas pageidaujamą gydytoją, trukmę (procentais)**

Pajamos	Ar susiduriate su problemomis poliklinikoje? (Sunku patekti pas specialistus)						
	iki 1 min.	1–5 min.	5–10 min.	10–30 min.	30–60 min.	Daugiau nei valandą	N/N
Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas	0,0	20,9	50,7	19,4	3,0	6,0	0,0
Specialistas, tarnautojas	2,5	14,2	31,2	46,7	4,0	1,1	0,4
Darbininkas	0,0	21,7	21,7	37,7	14,5	4,3	0,0
Verslininkas	3,5	15,7	73,3	5,2	2,3	0,0	0,0
Pensininkas	0,0	5,7	44,3	32,9	17,1	0,0	0,0
Bedarbis	0,0	.0	54,5	27,3	18,2	0,0	0,0
Studentas, moksleivis	2,9	26,5	29,4	32,4	5,9	2,9	0,0
Namų šeimininkė	0,0	15,1	39,5	30,3	15,1	0,0	0,0
Viso	1,8	15,1	40,4	34,5	6,9	1,2	0,1

{ $r_s = 0.727$ ;  $p = 0.016$ }

Atsakydami į klausimą apie sugaištamą laiką registratūroje, norint užsiregistruoti pas pageidaujamą gydytoją, virš 50% beveik visų užsiėmimų respondentų mano, kad palaukti tenka, bet nemano, kad per ilgai. Net 82,6% verslininkų nurodė, kad kartais tenka palaukti, tačiau nemano kad per ilgai, 17,4% verslininkų nurodė, kad laukti beveik netenka. Nuomonė, kad laukti beveik netenka gana panašiai pasiskirsto tarp specialistų, tarnautojų, darbininkų bei moksleivių, studentų – atitinkamai 8,3%,

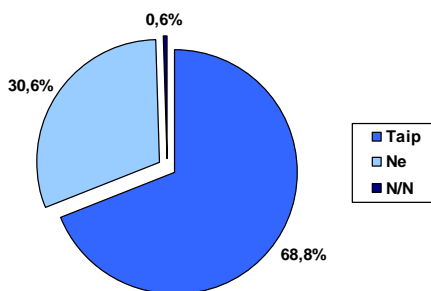
<sup>402</sup> Tylienė V., Kairys J., Žėbienė E., Tomkevičius V. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių. Sveikatos mokslai. 2008; 6: 2120–2126.



8,7%, 8,8%. 14,5% namų šeimininkų ir 10,0% pensininkų nurodo, kad laukti beveik netenka. 38,6% pensininkų ir 38,2% moksleivių, studentų nurodo, kad paprastai priversti laukti per ilgai. 18,2% bedarbių neturi nuomonės apie sugaištamą laiką.

Apie laukimo prie gydytojo kabineto laiką 38,8% aukščiausio, vidutinio lygio vadovų, 76,2% verslininkų, 65,7% pensininkų, 64,7% studentų, moksleivių teigė, kad tenka laukti iki 30 minučių. Kad tenka laukti iki 10 minučių, nurodė 41% specialistų, tarnautojų, 30,4% darbininkų, 29,9% aukščiausio, vidutinio lygio vadovų, 54,5% bedarbių.

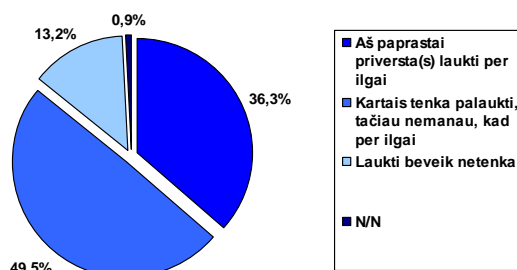
Atsakymų į šį klausimą pasiskirstymas pagal respondentų amžių: 15,4% respondentų iki 20 metų, 15,9% virš 60 metų, 26,7% 40–60 metų amžiaus respondentų, ir 39,8% 20–40 metų respondentų nurodė, kad laukia mažiau arba lygiai 10 minučių. Kad prie gydytojo kabineto tenka palaukti apie 30 minučių, nurodė net 52,4% 60 ir daugiau metų sulaukusių respondentų, 46,2% iki 20 metų respondentų ir 43,2% respondentų nuo 40 iki 60 metų. Kad tenka laukti apie 60 minučių nurodė 38,5% respondentų iki 20 metų ir 30,25% respondentų sulaukusių 60 ir daugiau metų. Tokie atsakymų rezultatai gali būti susiję ir su tuo, kad paprastai pacientai prie gydytojo kabineto ateina šiek tiek anksčiau priėmimo talone nurodyto laiko. Kad patenka pas gydytoją vizito lapelyje nurodytu laiku atsakė net 68,8% visų respondentų (12 paveikslas).



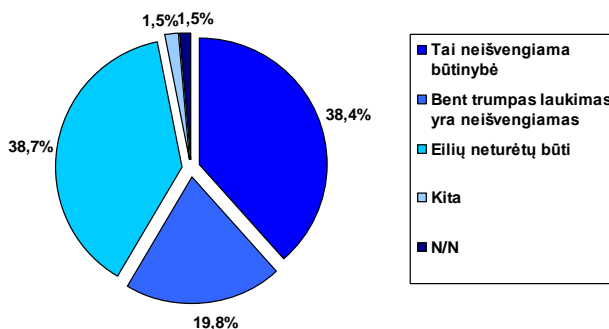
**12 paveikslas. Respondentų nuomonė apie patekimą pas gydytoją vizito lapelyje nurodytu laiku**

49,5% apklaustųjų mano, kad priėmimo prie gydytojo kabineto durų tenka palaukti, bet nemano, kad per ilgai. 13,2% atsakė, kad laukti prie gydytojo kabineto beveik netenka. 36,3% respondentų nurodė, kad prie gydytojo kabineto priversti laukti per ilgai (13 paveikslas).

Apskirtai respondentų nuomonė apie tai, kad gydymo įstaigoje eilėse tenka sugaišti laiką yra vertinama taip: 38,7% respondentų mano, kad eilių neturėtų būti; 38,4% mano, kad tai neišvengiama būtinybė ir 19,8% mano, kad bent trumpas laukimas yra neišvengiamas (14 paveikslas).



13 paveikslas. Respondentų nuomonė apie prie gydytojo kabineto sugaištamą laiką



14 paveikslas. Respondentų gydymo įstaigose eilėse sugaišamo laiko vertinimas

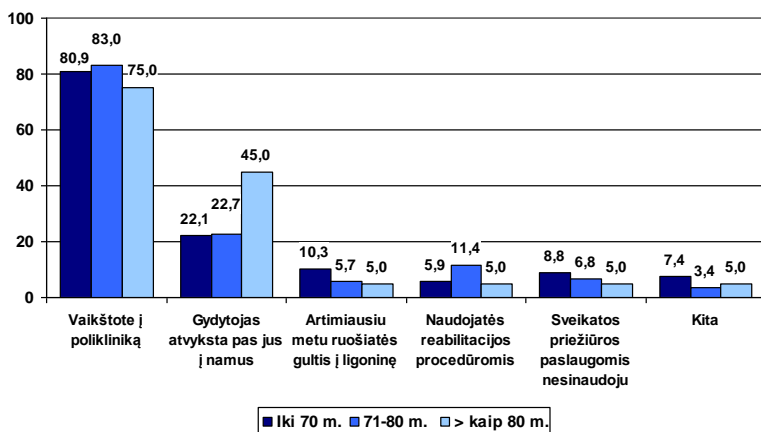
Vyresnio amžiaus žmonių tyrime<sup>403</sup> buvo rastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp respondentų amžiaus ir kreipimūsi į medicinos įstaigą skaičiaus per metus. Dauguma respondentų, kurių amžius mažesnis arba lygus 70 metų, kreipiasi į medicinos įstaigą vidutiniškai 2–4 kartus per metus, 71–80 metų respondentai – 5–10 kartų, o dauguma vyresnių kaip 80 metų apklaustųjų – 14–16 kartų per metus.

Remiantis gautais tyrimo rezultatais, galima teigti, kad kuo vyresni žmonės, tuo didesnis yra sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Išanalizavus tyrimo rezultatus paaiškėjo, kad daugiausia vyresnių kaip 80 metų (63,0%) respondentų bent vieną kartą per mėnesį lankosi pas bendrosios praktikos gydytoją.

Nagrinėjant, kokiomis sveikatos priežiūros paslaugomis šiuo metu naudojasi respondentai, dauguma 71–80 metų respondentų (81,3%) nurodė, kad vaikšto į polikliniką. Pas vyresnius nei 80 metų respondentus gydytojas dažniausiai (45,0%) atvyksta į namus (15 paveikslas).

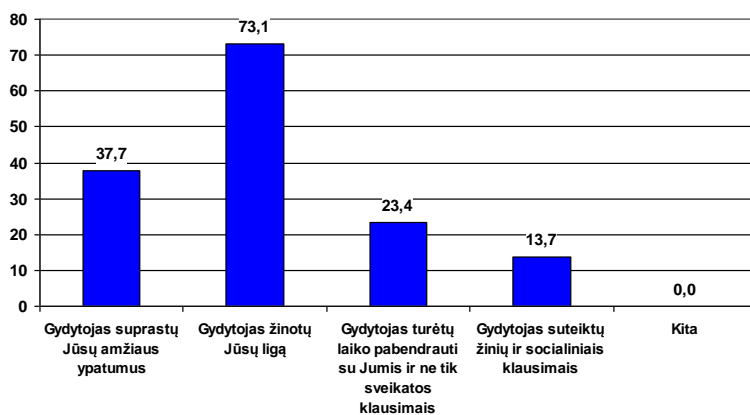
<sup>403</sup> Brogaitė J., Kairys J., Gaižauskienė A. Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos. Gerontologija 2007; 8(4): 230–235.

## Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje



### 15 paveikslas. Sveikatos priežiūros paslaugų pobūdis priklausomai nuo respondentų amžiaus

Respondentų buvo klausiama, kas jiems yra svarbiausia konsultuojantis su gydytoju. Dauguma (73,1%) respondentų nurodė – svarbiausia, kad gydytojas turėtų pakankamai žinių apie paciento ligą. Kitas pagal svarbumą prioritetas – konsultuojantis gydytojas turi suprasti vyresnio amžiaus ypatumus (37,7% respondentų) (16 paveikslas).



### 16 paveikslas. Vyresnio amžiaus respondentų keliami prioritetai gydytojui

Į klausimą, jeigu pablogėtų Jūsų sveikata, tačiau susirgimas nebūtų stiprus, kur norėtumėte gydytis, dauguma respondentų (45,1%), prioritetu pasirinko gulimąsi į

ligoninę, nes mano, jog ten būtų suteikta geresnė pagalba. Mažiausiai buvo respondentų (26,3%) norinčių gydytis savuose namuose, net jeigu pas jį į namus atvyktų gydytojas. Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų poreikis tarp vyresnio amžiaus žmonių išlieka pakankamai didelis.

Respondentai, kurie į medicinos įstaigą kreipiasi vidutiniškai iki 4 kartų per metus, nemano, kad gydytojai pas vyresnio amžiaus pacientus į namus turėtų vykti dažniau. Tačiau respondentai, kurie kreipiasi į medicinos įstaigą vidutiniškai nuo 5 iki 16 kartų per metus, mano, kad reikia dažnesnių gydytojų atvykimų pas vyresnio amžiaus pacientus į namus. Motyvacija – sunku laukti didelėse eilėse prie gydytojo kabineto durų (60,5% apklaustųjų) ir bloga vyresnio amžiaus žmonių sveikata, kurią reikėtų nuolat stebėti ir neapsunkinti vykimu į gydymo įstaigą (57% apklaustųjų).

Siekiant išsiaiškinti sveikatos priežiūros sistemos trūkumus, respondentų buvo klausama, ką sveikatos priežiūroje šiuo metu jie norėtų keisti. Svarbiausiuoju dalyku respondentai (37,6%) įvardijo, jų manymu, netinkamą bendrosios praktikos gydytojo funkciją. Jie norėtų, kad į visus sveikatos priežiūros specialistus galėtų kreiptis be bendrosios praktikos gydytojo siuntimo.

Antruoju prioritetu, ką sveikatos priežiūroje reikėtų keisti, respondentai (36,6%) išskyrė gydytojo ir paciento bendravimo pobūdį. Pacientai pageidautų daugiau dėmesio žmogui/pacientui, o ne dokumentų pildymui („išlaisvinti gydytoją nuo biurokratijos ir duoti jam bendrauti su ligoniais“). Tokią nuomonę išreiškė dauguma (60,0%) dažniausiai (vidutiniškai nuo 14 iki 16 kartų per metus) besikreipiančių į sveikatos priežiūros įstaigas respondentų. Taip pat šį prioritetą pasirinko dauguma tų respondentų (48,0%), kuriems konsultuojantis su gydytoju yra svarbiausia, kad gydytojas turėtų laiko pabendrauti su vyresnio amžiaus žmogumi jo sveikatos ir ne tik sveikatos (socialiniais, asmeniniais) klausimais.

Trečiasis respondentų įvardytas prioritetas – ekonominis. 34,4% respondentų nurodė, kad vaistų kainos yra per didelės ir per mažai vaistų pavadinimų yra kompensuojamųjų sąrašė. Be to, respondentų teigimu, yra daug brangių vaistų, kurie visiškai nekompensuojami arba kompensuojama tik maža dalis visos jų kainos.

Ketvirtasis respondentų išskirtas prioritetas (25,8%) – eilių mažinimas. Darbas sveikatos priežiūros įstaigose turėtų būti organizuojamas greičiau ir operatyviau, kad nebūtų tokių didelių eilių pas sveikatos priežiūros specialistus.

## **Pacientų nuomonė pagal jų gyvenamąją vietą**

Vertindami pacientų nuomonę apie gydytojų darbo kokybę ir lygindami pacientų iš skirtingų vietovių nuomones šiuo klausimu, esminių skirtumų nenustatėme<sup>404</sup>. Miesto, rajono centro, kaimo gyventojų nuomonė yra panaši – gydytojų darbo kokybės pagerėjimu džiaugėsi nuo 33,3% iki 38,6% respondentų, kad kokybė

---

<sup>404</sup> Kairys J., Žebienė E., Gurevičius R., Zokas I. Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas Lietuvoje pacientų požiūriu. Visuomenės sveikata 2003; 2(21): 45–52.

nepakito teigė nuo 55,7% iki 63,1%, kad pablogėjo – nuo 1,3% iki 5,7% respondentų (13 lentelė).

**13 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą vertinant gydytojų darbo kokybę (procentais)**

Gyvenamoji vieta	<i>Per pastaruosius dvejus metus ligoninėje gydytojų darbo kokybė</i>			
	Labai pagerėjo ir pagerėjo	Nepakito	Pablogėjo	Iš viso
Miestas	33,3	63,1	3,6	100,0
Rajono centras	37,5	61,2	1,3	100,0
Kaimas	38,6	55,7	5,7	100,0
Iš viso	36,4	60,1	3,5	100,0

{ $r_s = 0,054$   $p = 0,014$ }

Miestuose gyvenantys respondentai geriau vertina ligoninių medicinos seserų darbo kokybę – 72,0%. Rajonų centrų ir kaimų gyventojų nuomonė yra panaši. Jie nurodo, kad medicinos seserų darbo kokybė labai pagerėjo ir pagerėjo – nuo 58,0% iki 60,9%, nepakito – nuo 34,6% iki 37,8%, pablogėjo – nuo 1,3% iki 7,4%. Įdomu, kad kaimo gyventojai gydytojų ir medicinos seserų darbo kokybę vertina negatyviau – didesnis jų skaičius nurodo, kad darbo kokybė pablogėjo (14 lentelė).

**14 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą vertinant medicinos seserų darbo kokybę (procentais)**

Gyvenamoji vieta	<i>Per pastaruosius dvejus metus ligoninėje medicinos seserų darbo kokybė</i>			
	Labai pagerėjo ir pagerėjo	Nepakito	Pablogėjo	Iš viso
Miestas	72,0	25,7	2,3	100,0
Rajono centras	60,9	37,8	1,3	100,0
Kaimas	58,0	34,6	7,4	100,0
Iš viso	63,5	32,8	3,7	100,0

{ $r_s = 0,112$   $p = 0,000$ }

Miestų gyventojai, palyginti su rajonų centrų (6,4%) ir kaimų (7,2%) gyventojais, nurodo didesnę gydytojų dėmesio pablogėjimą (19,4%). Daugiau rajonų centrų gyventojų (28,5%), palyginti su miestų (23,8%) ir kaimų (18,0%) gyventojais, nurodo gydytojų dėmesio pagerėjimą (15 lentelė).

**15 lentelė. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą vertinant gydytojų dėmesį pacientui (procentais)**

Gyvenamoji vieta	<i>Per pastaruosius dvejus metus ligoninėje gydytojų dėmesys pacientui</i>			
	Labai pagerėjo, pagerėjo	Nepakito	Pablogėjo	Iš viso
Miestas	23,8	56,9	19,4	100,0
Rajono centras	28,5	65,1	6,4	100,0
Kaimas	18,0	74,8	7,2	100,0
Iš viso	23,3	65,8	10,9	100,0

{ $r_s = -0,05$   $p = 0,021$ }

Medicinos seserų dėmesio pacientams pagerėjimą teigiamai vertina 36,3% kaimo gyventojų, 29,0% rajonų centrų ir 31,7% miestų gyventojų.

Jeigu 100% būtų apmokėtos gydymo išlaidos, tik į privatų gydytoją arba greičiau į privatų gydytoją kreiptųsi daugiausiai miesto gyventojų (91,4%), mažiau – rajonų centrų (84,7%) ir kaimų (88,3%) gyventojų (16 lentelė).

**16 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą vertinant valstybinio ar privataus gydytojo pasirinkimą, jei ligonių kasa apmokėtų 100% gydymo išlaidų (procentais)**

Gyvenamoji vieta	<i>Jei ligonių kasa apmokėtų 100%, kokį gydytoją – valstybinį ar privatą – pasirinktumėte?</i>				
	Kreipčiausi tik į privatų gydytoją	Greičiau kreipčiausi į privatų gydytoją	Greičiau kreipčiausi į valstybinį gydytoją	Kreipčiausi į valstybinį gydytoją	Iš viso
Miestas	42,4	49,0	5,1	3,4	100,0
Rajono centras	51,3	33,4	14,0	1,2	100,0
Kaimas	57,3	31,0	10,9	0,9	100,0
Iš viso	50,0	38,5	9,6	1,9	100,0

{ $r_s = -0,118$   $p = 0,000$ }

Respondentai, į klausimą apie tai, ar pakankamai gydytojas domisi asmeninėmis paciento problemomis, atsakė įvairiai<sup>405</sup>. 44,2% didžiųjų miestų respondentų nuomonė apie tai yra bloga arba pakankamai bloga, 20,9% – nei bloga, nei gera, ir 34,9% – gera ir labai gera. Rajonų centrų ir rajoninių miestų gyventojai atsakė, kad, jų nuomone gydytojai blogai ir pakankamai blogai domisi asmeninėmis problemomis – 43,6%, gerai ir labai gerai domisi – 31,6%, nei blogai, nei gerai – 24,6%. Kaimo vietovių gyventojų nuomone, gydytojai blogai ir pakankamai blogai

<sup>405</sup> Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Paciento kai kurių lūkesčių skirtumai Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose/rajoniniuose miestuose ir kaimo vietovėse. Sveikatos mokslai 2003; 4: 77 – 83.

domisi asmeninėmis problemomis – 43,7%, gerai ir labai gerai domisi – 36,6%, nei blogai, nei gerai – 19,9% (17 lentelė).

**17 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, atsakant į klausimą ar gydytojas pakankamai domisi paciento asmeninėmis problemomis (procentais)**

Vietovė	<i>Jūsų nuomone, ar gydytojas pakankamai domisi Jūsų asmeninėmis problemomis?</i>					
	Bloga	Pakankamai bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera	Iš Viso
Didieji miestai	19,6	24,6	20,9	23,9	11,0	100,0
Rajonų centrai/ rajoniniai miestai	17,3	26,3	24,6	17,8	13,8	100,0
Kaimo vietovės	17,1	26,6	19,9	27,0	9,6	100,0

{ $r_s = -0,004$ ;  $p = 0,023$ }

Kaimo vietovių gyventojai teigiamiau vertino galimybę atvirai išsipasakoti gydytojui apie savo problemas. Gerai ir labai gerai tokią galimybę įvertino 45,7 proc. kaimo vietovių respondentų, blogai ir labai blogai – 36,7 proc., nei gerai, nei blogai – 17,6 proc. Didžiųjų miestų, rajonų centrų ir rajoninių miestų gyventojai teigė, kad tokia galimybė yra daugiau bloga negu gera (18 lentelė).

**18 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, atsakant į klausimą ar gydytojas sudaro galimybę atvirai išsipasakoti apie savo problemas (procentais)**

Vietovė	<i>Ar Jūsų nuomone, gydytojas sudaro Jums galimybę atvirai išsipasakoti apie savo problemas?</i>					
	Bloga	Pakankamai bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera	Iš Viso
Didieji miestai	14,7	34,7	18,0	19,8	12,7	100,0
Rajonų centrai/ rajoniniai miestai	15,3	24,2	30,4	16,4	13,7	100,0
Kaimo vietovės	17,0	19,7	17,6	28,1	17,6	100,0

{ $r_s = 0,033$ ;  $p = 0,023$ }

Respondentų nuomonė apie tai, ar gydytojas visada išklauso pacientą, yra gera: gerai ir labai gerai vertina 46,9% didžiųjų miestų, 52,5% rajonų centrų ir rajoninių miestų, 50,4% kaimo vietovių respondentų. Vertinančių blogai ir pakankamai blogai yra palyginti mažiau: 26,9% didžiųjų miestų, 23,7% rajonų centrų ir rajoninių miesto, 24,0% kaimo vietovių respondentų (19 lentelė).

**19 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, atsakant į klausimą ar gydytojas visada išklauso (procentais)**

Vietovė	<i>Jūsų nuomone, ar gydytojas Jus visada išklauso?</i>					
	Bloga	Pakankamai bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera	Iš viso
Didieji miestai	5,6	21,3	26,1	23,3	23,6	100,0
Rajonų centrai/ rajoniniai miestai	6,8	16,9	23,8	30,6	21,9	100,0
Kaimo vietovės	9,4	14,6	25,6	29,1	21,3	100,0

{ $r_s = 0,004$ ;  $p = 0,022$ }

Dauguma respondentų teigiamai vertina gydytojus, kai yra kalbama apie konfidencialios informacijos išsaugojimą. Labiau teigiamai ir teigiamai į šį klausimą atsako didžiųjų miestų, rajonų centrų/rajoninių miestų ir kaimo vietovių respondentai (atitinkamai: 46,5%, 47,2%, 48,1%).

Respondentai gana kritiškai žiūri į gydytojo pastangas padėti pacientui jaustis gerai ir būti veikliu. Kad gydytojais jiems padeda ir labai padeda šiuo aspektu atsakė 32,5% didžiųjų miestų gyventojų, 34,5% rajonų centrų ir rajoninių miestų gyventojų, 36,1% kaimo vietovių gyventojų. Trečdalis respondentų nurodo, kad gydytojais nepadeda jaustis gerai ir būti veikliais, o kitas trečdalis nurodo, kad kartais padeda.

51,1% didžiųjų miestų respondentų nurodo, kad gydytojais padeda spręsti emocines problemas, kurios yra susijusios su sveikatos būkle. Blogai ir pakankamai blogai tai vertina 39,7% respondentų, nei blogai, nei gerai – 9,1%. Rajonų centrų ir rajoninių miestų respondentų nuomonė yra kitokia: teigiamai šias gydytojų pastangas vertina tik 30,6% respondentų, blogai ir pakankamai blogai – 54,4%, nei blogai, nei gerai – 15,0%. 54,4% kaimo vietovių respondentų tokias pastangas vertina teigiamai, neigiamai – 32,4%, neutraliai – 13,2%. (20 lentelė).

**20 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, atsakant į klausimą ar gydytojas padeda spręsti emocines problemas susijusias su sveikatos būkle (procentais)**

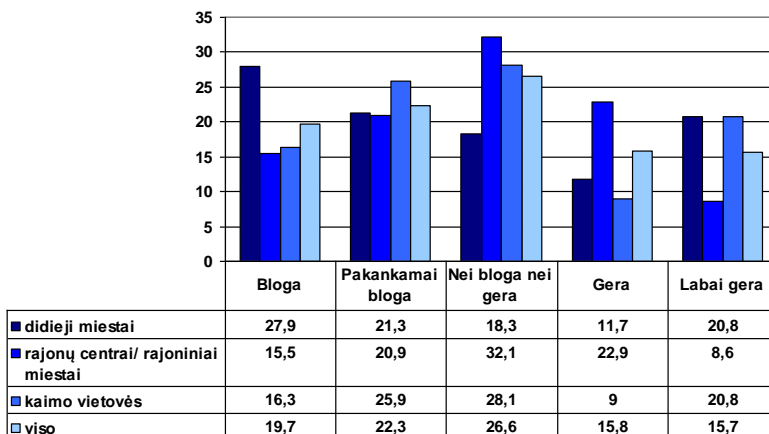
Vietovė	<i>Ar gydytojas padeda Jums spręsti emocines problemas, susijusias su Jūsų sveikatos būkle?</i>					
	Bloga	Pakankamai bloga	Nei bloga nei gera	Gera	Labai gera	Iš viso
Didieji miestai	29,0	10,7	9,1	27,4	23,7	100,0
Rajonų centrai/ rajoniniai miestai	41,5	12,9	15,0	23,3	7,3	100,0
Kaimo vietovės	18,0	14,4	13,2	30,5	23,9	100,0

{ $r_s = 0,004$ ;  $p = 0,023$ }

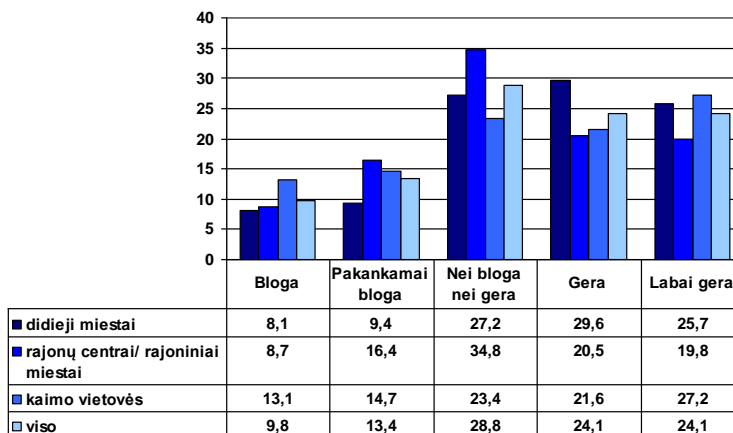


Gera ir labai gera yra pacientų nuomonė apie tai, kaip gydytojas padeda suprasti savo paskyrimų ir patarimų vykdymo svarbą. Teigiamai šį aspektą vertina 50,1% didžiųjų miestų respondentų, 37,1% rajonų centrų ir rajoninių miestų respondentų, 47,9% kaimo vietovių respondentų.

Į klausimą apie gydytojo pastangas įtraukti pacientą į sveikatos problemų sprendimą vyrai atsakė daugiausiai neigiamai, o moterų, ypač didžiųjų miestų gyventojų, nuomonė šiuo klausimu buvo gera ir labai gera (17 ir 18 paveiksłai).



17 paveiksłas. Respondentų vyrų procentinis pasiskirstymas, atsakant į klausimą apie gydytojo pastangas įtraukti pacientą į sveikatos problemų sprendimą



18 paveiksłas. Respondentų moterų procentinis pasiskirstymas, atsakant į klausimą apie gydytojo pastangas įtraukti pacientą į sveikatos problemų sprendimą

Dauguma miestų, rajonų centrų ir kaimų gyventojų ambulatoriškai gydosi poliklinikoje<sup>406</sup>. Tik 8,5 proc. miesto gyventojų yra kreipęsi pas privatų gydytoją (21 lentelė). Tačiau dauguma respondentų (70–85 proc.) palankiai vertina ir rinkęsi privačiai dirbantį pirminės sveikatos priežiūros gydytoją, jei ligonių kasos kompensuotų 70 ar 100 proc. gydymosi pas privačius gydytojus išlaidų.

**21 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą ir lankymąsi sveikatos priežiūros įstaigose (procentais)**

Respondentų gyvenamoji vieta	<i>Kokiose sveikatos priežiūros įstaigose Jums teko lankytis?</i>		
	Poliklinikoje	Pas privatų gydytoją	Iš viso (n)
Miestas	91,5	8,5	401
Rajono centras	93,3	6,7	285
Kaimas	94,3	5,7	317
Iš viso	92,9	7,1	1003

{ $r_s = -0,047$   $p = 0,14$ }

Dauguma respondentų (87,3%) galimybę atvykti į polikliniką – susisiekimą – vertina kaip patogų ir labai patogų (22 lentelė). 12,2% nurodė susisiekimą su poliklinika esant nepatogų. Mažas pajamas gaunantys rajonų centrų, kaimų ir miestelių gyventojai teigė, kad susisiekimas su poliklinika jiems yra nepatogus. Konstatuojama, kad geresnis susisiekimas su poliklinika yra miestuose nei rajonų centruose ir kaimuose.

**22 lentelė. Susisiekimą su poliklinika vertinimas pagal respondentų gyvenamąją vietą (procentais)**

Gyvenamoji vieta	<i>Ar šiuo metu Jums yra patogus (nepatogus) susisiekimas su Jūsų poliklinika?</i>			
	Labai patogus	Patogus	Nepatogus	Iš viso
Miestas	22,2	69,7	8,1	100
Rajono centras	12,8	73,8	13,5	100
Kaimas	11,2	72,4	16,3	100
Iš viso	16,1	71,2	12,2	100

{ $r_s = 0,154$   $p = 0,00$ }

Respondentai nurodė, kad ilgiausiai priėmimo pas gydytoją tenka laukti Panevėžio, Šiaulių miestų, kaimų ir rajonų gyventojams. Trumpiausios eilės – registratūroje ir prie procedūrinių/tyrimų kabinetų.

<sup>406</sup> Kairys J., Žebienė E., Rutkys B.A., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina* 2004; 40(2): 178–191.

Tik 24% miestų gyventojų ir 29–30% rajonų ir kaimo gyventojų nurodė, kad jiems, atliekant gydytojo paskirtus tyrimus bei procedūras laukti beveik neteko, o 22% visų respondentų ir 27% miesto gyventojų teigė, kad tyrimų ir procedūrų paprastai laukdavo per ilgai (23 lentelė).

**23 lentelė.** Sugaištamo laiko, atliekant gydytojo paskirtus tyrimus bei procedūras, vertinimas pagal respondentų gyvenamąją vietą (procentais)

Respondentų gyvenamoji vieta	<i>Ką Jūs manote apie sugaištamą laiką atliekant gydytojo paskirtus tyrimus bei procedūras?</i>			
	Aš paprastai priverstas laukti per ilgai	Kartais tenka palaukti, bet nemanau, kad tai trunka per ilgai	Laukti beveik netenka	Iš viso
Miestas	27,2	48,9	23,9	100,0
Rajono centras	21,4	44,9	33,7	100,0
Kaimas	16,4	53,3	30,3	100,0
Iš viso	22,1	49,2	28,7	100,0

{ $r_s=0,104$ ,  $p=0,001$ }

## Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas medikų požiūriu

### Medikų nuomonė pagal darbo vietos charakteristiką

Pasitenkinimo darbo sąlygomis analizė<sup>407</sup> parodė, kad 56,7% gydytojų buvo "patenkinti" ar "labai patenkinti" savo darbo sąlygomis. Respondentai, dirbantys miestuose ir regioniniuose miestuose, buvo labiau patenkinti darbo sąlygomis (atitinkamai 55,6% ir 60,5%) negu gydytojai, dirbantys kaimo vietovėse (51,6%).

Patentintų ar labai patentintų darbo sąlygomis daugiau buvo tarp gydytojų vyrų negu tarp gydytojų moterų (atitinkamai 59,5% ir 55,6%).

Respondentų pasiskirstymas pagal jų pasitenkinimą darbo sąlygomis ir praktikos tipą yra parodytas 24 lentelėje. Labiausiai patenkinti savo darbo sąlygomis buvo gydytojai, užsiimantys privačia pirmine sveikatos priežiūros praktika. Mažiau patenkinti buvo gydytojai dirbantys valstybei priklausančiose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose ir lignoninėse. Šie skirtumai yra statistiškai reikšmingi.

Įvertinę respondentų atsakymų apie organizacinius sveikatos priežiūros paslaugų aspektus rezultatus (24 lentelė), radome, kad 62% gydytojų buvo labai patenkinti ar patenkinti sveikatos priežiūros paslaugų organizavimu. Dirbantys miestuose (65,5%) ir regioniniuose centruose/miestuose (62,2%) gydytojai paslaugų organizavimu buvo

<sup>407</sup> Kairys J., Žebienė E., Šapoka V., Zokas I. Satisfaction with organizational aspects of health care provision among Lithuanian physicians. Central European Journal of Public Health 2008; 16(1): 29–33.

patenkinti labiau negu gydytojai, dirbantys kaimiškuose sveikatos priežiūros centruose (53,6%).

Dažniausiai tyrimo dalyviai akcentuodavo atlyginimų klausimą – 74,0% respondentų teigė, kad yra nepatenkinti ar labai nepatenkinti savo atlyginimu (24 lentelė). Nepasitenkinimą savo atlyginimu išreiškė: 75,8% miestuose dirbančių respondentų, 70,8% dirbančiųjų regioniniuose miestuose, 76,3%, dirbančiųjų kaimuose.

Būtinų klinikinių testų ir tyrimų tinkamumu patenkinti ar labai patenkinti buvo 47,9% miestuose dirbančių respondentų, 48,7% regioniniuose centruose/miestuose dirbančių respondentų, bet tikrai 7,2% dirbančių kaimiškose vietovėse gydytojų (24 lentelė).

Respondentų paprašėme pasisakyti apie jų darbo krūvį, atsižvelgiant į klinikinių konsultacijų skaičių per dieną. Daug respondentų teigė, kad šis skaičius buvo labai didelis ar per didelis (atitinkamai 26,9% ir 29,5%). Konsultacijų skaičiaus per dieną įvertinimas pagal įstaigos tipą parodė, kad labiausiai nepatenkinti savo darbo krūviu buvo gydytojai, dirbantys valstybei priklausančiuose pirminės sveikatos priežiūros centruose. Dauguma privačioje praktikoje dirbančių gydytojų nurodė konsultacijų skaičių per dieną esant optimalų.

Kalbėdami apie trūkumus jų sveikatos priežiūros praktikose ir miestų, ir rajonų medikai įvardijo finansinių išteklių trūkumą.

24 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal jų pasitenkinimą ir praktikos tipą (n =505).

Pasitenkinimas	Valstybiniai PSP1 centrai								Ligoninės								Privati praktika							
	Darbo sąlygos*		Sveikatos priežiūros paslaugų organizaciniai aspektai**		Atlyginimas***		Klinikinių tyrimų prieinamumas****		Darbo sąlygos*		Sveikatos priežiūros paslaugų organizaciniai aspektai**		Atlyginimas***		Klinikinių tyrimų prieinamumas****		Darbo sąlygos*		Sveikatos priežiūros paslaugų organizaciniai aspektai**		Atlyginimas**		Klinikinių tyrimų prieinamumas****	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Labai tenkina	10,3	52	11,4	58	0,0	0	4,8	24	11,9	60	10,7	54	0,6	3	17,5	88	41,1	208	41,1	208	16,1	81	30,4	153
Tenkina	43,7	221	43,0	217	9,9	50	21,0	106	37,8	191	51,4	260	8,5	43	32,2	163	50,0	252	57,1	288	57,1	288	51,8	262
Nei tenkina nei netenkina	19,9	100	22,8	115	7,4	37	23,9	121	18,1	91	20,9	105	9,6	48	14,1	71	8,9	45	1,8	9	17,9	91	8,9	45
Netenkina	18,0	91	19,9	100	31,3	158	35,2	178	27,1	137	14,7	74	27,1	137	31,1	157	0,0	0	0,0	0	7,1	36	7,1	36
Visiškai netenkina	8,1	41	2,9	15	51,4	260	15,1	76	5,1	26	2,3	12	54,2	274	5,1	26	0,0	0	0,0	0	1,8	9	18	9
Iš viso	100	505	100	505	100	505	100	505	100	505	100	505	100	505	100	505	100	505	100	505	100	505	100	505

<sup>1</sup> – Pirminė sveikatos priežiūra

\*  $r_s = -0,162$ ;  $P=0,044$

\*\*  $r_s = -0,237$ ;  $P=0,042$

\*\*\*  $r_s = -0,280$ ;  $P=0,046$

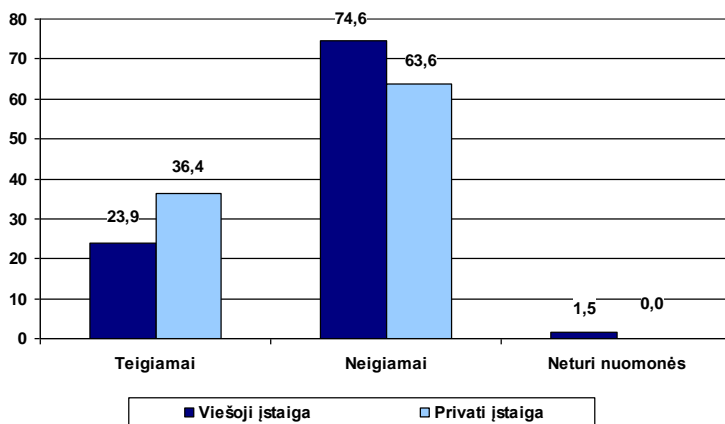
\*\*\*\*  $r_s = -0,358$ ;  $P=0,039$

Išanalizavus darbe<sup>408</sup> pateiktus respondentų atsakymus matyti, kad nei tarp viešųjų, nei tarp privačių įstaigų šeimos gydytojų visiškai patenkintų gaunamu atlyginimu nėra. Iš dalies patenkinti yra 10,8% viešųjų ir 63,6% privačių įstaigų gydytojų. Nepatenkintų atlyginimu yra 89,2% viešosiose ir 36,4% privačiose įstaigose (25 lentelė).

**25 lentelė. Viešųjų ir privačių įstaigų šeimos gydytojų pasitenkinimas atlyginimu 2006 m. (procentais)**

Pasitenkinimas atlyginimu	Viešoji įstaiga	Privati įstaiga	Iš viso
Ne	89,2	36,4	71,4
Iš dalies	10,8	63,6	28,6
Iš viso	100,0	100,0	100,0

Vykstančią pirminės sveikatos priežiūros reformą neigiamai vertino 74,6% viešųjų ir 63,6% privačių įstaigų gydytojų. Šiek tiek teigiamiau ją vertino privačiai praktikuojantys šeimos gydytojai (atitinkamai 23,9% dirbančiųjų viešosiose įstaigose ir 36,4% dirbančiųjų privačiai) (19 paveikslas).

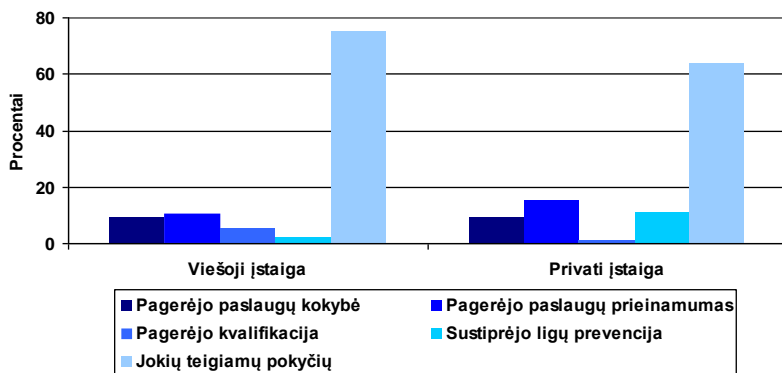


**19 paveikslas. Respondentų pirminės sveikatos priežiūros reformos vertinimas procentais viešose ir privačiose įstaigose (2006 metai)**

Aiškinantis reformos rezultatų vertinimą, pasirodė (20 paveikslas), kad didžioji dauguma šeimos gydytojų nepastebėjo jokių teigiamų pokyčių – 74,6% viešųjų įstaigų šeimos gydytojų ir 63,6% privačių įstaigų šeimos gydytojų. Kad pagerėjo paslaugų kokybė mano tik po 9% viešųjų ir privačių įstaigų darbuotojų. O kad

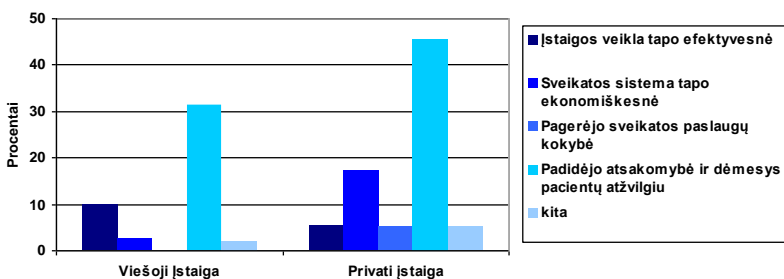
<sup>408</sup> Jankauskienė D. Šeimos gydytojo vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje palyginimas 1999 ir 2006 metais. Medicinos teorija ir praktika 2007; 13(2): 152–159.

pagerėjo paslaugų prieinamumas, nurodė atitinkamai 10,4% viešųjų ir 15,2% privačių įstaigų gydytojų.



20 paveikslas. Viešųjų ir privačių įstaigų pokyčių įtaka pirminei sveikatos priežiūros reformai, 2006 m.

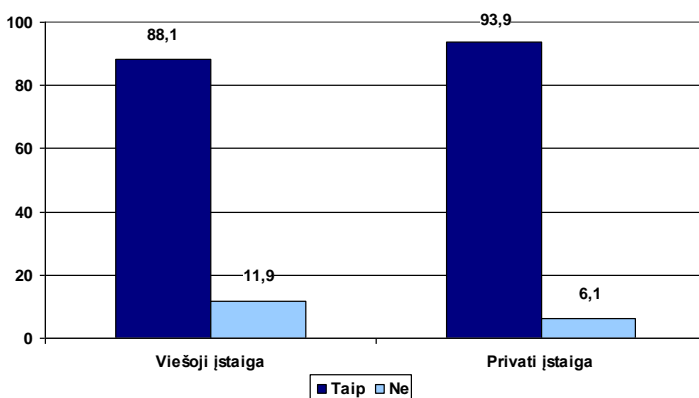
Reformos dėka įvykusius teigiamus pokyčius respondentai vertino nevienareikšmiškai (21 paveikslas).



21 paveikslas. Viešųjų ir privačių įstaigų šeimos gydytojų pastebėti teigiami reformos pokyčiai

Pagrindinis teigiamas pokytis, kurį nurodė ir viešųjų, ir privačių įstaigų šeimos gydytojai, – gydytojai tapo atsakingesni ir dėmesingesni pacientų atžvilgiu. Taip mano 31,3% viešųjų ir 45,5% privačių įstaigų gydytojų. Privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų respondentai pastebėjo, kad sistema tapo ekonomiškesnė.

Nežiūrint pirminės sveikatos priežiūros reformos iššūkių ir organizacinių nesklandumų, savo profesine veikla patenkinta didžioji dauguma respondentų – 88,1% viešųjų ir 93,9% privačių įstaigų darbuotojų.



**22 paveikslas. Viešųjų ir privačių įstaigų šeimos gydytojų pasitenkinimas profesine veikla (2006 metai)**

Apklauso<sup>409</sup> rezultatai rodo, kad didžioji dauguma (76%) Lietuvos gydytojų mano, kad pacientams pakanka informacijos apie tai, kokias paslaugas teikia jų sveikatos priežiūros įstaiga (visiškai pakanka – 21%, greičiau pakanka – 55%). Panašiai gydytojai mano ir apie pacientų informuotumą apie galimybes pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis – 70% medikų nuomone, tokios informacijos pacientams pakanka.

40% apklaustųjų medikų nuomone, apie Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą<sup>410</sup> žino dauguma jų įstaigų pacientų. Vienas iš dešimties gydytojų mano, kad visi jų įstaigos pacientai gerai žino apie šį įstatymą. Tuo tarpu šiek tiek daugiau nei trečdalis (35%) respondentų teigimu, apie įstatymą šiek tiek žino dauguma pacientų, o dešimtadalis apklaustųjų nuomone, dauguma jų įstaigos pacientų apie šį įstatymą nieko nežino. Keturi iš dešimties gydytojų (40%) mano, kad informacija apie pacientų teises turi rūpintis patys pacientai – jie patys turėtų domėtis, ieškoti informacijos. Beveik kas ketvirtas respondentas mano, kad pacientus apie jų teises turėtų informuoti gydantis gydytojas. 23% respondentų nurodo, kad tai turėtų daryti Sveikatos apsaugos ministerija. Kas penkto mediko nuomone, pacientus apie jų teises turėtų informuoti gydymo įstaigos administracija.

40% respondentų teigimu, pacientai dažniausiai gali laisvai pasirinkti šeimos gydytoją pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Daugumos medikų (62%)

<sup>409</sup> Jankauskienė D., Ališauskienė R., Navickienė R., Vaitkevičienė R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas. Visuomenės sveikata 2008; 3(42): 15–24.

<sup>410</sup> Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Įsigaliojo 1997–05–01; Nauja redakcija nuo 2005–01–01 iki 2010–02–28; Nauja redakcija 2010–03–01. Priėmė: Lietuvos Respublikos Seimas Valstybės žinios: 1996–10–23 Nr.102–2317. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas. Įsigaliojo 2010–03–01. Priėmė: Lietuvos Respublikos Seimas Valstybės žinios: 2009–12–08 Nr.145–6425.



nuomone jų sveikatos priežiūros įstaigose informacijos konfidencialumas apie pacientų lankymąsi, jų sveikatos būklę, diagnozę ir gydymą yra visiškai užtikrinamas.

Apklaustos rezultatai rodo, kad Lietuvos medikai Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą vertina kaip neišbaigtą ir daugelyje vietų taisytiną. Taip mano didžioji dauguma apklaustų medikų – 76%.

Tyrimo rezultatai rodo, kad visus savo pacientus apie jų sveikatos būklę išsamiai informuoja kas antras Lietuvos gydytojas (49%). Trys iš dešimties medikų apie sveikatos būklę paprastai išsamiai informuoja tik tuos pacientus, kurie prašo išsamios informacijos. Kas dešimtas gydytojas, jei pacientas neprašo suteikti išsamios informacijos, suteikia tik pačią būtiniausią informaciją, o 5% gydytojų – visose situacijos linkę suteikti tik būtiniausią informaciją.

Šiek tiek skiriasi medikų praktika informuojant pacientus apie galimus gydymo metodus. Visus savo pacientus apie galimus gydymo metodus išsamiai informuoja 43% apklaustų medikų (palyginti mažiau nei informuojant apie būklę, diagnozę ir tyrimų rezultatus). Šiek tiek daugiau nei trečdalis (35%) respondentų šiuo klausimu linkę informuoti tik tuos pacientus, kurie prašo išsamios informacijos. Pažymėtina, išsamiai informuojančių savo pacientus apie galimus gydymo būdus medikų, daugiau yra tarp dirbančių ligoninėse nei tarp praktikuojančių pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Panašiai, kaip informuodami pacientus apie kitus gydymo metodus, gydytojai pasiskirsto ir teikdami pacientams informaciją apie ligos gydymo prognozę (eigą, rezultatus).

45% apklaustų gydytojų teigė, kad per pastaruosius trejus metus jiems yra pasitaikę atvejų, kai nepavyko nustatyti teisingos ligos diagnozės. Beveik tiek pat medikų (44%) teigė, kad per šį laikotarpį jų praktikoje nepasitaikė neteisingos ligos diagnozės atvejų. Daugiau gydytojų, kuriems per pastaruosius trejus metus bent kartą nepavyko nustatyti teisingos diagnozės, yra tarp pirminės sveikatos priežiūros įstaigų respondentų ir tarp gydytojų su 25 ir daugiau metų darbo stažu. Beveik penktadalis gydytojų (18%) prisipažino, kad per pastaruosius trejus metus nepavyko nustatyti teisingos ligos diagnozės tik kartą. Tuo tarpu 27% apklaustųjų nurodė, jog per šį laikotarpį taip nutiko kelis kartus. 36% apklaustų gydytojų teigė, kad per trejus pastaruosius metus jų praktikoje pasitaikė, kad jų paskirtas gydymas pasirodė neteisingas. 15% gydytojų taip nutiko bent kartą per minėtą laikotarpį, o kas penktam arba 21% – kelis kartus. Neteisingą gydymą paskyrusiųjų yra daugiau tarp pirminės sveikatos priežiūros įstaigų gydytojų.

Medikai nėra patenkinti Lietuvos sveikatos priežiūros sistema. Didesnė dalis apklaustų gydytojų (65%) nurodė esą greičiau nepatenkinti arba visiškai nepatenkinti sveikatos priežiūros sistema. Palyginti daugiau nepatenkintųjų yra tarp mažesnių miestų gydytojų.

## Medikų nuomonė pagal sveikatos priežiūros įstaigos geografinę padėtį

Atliktame tyrime<sup>411</sup> apklausėme Lietuvos gydytojus. Visiškai patenkinti ir greičiau patenkinti savo darbo sąlygomis buvo 56,7% gydytojų. Labiau patenkinti yra didžiųjų miestų (56,2%) ir rajono centrų/rajoninių miestų (61,3%) gydytojai (26 lentelė).

**26 lentelė. Gydytojų pasiskirstymas pagal vietovę, atsakant į klausimą apie savo darbo sąlygas (kabinetas, darbo vieta, šildymas, kiti techniniai aspektai), (procentais)**

	Vietovė			
	Didieji miestai	Rajono centras/ rajoninis miestas	Kaimo vietovė	Iš viso
Visiškai patenkintas	14,4	15,4	12,4	14,3
Greičiau patenkintas	41,8	45,9	37,8	42,4
Nei patenkintas, nei nepatenkintas	19,1	12,2	23,6	17,6
Greičiau nepatenkintas	19,5	17,7	19,3	18,8
Visiškai nepatenkintas	5,3	8,9	6,9	6,9
Viso	100,0	100,0	100,0	100,0

{ $r_s=0,026$ ;  $p=0,028$ }

62,1% gydytojų visiškai tenkina arba greičiau tenkina darbo organizavimas gydymo jų įstaigose. Labiau yra patenkinti didžiųjų miestų (64,9%) ir rajono centrų/rajoninių miestų (64,2%) gydytojai. Mažiau darbo organizavimas tenkina kaimo vietovių gydytojus (52,9%). Kad darbo organizavimas įstaigoje jų visiškai netenkina arba greičiau netenkina, atsakė 22% kaimo vietovių gydytojų (27 lentelė).

Gaunamas atlyginimas visiškai netenkina arba greičiau netenkina 74,4% gydytojų, taip atsakė: 76,9% didžiųjų miestų gydytojų, 70,8% rajono centrų/rajoninių miestų gydytojų, 76,5% kaimo vietovių gydytojų. 11,9% rajono centrų/rajoninių miestų gydytojų į šį klausimą atsakė neutraliai – “nei tenkina, nei netenkina” (28 lentelė).

<sup>411</sup> Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Gydytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. Sveikatos mokslai 2005; 1: 87–92.

**27 lentelė. Gydytojų pasiskirstymas pagal vietovę, atsakant į klausimą ar tenkina darbo organizavimas gydymo įstaigoje (procentais)**

	Vietovė			
	Didieji miestai	Rajono centras/ rajoninis miestas	Kaimo vietovė	Iš viso
Visiškai tenkina	13,3	14,9	16,6	14,5
Greičiau tenkina	51,6	49,3	36,3	47,6
Nei tenkina, nei netenkina	18,4	17,7	25,1	19,5
Greičiau netenkina	15,3	13,1	18,1	15,1
Visiškai netenkina	1,5	5,0	3,9	3,2
Viso	100,0	100,0	100,0	100,0

{ $r_s=0,049$ ;  $p=0,029$ }**28 lentelė. Gydytojų pasiskirstymas pagal vietovę, atsakant į klausimą ar tenkina gaunamas atlyginimas (procentais)**

	Vietovė			
	Didieji miestai	Rajono centras/ rajoninis miestas	Kaimo vietovė	Iš viso
Visiškai tenkina	3,8	0,9	0,0	2,0
Greičiau tenkina	12,0	16,3	15,4	14,2
Nei tenkina, nei netenkina	7,3	11,9	8,1	9,1
Greičiau netenkina	28,7	24,5	36,3	28,8
Visiškai netenkina	48,2	46,3	40,2	45,9
Viso	100,0	100,0	100,0	100,0

{ $r_s=-0,041$ ;  $p=0,028$ }

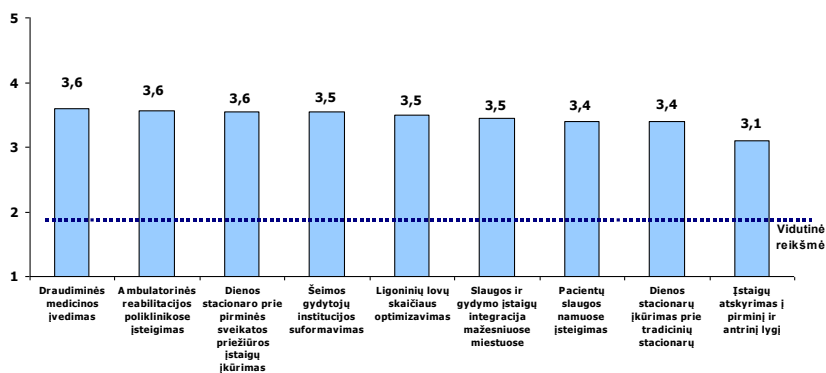
Atsakydami į klausimą apie galimybes atlikti pacientui visus būtinus klinikinius ir biocheminius tyrimus didžiųjų miestų gydytojai nurodė, kad esančios galimybės juos greičiau tenkina arba visiškai tenkina – 48,1%, rajono centrų/rajoninių miestų – 50,7%, kaimo vietovių – 7,8%. Tarp atsakiusių, kad esančios galimybės jų greičiau netenkina arba visiškai netenkina, daugiausia yra kaimo vietovių gydytojų – 66,8%. Daugiausiai visų vietovių gydytojų (15,3%) nurodo, kad gydymo įstaigai labiausiai trūksta lėšų, norint gerai atlikti savo tiesioginį darbą. 11,9% gydytojų nurodė, kad stinga diagnostinės, laboratorinės, gydomosios aparatūros. Geresnės įstaigų vadybos pasigenda 3,9% rajono centrų/rajoninių miestų gydytojų, o iš didžiųjų miestų gydytojų taip atsako tik 0,7%, kaimo vietovių gydytojų – 2,7%. 5,8% gydytojų, dirbančių kaimo vietovėse pasigenda galimybės atlikti biocheminius tyrimus. Didžiuosiuose miestuose tokios galimybės pasigenda 2% gydytojų, rajono centruose/rajoniniuose miestuose – 1,4%. Pastatų remonto trūkumą nurodo 5% rajono centrų/rajoninių miestų gydytojų.

Tik 4,2% gydytojų nurodė, kad pacientų skaičius per darbo dieną yra greičiau per mažas. Kiti nurodė, kad pacientų skaičius yra tikrai per didelis (27%), greičiau per didelis (31,6%) arba optimalus (37,2%). Skirtingose vietose dirbančių gydytojų atsakymai šiuo klausimu beveik nesiskiria.

Dauguma respondentų (69,4%) nurodo, kad jų darbo laikas yra optimalus. Skirtingose vietose dirbančių gydytojų atsakymai šiuo klausimu beveik nesiskiria.

Dauguma gydytojų – 60,9% – atsako, kad išduoti arba pratęsti gydytojų licencijas turi Sveikatos priežiūros įstaigų akreditacijos ir gydytojų atestacijos tarnyba. 30,6% gydytojų nurodo, kad tai galėtų daryti gydytojų sąjunga.

Per pastaruosius metus sveikatos apsaugos sistemoje vyksta nemažai permainų. Tyrimo dalyviams penkių balų skalėje (kur 1 reiškia “visiškai nepasiteisintų”, 5 – “visiškai pasiteisintų”) reikėjo įvertinti, kaip šios naujovės pasiteisina/pasiteisintų praktikoje. Respondentų nuomone, labiausiai pasiteisintų draudiminės medicinos įvedimas (3,60), dienos stacionaro prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigų įkūrimas (3,55) ir šeimos gydytojų institucijos suformavimas (3,54). Mažiausiai pasiteisintų įstaigų atskyrimas į pirminį ir antrinį lygį (3,10) (23 paveikslas).



### 23 paveikslas. Teorinis įvertinimas, kiek sėkmingai pasiteisina/pasiteisintų naujovės praktikoje (vidurkiai)

Atsakydami į klausimą apie pagrindinius draudiminės medicinos privalumus, tyrimo respondentai dažniausiai nurodė: aiškias mokėjimų apimtis (40,3%), tikslesnį darbo įvertinimą (29,8%), reguliarius mokėjimus (19,7%). Didelių skirtumų atsižvelgiant į vietovę, kurioje dirba tyrimo respondentai, nėra.

Atsakydami į klausimą apie draudiminės medicinos trūkumus, respondentai nurodė: per daug popierizmo (66,5%), dažnai keičiasi tvarka (22,8%). Didžiųjų miestų gydytojai dažnai besikeičiančia tvarka skundžiasi mažiau (19,0%) negu rajono centrų/rajoninių miestų (25,6%) arba kaimo vietovių (26,7%) gydytojai.

Atsakant į klausimą – jeigu respondentas būtų sveikatos apsaugos ministras, ką jis pirmiausia keistų arba tobulintų – daugiausia dėmesio buvo skiriama pinigams.

27,1% respondentų keltų atlyginimus, 11,1% – keistų sveikatos apsaugos finansavimą, 10,2% – didžiausią dėmesį skirtų finansavimui ir jį didintų. Kompiuterizuoti gydytojų darbą labiau nori didžiųjų miestų respondentai (11,8%), negu rajono centrų/rajoninių miestų (5,6%) arba kaimo vietovių (7,6%) respondentai.

Tyrime<sup>412</sup> apklausėme Lietuvos slaugytojas. 54,5% slaugytojų yra visiškai patenkinti arba greičiau patenkinti savo darbo sąlygomis. Daugiausia nepatenkintųjų gyvena ir dirba kaimo vietovėse – 16,5%, nors ir čia jų yra mažiau negu patenkintųjų (49,6%).

49,6% respondentų atsakė, kad juos tenkina darbo organizavimas gydymo įstaigoje, 24% – kad netenkina, 26,4% – nei tenkina, nei netenkina. Daugiau patenkintų yra didžiuosiuose miestuose ir rajonų centruose/rajoniniuose miestuose, mažiau patenkintų yra kaimo vietovėse.

70,5% apklaustų respondentų atsakė, kad gaunamas atlyginimas visiškai arba greičiau netenkina. Tik 16,7% atsakė, kad juos gaunamas atlyginimas tenkina. Didesnių skirtumų tarp respondentų atsakymų atsižvelgiant į vietovę, kurioje gyvena ir dirba respondentai, nėra.

Medicinos slaugytojai yra visiškai patenkinti arba greičiau patenkinti tuo, kaip gydymo įstaiga juos aprūpina medicinos pagalbos priemonėmis (44,8%). 22,3% apklaustųjų atsakė, kad aprūpinimas greičiau arba visiškai netenkina.

Respondentai nurodo, kad gerai atlikti savo tiesioginį darbą gydymo įstaigai labiausiai trukdo šie trūkumai: lėšų – 18,9%, kai kurių modernių, brangių, šiuolaikiškų medikamentų – 11,3%, kompiuterinės įrangos – 9,4%, profesinės kvalifikacijos kėlimo kursų – 8,7%, modernesnių darbo sąlygų – 8,5%.

Medicinos slaugytojai pakankamai tvirtai jaučiasi dėl savo žinių багаžo. Dauguma norėtų ir galėtų, vykdydami gydytojo paskyrimus, įvairias manipuliacijas (procedūras, perrišimus ir pan.) daryti savarankiškai (57,8%). Trečdaliui medicinos slaugytojų (29,2%) labiau patiktų darbe turėti daugiau savarankiškumo ir atsakomybės už savo darbą.

Medicinos slaugytojai, jeigu jie būtų sveikatos apsaugos ministrais, pirmiausia keltų atlyginimus – 38,2%, didintų finansavimą – 11,5%, keltų kvalifikaciją – 6,8%, mažintų medikamentų kainas – 6,4%.

Slaugytojai pabrėžė, tokias šiuo metu svarbiausias sveikatos priežiūros sistemos problemas: mažos medikų algos – 22,4%, pinigų stygius visai medicinos sistemai – 21,0%, korupcija tarp medikų – 8,9%, paciento interesų nepaisymas – 8,2%. Ryškesnių skirtumų atsižvelgiant į respondentų gyvenimo ir darbo vietovę, atsakant į šiuos klausimus, nebuvo.

---

<sup>412</sup> Kairys J., Žebienė E., Zokas I. Medicinos slaugytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. Sveikatos mokslai 2005; 3: 57–62.

## Apibendrinimas

Dauguma respondentų sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina teigiamai. Blogai sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertina tik 5,1% respondentų. Visų socialinių – demografinių grupių atstovai nurodo, kad didžiausia problema yra eilės.

Nuo 86% iki 92,9% respondentų nurodė, kad sveikatos priežiūros paslaugų kreipiasi į šeimos gydytoją arba į polikliniką, 7,1%–13,9% eina pas privatų gydytoją. 82,8% respondentų teigė, kad nenorėtų keisti šeimos gydytojo. Dažniausiai pacientai pas gydytoją lankosi esant sveikatos problemoms.

Vyresnio amžiaus žmonėms konsultuojantis su gydytoju svarbiausia, kad jis išmanytų vyresnio amžiaus ypatumus. Dauguma vyresnio amžiaus žmonių, nors ir nesunkiai susirgę, prioritetą teikia stacionariniam gydymui.

Dauguma miestų, rajonų centrų ir kaimų gyventojų ambulatoriškai gydomi poliklinikose ar pirminės sveikatos priežiūros centruose.

72,0% miestų respondentų nurodo, kad pagerėjo ligoninių medicinos slaugytojų darbo kokybė. Rajonų centrų ir kaimų gyventojų nuomonė yra panaši. 24% miestų gyventojų ir 29–30% rajonų ir kaimo gyventojų nurodė, kad jiems beveik neteko laukti gydytojo paskirtų tyrimų ir procedūrų atlikimo, o 22,1% visų respondentų piktinosi, kad tyrimų ir procedūrų paprastai būdavo priversti laukti per ilgai.

Labiausiai patenkinti savo darbo sąlygomis buvo gydytojai, užsiimantys privačia pirminės sveikatos priežiūros praktika. Mažiau patenkinti buvo gydytojai valstybei priklausančiose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose ir ligoninėse. Atlyginimas tenkina 73,2% privačioje praktikoje dirbančių gydytojų, 9,9% valstybinėse pirminės sveikatos priežiūros centruose dirbančių gydytojų, 9,1% ligoninėse dirbančių gydytojų. Darbo krūviu labiausiai nepatenkinti buvo gydytojai dirbantys valstybei priklausančiose BPG įstaigose. Dauguma privačioje praktikoje dirbančių gydytojų nurodė, kad konsultacijų skaičius per dieną yra optimalus.

Gaunamas atlyginimas visiškai netenkina arba greičiau netenkina 74,7% gydytojų. Daugiausia dėmesio gydytojai skiria finansinėms problemoms: 27,1% respondentų keltų atlyginimus, 21,3% – didintų sveikatos apsaugos finansavimą. Labiau kompiuterizuoti gydytojų darbą nori didžiųjų miestų medikai – 11,8%. Medikai daugiausia lėšų skirtų investicijoms, medicinos technikos pirkimui. Antroje vietoje būtų dėmesys ambulatoriniam gydymui, trečioje vietoje – stacionariniam gydymui.

## Pasitikėjimas sveikatos sistema

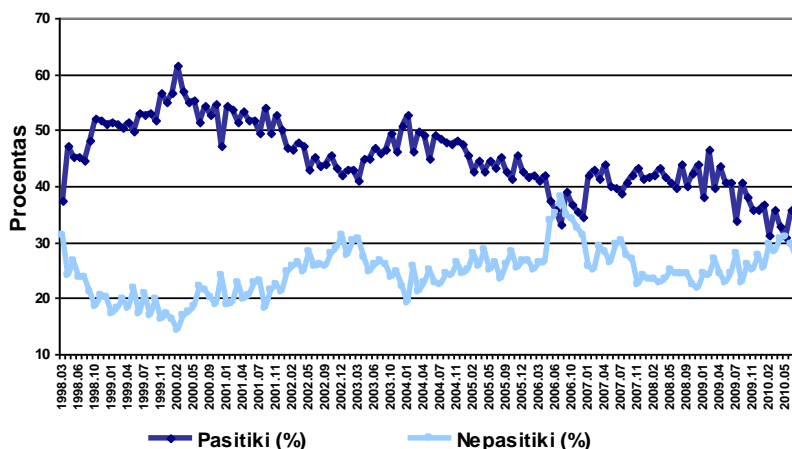
*Romualdas Buivydas*

Pagal Konstituciją Lietuvos piliečiai savo aukščiausią suverenią galią vykdo tiesiogiai ar per demokratiškai išrinktus savo atstovus. Objektiviai įvertinti, kaip gerai valdžia tarnauja žmonėms, dažnai labai sunku, todėl labai svarbu yra pasitikėti valstybe ir jos pagrindinėmis institucijomis. Toks pasitikėjimas atspindi, kiek šalies gyventojai tiki tuo, ką daro ir kalba politikai ir, kiek aktyviai ir noriai visuomenė sutinka prisidėti įgyvendinant valdžios siūlomus planus. Sveikatos sektoriuje pasitikėjimas gydytoju ir visa sveikatinimo sistema ypač svarbūs dėl egzistuojančios informacijos asimetrijos, t.y. dėl to, kad pacientas, paprastai, žino žymiai mažiau nei gydytojas.

Remiantis visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centro „Vilmorus“ atliktamų reprezentatyvių apklausų rezultatais, galima stebėti gyventojų požiūrio į įvairias institucijas kitimą ir analizuoti, kokie veiksniai tam turėjo įtakos. „Vilmorus“ atliktamos gyventojų apklausos „Lietuvos ryto“ dienraščio užsakymu pradėtos vykdyti 1998 metais iš kas mėnesį dienraštyje skelbiamų duomenų galima matyti, kad nors pastaruoju laiku nuolat kalbama ir rašoma, kokia bloga mūsų sveikatos priežiūra, gyventojai sveikatos apsaugą vertina teigiamai. Teigiamas vertinimas išliko beveik visą 1998–2010 metų laikotarpį. Aukščiausias pasitikėjimas buvo pasiektas 2000 metų vasarį (sistema pasitikėjo daugiau nei 61 proc. apklaustųjų), žemiausiai pasitikėjimas nukrito 2010 metų vasarį – iki 31,2 proc. Vienintelį kartą sveikatos apsaugą respondentai vertino neigiamai – 2006 metų liepą – pasitikėjo tik apie 33 proc. apklaustųjų, o nepasitikėjo net 38 proc.

Taip stabiliai teigiamai kaip sveikatos apsaugą Lietuvos gyventojai vertina tik dar kelias institucijas – bažnyčią (iki 2010 m. liepos), žiniasklaidą, prezidentą (išskyrus R. Pakso prezidentavimo laikotarpį) ir vėliau apklausose atsiradusias švietimo ir konstitucinio teismo institucijas. Per šį laikotarpį augo pasitikėjimas (ir viršijo nepasitikėjimą) kariuomene, Sodra, bankais ir policija. Aukščiausią pasitikėjimą gyventojai išreiškia nuo 2007 metų lapkričio apklausose pradėtiems vertinti ugniagesiams gelbėtojams. Tačiau 2008 metais, prasidėjus ekonomikos nuosmukiui, pasitikėjimas Sodra ir bankais gerokai krito, neigiamai (nepasitikėjimas aukštesnis už pasitikėjimą) gyventojai pradėjo vertinti savivaldybes. Sumažėjo pasitikėjimas sveikatos apsauga, žiniasklaida, dar labiau išaugo nepasitikėjimas teismais, o taip pat partijomis, Seimu ir Vyriausybe, kurie visą aptariamąjį laikotarpį buvo vertinami labai neigiamai. Tai reiškia, kad krito pasitikėjimas ir verslo, pramonės plėtros perspektyvomis, ir valstybės teikiamomis socialinėmis bei teisinėmis garantijomis. Reikėtų atkreipti dėmesį į žiniasklaidos kaip „ketvirtosios valdžios“ vertinimo kitimą. Nors visą minėtąjį laikotarpį pasitikėjimas šia institucija išliko teigiamas, tačiau jis nukrito nuo labai aukšto pasitikėjimo rodiklio 2000 metais – apie 70 proc. iki paties žemiausio per visą aptariamąjį laikotarpį lygio –

33,3 proc. 2010 metų vasarį. Tačiau, nuo 2008 metų stipriai augo, ir jau viršijo nepasitikėjimą pasitikėjimas policija. Pasitikėjimas kariuomene išliko gana stabilus, o pasitikėjimas prezidentu priartėjo prie aukščiausio (buvusio 1998–1999 m.) lygio.



### *1 paveikslas. Pasitikėjimo sveikatos apsauga dinamika*

*Šaltinis: Vilmorus/LRytas apklausų duomenys*

Apbendrinant būtų galima teigti, kad per visą 1998–2010 metų laikotarpį, nepriklausomai nuo to, kokios partijos buvo valdžioje, iš esmės mažėjo gyventojų pasitikėjimas visuomeninėmis, gyventojus atstovaujančiomis ir valdžios institucijomis, augo pasitikėjimas tik jėgos struktūromis. Galima daryti prielaidą, kad per šį laikotarpį nuolat augo šalies gyventojų palankumas saugumą užsitikrinančiomis institucijomis ir mažėjo pasitikėjimas pačios visuomenės galiomis paveikti Lietuvos politiką ir socialinę–ekonominę plėtrą.

Viena iš galimų stabiliai teigiamo požiūrio į sveikatos apsaugą kaip institucijų prielaidų galėtų būti ta, kad gyventojai šioje apklausoje vertina ne tiek sveikatos sistemą, kiek išreiškia savo asmeninį pasitenkinimą medicinos paslaugomis ar medikais. Tokią prielaidą patvirtina ir tas faktas, kad nepasisekė surasti jokie apčiuopiamesnio ryšio tarp pasitikėjimo sistema pokyčių ir žiniasklaidoje skelbiamų skandalų. Ministrų kaitos poveikis pasitikėjimui sveikatos apsauga taip pat gana abejotinas, nors kai kurie pasitikėjimo pokyčiai, atėjus naujiems ministrams ir pastebimi. Sveikatos rodikliai (vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, mirtingumas) tik iš dalies koreliuoja su pasitikėjimu sveikatos sistema. Tik 1998–2000 metais ir 2004–2007 metais pasitikėjimo kitimas sutapo su vidutinės gyvenimo trukmės kitimu ir atitinkamai standartizuoto mirtingumo dėl visų mirties priežasčių ir mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių (pvz., savižudybių) pokyčiais.



Prielaidą, kad gyventojai vertina ne sistemą o medikus ir jų darbą, patvirtina ir atlikti tyrimai apie korupciją Lietuvos institucijose<sup>413,414</sup>. 2005–2007 metais nuomonė apie labiausiai korumpuotas institucijas Lietuvoje (spontaniškas atsakymas<sup>415</sup>) buvo labai nepalanki sveikatos sistemai. Sveikatos sistemą (įvardinti, kaip: medicina, gydytojai, sveikatos apsauga, farmacija) kaip labiausiai korumpuotą instituciją 2005 metais įvertino 58,2 proc. (1 vieta), o 2007 metais net 66 proc. (1 vieta) gyventojų. Tuo tarpu gyventojų pasitikėjimas sveikatos apsauga pagal Vilmorus/LRytas atliekamas apklausas buvo beveik toks pats ir 2005 metais, ir 2007 metais – apie 40–45 proc. Taip pat reikėtų atkreipti dėmesį ir į Euro Health Consumer Index<sup>416,417,418,419</sup> Lietuvos kasmetinį vertinimą 2006–2009 metais. Nors 2009 metais Lietuva ES sveikatos priežiūros sistemų įvertinimo rikiuotėje iš 24 vietos nustumta į 29, t. y. pagal ES metinio sveikatos priežiūros sistemų tyrimo rezultatus Lietuva užima 29 vietą iš 33 galimų, tačiau vertinant Lietuvos surenkamus taškus pagal visas apklausos pozicijas (546 taškai iš 1000 galimų), Lietuva kasmet artėja prie mažiau korumpuotų šalių. 2006 metais Lietuvos surinktų vertinimo balų skaičius siekė – 340 (tik 59 proc. pirmą vietą užėmusios šalies balų skaičiaus), o jau 2009 metais Lietuvos surinktų balų skaičius išaugo iki 546 (pasiekė 63,3 proc. pirmą vietą užėmusios šalies balų skaičiaus; 2008 m. – apie 62 proc.). Užimama vieta šioje apklausoje dažnai kinta ne tik dėl pasikeitusios situacijos šalyje, bet ir dėl augančio dalyvaujančių šalių skaičiaus bei kintančių apklausos klausimų ir jų įvertinimo. Todėl galima manyti, kad augantis vartotojų indeksas (pagrindinai vertinant sveikatos sistemą vartotojo požiūriu) patvirtina, kad Vilmorus/LRyto apklausoje gyventojai išreiškia pasitikėjimą (kuris pastoviai mažėja) vis dėl to ne sveikatos sistema kaip institucija.

Visuomeninio sveikatos sistemos finansavimo pokyčiai 1998–2003 metais galėjo turėti nemažos įtakos gyventojų nuomonės apie sveikatos sistemą kitimui. Bet lemiamas reikšmės turėjo ne tiek pati finansavimo apimtis, kiek pakitusi paslaugų apmokėjimo tvarka. Pavyzdžiui, 2000 metais prasidėjęs specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų apimčių ribojimas (kvotavimas), siekiant taupyti privalomojo sveikatos draudimo lėšas, per mediko–paciento kontaktą galėjo turėti neigiamos įtakos gyventojų nuomonei apie sveikatos sistemą. Pacientams buvo pradėta aiškinti, jog tam tikrų paslaugų negalima suteikti, ar kompensuoti vaistų dėl ligonių kasų, ar Sveikatos apsaugos ministerijos įvestų finansinių apribojimų. Šią prielaidą patvirtina ir 2000 metais prasidėjęs žymus slaugos personalo skaičiaus ir gulėjimo trukmės

---

<sup>413</sup> Lietuvos korupcijos žemėlapis 2005. Užsakovas: Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimu tarnyba, vykdytojas TNS Gallup, 2005 m. gruodis.

<sup>414</sup> Lietuvos korupcijos žemėlapis 2007. Užsakovas: Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimu tarnyba, vykdytojas TNS Gallup, 2007 m. gruodis.

<sup>415</sup> Klausimas: “Gal galėtumėte įvardinti institucijas, kurios, Jūsų manymu, yra labiausiai korumpuotos šiuo metu Lietuvoje?”

<sup>416</sup> Euro Health Consumer Index. 2006. Report. Health Consumer Powerhouse, 2006–06–19.

<sup>417</sup> Euro Health Consumer Index. 2007. Report. Health Consumer Powerhouse, 2007–10–01.

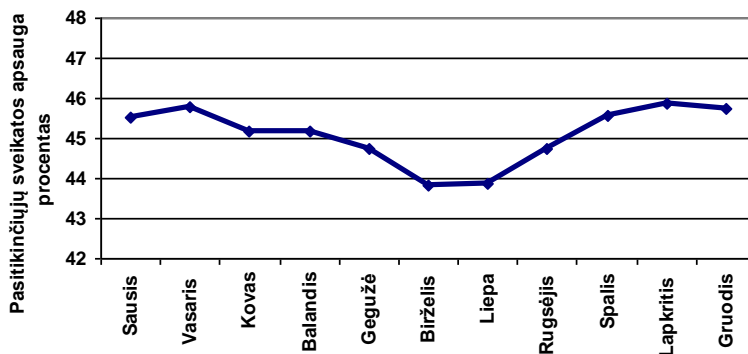
<sup>418</sup> Arne Björnberg, Ph.D. and Marek Uhlir, M.A. Euro Health Consumer Index. 2008. Report. Health Consumer Powerhouse, 2008–11–13.

<sup>419</sup> Arne Björnberg, Ph.D., Beatriz Cebolla Garrofé, Ph.D. and Sonja Lindblad. Euro Health Consumer Index. 2009. Report. Health Consumer Powerhouse, 2009–10–01.

ligoninėse mažinimas, tai per mediko–paciento kontaktą taip pat galėjo paskatinti neigiamo požiūrio į sveikatos sistemą augimą.

Taip pat reiktų atkreipti dėmesį į pasitikėjimo sveikatos sistema kritimo periodą nuo 2004 metų pavasario iki 2006 metų pabaigos (ypač ryškus neigiamas požiūris fiksuotas nuo 2006 m. gegužės iki 2006 m. lapkričio), nors tuo metu sistemos visuomeninis finansavimas augo. 2004 metais Lietuvai įstojus į ES medikams atsivėrė galimybės gauti daugiau informacijos iš ES šalių apie ten esamas darbo sąlygas ir atlyginimus, atsirado geresnės galimybės išvykti dirbti į užsienį. Neabejotina, kad tai turėjo nemažai įtakos medikų nepasitenkinimo dėl mažų atlyginimų augimui, kuris ypač smarkiai pasireiškė po 2006 metų gegužės, kai pasirodė, kad ne visiems medikams žadėtas atlyginimų augimas buvo toks, kokio jie tikėjosi. Tikėtina, kad būtent šiuo laikotarpiu per mediko–paciento kontaktą buvo paskatintas ryškus neigiamas visuomenės požiūris į sveikatos sistemą augimas.

Bene stipriausias gyventojų nepasitikėjimą sveikatos apsauga skatinantis veiksnys (stipri atvirkštinė koreliacija – 0,76), tikėtina, yra susijęs su augančiomis namų ūkių išlaidomis sveikatai. Akivaizdu, kad augančios privačios išlaidos sveikatai gyventojų vertinamos neigiamai ir sveikatos politikai į tai turėtų atkreipti ypatingą dėmesį prieš apsisprendami įvesti ar neįvesti priemokas paslaugoms, ar padidinti gyventojų asmenines išlaidas sveikatai per papildomojo sveikatos draudimo sistemos įvedimą.



## 2 paveikslas. Pasitikėjimo sveikatos apsauga dinamika

Saltinis: Vilmorus/LRytas apklausų duomenys

Dar vienas patvirtinimas, kad pasitikėjimas sveikatos sistema sietinas labiau su medikų darbu, o ne su politikų veikla – tai sezoninis pasitikėjimo sveikatos sistema įvertinimas. Paskaičiavus 1998–2010 metų vidutinį, mėnesinį pasitikėjimo sistema įvertinimą, gauta kreivė parodo, kad gyventojų pasitikėjimas sveikatos apsauga sumažėja būtent tada, kai gyventojai mažiausiai serga ir mažiausiai naudojami sveikatinimo paslaugomis – vasarą. Galime vertinti kaip įdomų faktą, kad rudenį ir pavasarį, kai gyventojams dėl sezoninių ligų reikia medikų pagalbos, visuomenė sveikatos apsauga pasitiki daugiau nei vasarą, kai žmonės paprastai yra sveikesni ir,

remdamiesi ne asmenine, o, pavyzdžiui, žiniasklaidos “patirtimi”, gali sužinoti, kokia bloga mūsų sveikatos sistema.

Apibendrinant galima teigti, kad pagrindiniai veiksniai, darantys įtaką visuomenės nuomonei apie pasitikėjimą sveikatos apsauga – tai medicinos personalo įtaka per mediko–paciento kontaktą ir asmeninių išlaidų sveikatos paslaugoms apmokėti dinamika (augimu). O ilgalaikis (pradedant nuo 2000 m.) pasitikėjimo sveikatos sistema laipsniškas mažėjimas, tikėtina, yra susijęs su gyventojų lūkesčiais, kurie auga kur kas greičiau, nei sveikatos sistemos galimybės. Be to, kaip jau minėta anksčiau, pasitikėjimas sveikatos sistema, ar medikais atspindi, kiek šalies gyventojai tiki tuo, ką daro ir kalba sveikatos politikai ir kiek aktyviai ir noriai visuomenė įsitraukia ir prisideda kuriant ir įgyvendinant sveikatos sistemos pertvarkos planus.

**Į klausimus atsako politikai, mokslininkai,  
vadybininkai**

## **Profesorius Vilius Jonas Grabauskas**

**Ilgametis Kauno medicinos universiteto rektorius, dabartinis KMU kancleris. PSO, įvairių nacionalinių ir tarptautinių programų direktorius ir koordinatorius, daugelio draugijų, federacijų ir asociacijų bei leidinių redakcinių kolegijų narys.**

*1. Ar per 20 Nepriklausomybės metų pasisekė Lietuvos sveikatos sistemą integruoti į europinį modelį, o gal vis dar jaučiamės gyveną pereinamoje būsenoje iš sovietmečio į geresnius laikus? Kurie naujajame Lietuvos istorijos etape pradėti darbai, Jūsų nuomone, sėkmingai pabaigti?*

ApmAUDU konstatuoti, tačiau mes vis dar nepersergam ta vaikiška mėgdžiojimo liga. Visų pirma, derėtų atkreipti dėmesį į tai, kad vieningo europinio modelio nėra. Mūsų atveju tai daugiau filosofinis ir politinis laikmečio siekinys. Beje, ir pati Europa nesiūlo kažkokios vieningos sistemos modelio. Lietuvai pasirašant stojimo į Europos Sąjungą sutartį, sveikatos sektorius baigė derybas vienas pirmųjų ir tai padarė bene lengviausiai, nes Europos Sąjunga aiškiai teigia, kad kiekviena šalis pagal galimybes turi užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūrą savo piliečiams. Kaip tai bus daroma – pačių valstybių reikalas. Todėl tinkamos sveikatos priežiūros užtikrinimas turėtų būti grindžiamas tiek Lietuvoje atliktais moksliniais tyrinėjimais, tiek ir susiklosčiusia nacionaline bei tarptautine patirtimi. Tačiau tikrai nederėtų mėgdžioti kurios nors vienos Europos valstybės sveikatos sistemos modelio, nes yra labai daug sąlygų, kurių nerealizavus, nukopijuota „europinio modelio“ sistema negali efektyviai funkcionuoti.

Jei jau svarstoma apie perėjimą iš sovietmečio, pereinamasis laikotarpis yra neišvengiama būtinybė. Viename skaitytame straipsnyje autorius – žurnalistas–filosofas – labai įdomiai pavadino šį pereinamojo laikotarpio fenomeną Lietuvoje – posovietinis liberalizmas. Nors šis terminas buvo pavartotas nagrinėjant ekonomikos problemas, tačiau jis neblogai atspindi ir sveikatos priežiūros sistemoje vykusių procesų ypatumus. Drįsčiau teigti, jog ten, kur „posovietinio liberalizmo“ buvo daugiau, planuotų darbų pabaigti nepavyko, o tie žingsniai, kuriuos žengėme remdamiesi sava ar tarptautine patirtimi, ypač moksliniais duomenimis, buvo sėkmingi ir šiose srityse padaryta žymiai daugiau. Čia paminėčiau Lietuvos įdirbį kuriant Nacionalinę sveikatos koncepciją ir, apskritai, formuluojant sveikatos politiką. Nekelia abejonių tai, kad medikų rengimo sistema buvo labai greitai pertvarkyta. Lengva nebuvo – būta daug priešinimosi, tačiau egzistavo sutarimas tarp žmonių, galinčių daryti įtaką reformos vyksmui, t. y. tarp tų, kurie priima sprendimus ir tų, kurie juos įgyvendina. Dėl to mes greitai tapome europinių standartų studijų programų įgyvendintojais visuose aukštųjų medicinos studijų etapuose – tiek diplominiame, tiek po diplominiame (rezidentūra, doktorantūra). Vis dėlto, kiti etapai buvo ne tokie sėkmingi, – tai ypač akivaizdu, kai retrospektyviai vertinamas praktinis sveikatos priežiūros funkcionavimas. Čia neišvengta blaškymosi. Ne tik Vakarų Europoje, bet ir kitose pažangiose šalyse sveikatos apsaugos padėtis akivaizdžiai skyrėsi nuo to, ką turėjome Lietuvoje sovietmečiu. Didžioji Lietuvos sveikatos sistemos problema buvo ne gydytojų kompetencijos

stoka, bet išteklių, įrangos, finansavimo ir, svarbiausia, efektyvios vadybos stoka. Reikėjo ryžtingai persiorientuoti į kitokią, pažangesnę sistemą.

Kitas aspektas, kuris nulėmė sėkmingą mūsų sistemos modelio principų keitimą – mokslinio bei tarptautinio bendradarbiavimo įdirbis. Turėjome labai neblogą bendradarbiavimo su Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO) patirtį. Tos koncepcijos, kurios seniai buvo realizuojamos Vakaruose, pas mus negalėjo būti įgyvendintos, nes iš centro valdomoje sistemoje tam paprasčiausiai nebuvo galimybių. Padėtis kardinaliai pasikeitė po 90–jų metų. Netgi nepaisant pakankamai dažnos valdžių kaitos, glaudus LR Seimo struktūrų, LR SAM ir akademinį institucijų bendradarbiavimas užtikrino sveikatos apsaugos politikos principų tęstinumą. Sveikatos politikos formavimo procesas po 1990 metų vyko pakankamai sklandžiai, nes buvo remiamasi moksliniais įrodymais ir tarptautine patirtimi.

Dar vienas teigiamas niuansas – dalies asmens sveikatos priežiūros paslaugų perkėlimas iš stacionaro į ambulatorinę grandį. Išsivysčius šeimos medicinos institucijai, atsirado prielaidos smarkiai reformuoti sveikatos priežiūros sistemą. Tačiau gaila, kad pirminės sveikatos priežiūros grandis vis dar nefunkcionuoja taip kaip derėtų. Tik čia esama jau kitų problemų.

**2. Ar galima kalbėti apie kertines vertybes, kurias puoselėjama nepriklausomai nuo vyriausybės ir jose dirbančių asmenybių kaitos, bei apie šias vertybes atitinkančias veiklos kryptis? Kurie sveikatos politikos perimamumo aspektai laikytini svarbiausiais?**

Formuojant nacionalinę sveikatos politiką buvo siekiama ją orientuoti į visų Lietuvos žmonių sveikatos problemų sprendimą. Šiame procese visi Lietuvos piliečiai tampa vienodai svarbūs: politikai, medikai, pacientai ir visa visuomenė. Nors gerokai šlubavo pats įgyvendinimo procesas, vertybių sistema (lygios teisės, paslaugų prieinamumas, kokybės būtinybė, racionali sveikatos priežiūros organizacija bei valdyba ir t. t.) sveikatos politikoje išliko. Išlaikytas ir tęstinumas, besikeičiant vyriausybės ir ministrams. Pagrindiniai dalykai, kurie lėmė tęstinumo užtikrinimą buvo moksliniai pagrindai, tarptautinis bendradarbiavimas ir susikalbėjimas tarp politikų, pavyzdžiui, parlamentinio sveikatos komiteto viduje, Sveikatos apsaugos ministerijoje, taip pat akademinėje bendruomenėje. Visi šie dalykai buvo ir išlieka svarbiausi sveikatos politikos perimamumo aspektai.

**3. Sveikatos sistemos plėtra priklauso nuo valstybinių institucijų darbo efektyvumo. Bendras šalies vystymasis, gyventojų elgsena, pasaulinė medicininių technologijų plėtra ir nacionalinės sveikatos sistemos narių (universitetų, gydymo įstaigų, asmens ir visuomenės sveikatos profesionalų) gebėjimas diegti efektyviausius sprendimus reikšmingai veikia gyventojų sveikatą. Kurie iš šių veiksmų labiausiai paveikė Lietuvos sveikatos sistemos raidą?**

Sveikatos sistemos plėtra priklauso ne vien nuo valstybinių institucijų darbo efektyvumo. Kur kas svarbiau, kiek valstybė ir visa visuomenė skiria dėmesio ir pastangų sveikatos išsaugojimui ir jos stiprinimui, ligų diagnozavimui laiku ir jų gydymui. Tam būtinos tinkamos investicijos. Labai svarbūs veiksniai yra

visuomenės dalyvavimas priimant sprendimus, žmonių sveikos gyvensenos nuostatos. Pastarosios, greta kitų, – didžiulė problema. Ne vien asmeninis pasirinkimas yra lemiamas veiksnys žmogui renkantis vienus ar kitus su gyvensena susijusius dalykus. Pavyzdžiui, žmogus gali labai norėti maitintis sveikai, tačiau jo pasirinkimą riboja turimi finansiniai ištekliai. Iš esmės tai reiškia, kad valstybė pirmiausiai turi sudaryti sąlygas žmonėms dirbti ir užsidirbti, sąlygas jaustis saugiams visomis prasmėmis. Šią problemą spręsti gali pagelbėti rimta, dalykiška, mokslu grįsta sveikatos politika, kurią formuojant ir įgyvendinant aktyviai dalyvauja visi šalies socialinės–ekonominės sąrangos sektoriai.

Kalbant apie universitetų, gydymo įstaigų, asmens ar visuomenės sveikatos profesionalų gebėjimą spręsti problemas labai svarbiu veiksniu, vėlgi, tampa investicijos, aukštųjų technologijų įsigijimas, gebėjimas jomis pasinaudoti diagnozuojant ir gydant ligas. Po 1994 metų džiaugėmės sistemingu BVP augimu, deja, finansavimas sveikatos sektoriuje neaugo lygiagrečiai su juo. Tačiau tais periodais, kai buvo intensyviau investuojama į sveikatos sektorių, ganėtinai efektyviai buvo išspręstos problemos su įranga. Tačiau atsirado kita – racionalaus įrangos įsigijimo ir panaudojimo problema. Kartais į įrangos įsigijimą buvo investuojama neracionaliai, nepagalvojus, ar ji iš tiesų reikalinga. Tai ypač taikytina mažesnėms gydymo įstaigoms. Vis dėlto, pagrįstos finansinės investicijos į medicinos įrangą, į infrastruktūrą– iškart atsipirko ir davė laukiamą rezultatą. Žymesnei sveikatos sistemos pažangai atsirasti akivaizdžiai trukdė nepakankamas visuomenės dėmesys sveikatos sektoriaus vystymui. Nemažai būtinų sisteminių pokyčių taip ir liko neįgyvendinta.

***4. Lietuvos ekonomika pastarąjį dešimtmetį išgyveno labai spartaus augimo laikotarpį 2000–2007 metais bei nuosmukį 2009 metais. Šalies gyventojų sveikatos lygis 2000–2008 metais beveik nekito ir pagal vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklį pradėjom atsilikti nuo daugelio kaimynų. Kokios priežastys lėmė, kad gamybos ir vartojimo plėtra Lietuvoje menkai koreliavo su gyventojų sveikatingumu?***

Investicijos į sveikatą, plačiaja prasme, iš tiesų nekoreliavo su sveikatos sektoriaus praktinės raiškos galimybėmis tuo laikotarpiu. Pavyzdžiu paminėtini tarptautinės bendruomenės pastangomis atlikti tyrimai, kuomet PSO generaline direktore tapo norvegė Gro Harlem Brundtland<sup>420</sup> (PSO ji vadovavo 5 metus, 1998–2003). Ji pagal profesiją – gydytoja, yra dirbusi šeimos medicinos struktūrose, o vėliau politikoje padariusi didžiulę karjerą ir netgi tapusi Norvegijos premjere. Vienas iš pirmųjų jos žingsnių PSO buvo bandymas tarptautiniu mastu įvertinti sveikatos sistemų funkcionavimo efektyvumą. Tai buvo pakankamai sudėtingas procesas, sukėlęs daug sąmyšio globaliu mastu, nes galingos Vakarų valstybės, sudarant reitingus pagal sveikatos tikslų pasiekimus savo šalyje, atsidūrė ne ten, kur tikėjosi, arba net ne ten, kur pagal sveikatos biudžetus privalėjo atsidurti. Akivaizdu, ir bėda ta, kad finansų, arba, bendraja prasme, išteklių panaudojimas buvo skirtas ne žmonėms, o supervalstybių karinės galios stiprinimui. Pavyzdžiui, iš beveik 200 tirtų valstybių Kinija ir Rusijos federacija užėmė labai žemas reitingo vietas. Lietuva, visų nuostabai, pagal suminių sveikatos tikslų pasiekimą, kuris buvo

---

<sup>420</sup> Gro Harlem Brundtland (PSO vadovavo 5 metus, 1998–2003 m.)

vertinamas pagal vaikų išgyvenimo tolygumą, negalios koreguotą vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę ir dar kelis rodiklius, užėmė 52-ąją vietą. Tačiau pagal sistemos finansavimo teisingumą užėmė 133-ią vietą. Tenka daryti išvadą, kad iš beveik 200 šios tarptautinės organizacijos šalių Lietuva atsidūrė ketvirtadalyje geriausiai besitvarkančių, turtingiausių šalių, o pagal finansavimo teisingumą – ketvirtadalyje prasčiausiai besitvarkančių šalių. Tokie paradoksaliūs rimtos tarptautinės organizacijos tyrinėjimų rezultatai turėtų iškelti tam tikrų klausimų ir politikams, ir žiniasklaidai, kuri linkusi visuminiais sveikatos sistemoje vykstančius procesus vertinti neigiamai. Cituoti rezultatai kaip tik įrodo, kad šiuo sudėtingu laikotarpiu sveikatos sektorius, nepaisant menko finansavimo, efektyviai atliko savo pareigą.

Rimtesnė sveikatos rodiklių kaitos analizė akivaizdžiai rodė, kad po 1990–siais metais posovietinėje erdvėje atsiradusios sveikatos krizės, kurios apogėjus buvo pasiektas 1994 metais, ėmė sparčiai gerėti praktiškai visi mūsų sveikatos rodikliai. Tarptautiniu mastu sutariama, kad 90–jų metų sveikatos krizę lėmė ne sveikatos sektoriaus darbo trūkumai, bet socialinio streso fenomenas, kurio pasireiškimui labai svarbūs buvo politiniai, ekonominiai ir socialiniai pokyčiai. Lietuva – ne išimtis. Situacijai tvarkantis, sveikatos rodikliai ėmė sparčiai gerėti. Deja, maždaug 2000 metais, kai prasidėjo žymesnis šalies ekonomikos augimas, daugumos rodiklių gerėjimo tendencijos sustojo. Kai kurie sveikatos rodikliai netgi pablogėjo. Visuomenės sveikatos mokslo srityje dirbantys ekspertai nuolat bando atkreipti dėmesį į tai, kad vienam sveikatos sektoriui priskirti atsakomybę už šalies gyventojų sveikatą yra neteisinga. Kitiems šalies socialinės–ekonominės sąrangos sektoriams nedalyvaujant sveikatos problemų sprendime, sveikatos sektoriaus galimybės palaipsniui senka. Atidžiau žvelgiant į tai, kas vyksta Lietuvos sveikatos sektoriuje, reiktų atsargiau vertinti paskutiniąją Pasaulio Banko ataskaitą, kurioje teigiama, jog investicija į gydytojų atlyginimus rezultatų nedavė. Su tuo negalima sutikti. Investicija į atlyginimus buvo būtina, nes atlyginimai buvo ypač maži, tapo sunku šalies žmonių sveikatos labai mobilizuoti sveikatos profesionalus. Ataskaitoje tiesiog atvirai galėjo būti pasakyta, kad tam tikrame sveikatos reformos etape buvo išspręsta būtent ši problema. Tačiau visai nemokslškai teigiama, kad investicija į medicinos darbuotojų atlyginimus 2005–2008 metų sveikatos rodiklių nepagerino. Per tokį trumpą laikotarpį sveikatos rodiklių pokyčių, ypač mirtingumo sumažėjimo, ir nevertėtų tikėtis. Investicijų reikia ir dabar, reikės ir vėliau, o svarbiausia – į šalies gyventojų sveikatos sistemą reikia įtraukti ir kitus sektorius. Neturėtų būti, kad sveikatos žalojimo visais įmanomais būdais (patys žmonės, aplinka, socialinė sistema), socialinio streso, savižudybių skaičiaus augimo problemų sprendimo našta užkraunama vien medikams. Taigi, Pasaulio Bankas savo ataskaitą ne tik galėjo, bet ir privalėjo parengti profesionaliau, ne vien „mechanškai“ paskelbdamas savo išvadas.

Dėl gyvenimo trukmės skirtumų atsiradimo, palyginti su mūsų kaimynais, pirmiausia reiktų apsibrėžti, ką laikome tais kaimynais. Jei kaimynais laikysime arčiausiai mūsų esančias valstybes – tuomet skirtumų nėra arba atsilikimas labai mažas. Jei palygintume su Rusijos Federacija – tuomet mūsų rodikliai žymiai geresni, jei su Slovėnija – atsiliekame, bet būtina atsižvelgti ir į tai, kad sovietmečiu



slovėnai turėjo kitas sąlygas. Jei Lietuvą lygintume su Estija, tuomet kai kuriais rodikliais pirmaujame, o kai kuriais atsiliekame. O jeigu paanalizuotumėm vieną svarbiausių populiacijos sveikatos rodiklių – kūdikių iki vienerių metų mirtingumą, kuris tarptautiniu mastu laikomas šalies socialinio–ekonominio išsivystymo ekvivalentu, tai – paradoksas! – Lietuvą pagal šį rodiklį derėtų priskirti geriausiai išsivysčiusių šalių grupei. Turime kuo pasididžiuoti ir nepamirškime to priminti „juodiesiems kritikams“ ir, visų pirma, – žiniasklaidai. Tad, vertinimai priklauso nuo to, su kuo ir kaip pagrįstai lyginame.

**5. Kurios 1989–2009 metų sveikatos politikos kryptys pasiteisino, o kurios galbūt nuvylė? Per pastaruosius 10 metų šalies gyventojai neprarado pasitikėjimo sveikatos apsauga, bet šis pasitikėjimas dešimtimi procentinių punktų sumenko. Kokius darbus būtina atlikti, kad gyventojų sveikatos rodikliai bei pasitikėjimas sveikatos sistema augtų?**

Norėtusi, kad visuomenė kritiškiau įvertintų tai, ką teikia žiniasklaida. Tarptautinėje profesijų darbo rizikos klasifikacijoje mediko profesija priskiriama vienai rizikingiausių profesijų pasaulyje (nepageidaujamo įvykio ar klaidos atsiradimo galimybė). Jeigu ir toliau tęsis toks sunkiai suvokiamas mediko profesijos žeminimas per žiniasklaidos priemones, o politikai vadovausis žiniasklaidos teikiama informacija, kurios didžioji dalis yra neigiamo turinio, tai labai sunku tikėtis, kad visuomenės pasitikėjimas augs. Žinoma, sistemoje yra problemų, kurios turi būti sprendžiamos. Nepaisant to, kad rimtų mokslinių tyrimų rezultatai rodo gerokai didesnę visuomenės pasitikėjimą Lietuvos gydytojais (nors to nepasakysi apie visą sveikatos sistemą bei sveikatos politikos įgyvendinimą), šių problemų sprendimo negalima palikti saviėgiai arba vien tik gydytojams. Būtų labai pravartu, jei žiniasklaida imtųsi savo prigimtinės funkcijos – aktyvia objektyvios informacijos sklaida padėti sveikatos apsaugos sistemai spręsti žmonių sveikatos problemas.

Greta pagarbos medikų profesijai skatinimo turi būti užtikrinamas ir pakankamas finansavimas sveikatos sektoriui. Finansiniai ir struktūriniai ištekliai turėtų būti panaudojami pasidalinus atsakomybės sritis: ką gali pirminė sveikatos priežiūros grandis, ką – antrinė ir, pagaliau, – brangi aukščiausio lygio medicinos pagalba. Dažnai ši hierarchinė piramidė yra apverčiama. Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje pigiausiai ir prieinamiausiai teikiama medicinos pagalba, todėl ten ir turi būti teikiamos mažiau sudėtingos paslaugos. Todėl nebūtina, bent jau šiame šalies išsivystymo lygyje, rajoninėse gydymo įstaigose turėti tokią pat įrangą kaip trečiojo lygio paslaugas teikiančiose gydymo įstaigose. Apskritai, trečiojo lygio sveikatos priežiūros grandis turėtų būti sukoncentruota dideliuose medicinos centruose.

**6. Prieš keliolika metų Lietuva atsivėrė pasauliui, o 2004 metais tapo Europos Sąjungos nare. Ką gero gavom ir ką praradom dėl šių pokyčių? Tarptautiniai ryšiai – tai ne tik prekių, kapitalo ir žmonių judėjimas, bet ir keitimasis patirtimi. Ko turime pasimokyti iš artimesnių ir tolimesnių kaimynų? Kuriose srityse galim didžiuotis savais pasiekimais?**

Lietuvoje per pastaruosius du dešimtmečius įvyko daugybė teigiamų pokyčių, užtenka paminėti vien žmonių laisves, galimybę laisvai keliauti, technologijų prieinamumą. Sveikatos sektoriuje galioja tos pačios taisyklės – daugiau laisvių, daugiau galimybių, bet ir daugiau rizikos. Mūsų universitetai parengia gydytojus taip, kad jie tampa laukiamais Europoje ir už jos ribų. Tačiau žiniasklaida ir kai kurie politikai kažkodėl tvirtina, kad mūsų studijų kokybė prasta. Tad, iškyla natūralus klausimas, kodėl Vakarų Europai mūsų gydytojai tinka, o Lietuvai – netinka. Todėl, kalbant apie studijų kokybę, turėtų būti aiškiai įvardijama, kokios konkrečios Lietuvos universitetų studijų programos neatitinka kokybės reikalavimų. O toks išankstinis ir dažnai nepagrįstas jaunųjų specialistų nuvertinimas, ypač mūsų narystės Europos Sąjungoje laikais, neabejotinai didina jaunimo emigracijos riziką. Šitaip neišvengiamai išauga protų nutekėjimo rizika. Vienas iš sprendimo būdų šioje situacijoje būtų prioritetą teikti ne strategijai – kaip gražinti darbo jėgą į Lietuvą, o kaip išlaikyti jaunimą Lietuvoje, kad jam būtų gera gyventi ir dirbti savo šalyje. Tarptautinės studentų ir specialistų pasikeitimo programos, mokslinės ir praktinės stažuotės, apskritai, pasinaudojimas tarptautine patirtimi yra būtina tobulėjimo sąlyga. Tačiau darbas savo šalies žmonių sveikatos labui yra tas kelias, kurį Lietuva turi ugdyti ir remti.

Įstoję į Europos Sąjungą iš jos gavome labai daug. Lietuva ir kitos Baltijos šalys vienoje iš neseniai Austrijoje vykusių Europos sveikatos politikos konferencijų įvardintos kaip labai protingai nusprendusios dalį europinių investicijų skirti sveikatos sektoriaus vystymui ir pažangai. Žinoma, rezultatai nėra matomi iš karto. Ypač svarbu, kad europinės lėšos greičiau pasiektų projektų įgyvendintojus. Pasiekimas, kuriuo galim didžiulis ir kurio pakankamai didelė Europos dalis gali pasimokyti iš mūsų – žymus, nuolatinis kūdikių iki vienerių metų mirtingumo mažėjimas. Erdvės gerinti šį rodiklį yra, tačiau ir dabar rezultatas yra akivaizdus ir reikšmingas.

Mūsų sveikatos politikos formavimo patirtis, grindžiant ją moksliniais argumentais, buvo įvertinta tarptautiniu mastu. Ypač tai išryškėjo tuo laikotarpiu, kai PSO formuojant XXI a. Europos sveikatos politiką, Lietuva neretai buvo minima kaip pavyzdys. Ne visus tikslus mums pavyko įgyvendinti, tačiau mūsų sveikatos politikos kryptis, pati jos koncepcija, neabejotinai atitinka tarptautinius standartus. Lietuvos patirtis buvo įvertinta ir 1999 metais Europos Sveikatos Asamblėjoje priimant XXI a. sveikatos politiką, kai Lietuvai buvo suteikta garbė prezidentauti.

***7. Šalies Nepriklausomybės, narystės Europos Sąjungoje idėjos vienijo ir tebevienija Lietuvos gyventojus. Pastaraisiais metais sąvoka „sveikatos reforma“ dėl nepasiteisinusių lūkesčių ir perteklinio vartojimo praranda pozityvią prasmę. Kokios sveikatos sektorių liečiančios idėjos gali suburti Lietuvos gyventojus ateinantį dešimtmetį?***

Jeigu mes viską, kas vyksta sveikatos sektoriuje, vadinsime reforma, tada negatyvi prasmė išliks. Reikia pripažinti, kad buvo nutolta nuo tų postulatų, kurie buvo mūsų sveikatos politikos dokumentų pagrindas. Trūko vadybinės patirties, politinės valios įgyvendinant sisteminius pokyčius. Neretai sveikatos reformos įgyvendinimo problemos buvo susijusios ir su politikų ambicijomis. Šiuo metu

įgyvendinamam reformos etapui – stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijai – taip pat priešinamasi, neretai net rimtai ir neargumentuojant kodėl. Tai labiau panašu į politinius žaidimus, kuriuos sunku susieti su reformos vyksmu. Žinoma, siūlomus pokyčius derėtų plačiau aptarti su medikų ir plačiąja visuomene, viešai ir skaidriai pateikti atliktos analizės ir gerosios patirties perėmimo iš kitų šalių pavyzdžius. Juk turėtume suprasti, kad nieko nedaryti yra blogiausia. Vienas iš labai svarių argumentų ir visuomenei, ir mūsų politikams, – baigti sveikatos priežiūrą priskirti išimtinai paslaugų sferai, paverčiant ją išlaikytine. Labai svarbu būtų iškelti ekonominius argumentus į viešumą, parodant, kad sveikatos sektorius yra toks pats, o gal net svarbesnis nei daugelis kitų mūsų socialinės sąrangos sektorių, nacionalinio produkto gamintojas. Juk žmonėms nekyla abejonių dėl to, kad gerėjant ekonominiam gerbūviui, atsiranda daugiau galimybių tenkinti savo poreikius. Deja, neretai pamirštama, kad sveikatos sektorius labai daug prisideda prie ekonomikos augimo. Prieš kelis metus JAV atliktų tyrimų duomenimis vieno JAV dolerio investicija į sveikatos sistemą atneša tris JAV dolerius gražos į visuomenės sveikatą. Panašios informacijos sklaida turėtų skatinti politikus ir plačiąją visuomenę daugiau investuoti į sveikatą. Tikriausiai išsisklaidytų ir mitas, kad esame išlaikytiniai. Juk mes tokie patys nacionalinio produkto gamintojai ir, be to, kur kas efektyvesni, nei kai kurie mūsų ekonomikos sektoriai.

***8. Diskutuojant dėl XXI amžiuje efektyviausių visuomeninės sąrangos principų išsakoma prieštaringų nuomonių. Liberalai daugelio ekonominių ir socialinių problemų sprendimų linę sieti su valstybės dalyvavimo ūkyje užkardinimu, bet yra kritikuojami dėl negebėjimo išvengti pasaulinės finansų krizės, efektyviai pasipriešinti klimato kaitai, žalingų vartojimo įpročių plėtrai. Ko labiau reikia gyventojų sveikatai palaikyti: kokybiško valstybinio reguliavimo ar daugiau teisių ir savarankiško medikams, įstaigoms, pacientams?***

Iš esmės reiktų abiejų veiksnių, tik išmintingai subalansuotų. Tuo metu, kai dirbau PSO, šioje tarptautinėje organizacijoje buvo labai sudėtingai ir griežtai reguliuojami santykiai su privačiu sektoriumi, egzistavo aibė barjerų. Su naujos PSO generalinės direktorės Dr. G.H. Brundtland atėjimu buvo pradėta kalbėti apie tai, kad derėtų glaudžiau bendradarbiauti valstybiniam ir privačiam sektoriams, ieškant skaidrių ir efektyvių šio bendradarbiavimo būdų. Atsirado aiškiai apibrėžtos žaidimo taisyklės, o privataus kapitalo mobilizavimas sveikatos problemų sprendimui kai kuriose valstybėse davė stulbinamų rezultatų. Bandyti perkelti visiškai identišką modelį į Lietuvą būtų klaidinga. Būtų tikrai neperspektyvu, jeigu privatus sektorius bandytų lobti viešojo sektoriaus sąskaita. Apskritai, socialiniame sektoriuje, kuriam priklauso švietimo, sveikatos ir socialinės saugos sistemos, valstybės atsakomybė visose be išimties išsivysčiusiose Vakarų šalyse yra akivaizdi, o viešojo sektoriaus dalis sveikatos sistemos funkcionavime kai kuriose iš jų sudaro iki devyniasdešimties procentų. Neskaidrūs privataus ir viešojo sektoriaus ryšiai kultūringose civilizuose šalyse neįsivaizduojami, nes tokių paprasčiausiai negalėtų būti. Taigi ir Lietuvos socialiniame sektoriuje laisvos rinkos principai neturi būti

grindžiami devynioliktojo amžiaus nuostatomis. Privatus sektorius turėtų matyti savo tikslų ribas.

Na, o dėl išmintingo, skaidraus, mokslu grindžiamo valstybinio sveikatos sektoriaus reguliavimo, aktyvaus dalyvavimo sprendžiant savo ir visų piliečių sveikatos problemas, išplečiant pacientų, medikų ir įstaigų savarankiškumą, teises bei pareigas neturėtų kilti abejonių. Tik derėtų nepamiršti, jog tai didelis ir atsakingas darbas, reikalaujantis ir atitinkamų investicijų.

### ***9. Kaip atrodo Lietuvos socialinis sektorius ir ypač sveikatos priežiūra po dešimties metų? Kaip keisis Lietuvos gyventojų sveikata?***

Prognozių kūrimas yra pats nedėkingiausias darbas, ypač kalbant apie žymesnius pokyčius visuomenės gyvenime. Daug kas priklausys nuo to, kaip įveiksime kiekvienas savo ir visuomenės pasyvumą ne tik spręsdami sveikatos, bet ir apskritai socialines problemas; kaip pavyks išugdyti visuomenės ir politikų suvokimą, kad posakis „sveikata – brangiausias turtas“ – ne tik deklaracija, bet, kad sveikata yra vienas iš svarbiausių socialinės–ekonominės šalies pažangos garantų; kaip pavyks sveikatos profesionalams, politikams ir visuomenei sutarti ir pasiekti konsensuso siekiant sveikatos. Verslo skatinimas yra labai svarbus, tačiau verslo interesai negali vyrauti prieš sveikatos interesus. Jeigu mažės priešprieša tarp privataus ir viešojo sektoriaus, nugalės bendradarbiavimo plėtros siekis, žiniasklaida suvoks savo vaidmenį, siekiant sveikatos sistemos pažangos, jei ne mažės, o, priešingai, didės nacionalinių ir europinių išteklių investicijos į sveikatos priežiūrą ir mokslinius tyrimus, visa tai netruks atsispindėti Lietuvos sveikatos rodikliuose, kurie neabejotinai turės tendenciją gerėti. Nuoširdžiai tuo tikiu.

## **Profesorius Aleksandras Laucevičius** **Vilniaus universiteto ligininės Santariškių klinikų vadovas**

### ***1. Ar per 20 Nepriklausomybės metų pasisekė Lietuvos sveikatos sistemą integruoti į europinį modelį, o gal vis dar jaučiamės gyvenę pereinamoje būsenoje iš sovietmečio į geresnius laikus? Kurie naujajame Lietuvos istorijos etape pradėti darbai, Jūsų nuomone, sėkmingai pabaigti?***

Šiuo klausimu susidaro įspūdis, kad visai sveikatos apsaugos sistemai nepasisekė integruotis į europinį modelį, bet atskiros tos sistemos dalys daugiau ar mažiau integravosi arba integruojasi į jį. Jeigu paimtume du kraštutinius polių – šeimos gydytojų ir trečiojo lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir jų teikiamas paslaugas – matytume, kad jos daugiaž primena europinį modelį, tačiau tai, kas yra per vidurį – vis dar sovietiška. Netgi terminas „sovietiška“ nelabai tinkamas. Ta sistemos dalis neliko ir sovietiška, tiesiog neįvyko reikšmingų pokyčių, nes yra daug asmeninių interesų. Tiesą sakant, labai sunku ką nors iš esmės pakeisti, jeigu yra įsitvirtinę žmonės, kurie tvirtai laikosi savo interesų. Ambulatorinė grandis vis dar neprilygsta europiniam modeliui, ji išliko stagnaciška. Šiuo požiūriu tarybinis laikotarpis netgi buvo geresnis, egzistavo dispanseriai ir pan. Atgavus Nepriklausomybę jų neliko, nes pas mus prasidėjo senosios sistemos griovimas. Kai

kurie vadovai griovimą supranta kaip reformą. Griovimas buvo visiškai neapgalvotas. Kai kur jis įvyko išardant jau nusistovėjusius dalykus, o vietoj jų nieko nauja nesukurta. Šeimos gydytojų padėtis pagerėjo, nors jiems dar daug ko trūksta, bet per Europos struktūrinius fondus ir mokymus tam tikrų prošvaisčių įžvelgti galima. Tobulėja aukšto lygio, vadinamoji “high-tech”, medicina. Tačiau minėtoji vidurinioji grandis atrodo liūdnei. Šeimos gydytojo institucijos atsiradimas buvo vertinamas prieštaringai, bet tikrai pasiteisino, tik reikia daugiau laiko, kad ši institucija sustiprėtų. Gydytojų ruošimas ir “high-tech” medicina niekuo neprastesnė nei išsivysčiusiose Vakarų šalyse, o, kai kuriais aspektais ir geresnė – mūsų medicina netapo bekontakto, išliko kontaktas su pacientu. Apmąčius šiuos mūsų sveikatos sistemos niuansus susidaro įspūdis, kad mūsų sistema nėra tokia jau bloga.

***2. Ar galima kalbėti apie kertines vertybes, kurias puoselėjama nepriklausomai nuo vyriausybės ir jose dirbančių asmenybių kaitos, bei apie šias vertybes atitinkančias veiklos kryptis? Kurie sveikatos politikos perimamumo aspektai laikytini svarbiausiais?***

Tai didelė Lietuvos problema. Vyriausybės kaitoje, kalbant apie mediciną, labiausiai stinga perimamumo. Blogiausia, kad keičiantis vyriausybėms daugiausia laiko skiriama ne kažkam sukurti, bet sugriauti, kas buvo daryta prieš tai. Tai jau visos valstybės problema. Pasitaiko tarpusavio nepasitikėjimo ir pan. Pavyzdžiui, Seime kartas nuo karto įsivyrąja nepasitikėjimas, bandymas ieškoti kažkokių paslėptų, blogų, realiame gyvenime neegzistuojančių dalykų. Politikos perimamumas Lietuvoje galėtų būti geresnis. Kai atiduodančios ir perimančios valdžią vyriausybės politinė orientacija panaši – tai perimamumas daugmaž juntamas; bet jeigu orientacija staiga keičiasi į priešingą – sveikatos priežiūros įstaigose dirbantiems medikams dirbti tampa labai sunku, nes visos vertybės virsta aukštyn kojom ir tenka prie to taikytis. Faktas, kad per dvidešimt metų turėjome penkiolika sveikatos apsaugos ministrų, rodo, kad politikos korekcijos yra pernelyg dažnos. Bandyta kalbėtis apie medicinos depolitizavimą, tačiau, atrodo, kad medicina, vis dėlto, yra labai patogi vieta politikams užsidirbti „plusus“ ir „minusus“ bei krauti politinį kapitalą. Tai – didžiulė problema, kuri vis dar neišspręsta.

Visą laiką mažčiau, kokie reformos etapai per tuos dvidešimt metų buvo įgyvendinti. Pirmas reikšmingas dalykas buvo universitetinės medicinos ruošimo atsiradimas, kai mūsų gydytojai tapo pageidaujami ir galintys konkuruoti užsienio rinkoje. Anksčiau, esant sovietinei sistemai, niekas savęs parduoti negalėjo. Dabar jaunas, baigęs mokslus gydytojas yra pageidaujamas ir laukiamas ligoninėse, nes jis gali kvalifikuotai atlikti daug darbų, o anksčiau to nebūta. Antras svarbus dalykas – tai draudiminės medicinos atsiradimas, jos pradmenų, privalomojo sveikatos draudimo fondo, kompensuojamųjų vaistų sąrašo bei šeimos daktaro institucijos atsiradimas. Tai yra svarbūs dalykai. Draudimo neišdiferencijavimas į įvairius papildomus draudimus, tokius kaip savanoriškas – didžiulė bėda. Nežinau, kodėl diferencijavimas neįvyko, nors tokio projekto būta. Koks bebūtų buvęs projektas, reikėjo startuoti, o tik paskui palaiptiui, ką reikia, keisti. Delsiant įgyvendinti tai,

kas numatyta, buvo prarastas palankus momentas. Tinkamą progą praleidome ir įgyvendinant įstaigų restruktūrizavimą. Jeigu būtume keitęsi kaip estai, tai Lietuvoje (beje, ir Latvijoje) turėtume mažiau problemų. Bandome keistis, bet neramina pernelyg stipri siaurų politinių interesų įtaka.

***3. Sveikatos sistemos plėtra priklauso nuo valstybinių institucijų darbo efektyvumo. Bendras šalies vystymasis, gyventojų elgsena, pasaulinė medicininių technologijų plėtra ir nacionalinės sveikatos sistemos narių (universitetų, gydymo įstaigų, asmens ir visuomenės sveikatos profesionalų) gebėjimas diegti efektyviausius sprendimus reikšmingai veikia gyventojų sveikatą. Kurie iš šių veiksmų labiausiai paveikė Lietuvos sveikatos sistemos raidą?***

Turbūt labai daug reikšmės turėjo bendra šalies raida. Akivaizdūs etapai. Kai šalies ekonomika augo – paraleliai vystėsi ir medicina. Didžiausi pasiekimai modernizuojant mediciną padaryti būtent šalies ekonomikos kilimo laikotarpiu. Sveika gyvensena įmanoma tik tada, kai išspręstos ekonominės problemos. Kol tokios problemos neišspręstos, kalbos apie sveikatingumą ir liks tik kalbomis. Gyventojų elgsena yra prieštaringa. Atrodo, kad kartais gyventojai sąmoningai nuteikiami prieš mediciną. Daugelyje šalių nieko panašaus nevyksta ir net neleidžiama, kad kiltų medikų ir gyventojų supriešinimas. Gyventojai turi pasitikėti medicina, kitaip ji niekada nebus efektyvi. Dabartiniai laikai kartkartėmis primena Stalino laikus, kai prieš medikus buvo keliamos bylos (1952–1953 m., Stalino valdymo metais, buvo sufabrikuota gydytojų byla, kurios metu parodomuosiuose teismuose teisti gydytojai – red. past.). Panašu, kad ir šiandien kai kurie politikai, nesugebėjimą argumentuotai pagrįsti savo politikos ar įgyvendinti Lietuvai reikalingų darbų, bando kompensuoti medikų puolimu. Toks žaidimas su medikų ir gyventojų santykiais neleistas.

Pasaulinių medicininių technologijų plėtra atspindėjo Lietuvoje nuo pat pradžių, kai buvo galima įsigyti naujas technologijas specializuotose gydymo įstaigose, ypač per Europos Sąjungos projektus. Medicininių technologijų plėtros atžvilgiu neįtikėtina yra tai, kas įvyko per paskutiniuosius dvidešimt metų. Mūsų žmonės geba diegti labai efektyvius sprendimus. Jei jiems niekas netrukdytų ir nesikištų – būtų įdiegta visa, kas reikalinga. Nauji medicininių technologijų sprendimai Lietuvoje yra, jie gerai įsisavinti.

Dar vienas svarbus dalykas yra tai, kad atsirado galimybė pasiųsti medikus tobulintis į geriausius pasaulinius centrus. Juose medikai įsisavina naujas medicininės technologijas ir jas Lietuvoje sėkmingai diegia. Šiuo atžvilgiu per du dešimtmečius daug kas yra neįtikėtina pasikeitę.

Prieš pradėdant sielotis dėl menko gyventojų sveikatingumo reikia atsiminti, kad:

- laikui bėgant atsirado galimybė atpažinti kai kuriuos sveikatos sutrikimus, apie kuriuos anksčiau nė neįtardavome.
- pradedamos profilaktinės programos padidina statistikos fiksuojamą sergamumą, nes atskleidžia anksčiau nenustatytas sudėtingas, sunkiai diagnozuojamas onkologines ir kardiovaskulines ligas.

Sveikos gyvensenos linkme buvo žengti tikrai pirmieji žingsniai. Iki krizės buvo žmonių rūpinimosi savo sveikata ženklų. Teigiamas dalykas – nepaisant krizės nenutrauktas profilaktinių programų vykdymas. Už sveikatos apsaugą atsakingi asmenys buvo įtikinti tokių programų nenutraukti, nes jos pakankamai efektyvios. Krizės metu žmonių motyvacija sveikatingumui žymiai susilpnėjo. Šiuo metu šnekėti apie sveiką mitybą, sportavimą labai sudėtinga. Tiesiog žmonės dabar apie tai negalvoja. Vis dėlto iki krizės šioje srityje buvo nemažai nuveikta.

Sveikatos rodikliai ne taip sparčiai sureaguoja į įvairias priemones, nebent jos būna labai drastiškos, kaip, tarkim, suomių projektas. Po penkerių šešerių metų rodikliai turėtų būti visiškai kitokie. Jei palygintume, pavyzdžiui, maistą, tai pamatytume, kad tarybinių metų vaisių stalas gerokai skyrėsi nuo dabartinio vaisių stalo. Šiuo metu vartojama daugiau daržovių, o riebalų – mažiau; daugiau žmonių sportuoja. Taip pat egzistuoja dar viena problema – mus supanti stresinė aplinka. Per dvidešimt metų ji mūsų sveikatos nepagerino; atsirado naujų problemų, susijusių su didžiule įtampa, kuri egzistuoja ir darbe, ir buityje. Kova dėl būvio, pinigų ir kitų dalykų, savo ruožtu, skatina hipertenzijų padidėjimą, riebalų apykaitos sutrikimus, didina riziką patirti insultą, infarktą ar kitus sveikatos sutrikimus. Per daugelį metų labai mažai keitėsi ligonių, sergančių daugiausiai gyvybių nusinešančiomis ligomis, skaičius – šių ligonių nepadaugėjo – o didėjimas galėjo būti visai tikėtinas.

***4. Lietuvos ekonomika pastarąjį dešimtmetį išgyveno labai spartaus augimo laikotarpį 2000–2007 metais bei nuosmukį 2009 metais. Šalies gyventojų sveikatos lygis 2000–2008 metais beveik nekito ir pagal vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklį pradėjom atsilikti nuo daugelio kaimynų. Kokios priežastys lėmė, kad gamybos ir vartojimo plėtra Lietuvoje menkai koreliavo su gyventojų sveikatingumu?***

Pozityvių gyvenimo trukmės kitimo tendencijų jau buvo. Nuo daugelio pasaulio šalių Lietuva atsilieka, tačiau nuo artimiausių kaimyninių valstybių – ne, išskyrus Lenkiją. Lenkai yra optimistiškesni, jie neturi tokio didelio pesimizmo kaip mes. Apskritai, optimizmas, humoro jausmas turi labai didelę reikšmę asmens sveikatos būklei. Nuolatinė žmonių savigrauža tikrai neprideda prie pozityvaus sveikatos ir jos sistemos vertinimo.

***5. Kurios 1989–2009 metų sveikatos politikos kryptys pasiteisino, o kurios galbūt nuvylė? Per pastaruosius 10 metų šalies gyventojai neprarado pasitikėjimo sveikatos apsauga, bet šis pasitikėjimas dešimtimi procentinių punktų sumenko. Kokius darbus būtina atlikti, kad gyventojų sveikatos rodikliai bei pasitikėjimas sveikatos sistema augtų?***

Tai, kad pasitikėjimas sveikatos apsauga sumenko – ir žiniasklaidos bei politikų kaltė. Medikai tikrai nepradėjo blogiau dirbti. Atvirkščiai – jie tapo profesionalesni negu anksčiau. Medikai padaro šimtus kartų daugiau gerų darbų, nei patiria nesėkmių. Be abejo, atgavus Nepriklausomybę sveikatos apsaugos prieinamumas pasidarė sudėtingesnis. Sovietmečiu jis buvo žymiai paprastesnis. Norint, kad sveikatos apsauga pasitiktų daugiau žmonių, pirmiausiai reiktų keisti požiūrį į ją.

Siekiant gerinti sveikatos rodiklius svarbu, kad sveikatos priežiūros paslaugos asmeniui būtų prieinamos. Prieinamumas turėtų būti labai gerai apgalvotas. Reiktų pradėti reguliuoti pacientų srautus, nes dabar pacientui suteikiama galimybė pasirinkti, kaip ir kur jis nori gydytis. Pacientas gali priimti sprendimą, kur jis turi atsidurti susirgęs viena ar kita liga, o nesant srautų reguliacijos perkraunamos kai kurios gydymo įstaigos, kurios galėtų dirbti labiau specializuotoje srityje. Vis dėlto žinodami, kad tai yra aukšto lygio įstaigos, pacientai su paprastom problemom į jas veržiasi ir nėra būdų jų sustabdyti. Būtų geriau, jei į specializuotas gydymo įstaigas pakliūtų daugiau sunkios būklės pacientų, jie būtų gydomi, vėliau perkeltami kitur tolimesniai gydymui. Reikalingas pacientų srautų reguliavimas. Elementarios gydymo paslaugos turėtų būti teikiamos paprastesnėse gydymo įstaigose. Daug blogio padaro taip vadinamas „plaukiojantis“ įkainio balas. Didžiose įstaigose, kurios privalo dirbti pasitelkdamos aukštas technologijas, darosi neįmanoma jas taikyti visiems pacientams.

Jeigu palygintume Lietuvos ir Anglijos sveikatos sistemą pacientų teisių atžvilgiu, tai pamatytume, kad pagal tam tikrus parametrus Lietuvoje pacientas teisių turi daugiau. Paciento ir gydytojo santykiai Lietuvoje yra glaudesni, laukimo eilės trumpesnės, galimybė gauti žiniasklaidos palaikymą didesnė. Pacientų srautų reguliavimas šiuos privalumus iš esmės išlaikytų, o paslaugų prieinamumą sudėtingiems ligoniams padidintų.

Lietuvos sveikatos apsaugai reformų reikia. Su sąlyga, kad pokyčiai atliekami ne dėl vienintelio tikslo – reklamuotis. Neišnaudotų plėtros galimybių yra daug, bet keisti sveikatos apsaugą dabar sunkiau nei buvo pradžioje po Nepriklausomybės atgavimo. Tuo metu dirbti buvo kur kas lengviau, nes visi siekė keistis. Prieštaraujančių prieš pokyčius buvo nedaug. Visiškai kitokia situacija yra dabar. Įgyvendinant menkiausius pakeitimus susiduriama su daugybe grandžių, kurios pokyčiams priešinasi. Pirmiausia – asmeniniai interesai: nenoras apleisti posto, geras gydymo įstaigos vadovo atlyginimas ir panašūs dalykai. Antra grandis yra politikai, kurie neretai rūpinasi, kad tam tikroms ligoninėms būtų skiriamos lėšos. Jeigu tokias ligonines uždarytų, tai būtų itin neparanku patiems politikams. Trečioji grandis – galimybė priešišškai nuteikti žmones. Pakanka žiniasklaidos įsikišimo ir bet kokia idėja sunaikinama net nepradėjus jos įgyvendinti. Ką nors keisti dabar pasidarė labai sunku, todėl turime išmokti branginti pozityvius pokyčius. Jei viena politinė jėga į priekį pastūmės įstaigų restruktūrizavimą, o kita atėjusi šito darbo nekritikuos, bet aptvarkys sveikatos draudimo sistemą – tuomet bus gerai.

Draudimo sistema šiuo metu yra supanašėjusi su biudžetine, tik kitaip vadinama ir nieko kardinaliai skirtingo tarp šių dviejų sistemų nėra. Greičiau skiriasi tik kai kurie vidiniai niuansai, bet ne esminiai dalykai. Finansavimas ir toliau gaunamas pagal praėjusių metų rezultatus, bet ne pagal tai, ką šiais metais žadama daryti. Dabartinę sveikatos draudimo sistemą apibūdinti kaip „savanoriškai priverčiančią“. Galbūt reiktų pakeisti draudimo įmokų sistemą, sukuriant kelias grupes. Pirmajai, mažiausiai uždirbančiųjų žmonių, daliai, pagal atlyginimo lubas tektų nustatyta įmoka. Antrajai, viršijusiai pirmosios grupės atlyginimo lubas,



draudimo mokesčiai būtų kur kas didesni. Šis variantas būtų žymiai geresnis nei savanoriškas.

Taip pat svarbus aspektas yra finansavimas. Tai, ką padarė estai (kai atlikus tam tikrą skaičių procedūrų su įranga uždribami pinigai naujai įrangai) yra labai geras sprendimas. Darbas tuomet vyksta suplanuotai, ne taip chaotiškai kaip Lietuvoje. Gaila, tačiau toks finansavimas (amortizacinių atskaitymų įtraukimas į paslaugos kainą) Lietuvoje neegzistuoja.

Didelių sveikatos apsaugos sistemos revoliucijų ateityje tikėtis neverta. Svarbiausia – naujos technologijos, medikų profesionalumas ir jų emigracijos iš Lietuvos stabdymas. Medikų ruošimas ir tolimesnis mokymas trunka labai ilgai ir kainuoja didžiulius pinigus, todėl reikia stengtis, kad jie, kaip kad Latvijos medikai, neišvažiuotų į užsienį.

Apskritai pati sistema nėra bloga, o įgyvendinus minėtus pakeitimus ir patobulinus sveikatos apsaugos sistemą, jos rodikliai ir pasitikėjimas ja turėtų pagerėti.

***6. Prieš keliolika metų Lietuva atsivėrė pasauliui, o 2004 metais tapo Europos Sąjungos nare. Ką gero gavom ir ką praradom dėl šių pokyčių? Tarptautiniai ryšiai – tai ne tik prekių, kapitalo ir žmonių judėjimas, bet ir keitimasis patirtimi. Ko turėtume pasimokyti iš artimesnių ir tolimesnių kaimynų? Kuriose srityse galim didžiuotis savais pasiekimais?***

Narystė Europos Sąjungoje davė labai daug naudos. Visų pirma, dėl to, kad į mediciną atkeliavo gana didelės investicijos. Jos daug ką sistemškai ir iš esmės pakeitė. Kita vertus, atsirado kitoks darbo dienos suvokimas: dirbu labai trumpai, o po darbo valandų dirbti neprivalau. Geresnė yra amerikietiška, azijietiška, Taivano sistema, kur darbo laikas nėra taip stipriai reglamentuojamas kaip Lietuvoje. Tai – mūsų minusas. Visais kitais atžvilgiais mes esame visa galva aukščiau už tas valstybes, kurios nėra Europos Sąjungoje. Sritis, kuriose galime pasididžiuoti savo pasiekimais priklauso nuo to, su kuria valstybe lyginsime. Jei lyginsime su Baltarusija, Rusija, Moldova, Ukraina, Gruzija, Armėnija – tuomet pirmiausia visose srityse, bet jeigu palyginsime Lietuvą su Vokietija, Olandija ar JAV – daug kur atsiliename. Pagrindinis tarptautiniame kontekste pozityvus dalykas, kuris yra išlikęs Lietuvoje – gydytojavimas. Mūsų šalyje nėra tokio požiūrio į pacientą, kai gydymas susideda iš tyrimų visumos ir recepto išrašymo, o paciento gali ir nebūti – svarbiausia turėti tyrimų rezultatus ir žinoti, kokių receptų reikia. Tai – vadinamoji touchless (liet. bekontaktė – red. past.) medicina. Lietuvoje – atvirkščiai, labai didelis dėmesys, kurio kartais būna net per daug, skiriamas pačiam pacientui. Daug laiko skiriama kalbėjimui, bendravimui su pacientu, ko labai pasigendama Vakaruose. Tuo mes galim didžiuotis, nes Vakarai mąsto, kaip sugrąžinti tokį bendravimo su pacientu modelį. Didžiuotis galime ir tuo, kad už mažus pinigus galime padaryti dalykus, kurie Vakaruose kainuoja ypač brangiai. Dažnai Lietuvos medikams užtenka entuziazmo darbui su nauja aparatūra visiems metams, nors atlyginimas, atsižvelgiant į darbo su aparatūra sudėtingumą, nedidėja. Ne tik atlyginimas lemia gydytojo apsisprendimą išvažiuoti į kitą šalį, bet ir darbo sąlygos,

ir aplinka. Medicinos logistika – liūdnas reikalas Lietuvoje. Lietuvoje niekas rimtai tuo neužsiima ir šiuo klausimu labai atsiliekame nuo Vakarų.

**7. Šalies Nepriklausomybės, narystės Europos Sąjungoje idėjos vienijo ir tebevienija Lietuvos gyventojus. Pastaraisiais metais sąvoka „sveikatos reforma“ dėl nepasiteisinusių lūkesčių ir perteklinio vartojimo praranda pozityvią prasmę. Kokios sveikatos sektorių liečiančios idėjos gali suburti Lietuvos gyventojus ateinantį dešimtmetį?**

Sveikatos reforma tebevyksta. Teiginiai, kad sveikatos reforma nevyksta, yra politikų tarpusavio žaidimai. Ji įgyvendinama nuo pat pradžių, tačiau ne viskas vienu metu, o etapais. Kai kurie pokyčiai buvo įdiegti vos tik prasidėjus sveikatos reformai, kiti liko nerealizuoti, tačiau kalbos apie sveikatos reformos nevykdymą yra nepagrįstos.

Lietuvos gyventojus galėtų suburti abipusė medikų ir pacientų pagarba bei tos pagarbos užtikrinimas ir apsaugojimas. Abipusė pagarba turėtų būti apsaugota nuo politinių jėgų kovų ir būti tausojama. Siektina, kad sveikatos paslaugų prieinamumas būtų gerai sutvarkytas ir pacientai neturėtų pretenzijų, kad savo gyvenamojoje vietovėje negali gauti tinkamos medicininės paslaugos. Dar vienas svarbus aspektas – būtinės sąlygos darbo vietoje. Jos Lietuvoje yra tikrai liūdnokos, nors jau įrengta ir daug modernių palatų. Prastos laukimo salės, blogai sutvarkyta logistika. Pacientų nepasitenkinimą dažniausiai sukelia ne tai, kad kažkas padaryta blogai, o tai, kad nepaaiškinta, nepabendrauta. Jei tai pavyktų išspręsti – atsirastų dar glaudesnis ryšys tarp mediko ir paciento, be to, ir pasitikėjimas sveikatos apsauga išaugtų. Profilaktinėms programoms įgavus sistemingumą, jos nebūtų vienalaikiais aktais, o žmonės būtų patenkinti sveikatos apsauga. Lietuvoje pradėtas kompensuoti įvairių sudėtingų onkologinių ligų gydymas. Šios paslaugos turi plėstis, idant taptų labiau prieinamos.

**8. Diskutuojant dėl XXI amžiuje efektyviausių visuomeninės sąrangos principų išsakoma prieštarinių nuomonių. Liberalai daugelio ekonominių ir socialinių problemų sprendimą linkę sieti su valstybės dalyvavimo ūkyje užkardinimu, bet yra kritikuojami dėl negebėjimo išvengti pasaulinės finansų krizės, efektyviai pasipriešinti klimato kaitai, žalingų vartojimo įpročių plėtrai. Ko labiau reikia gyventojų sveikatai palaikyti: kokybiško valstybinio reguliavimo ar daugiau teisių ir savarankiškumo medikams, įstaigoms, pacientams?**

Kol medicinos paslaugų prieinamumas dar nepakankamas, tol privačių gydymo įstaigų stacionarų atsiradimas būtų netikslingas žingsnis, tačiau kitaip yra su ambulatorine medicina. Ji egzistuoti gali. Jeigu privati medicina būtų visavertė ir turėtų tą pačią atsakomybę kaip ir valdiška medicina, būtų gerai. Privati medicina Lietuvoje sprendžia tik paprastas sveikatos problemas. Jei asmens sveikatos problema sudėtingesnė, tuomet pacientas siunčiamas į valdiškas gydymo įstaigas. Taip privati medicina atlieka ne pagrindinį, o statisto vaidmenį. Privati medicina turėtų neapsiriboti vien tik lengvų ir nesudėtingų atvejų gydymu, komplikuočius ar

rizingus pacientus siųsdama valdiškoms gydymo įstaigoms. Toks kelias, kuriuo kartais eina privati medicina, atimdama pacientą iš valdiškos medicinos, yra netikęs.

Tam tikru atžvilgiu privati medicina yra patogesnėje pozicijoje, nes gali įgyti, turėti ir naudoti amortizacines lėšas, kuo negali pasigirti viešojo sektoriaus medicina. Jeigu valdiška medicina turėtų tokias galimybes, tuomet būtų galima jas lyginti. Privačių pilnaverčių gydymo įstaigų, galinčių teikti pacientui ne itin brangias paslaugas, atsiradimas būtų labai geras sprendimas. Vien valdiška (kaip, beje, vien privati) medicina Lietuvoje problemų neišspręs. Turi išlikti privačios ir valdiškos medicinos konglomeratas.

### **9. Kaip atrodo Lietuvos socialinis sektorius ir ypač sveikatos priežiūra po dešimties metų? Kaip keisis Lietuvos gyventojų sveikata?**

Po 10 metų medicina turėtų atrodyti žymiai geriau. Sulig kiekvienu dešimtmečiu ji eina vis gilyn. Sveikatos apsaugos sistema keičia savo veidą. Dar daugiau, jeigu sumažės rajoninių gydymo įstaigų, o išlikusios gaus struktūrinių fondų paramą – viskas pasikeis. Reikia tikėtis, kad medikai masiškai neemigruos ir bus kam dirbti.

## **Juozas Olekas**

**Lietuvos Respublikos Seimo narys, buvęs Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ir krašto apsaugos ministras, medicinos mokslų daktaras, mikrochirurgas**

### **1. Ar per 20 Nepriklausomybės metų pasisekė Lietuvos sveikatos sistemą integruoti į europinį modelį, o gal vis dar jaučiamės gyveną pereinamoje būsenoje iš sovietmečio į geresnius laikus? Kurie naujajame Lietuvos istorijos etape pradėti darbai, Jūsų nuomone, sėkmingai pabaigti?**

Iš tikrųjų per 20 metų Lietuvos sveikatos sistema smarkiai pasikeitė. Didelė pažanga padaryta priartėjant prie europinių sistemų modelių, išlaikant kai kurias gerąsias senosios sistemos dalis, kurios tikrai buvo pozityvios. Galbūt pradžioje, visiems ėmus reorganizuoti pačią sveikatos sistemą, buvo apleistas sovietmečiu propaguotas profilaktinis darbas, tačiau po tam tikro laiko dėmesys jam vėl sugrįžo. Atkreipčiau dėmesį į mūsų gydytojų rengimą, kurio pasikeitimai įvyko pačioje Nepriklausomybės pradžioje sukuriant universitetines ligonines, įvedant rezidentūrą. Tai – visiškai atitinkantis europietiškus standartus medikų rengimas. Tą rodo ir mūsų diplomų pripažinimas (be papildomų mokymųsi) Europos šalyse, ir sėkmingas išvykusių mūsų gydytojų ir slaugytojų darbas įvairiose Europos Sąjungos valstybėse. Jų kvalifikacija vertinama labai gerai, jie ten puikiausiai įsikūrę ir vertinami kaip sėkmingai dirbantys specialistai. Norėtume, kad jie sugrįžtų. Šis gydytojų ir slaugytojų rengimo darbas buvo labai sėkmingas.

Sėkmingos kai kurios programos pradėtos mūsų Nepriklausomybės pradžioje – tarkim, neonatologijos programa. Ji padėjo sumažinti kūdikių mirtingumą ir pasiekti tuos rodiklius, kuriuos užsibrėžėme sveikatos programoje ir juos netgi pranokti. Tačiau gyvenimas Europoje taip pat nestovi vietoje. Kai kurie mūsų pasiekti rodikliai yra geresni nei JAV. Tačiau Europoje per tuos dvidešimt metų jie gerėjo ir

mums reikia dar labiau pasistengti, kad priartėtume prie dabartinio europinio vidurkio. Reikia pabrėžti mūsų sveikatos sistemos finansavimo pasikeitimus, kurie buvo pradėti pačioje Nepriklausomybės pradžioje įkuriant ligonių kasas, įdiegiant mišrų biudžetinį draudiminį sveikatos finansavimą. Tai iš esmės pakeitė ankstesnę biudžetinę finansavimo sistemą, o laipsniškai tobulinant pačių ligonių kasų finansinius srautus, dabar ši sistema atitinka europinį standartą. Dar viena sritis, kuri buvo iš esmės perorganizuota – farmacija. Reikia prisiminti pirmąjį visa apimančią sveikatos sistemos įstatymą, priimtą Seime 1991 m. sausio 31 d. Priėmus šį įstatymą farmacijos sektoriuje daug kas pasikeitė: vaistų gamyba, realizacija, standartų nustatymas, su tam tikrais valstybės įsipareigojimais, Lietuvos gyventojų aprūpinimas būtiniaisiais vaistais, prasidėjo didmeninės ir mažmeninės prekybos vaistais privatizavimas. Kąkada sovietmečiu BAYER aspirino tabletės buvo geriausios lauktuvės ir dovana iš JAV gyvenančių giminaičių, o šiandien naujausi vaistai yra lengvai prieinami. Tiesa, daugelį neramina išaugusios kainos, bet jeigu prisiminsim minėtąjį farmacijos įstatymą, tai jame buvo nuostata, kad kainos turi būti reguliuojamos Sveikatos apsaugos ministerijos ir jos turi būti vienodos visoje šalyje. Visą dešimtmetį ta nuostata gyvavo, po to ji buvo pakeista, o dabar vėl kalbama apie jos sugrąžinimą.

Būta ir daugiau gerų perversmų: atnaujintos kaimo ambulatorijos, greitosios pagalbos automobilių parkai, ligoninėse įdiegtos šiuolaikinės diagnostikos ir gydymo technologijos.

***2. Ar galima kalbėti apie kertines vertybes, kurias puoselėjama nepriklausomai nuo vyriausybės ir jose dirbančių asmenybių kaitos, bei apie šias vertybes atitinkančias veiklos kryptis? Kurie sveikatos politikos perimamumo aspektai laikytini svarbiausiais?***

Svarbiausia – sveikatos išsaugojimas. Jam skiriamas nepakankamas dėmesys arba mes nepajėgiam to padaryti, tačiau tai buvo ir yra akcentuojama. Prisiminkime pirmuosius atkurtosios Lietuvos Aukščiausiosios Tarybos-Atkuriamojo Seimo pasisakymus dėl sveikatos koncepcijos ar programos: buvo kalbėta apie medicinos humanizavimą, pirmiausiai akcentuojamas sveikatos išsaugojimas, gydymui paliekant tik 10 proc. atsakomybės. Vis dėlto, kai kalbame apie sveikatos sektorių, tai galvoje dažniausiai turim gydymo dalykus, o ne sveikatos išsaugojimą. Sveikatos išsaugojimas – vertybė, apie kurią mes turėtumėme kalbėti ir aktyviau veikti. Kai kas šioje srityje jau daroma (prevencinės programos, ankstyva diagnostika, o pastaraisiais metais ir gana efektyvus “karo keliuose” stabdymas), bet nuoseklumo besikeičiančių vyriausybės iškeliamuose prioritetuose pasigendama. Reikia pasakyti, kad sveikatos apsauga vienas iš nelaimingiausių sektorių, nes jame pasikeitė bene daugiausiai ministrų. Taigi kiekvieno kolegos darbas buvo gana trumpas ir vis nepakakdavo laiko, kad matytume tam tikrą sektoriaus kaitą. Todėl dar kartą pabrėžiu: sveikatos išsaugojimas, profilaktika, ir, be abejo, gerų darbo sąlygų sudarymas sveikatos sektoriuje dirbantiems gydytojams ir slaugytojams. Aišku, ir jų darbo vertinimas užmokesčio atžvilgiu.

**3. Sveikatos sistemos plėtra priklauso nuo valstybinių institucijų darbo efektyvumo. Bendras šalies vystymasis, gyventojų elgsena, pasaulinė medicininių technologijų plėtra ir nacionalinės sveikatos sistemos narių (universitetų, gydymo įstaigų, asmens ir visuomenės sveikatos profesionalų) gebėjimas diegti efektyviausius sprendimus reikšmingai veikia gyventojų sveikatą. Kurie iš šių veiksmų labiausiai paveikė Lietuvos sveikatos sistemos raidą?**

Mūsų sveikatos sistemoje valstybinis sektorius yra pakankamai stiprus, jis yra teisingai socialiai orientuotas ir daugiau ar mažiau teisingai išdėstytas visoje Lietuvoje. Jis plėtojasi gerai. Augant šalies ekonomikai pasaulinės medicininės technologijos Lietuvą pasiekė pakankamai greitai. Jeigu palygintume, mūsų Nepriklausomybės pradžioje – 1990 metais – geriausia, ką turėjom, buvo koks nors modernesnis rentgeno aparatas. Tuo tarpu pasaulyje jau buvo naudojami kompiuteriniais tomografais. Šiandien viskas yra Lietuvoje – ir kompiuterinės technologijos, ir ultragarsinės technologijos, ir neinvazinė chirurgija, jau nekalbant apie naujausius medikamentus. Tai yra pasiekama ir prieinama, o medicininė (gydomoji) dalis šiuo požiūriu yra iškelta į aukštumas. Vis dėlto, kaip teigia pasauliniai sveikatos sistemų specialistai, gydomosios dalies poveikis visam sveikatos sektoriui ir žmonių sveikatai sudaro tik apie 10%. Tam, kad iš esmės pagerėtų šalies piliečių sveikata, reikalingi pokyčiai gyvensenoje. Po pastarojo dvidešimtmečio galima kalbėti apie pirmuosius tokius pasikeitimus – šiek tiek keičiasi gyventojų požiūris į mitybą, savo svorį, judėjimą ir gyvenimo būdą; keičiasi ir gyventojų elgsena. Šiek tiek stiprėja nevyriausybines visuomenines organizacijas. Tarkime, 1990 metais aktyvūs, matomi buvo vien tik “sveikuoliai” kurie, galbūt perlenkdamis lazda, nuveikė kai ką gero, bet dalį žmonių ir atbaidė bei atitraukė nuo to sveikuoliško judėjimo. O dabar pažiūrėkime, kiek šiandien turime sveikatingumo centrų, sporto klubų, įvairių bėgimo sporto draugijų, kur žmonės bando gyventi sveikai, bando reguliuoti savo elgseną. Alkoholizmo lygis stabtelėjo, nemažai nuveikta, kad mažėtų rūkymas. Draudimas rūkyti valstybinėse institucijose, įvairiose viešose vietose turi didelę įtaką gyventojų sveikatai. Visos šios priemonės atsilies ir visos sveikatos sistemos raidai, ir sveikatingumo rodikliams. Dėl minėtojo “karo keliuose” stabdymo Lietuvoje per 2008-2009 metus užregistruotas didžiausias žuvusiųjų skaičiaus mažėjimas. Įvyko persilaužimas, nes iki 2007 metų kasmet žūdavo apie 700–800 žmonių, o dabar žuvusiųjų perpus sumažėjo. Kaip tik sveikatos politikos išplėtimas už sveikatos sektoriaus ribų padeda ryškiau keisti sveikatos rodiklius ir jie turėtų toliau gerėti. Yra rezervų ir toliau gerinti šiuos rodiklius.

**4. Lietuvos ekonomika pastarąjį dešimtmetį išgyveno labai spartaus augimo laikotarpį 2000–2007 metais ir nuosmukį 2009 metais. Šalies gyventojų sveikatos lygis 2000–2008 metais beveik nekito ir pagal vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklį pradėjom atsilikti nuo daugelio kaimynų. Kokios priežastys lėmė, kad gamybos ir vartojimo plėtra Lietuvoje menkai koreliavo su gyventojų sveikatingumu?**

Jeigu medikų, ypač sveikatos sistemos profesionalų, patarimai bus išgirsti, tai pasikeitimai labiau koreliuos su mūsų ekonomikos augimu. Reikėtų atkreipti dėmesį ir į mūsų pasiektą visuomenės sveikatos sektoriaus išsivystymą iki savivaldybių lygio, pažiūrėti higienos ir sanitarijos tarnybos evoliuciją iki sveikatos biurų savivaldybėse. Instrumentų esama, bet jais ne visi tiki ir yra agituojančių per ekonominį nuosmukį mažinti visų (vadinasi ir efektyvių) sveikatos programų finansavimą. Tikiu, kad ne visuotinas taupymas, o perėjimas nuo gydymo prie sveikatos išsaugojimo užtikrins tvarų Lietuvos gyventojų sveikatingumo augimą.

***5. Kurios 1989–2009 metų sveikatos politikos kryptys pasiteisino, o kurios galbūt nuvylė? Per pastaruosius 10 metų šalies gyventojai neprarado pasitikėjimo sveikatos apsauga, bet šis pasitikėjimas dešimtimi procentinių punktų sumenko. Kokius darbus būtina atlikti, kad gyventojų sveikatos rodikliai bei pasitikėjimas sveikatos sistema augtų?***

Mūsų medikų profesionalizacija buvo ta kryptis, kuri neabejotinai pasiteisino ir davė sėkmingus rezultatus. Kai kurios sisteminės gydymo institucijų pertvarkos nepasiteisino. Viena iš jų – apie 1996–1998 metus vykusį mūsų gydymo įstaigų suskaidymo pertvarką, kai rajoninės ligoninės buvo suskaidytos į pirminius sveikatos centrus, į rajonų ligonines ir slaugos ligonines. Vietoj vienos ligoninės sukūrėme tris gydymo įstaigas. Nuo pirminio sveikatos centro atskyrus odontologiją, turime jau keturias įstaigas. Toks suskaidymas padidino biurokratizmą, administracinius kaštus ir suskaidė patį gydymo procesą. Po suskaidymo žmogus ir gydymo proceso dalyvių turima informacija apie sveikatą sumenko. Šiandien nemažai lėšų panaudojama vien padarytoms klaidoms ištaisyti. Daugelis rajonų ligoninių tikrai yra pajėgios turėti savo slaugos centrus, ir slaugos ligoninių įjungimas į rajonines ligonines, kad ir su pasipriešinimu, bet vyksta.

Protėngas ir nuosaikus akušerinių skyrių optimizavimas davė gerą efektą, tą aiškiai rodo statistiniai rodikliai. Gimstamumas augo, o motinų ir naujagimių mirtingumas mažėjo, sąlygos gimdyti žymiai gerėjo: geriau sutvarkyti skyriai, geresnė priežiūra.

Mūsų medikų profesionalumas užtikrina pasitikėjimą sveikatos sistema. Ypač dabar, atsivėrus sienoms, Lietuvai tapus ES valstybe–nare, ne vienas, o tūkstančiai ar dešimtys tūkstančių žmonių išvyko į kitas Europos valstybes ir ten galėjo palyginti medikų kvalifikaciją ir pačių sistemų veikimą. Daugelis sugrįžta ir sako, kad Lietuvoje ir prieinamumas yra geresnis, ir kokybė ne prastesnė. Pastaraisiais metais kai kurie pacientai važiuoja tikrinti Lietuvos medikų sprendimo į Vakarų Europos valstybes ir dažnai ten išgirsta, kad viskas yra padaryta taip, kaip reikia ir gydymas paskirtas toks, koks reikalingas. Kad gydymo kokybės rodikliai augtų dar labiau, reikalingas glaudesnis ryšys tarp gyventojų ir jo artimiausio gydytojo – šeimos gydytojo. Lūžis žmonių sąmonėje, kad pagrindinis jų pagalbininkas ir patarėjas sveikatos klausimais ar net ir sveikatos garantas yra šeimos gydytojas, dar neįvyko. Vis bandoma ieškoti specialisto, kitų būdų tiesiogiai prieiti prie sveikatos sistemos. Turbūt tai susiję su penkiasdešimt metų veikusiu sovietinės sistemos modeliu, kai žmonės eidavo tiesiogiai pas specialistą, kuris turėjo visą informaciją apie tą žmogų ir be šeimos gydytojo galėjo daug kur susigaudyti lengviau. Dabar

vaikščiojant nuo vieno gydytojo prie kito bandoma nuneigti bendrosios praktikos arba šeimos gydytojo kertinę poziciją. Jeigu nauja auganti karta pripras prie savo šeimos centro, šeimos gydytojo, pasitikėjimas dar ūgtels ir mūsų sveikatos rodikliai pagerės.

**6. Prieš keliolika metų Lietuva atsivėrė pasauliui, o 2004 metais tapo Europos Sąjungos nare. Ką gero gavom ir ką praradom dėl šių pokyčių? Tarptautiniai ryšiai – tai ne tik prekių, kapitalo ir žmonių judėjimas, bet ir keitimasis patirtimi. Ko turime pasimokyti iš artimesnių ir tolimesnių kaimynų? Kuriose srityse galim didžiuotis savais pasiekimais?**

Naudojamės naujausiais medicinos pasiekimais, mums prieinama visa informacija. Abi mūsų gydytojus rengiančios aukštosios mokyklos yra patikrintos ir sertifikuotos Europos institucijų. Gydytojų rengimas visiškai atitinka tarptautinius standartus. Panašiu keliu eina ir slaugytojus rengiančios kolegijos. Šalies ir regionų lygmens sveikatos apsaugos organizatoriai, gydymo įstaigų vadovai gali aplankyti savo kolegas visoje Europoje ir pasitarti. Laisvas žmonių judėjimas suteikė galimybę pacientams įsitikinti, kad didžioji dalis Lietuvoje teikiamų paslaugų bei pati sveikatos sistema yra aukšto lygio. Srityse, kuriose Lietuva nesispecializuoja, pagalbą galima gauti iš Europos Sąjungos valstybių. Ministerijoje (SAM) jau keletą metų veikia komisija, kurios sprendimu nemažas skaičius Lietuvos žmonių gavo siuntimus geros kokybės pagalbai kitose Europos Sąjungos valstybėse. Turim visoje Europos Sąjungoje užtikrintai veikiančią sveikatos draudimo kortelę, kuri garantuoja būtinąją pagalbą išvykusiems mūsų žmonėms.

**7. Šalies Nepriklausomybės, narystės Europos Sąjungoje idėjos vienijo ir tebevienija Lietuvos gyventojus. Pastaraisiais metais sąvoka „sveikatos reforma“ dėl nepasiteisinusių lūkesčių bei perteklinio vartojimo praranda pozityvią prasmę. Kokios sveikatos sektorių liečiančios idėjos gali suburti Lietuvos gyventojus ateinančių dešimtmetį?**

Iš tikrųjų per dažnai kalbama apie sveikatos reformos pradžią. Pasikeitus Seimo daugumai ar pasikeitus ministrams dažnai išgirstam – „dabar pradėdam sveikatos reformą“. Daug pozityvių pakeitimų padaryta ir nereikėtų šios sąvokos nuvalkioti. Jeigu pažiūrėtume į pasikeitimus per dvidešimt metų, tai jie buvo pakankamai nuoseklūs. Kai kurias padarytas klaidas reikia ramiai taisyti ir kalbėti ne apie sveikatos reformą, o apie žmogaus sveikatos išsaugojimą ir medicininės pagalbos kokybės gerinimą. Būtina sukurti sąlygas žmonėms patiems daugiau prisidėti prie sveikatos išsaugojimo: elgesio, mitybos pasikeitimo. Nėra gerai, kad Lietuvoje yra ligoninių skyrių, kurie išlieka tik todėl, kad juose dalį etato turi kelias ligonines apvažiuojantys gydytojai. Turim tobulinti savo sistemą, suvokdami, kad iš esmės ji yra pažangi, prieinama gyventojams, paslaugos pakankamai kokybiškos. Kasdienis pasitempimas, gerėjimas neturėtų būti su šūkšmais, kad dabar mes pradėsime reformą. Sėkmės atveju Lietuvos gyventojai labiau pasitikės sistema, sumažės įtampų. Deja, klaidų visada buvo ir dar bus. Reikia stengtis ne jas eskaluoti, o iš jų pasimokyti ir nekartoti.

**8. Diskutuojant dėl XXI amžiuje efektyviausių visuomeninės sąrangos principų išsakoma prieštarinių nuomonių. Liberalai daugelio ekonominių ir socialinių problemų sprendimą linkę sieti su valstybės dalyvavimo ūkyje užkardinimu, bet yra kritikuojami dėl negebėjimo išvengti pasaulinės finansų krizės, efektyviai pasipriešinti klimato kaitai, žalingų vartojimo įpročių plėtrai. Ko labiau reikia gyventojų sveikatai palaikyti : kokybiško valstybinio reguliavimo ar daugiau teisių ir savarankiško medikams, įstaigoms, pacientams?**

Sveikatos sektoriuje socialinis saugumas, socialinės garantijos ir valstybės dalyvavimas, atsakomybės prisiėmimas turėtų būti užtikrinami valstybei bendradarbiaujant su privačiu sektoriumi. Neribotą konkurenciją sveikatos sektoriuje vertinu skeptiškai. Šis skepticizmas susiformavo viešint JAV ir bendraujant su žmonėmis, kurie labai daug laiko skiria sveikatos apsaugai. JAV pagrįstai didžiuojasi naujaisiais, po visą pasaulį skleidžiamais pasiekimais, bet kenčia nuo milžiniškos atskirties. Šiuo metu JAV sveikatos apsauga menkai prieinama nemažai daliai gyventojų (beveik 30 mln.) ir jau antros prezidentinių rinkimų kampanijos metu, kovoje dėl prezidento posto nemažą dalį balsų lemia siekimas padaryti sveikatos apsaugą prieinamesne visiems šalies gyventojams. Valstybei reikia prisiimti didesnę atsakomybę už sveikatą, už gydymo žmonėms suteikimą. Reikia nekartoti už Atlanto padarytų klaidų, o žengti daugiau europietišku – socialinių ir sveikatos garantijų užtikrinimo – keliu, skatinant žmones patiems labiau tausoti ir stiprinti savo sveikatą.

**9. Kaip atrodys Lietuvos socialinis sektorius ir ypač sveikatos priežiūra po dešimties metų? Kaip keisis Lietuvos gyventojų sveikata?**

Sveikatos sistema bus pakankamai socializuota. Žmonės galės gauti gydymą sveikatos priežiūros įstaigose, o pats gydymas bus finansuojamas mišriai: iš biudžeto, per ligonių kasas bei privačiomis lėšomis. Stiprės valstybinio ir privataus sektorių sąveika. Konkurencijos galbūt bus mažiau, bus derinamos reguliacinės ir savireguliacinės priemonės. Lietuvos gyventojų sveikata bus geresnė, ji priartės prie Euros vidurkio: pirmiausia dėl dar labiau išaugusios gydymo kokybės ir dėl atsakingesnio gyventojų požiūrio į savo sveikatą. Kitas dešimtmetis faktiškai bus naujosios kartos, gimusios Nepriklausomybės metais, dešimtmetis. Požiūris į sveikatą ir elgsena siekiant ją išsaugoti bus pakitę į gerąją pusę.

## **Algis Sasnauskas**

**Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorius**

**1. Ar per 20 Nepriklausomybės metų pasisekė Lietuvos sveikatos sistemą integruoti į europinį modelį, o gal vis dar jaučiamės gyvenę pereinamoje būsenoje iš sovietmečio į geresnius laikus? Kurie naujajame Lietuvos istorijos etape pradėti darbai, Jūsų nuomone, sėkmingai pabaigti?**



Jei svarstytime ne apie visą Lietuvos sveikatos sistemą, o apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą – ligonių kasas – reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad ji atitinka Europos Sąjungos šalių filosofiją. Šių šalių pagrindiniai principai – teisumas ir solidarumas. Remiantis šiais principais sveiki žmonės moka už ligotus, o jauni – už senus. Šis principas išlaikė istorijos išbandymus, bet dabartinis laikmetis formuoja naujus iššūkius – Vakarų Europos ir Lietuvos visuomenė sparčiai sensta. Papildomų problemų sukuria ekonomikos nuosmukis ir augantis nedarbas. Įvertinus šiuos veiksnius aiškėja, kad iš 3,4 mln. Lietuvos gyventojų 2010 metais pagal dabartines prognozes valstybės draudžiamų asmenų bus 2 029 000. 2000–2008 metais valstybės draudžiamų asmenų skaičius su nedideliais pakitimais svyruodavo apie 1,8 mln. Valstybės draudžiamųjų skaičiaus augimui didžiausią įtaką padarė bedarbiystė. Iki ekonomikos nuosmukio bedarbių skaičius buvo apie 80 tūkst., o dabar viršija 300 tūkst.

Lietuvoje yra apie 300 tūkst. biudžetinių įstaigų darbuotojų, 2 mln. valstybės draudžiamų asmenų ir dar apie 300 tūkst. gyventojų vienaip ar kitaip yra remiami valstybės. Pateiktieji skaičiai rodo, kad apie 1 mln. žmonių mokamais mokesčiais yra užtikrinamas 3,4 milijonų žmonių sveikatos finansavimas. Toks santykis nėra tvarus, o norint jį pagerinti reikia ne tik stengtis kurti darbo vietas, bet ir peržiūrėti visą sveikatos draudimo finansavimo sistemą.

Lietuvos sveikatos draudimo sistema yra efektyvi ir įdiegta sėkmingai. Pradėkime nuo lėšų administravimo. Ligoninių kasos administravimui išleidžia iki 1 proc. visų gaunamų lėšų. Daugelio Lietuvos projektų administravimui reikia iki 5 proc. gaunamų lėšų. Susipažinti su tokiu lėšų administravimu atvyksta ir užsienio delegacijos – gruzinai, moldavai. Naujosios ES šalys ligoninių kasų sistemai ir sveikatos draudimui administruoti naudoja iki 5 proc., o senosios – net iki 10 proc. lėšų. Privačios draudimo bendrovės administravimui naudoja net 20–30 proc. lėšų. Lėšų skirstymo modelio efektyvumas yra efektyvaus viešojo sektoriaus valdymo pavyzdys, pasiektas gerai koordinuojant įstatymų leidėjų, valstybinio valdymo institucijų ir ligoninių kasų darbą.

Tokiam ligoninių kasų administravimo modeliui atsirasti prielaidos buvo sudarytos Lietuvos atstovams lankantis Vokietijoje ir vokiečių ekspertams - Lietuvoje. Vokiečių patirtimi buvo naudojamos jos nekopijuojant. Dėl istorinių aplinkybių Vokietijos sistema yra kitokia. Ligoninių kasos Vokietijoje renka įmokas ir ligoninių kasoms, ir socialiniam draudimui kartu. Taip atsitiko dėl to, kad ligoninių kasos buvo įsteigtos žymiai anksčiau nei pensijų fondai ir darbo biržos – dar Vokietijos kanclerio Bismarko laikais. Iš ligoninių kasų surinktos įmokos kas tris dienas perduodamos socialiniam draudimui. Integruoto socialinio ir sveikatos draudimo įmokų rinkimo sistema įdiegta ir Lietuvoje, tačiau atvirkštine tvarka – SODRAI buvo pavesta rinkti įmokas ir jas perduoti ligoninių kasoms. Integravus įmokų surinkimą nereikėjo kurti dar vienos papildomos institucijos, kuri rinktų įmokas, ir taip buvo sutaupyti šimtai milijonų litų.

Lietuvos gyventojai sėkmingai naudojami vieninga būtiniosios pagalbos sveikatos draudimo sistema, veikiančia visoje Europos Sąjungoje. ES du kartus per metus organizuoja audito administracinės komisijos susirinkimus. ES valstybės už suteiktas

būtiniosios pagalbos sveikatos paslaugas atsiskaito vienos su kitomis. 2010 metais Lietuva turės sumokėti apie 10 mln. už lietuvių gydymą užsienyje (būtinoji pagalba vienam Lietuvos piliečiui užsienyje kainuoja vidutiniškai 800 eurų). Mūsų šalis visada laiku atsiskaito už paslaugas ir jokių pretenzijų iš Europos Komisijos dar nesame gavę.

**2. Ar galima kalbėti apie kertines vertybes, kurias puoselėjama nepriklausomai nuo vyriausybės ir jose dirbančių asmenybių kaitos, bei apie šias vertybes atitinkančias veiklos kryptis? Kurie sveikatos politikos perimamumo aspektai laikytini svarbiausiais?**

Kaip jau minėjau, Lietuvos sveikatos draudimo modelio ideologija remiasi Europos Sąjungos šalyse vyraujančia filosofija. Šis modelis įkūnija socialinės valstybės principus. Pagrindinės šalies politinės partijos remia solidarumo principais grindžiamą sveikatos finansavimo modelį. Pavieniai šio modelio kritikai (pvz., Laisvosios rinkos instituto atstovai) siūlo neoliberalią filosofiją, egzistuojančią JAV, bet nebūdingą Europai. Siūloma atsisakyti dabartinio draudimo sistemos modelio ir jį pakeisti savanoriško draudimo sistema. Šis pasiūlymas nesprenžia klausimo, kaip savanoriškas draudimas užtikrintų sveikatos apsaugą beveik dviems milijonams šalies gyventojų, kurie neturi pakankamai pajamų. Neoliberalios pažiūros kertasi ne tik su ES tradicija, bet ir su B. Obamos administracijos siekiniais JAV ir su reformų eiga Azijoje (socialinio sveikatos draudimo idėjos sparčiai plinta Indonezijoje ir Kinijoje).

**3. Sveikatos sistemos plėtra priklauso nuo valstybinių institucijų darbo efektyvumo. Bendras šalies vystymasis, gyventojų elgsena, pasaulinė medicininių technologijų plėtra ir nacionalinės sveikatos sistemos narių (universitetų, gydymo įstaigų, asmenų ir visuomenės sveikatos profesionalų) gebėjimas diegti efektyviausius sprendimus reikšmingai veikia gyventojų sveikatą. Kurie iš šių veiksmų labiausiai paveikė Lietuvos sveikatos sistemos raidą?**

Sveikatos sistemos plėtrą ekonomikos augimo laikotarpiu nulėmė BVP augimas. Iki sunkmečio BVP augo 8 proc., o privalomojo sveikatos draudimo biudžetas – daugiau nei 20 proc., todėl buvo sudarytos palankios galimybės plėstis. Sveikatos apsaugos ministro J. Oleko dėka medikų darbo užmokestis buvo padidintas ir 2004 m. siekė vidutiniškai 1400 Lt. Per ekonomikos augimo laikotarpį šis darbo užmokestis buvo nuolat keliamas ir vienu metu pasiekė net – 3700 Lt. Šiuo metu pasigirsta kalbų, kad buvo švaistomi pinigai, bet sveikatos sistemos finansavimo didinimo kritikai nepastebi, kad algų pakėlimas pastebimai pristabdė protų nutekėjimą į Vakarų Europą. Sparčiai tobulėjo medicininės technologijos. Sveikatos priežiūros įstaigos sparčiai modernizuojamos, įgyjama aukščiausio lygio aparatūra. Sparčiam technologiniam vystymuisi įtakos turėjo tiek spartus ekonomikos augimas 2000–2007 metais, tiek Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos. Kita vertus, Lietuvoje yra per šešiasdešimt kompiuterinių tomografų. Mūsų šaliai toks skaičius yra per didelis. Reikalingas aukštesnis sveikatos priežiūros paslaugų sistemos koncentracijos lygis. Būtina derinti atskirų įstaigų ir valstybės interesus.

2004–2008 metais sveikatos finansavimo augimas sprendė ne visas anksčiau susikaupusias problemas. Nebuvo eliminuotas lėšų stygius modernioms sveikatos priežiūros paslaugoms, pastatų renovacijai, vaistams, kurui įsigyti ir t. t. Šių problemų sprendimas dar laukia savo eilės.

***4. Lietuvos ekonomika pastarąjį dešimtmetį išgyveno labai spartaus augimo laikotarpį 2000–2007 metais ir nuosmukį 2009 metais. Šalies gyventojų sveikatos lygis 2000–2008 metais beveik nekito ir pagal vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklį pradėjom atsilikti nuo daugelio kaimynų. Kokios priežastys lėmė, kad gamybos ir vartojimo plėtra Lietuvoje menkai koreliavo su gyventojų sveikatingumu?***

Reiktų atkreipti dėmesį į kaimo ir miesto skirtumus. Daugelis miesto gyventojų iš tiesų skiria didelį dėmesį savo sveikatai ir sveikatingumui: užsiima fizine veikla, stengiasi sveikai maitintis, saikingai vartoti alkoholį, meta rūkyti ir pan. Didelę įtaką tam turi aukštesnis pragyvenimo lygis. Tuo tarpu kaimuose situacija yra prieštaringesnė. Didelis nedarbo lygis, mažos pajamos lemia tai, kad žmonės mažiau rūpinasi savo sveikata ir jos išsaugojimu, tuo atsverdami miesto gyventojų sveikatingumo augimo teigiamą poveikį vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės augimui ir kūdikių mirtingumo mažėjimui.

***5. Kurios 1989–2009 metų sveikatos politikos kryptys pasiteisino, o kurios galbūt nuvylė? Per pastaruosius 10 metų šalies gyventojai neprarado pasitikėjimo sveikatos apsauga, bet šis pasitikėjimas dešimtimi procentinių punktų sumenko. Kokius darbus būtina atlikti, kad gyventojų sveikatos rodikliai bei pasitikėjimas sveikatos sistema augtų?***

Norint, kad pasitikėjimas sveikatos apsaugos sistema augtų, pirmiausia reikia gerai dirbti visose grandyse. Pasitikėjimas sveikatos apsauga nėra išskaidytas į atskirus segmentus, o visuomenės apklausų metų klausiami apie visą sveikatos apsaugą. Neperspektyvu sveikatos sistemos pasiekimus ar trūkumus sieti su viena grandimi. Siekiant gerinti sveikatos apsaugos darbą daug dėmesio reikia skirti paslaugų prieinamumui, pacientų eilių mažinimui. Dažnai vieni medikai dirba geriau nei kiti, todėl pas vienus gydytojus susidaro eilės, o pas kitus jų nėra. Šie skirtumai turėtų būti mažinami. Požiūris į pacientus turėtų būti panašus kaip prekybininkų požiūris į klientus. Problematišku laikytinas ir teikiamų paslaugų kokybės tolygumas. Lietuvoje galima gauti ir aukštos, ir prastesnės kokybės paslaugas. Vienu iš prioritetinių uždavinių laikytina koordinuota, įrodymais pagrįstų medicinos pasiekimų sklaida šalyje.

Lietuvos sveikatos sistema turi trūkumų, ji gyventojų vertinama gana kritiškai, bet ši sistema turi ir akivaizdžių pasiekimų. Nepamirškime, kad Lietuvos piliečiai, gyvenantys užsienyje – Airijoje, Anglijoje, Švedijoje ar kitur – grįžta į Lietuvą ir čia lankosi pas odontologus, gauna kitas sveikatinimo paslaugas. Užsienyje gyvenančių kraštiečių pasitikėjimas Lietuvoje teikiamomis paslaugomis rodo, kad jie nėra patenkinti tų šalių sveikatos paslaugų prieinamumu. Pavyzdžiui, Anglija kovoja su didžiulėmis pacientų eilėmis, kad jos būtų ne ilgesnės nei 18 mėnesių. Švedijoje ši

problema taip pat aktuali. Eilių ir paslaugų kainų atžvilgiu mūsų sveikatos apsaugos sistema yra dažnai geresnė nei kaimynų. Gaila, bet dažniausiai įtaką neigiamam požiūriui į sveikatos apsaugos sistemą daro žmonių pesimizmas.

**6. Prieš keliolika metų Lietuva atsivėrė pasauliui, o 2004 metais tapo Europos Sąjungos nare. Ką gero gavom ir ką praradom dėl šių pokyčių? Tarptautiniai ryšiai – tai ne tik prekių, kapitalo ir žmonių judėjimas, bet ir keitimasis patirtimi. Ko turėtume pasimokyti iš artimesnių ir tolimesnių kaimynų? Kuriose srityse galim didžiuotis savais pasiekimais?**

Prieš pusantrų metų laikraštyje “Financial Times” pasirodė publikacija apie vokiečių sveikatos draudimo sistemą, kuri egzistuoja jau daugiau nei 120 metų. Vokiečiai tik dabar įvedė pajamų išlyginimo formulę, pagal kurią šalies regionams lėšos paskirstomos atsižvelgiant į žmonių amžių, lytį ir gyventojų skaičių. Vokietija, o vėliau ir Ispanija, tai padarė prieš keletą metų, nors toks principas Lietuvoje egzistuoja jau apie 10 metų. Siekiant pagerinti Lietuvos modelį, mokantis iš kaimynų, reikėtų įvesti priemokas už suteikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. ES šalyse tokios priemokos sudaro vidutiniškai apie 10 proc. nuo suteiktų paslaugų apimtys. Įdiegus tokias priemokas neretas pacientas susimąstytų apie sveikatos paslaugų reikalingumą, nes dabar neretai kreipiamasi be reikalo.

**7. Šalies Nepriklausomybės, narystės Europos Sąjungoje idėjos vienijo ir tebevienija Lietuvos gyventojus. Pastaraisiais metais sąvoka „sveikatos reforma“ dėl nepasiteisinusių lūkesčių ir perteklinio vartojimo praranda pozityvią prasmę. Kokios sveikatos sektorių liečiančios idėjos gali suburti Lietuvos gyventojus ateinančių dešimtmetį?**

Sveikatos reformos gali labiau suskaldyti žmones, o ne juos suburti, kadangi sveikatos sektorius yra labai specifinis. Visiems reikia paslaugų, kurios brangsta, bet kuri vidutinio išsivystymo lygio šalis niekada nespės pasiekti naujausių technologijų lygio. Reformų įgyvendinimas neatskiriamas nuo bendros šalies ekonominės situacijos. Būtina siekti optimizuoti sveikatos sektoriuje vartojamų išteklių ir teikiamų paslaugų struktūrą bei apimtį, sveikatos sistemos parametrus suderinti su šalies ekonominėmis galimybėmis. Reformų įgyvendinimas nėra labai patrauklus piliečiams, bet, dirbant apgalvotai, realu pasiekti sveikatos sistemos efektyvumo išaugimo. Geresnį sveikatos sistemos funkcionavimą (trumpesnes eiles, aukštesnę paslaugų kokybę, kultūringesnį aptarnavimą) gyventojai, neabejoju, pajus ir teigiamai įvertins.

**8. Diskutuojant dėl XXI amžiuje efektyviausių visuomeninės sąrangos principų išsakoma prieštaringų nuomonių. Liberalai daugelio ekonominių ir socialinių problemų sprendimą linkę sieti su valstybės dalyvavimo ūkyje užkardinimu, bet yra kritikuojami dėl negebėjimo išvengti pasaulinės finansų krizės, efektyviai pasipriešinti klimato kaitai, žalingų vartojimo įpročių plėtrai. Ko labiau reikia gyventojų sveikatai palaikyti : kokybiško valstybinio reguliavimo ar daugiau teisių ir savarankiškumo medikams, įstaigoms, pacientams?**

Vienareikšmio atsakymo į šį klausimą nėra. Pereidami iš sovietinės sistemos į dabartinę siekėme, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigoms būtų suteikta daugiau savarankiškumo, kad jos pačios galėtų tvarkytis su lėšomis, kurias uždirba iš privalomojo sveikatos draudimo fondo ar kitų šaltinių. Dvidešimties metų patirtis parodė, kad savarankiškumas neturi būti beribis, kad kontrolės, vis dėlto, reikia. Valstybinis reguliavimas (kokybiškas ir saikingas) turėtų būti, o ypač įsigyjant ir naudojant brangias technologijas. Ribotus išteklius reikia sutelkti tam, kad žmonės galėtų gauti atitinkamas diagnostikos paslaugas. Išteklių koncentracijai ypač palanki – nedidelė mūsų šalies teritorija.

Dėl gerai parengtų sutarčių, kurios sudaromos su įstaigomis, joms neleidžiant gauti iš biudžeto daugiau nei numatyta, situacija yra valdoma. Reiktų pasidžiaugti finansiniu privalomojo sveikatos draudimo sistemos tvarumu. Ligonių kasos yra viena iš tų institucijų, kurios per ekonominę krizę suvaldė savo išteklius ir biudžetą. Dėl efektyvaus ir griežto finansinio valdymo, gerai parengtų sutarčių su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais ši institucija neturi įsiskolinimų. 2010 metais Ligonių kasos išlaiko ankstesniais metais sukauptą rezervą. Ortopedijos gaminių kompensavimo efektyvumas vertintinas santūriai. Su šių gaminių tiekėjais sudaromos sutartys be vertinės išraiškos. Tokia sistema leido prigaminti gaminių už 75 mln. litų, nors ligonių kasos įsipareigojusios kompensuoti tik 40 mln. litų. Efektyvumas negali būti pasiektas be griežtų abipusių prekių ir paslaugų teikėjų bei ligonių kasų įsipareigojimų.

## Literatūros sąrašas

1. *A strategy to prevent chronic diseases in Europe - a focus on public health action: the CINDI vision*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
2. *A system of Health Accounts*. Paris: OECD Publication Service, 2000.
3. *Alkoholio vartojimo mažinimas: Lietuvos sveikatos programa*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija [interaktyvus]. 2006, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 13 d.]. Prieiga per internetą: <<http://sena2.sam.lt/sam/veikla/programos-projektai/programa/4/?part=3>>.
4. ANDERSON, P., BAUMBERG, B. *Alkoholis Europoje visuomenės sveikatos požiūriu*. Ataskaita Europos Komisijai [interaktyvus]. 2009, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 21 d.]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu\\_sum\\_lt\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_lt_en.pdf)>.
5. ANDRIUŠKEVIČIŪTĖ, I. *Visuomenės sveikatos politikos ir jos įgyvendinimo įvertinimas*: magistro darbas. MRU [Vilnius], 2009.
6. BHATIA, Nina; MEREDITH, David; RIAHI, Farhad. *Managing the clinical workforce*. McKinsey Quaterly, December 2009.
7. BILINGTON, P. *Today's citizen jury on Respect*. Iš BBC radio 4 [interaktyvus]. 2006, [žiūrėta 2010 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.bbc.co.uk/radio4/today/reports/politics/citizenjury\\_reading\\_20050908.shtml](http://www.bbc.co.uk/radio4/today/reports/politics/citizenjury_reading_20050908.shtml)>.
8. BJÖRNBERG, Arne; GARROFÉ, Beatriz; LINDBLAD, Sonja. *Euro Health Consumer Index 2009*. Iš Health Consumer Powerhouse Report. 2009. ISBN 978-91-977879-1-8.
9. BJÖRNBERG, Arne; UHLIR, Marek. *Euro Health Consumer Index 2008*. Iš Health Consumer Powerhouse Report. 2008. ISBN 978-91-9768 74-5-4.
10. BROGAITĖ, J.; KAIRYS, J.; GAIŽAUSKIENĖ, A. Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos. *Gerontologija*, 2007, t. 8, nr. 4, p. 230-235.
11. BUDRYTĖ, R.. *Visuomenės sveikatos biurų veiklos efektyvumo vertinimas*: magistro darbas. MRU [Vilnius].
12. BUIVYDAS, R.; ČERNIAUSKAS, G.; DOBROVOLSKAS, A.; SCHNEIDER, M. Rekomendacijos papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo plėtrai Lietuvoje. Iš *Papildomasis sveikatos draudimas*. Vilnius, Sveikatos ekonomikos centras, 2000, p. 50-65.
13. BUIVYDAS, Romas; ČERNIAUSKAS, Gediminas. *Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998. 115p. ISBN 9986-806-04-6.
14. ČERNIAUSKAS, Gediminas. Lietuvos ekonomikos raida 1989-1999 metais. Iš *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių - ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000, p. 7-41.

15. CHANG, A. Increased patient cost - sharing may hurt elderly. *PHYSORG* [interaktyvus]. 2010, [žiūrėta 2010 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.physorg.com/news183835200.html>>.
16. *Chronic disease: an economic perspective*. The Oxford Health Alliance-confronting the epidemic of chronic disease. London: Oxford Health Alliance, 2006, 59 p.
17. *Closing the gap in a generation: Health through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO World Health Organization, 2008, 256 p.
18. CORDER, D. W. *Gydytojų skaičiaus planavimas Lietuvoje*. Ataskaita Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai. Vilnius, 1996.
19. *Darbo sąnaudų indeksas 2009 m. ketvirtąjį ketvirtį*. Statistikos departamentas [interaktyvus] 2010, [žiūrėta 2010 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=8021>>.
20. DASH, Penny; LLEWELLYN, Chris; RICHARDSON, Ben. *Developing a regional health system strategy*. McKinsey Quarterly, July 2009.
21. DAVIDAVIČIENĖ, E. *Tuberkuliozės kontrolės principų įgyvendinimas Lietuvoje*. RTIUL [interaktyvus]. 2005 [žiūrėta 2009 m. gruodžio 12 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.rtiul.lt/index.php?n=53>>.
22. DUBOIS, Hans F. W., et al. *Health Care Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies. Andorra: WHO, 2004, t.6, nr. 3, 76 p. ISSN 1020-9077.
23. EHRBECK, Tilman; HENKE, Nicolaus; KIBASI, Thomas. *The emerging market in health care innovation*. McKinsey Quarterly, May 2010.
24. *Emergency medical services*. Wikipedia [interaktyvus]. 2010, [žiūrėta 2010 m. rugpjūčio 02 d.]. Prieiga per internetą: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency\\_medical\\_service](http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medical_service)>.
25. *Euro Health Consumer Index 2006*. Health Consumer Powerhouse Report. 2006.
26. *Euro Health Consumer Index 2007*. Health Consumer Powerhouse Report. 2007.
27. *Eurostat Yearbook 2009*. Iš EUROSTAT. 2009, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 13 d.]. Prieiga per internetą: <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-CD-09-001-05/EN/KS-CD-09-001-05-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-09-001-05/EN/KS-CD-09-001-05-EN.PDF)>. p. 212, 224.
28. *Executive agency*. European Commission. Europa [interaktyvus], [žiūrėta 2010 m. sausio 25 d.]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/agency/agency\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/agency/agency_en.htm)>.
29. *Farmacijos pramonės konkurencingumo didinimo, integruojantis į Europos Sąjungą: galimybių studija*. Lietuvos Respublikos Ūkio ministerija, Vilnius, 2003.
30. FIGUERAS, Josep, at al. *Health systems, health and wealth: assessing case of investing in health systems*. World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008, 65 p.
31. *Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

32. GAIŽAUSKIENĖ, A.; GRABAUSKAS V. et al. *Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990-2015 metais*. GSP leidinys [interaktyvus]. 2002, [žiūrėta 2010.08.02]. Prieiga per internetą: <[http://politika.osf.lt/visuomenes\\_sveikata/dokumentai](http://politika.osf.lt/visuomenes_sveikata/dokumentai)>.
33. GAIŽAUSKIENĖ, A.; SENKUVIENĖ, R. *Išvengiami mirtingumo Lietuvoje pokyčiai ir jų įtaka vidutinei gyvenimo trukmei*. Visuomenės sveikata, 2004, t. 3, nr. 26, p. 18-22.
34. GRABAUSKAS, V. From classical epidemiological research to health policy formulation: contribution of Kaunas Rotterdam Intervention Study. *Medicina*. Kaunas, 2003, t. 39, nr. 12, p. 1184-1192.
35. GRABAUSKAS, V. *Higher education and its contribution to public health: tackling health inequalities through health policy in Lithuania*. BRIDGES, D., et al. Higher Education and National Development: Universities and societies in transition. Routledge, Abingdon, UK and New York, USA, 2007, p. 235-249.
36. GRABAUSKAS, V. Nacionalinės sveikatos politikos raida. *Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius*. Kaunas: KMU, 2004, p. 196-214.
37. GRABAUSKAS, V. Nuo klasikinių epidemiologinių tyrimų iki nacionalinės sveikatos politikos formavimo. Iš *Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius*. Kaunas, KMU, 2004, p. 7-18.
38. GRABAUSKAS, V., et al. *Lietuvos gyventojų sveikata: rodikliai ir tendencijos*. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005. Vilnius, 2006, p.12-26.
39. GRABAUSKAS, V., et al. Risk factors for non-communicable diseases in Lithuanian rural population. CINDI survey 2007. *Medicina*. Kaunas, 2008, t. 44, nr. 8, p. 633-639.
40. GRABAUSKAS, V., et al. *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas 2008*. Kaunas, 2009, p.155.
41. GRABAUSKAS, V.; GAIŽAUSKIENĖ, A.; JASELIONIENĖ, J. *Lietuvos gyventojų sergamumo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis problema Europos Sąjungos kontekste*. Iš Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008: Lietuvos žmonių sveikata ir lėtinų neinfekcinių ligų kontrolė. 2009, p. 7-18. ISSN 1648-7338.
42. GRABAUSKAS, V.; GAIŽAUSKIENĖ, A.; SENKUVIENĖ, R. *Lietuvos žmonių sveikatos problemos, rodikliai ir jų pokyčių raida*. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007: Sveikata ir saugumas - protrūkiai ir krizės. Vilnius, 2008, p. 10-24.
43. GRABAUSKAS, V.; PROCHORSKAS, R.; VERYGA, A.. Lietuvos gyventojų mirtingumo sąsajos su alkoholinių gėrimų vartojimu. *Medicina*. Kaunas, 2009, t. 45, nr. 2, p. 1000-1012.
44. GRANT, Jenny. *What does it take to make integrated care work?* McKinsey Quarterly, 2010, sausis.
45. HARBERS, M. M., et al. *Dare to compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators*. Bilthoven: The National Institute for Public Health and the Environment, 2008.
46. *Health and health systems: WHO The European Health Report 2009*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009, 178 p.



47. *Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries.* European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
48. *Health systems-improving performance.* WHO World Health Report. Geneva, 2000.
49. JANKAUSKIENĖ D.; RASTAUSKAS R. Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje. *Viešoji politika ir administravimas.* 2008. t. 26, p. 71-79.
50. JANKAUSKIENĖ, D.; PEČIŪRA R. *Sveikatos politika ir valdymas.* Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.
51. JANKAUSKIENĖ, Danguolė. et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata,* 2008, t. 3, p. 10-19.
52. JANKAUSKIENĖ, Danguolė, et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas. *Visuomenės sveikata,* 2008, t. 3, nr. 42, p. 15-24.
53. JANKAUSKIENĖ, Danguolė, et al. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata,* 2003, t. 3, p. 10-19.
54. JANKAUSKIENĖ, Danguolė. Šeimos gydytojo vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje palyginimas 1999 ir 2006 metais. *Medicinos teorija ir praktika.* 2007, t. 13, nr. 2, p. 152-159.
55. JANKAUSKIENĖ, Danguolė. Sveikatos apsaugos valdymo tobulinimo kryptys. *Visuomenės sveikata,* 2007, t. 2, nr. 37, p. 3-6.
56. JANKAUSKIENĖ, Danguolė. *Sveikatos politika ir valdymas Lietuvoje ir jų tobulinimo kryptys.* Habilitacijai teikiamų mokslo darbų apžvalga. MRU [Vilnius], 2008.
57. JANKAUSKIENĖ, Danguolė. Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. Iš *Sveikatos politika ir valdymas.* MRU [Vilnius], 2009.
58. JHA, P.; CHALLOUPKA, F. *Economics of Tobacco in developing Countries. Tobacco Facts.*
59. JUCEVIČIENĖ, P. *Organizacijos elgsena.* Kaunas: Technologija, 1996.67 p.
60. KACEVIČIUS, Gintaras. Giminingų diagnozių grupių metodo diegimas sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui Lietuvoje. Iš *Sveikatos politika ir valdymas.* MRU [Vilnius], 2009.
61. KAIRYS, J.; PAŽEMECKAITĖ, V. M. Vairuotojų sveikatos tikrinimo tvarkos efektyvumo vertinimas ir tobulinimas. *Sveikatos mokslai.* 2004, t. 6, p. 81-88.
62. KAIRYS, J.; ŽĖBIENĖ, E.; ŠAPOKA, V. Patient satisfaction with primary care services in Lithuania. *The European Journal of General Practice,* 2005, t. 11, nr 1, p. 31-32.
63. KAIRYS, J.; ŽĖBIENĖ, E.; ZOKAS I. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje priklausomai nuo socialinės – ekonominės paciento padėties. *Sveikatos mokslai,* 2007, nr. 3, p. 968-974.
64. KAIRYS, J.; ŽĖBIENĖ, E.; ZOKAS, I. Bendrosios praktikos gydytojo profesionalumo ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos darbo vertinimas paciento požiūriu. *Visuomenės sveikata,* 2004, nr. 1, p. 49-53.

65. KAIRYS, J.; ŽĖBIENĖ, E.; ZOKAS, I. Gydytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. *Sveikatos mokslai*, 2005, nr. 1, p. 87-92.
66. KAIRYS, J.; ŽĖBIENĖ, E.; ZOKAS, I. Medicinos slaugytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje. *Sveikatos mokslai*, 2005, nr. 3, p. 57-62.
67. KAIRYS, J.; ŽĖBIENĖ, E.; ZOKAS, I. Paciento kai kurių lūkesčių skirtumai Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose/rajoniniuose miestuose ir kaimo vietovėse. *Sveikatos mokslai*, 2003, nr. 4, p. 77-83.
68. KAIRYS, J.; ŽĖBIENĖ, E.; ZOKAS, I. Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje. *Sveikatos mokslai*, 2003, nr. 7, p. 88-94.
69. KAIRYS, J.; ŽĖBIENĖ, E.; ZOKAS, I. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų socialinę ir ekonominę padėtį. *Sveikatos mokslai*, 2004, nr. 1, p. 78-84.
70. KAIRYS, Jonas, et al. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina*, 2004, t. 40, nr. 2, p. 178-191.
71. KAIRYS, Jonas, et al. Satisfaction with organizational aspects of health care provision among Lithuanian physicians. *Central European Journal of Public Health*, 2008, t. 16, nr. 1, p. 29-33.
72. KAIRYS, Jonas, et al. Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas Lietuvoje pacientų požiūriu. *Visuomenės sveikata*, 2003; t. 2, nr. 21, p. 45-52.
73. KAIRYS, Jonas, et al. The need for information technologies in the Lithuanian health care institutions. *Sveikatos mokslai*, 2008, t. 18, nr. 6, p. 2093-2103.
74. KAIRYS, Jonas, et al. Vaistų politikos Lietuvoje vertinimas paciento požiūriu. *Visuomenės sveikata*, 2002, t. 4, nr. 19, p. 16-22.
75. KAIRYS, Jonas, et al. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas. *Sveikatos mokslai*, 2008, t. 18, nr. 3, p. 1643-1650.
76. KALĖDIENĖ, R.; PETRAUSKIENĖ, J. Healthy life expectancy – an important indicator for health policy development in Lithuania. *Medicina*, 2004, t. 40, nr. 6, p. 582-588.
77. KALĖDIENĖ, R.; PETRAUSKIENĖ, J. Inequalities in daily variations of deaths from suicide in Lithuania: identification of possible risk factors. *Suicide & life-threatening behaviour*, 2004, t. 34, nr. 2, p. 138-164. New York: Guilford Press.
78. KALĖDIENĖ, R.; PETRAUSKIENĖ, J. Inequalities in mortality by education and socio-economic transition in Lithuania: equal opportunities? *Royal Journal of Public Health*, 2005, t. 119, nr. 9, p. 808-815.
79. KALĖDIENĖ, R.; PETRAUSKIENĖ, J. Socio-economic transition, inequality, and mortality in Lithuania. *Economics and Human Biology*, 2004, t. 2, nr. 1, p. 87-95.
80. KALĖDIENĖ, R.; PETRAUSKIENĖ, J.; STARKUVIENĖ, S. Mortality from external causes in Lithuania: looking for critical points in time and place. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2004, t. 32, nr. 5, p. 374-380.

81. KALĖDIENĖ, R.; STARKUVIENĖ, S.; PETRAUSKIENĖ, J. Social dimensions of mortality from external causes in Lithuania: does education and place of residence matter? *Social and Preventive Medicine*. Birkhäuser Basel, 2006, t. 51, nr. 4, p. 232-239.
82. KALĖDIENĖ, R. *Lietuvos gyventojų sveikatos ir jos priežiūros netolygumai*. Jean Monnet Europos kompetencijos centro seminaras. Kauno technologijos universitetas Europos institutas 2008.12.08.
83. KENIAUSYTĖ I., et al. Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997–2008 m. ir palyginimas su Europos Sąjungos šalimis. *Visuomenės sveikata*, 2009, t. 2, nr 45, 20.
84. KONJIN P. *Pharmaceutical products - comparative price levels in 33 European countries in 2005* [interaktyvus]. 2005, [žiūrėta 2010 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga per internetą: <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-07-045/EN/KS-SF-07-045-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-07-045/EN/KS-SF-07-045-EN.PDF)>.
85. *Lietuva stojant į Europos Sąjungą: ekonominė, sociologinė ir demografinė padėties analizė*. Socialinių tyrimų institutas. Vilnius, 2004.
86. *Lietuvos AIDS centro internetinis puslapis*, [interaktyvus] <http://www.aids.lt/abc.php#2> [žiūrėta 2009 m. gruodžio 12 d.].
87. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos įstaigų veikla 1999-2008 m.* Lietuvos Sveikatos informacijos centras. LSIC [interaktyvus], [žiūrėta 2010 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.lsic.lt/html/leid\\_tur.htm](http://www.lsic.lt/html/leid_tur.htm)>.
88. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2007 m.* Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2008.
89. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2004 m.* Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2005.
90. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2005 m.* (išankstiniai duomenys). Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2006.
91. *Lietuvos pasienyje sulaikyta tabako kontrabanda (pakeliais)*. Valstybės sienos apsaugos tarnyba [interaktyvus]. 2009, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 21 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.pasienis.lt/lit/Lietuvos\\_pasienyje\\_sulaikyta\\_tabako\\_gami/140](http://www.pasienis.lt/lit/Lietuvos_pasienyje_sulaikyta_tabako_gami/140)>.
92. *Lietuvos sveikata skaičiais 2008*. Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2009.
93. *Lietuvos sveikatos programa*. LR SAM. Vilnius: UAB Medikų žinių leidykla, 1998, 56 p. ISBN 9986-9215-2-X.
94. *Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į Europos Sąjungą*: Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas 2000. Nacionalinė sveikatos taryba. Vilnius, 2000.
95. LISECKIENĖ, I. *Šeimos medicina Lietuvoje per pirminės sveikatos priežiūros reformos dešimtmetį: gydytojo veiklos apimtys, pasitenkinimas darbu bei pacientų vertinimai*: mokslinis darbas. KMU [Kaunas], 2009.

96. MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970-1998*. Health services research, 2003, t. 38, nr.3, p. 831–865.
97. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Ženeva: WHO, 2001.
98. MARMOT, M. G.; BELL, R. *How will the financial crisis affect health?* BMJ 2009; 338:b 1314. 2009.
99. MCKEE, M.; HEALY, J. (ed.) *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
100. MILLION, A.; ROTTE, R.; ZIMMERMANN, K. F. *The Economics of Hospital Trips and Health Care Reform*. Bonn: Institute for the Study of Labor, 1998.
101. Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions. *Europos komisijos tyrimas*. 2009, [žiūrėta 2009.01.04]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_276\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_276_en.pdf)>.
102. MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J. *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on health Care Systems Series. Open University press, 2002, p. 190-193.
103. *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008*. Nacionalinė sveikatos taryba. Vilnius: Valstybės žinios, 2009.
104. Organisation mondiale de la santé Europe. Rapport sur la santé en Europe 2002. Kopenhaga: Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe.
105. PEČIŪRA, R.; JANKAUSKIENĖ, D.; GUREVIČIUS, R. *Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas*. Medicina, 2006, t. 42, nr. 11, p. 939-943.
106. PETRAUSKIENĖ, J.; KALĖDIENĖ, R.; STARKUVIENĖ, S. *Sveikatos netolygumų vertinimas remiantis mirtingumo statistika*. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius. Kaunas: KMU leidykla, 2004. p. 27-33.
107. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. Lithuania*. Viena: PPRI, 2007.
108. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. Lithuania*. Viena: PPRI, 2008.
109. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. WHO [interaktyvus]. 2006 [žiūrėta 2009 m. sausio 4 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)>.
110. *Public Health*. European Commission. Europa. 2005, [žiūrėta 2010 m. sausio 30 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/en/FTU\\_4.11.3.pdf](http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/en/FTU_4.11.3.pdf)>.
111. PUNDZIUS, J.; ŽEKAS, R.; VEČKIENĖ, I. *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004*. Vilnius: Baltijos kopija, 2005.
112. PUNDZIUS, J.; ŽEKAS, R.; VEČKIENĖ, I. *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005*. Vilnius: Baltijos kopija, 2006.

113. *Pursue high-quality DOTS expansion and enhancement*. World Health Organization [interaktyvus]. 2009, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 12 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/tb/dots/en/>>.
114. PUŠKORIOUS, S., et al. *Savivaldos institucijų socialinis politinis veiksmingumas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2006.
115. *Questions and Answers on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. Europa [interaktyvus] 2008, [žiūrėta 2010 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga per internetą: <<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/08/788&format=HTML&aged=0&language=EN>>.
116. *Questions and Answers on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. MEMO/08/788. Brussels, 15 December 2008.
117. SAKALAS, A. *Personalo vadyba*. Vilnius: Margi raštai, 2003. 8 p.
118. SAUKIENĖ, I. Pareigūnai ir jų artimieji išsaugojo privilegiją į savo ligoninę. Iš *DELFI 201019 sausio 19 d.*, [interaktyvus]. [žiūrėta 2010 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.delfi.lt/archive/article.php?id=27\\_980831](http://www.delfi.lt/archive/article.php?id=27_980831)>.
119. SHORTELL; KALUZNY. *Health Care Management*. Albany: Delmar Publishing, 2000.
120. *Snapshots of health systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
121. *Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas*. Valstybinio audito ataskaita. 2010 m. rugpjūčio 31 d., nr. VA-P-10-16-12.
122. STAHL T.; VISMAR M.; OLLILA E.; LAHTINEN E.; LEPPÖ K (eds) *Health in All policies: Prospects and potentials*. Helsinki, 2006 [žiūrėta: 2009 m. sausio 4 d.]. Prieiga per internetą: <<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/76F97493-0284-4E47-A744-5CAE91A546C7/0/HIAPKirja.pdf>>.
123. ŠTARAS, K. *Vidaus procesų automatizavimo įtaka Vilniaus Centro poliklinikos veiklos efektyvumui didinti*: magistro darbas. MRU [Vilnius], 2007.
124. *Sveikata visiems XXI amžiuje: Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione*. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2000.
125. *Sveikatos priežiūros išlaidos*. Statistikos departamentas. Vilnius, 2008.
126. *Tabako reklamos draudimas įsigalioja liepos 31 d.* Iš Pasaulio Bankas Europa [interaktyvus]. 2005 [žiūrėta 2009 m. gruodžio 21 d.]. Prieiga per internetą: <<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/1013&format=HTML&aged=1&language=LT&guiLanguage=fr>>.
127. TARRICONE R.; TSOUROS A. D. (ed.) *Home Care in Europe*. Copenhagen: World Health Organization, 2008.
128. *Ten health questions about ten*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
129. *Tobacco*. European Commission. Europa [interaktyvus]. 2009, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 10 d.]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/tobacco\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_en.htm)>.

130. *Together for Health: Health Programme (2008-2013)*. European Commission: Public Health. 2008, [žiūrėta 2010 m. sausio 30 d.]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/ph\\_programme/documents/prog\\_booklet\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/prog_booklet_en.pdf)>.
131. *Tuberculosis control in the European Region*. Tuberculosis. World Health Organization [interaktyvus]. 2009, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 12 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/tuberculosis>>.
132. TYLIENĖ, V., KAIRYS, J., ŽĖBIENĖ, E., TOMKEVIČIUS, V. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių. *Sveikatos mokslai*, 2008, t. 6: p. 2120-2126.
133. *Unaided 2008 Report on the global AIDS epidemic* [interaktyvus]. 2008, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 12 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)>.
134. Valstybės tabako kontrolės programa mažins rūkymo paplitimą ir žalą sveikatai. Sveikatos apsaugos ministerija *Iš e medicina* [interaktyvus]. 2007, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 10 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.emedicina.lt/index.php?s\\_id=2260&lang=lt](http://www.emedicina.lt/index.php?s_id=2260&lang=lt)>.
135. Valstybinės ligonių kasos (VLK) duomenys [interaktyvus]. [žiūrėta: 2010 m. rugpjūčio 2 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/>>.
136. VIRBALIS, R. *Rekomendacijos dėl gydytojų skaičiaus ir pasiskirstymo pagal specialybes reguliavimo būdų, įgyvendinant pirminės sveikatos priežiūros reformą*. Darbo grupės ataskaita LR Sveikatos apsaugos ministerijai. Vilnius, 1995.
137. WHO database, [interaktyvus] <http://www.who.dk/> [žiūrėta 2010.03.30].
138. WHO/HBSC Forum 2007: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
139. ZAKAREVIČIUS, P. Organizacijų kultūra kaip pokyčių priežastis ir pasekmė. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*. Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas, 2004, nr. 30, 206 p.
140. ŽĖBIENĖ, E., et al. *Agreement in patient-physician communication in primary care: A study from Central and Eastern Europe, Patient Education and Counseling*. 2008, t. 73, nr. 2, p. 246-250.
141. ŽĖBIENĖ, E.; KAIRYS, J.; ZOKAS, I. Medicininės konsultacijos pirminėje sveikatos priežiūroje: rezultatų vertinimas paciento ir gydytojo požiūriu. *Sveikatos mokslai*, 2003, t. 4, p. 43 – 47.
142. ŽĖBIENĖ, E.; KAIRYS, J.; ZOKAS, I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Medicina*, 2004, t. 40, nr. 5, p. 467-474.
143. ŽĖBIENĖ, E.; KAIRYS, J.; ZOKAS, I. Pacientų nuomonė apie jiems suteiktas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. *Sveikatos mokslai*, 2003, t. 7, p. 95-101.

144. ŽEKAS, R. Nacionalinė sveikatos taryba alkoholio vartojimo situaciją įvardina kaip kritinę. Iš *e medicina* [interaktyvus]. 2007, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 13 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.emedicina.lt/index.php?lang=lt&s\\_id=1100](http://www.emedicina.lt/index.php?lang=lt&s_id=1100)>.
145. ŽIV/AIDS epidemiologinė situacija. AIDS [interaktyvus]. 2009, [žiūrėta 2009 m. gruodžio 12 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.aids.lt/stats.lt.php?gr=6>>.

#### Teisiniai dokumentai

146. Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. rugsėjo 23 d. sprendimas Nr. 1786/2002/EB patvirtinantis Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje programą (2003–2008 m.) [2002] OL, L271/1.
147. Europos Parlamento ir Tarybos 2004 m. kovo 31 d. direktyva Nr. 2004/23/EB nustatanti žmogaus audinių ir ląstelių donorystės, įsigijimo, ištyrimo, apdoravimo, konservavimo, laikymo bei paskirstymo kokybės ir saugos standartus [2004] OL, L 102.
148. Europos Parlamento ir Tarybos 2007 m. spalio 23 d. sprendimas Nr. 1350/2007/EB dėl antrosios Bendrijos veiksmų programos sveikatos srityje (2008–2013 m.) [2007] OL, L301/3.
149. Komisijos 2004 m. kovo 31 d. Direktyva Nr. 2006/17/EB įgyvendinanti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2004/23/EB, nustatančią žmogaus audinių ir ląstelių donorystės, įsigijimo, ištyrimo, apdoravimo, konservavimo, laikymo bei paskirstymo kokybės ir saugos standartus' [2006] OL, L38/40
150. Komisijos 2004 m. kovo 31 d. direktyva Nr. 2006/17/EB įgyvendinanti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2004/23/EB, nustatančią žmogaus audinių ir ląstelių donorystės, įsigijimo, ištyrimo, apdoravimo, konservavimo, laikymo bei paskirstymo kokybės ir saugos standartus [2006] OL, L38/40.
151. Komisijos 2006 m. spalio 24 d. direktyva Nr. 2006/86/EB dėl atsekamumo reikalavimų, pranešimo apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir reiškinius bei žmogaus audinių ir ląstelių kodavimo, apdoravimo, konservavimo, laikymo ir paskirstymo tam tikrų techninių reikalavimų [2006] L 294/32.
152. Komisijos 2006 m. spalio 24 d. Direktyva Nr. 2006/86/EB dėl atsekamumo reikalavimų, pranešimo apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir reiškinius bei žmogaus audinių ir ląstelių kodavimo, apdoravimo, konservavimo, laikymo ir paskirstymo tam tikrų techninių reikalavimų [2006] L 294/32.
153. Lietuvos Respublikos 2003 m. rugsėjo 16 d Maisto įstatymo 2, 3, 5, 9, 10, 11 ir 12 straipsnių pakeitimo ir papildymo bei įstatymo papildymo priedu įstatymas //Valstybės žinios, 2003, Nr. 92-4139.
154. Lietuvos Respublikos Biomedicininų tyrimų etikos įstatymas //Valstybės žinios 2000, Nr. 44-1247.
155. Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymo 2 ir 3 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas //Valstybės žinios. 2007, Nr. 43-1634.
156. Lietuvos Respublikos Farmacijos įstatymas // Valstybės žinios. 2006, Nr. 78-3056.

157. Lietuvos Respublikos farmacijos įstatymo 1, 2, 60, 62, 74 straipsnių, penkioliktojo skirsnio pavadinimo, įstatymo priedo pakeitimo, įstatymo papildymo 241 straipsniu ir tryliktojo skirsnio, 68 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymas // Valstybės žinios, 2008, Nr. 149-5991.
158. Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymo pakeitimo // Valstybės žinios, 2004, Nr.68-2365.
159. Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. lapkričio 20 d. įstatymas Nr. IX-1840 “Tabako kontrolės įstatymo pakeitimo ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo įgyvendinimo įstatymo pripažinimo netekusiu galios įstatymas” // Valstybės žinios. 2003, Nr. 117-5317.
160. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (1998) Lietuvos sveikatos programa: patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr.VII-833, Vilnius.
161. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr.329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo” // Valstybės žinios. 1998, Nr. 57-1611.
162. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito“. Valstybės žinios. 1998, Nr. 89-2469.
163. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. vasario 5 d. įsakymas Nr. 61 “Dėl asmens sveikatos priežiūros specialybių ir subspecialybių sąrašo” //Valstybės žinios. 1992, Nr. 15-404.
164. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. 328 “Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2000, Nr. 50-1448.
165. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 2 d. įsakymas Nr. 593 “Dėl bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programos 2000-2010 m. patvirtinimo”.
166. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583, “Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos” //Valstybės žinios. 2001, Nr. 96-3400.
167. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. 324 “Dėl greitosios medicinos pagalbos koncepcijos patvirtinimo” //Valstybės žinios. 2002, Nr. 76-3267.
168. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr.v-754 “Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo”//Valstybės žinios. 2004, Nr. 7-153.
169. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr.V-804 “Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo”// Valstybės žinios. 2004, Nr. 30-999.
170. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 “Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo” //Valstybės žinios. 2004, Nr. 55-1915.



171. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-205 'Dėl Europos Sąjungos šalių narių piliečiams Lietuvoje suteiktų privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidų kompensavimo tvarkos patvirtinimo' //Valstybės žinios. 2004, Nr. 54-1844.
172. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“. Valstybės žinios 004, Nr.144- 5268.
173. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2004, Nr. 144-5268.
174. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. sausio 22 d. įsakymas Nr. V-19 ” Dėl vaistinių preparatų registravimo taikant savitarpio pripažinimo procedūrą nuostatų“ //Valstybės žinios. 2004, Nr. 21-650.
175. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 22 d. įsakymas Nr.V-510 “Dėl Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo Lietuvos Respublikoje privalomuoju sveikatos draudimu apdraustiesiems asmenims” //Valstybės žinios. 2005, Nr. 80-2925.
176. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 “Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo” //Valstybės žinios. 2005, Nr. 143-5205.
177. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 “Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo” //Valstybės žinios. 2005, Nr. 143-5205.
178. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo” //Valstybės žinios. 2006, Nr. 3-62.
179. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 8 d. įsakymo Nr. V-956 “Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. liepos 1 d. įsakymo Nr. 324 "Dėl Greitosios medicinos pagalbos koncepcijos patvirtinimo" pakeitimo” //Valstybės žinios. 2005, Nr. 146-5338.
180. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. rugpjūčio 25 d. įsakymas Nr. V-715 “Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 27 d. įsakymo Nr. V-329 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei greitosios medicinos pagalbos paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo”// Valstybės žinios. 2006, Nr. 93-3667.
181. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 “Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo” //Valstybės žinios. 2007, Nr. 137-5626.

182. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymas Nr. V-895 “Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2007, Nr. 115-4713.
183. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. liepos 9 d. įsakymas Nr. V-557 “Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 6 d. įsakymo Nr. V-895 “Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo” pakeitimo” // Valstybės žinios. 2009, Nr. 84-3535.
184. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 “Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2007, Nr. 76-3029.
185. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 “Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2007, Nr. 76-3029.
186. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 66-1572.
187. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231.
188. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. rugpjūčio 17 d. nutarimas Nr. 70-2075 “Dėl Lietuvos Respublikos derybinių pozicijų derybose dėl narystės Europos Sąjungoje patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2000, Nr. 70-2075.
189. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. rugpjūčio 2 d. nutarimas Nr. 935 “Dėl Lietuvos 2004–2006 metų bendrojo programavimo dokumento patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2004, Nr. 123 – 4486.
190. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647 “Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2006, Nr. 74 – 2827.
191. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. spalio 17 d. nutarimas Nr. 1117 “Dėl valstybės tabako kontrolės programos įgyvendinimo 2007-2010 metų priemonių plano patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2007, Nr. 111-4544.
192. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 56-2225.
193. Lietuvos Respublikos žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymo 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 2(1), 5(1) straipsniais ir priedu įstatymas // Valstybės žinios. 2006, Nr. 119-4545.