

# **Studija**

## **Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams**



**Studiją parengė**  
**UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ drauge su**  
**Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA)**

2007 m.

**Studija**  
**Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir**  
**sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams**

**Studiją parengė**  
**UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ drauge su**  
**Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA)**

2007 m.

LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS FINANSAVIMAS IR SVEIKATINIMO PASLAUGŲ  
PRIEINAMUMAS GYVENTOJAMS

**Autoriai:**

Gintautas Barcys

Romualdas Buivydas

**Išleido:**

UAB Sveikatos ekonomikos centras

P. Vileišio 18, II korpusas, 301 k., Vilnius

Telefonas: 2 34 63 70

El.paštas: sec@sec.lt

www.sec.lt

**Spausdino:**

UAB „Efrata“

P. Vileišio g. 18, II korpusas, 410 k., Vilnius

Telefonas: 2 343 549

El.paštas: spauda@efrata.lt

www.efrata.lt

Skelbiant, dauginant ar platinant bet kokią šio leidinio informaciją nurodyti šaltinį.

© 2007 UAB Sveikatos ekonomikos centras

© 2007 Etinių farmacijos kompanijų asociacija

## TURINYS

➤ STUDIJOS TIKSLAS	3
➤ DARBO METODIKA	3
➤ ŠALTINIAI	3
➤ IŽANGINĖ DALIS	4
➤ LIETUVOS IR ES ŠALIŲ DEMOGRAFINIAI BEI SVEIKATOS RODIKLIAI	5
➤ LIETUVOS IR ES ŠALIŲ SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMŲ IŠTEKLIAI IR FUNKCIONAVIMAS	7
➤ LIETUVOS IR ES ŠALIŲ PAGRINDINIAI EKONOMINIAI IR SOCIALINIAI RODIKLIAI	8
➤ LIETUVOS SVEIKATINIMO VEIKLOS FINANSAVIMAS	8
➤ LIETUVOS SVEIKATINIMO VEIKLOS PLĖTROS TENDENCIJŲ ANALIZĖ IR PASIŪLYMAI	10
➤ GALIMI SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS PLĖTROS FINANSAVIMO SCENARIJAI IKI 2012 m.	13
➤ PREZENTACIJA	14

### STUDIJOS TIKSLAS

Pagrindinis šios studijos tikslas – išanalizuoti ilgalaikės ir stabilios Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų plėtros užtikrinimo galimybes.

### DARBO METODIKA

- Atlikta Lietuvos gyventojų sveikatos, ekonominių, socialinių rodiklių analizė lyginant su kitomis ES šalimis.
- Atlikta Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos situacijos analizė Europos Sąjungos kontekste: nagrinėti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos ištekliai, finansavimo šaltiniai, jų kitimo tendencijos ir šias tendencijas įtakojantys veiksniai; išnagrinėti Lietuvos sveikatos sistemą reglamentuojantys teisės aktai. Informacija rinkta bendradarbiaujant su Lietuvos valstybinių institucijų atsakingais pareigūnais ir specialistais, naudotos oficialios Lietuvos ir ES duomenų bazės ir informacijos šaltiniai.
- Parengtos išvados ir rekomendacijos siekiant užtikrinti ilgalaikį ir stabilų Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos vystymąsi artinant ją prie ES standartų.

### ŠALTINIAI

- EUROSTAT NEWS RELEASE, 48/2005 - 8 April 2005. Population projections 2004-2050.
- Eurostat, 2007.
- IMS Health, 2007.
- Lietuvos korupcijos žemėlapis, 2004 m.; 2005 m.
- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto 2003-2006 m. metinės vykdymo ataskaitos.
- Lietuvos sveikatos informacijos centras.
- LR Finansų Ministerija. Lietuvos ekonominių rodiklių projekcijos 2007-2010 metams. Projekcijos paskelbtos 2007 03 15.
- OECD 2000 Sveikatos sąskaitų metodika.
- OECD Health Data, 2006; 2007.
- Oficialiai neapskaitytos ekonomikos Lietuvoje tyrimas. – Vilnius, 2004. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.
- Progress in health care, progress in health?: Patterns of amenable mortality in Central and Eastern Europe before and after political transition. Ellen Nolte, Martin McKee, Rembrandt D. Scholz. Demographic research, Special Collection 2, article 6, published 16 April 2004, [www.demographic-research.org](http://www.demographic-research.org).
- Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.
- Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996-2006 m. tyrimų rezultatai.
- The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN) Brussels, 6 February 2006, ECFIN/EPC(2006)REP/238.
- Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007-2015 metų metmenys.
- Valstybinė ligonių kasa (VLK), 2007.
- WHO, European health for all database, 2007.
- WHO, World health statistics 2007.
- World Health Organization Regional Office for Europe, European mortality database (MDB), 2007.

## IŽANGINĖ DALIS

Šiuo metu, kai sveikatos sistema pertvarkoma pirmiausia paisant paslaugų teikėjų interesų, sudėtinga efektyviai tenkinti gyventojų sveikatos poreikius. Jei prioritetinės sveikatinimo sritys būtų parenkamos atsižvelgiant į gyventojų, kaip paslaugų vartotojų, poreikius, tuo tikslu plačiau panaudojant ir rinkos mechanizmus sveikatos priežiūros paslaugoms pirkti, tuomet visuomenės dalyvavimas pertvarkant sveikatos sistemą galėtų būti kur kas svaresnis, priemonių įgyvendinimo planai visapusiškesni, o rezultatai aiškesni.

Galutinis sveikatinimo paslaugų vartotojas yra konkretus gyventojas (pacientas). Tačiau akivaizdu, kad pacientas ne visada gali būti pajėgus tapti paslaugos pirkėju dėl dviejų paprastų priežasčių:

- Sveikatinimo paslaugos gali būti labai brangios ir todėl pacientas tiesiogiai negalės jų nusipirkti;
- Informacijos asimetrija.

Pirmoji problema daugumoje valstybių sprendžiama gana paprastai – įdiegiant paslaugų pirkimo instituciją ir naudojantis solidarumo principu (draudiminės medicinos ar per valstybės mokesčius apmokamos medicinos modeliai).

Antroji problema kur kas sudėtingesnė, nes pacientas daugeliu atvejų tiesiog negali žinoti apie sveikatinimo paslaugas daugiau nei medikai, o be to, susirgę pacientai dažnai nepajėgūs (būtent dėl ligos) deramai įvertinti ir pasirinkti norimas paslaugas.

Norint, kad konkretus paslaugų vartotojas turėtų daugiau įtakos sveikatos paslaugų pirkimo procese, reikėtų plėtoti papildomojo savanoriškojo sveikatos draudimo sistemą. Nors tokios sistemos administravimas gana brangus, tačiau individualiems pacientų poreikiams, kurių negali patenkinti valstybinio sveikatos draudimo sistema, papildomasis draudimas galėtų suvaidinti reikšmingą vaidmenį.

Kita galimybė – sukurti efektyvią visuomeninio paslaugų pirkėjo instituciją. Tai reikštų sukurti mechanizmą, per kurį būtų kompetentingai atstovaujami visuomenės sveikatinimo paslaugų poreikio interesai. Tokiu atveju atsirastų visuomeninis sveikatinimo paslaugų vartotojas ir užsakovas. Šiuo atveju būtų atstovaujami ne konkrečių pacientų interesai paslaugų pirkimo-pardavimo procese, o statistinio gyventojų interesai ar apibendrinti visuomenės poreikiai, kurie gali ne visiškai atitikti konkretaus gyventojų interesus.

Abiejų variantų plėtra ir derinimas padėtų sukurti tiek asmeninius, tiek visuomeninius interesus atitinkantį realų sveikatinimo paslaugų pirkimo modelį.

Pagrindinis šios studijos tikslas – išanalizuoti esamą situaciją ir parengti pasiūlymus, kaip pagerinti paslaugų, atitinkančių vartotojų poreikius, teikimą.

## LIETUVOS IR ES ŠALIŲ DEMOGRAFINIAI BEI SVEIKATOS RODIKLIAI

Pirmąjį savo nepriklausomybės dešimtmetį Lietuva sprendė politinio suvereniteto įtvirtinimo, ūkio reorganizavimo iš planinio į reguliuojamą rinkos santykių, valstybės biudžeto stabilumo ir infliacijos pažabojimo klausimus. Tuo metu santykinai nedidelis dėmesys socialiniam sektoriui (įskaitant sveikatos apsaugą) buvo iš dalies suprantamas, bet sustiprėjus šalies ekonomikai, Lietuvai įstojus į NATO ir Europos Sąjungą situacija iš esmės pasikeitė.

Šalies ūkio, kurio tolesniam sparčiam augimui reikalinga sveika darbo jėga, reikmė sąlygoja prioritetingą sveikatos sektoriaus plėtros būtinybę. Daugelyje ES šalių pastaraisiais metais įgyvendinamos pensinio amžiaus ilginimo programos yra grindžiamos tuo, kad medicinos progresas užtikrina aukštą pagyvenusių žmonių darbingumą. Didesnis geros sveikatos būklės pagyvenusių žmonių skaičius yra vienas pagrindinių kelių, sprendžiant darbuotojų trūkumo problemą.

### Demografinė situacija

2007 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 3384,9 tūkst. gyventojų (apie 0,69 proc. visų ES šalių gyventojų skaičiaus). Moterų skaičius sudarė 53,4 proc., kaimo gyventojų skaičius siekė 33,2 proc., o vyresnio nei 64 m. amžiaus gyventojų skaičius 2007 m. pradžioje viršijo 527 tūkst. ir tai sudarė 15,6 proc. visų šalies gyventojų. Per metus (nuo 2006 m. pradžios) pensinio amžiaus gyventojų skaičius išaugo daugiau nei 1 proc.

Gyventojų skaičius Lietuvoje mažėja. Nuo 1993 m. pradėjo smarkiai mažėti naujagimių skaičius, – 2006 m. jis siekė tik 9,2/1000 gyventojų ir buvo vienas mažiausių tarp ES šalių. 2006 m. (vertinant absoliučiais skaičiais) Lietuvos gyventojų mirė 2,3 procento daugiau nei 2005 m. Nors šis procentas mažesnis nei ankstesniais metais (2005 m. mirė 5,9 proc. daugiau nei 2004 m.), tačiau turint omenyje, kad gimstamumas 2006 m. padidėjo tik 2,4 proc., natūrali gyventojų kaita išliko neigiama (sumažėjo 13,55 tūkst. gyventojų). Naujagimių skaičiaus mažėjimas įtakoja ir įtakos populiacijos senėjimą. Prognozuojama, kad 2020 m. Lietuvoje bus apie 17,5 proc. vyresnių nei 65 m. amžiaus gyventojų, o 2050 m. šis procentas turėtų išaugti iki 26,7 proc.<sup>1</sup>

Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimui pirmaisiais metais po nepriklausomybės atkūrimo įtakos turėjo dalies gyventojų emigracija į Rusiją, o vėlesniu laikotarpiu - į Vakarų Europos šalis. 2006 m. migracijos saldo šalyje taip pat buvo neigiamas, t.y. iš šalies išvyko 4857 gyventojais daugiau nei atvyko. Šiuo metu Lietuvoje yra beveik 8,4 proc. mažiau gyventojų nei 1990 m.

Labiausiai gyventojų skaičius 2006 m. tarp visų ES šalių sumažėjo Rumunijoje (39,46 tūkst. gyventojų) ir Bulgarijoje (45,09 tūkst. gyventojų), tačiau procentinis gyventojų sumažėjimas pats didžiausias buvo Latvijoje (0,58%) ir Lietuvoje (0,54%). Labiausiai gyventojų skaičius išaugo Ispanijoje (716,38 tūkst. gyventojų) ir Jungtinėje Karalystėje (405,39 tūkst. gyventojų)<sup>2</sup>. Eurostat 2006 m., remdamasi mirtingumo ir migracijos rodikliais, parengė ES šalių gyventojų skaičiaus projekcijas. Pagal šiuos paskaičiavimus gyventojų skaičius Lietuvoje ir toliau mažės, o 2050 metais gali sumažėti net iki 2,9 milijono<sup>3</sup>.

### Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

Gimusiųjų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) sumažėjimas 1990-1994 m. laikotarpiu Lietuvoje buvo sąlygotas sunkios ekonominės situacijos ir pragyvenimo lygio sumažėjimo. Nors šis sumažėjimas buvo kiek menkesnis nei kaimyninėse Baltijos šalyse, tačiau 1994 m. VGT rodiklis Lietuvoje tesiekė tik 65,5 m. Nuo 1970 m. tai mažiausia šio rodiklio Lietuvoje reikšmė. Pradedant 1994 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje pradėjo didėti ir 2000 m. (72,27 m.) buvo beveik pasiekusi 1986 m. (72,32 m.) lygį. Tačiau nuo 2001 m. dėl vis didėjančio šalies gyventojų mirtingumo VGT vėl pradėjo mažėti ir 2005 m. šis rodiklis siekė tik 71,33 m. (atitinka 1996-1997 m. lygį). 2005 m. duomenimis Lietuva pagal gimusiųjų vidutinę tikėtina gyvenimo trukmę tarp visų ES šalių buvo priešpaskutinė. Trumpiau gyvena tik Latvijos gyventojai. Pagal 2006 m. duomenis vidutinė Lietuvos gyventojų tikėtina gyvenimo trukmė dar sutrumpėjo ir šiuo metu siekia tik 71,12 metų.

Pagal Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) 2005 m. duomenis Lietuva pagal vyrų gyvenimo trukmę iš 194 pasaulio šalių yra 111-118 vietoje, šalia Latvijos, Moldovos Respublikos, Armėnijos, Dominikos Respublikos, Gvatemalos ir Hondūro. Ilgiausia vyrų tikėtina gyvenimo trukmė – San Marine, Japonijoje ir Australijoje, o trumpiausia – Angoloje, Svazilande ir Siera Leonėje. Pagal moterų vidutinę tikėtina gyvenimo trukmę (daugiau nei 77 metai) Lietuva atrodo geriau ir užima 55-58 vietą šalia Bosnijos ir Hercegovinos, Vengrijos, Seišelių, Bahreino, Dominikos Respublikos ir Makedonijos. Ilgiausia moterų tikėtina gyvenimo trukmė – Japonijoje, Monake ir San Marine, o trumpiausia – Zambijoje, Siera Leonėje ir Svazilande.<sup>4</sup>

### Gyventojų mirtingumas ir sergamumas<sup>5</sup>

Gimusiųjų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) sumažėjimas labiausiai susijęs su augančiu šalies gyventojų mirtingumu. Lietuvoje gyventojų mirtingumo rodikliai aukščiausią lygį buvo pasiekę 1994 m., vėliau padėtis stabilizavosi, tačiau iki šiol jie išlieka vieni didžiausių ES.

*Kūdikių mirtingumas* Lietuvoje nuo 1990 m. sumažėjo ženkliai. Bet, nors 2005 m. šis rodiklis (6,84/1000 gyvagių) buvo žemesnis už naujųjų ES šalių vidurkį (8,71/1000 gyvagių), vis dėlto jis smarkiai viršija Vakarų Europos valstybių (ES-15) atitinkamą rodiklį (4,34/1000 gyvagių, 2004 m.). Pagal 2005 m. duomenis, kūdikių mirtingumas Lietuvoje tarp visų ES šalių buvo mažesnis nei Slovakijoje, Latvijoje, Bulgarijoje ir Rumunijoje.

Mirtingumo rodiklis Lietuvoje *dėl visų mirties priežasčių* 2005 m. ne tik viršijo ES naujųjų šalių vidurkį, bet net buvo vienas iš didžiausių tarp visų ES šalių – 1082/100000 gyventojų (tik Latvijoje šis rodiklis aukštesnis). Vidutinės gyvenimo trukmės sumažėjimas Lietuvoje yra sąlygotas mirtingumo padidėjimo pirmiausia dėl šių mirties priežasčių:

- *Išorinės mirties priežastys* (mirtingumas Lietuvoje didžiausias tarp visų ES šalių). Tarp jų:
  - mirtingumas dėl savižudybių (mirtingumas Lietuvoje ne tik didžiausias visoje ES, bet didesnis net ir už NVS vidurkį);
  - mirtys, susijusios su transportu (mirtingumas Lietuvoje didžiausias tarp visų ES šalių). Būtinai

<sup>1</sup> The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). Brussels, 6 February 2006, ECFIN/EPC(2006)REP/238.

<sup>2</sup> Eurostat, 2007.

<sup>3</sup> EUROSTAT NEWS RELEASE, 48/2005 - 8 April 2005. Population projections 2004-2050.

<sup>4</sup> WHO, World health statistics, 2007.

<sup>5</sup> WHO, European health for all database, 2007.

atkreipti dėmesį į tai, kad su autotransportu susijusių mirčių rodiklis, palyginti su ES šalimis, ypač didelis 25–64 m. amžiaus – kaip tik darbingo amžiaus gyventojų grupėje;

- nužudymai (mirtingumas Lietuvoje didžiausias tarp visų ES šalių po Latvijos).
- *Su alkoholio vartojimu susijusios mirtys* (mirtingumas Lietuvoje didžiausias tarp visų ES šalių).
- *Su rūkymu susijusios mirtys* (mirtingumas Lietuvoje didžiausias tarp visų ES šalių).
- *Infekcinės ligos* (mirtingumas Lietuvoje didžiausias tarp visų ES šalių), tarp jų:
  - mirtingumas dėl tuberkuliozės (mirtingumas Lietuvoje didžiausias tarp visų ES šalių).
- *Kraujotakos sistemos ligos*, tarp jų:
  - išeminė širdies liga (Lietuvoje didžiausias mirtingumas visoje ES). Būtina atkreipti dėmesį į tai, kad mirtingumo nuo išeminės ligos rodiklis, palyginti su ES šalimis, ypač didelis 25–64 m. amžiaus – kaip tik darbingo amžiaus gyventojų grupėje.
- *Onkologinės ligos*. Mirtingumo rodiklis labai didelis. Nors šis rodiklis 2005 m. buvo 3,3 proc. mažesnis nei naujųjų ES šalių atitinkamas vidurkis, bet 7,7 proc. viršijo visų ES šalių vidurkį.
- *Virškinimo organų ligos*. Mirtingumo rodiklis labai didelis ir 2005 m. 47 proc. viršijo ES ir 4,7 proc. naujųjų ES šalių atitinkamą vidurkį. Būtina atkreipti dėmesį, kad mirtingumas nuo virškinimo organų ligų (ypač nuo kepenų ligų ir cirozės) nuolat auga ir per 1990–2005 m. laikotarpį mirčių skaičius išaugo dvigubai.

2005 m. Lietuvoje mirtingumas nuo išorinių mirties priežasčių sudarė apie 14,5 proc. visų mirties priežasčių, nuo širdies kraujagyslių ligų – 52 proc., dėl onkologinių ligų – 18 proc., o dėl infekcinių ligų – 1,3 proc. Naujųjų ES šalių vidurkį viršija mirtingumas nuo infekcinių ligų (0,8 proc.) ir daugiau nei dvigubai mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių (6,9 proc.).

Didelis gyventojų sergamumas ir nelaimingų atsitikimų skaičius įtakoja ženklus naujai užregistruoto neįgalumo rodiklius. 2004 m. naujai užregistruotų invalidumo/neįgalumo atvejų Lietuvoje skaičius 2,4 karto viršijo atitinkamą naujųjų ES šalių vidurkį.

### Apibendrinimai ir išvados

Lietuvą galima priskirti pereinamojo laikotarpio šalių grupei, kurioje mirtingumas dar gana ženkliai įtakojamas tiek bendrojo šalies išsivystymo lygio, tiek sveikatos sistemos finansavimo apimties. Ši teiginį patvirtina ženklus vidutinės gyvenimo trukmės sumažėjimas 1990–1994 m. laikotarpiu, kai, tapus nepriklausoma valstybe, realus BVP Lietuvoje sumažėjo. Pagrindinių mirties priežasčių analizė taip pat patvirtina minėtą teiginį, nes akivaizdžiai parodo, kad pereinamuju laikotarpiu, kuris tęsiasi iki šiol, išaugo būtent išvengiamas mirtingumas<sup>6</sup>, kurio lygis mažėja augant šalies finansiniam pajėgumui, tiek dėl gyvenamosios aplinkos sąlygų gerėjimo (užterštumas, transporto priemonės ir keliai, maistas, gyvenamasis būstas), tiek dėl vartojimo ir gyvenimo kultūros (alkoholio suvartojimas, rūkymas, stresai, neužtikrintumas dėl ateities). Taip pat labai

svarbus išvengiamo mirtingumo mažinimo faktorius – efektyvus sveikatos sistemos funkcionavimas. Jis susijęs su ankstyvąja diagnostika, skubios pagalbos teikimu traumų, infarktų ar insultų, apsinuodijimų ar infekcinių susirgimų atveju, taip pat aprūpinimu vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis.

Pagrindiniais prioritetais, siekiant sumažinti Lietuvos gyventojų mirtingumą per santykinai trumpą laikotarpį, turėtų būti kaip tik išvengiamo mirtingumo Lietuvoje mažinimas. Ypač dėmesį reikėtų atkreipti į išeminę širdies ligą, tuberkuliozę, kepenų ligas bei savižudybių prevenciją. Reikėtų gerinti ne tik skubios pagalbos teikimą, pirminę diagnostiką, bet ir sustiprinti ambulatorinę–prevencinę pagalbą. Pavyzdžiui, įtvirtinant darbdaviams pareigą per metus suteikti darbuotojams vieną laisvą dieną profilaktiškai pasitikrinti sveikatą, vartojant profilaktines priemones cholesterolio kiekiui, kraujospūdžiui mažinti ir kita. Ne mažiau svarbu yra inicijuoti labai griežtų priemonių avaringumui keliuose mažinti įvedimą (bent trumpam laikotarpiui. Pavyzdžiui, viešai paskelbiant, kad jos bus taikomos tik 2–3 m.). Pavyzdžiui, galima taikyti tokią priemonę, kaip automobilio konfiskavimas, jei vairuotojas buvo neblaivus, nepriklausomai nuo to, ar jis yra automobilio savininkas. Ne mažiau svarbu būtų (nenušizengiant laisvosios rinkos principams) riboti rūkymo bei alkoholio vartojimo reklamą, taip pat parengti antialkoholinės ir prieš rūkymą nukreiptos ilgalaikės ir profesionaliai parengtos reklaminės kampanijos strategiją.

Jei artimiausiu laiku Lietuvoje pasisektų sumažinti mirtingumą dėl visų minėtų mirties priežasčių, tai remiantis 2005 m. mirtingumo statistika būtų galima:

- išgelbėti apie 5,4 tūkst. gyvybių per metus, jei bendrasis mirtingumo rodiklis Lietuvoje atitiktų naujųjų ES šalių (ES–12) vidurkį;
- išgelbėti apie 16,2 tūkst. gyvybių per metus, jei bendrasis mirtingumo rodiklis Lietuvoje pasiektų ES šalių (ES–27) vidurkį;
- išgelbėti apie 19 tūkst. gyvybių per metus, jei bendrasis mirtingumo rodiklis Lietuvoje pasiektų senųjų ES šalių (ES–15) vidurkį.

Vidutinės gyvenimo trukmės Lietuvoje ilgėjimas, populiacijos senėjimas ir darbingo amžiaus asmenų skaičiaus mažėjimas, dideli neįgalumo/invalidumo rodikliai sąlygos išlaikytinių skaičiaus augimą ir visuomeninių išlaidų socialinėms išmokoms, pensijoms bei sveikatos priežiūrai ženklų augimą. Remiantis Eurostat duomenimis 2004 m. bendras išlaikytinių skaičius Lietuvoje siekė 48,6 proc. ir pagal šios institucijos atliktas prognozes 2025 m. šis procentas gali pasiekti 52,2 proc., o 2050 m. – net 67,8 proc.<sup>7</sup> Apibendrinant galima teigti, kad, siekiant skubiai pagerinti susidariusią demografinę situaciją, būtinos kardinalios sveikatos politikos korekcijos ir *kryptingos* investicijos į sveikatos sektorių, bei kitas gyventojų sveikatai reikšmingą įtaką turinčias sritis.

<sup>6</sup> Progress in health care, progress in health?: Patterns of amenable mortality in Central and Eastern Europe before and after political transition. Ellen Nolte, Martin McKee, Rembrandt D. Scholz. Demographic research, Special Collection 2, article 6, published 16 April 2004, www.demographic-research.org.

<sup>7</sup> EUROSTAT NEWS RELEASE, 48/2005 - 8 April 2005. Population projections 2004-2050.

## SVEIKATOS SISTEMOS IŠTEKLIAI IR FUNKCIONAVIMAS

### Medicinos personalas, sveikatos priežiūros įstaigos ir paslaugų teikimas

Darbuotojai yra pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos ištekliai. Pagal Sveikatos informacijos centro (SIC) duomenis 2006 m. šalies gyventojų aprūpinimas sveikatos priežiūros personalu (įskaitant: gydytojus, slaugos specialistus, fizinės medicinos ir reabilitacijos, burnos priežiūros, laboratorinės diagnostikos specialistus, dietistus bei kitus specialistus su aukštesniu medicinos išsilavinimu) siekė apie 48,4 tūkst. darbuotojų. Nei bendras personalo skaičius, nei jų procentinė struktūra reformų laikotarpiu smarkiai nesikeitė. Vienintelis esminis pasikeitimas – nuo 2000 m. iš statistinės apskaitos išnykusi felčerių kategorija. 2005 m. daugiau kaip 51 proc. viso medicinos personalo sudarė slaugytojai, o gydytojų procentas siekė 27,7 proc.

Gydytojų bendrojo skaičiaus dinamika rodo, kad iki 1990 metų Lietuvoje gydytojų skaičius sparčiai didėjo. ES šalyse gydytojų skaičiaus augimo tempas iki 1990 m. beveik atitiko tempą NVS šalyse, o Vidurio ir Rytų Europos (VRE) šalyse šis augimo tempas buvo ženkliai mažesnis. Dėl tokios dinamikos 1990 metais Lietuvoje, skaičiuojant vienam gyventojui, buvo 55 proc. daugiau gydytojų nei Rytų Europos šalyse ir 1,3 karto daugiau nei ES valstybėse. Po 1990 metų Lietuvoje gydytojų skaičius stabilizavosi ir nuo 2000 m. pradėjo šiek tiek mažėti, o ES valstybėse augo. Nepaisant to, kad mažėja skirtumas tarp Lietuvos ir besiplečiančio ES regiono valstybių, artimiausiu laikotarpiu Lietuva tebebus viena iš daugiausia gydytojų turinčių pasaulio šalių. Remiantis PSO duomenimis 2005 m. gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, Lietuvoje buvo vienas aukščiausių Europos Sąjungoje. Santykinė gydytojų gausa rodo, jog gydytojų skaičiaus didinimas kol kas nėra ir artimiausiu metu nebus (jei ženkliai neišsaugos medicinos personalo emigracija į užsienį) tarp prioritetinių sveikatos priežiūros plėtros uždavinių.

Nors deklaruojama, kad Lietuvos gydytojai ruošiami ir perkvalifikuojami pagal esamus poreikius, tačiau realūs struktūriniai pokyčiai vyksta gana lėtai ir toliau vyrauja siauros specializacijos gydytojai, dirbantys stacionarinėse gydymo įstaigose. Sveikatos priežiūros sektoriaus reforma ir pirminės sveikatos priežiūros (šeimos gydytojų) paslaugų plėtojimas padidino šeimos gydytojų (bendrosios praktikos gydytojų – BPG) paklausą. 2006 m. Lietuvoje buvo 1792 bendrosios praktikos gydytojai, tačiau pagal bendrosios praktikos gydytojų skaičių, tenkantį 100 tūkst. gyventojų, Lietuva nepasiekia ne tik ES, bet ir ES-12 (naujųjų ES šalių) vidurkio.

Slaugytojų skaičius Lietuvoje pradėjo mažėti 1990 m. ir 2006 m. Lietuvos sveikatos sistemoje dirbančių slaugytojų skaičius 100 tūkst. gyventojų tapo artimas ES valstybių vidurkiui.

Medicinos personalo skaičiaus regioninis pasiskirstymas Lietuvoje labai netolygus ir 1997–2005 m. laikotarpiu beveik nepakito iš viso. Didžioji dalis gydytojų dirba miestuose – apytikriai 70 % visų Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) sistemoje ir privačiame sektoriuje (be sanatorijų) dirbančių gydytojų. Vienintelis pastebimas skirtumas – tai slaugytojų, tenkančių 10 tūkst. gyventojų, rodiklio proporcingas sumažėjimas visuose regionuose, santykiniam pasiskirstymo netolygumui išlikus nepakitusiam. Atrodo, kad sveikatos priežiūros reforma, deja, visiškai neįtakojė tolygesnio medicinos

personalo geografinio pasiskirstymo, o tai reiškia, kad praktiškai nepagerino ir paslaugų prieinamumo regionuose.

Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemai būdinga plati, tačiau nevysiškai atitinkanti ES kokybės reikalavimus ligoninių infrastruktūra, nepakankamas pirminis sveikatos priežiūros lygis (ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos, šeimos gydytojo priežiūra), netolygus sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų pasiskirstymas regioniniu požiūriu, todėl stacionarios paslaugos sudaro didelę dalį bendros sveikatos priežiūros paslaugų apimtys.

Remiantis Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2006 m. pabaigoje didžiausią sveikatinimo paslaugas teikiančių įstaigų dalį sudarė ambulatorinės ir poliklinikinės įstaigos – 190 įstaigų. Nors 1995 - 2006 m. laikotarpiu ligoninių skaičius sumažėjo nuo 195 (1995 m.) iki 158 (2006 m.), sumažėjo vidutinės gulėjimo ligoninėje trukmės rodiklis (2005 m – 7,2 dienos, mažesnis už ES vidurkį) bei išaugo lovos užimtumo rodiklis (2005 m. – 78,6 proc., aukštesnis už ES vidurkį) tačiau ligoninių lovų skaičius 2006 m. Lietuvoje vis dėlto gerokai viršijo ES vidurkį, o hospitalizacijų skaičius išlieka vienas iš aukščiausių ES (apie 25 proc. aukštesnis) ir viršija net NVS vidurkį. Pagal atskiras ligų grupes (cerebrovaskulinė, išeminė širdies liga, infekcinės ir kvėpavimo organų ligos) stacionare gydytų ir išrašytų ligonių skaičius Lietuvoje 2004-2005 m. laikotarpiu buvo 2-3 kartus aukštesnis nei ES vidurkis.

Ambulatorinių įstaigų skaičius pradėjo augti 1995 m. prasidėjus decentralizacijos sveikatos sektoriuje procesui ir ambulatorinių įstaigų (poliklinikų bei ambulatorijų) atskyrimui nuo ligoninių. Nuo 1990 m. ambulatorinių apsilankymų pas gydytoją skaičius, tenkantis vienam gyventojui per metus, ženkliai sumažėjo, 2005 m. šis rodiklis tapo artimas ES šalių vidurkiui. Nors ambulatorinių paslaugų plėtra Lietuvoje viešai deklaruojama, tačiau faktiškai lig šiol netapo prioritetu. Lėtai vyksta šeimos gydytojo institucijos, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos bei medicininės slaugos ir ilgalaikio (paliatyvinio) gydymo paslaugų plėtra. Daugelyje ES šalių, ypač tose, kur paslaugos finansuojamos per sveikatos draudimo sistemą (Prancūzija, Vokietija, Austrija) BPG institucija yra gana gerai išsivysčiusi. Tai susiję ne tik su siekiu pagerinti sveikatos paslaugų prieinamumą, bet ir su sveikatos sistemos išlaidų efektyvesniu panaudojimu.

Tarp privačių gydymo įstaigų, kurių didžioji dalis nedidelės, dominuoja odontologines paslaugas teikiančios įstaigos – 2006 m. (Sveikatos informacijos centro duomenimis) tokių įstaigų buvo 911, o privačių pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigų skaičius siekė 170. 1997 – 2006 m. laikotarpiu privačių įstaigų skaičius išaugo daugiau nei 2 kartus.

### Apibendrinimai ir išvados

Pagrindiniai esamos sveikatos sistemos trūkumai, bloginantys paslaugų kokybę ir neleidžiantys efektyviai naudoti išteklių, yra šie:

- Stacionarios paslaugos sudaro didelę bendros sveikatos priežiūros paslaugų apimtys dalį. Nepakankamas dėmesys skiriamas stacionarinės sveikatos priežiūros optimizavimui ir modernizavimui, kad būtų sėkmingai tvarkomi pacientų srautai ir užtikrinamas paslaugų prieinamumas. Lėta šeimos gydytojo institucijos, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos bei medicininės slaugos ir ilgalaikio (paliatyvinio) gydymo paslaugų plėtra;



- Gana daug sveikatos priežiūros įstaigų susitelkusios didžiuosiuose miestuose, trūksta gydytojų-specialistų rajonuose. Daugelio sveikatos priežiūros įstaigų pastatų ir medicininės įrangos būklė yra nepatenkinama. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, reikėtų daugiau lėšų skirti šeimos gydytojų kabinetų ir kitų gydymo įstaigų kaime ir rajonuose remontui, medicininės įrangos atnaujinimui bei spartesniam informacinių technologijų diegimui. Šiuos darbus ypač svarbu įgyvendinti socialinių ekonominių problemų turinčiuose rajonuose.
- Nevisiškai užtikrinamas gydymo tęstinumas siunčiant pacientus iš vieno paslaugų profilio sveikatos priežiūros įstaigos į kitą;

## LIETUVOS IR ES ŠALIŲ PAGRINDINIAI EKONOMINIAI IR SOCIALINIAI RODIKLIAI

### Pagrindiniai ekonominiai ir socialiniai rodikliai

Pagal 2007 m. Finansų ministerijos parengtas projekcijas<sup>8</sup>, paremtas pastaruosiu metu susiformavusiomis ūkio raidos tendencijomis bei ekonominės plėtros prielaidomis, 2007 m. Lietuvoje buvo prognozuojamas 7,2 proc. BVP augimas. Lietuvos ūkio plėtros lėtėjimas tikėtinas tik 2008-2010 metų laikotarpiu. Vienas iš galimų BVP apimties augimo lėtėjimo aspektų - tai neužtikrinta darbo jėgos lankstumo prielaida (darbo jėgos sugebėjimas lanksčiai persiorientuoti iš vieno ekonominio sektoriaus į kitą), dėl ko laikinai gali sumažėti užimtumas ir padidėti nedarbas.

Nors darbo užmokestis Lietuvoje vienas iš mažiausių ES, tačiau priskaičiuotas vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio augimas pagal Finansų ministerijos projekcijas 2007 m. gali siekti iki 18,4 proc. Spartesnę darbo užmokesčio kilimą lemia auganti darbo jėgos paklausa ir atsiverianti užsienio darbo rinka. Lietuvoje 2006 m. metinis darbo užmokesčio augimas pasiekė 17,6 proc. 2008-2010 metų laikotarpiu prognozuojamas darbo užmokesčio augimo lėtėjimas, nes darbo rinkos lankstumas gali būti pasiektas darbo užmokesčio sąskaita. Prognozuojama, kad vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis, kuris 2004 m. buvo 1149 Lt, 2010 m. išaugs iki 2289,1 Lt. Užimtumo didėjimą taip pat paskatins ir ES finansinė parama. Dėl augančios darbo jėgos paklausos nedarbo lygis šalyje mažės nuo 5,6 proc. (užimtumo tyrimo duomenimis) 2006 metais iki 5,1 proc. 2010 metais.

Artimiausiu metu vartotojų kainoms nebeįsivys mažėti nei paklausos, nei pasiūlos veiksniai. Įtakos infliacijai 2007-2008 m. laikotarpyje turės Lietuvos išpareigojimai ES dėl akcizų kėlimo, brangstantys energijos ištekliai, gyventojų indėlių ir nekilnojamojo turto kompensavimo klausimų sprendimai, darbo užmokesčio augimas. Kylant gyventojų pajamoms vartojimo prekių ir paslaugų paklausa toliau išliks didelė. Nors dėl augančios konkurencijos ir prekių gamybos gali pigti drabužiai, avalynė, buitiniai prietaisai, tačiau brangstantis darbas sudarys vis didesnę paslaugų savikainos dalį. Dėl šių minėtų veiksnių prognozuojamas suderinto vartojimo prekių ir paslaugų kainų indekso vidutinis metinis augimas 2007 m. gali siekti 4,3 proc.

Nors prognozuojamas Lietuvos BVP augimo tempas gana aukštas palyginus su ES-15 šalimis, tačiau 2006 m. Lietuvoje sukuriama BVP procentas (perskaičiavus į Eurą) nuo viso ES

BVP tesiekė 0,21 proc. ir yra beveik toks pat, kaip Bulgarijos ir Slovėnijos, tačiau pagal BVP dydį, tenkantį vienam gyventojui (perkamosios galios standartais), Lietuva lenkia tik Bulgariją, Rumuniją, Lenkiją ir Latviją.

Numatomas spartus BVP ir priskaičiuoto darbo užmokesčio augimas bei nedarbo mažėjimas sukuria prielaidas didesnę dėmesį skirti šalies gyventojų socialinėms ir sveikatinimo reikmėms.

## LIETUVOS SVEIKATINIMO VEIKLOS FINANSAVIMAS

### Sveikatinimo veiklos išlaidos

Demografinės ir sergamumo problemas Lietuvoje sąlygoja ne tik socialinės-ekonominės, geografinės priežastys ar gyvenimo būdas, bet ir priežastys, susijusios su sveikatos priežiūros sistema – paslaugų kokybė ir prieinamumas bei sveikatinimo veiklos finansavimas.

Remiantis OECD 2000 Sveikatos sąskaitų metodika, sveikatinimo veiklos išlaidoms priskiriama šalies (rezidentinių) įmonių, įstaigų ar privačių asmenų sveikatos priežiūros paslaugų (įskaitant administravimą, draudimą) ir prekių galutinio vartojimo išlaidų bei sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bendrojo kapitalo formavimo išlaidų suma. Šioms išlaidoms nepriskiriamas sveikatos priežiūros paslaugų eksportas (paslaugų, kurias vietos paslaugų teikėjai teikia užsieniečiams), tačiau įskaitomas paslaugų importas (asmenų, keliaujančių užsienyje, sveikatos priežiūros paslaugos).

Remiantis šia metodika, rekomenduojama sveikatinimo veiklos išlaidomis laikyti išlaidas, numatomas:

- asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir prekėms (gydomosioms, reabilitacijos, slaugos ir pagalbinėms paslaugoms bei medicinos prekėms) apmokėti.
- kolektyvinėms sveikatos priežiūros paslaugoms (prevencijai ir visuomenės sveikatai, sveikatos sistemos administravimui ir draudimui) apmokėti.
- su sveikatos priežiūra susijusioms funkcijoms (sveikatos priežiūros įmonių kapitalo formavimui, personalo švietimui ir mokymui, moksliniams tyrimams, maisto, higienos ir vandens kontrolei, aplinkos sveikatai, piniginių ir išmokų natūra administravimui) apmokėti.

### Pagrindiniai sveikatinimo veiklos finansavimo šaltiniai

Sveikatinimo veikla Lietuvoje finansuojama iš šių pagrindinių šaltinių:

- Valstybės biudžetas.
- Savivaldybių biudžetai.
- Privalomojo sveikatos draudimo fondas (PSDF).
- Kiti visuomeninio finansavimo šaltiniai (struktūriniai fondai, subsidijos, mokestinės lengvatos ir kt.).
- Namų ūkiai (tiesioginiai ir neoficialūs mokėjimai).
- Papildomasis sveikatos draudimas.
- Kiti finansavimo šaltiniai (darbdavių išlaidos, labdara, užsienio pagalba ir kt.).

2006 m. visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje pasiekė 5,91 proc. nuo BVP ir palyginti su 2005 m. išaugo 0,04 proc. Taip pat padidėjo ir visuomeninių išlaidų, skiriamų sveikatos priežiūrai, dalis – 2006 m. jos sudarė 71 proc. nuo visų išlaidų sveikatai. Visuomeninis sveikatinimo veiklos finansavimas procentais nuo BVP Lietuvoje 2004 m. buvo vienas mažiausių ES ir mažesnis

<sup>8</sup> LR Finansų Ministerija. Lietuvos ekonominių rodiklių projekcijos 2007–2010 metams. Projekcijos paskelbtos 2007 03 15.

už naujųjų ES šalių visuomeninio finansavimo vidurkį. 2005 m. visos išlaidos sveikatinimo veiklai, perskaičiuotos JAV doleriais vienam Lietuvos gyventojui, siekė tik 440 JAV dolerių ir buvo vienos iš mažiausių ES (Liuksemburgas – 6068 JAV dolerių, Danija – 4352, JAV dolerių). Net Čekijos Respublikos (869 JAV doleriai) ir Vengrijos (818 JAV dolerių) išlaidos sveikatai 2005 m. apie 2 kartus viršijo Lietuvos išlaidas.

2000-2005 metais visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai augimas Lietuvoje atsiliko nuo BVP augimo tempų. 2006 m. visuomeninių išlaidų procentas nuo visų išlaidų sveikatai, nors pradėjęs augti (2004 m. pradėjus vykdyti sveikatos apsaugos sistemos darbuotojų atlyginimų kėlimo politiką), vis dar buvo mažesnis nei atitinkamas rodiklis 1998 m. 2005 m. visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje siekė 303 JAV dolerius ir palyginti su 2000 m. išaugo tik 2,1 karto (net neįvertinus, kad dolerio keitimo kursas Lietuvoje per tą patį laikotarpį sumažėjo 1,44 karto). Slovakijos atitinkamų išlaidų padidėjimas per šį laikotarpį siekė 2,5 karto, o Čekijos Respublikos – 2,36 karto.

Todėl galima teigti, kad santykinai stabilus sveikatos priežiūrai skiriamų visų (visuomeninių ir privačių) išlaidų procentas nuo BVP 2000-2005 m. laikotarpiu išsilaikė tik privačių išlaidų augimo dėka. Remiantis namų ūkių tyrimų duomenimis, privačios išlaidos sveikatos priežiūrai nuo 1999 m. metų išaugo daugiau nei 89 proc. ir 2006 m. pasiekė 1 milijardą 328 milijonus litų. Didžiąją dalį šių išlaidų sveikatai sudaro išlaidos vaistams. 2006 m. vaistams išleista virš 92 proc. visų privačių namų ūkių išlaidų (arba apie 71 proc. visų išlaidų vaistams).

Nors namų ūkių tyrimo rezultatai 2006 m. rodo, kad sveikatos priežiūrai vienas kaimo gyventojas išleidžia tik 12 proc. mažiau nei miesto gyventojas, tačiau nuo 2003 m. kaimo gyventojų visos išlaidos sveikatai išaugo beveik 65 proc., o visos 2003-2006 metų vartojimo išlaidų prieaugis sudarė tik 33,7 proc. Beveik tiek pat, kiek išlaidos sveikatai, 2003-2006 m. padidėjo ir alkoholio suvartojimo išlaidos, tenkančios vienam kaimo gyventojui. Papildomojo sveikatos draudimo rinka Lietuvoje nėra išvystyta. 2006 m. papildomojo sveikatos draudimo sistemos pajamos siekė tik kelis milijonus litų.

Didžiausius Lietuvos sveikatos sektoriaus finansinius srautus valdo Valstybinė ligonių kasa. 2006 m. 88 proc. viso visuomeninio sveikatos apsaugos finansavimo sudarė Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos. 2000-2006 m. laikotarpiu PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros (ASP) paslaugoms apmokėti išaugo nuo 1.362 mln. litų 2000 m. iki 2094 mln. litų 2006 m., t.y. daugiau nei 1,5 karto. Labiausiai išaugo išlaidos centralizuotai perkamiems vaistams (2,43 karto), išlaidos specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms (2,27 karto) ir išlaidos slaugos bei palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti (1,97 karto). Nors išlaidos stacionarinio gydymo paslaugoms apmokėti 2000-2006 m. laikotarpiu išaugo tik 1,44 karto, tačiau šios išlaidos ir toliau sudaro didžiąją dalį – 43 proc. nuo visų PSDF išlaidų (2006 m.).

2005 m. išlaidų dalis stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti Lietuvoje, palyginti su Europos šalimis, sudarė tik apie 10,6 proc., o ambulatorinėms paslaugoms apmokėti – tik apie 12,5 proc. nuo atitinkamų Vakarų Europos šalių išlaidų (perskaičius išlaidas JAV doleriais).

### **Sveikatos priežiūros įstaigų išlaidos**

2003-2006 m. laikotarpiu per PSDF finansuojamų gydymo įstaigų pajamos išaugo 51,3 proc., o einamosios išlaidos atitinkamai padidėjo 48,3 proc. Per šį laikotarpį labiausiai išaugo (kaip procentas nuo visų pajamų) darbo užmokesčio fondo dalis

– nuo 64 proc. 2003 m. iki 69,8 proc. 2006 m. darbo užmokesčio fondo augimas per 2003-2006 m. sudarė 61,6 proc. Remiantis Statistikos departamento 2007 m. I ketvirčio duomenimis vidutinis bruto darbo užmokestis šalyje buvo 1737,8 litai, o gydytojų atlyginimas 2007 m. I ketvirtį siekė 2903 lito ir daugiau nei 67 proc. viršijo šalies vidurkį.

Nors kitos sveikatos priežiūros įstaigų išlaidos 2003-2006 m. laikotarpiu taip pat išaugo, tačiau išskyrus išlaidas laboratoriniams ir kitiems tyrimams už įstaigos ribų bei išlaidas einamajam remontui, šių išlaidų augimo tempai buvo mažesni nei atitinkamas įstaigų pajamų augimas. Todėl procentinė kitų gydymo įstaigų išlaidų dalis sumažėjo. Pavyzdžiui, išlaidų dalis vaistams, tvarsliaivai ir kraujo produktams sumažėjo nuo 9,3 proc. 2003 m. iki 7,2 proc. 2006 m.; išlaidos maitinimui sumažėjo nuo 2,8 proc. 2003 m. iki 2,2 proc. 2006 m.

### **Išlaidos vaistams**

PSDF išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui 2000-2006 m. laikotarpiu išaugo apie 1,7 karto, tačiau procentinė dalis nuo visų PSDF išlaidų ne tik neišaugo, bet pagal 2007 m. išlaidų planą gali nukristi iki 16,2 proc., t.y. iki žemiausio finansavimo lygio, kuris buvo 1999 m. 2003 m. išlaidos vaistams sudarė daugiau nei 20 proc. nuo visų PSDF išlaidų. Visuomeninės išlaidos vaistams vienam gyventojui Lietuvoje siekė tik 51 JAV dolerį ir 2005 m. buvo 8,76 karto mažesnės nei Liuksemburge, 8,44 karto mažesnės nei Prancūzijoje ir 7,91 karto mažesnės nei Vokietijoje. Net Čekijos Respublikoje visuomeninės išlaidos vaistams vienam gyventojui 3,24 karto viršijo atitinkamas išlaidas Lietuvoje. 2005 m. visuomeninės išlaidos vaistams Lietuvoje palyginti su 2000 m. išaugo tik 2,23 karto (net neįvertinus, kad dolerio keitimo kursas per tą patį laikotarpį Lietuvoje sumažėjo 1,44 karto). Slovakijos išlaidų vaistams padidėjimas per šį laikotarpį siekė – 2,53 karto, o Čekijos Respublikos – 2,54 karto.

Visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos vaistams vienam gyventojui Lietuvoje 2005 m. siekė apie 146 JAV dolerius ir buvo 4,27 karto mažesnės nei atitinkamos išlaidos, tenkančios vienam gyventojui Prancūzijoje, bei 3,67 karto mažesnės nei Vokietijoje. Tačiau palyginti su senosiomis ES šalimis, vaistams Lietuvoje, kaip ir kitose naujosiose ES šalyse, yra išleidžiama didesnis procentas lyginant su šalies BVP, kadangi vaistų kainos bendroje ES šalių rinkoje yra panašios. Pagal Eurostat paskaičiavimus, 2006 m. vaistų kainos Lietuvoje siekė apie 70 proc. ES šalių vaistų kainų vidurkio. Nors visuomeninės ir privačios išlaidos vaistams Lietuvoje kasmet auga, tačiau prekybos vaistais rinka (JAV doleriais) Lietuvoje viena iš mažiausių ES.

Visuomeninių išlaidų vaistams dalis nuo bendrų išlaidų vaistams 2000-2006 m. nuolat mažėjo ir 2006 m. siekė tik 29 proc. 2005 m. iš PSDF biudžeto daugiausia lėšų buvo skiriama vaistų, skirtų hipertenzijai, onkologinėms ligoms ir cukriniam diabetui gydyti.

Išlaidų per PSDF kompensuojamiems vaistams pasiskirstymas vienam statistiniam gyventojui pagal savivaldybes labai netolygus. 2005 m. šios išlaidos svyravo nuo 75 litų vienam gyventojui Šalčininkų rajone iki 195 litų Palangoje. 2006 m. PSDF išlaidos vaistams ir medicinos priemonėms įsigyti litais vienam gyventojui pagal teritorines ligonių kasyklas (TLK) taip pat buvo gana nevienodas – 144 litai vienam Panevėžio TLK aptarnuojamam gyventojui ir 169 litai vienam Vilniaus TLK teritorijoje esančiam asmeniui.

Didžiausią receptinių vaistų rinkos dalį Lietuvoje sudaro

vaistai, skirti kardiologinių ir nervų sistemos ligų gydymui. Tačiau palyginti su Vakarų Europos šalimis (JAV doleriais vienam gyventojui) kardiologinių vaistų kiekis Lietuvoje sudaro tik 38,8 proc., o nervų ligoms skirti vaistai – tik 25 proc. nuo atitinkamo Vakarų Europos šalių vidurkio. Visa (privatinių ir visuomeninių) išlaidų vaistams Lietuvoje rinka (JAV doleriais vienam gyventojui) 2005 m. sudarė tik 40,3 proc. nuo Vakarų Europos šalių vidurkio.

### Apibendrinimai ir išvados

- Nuo 2006 m. liepos 1 d. pradėjus įgyvendinti gyventojų pajamų mokesčių mažinimo politiką, atitinkamai pradėjo mažėti įplaukos į PSDF. Todėl visuomeninio sveikatos sektoriaus finansavimo augimas gali sulėtėti, jei į PSDF iš Valstybės biudžeto nebus skiriama papildomų asignavimų. Jei artimiausiu laiku PSDF biudžeto augimas sulėtės ir visuomeninio sveikatos sektoriaus finansavimo procentas nuo BVP pradės mažėti, tai sąlygos vis didesnę Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos atsilikimą nuo ES šalių lygio.
- Galutinis paslaugų vartotojas (pacientas) Lietuvoje turi labai mažai įtakos sveikatinimo paslaugų pirkimui, nes nėra išplėta papildomojo sveikatos draudimo sistema; taip pat nėra sukurtas visuomeninis sveikatinimo paslaugų pirkimo mechanizmas, kuris atsižvelgtų į paslaugų vartotojų poreikius.
- 2003-2006 m. augantis sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas labiausiai buvo skiriamas darbuotojų atlyginimams didinti, tačiau tai ženkliai nepagerino nei paslaugų prieinamumo, nei kokybės. Daugelyje įstaigų ligoniai turi papildomai mokėti už vaistus, instrumentus, reagentus, tyrimus, gydymo, slaugos medicininės priemonės, nes esami paslaugų įkainiai negali visiškai padengti šiuolaikiško ir efektyvaus gydymo išlaidų.
- Paslaugų apmokėjimo tvarka nesukuria paskatų ambulatorinių paslaugų plėtrai ir stacionarių paslaugų restruktūrizacijai, neskatina teikti gyventojams kokybiškesnių ir lengviau prieinamų paslaugų.
- Nesudarytos sąlygos ligoniams, atvykstantiems gydytis į stacionarias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, tęsti paskirtą ambulatorinį gydymą kompensuojamaisiais vaistais, kuriais jie gydėsi iki hospitalizacijos, šias išlaidas apmokant iš lėšų, skirtų vaistams ambulatoriniam gydymui kompensuoti.
- Į paslaugų kainas nėra įtraukti amortizaciniai atskaitymai, o tai sukuria nevienodas konkurencines sąlygas apmokant už paslaugas, teikiamas viešosiose ir privačiose sveikatos priežiūros įstaigose.
- Santykinai stabilus sveikatos priežiūrai skiriamų visų (visuomeninių ir privatinių) išlaidų procentas nuo BVP 2000-2005 m. laikotarpiu išsilaukė tik dėl privatinių išlaidų augimo. Didėjančios namų ūkių išlaidos asmens sveikatos priežiūrai ir vaistams verčia gyventojus siekti stacionarinio gydymo net tuomet, kai jis nėra indikuotinas. Sociologiniai tyrimai rodo, kad dalis gyventojų siekia būti gydomi ligoninėje bandydami sutaupyti lėšų maistui ir vaistams.
- Privatinių išlaidų vaistams apimtys augimas atspindi gyventojų poreikių dinamiką. Statistika rodo, kad pastaruoju metu gyventojai vis labiau rūpinasi savo sveikata ir net nesuteikus adekvačios valstybės pagalbos,

siekia vartoti daugiau vaistų. Didelis procentas namų ūkių išlaidų vaistams negali neįtakoti gyventojų sveikatos būklės, nes dėl ribotų finansinių išteklių tenka mažinti išlaidas kitoms mokamoms paslaugoms (tarp jų – tyrimų ir diagnostikos, stomatologijos, mokamų skiepų ir profilaktinių priemonių, mokamų psichoterapijos, reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų). Todėl galima teigti, kad Valstybės vaidmuo vaistų politikoje Lietuvoje smarkiai mažėja ir medikamentinis gydymas yra diskriminuojamas palyginti su medicininėmis paslaugomis (išlaidų vaistams kompensavimo aspektu). Valstybės pareiga yra užtikrinti, kad kokybiški sveikatos produktai netaptų tik turtingųjų šalies gyventojų privilegija.

## LIETUVOS SVEIKATINIMO VEIKLOS PLĖTROS TENDENCIJŲ ANALIZĖ IR PASIŪLYMAI

### Papildomų lėšų 2008 m. poreikis Valstybės priimtiems įsipareigojimams sveikatos sektoriuje įgyvendinti ir tolygiai sveikatos apsaugos sistemos plėtrai užtikrinti

Siekiant užtikrinti tolygią sveikatos apsaugos sistemos plėtrą būtina didinti finansavimą, skirtą prioritetinėms sveikatinimo veiklos sritims – išvengiamo mirtingumo, sergamumo ir invalidumo mažinimui bei paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui. Todėl siūloma:

- Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, padidinti paslaugų įkainius, įvertinant išaugusias išlaidas vaistams, tirpalams, tvarsliaivai, kraujo produktams, instrumentams, gydymo ir slaugos medicinos priemonėms stacionarinėse ir ambulatorinėse gydymo įstaigose. Lėšų poreikis 2008 m.: 120 milijonų litų.
- Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų ir pacientų aptarnavimo kokybę, sudaryti sąlygas ligoniams, atvykstantiems gydytis į stacionarias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, tęsti paskirtą ambulatorinį gydymą kompensuojamaisiais vaistais, kuriais jie gydėsi iki hospitalizacijos, ne dėl to susirgimo, dėl kurio jie buvo hospitalizuoti. Lėšų poreikis 2008 m.: 30 milijonų litų.
- Siekiant išplėsti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, skirti papildomų lėšų naujų ligų ir būklių gydymui, naujų gydymo ir tyrimo technologijų įdiegimui. Įtraukti į kompensuojamųjų vaistų sąrašą naujus, šiuolaikinius vaistus labiausiai išplitusioms ligoms (širdies kraujagyslių, onkologinėms, endokrininėms, kitoms) gydyti. Lėšų poreikis 2008 m.: 280 milijonų litų.
- Siekiant pagerinti pacientų aptarnavimo kokybę socialiai pažeidžiamiausioms asmenų grupėms, pakelti vaistų, skirtų ambulatoriniam gydymui, kompensavimo lygmenį ne mažiau 10 procentų. Lėšų poreikis 2008 m.: 70 milijonų litų.
- Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, skirti papildomų lėšų ortopedijos technikos priemonėms įsigyti, centralizuotiems vaistų ir medicinos priemonių pirkimams, medicininei reabilitacijai bei sveikatos programoms finansuoti. Lėšų poreikis 2008 m.: 170 milijonų litų.
- 2005 m. gegužės 3 d. trišaliu susitarimu įsipareigota, kad 2007-2008 metais gydytojų ir slaugytojų darbo užmokestis didės po 20 proc. kasmet. Lėšų poreikis 2008 m. – 417 milijonų litų: medicinos darbuotojų

darbo užmokesčio 2007 m. lygiui išlaikyti 145 mln. litų; trišalio susitarimo dėl medicinos darbuotojų darbo užmokesčio 2008 m. didinimo vykdymui 272 mln. litų, atlyginimus pakeliant nuo 2008 m. gegužės 1 d.

- Keturioliktos Vyriausybės įsipareigojimas – į sveikatos priežiūros paslaugų įkainius įtraukti realias medicininės įrangos ir pastatų nusidėvėjimo sąmatas. Lėšų poreikis 2008 m.: 280 milijonų litų.
- Būtina kompensuoti išaugusius energetikos bei komunalinių paslaugų kaštus. Lėšų poreikis 2008 m.: 120 milijonų litų.

**Visas papildomų lėšų poreikis 2008 m. – 1487 milijonai litų.**

### **Tikslai, kurių įgyvendinimas užtikrintų tolygią Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos plėtrą iki 2012 m.**

- Užtikrinti, kad iki 2012 m. visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje sudarytų ne mažiau 6,5 proc. nuo BVP ir pasiektų ES šalių 2004 m. vidurkį, o visuomeninių išlaidų dalis nuo visų išlaidų sveikatai 2012 m. sudarytų ne mažiau 75 proc.
- Užtikrinti, kad ženkli visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje augimo dalis būtų skirta prioritetinėms sveikatinimo veiklos sritims bei paslaugų kokybei, prieinamumui ir medicinos įstaigų infrastruktūrai gerinti.
- Užtikrinti efektyvų visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje panaudojimą, skatinant rinkos elementų sveikatos sektoriuje plėtrą bei papildomą sveikatos sektoriaus finansavimą iš privačių šaltinių.

### **Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos tolygios plėtros prioritetai**

Kadangi 2005–2007 metais PSDF pajamų augimas daugiausia buvo skiriamas medicinos personalo darbo užmokesčiui didinti, šios išlaidos kartu su socialinio draudimo įmokomis ASPĮ išlaidų struktūroje šiuo metu viršija 75 proc. Tuo tarpu paslaugų kokybė iš esmės nepagerėjo. Būtina numatomą sveikatos sistemos finansavimo augimą panaudoti ne tik darbo užmokesčiui didinti, bet ir prioritetinėms sveikatinimo veikloms finansuoti bei paslaugų kokybei, paslaugų prieinamumui ir medicinos įstaigų infrastruktūrai gerinti.

#### **Tolygios plėtros prioritetai**

- Išvengiamo mirtingumo, sergamumo ir invalidumo dėl išeminės širdies ligos, onkologinių susirgimų, kepenų ligų, tuberkuliozės bei psichikos sutrikimų mažinimas, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.
- Išvengiamo mirtingumo, sergamumo ir invalidumo dėl išeminės širdies ligos, onkologinių susirgimų, kepenų ligų, tuberkuliozės bei psichikos sutrikimų mažinimas, užtikrinant veiksmingą ligų prevenciją.
- Pirminės sveikatos priežiūros ir specializuotų ambulatorinių paslaugų ir diagnostikos plėtra bei greitosios medicinos pagalbos sistemos paslaugų teikimo reorganizacija, užtikrinanti paslaugų kokybę ir prieinamumą.
- Stacionariųjų paslaugų teikimo optimizavimas, mažinant nebūtinų hospitalizacijų skaičių ir didinant investicijas į ligoninių modernizavimą; dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ilgalaikės slaugos, stacionarios ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtra.

- Tik kokybiškų, saugių, veiksmingų bei įperkamų vaistinių preparatų Lietuvos rinkoje buvimo užtikrinimas plėtojant kompensuojamųjų vaistų, skirtų ambulatoriniam gydymui, prieinamumą gyventojams.

**Tikslų įgyvendinimo priemonės. Užtikrinti, kad iki 2012 m. visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje sudarytų ne mažiau 6,5 proc. nuo BVP ir pasiektų ES šalių 2004 m. vidurkį, o visuomeninių išlaidų dalis nuo visų išlaidų sveikatai 2012 m. sudarytų ne mažiau 75 proc.**

- Visų parlamentinių partijų bendru sutarimu priimti politinį sprendimą dėl visuomeninių išlaidų, skiriamų sveikatos priežiūrai, procento nuo BVP augimo. Tokiu atveju 2012 m. Lietuvoje būtų pasiektas 2004 m. ES šalių visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai vidurkis nuo BVP – 6,5 proc.
- Pakeisti sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnį, reglamentuojantį įmokos dydį vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis. Įmoką už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis prilyginti Europos komisijos “Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinės komisijos” patvirtintam sveikatinimo veiklos išmokų vienam gyventojui vidurkiui<sup>9</sup>.

**Tikslų įgyvendinimo priemonės. Užtikrinti, kad ženkli visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje augimo dalis būtų skirta prioritetinėms sveikatinimo veiklos sritims bei paslaugų kokybei, prieinamumui ir medicinos įstaigų infrastruktūrai gerinti.**

- Parengti išeminės širdies ligos, onkologinių susirgimų, kepenų ligų, tuberkuliozės, psichikos sutrikimų ir kitų pagrindinių susirgimų išvengiamo mirtingumo, sergamumo ir invalidumo mažinimo gaires.
- Parengti, remiantis išvengiamo mirtingumo, sergamumo ir invalidumo mažinimo gairėmis, priemonių planą, kuriame būtų numatyta:
  - Pirminės sveikatos priežiūros ir specializuotų ambulatorinių paslaugų ir diagnostikos plėtra, užtikrinanti reikalingas susirgimų profilaktikos, šiuolaikiškos diagnostikos ir efektyvaus bei prieinamo ambulatorinio gydymo priemones.
  - Stacionariųjų paslaugų teikimo optimizavimas ir jų kokybės gerinimas, mažinant nebūtinų hospitalizacijų skaičių ir didinant investicijas į ligoninių modernizavimą, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ilgalaikės slaugos, stacionarios ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtra.
  - Kokybiškų, saugių, veiksmingų bei įperkamų vaistinių preparatų Lietuvos rinkoje buvimo užtikrinimas plėtojant kompensuojamųjų vaistų, skirtų ambulatoriniam gydymui, prieinamumą gyventojams.

<sup>9</sup> Valstybinė ligonių kasa kiekvienais metais turi apskaičiuoti ir pateikti Europos Komisijos “Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinei komisijai” (Administracinei komisijai) vidutines sumas, kurios Lietuvoje išleidžiamos kitų ES šalių apdraustų asmenų sveikatos priežiūrai ir apmokamos iš PSDF biudžeto. Administracinė komisija kiekvienais metais patvirtina visų ES šalių išlaidų išmokoms natūra vidurkius.

**Tikslų įgyvendinimo priemonės. Užtikrinti efektyvų visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje panaudojimą, skatinant rinkos elementų sveikatos sektoriuje plėtrą bei papildomą sveikatos sektoriaus finansavimą iš privačių šaltinių.**

- Inicijuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) tarybos įgaliojimų išplėtimą, suteikiant jai sprendimų teisę. Pakeisti PSDF tarybos sudarymo tvarką, išrenkant konkurso būdu į tarybos narius kvalifikuotus asmenis, išmanančius sveikatos apsaugos sistemų valdymą. Kandidatus į tarybos narius galėtų siūlyti: įvairios sveikatos paslaugų vartotojų organizacijos, profesinės organizacijos, valstybinės institucijos ir t.t. PSDF tarybos nariams už darbą mokėti pastovų atlyginimą. Tai sukurtų prielaidas nacionalinio sveikatinimo paslaugų vartotojo institucijai, atstovaujšančiai gyventojų ir pacientų interesus bei turinčiai daugiau įtakos perkant sveikatinimo veiklos paslaugas, atsirasti.
- Inicijuoti sutarčių, sudaromų tarp ligonių kasų ir paslaugų teikėjų, pakeitimus į sutartis įtraukiant papildomus reikalavimus, kad būtų daugiau atstovaujami pacientų interesai ir būtų sukurtos papildomos prielaidos tam tikrų konkurencijos elementų atsiradimui.
  - į sutartis, kaip kokybiško paslaugų teikimo kriterijus, įtraukti: maksimalią laukimo eilės trukmę planinėms hospitalizacijoms ar operacijoms, maksimalų laiką, per kurį pacientas privalo patekti pas šeimos gydytoją ar gydytoją specialistą, maksimaliai leistiną greitosios medicinos pagalbos brigados atvykimo laiką; numatyti transporto išlaidų, kurias patiria pacientas, atvykdamas į gydymo įstaigą, dalinio kompensavimo sistemą, jei šios išlaidos susijusios su nepakankamu gydymo įstaigų ar medicinos personalo prieinamumu;
  - sutartyse įtraukti reikalavimą, kokia paslaugos įkainio procentinė dalis turi būti skiriama vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti;
  - sutartyse su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis numatyti būtinybę apmokėti pacientų pervežimus į kitas gydymo įstaigas, kai vietoje nėra reikiamų gydytojų ar kitų medicinos specialistų bei atitinkamos medicininės įrangos;
  - sutartyse dėl šeimos gydytojų darbo apmokėjimo derinti apmokėjimą už prisirašiusių gyventojų skaičių ir už suteiktas paslaugas, plečiant ekonomiškai pagrįstų skatinamųjų (sveikatos stiprinimo, ugdymo, prevencijos ir kt.) paslaugų skaičių ir apimtį;
  - informacija apie sutartyse tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų išdėstytus reikalavimus dėl paslaugų teikimo kokybės vertinimo kriterijų, mokamų paslaugų sąrašo, priemokų už atliktas paslaugas ir kita pacientams rūpima informacija turi būti privalomai skelbiama paslaugų teikėjų patalpose esančiuose gyventojų informavimui skirtuose stenduose;
- Leisti mokamų paslaugų kainas nustatyti pačioms sveikatos priežiūros įstaigoms bei išplėsti sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintą mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą;
- Toms pačioms sveikatos priežiūros paslaugoms, apmokamoms iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, nustatyti vienodas bazines kainas;
- Parengti vieningą sutarčių su sveikatos priežiūros įstaigomis pasirašymo tvarką ir perkamų paslaugų apimčių skirstymo principus, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos bei atsižvelgiant į įstaigos atitikimą paslaugų teikimui keliamiems reikalavimams ir poreikiams paslaugoms;
- Sudaryti lygias sąlygas ir vienodas galimybes valstybės ir privataus sektoriaus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams konkuruoti dėl Europos Sąjungos struktūrinių fondų, kitų finansavimo šaltinių;
- Įteisinti galimybę privatioms sveikatos priežiūros įstaigoms, dirbančioms pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis kaimo vietovėse, naudotis valstybei ar savivaldybėms priklausančiu kilnojamuoju ir nekilnojamuoju turto panaudos teise;
- Atleisti privačias sveikatos priežiūros įstaigas nuo nekilnojamojo turto, priklausančio tiek juridiniams, tiek fiziniams asmenims, mokesčio mokėjimo, jeigu jis naudojamas sveikatos priežiūros paslaugoms teikti;
- Viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų panaudos teisėmis valdomą turtą perduoti šioms įstaigoms kaip dalininko įnašą;
- Skirti specialią PSDF regioninę sveikatos paslaugų rėmimo programą gydytojų, dirbančių rajonuose, skatinimui. Tai būtų tikslinis finansavimas, kurio lėšas būtų galima panaudoti gydymo paslaugų regionuose plėtrai, tarp jų ir atlyginimų gydytojams pakėlimui ar medicinos specialybės studentų mokslo išlaidoms padengti;
- Inicijuoti specialių programų, kurios padėtų įsikurti ar pragyventi medicinos specialistams kaimiškose vietovėse, sukūrimą. Pavyzdžiui suteikiant lengvatines paskolas būsto įsigijimui ar statybai, buto nuomai;
- Inicijuoti investicinės politikos sveikatos sektoriuje (iš dalies atsisakant viešųjų įstaigų finansavimo per VIP ir PSDF restruktūrizacijos programas) pertvarkymą ir amortizacinių atskaitymų įtraukimą į paslaugų kainas. Pavyzdžiui, siekiant kuo greičiau pradėti keisti investicinę politiką, jau kitais metais būtų galima padidinti paslaugų įkainius į juos įtraukiant investicijas (ar amortizacinius atskaitymus) visoms ambulatorinėms PSP įstaigoms;
- Sukurti sveikatos priežiūros įstaigų energijos taupymo valstybinę programą, kuri skatintų įstaigas investuoti į energijos taupymą iš dalies kompensuojant išlaidas šioms investicijoms;
- Sukurti teises ir ekonomines prielaidas papildomojo sveikatos draudimo ir kaupiamųjų sveikatos sąskaitų sistemos, paremtos valstybės teikiama mokestinėmis lengvatomis, plėtrai. Papildomasis sveikatos draudimas yra vienas iš tarptautinėje praktikoje pasiteisinusių kelių, padedančių skatinti sveikatos sistemos finansavimo augimą bei užtikrinantis tolygesnį su ligomis susijusių rizikų pasiskirstymą tarp gyventojų. Greitas ir didelės apimties visuomeninio finansavimo augimas turėtų būti derinamas su efektyvesniu privačių lėšų pritraukimu į sveikatos sektorių mechanizmo kūrimu. Per papildomojo sveikatos draudimo ir kaupiamųjų sveikatos sąskaitų sistemą galėtų būti finansuojamos tokios paslaugos, kurių neapmoka PSDF, papildomos priemokos už paslaugas,

vaistų priemokos, taip pat tam tikros valstybinio draudimo kompensuojamos paslaugos, jei šių paslaugų trūksta, ilgas paslaugų laukimo laikas ar nepakankama kokybė;

- Siekti, kad vertinant naujų teisės aktų, reformų, naujų projektų poveikį, būtų įtrauktas poveikio visuomenės sveikatai aspektas.

## **GALIMI SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS PLĖTROS FINANSAVIMO SCENARIJAI IKI 2012 M.**

**Praradimų kompensavimo scenarijus.** Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad kompensuotų tik atsiradusius PSDF praradimus dėl sumažėjusio gyventojų pajamų mokesčio tarifo. Visuomeninių išlaidų procentas nuo BVP 2012 m. siektų tik 4,6 proc. 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal "Praradimų kompensavimo scenarijus" schemą, bus užtikrinamas tik dalinis 2005-2007 m. Valstybės prisiimtų įsipareigojimų įgyvendinimas. Mažas visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP) sąlygos tolesnį Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimą nuo kitų ES šalių bei gyventojų sveikatos rodiklių blogėjimą, jei nebus pradėti skubiai įgyvendinti prioritetiniai išvengiamo mirtingumo mažinimo tikslai.

**Minimalaus finansavimo scenarijus.** Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad 2012 m. visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas pasiektų apie 5,5 proc. nuo BVP. 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal "Minimalaus finansavimo scenarijus" schemą, nebus pilnai įgyvendinti 2005-2007 m. Valstybės prisiimti įsipareigojimai ir numatyti tikslai. Lėtai augantis visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP) nesukurs pakankamų prielaidų esmei sistemos pertvarkai ir nesumažins Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimo nuo kitų ES šalių, jei nebus skubiai parengta ir įgyvendinama prioritetinio finansavimo programa.

**Optimalaus finansavimo scenarijus.** Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad 2012 m. visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas pasiektų apie 6,5 proc. nuo BVP ir pasiektų 2004 m. ES šalių vidurkį. 2008 m. numatomas staigus finansavimo didinimas (siekiama užtikrinti, kad būtų įgyvendinti įsipareigojimai dėl atlyginimų augimo ir kiti įsipareigojimai). 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal "Optimalaus finansavimo scenarijus" schemą, bus įgyvendinti 2005-2006 m. Valstybės prisiimti įsipareigojimai. Augantis visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP), įgyvendinant prioritetinius sveikatos sistemos tikslus, leis palaipsniui mažinti Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimą nuo kitų ES šalių bei sukurs prielaidas esmei sveikatos sistemos pertvarkai ir tolygiai plėtrai.

# **Studija**

## **Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams**

### **PREZENTACIJA**

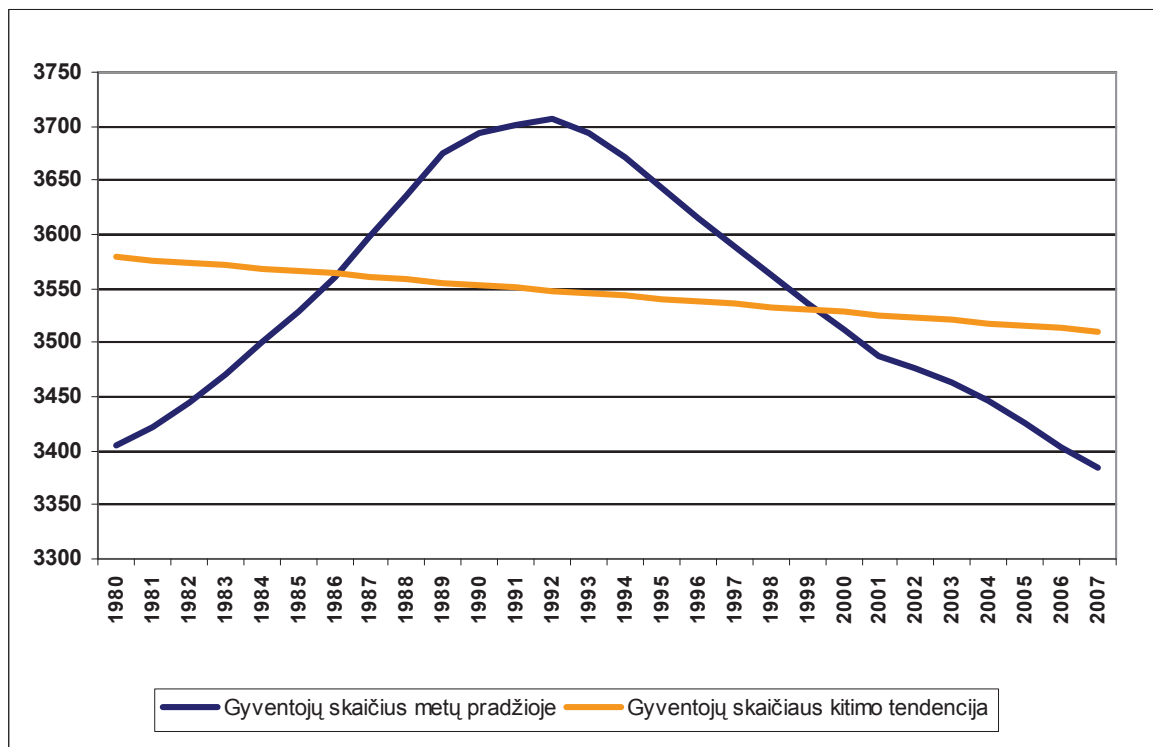
Studiją parengė UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ drauge su Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA)

2007 m.

# **LIETUVOS IR ES ŠALIŲ DEMOGRAFINIAI BEI SVEIKATOS RODIKLIAI**

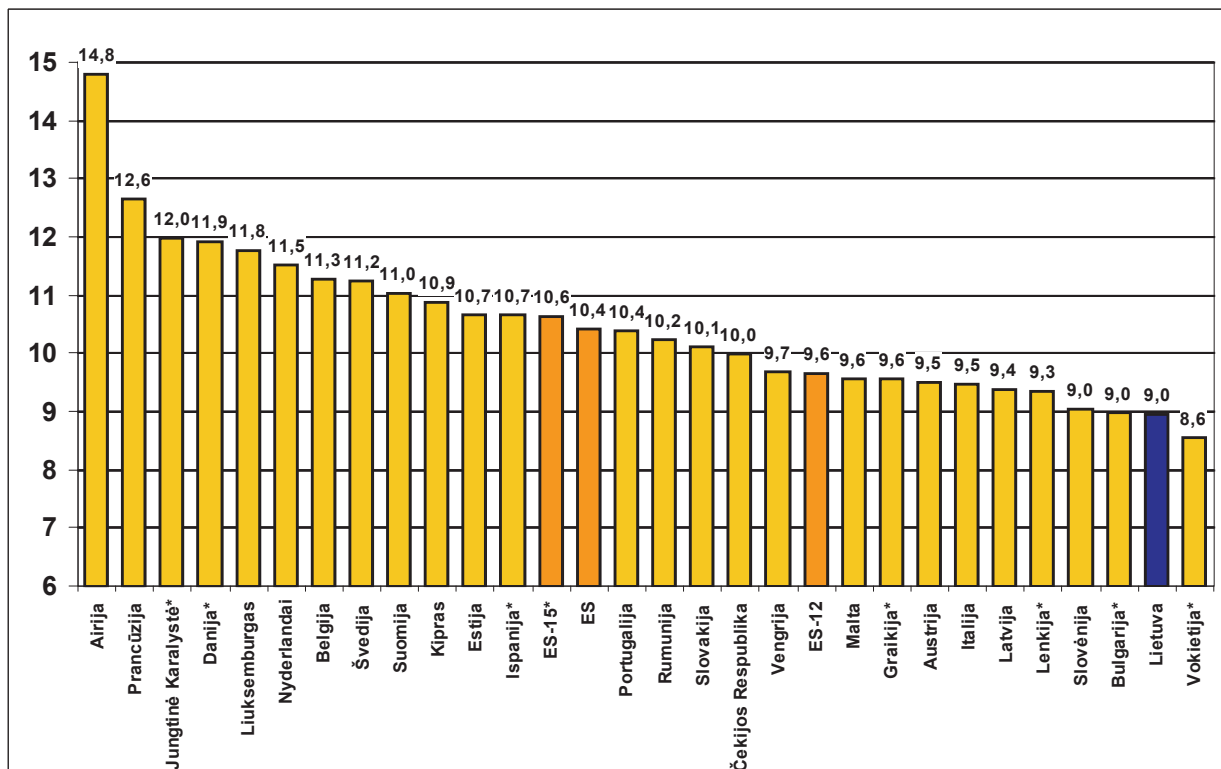


## Lietuvos gyventojų skaičius, tūkstančiais, 1980-2007 m.



Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

## ES šalių gyventojai: naujagimių skaičius 1000 gyventojų, 2005 m.

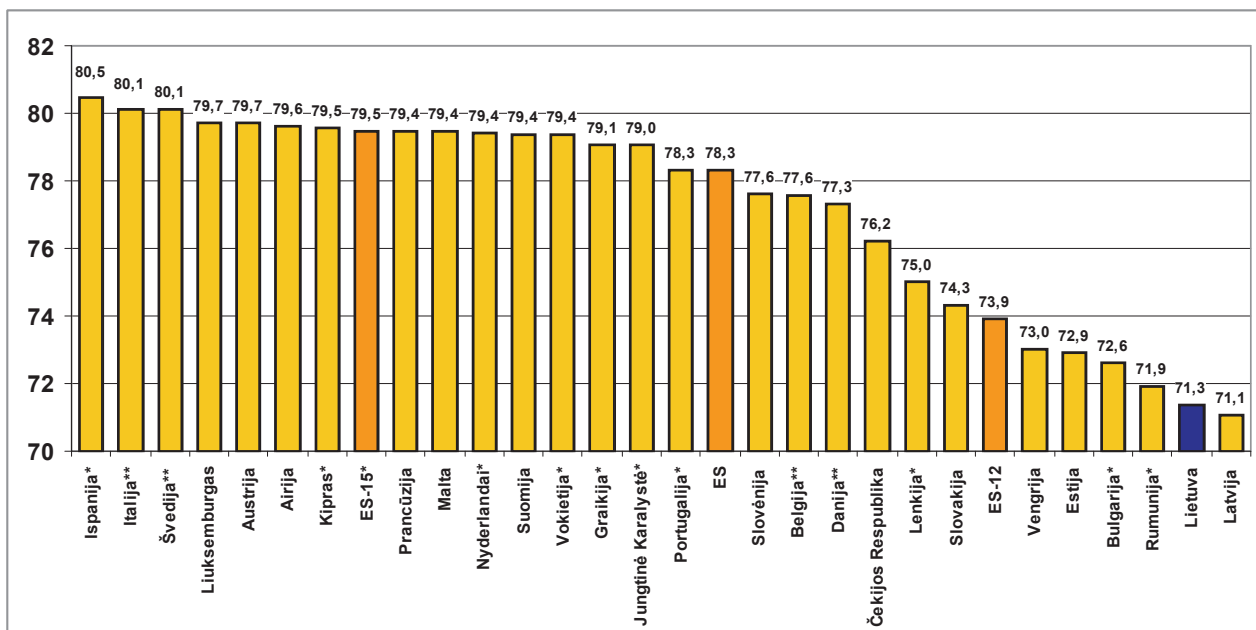


\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

WHO, European health for all database, 2007

## ES šalių gyventojai: gimusiųjų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė metais, 2005 m.

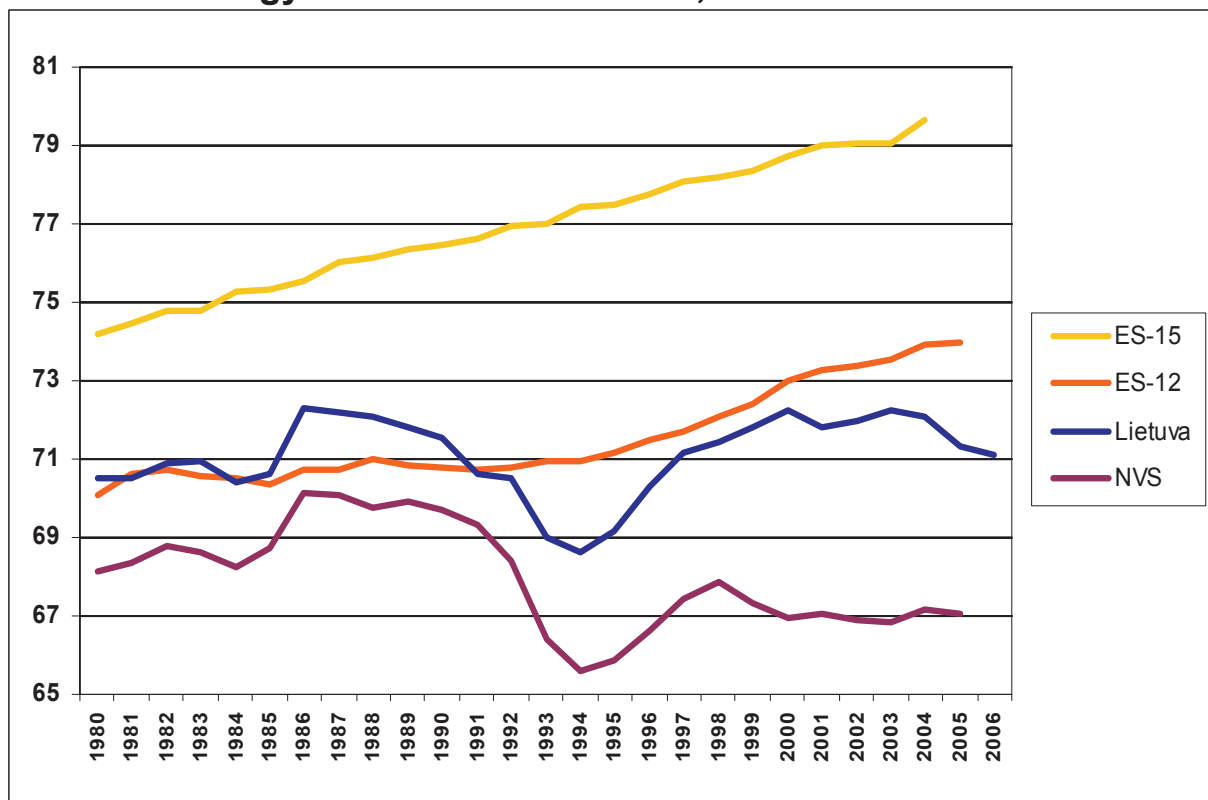


\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

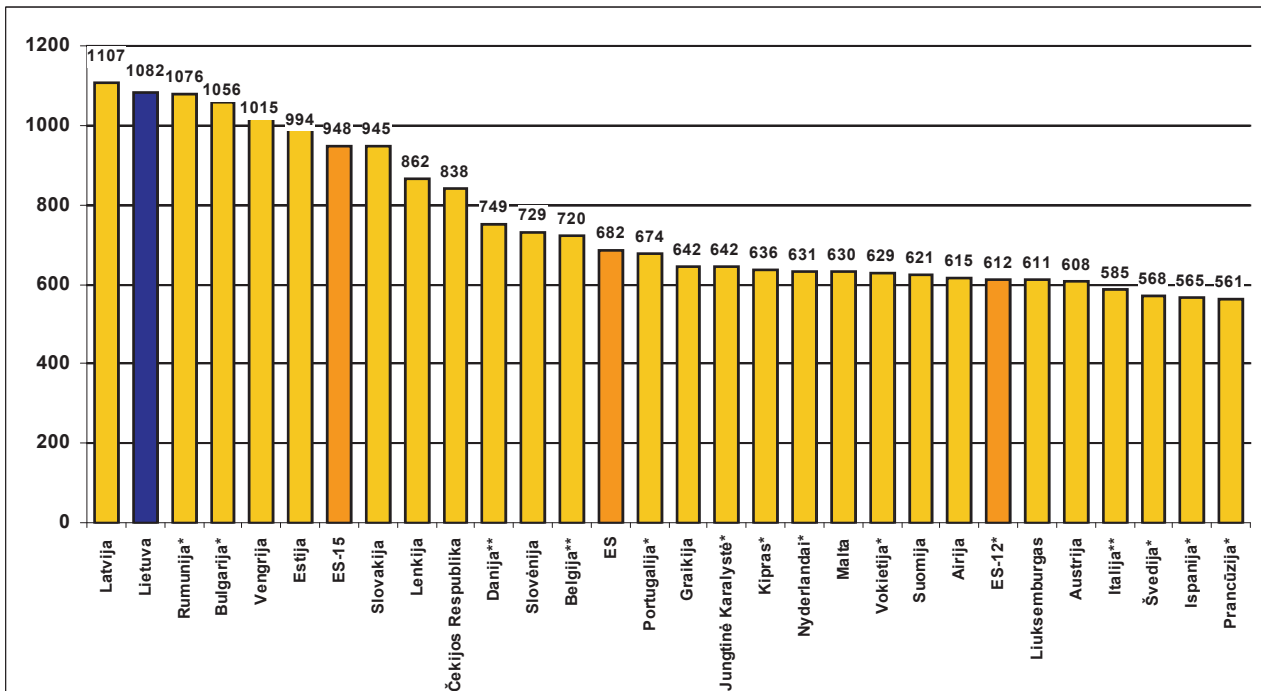
WHO, European health for all database, 2007

## ES šalių gyventojai: gimusiųjų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė metais, 1980-2006 m.



WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: visos mirties priežastys, 2005 m.

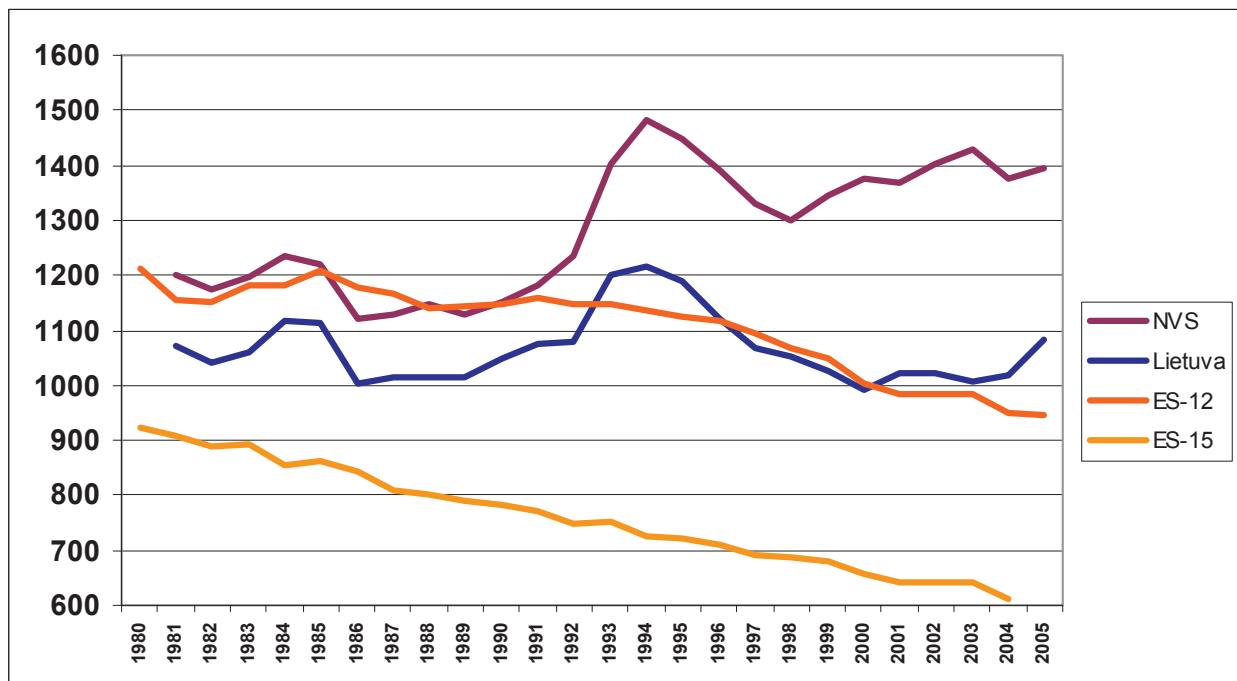


\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

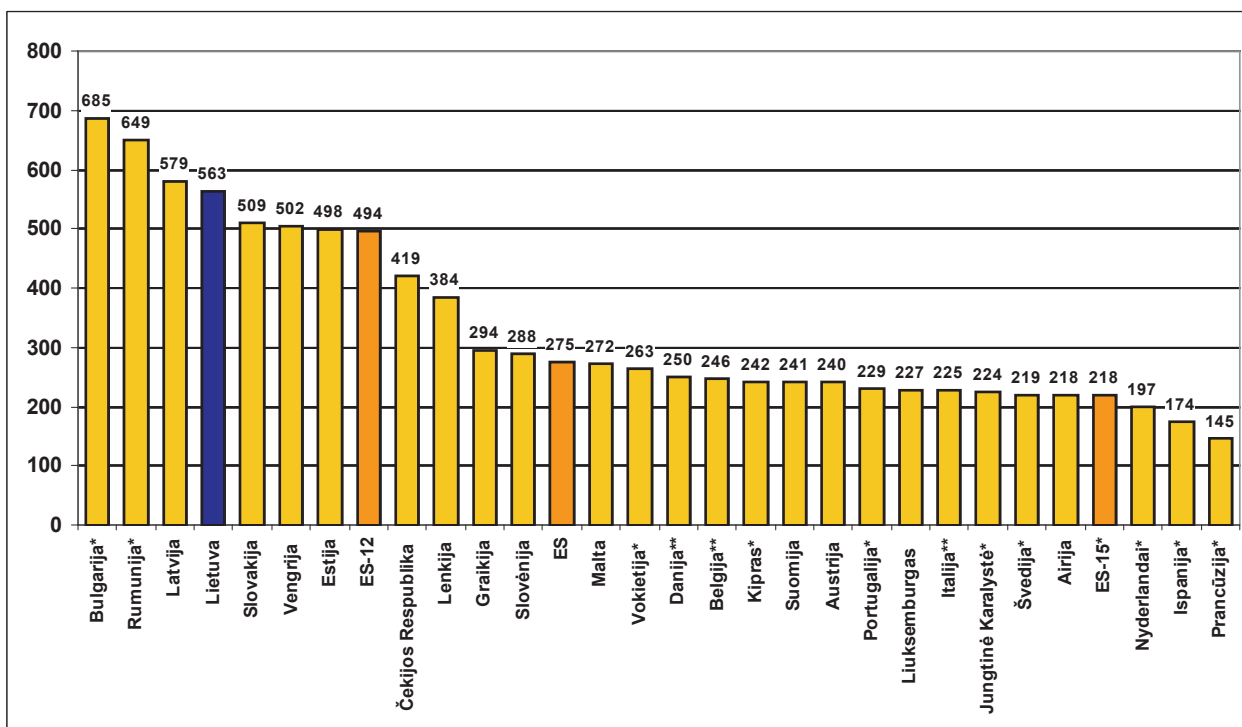
WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: visos mirties priežastys, 1980-2005 m.



WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: kraujotakos sistemos ligos, 2005 m.

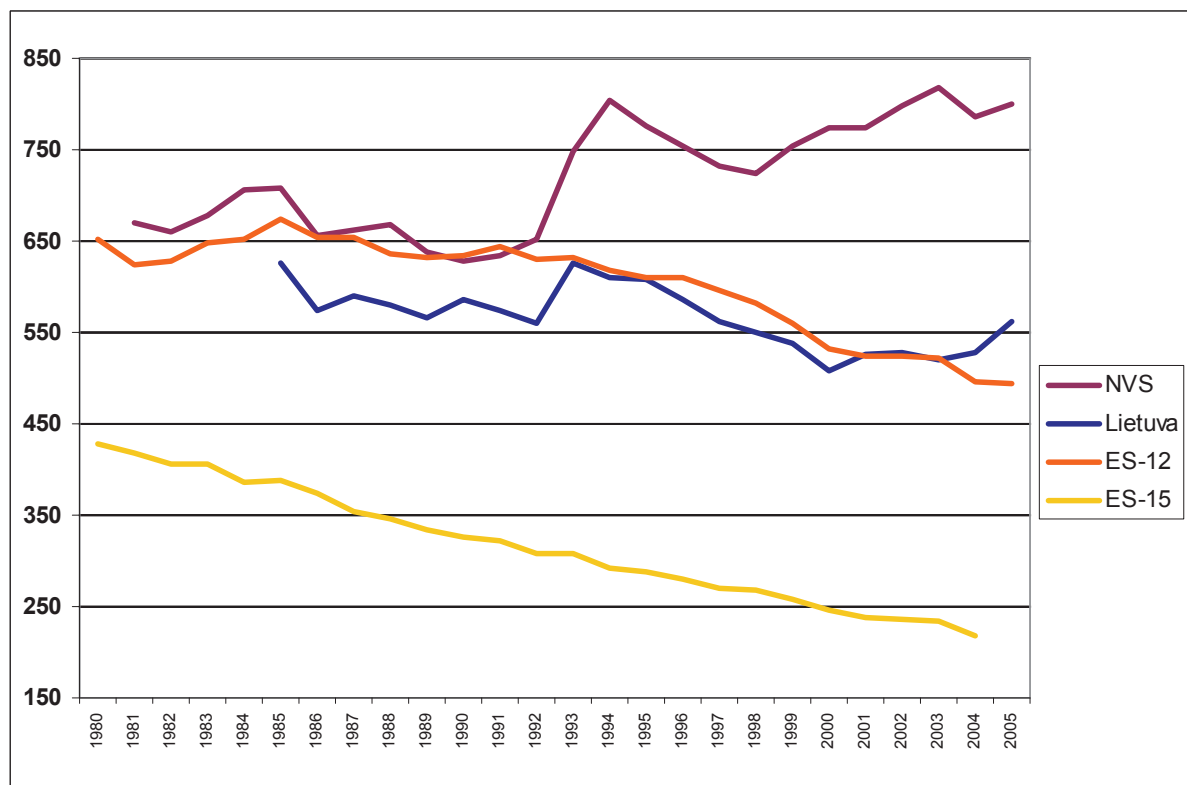


\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

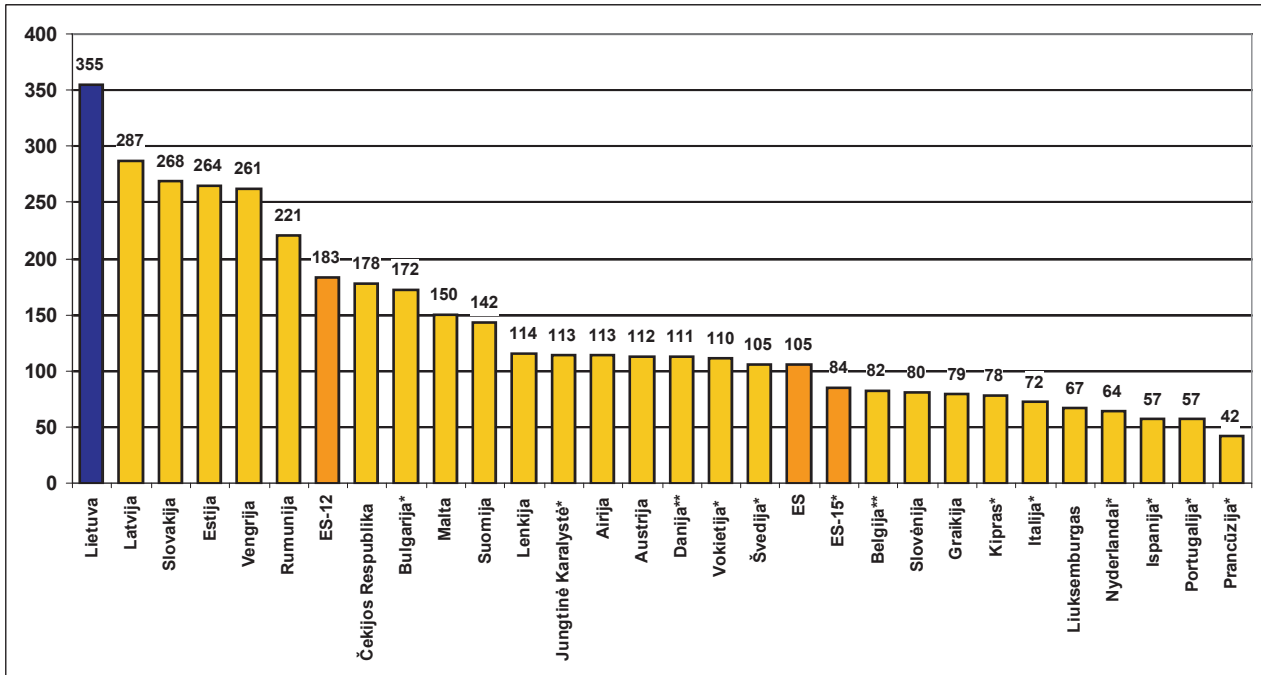
WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: kraujotakos sistemos ligos, 1980-2005 m.



WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: išeminė širdies liga, 2005 m.

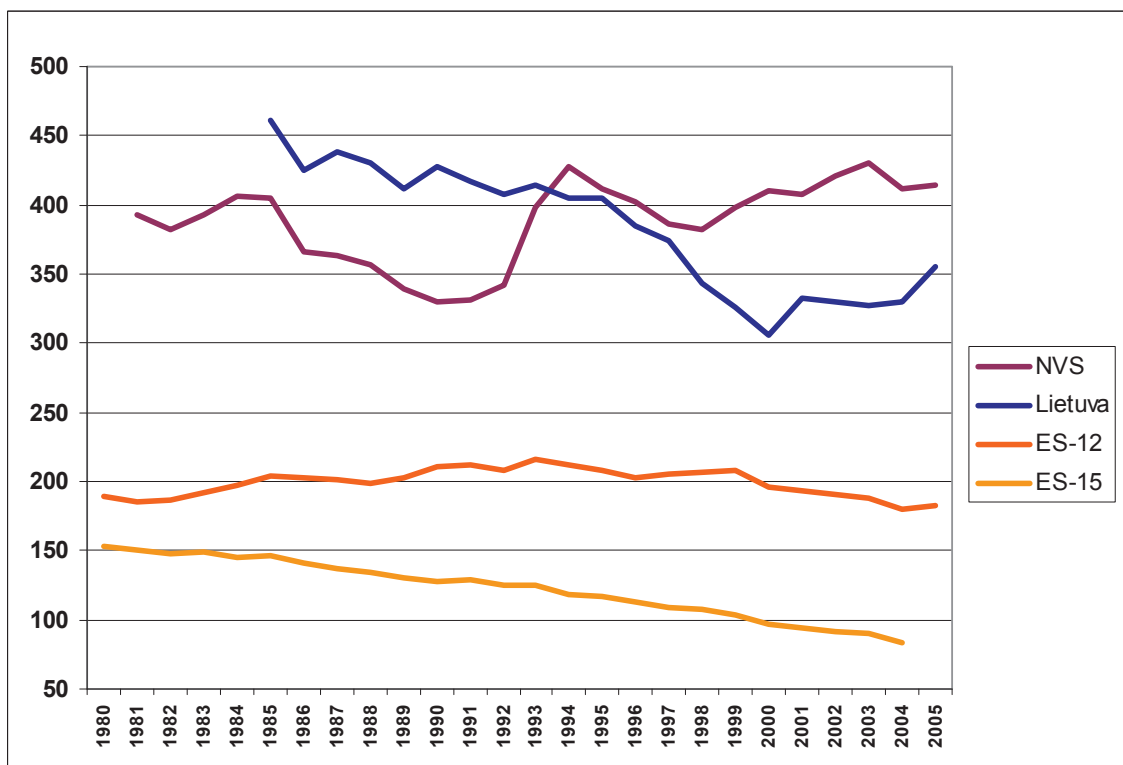


\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

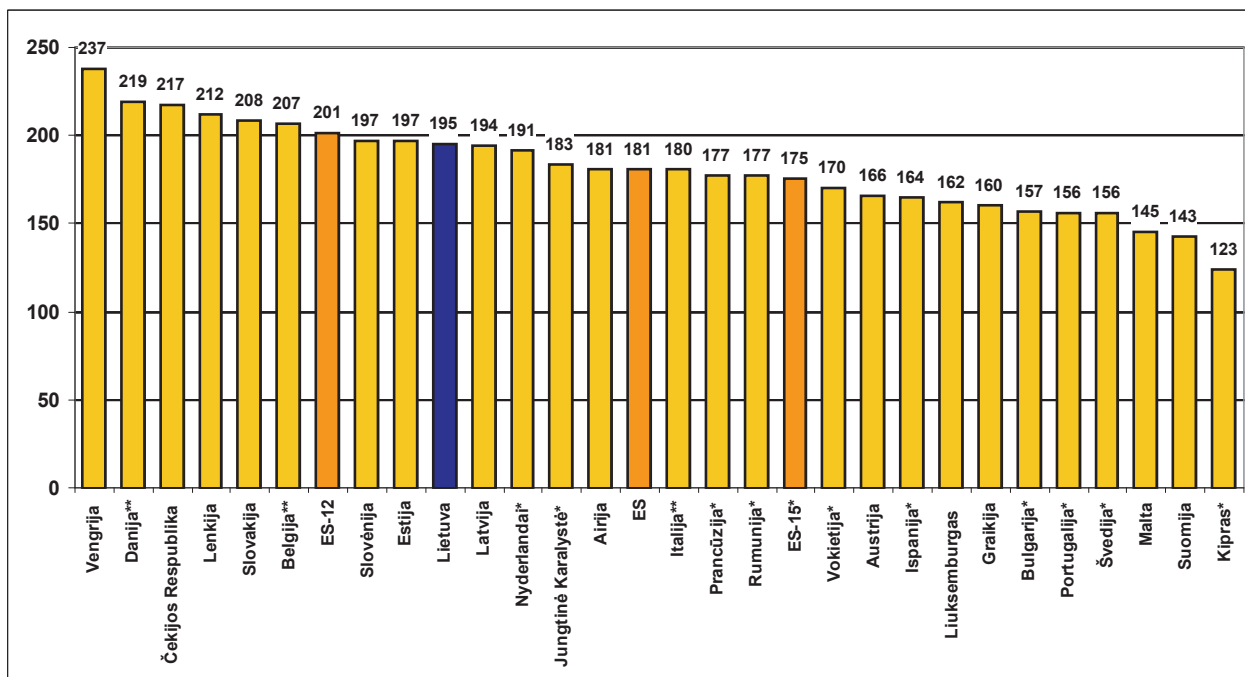
WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: išeminė širdies liga, 1980-2005 m.



WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: piktybiniai navikai, 2005 m.

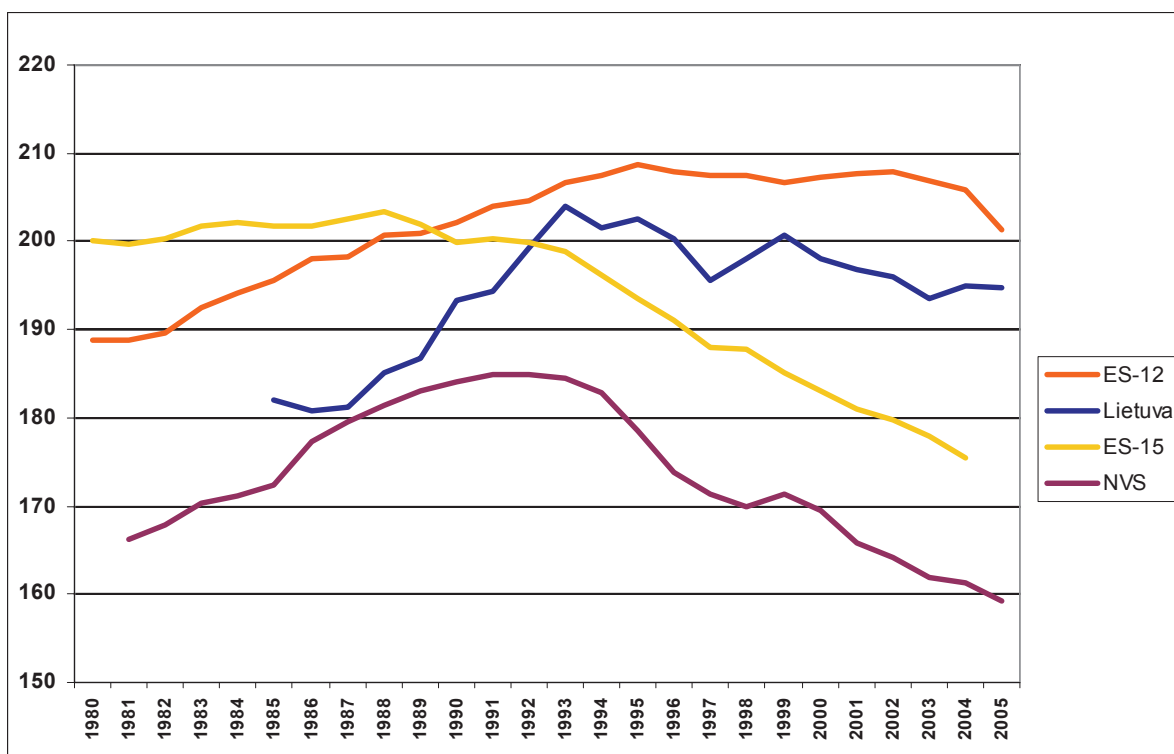


\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

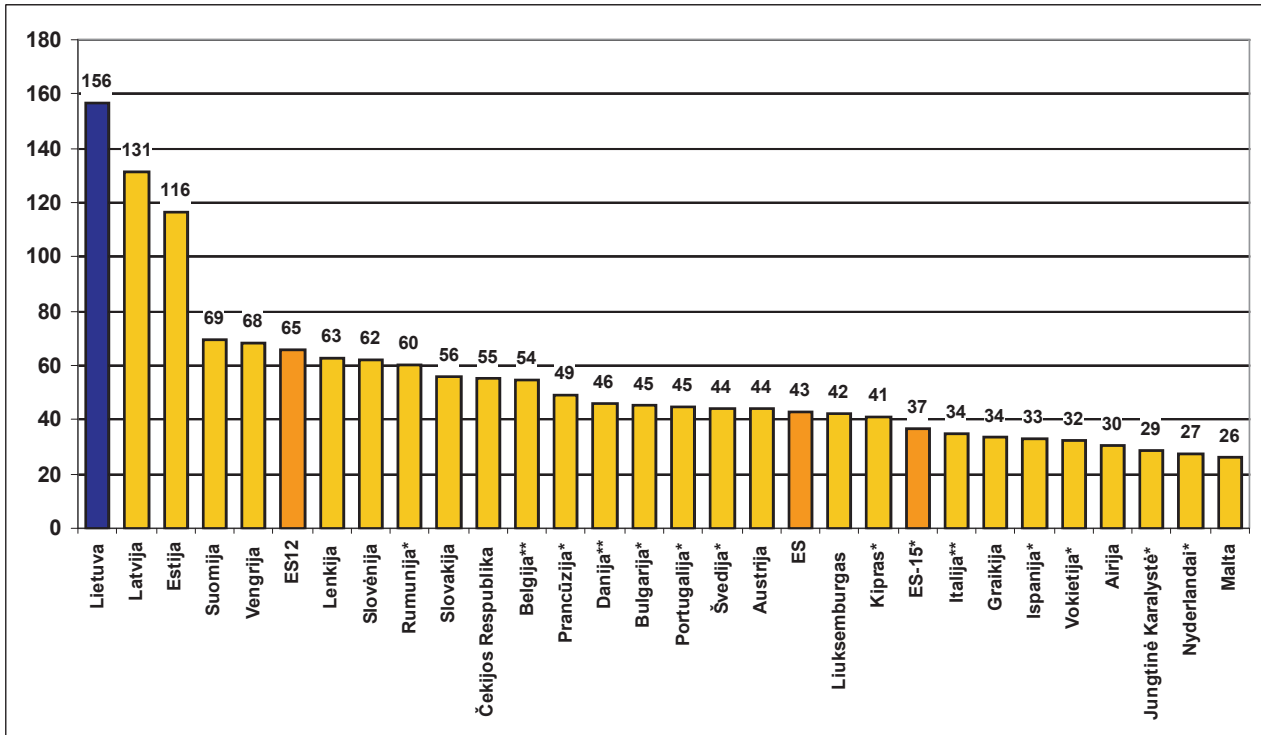
WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: piktybiniai navikai, 1980-2005 m.



WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: išorinės mirties priežastys, 2005 m.

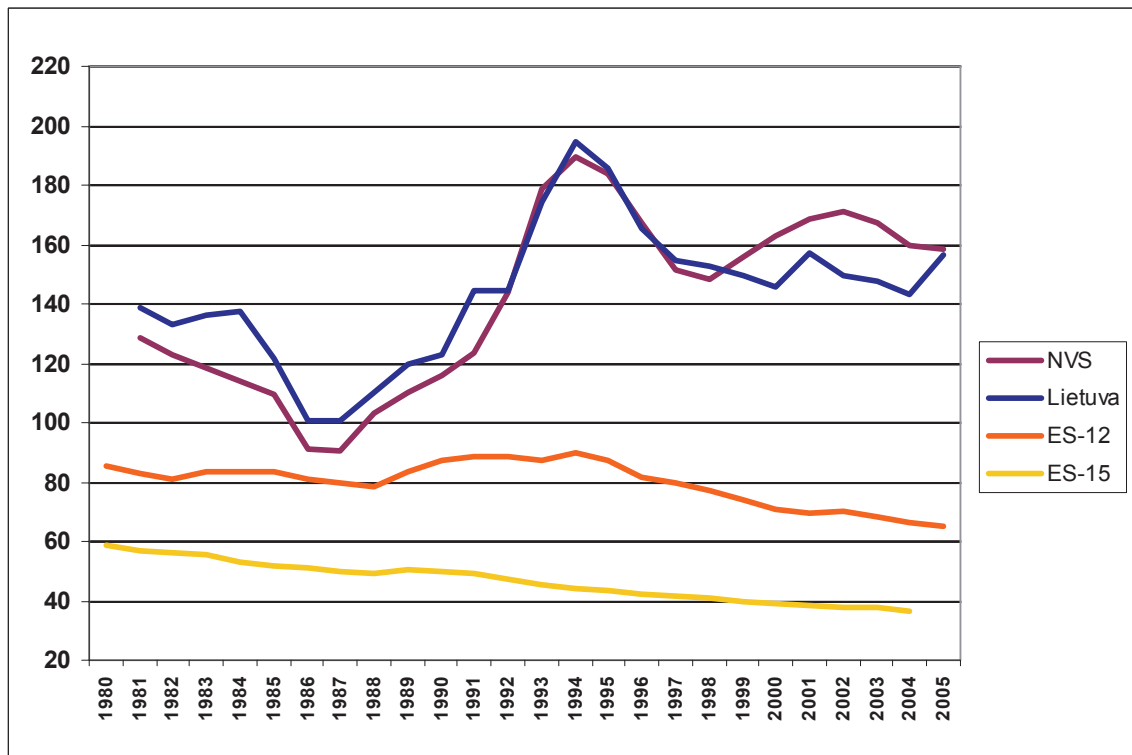


\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

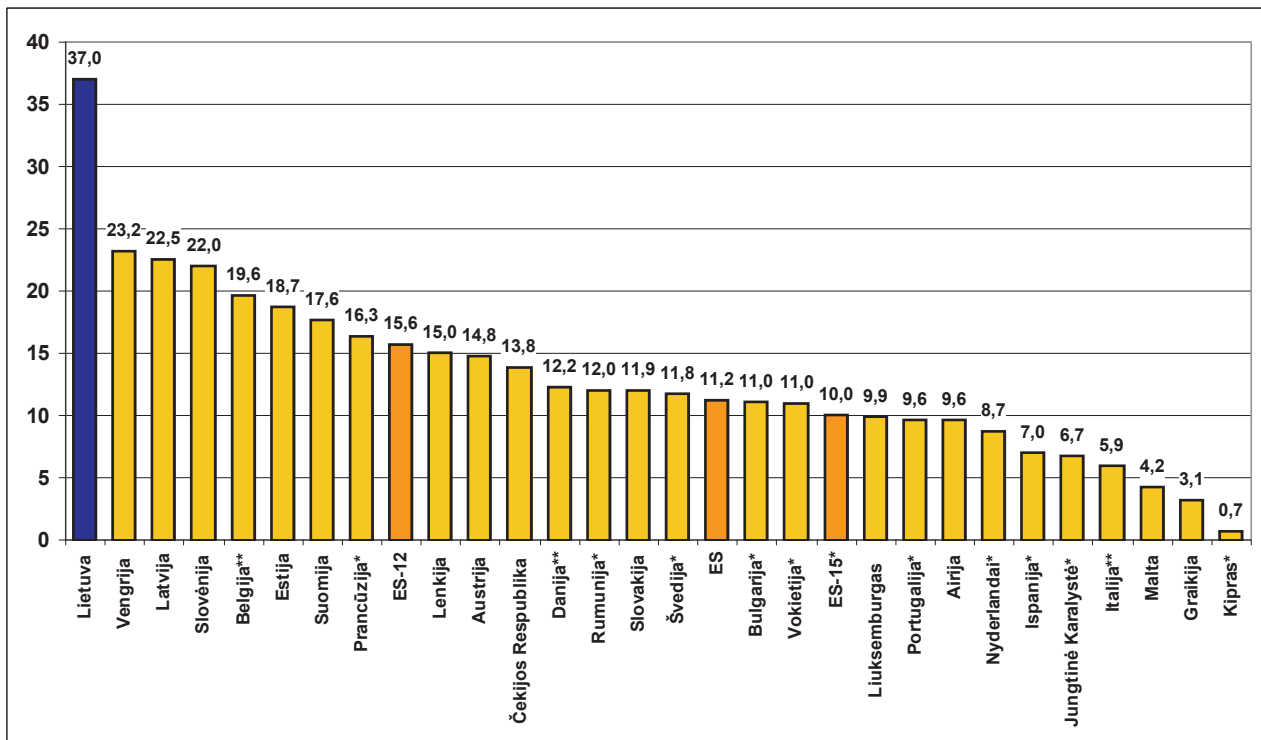
WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: išorinės mirties priežastys, 1980-2005 m.



WHO, European health for all database, 2007

## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: savižudybės, 2005 m.

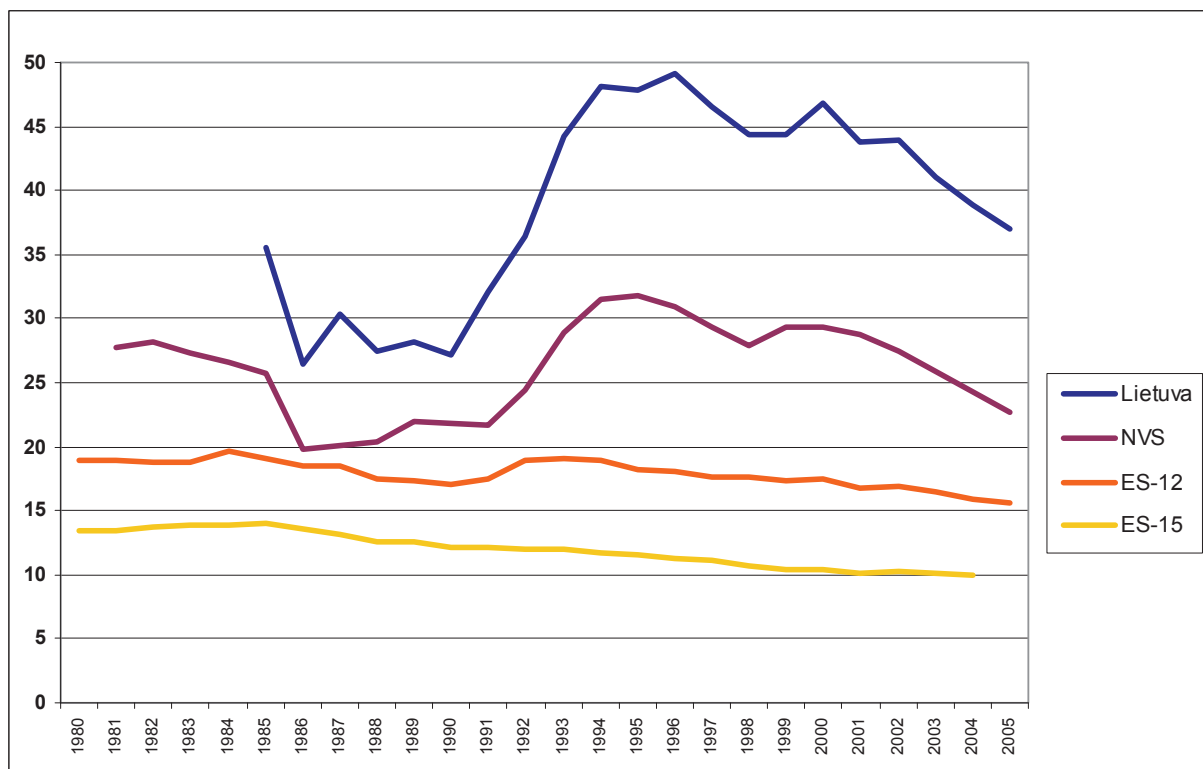


\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

WHO, European health for all database, 2007

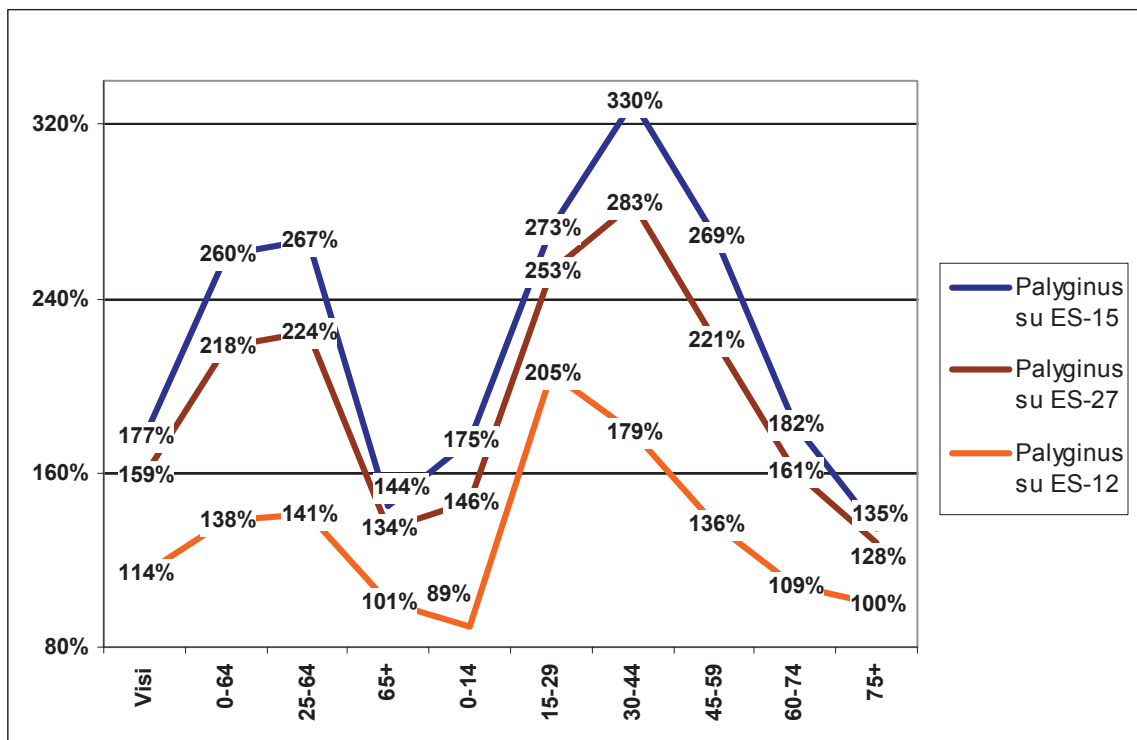
## Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų ES šalyse: savižudybės, 1980-2005 m.



WHO, European health for all database, 2007



## Standartizuoto mirtingumo rodiklio 100000 gyventojų Lietuvoje palyginimas su ES šalimis: visos mirties priežastys pagal amžiaus grupes procentais, 2005 m.



WHO, European health for all database, 2007

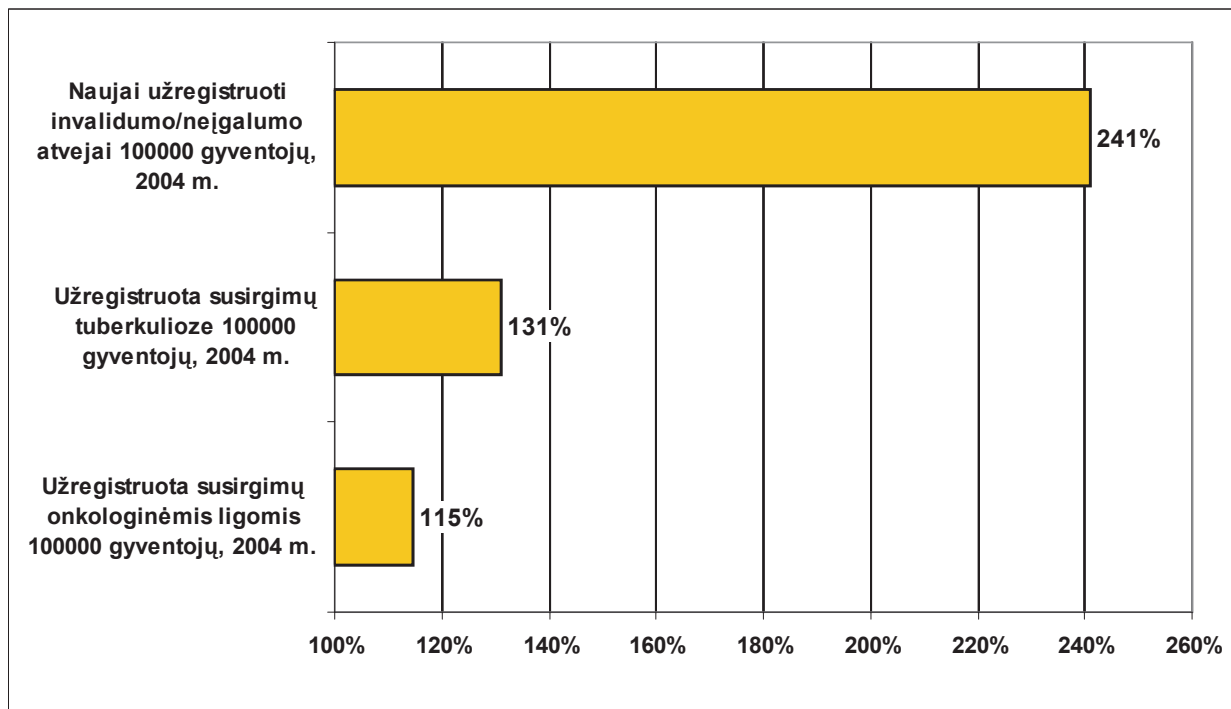
## Išvengiamas\* mirtingumas Lietuvoje, 1981 ir 1997 m.

Išvengiamas* mirtingumas Lietuvoje, 1981 m. ir 1997 m. palyginimas				
	1981		1997	
	Mirtingumas, kuris tiesiogiai priklauso nuo sveikatos apsaugos sistemos darbo	Mirtingumas iš viso	Mirtingumas, kuris tiesiogiai priklauso nuo sveikatos apsaugos sistemos darbo	Mirtingumas iš viso
100 tūkst. gyventojų	391,5	1007,1	388,6	1035,2
Proc. nuo viso mirtingumo	38,9%		37,5%	

\* - įskaitant mirtingumą nuo išėminės širdies ligos.

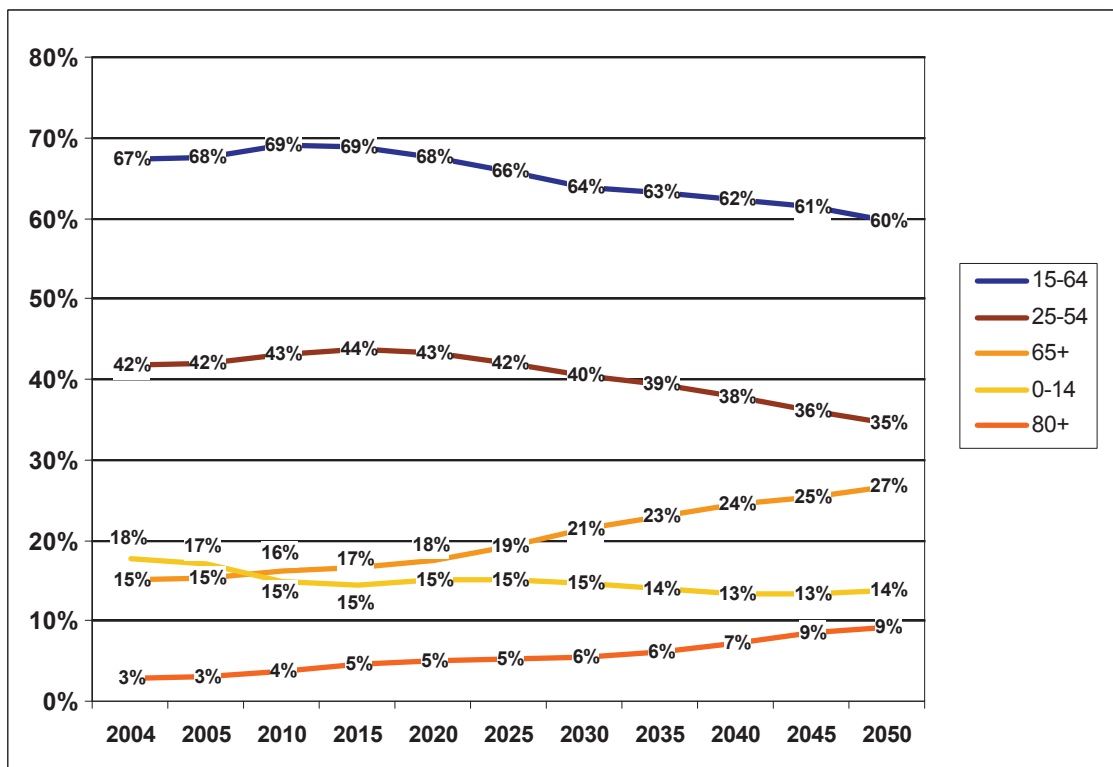
*Progress in health care, progress in health?: Patterns of amenable mortality in Central and Eastern Europe before and after political transition. Ellen Nolte, Martin McKee, Rembrandt D. Scholz. Demographic research, Special Collection 2, article 6, published 16 April 2004, www.demographic-research.org*

## Užregistruotų susirgimų ir neįgalumo atvejų Lietuvoje skaičius 100000 gyventojų palyginus su naujosiomis ES-12 šalimis (procentais), 2004 m.



WHO, European health for all database, 2007

## Prognozuojama gyventojų skaičiaus pagal amžiaus grupes (procentais) kitimo tendencija Lietuvoje, 2004-2050 m.



*The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050) Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN) Brussels, 6 February 2006, ECFIN/EPC(2006)REP/238*

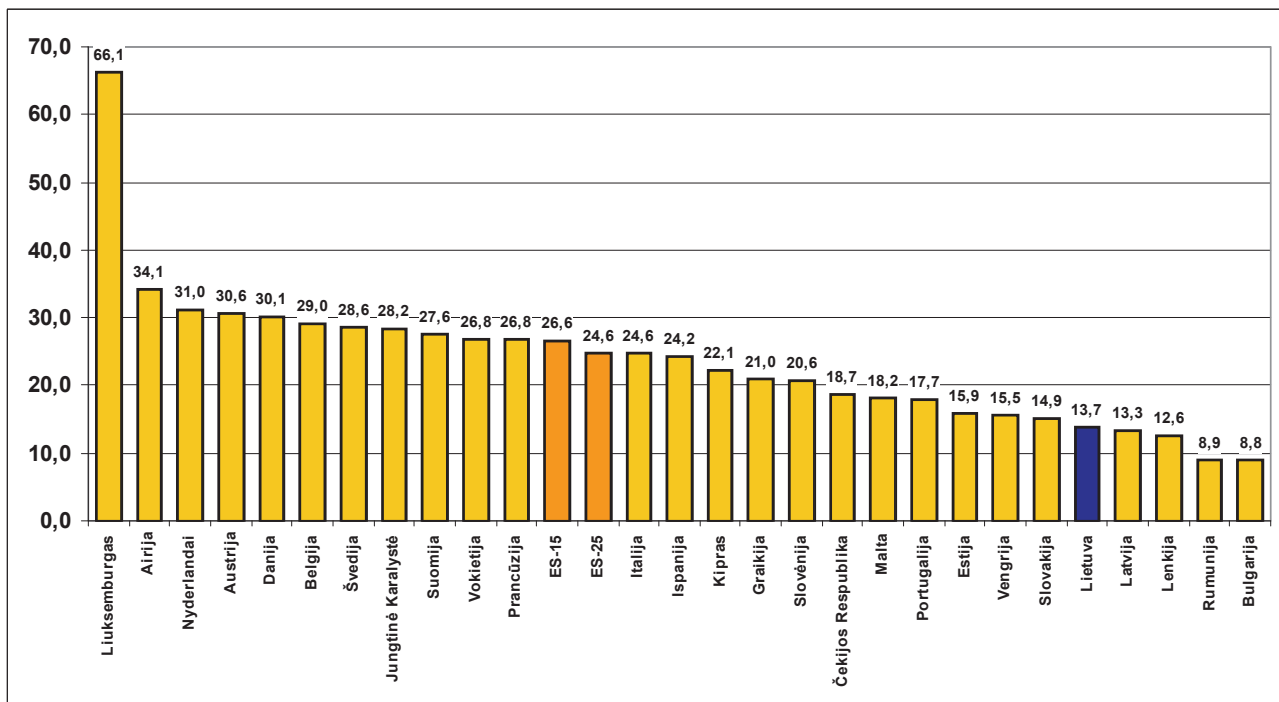
## IŠVADOS

- Lietuvą galima priskirti pereinamojo laikotarpio šalių grupei, kurioje mirtingumas dar gana ženkliai įtakojamas tiek bendrojo šalies išsivystymo lygio, tiek sveikatos sistemos finansavimo apimties.
- Standartizuoto mirtingumo rodikliai nuo pagrindinių mirties priežasčių: kraujotakos sistemos, piktybinių navikų, infekcinių bei virškinimo organų ligų ženkliai viršija ES vidurkį, o mirtingumas nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų (tame tarpe ir savižudybės), išeminės širdies ligos, tuberkuliozės ir su alkoholio vartojimu susijusiomis ligomis buvo pats aukščiausias tarp visų ES valstybių. 1990-2005 m. laikotarpiu beveik du kartus išaugo mirtingumas dėl virškinimo organų ligų.
- Vidutinės gyvenimo trukmės Lietuvoje ilgėjimas, populiacijos senėjimas ir darbingo amžiaus asmenų skaičiaus mažėjimas sąlygos išlaikytinių skaičiaus augimą ir visuomeninių išlaidų socialinėms išmokoms, pensijoms bei sveikatos priežiūrai ženklią augimą. Remiantis Eurostat prognoze\*, išlaikytinių skaičius Lietuvoje 2025 m. gali siekti apie 52,2 proc., o 2050 m. - 67,8 proc.
- Didelis gyventojų sergamumas ir nelaimingų atsitikimų skaičius įtakoja ženklius naujai užregistruoto neįgalumo rodiklius. 2004 m. naujai užregistruotų invalidumo/neįgalumo atvejų Lietuvoje skaičius 2,4 karto viršijo atitinkamą naujųjų ES šalių vidurkį.
- Tam, kad skubiai pagerinti susidariusią demografinę situaciją, būtinos kardinalios sveikatos politikos korekcijos ir kryptingos investicijos į sveikatos sektorių, bei kitas, gyventojų sveikatai reikšmingą įtaką turinčias sritis.

*\* - The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN) Brussels, 6 February 2006, ECFIN/EPC(2006)REP/238*

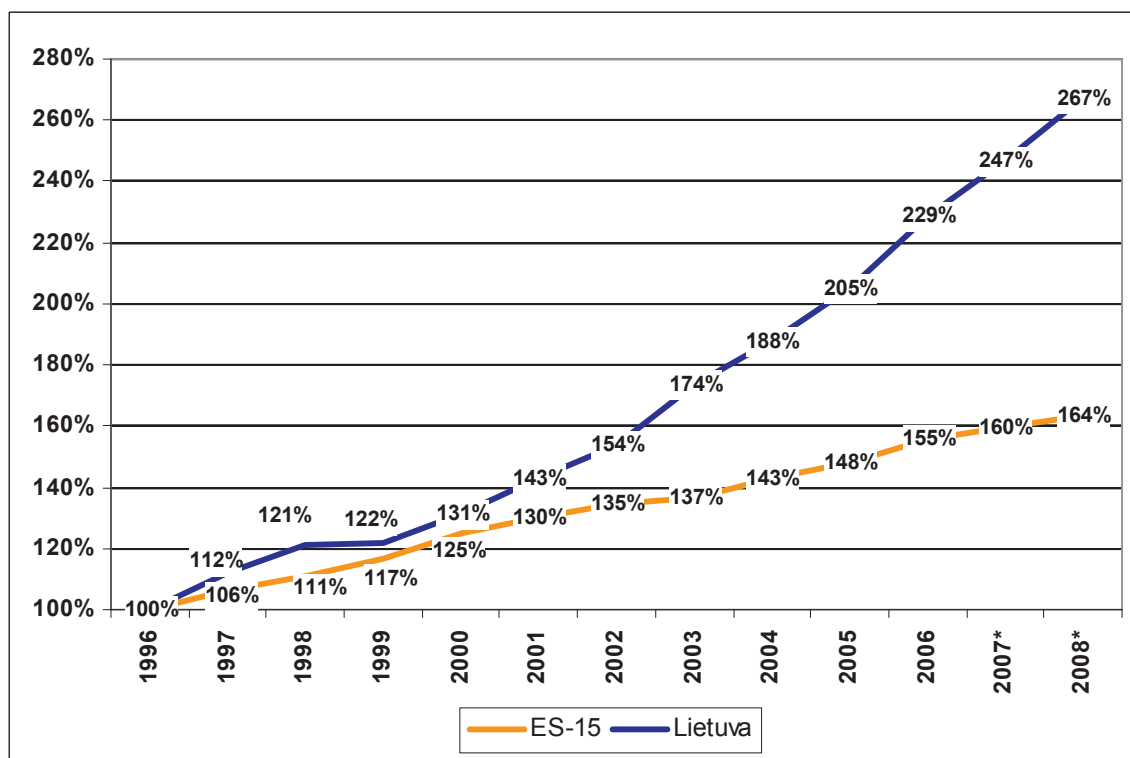
# **LIETUVOS IR ES ŠALIŲ PAGRINDINIAI EKONOMINIAI IR SOCIALINIAI RODIKLIAI**

## ES šalys: BVP pagal perkamosios galios standartą (tūkst. PGS) tenkantis vienam šalies gyventojui, 2006 m.



Eurostat, 2007

## ES šalių ir Lietuvos BVP augimo perkamosios galios standartais (PGS) palyginimas (1996 m. = 100 proc.)



\* - prognozė

Eurostat, 2007

## LR Finansų Ministerijos Lietuvos pagrindinių ekonominių rodiklių projekcijos 2007–2010 metams

LR Finansų Ministerijos Lietuvos pagrindinių ekonominių rodiklių projekcijos 2007–2010 m.						
Makroekonominiai rodikliai	2005**	2006**	Projekcijos			
			2007	2008	2009	2010
BVP augimas /grandine susietos apimties augimas, proc.	7,6	7,5	7,2	5,3	4,5	5,2
Suderinto vartojimo prekių ir paslaugų kainų indekso pokytis, proc.	2,7	3,8	4,3	3,9	3,1	3
Vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio* augimas, proc.	11	17,6	18,4	11,8	7,6	7,2
Vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis*, Lt	1276,2	1500,2	1776,4	1985,6	2136,2	2289,1
Nedarbo lygis, proc (darbo jėgos tyrimo duomenimis).	8,3	5,6	5,2	5,1	5,1	5,1
Vartojimo augimas /grandine susietos apimties augimas, proc.	8,8	12,3	8,7	4,8	4,1	3,8
BVP augimas to meto kainomis, proc.	13,8	15,2	12,4	8,9	8,2	7,7

\* - ketvirtiniai duomenys be individualių įmonių

\*\* - faktiniai duomenys

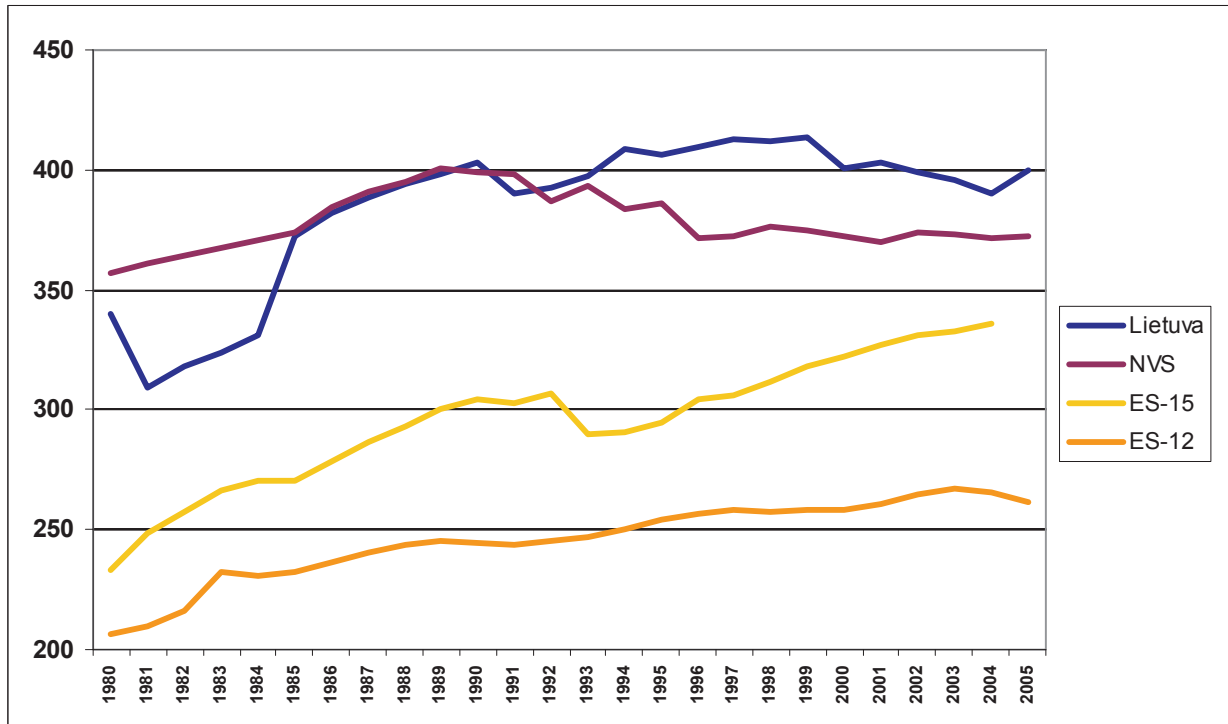
LR Finansų Ministerija. Lietuvos ekonominių rodiklių projekcijos 2007–2010 metams. Projekcijos paskelbtos 2007 03 15.

### IŠVADOS

- Lietuvoje sukuriama BVP procentas nuo viso ES BVP siekia 0,21 proc. ir yra beveik toks pat, kaip Slovėnijos ir Bulgarijos, tačiau pagal BVP dydį, tenkantį vienam gyventojui (perkamosios galios standartais) Lietuva lenkia tik Bulgariją, Rumuniją, Lenkiją ir Latviją.
- 2007 m. Lietuvoje buvo prognozuojamas 7,2 proc. BVP augimas. Lietuvos ūkio plėtros lėtėjimas tikėtinas tik 2008-2010 metų laikotarpiu. Vienas iš galimų BVP apimties augimo lėtėjimo aspektų - tai neužtikrinta darbo jėgos lankstumo prielaida (darbo jėgos sugebėjimas lanksčiai persiorientuoti iš vieno ekonominio sektoriaus į kitą), dėl ko laikinai gali sumažėti užimtumas ir padidėti nedarbas.
- Darbo užmokestis Lietuvoje vienas iš mažiausių ES, tačiau darbo užmokesčio augimas 2007 m. gali siekti 18,4 proc. Spartesnę darbo užmokesčio kilimą lemia auganti darbo jėgos paklausa ir atsiverianti užsienio darbo rinka. Lietuvoje 2006 m. metinis darbo užmokesčio augimas pasiekė 17,6 proc. Prognozuojama, kad dėl augančios darbo jėgos paklausos nedarbo lygis šalyje mažės nuo 5,6 proc. 2006 metais iki 5,1 proc. 2010 metais.
- Numatomas spartus BVP ir priskaičiuoto darbo užmokesčio augimas bei nedarbo mažėjimas sukuria prielaidas didesnę dėmesį skirti šalies gyventojų socialinėms ir sveikatinimo reikmėms.

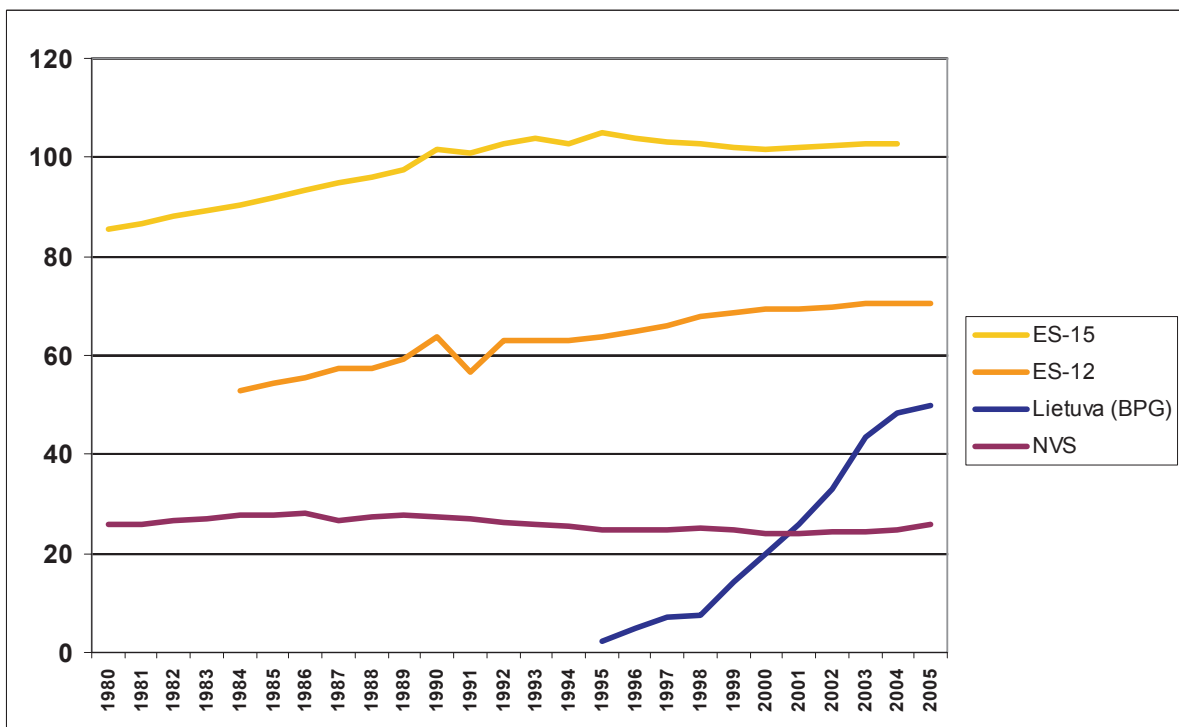
# **LIETUVOS IR ES ŠALIŲ SVEIKATOS APSAUGOS SYSTEMŲ IŠTEKLIAI IR FUNKCIONAVIMAS**

## ES šalys: gydytojų skaičius 100000 gyventojų, 1980-2005 m.



WHO, European health for all database, 2007

## ES šalys: šeimos gydytojų\* skaičius 100000 gyventojų, 1980-2005 m.

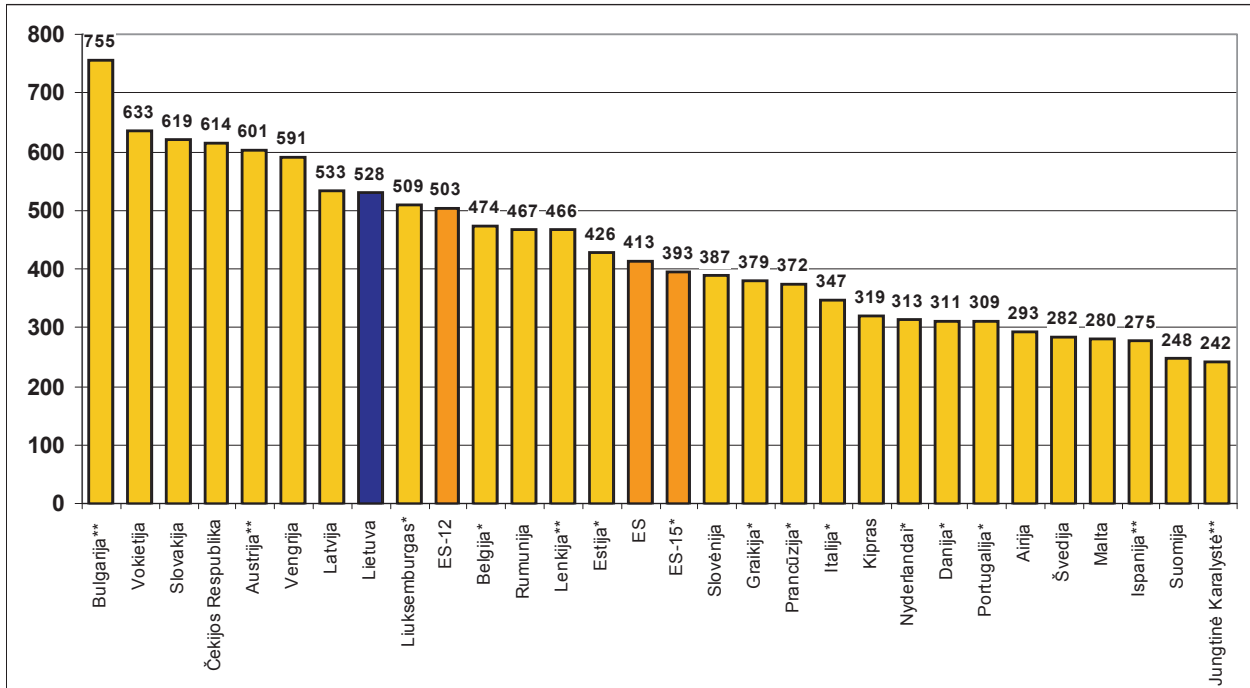


\* - Lietuvoje pateikiamas tik bendrosios praktikos gydytojų skaičius

WHO, European health for all database, 2007; Sveikatos informacijos centras



## ES šalys: ligoninių\*\*\* lovų skaičius 100000 gyventojų, 2005 m.



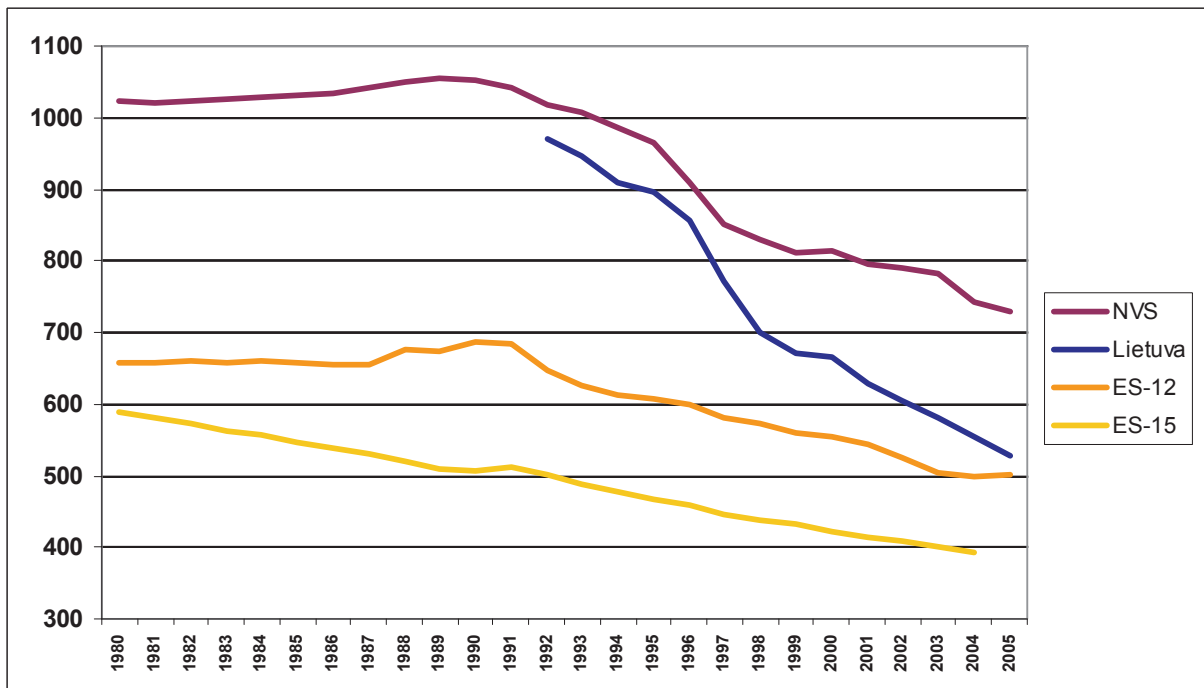
\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

\*\*\* - be slaugos ligoninių

WHO, European health for all database, 2007; Sveikatos informacijos centras

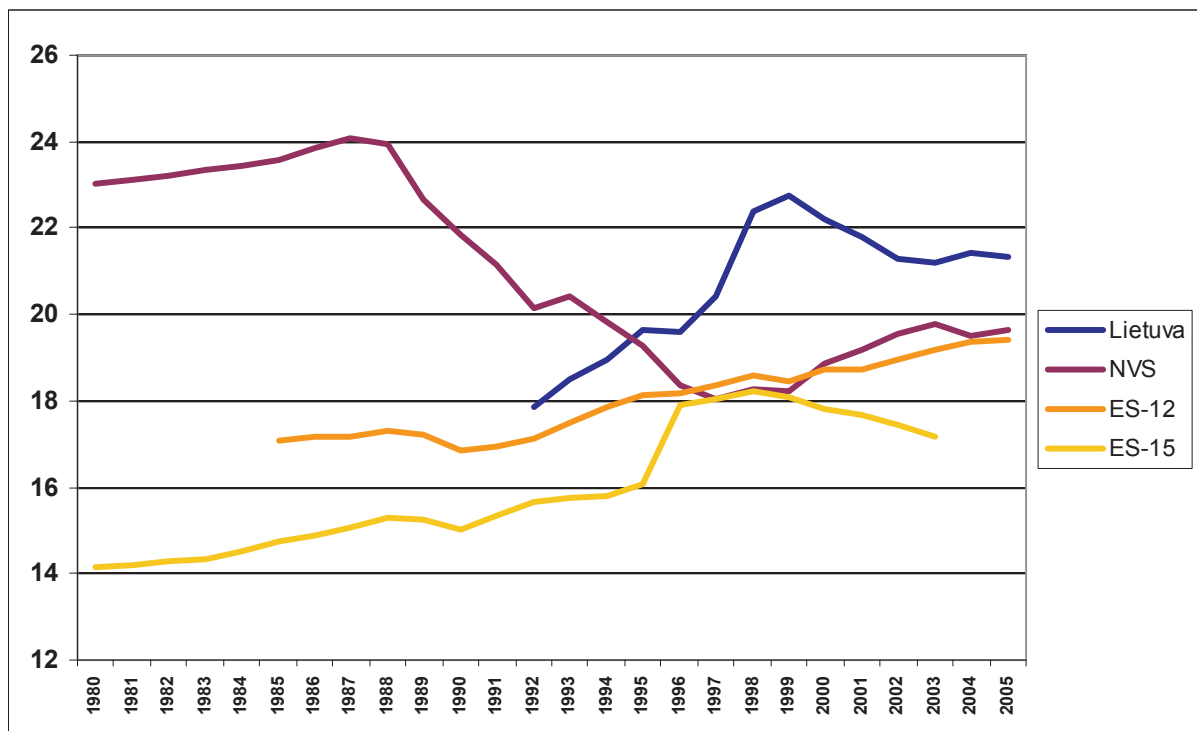
## ES šalys: ligoninių\* lovų skaičius 100000 gyventojų, 1980-2005 m.



\* - be slaugos ligoninių

WHO, European health for all database, 2007; Sveikatos informacijos centras

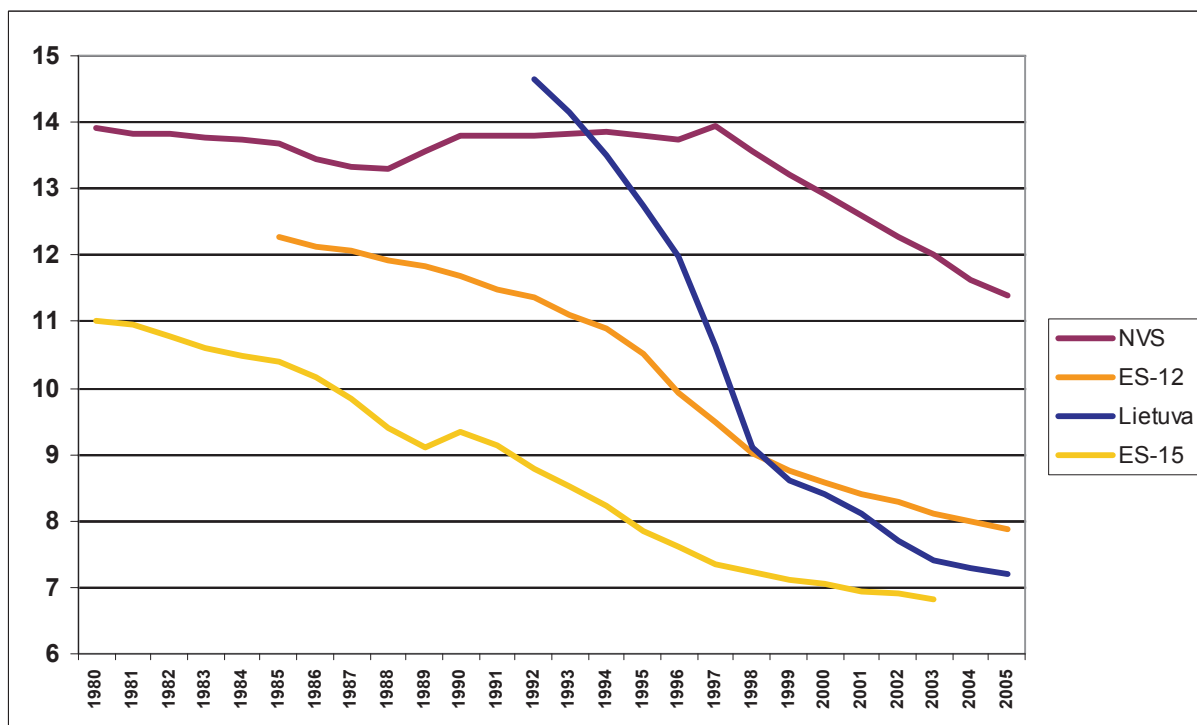
## ES šalys: hospitalizacijų\* skaičius 100 gyventojų, 1980-2005 m.



\* - be slaugos ligoninių

WHO, European health for all database, 2007; Sveikatos informacijos centras

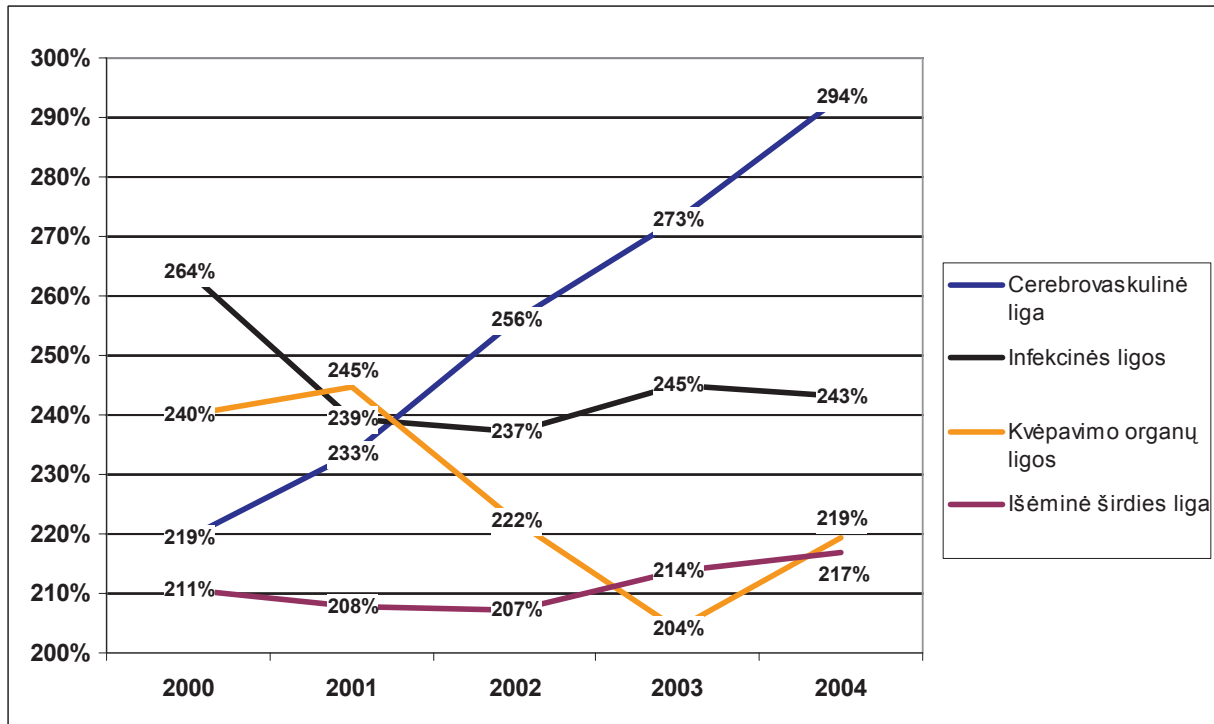
## ES šalys: vidutinė gulėjimo trukmė ligoninėse\* (dienomis), 1980-2005 m.



\* - be slaugos ligoninių

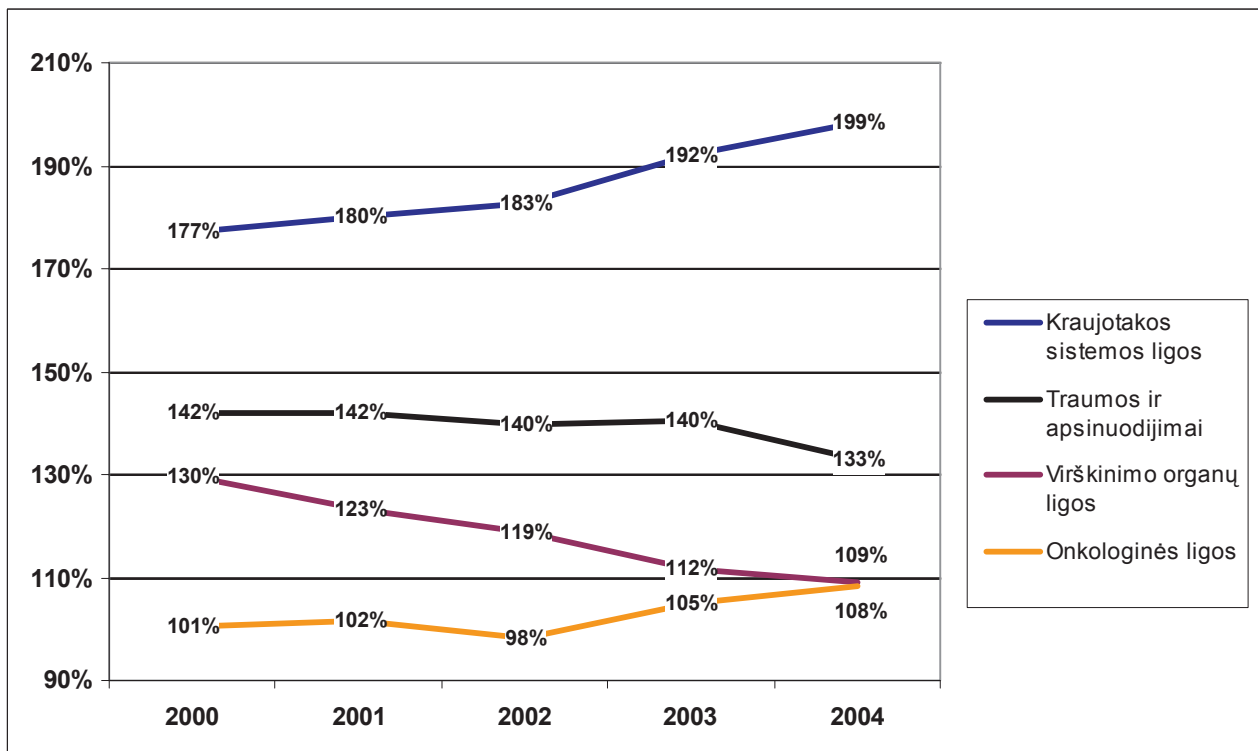
WHO, European health for all database, 2007; Sveikatos informacijos centras

## Stacionare besigydytųjų ir išrašytų ligonių skaičius pagal atskiras ligų grupes Lietuvoje palyginus su ES-15 šalimis (procentais), 2000-2004 m.



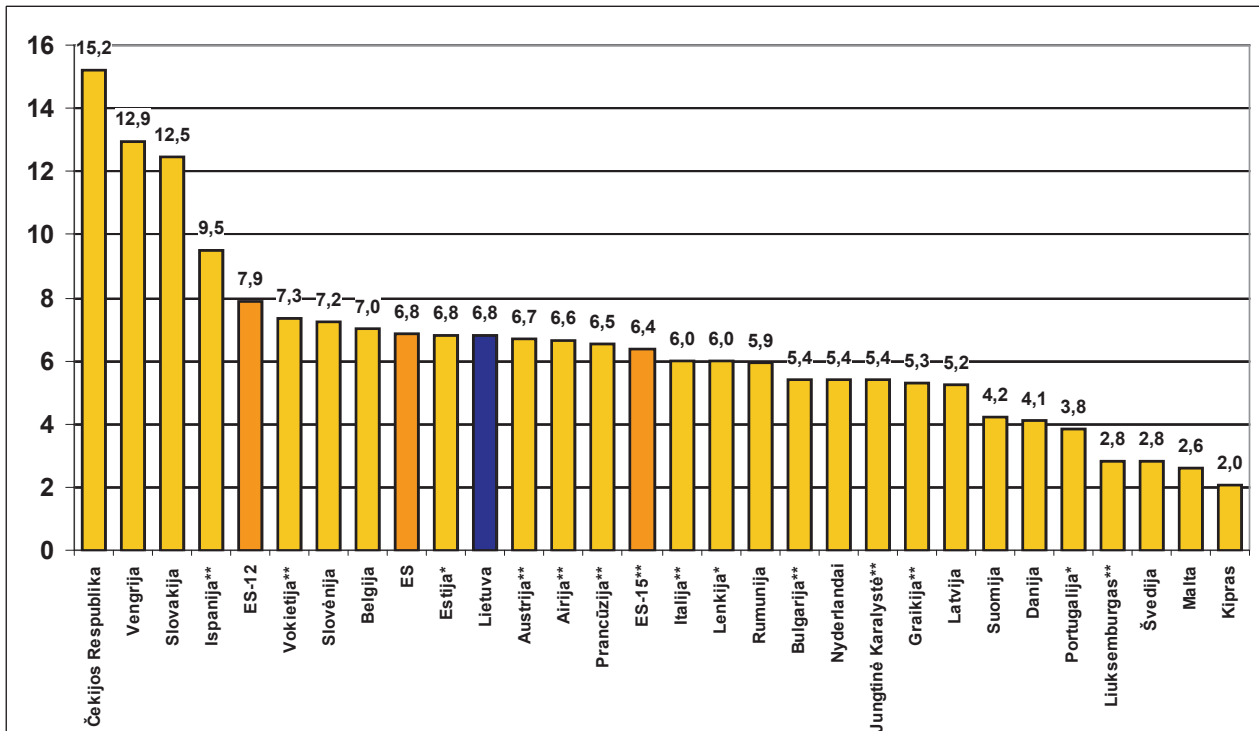
WHO, European health for all database, 2007

## Stacionare besigydytųjų ir išrašytų ligonių skaičius pagal atskiras ligų grupes Lietuvoje palyginus su ES-15 šalimis (procentais), 2000-2004 m.



WHO, European health for all database, 2007

## ES šalys: ambulatorinių apsilankymų pas gydytojus skaičius tenkantis vienam gyventojui per metus, 2005 m.



\* - 2004 metai

\*\* - iki 2004 metų

WHO, European health for all database, 2007

## IŠVADOS

- Gydytojų ir ligoninių lovų tenkančių 100000 gyventojų rodikliai Lietuvoje yra vieni didžiausių ES. Nors deklaruojama, kad Lietuvos gydytojai ruošiami ir perkvalifikuojami pagal esamus poreikius, tačiau realūs struktūriniai pokyčiai vyksta gana lėtai ir toliau vyrauja siauros specializacijos gydytojai, dirbantys stacionarinėse gydymo įstaigose. 2006 m. Lietuvoje buvo 1792 bendrosios praktikos gydytojai, tačiau pagal bendrosios praktikos gydytojų skaičių, tenkantį 100 tūkst. gyventojų, Lietuva nepasiekia ne tik ES, bet ir ES-12 (naujųjų ES šalių) vidurkio.
- Hospitalizacijų skaičius Lietuvoje, lyginant su ES vidurkiu, viršija pastarąjį apie 25 proc., taip pat išlieka gana ilga vidutinė gydymosi trukmė ligoninėse. Stacionarinės paslaugos Lietuvoje sudaro didelę sveikatos priežiūros paslaugų dalį. Ligoninėse besigydžiusių ir išrašytų ligonių skaičius pagal atskiras ligų grupes (cerebrovaskulinė liga, infekcinės ligos, išeminė širdies liga) Lietuvoje palyginus su ES-12 ir ES-15 šalimis 2005 m. viršijo 2-3 kartus.
- Nors ligonių ambulatorinių konsultacijų skaičius pas gydytojus yra artimas ES šalių vidurkiui, tačiau lėtai vyksta šeimos gydytojo institucijos, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos, ambulatorinės rehabilitacijos bei medicininės slaugos ir ilgalaikio (paliatyvinio) gydymo paslaugų plėtra.
- Gana daug sveikatos priežiūros įstaigų susitelkusios didžiuosiuose miestuose, trūksta gydytojų-specialistų rajonuose.
- Nevisiškai užtikrinamas gydymo tęstinumas siunčiant pacientus iš vieno paslaugų profilio sveikatos priežiūros įstaigos į kitą.

# **LIETUVOS SVEIKATINIMO VEIKLOS FINANSAVIMAS**

## Visuomeninių ir privačių išlaidų sveikatinimo veiklai Lietuvoje suvestinė lentelė, mln. litų, 2004-2006 m.

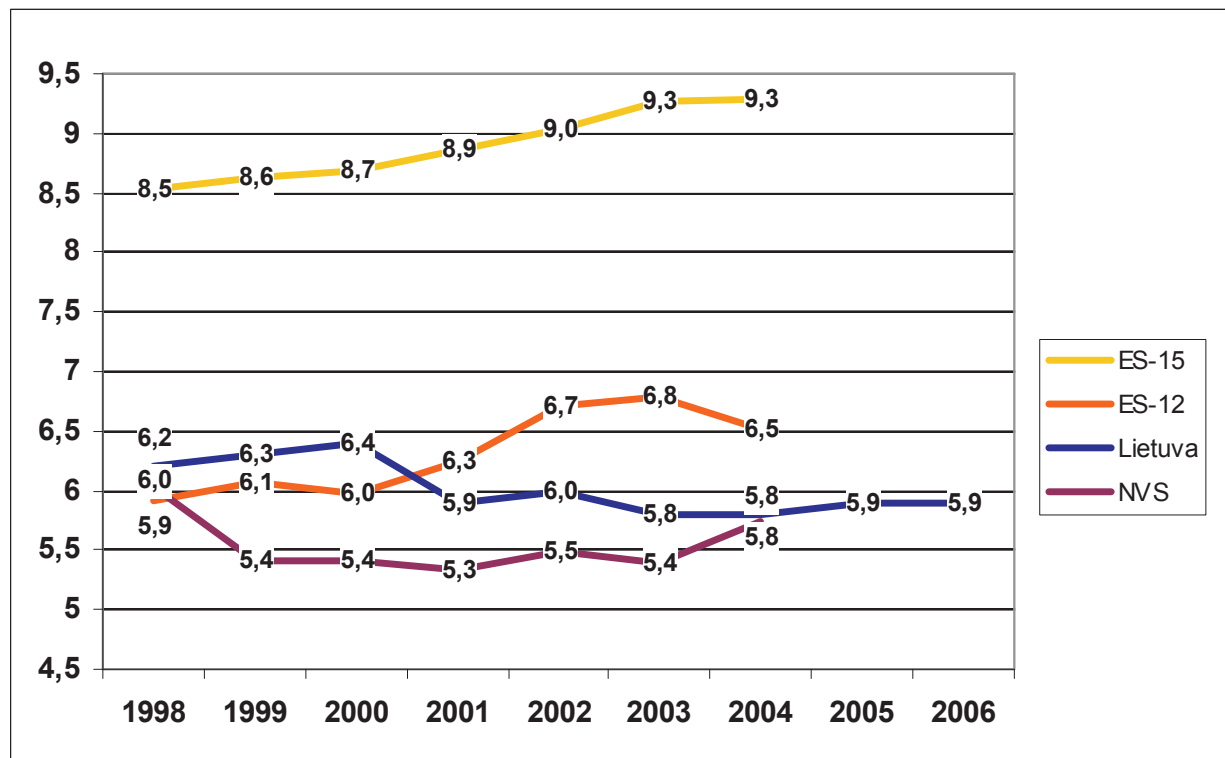
	2004	2005	2006
<b>Visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas</b>			
PSDF išlaidos*, mln. litų	2.094,7	2.453,9	3.036,9
Valstybės išlaidos sveikatos apsaugai (pagal valstybės funkcijas), mln. litų	346,7	427,8	403,4
<b>Iš viso visuomeninių išlaidų sveikatai mln. litų</b>	<b>2.441,4</b>	<b>2.881,7</b>	<b>3.440,3</b>
<b>Sveikatos sistemos finansavimas iš privačių šaltinių</b>			
Namų ūkių išlaidos, mln. litų	1.108,2	1.224,9	1.328,2
Kitos privačios išlaidos**, mln. litų	73,0	74,4	77,4
<b>Iš viso privačių išlaidų sveikatai, mln. litų</b>	<b>1.181,2</b>	<b>1.299,3</b>	<b>1.405,6</b>
<b>Visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos sveikatinimo veiklai, mln. litų</b>	<b>3.622,6</b>	<b>4.181,0</b>	<b>4.845,9</b>
Visų išlaidų sveikatinimo veiklai procentas nuo BVP	5,79%	5,87%	5,91%
Visuomeninių išlaidų sveikatai proc. nuo visų išlaidų sveikatinimo veiklai	67,4%	68,9%	71,0%
Privačių išlaidų procentas nuo visų išlaidų sveikatinimo veiklai	32,6%	31,1%	29,0%

\* - pateikta apmokėjimui be rezervo ir lėšų likučio

\*\* - paskaičiuota, remiantis suderinto vartojimo prekių ir paslaugų indekso vidutiniu metiniu procentiniu pokyčiu.

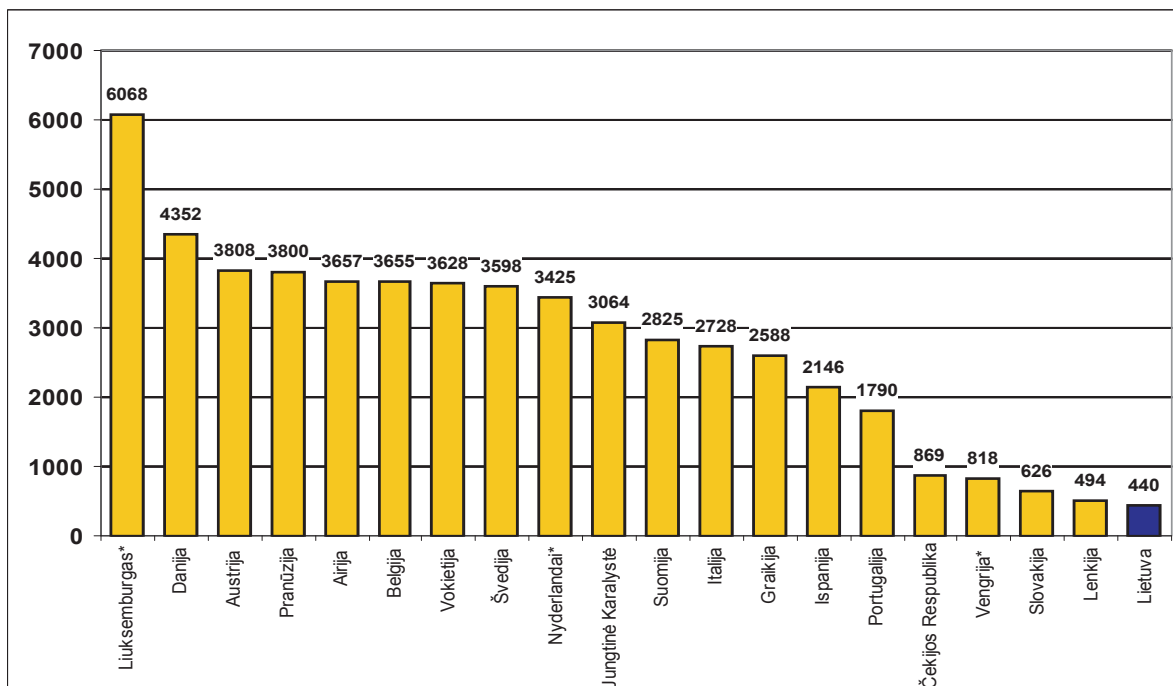
VLK duomenys, 2007; Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

## ES šalys: visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai procentas nuo BVP, 1998-2006 m.



WHO, European health for all database, 2007; Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

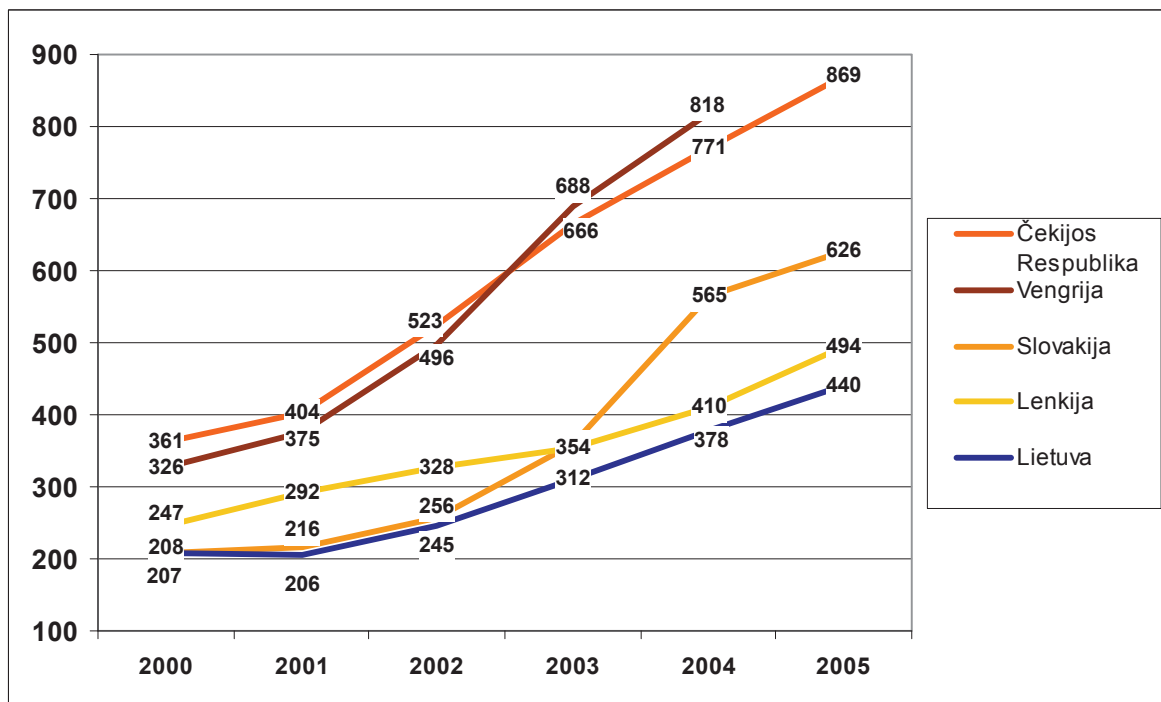
## ES šalys: visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai JAV doleriais vienam gyventojui, 2005 m.



\* - 2004 m. duomenys

OECD Health Data, 2007; Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

## ES naujosios šalys: visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai JAV doleriais vienam gyventojui, 2000-2005 m.



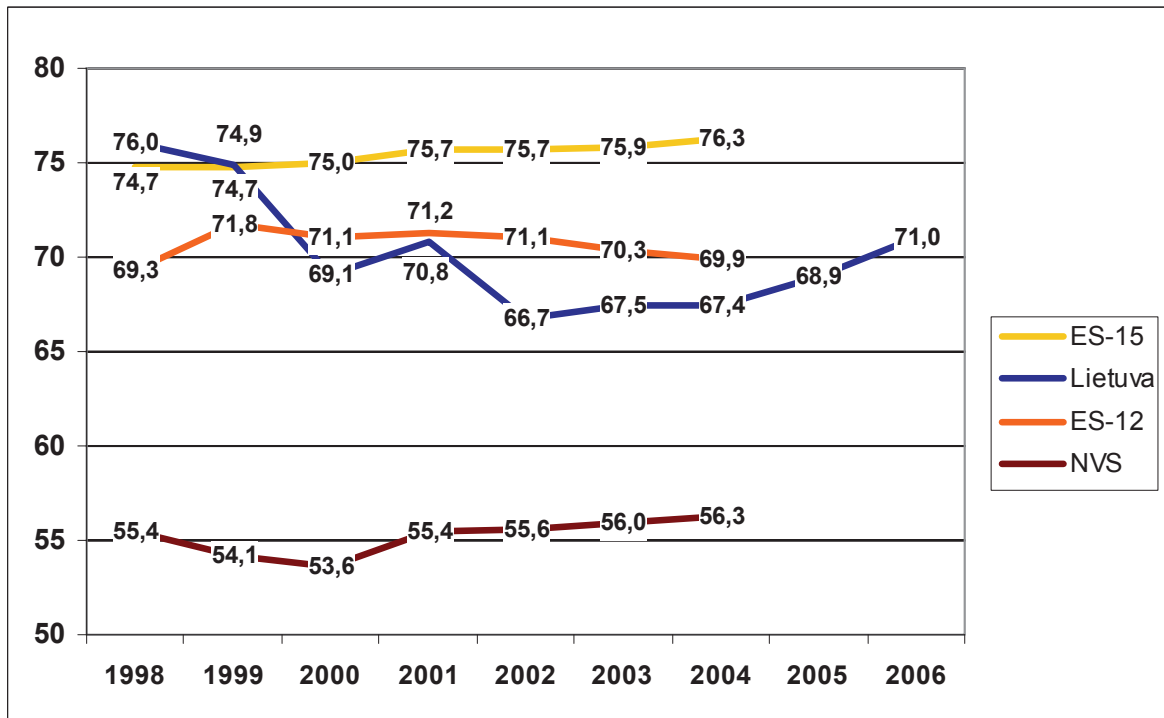
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Jav dolerio/lito kursas	4,0000	4,0000	3,6733	3,0599	2,7801	2,7750

OECD Health Data, 2007; VLK duomenys, 2007

# **Lietuvos visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas**

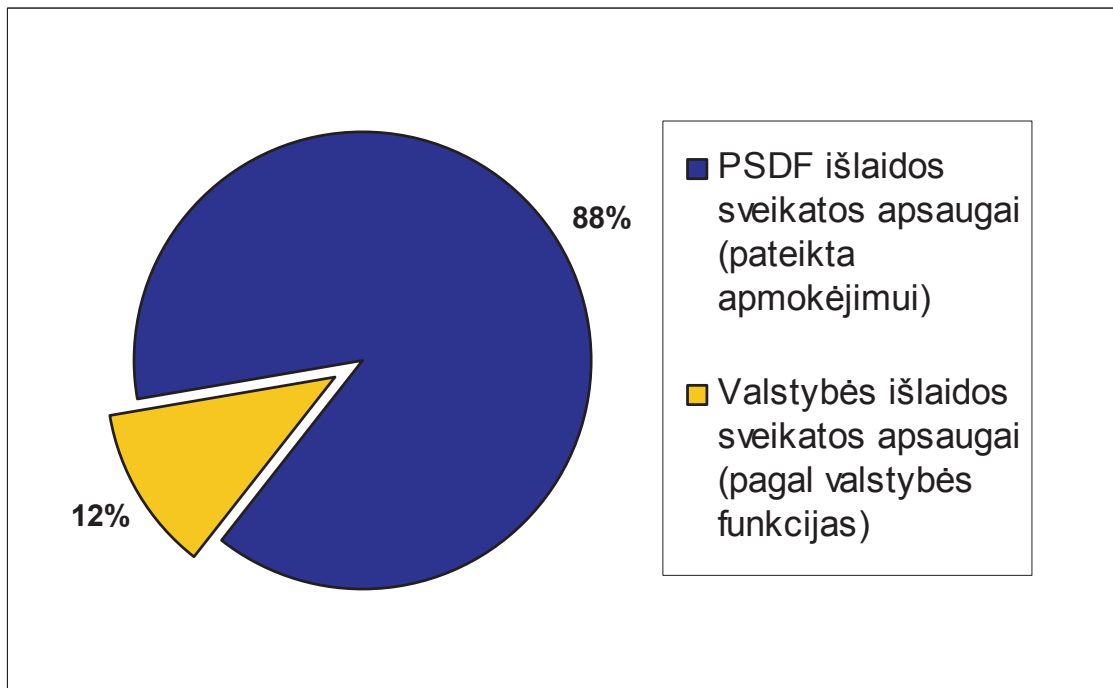


## ES šalys: Visuomeninės išlaidos sveikatai, procentas nuo visų išlaidų sveikatai, 1998-2006 m.



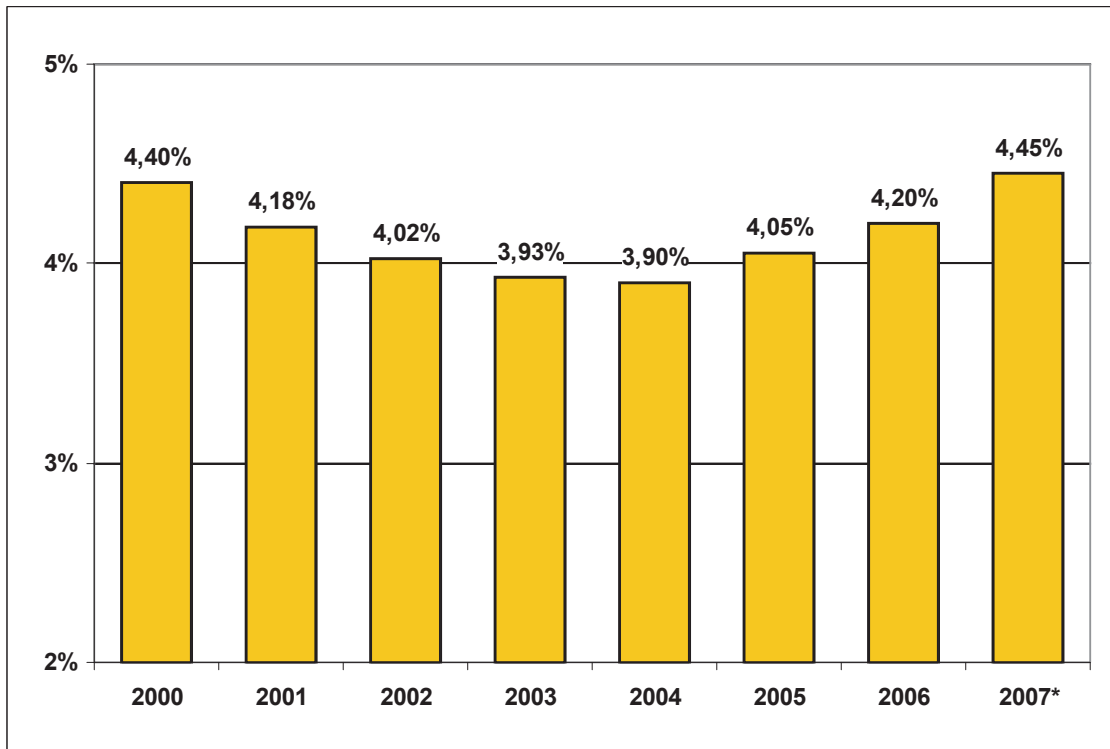
WHO, 2007; Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

## Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos visuomeninio finansavimo struktūra, 2006 m.



VLK duomenys, 2007; Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

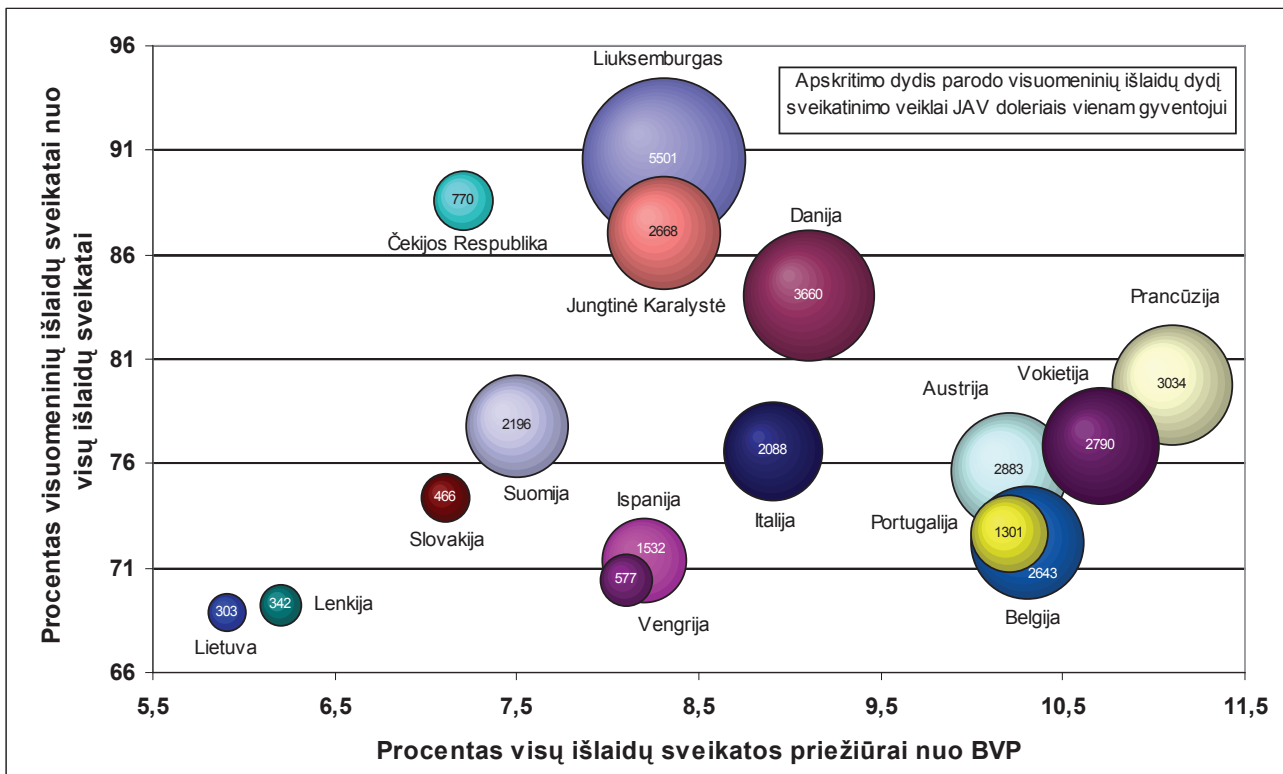
## Visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje, procentas nuo BVP, 2000-2007 m.



\* - planas

VLK duomenys, 2007; Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

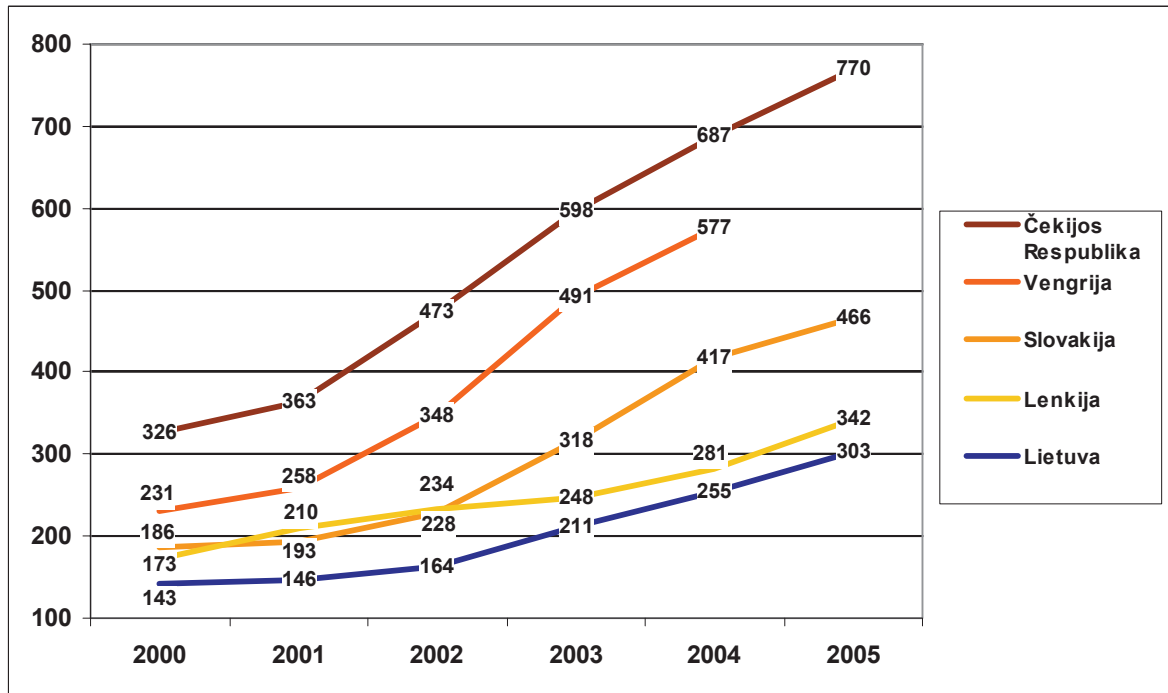
## ES šalys: išlaidų sveikatinimo veiklai palyginimas, 2005 m.



OECD Health Data, 2007; VLK duomenys, 2007

Sveikatos ekonomikos centras, perskaičiuota pagal 2005 m. JAV dolerio/lito kursą.

## ES naujosios šalys: visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai JAV doleriais vienam gyventojui, 2000-2005 m.

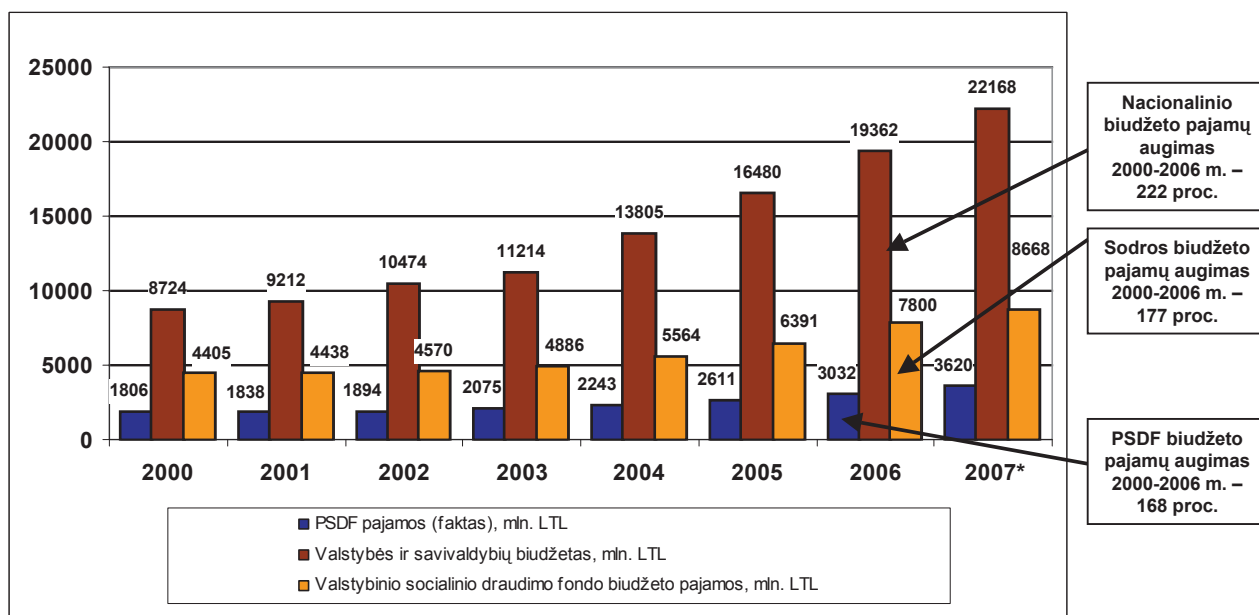


	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Jav dolerio/lito kursas	4,0000	4,0000	3,6733	3,0599	2,7801	2,7750

OECD Health Data, 2007; VLK duomenys, 2007

# **Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) pajamos ir išlaidos**

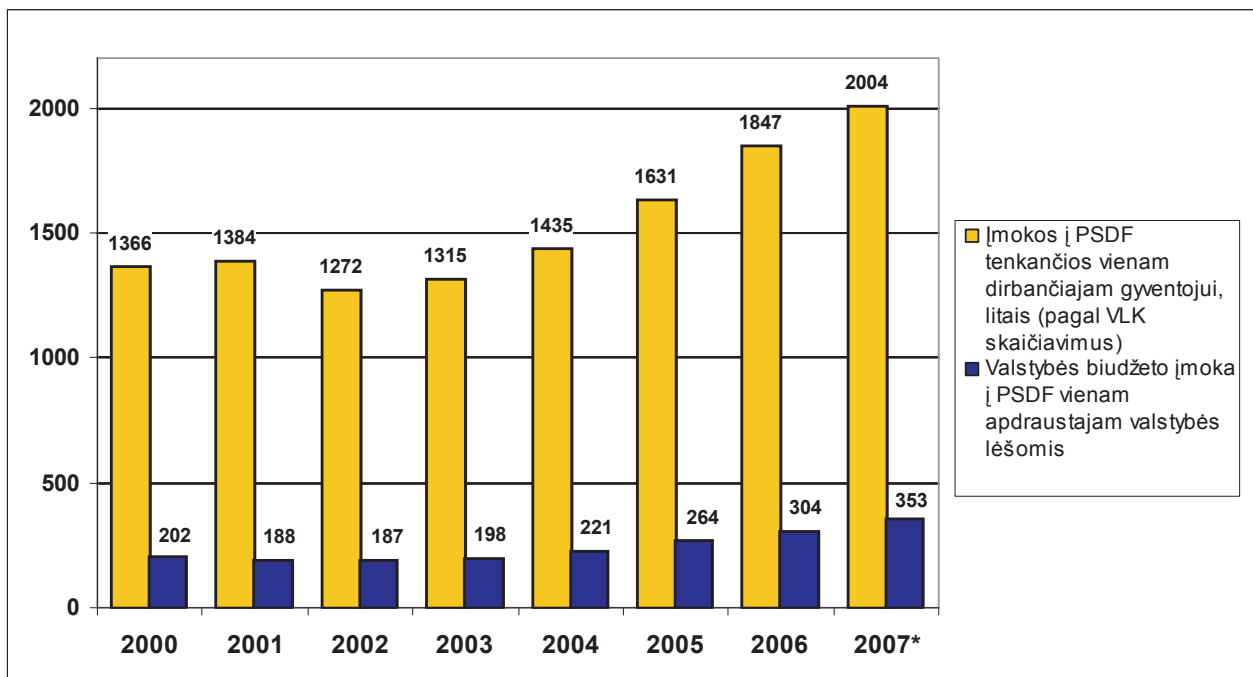
## Fondu, iš kurių finansuojama Lietuvos sveikatinimo veikla, pajamų kitimas (mln. Lt), 2000-2007 m.



\* - 2007 m. planas

VLK duomenys, 2007 m.  
 Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

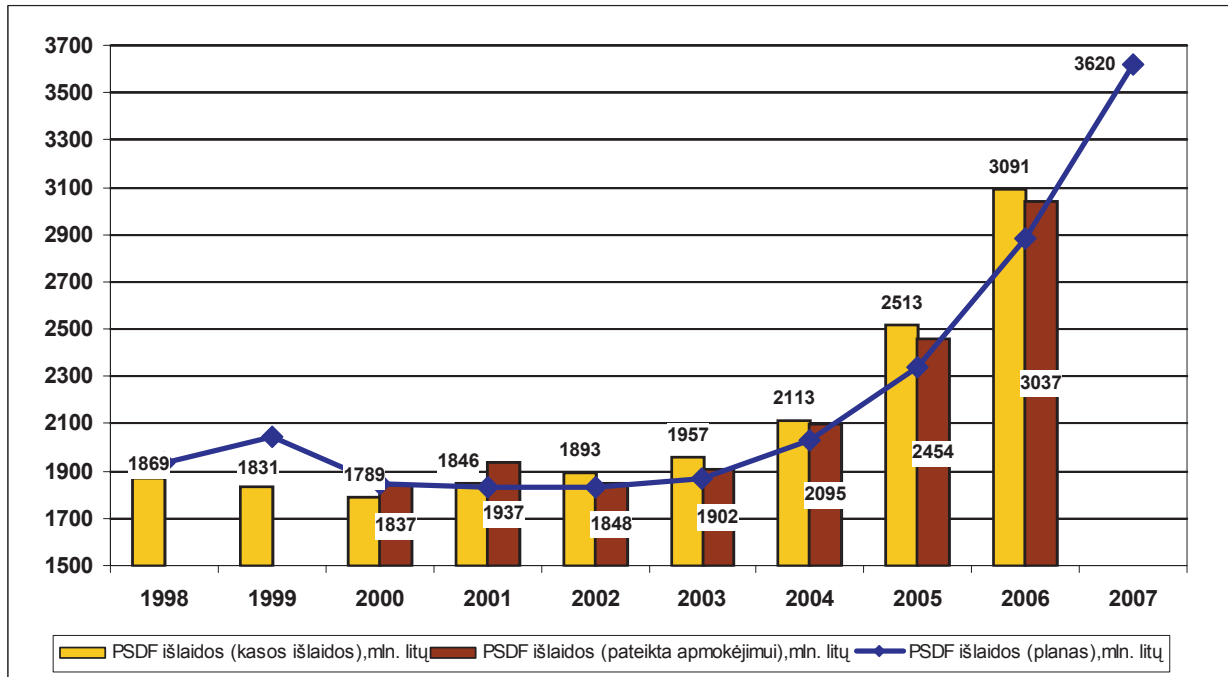
## Vieno dirbančiojo\* ir Valstybės biudžeto įmokos į PSDF vienam apdraustajam valstybės lėšomis per metus palyginimas, 2000-2007 m.



\* - apskaičiuota pagal Statistikos departamento pateikiamą vidutinį mėnesinį bruto darbo užmokestį.

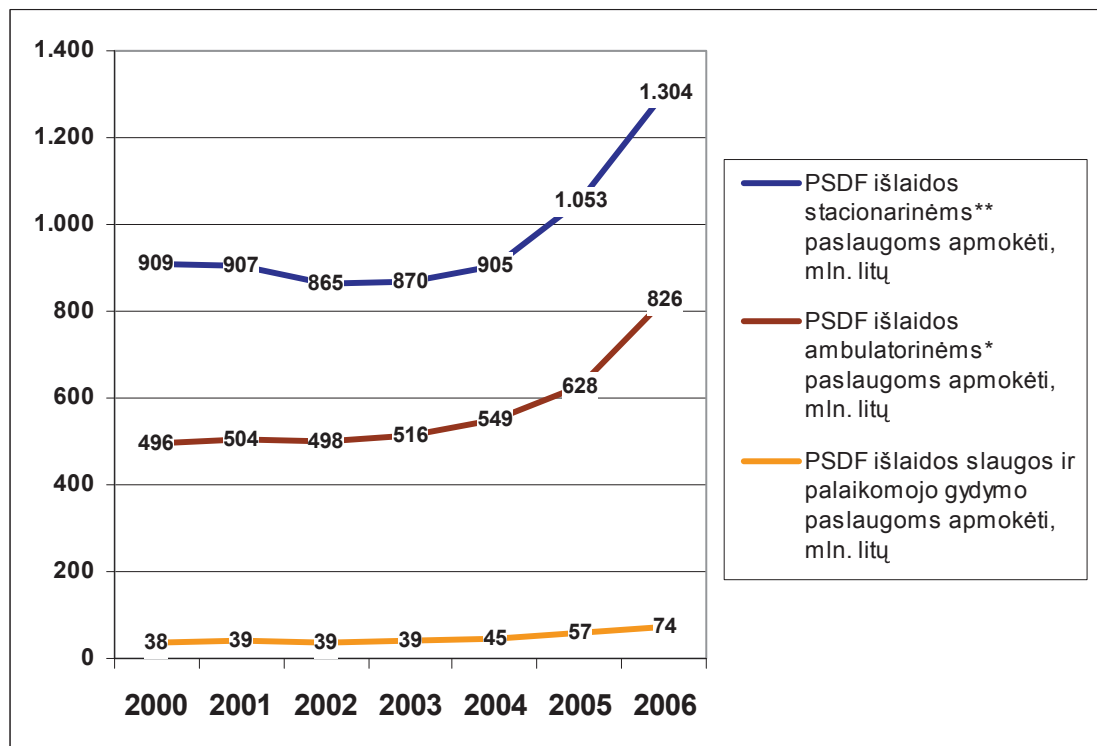
VLK duomenys, 2007  
 Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

## PSDF biudžeto išlaidos, 1998-2007 m.



VLK duomenys, 2007

## PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti (pateikta apmokėti), mln. litų, 2000-2006 m.

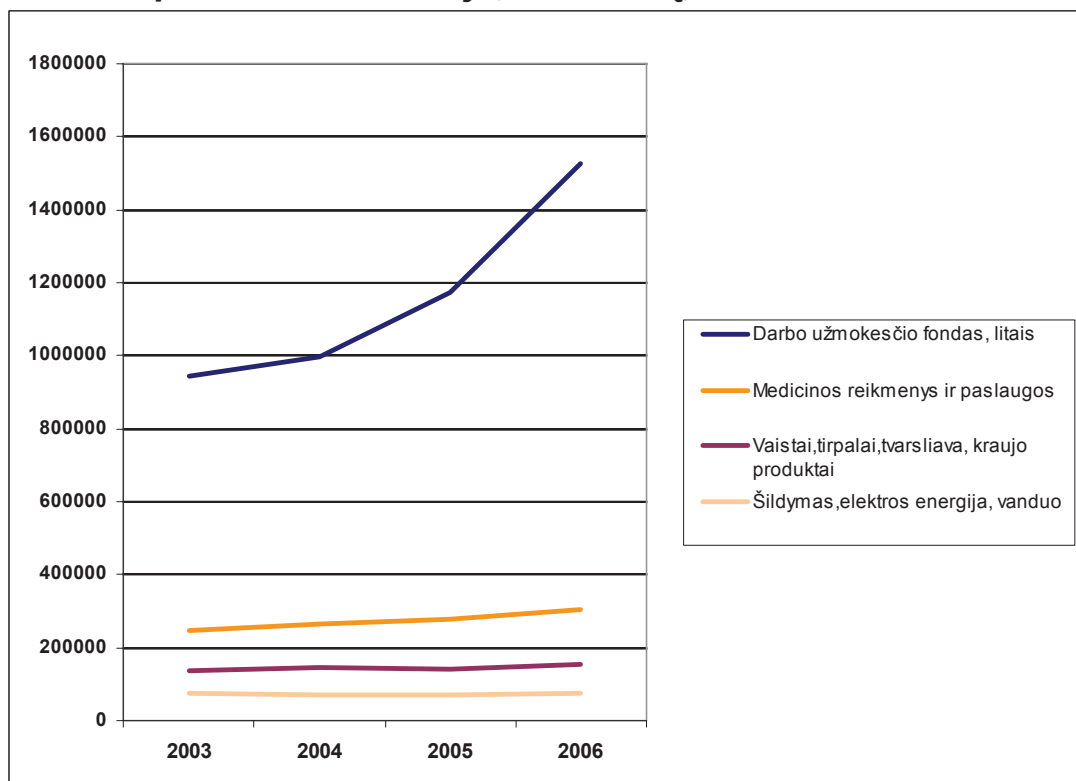


\* - ambulatorinės išlaidos įskaitant: PSP, GMP ir specializuotas, ambulatorines paslaugas

\*\* - stacionarinės išlaidos įskaitant: stacionarines ir išlaidas reabilitacijai bei sanatoriniam gydymui

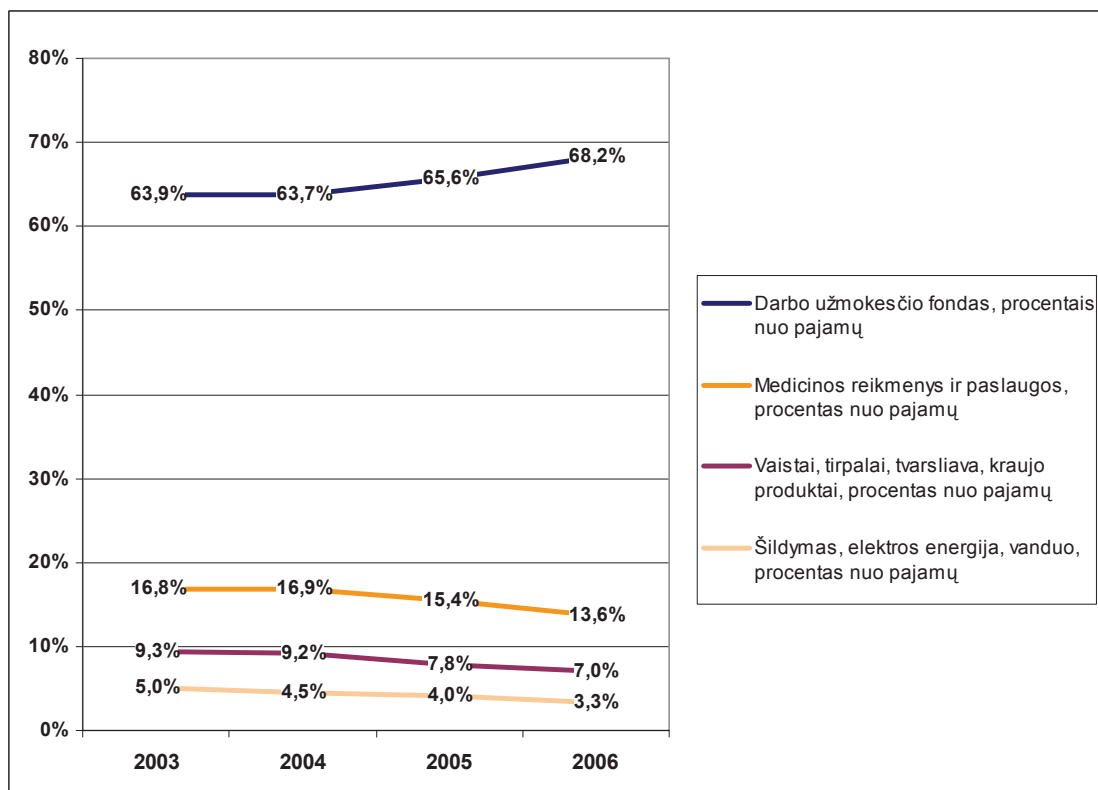
VLK duomenys, 2007

## Paprastosios išlaidos sveikatos priežiūros įstaigose finansuojamose per PSDF Lietuvoje, tūkst. litų, 2003-2006 m.



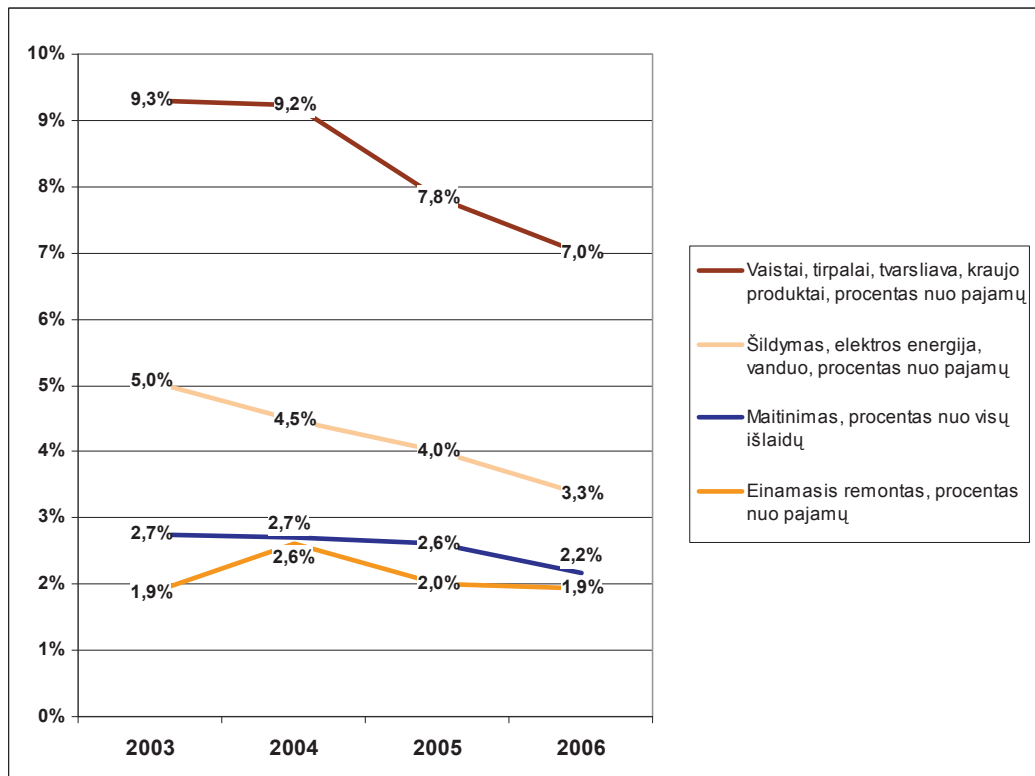
VLK duomenys, 2007

## Paprastosios išlaidos sveikatos priežiūros įstaigose finansuojamose per PSDF Lietuvoje, procentas nuo pajamų, 2003-2006 m.



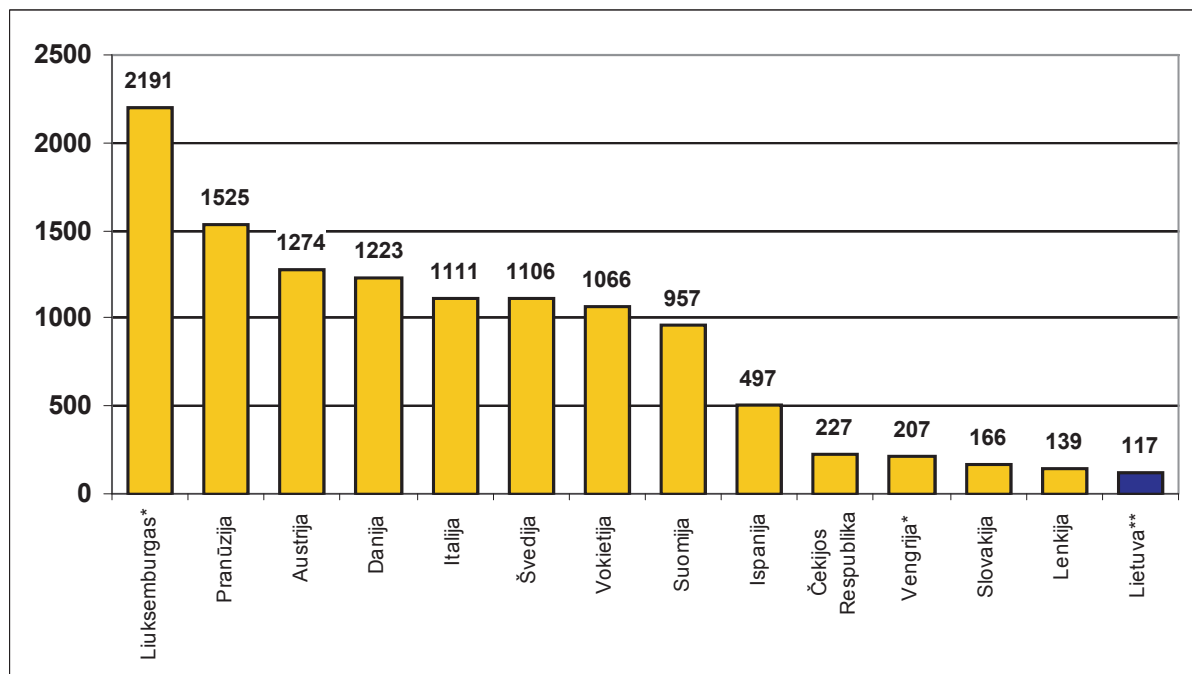
VLK duomenys, 2007

## Paprastosios išlaidos sveikatos priežiūros įstaigose finansuojamose per PSDF Lietuvoje, procentas nuo pajamų, 2003-2006 m.



VLK duomenys, 2007

## ES šalys: visuomeninės einamosios išlaidos stacionariai\*\* sveikatos priežiūrai JAV doleriais vienam gyventojui, 2005 m.

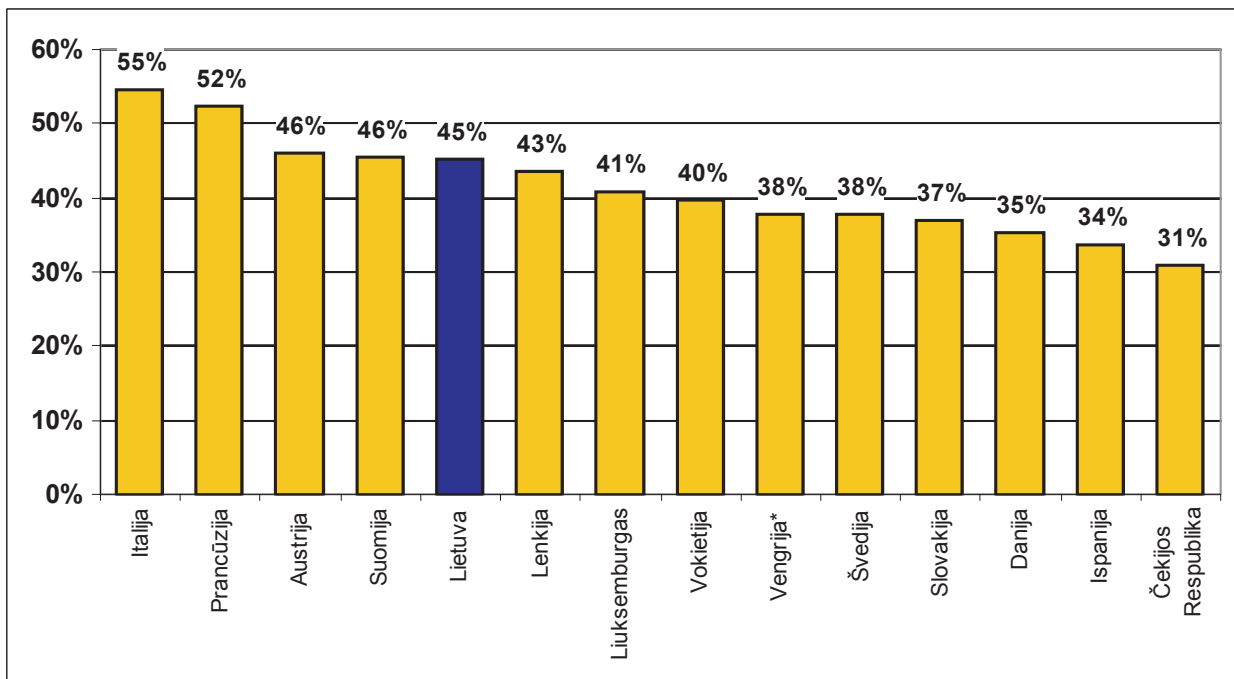


\* - 2004 metai

\*\* - įskaitant išlaidas stacionariai slaugai, reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui  
 OECD Health Data, 2007; VLK duomenys perskaiciuoti pagal 2005 m JAV dolerio/lito kursą



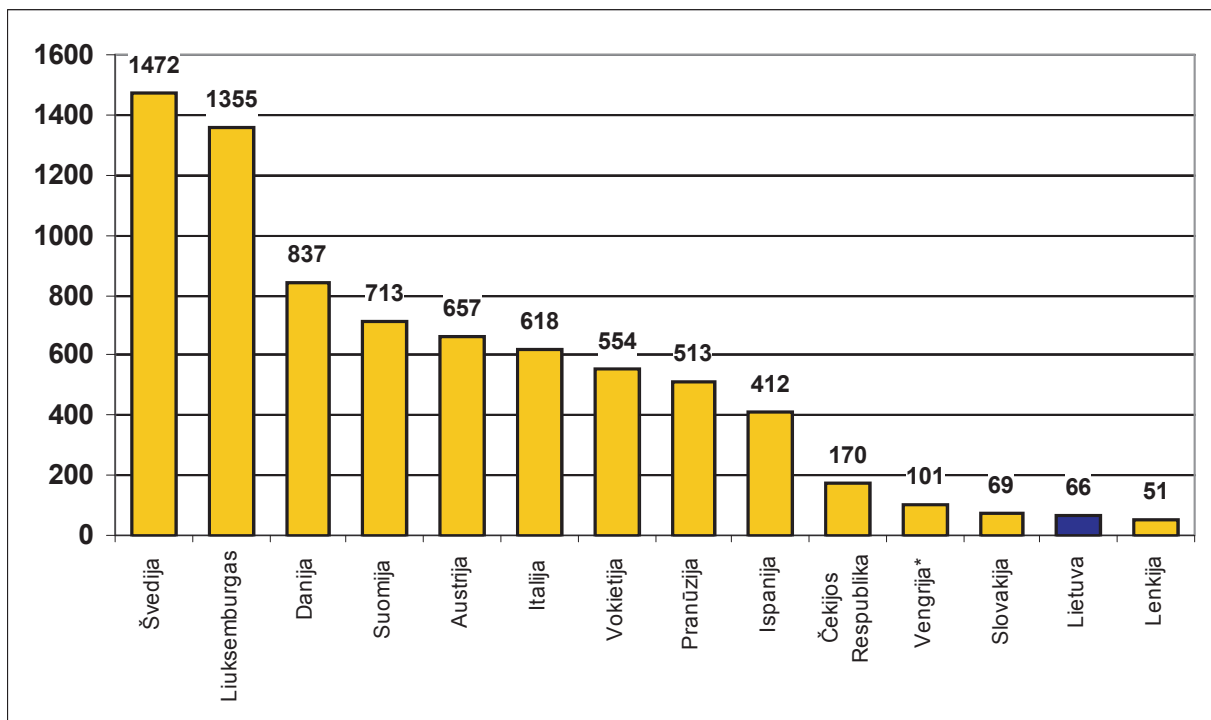
**ES šalys: visuomeninės einamosios išlaidos stacionariai\*\* sveikatos priežiūrai, procentas nuo visuomeninių einamųjų išlaidų sveikatai, 2005 m.**



\* - 2004 metai

\*\* - įskaitant išlaidas stacionariai slaugai, reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui  
OECD Health Data, 2007; VLK duomenys perskaičiuota pagal 2005 m JAV dolerio/lito kursą

**ES šalys: einamosios visuomeninės išlaidos ambulatorinei\*\* sveikatos priežiūrai JAV doleriais vienam gyventojui, 2005 m.**

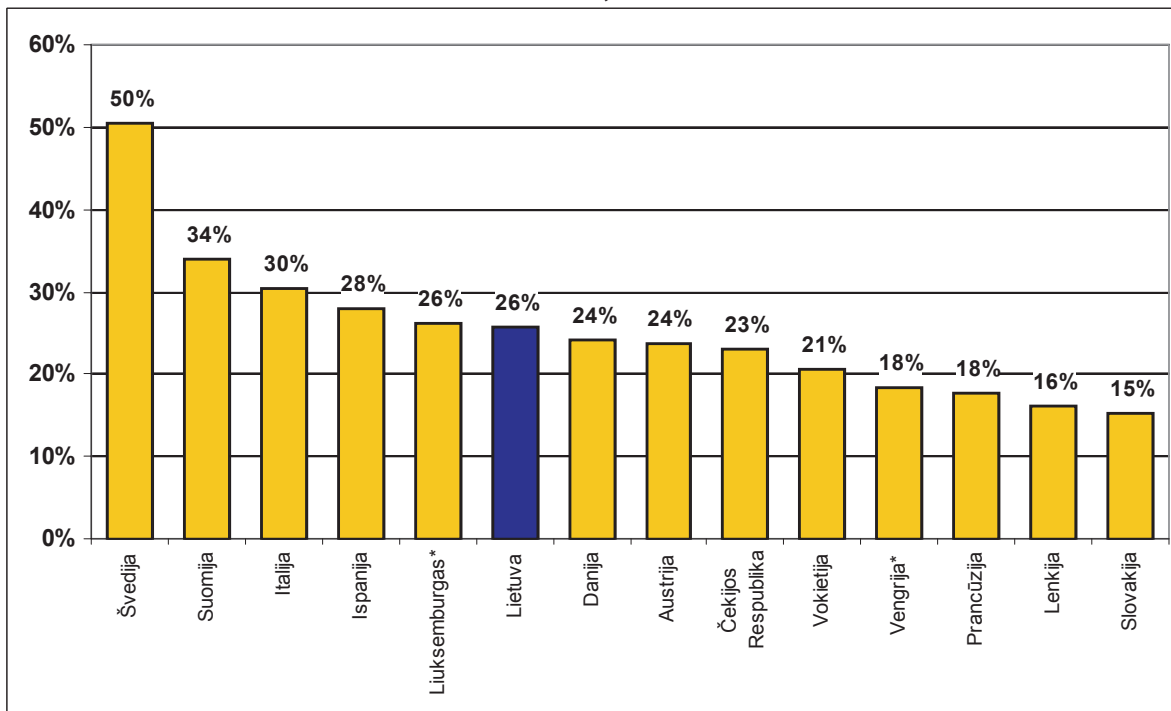


\* - 2004 metai

\*\* - ambulatorinės išlaidos įskaitant: PSP, GMP ir specializuotas, ambulatorines paslaugas

OECD Health Data, 2007; VLK duomenys perskaičiuoti pagal 2005 m JAV dolerio/lito kursą

## ES šalys: einamosios visuomeninės išlaidos ambulatorinei\*\* sveikatos priežiūrai, procentas nuo einamųjų visuomeninių išlaidų sveikatai, 2005 m.

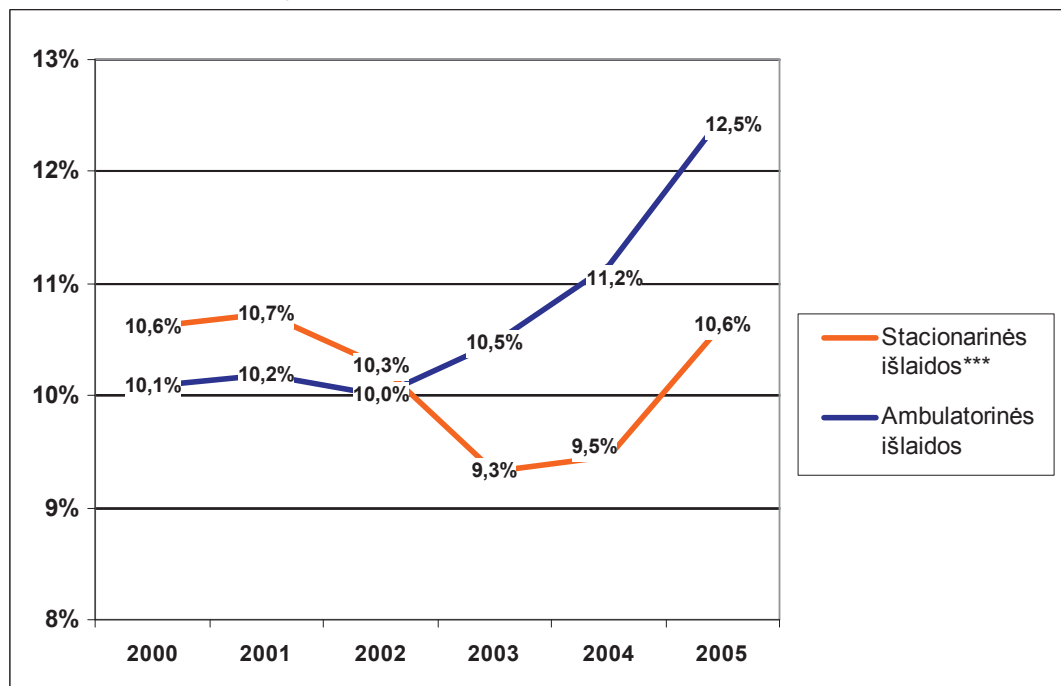


\* - 2004 metai

\*\* - ambulatorinės išlaidos įskaitant: PSP, GMP ir specializuotas, ambulatorines paslaugas

OECD Health Data, 2007; VLK duomenys perskaičiuoti pagal 2005 m JAV dolerio/lito kursą

## Lietuvos asmens sveikatos priežiūros einamųjų išlaidų santykis su Vakarų Europos šalių\* asmens sveikatos priežiūros visuomeninių išlaidų vidurkiu\*\*, procentais, 2000-2005 m.



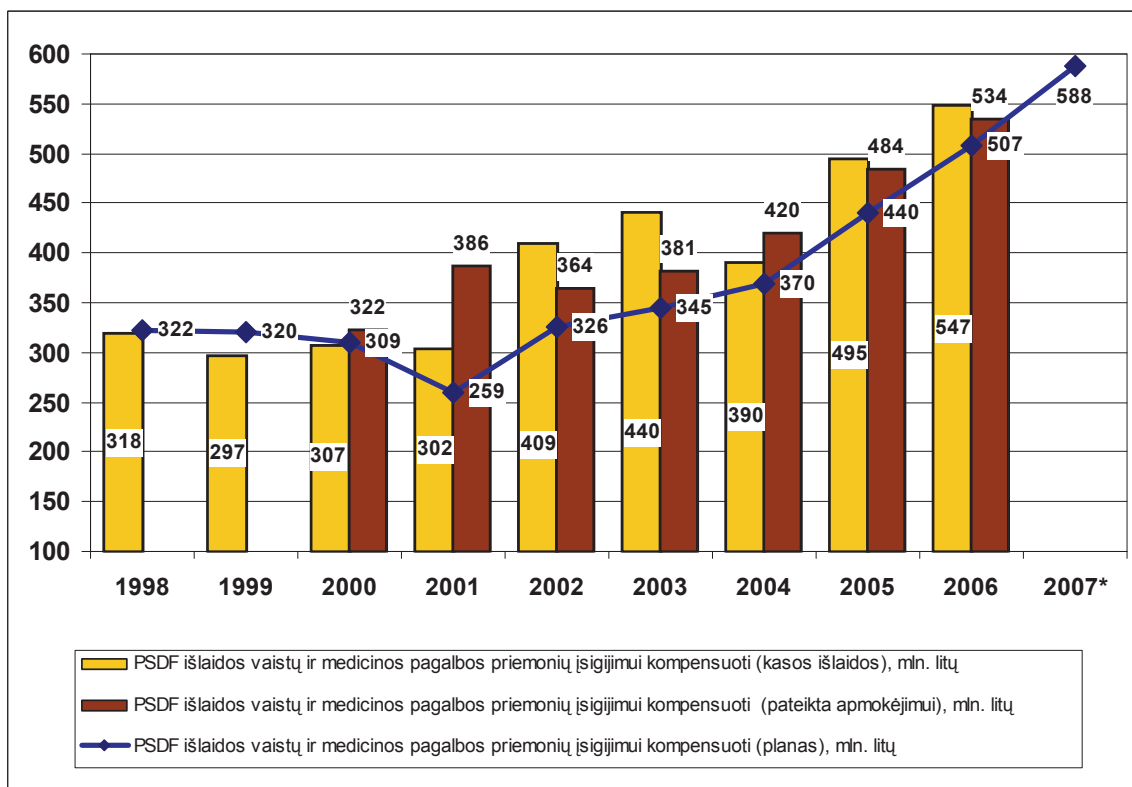
\* - lyginta su šių OECD duomenų bazėje esančių šalių duomenimis: Vokietija, Prancūzija, Ispanija, Danija, Suomija, Liuksemburgas

\*\* - svertinis vidurkis

\*\*\* - įskaitant išlaidas stacionariai slaugai, reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

OECD Health Data, 2007

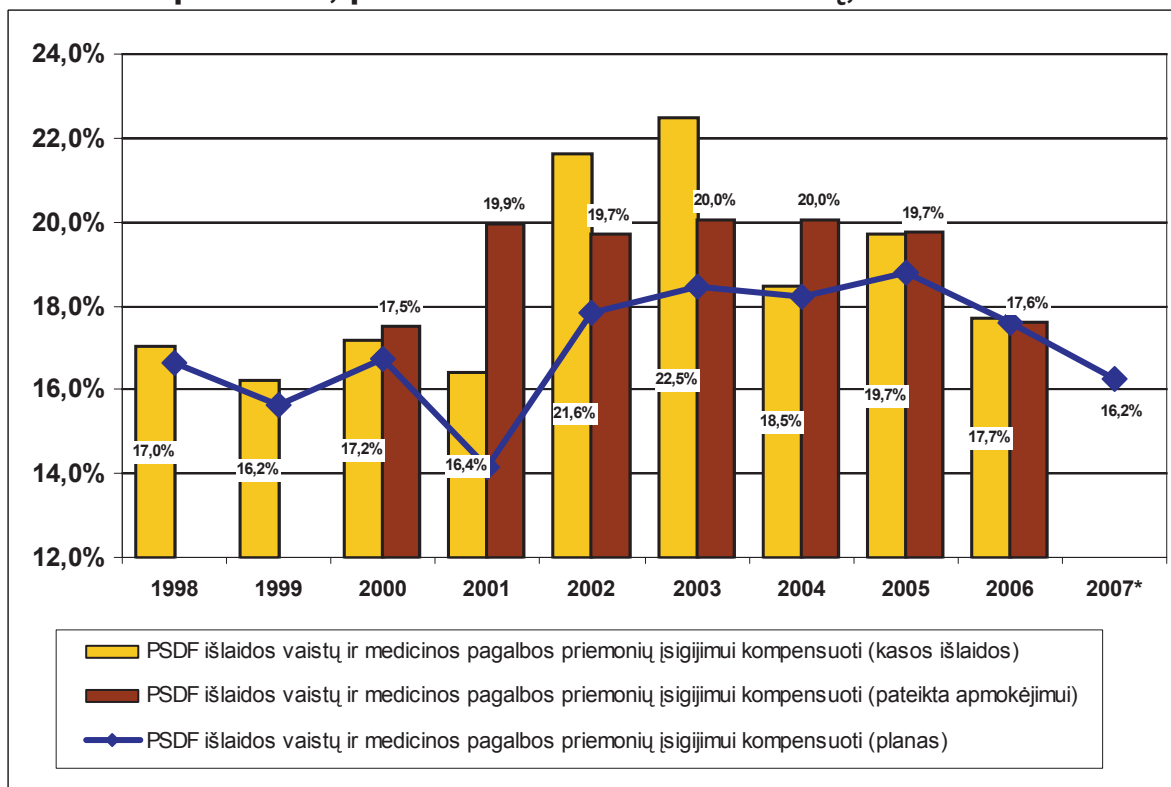
## PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti, mln. litų, 1998-2007 m.



\* - planas

VLK duomenys, 2007

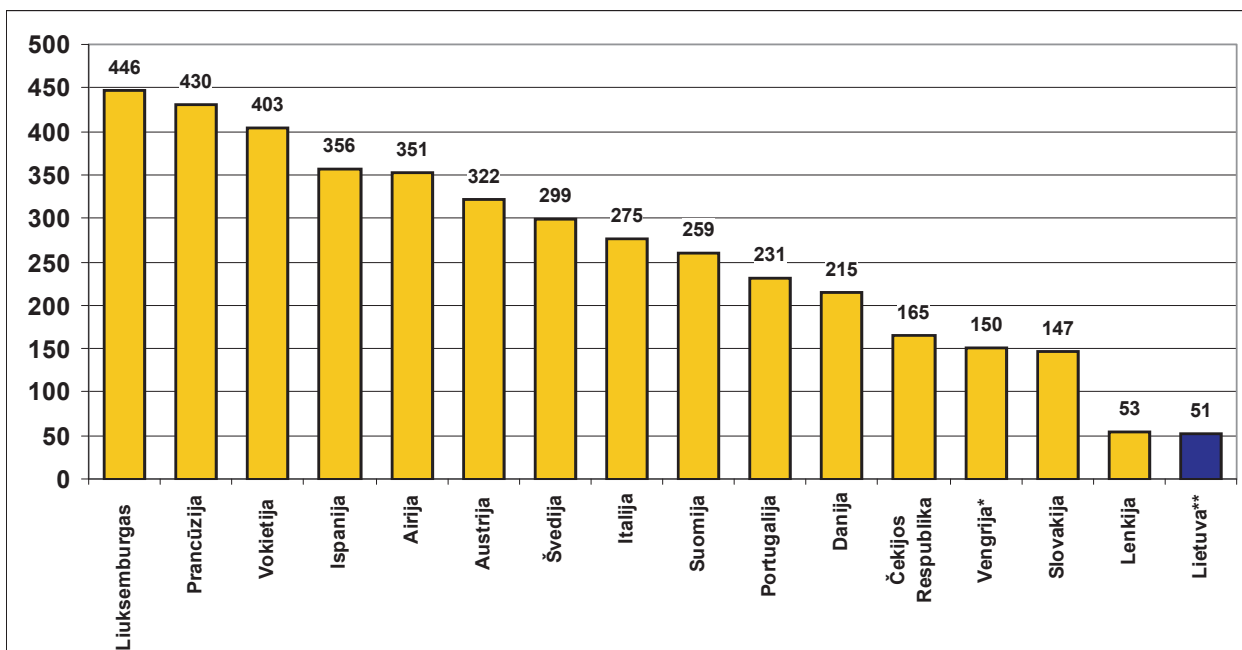
## PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti, procentas nuo PSDF išlaidų, 1998-2007 m.



\* - planas

VLK duomenys, 2007

## ES šalys: visuomeninės išlaidos vaistams JAV doleriais vienam gyventojui, 2005 m.

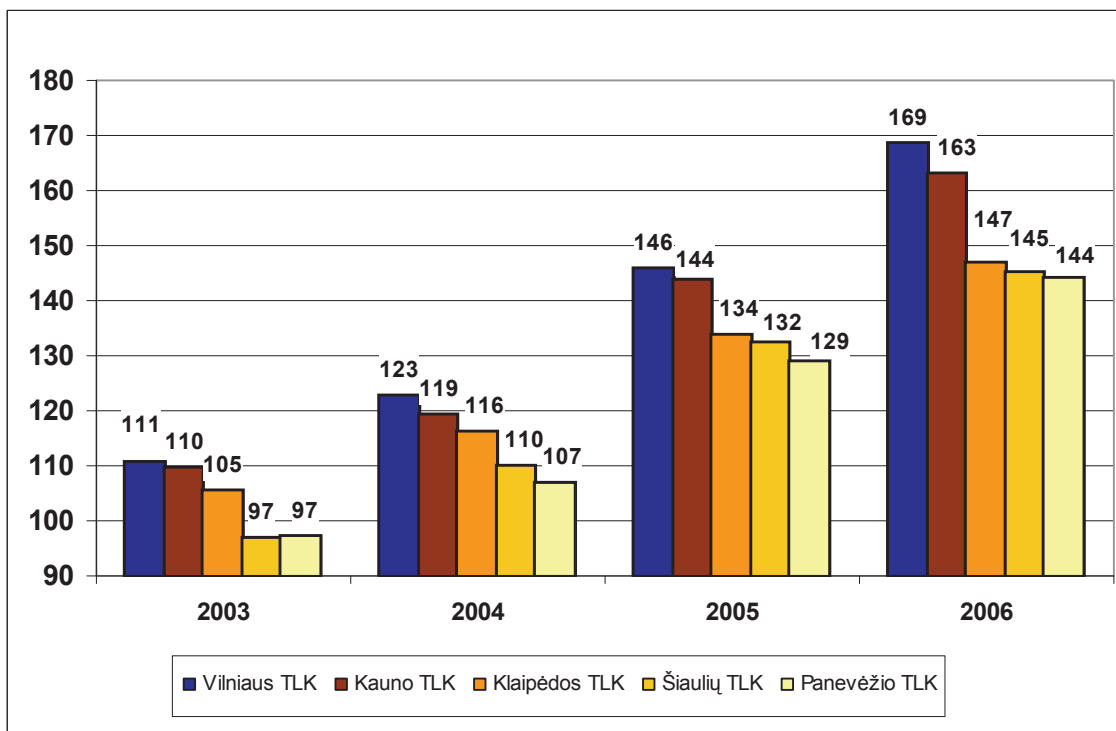


\* - 2004 m. duomenys

\*\* - su centralizuotais pirkimais

OECD Health Data, 2007; VLK duomenys, 2007

## PSDF biudžeto išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui\* regioninis pasiskirstymas, litais vienam gyventojui 2003-2006 m.



\* - pateikta apmokėjimui

VLK duomenys, 2007

# **Lietuvos sveikatos sistemos finansavimas iš privačių šaltinių**

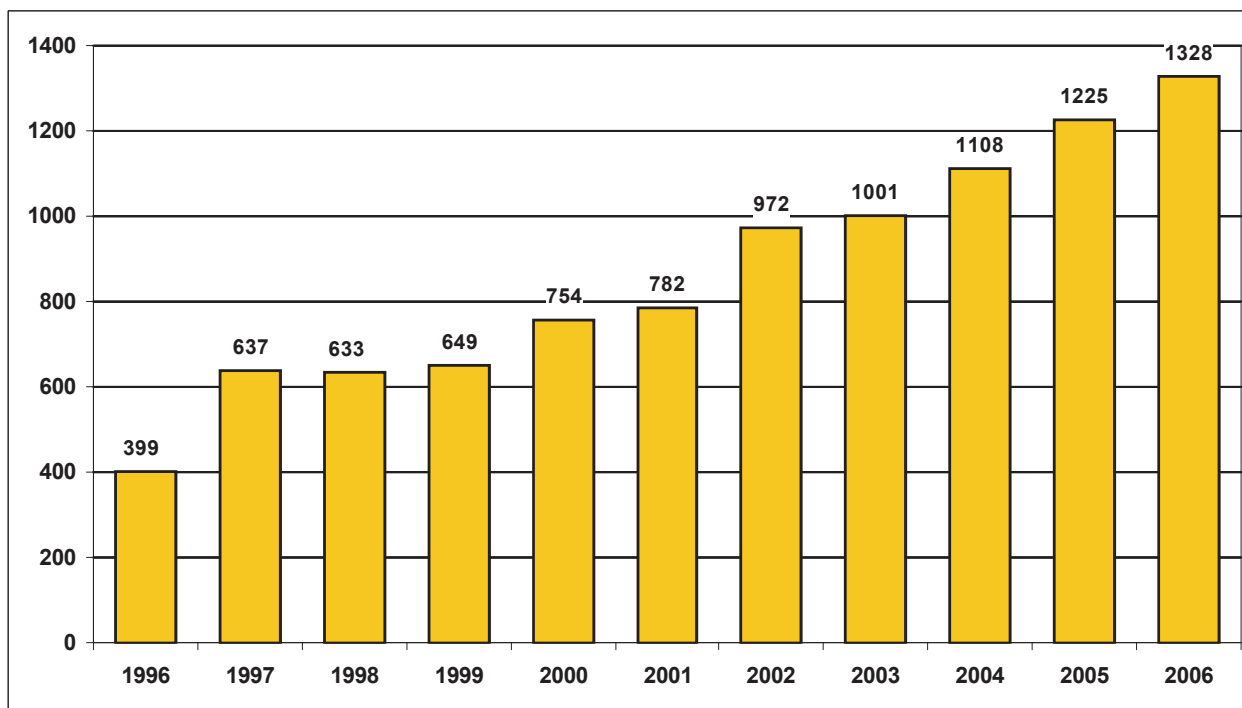
**Privačių išlaidų sveikatos priežiūrai struktūra (suvestinė lentelė)  
2004-2006 m.**

	2004	2005	2006
<b>Namų ūkių išlaidos* (pagal Statistikos departamento NŪ tyrimus), mln. litų</b>	<b>1108,2</b>	<b>1224,9</b>	<b>1328,2</b>
Tame tarpe:			
Gyventojų išlaidos vaistams, mln. litų	802,7	939,4	1217,8
Kitos NŪ išlaidos sveikatai, mln. litų	103,4	108,4	110,4
<b>Kitos privataus sektoriaus išlaidos** (tame tarpe privatus draudimas), mln. litų</b>	<b>73,0</b>	<b>74,5</b>	<b>77,3</b>
<b>Visos privačios išlaidos sveikatos sistemai finansuoti, mln. litų</b>	<b>1181,2</b>	<b>1299,4</b>	<b>1405,6</b>

\* - statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996-2006 m. tyrimų rezultatai.

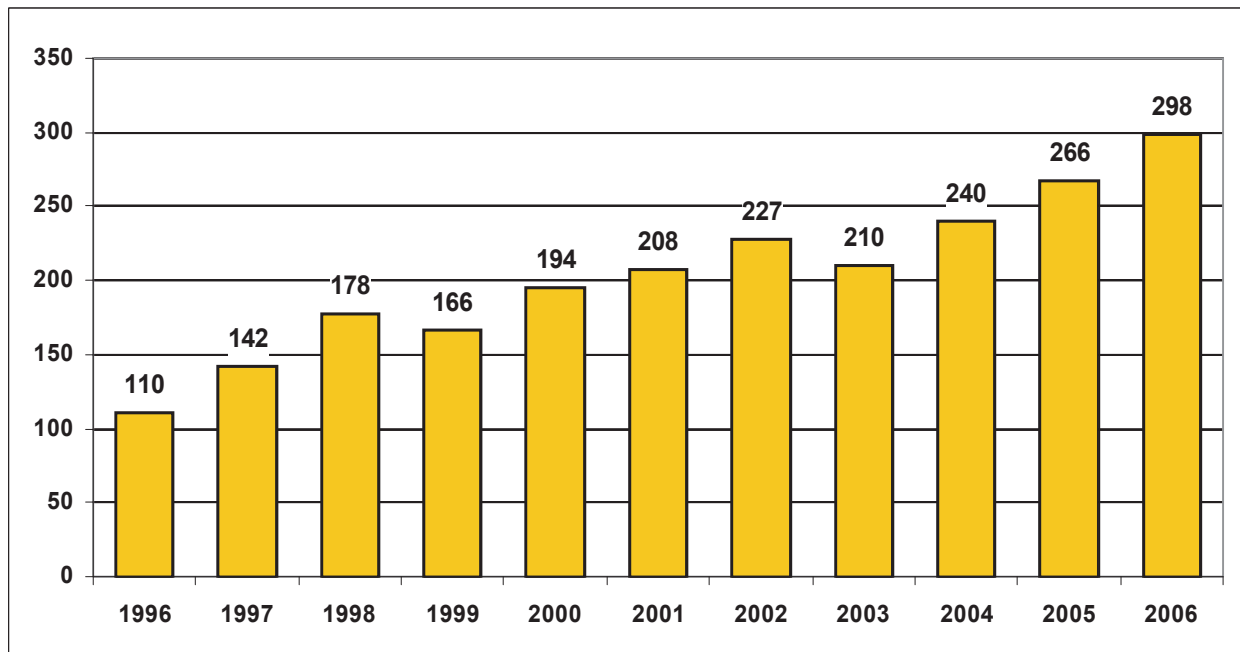
\*\* - paskaičiuota, remiantis suderinto vartojimo prekių ir paslaugų indekso vidutiniu metiniu procentiniu pokyčiu.

**Namų ūkių tyrimai. Lietuvos gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai mln. litų, 1996-2006 m.**



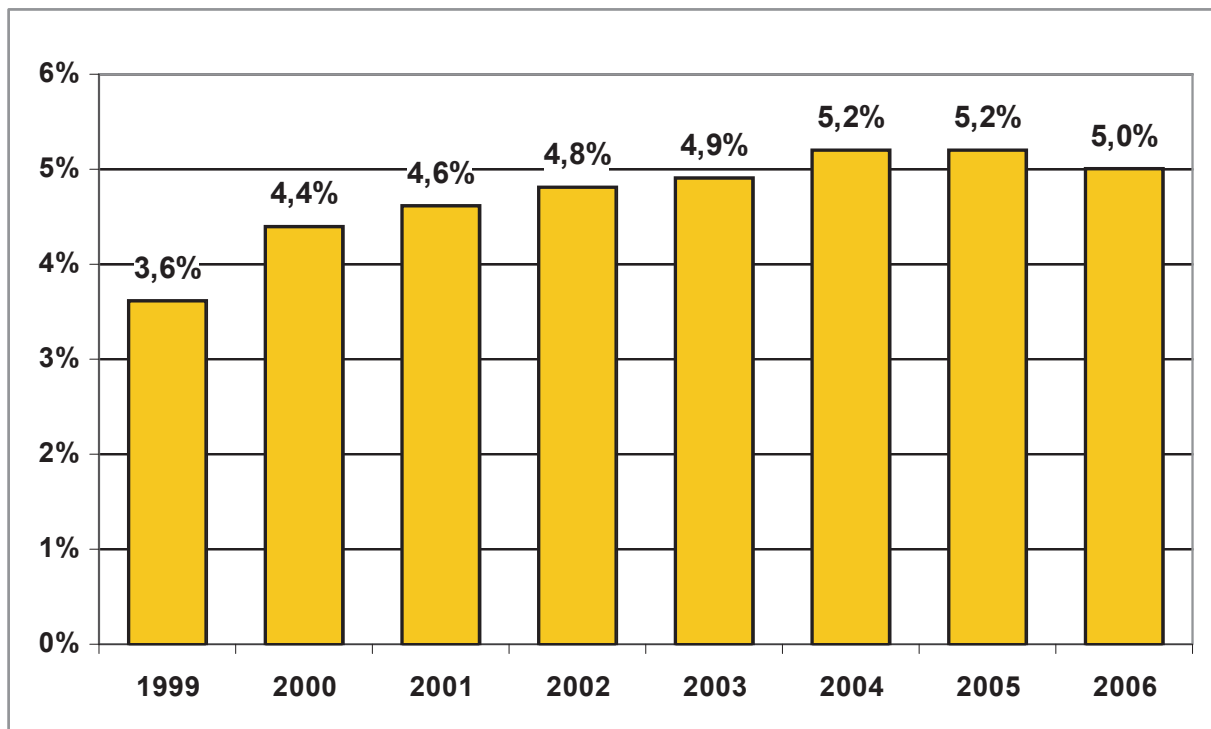
Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996-2006 m. tyrimų rezultatai.

## Namų ūkių tyrimai. Vieno namų ūkių nario vartojimo išlaidos sveikatai per metus, litais, 1996-2006 m.



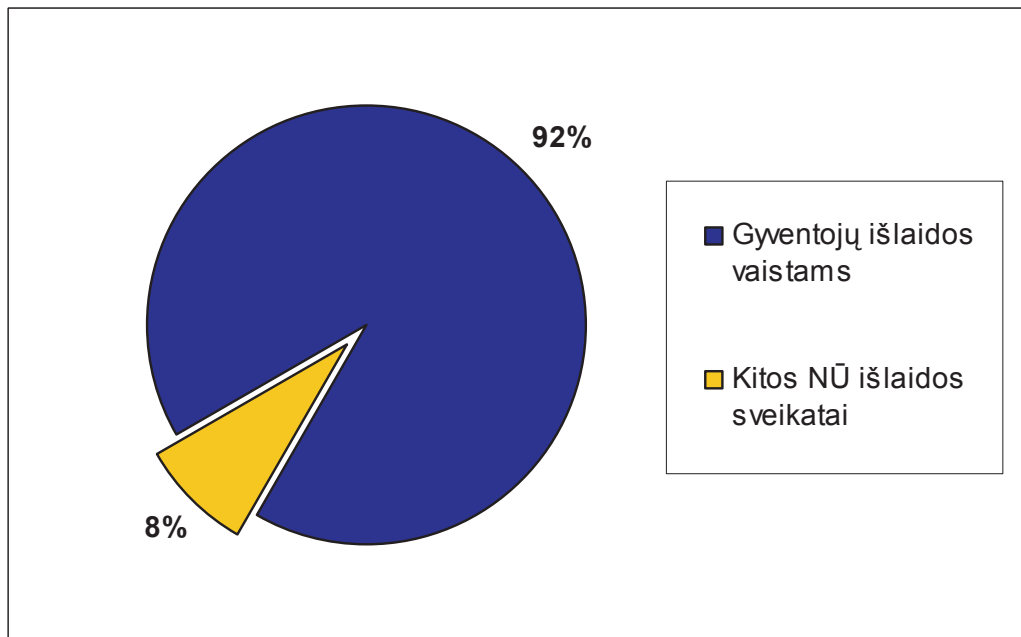
Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996-2006 m. tyrimų rezultatai.

## Namų ūkių išlaidos sveikatai Lietuvoje (proc. nuo visų namų ūkių vartojimo išlaidų), 1999-2006 m.



Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996-2006 m. tyrimų rezultatai.

## Namų ūkių išlaidų sveikatai Lietuvoje struktūra, 2006 m.

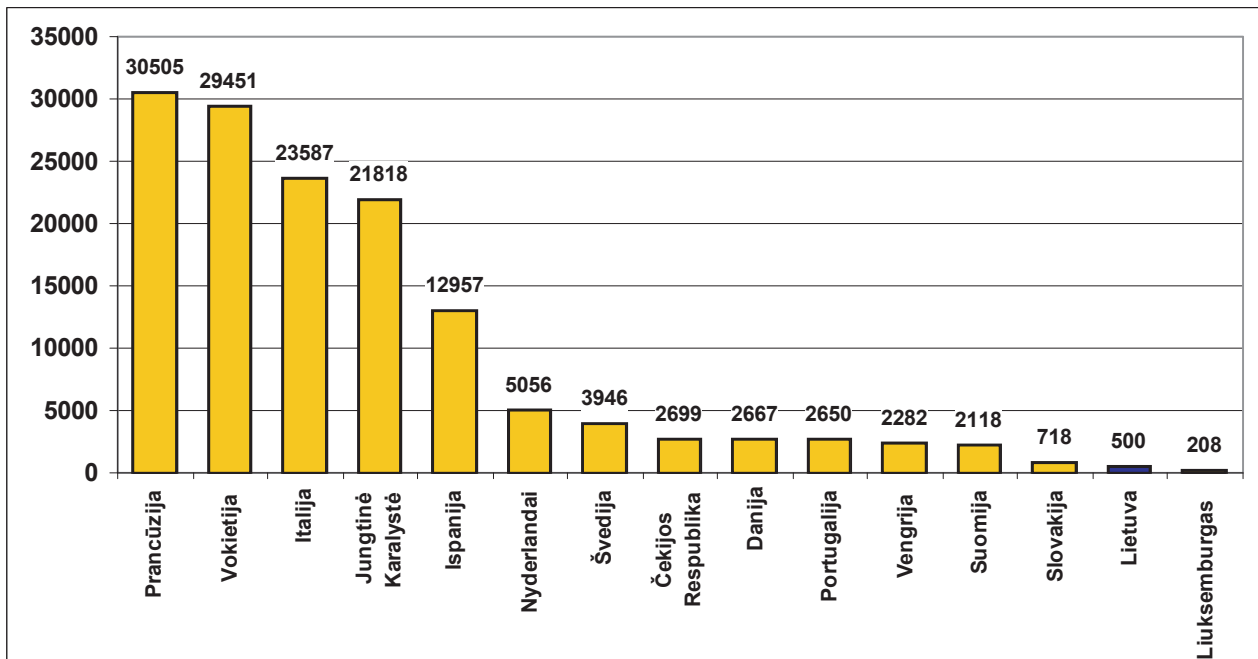


Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996-2006 m. tyrimų rezultatai.



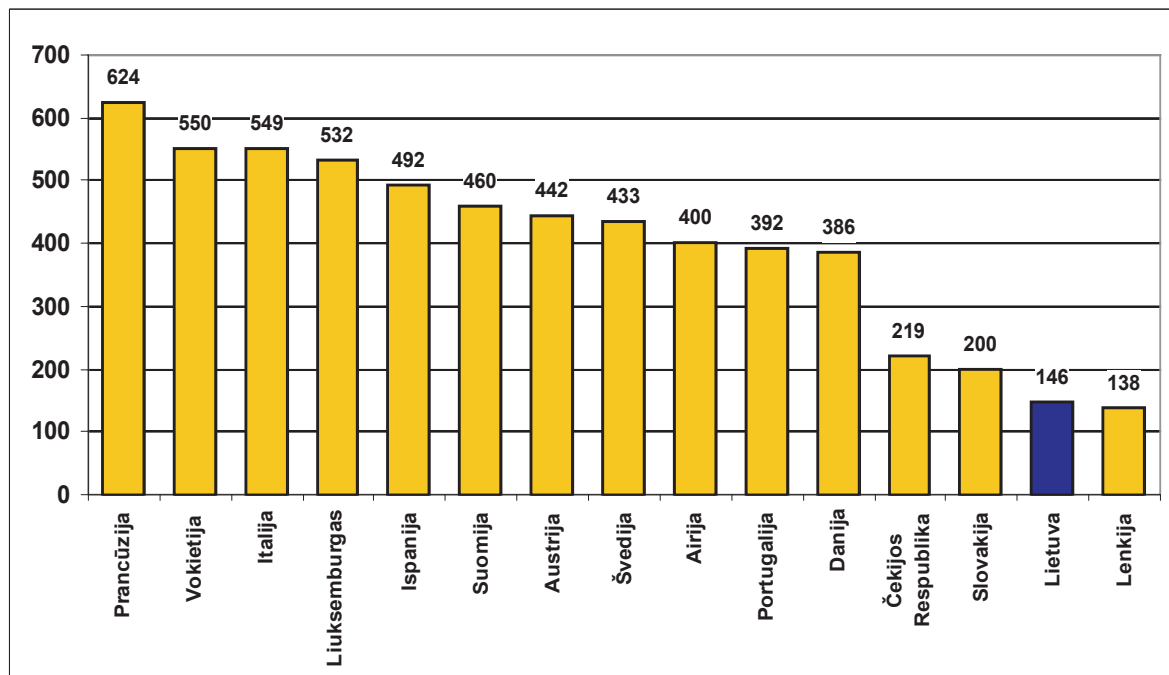
# **Lietuvos gyventojų vaistų vartojimas ir finansavimas**

## ES šalys: vaistų pardavimai mln. JAV dolerių, 2005 m.



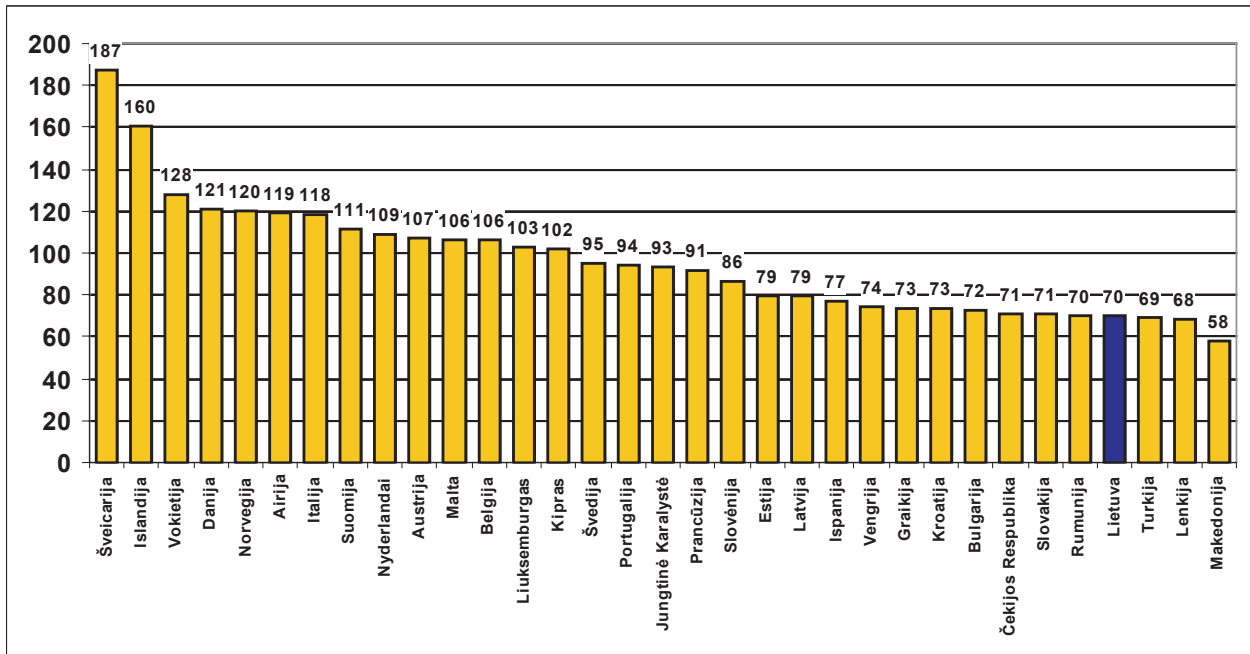
OECD Health Data, 2007; IMS Data, 2007

## ES šalys: visos išlaidos vaistams JAV doleriais vienam gyventojui, 2005 m.



OECD Health Data, 2007; IMS Data, 2007

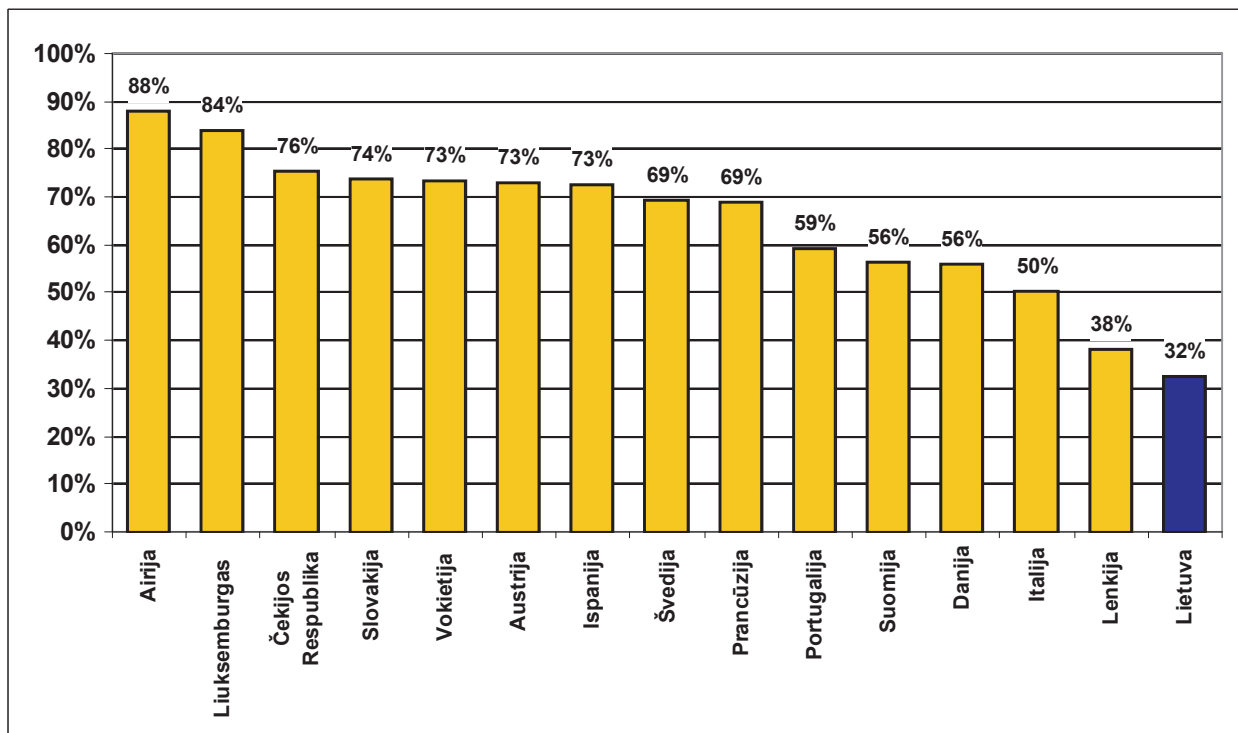
## Europos šalys: vaistų kainų lygio indeksas, ES25=100, 2005 m.



Pastaba. Išlaidos (mažmeninėmis kainomis) paskaičiuotos 181 vaistui. Iš jų: 85 proc. patentinių ir 25 generinių vaistų.

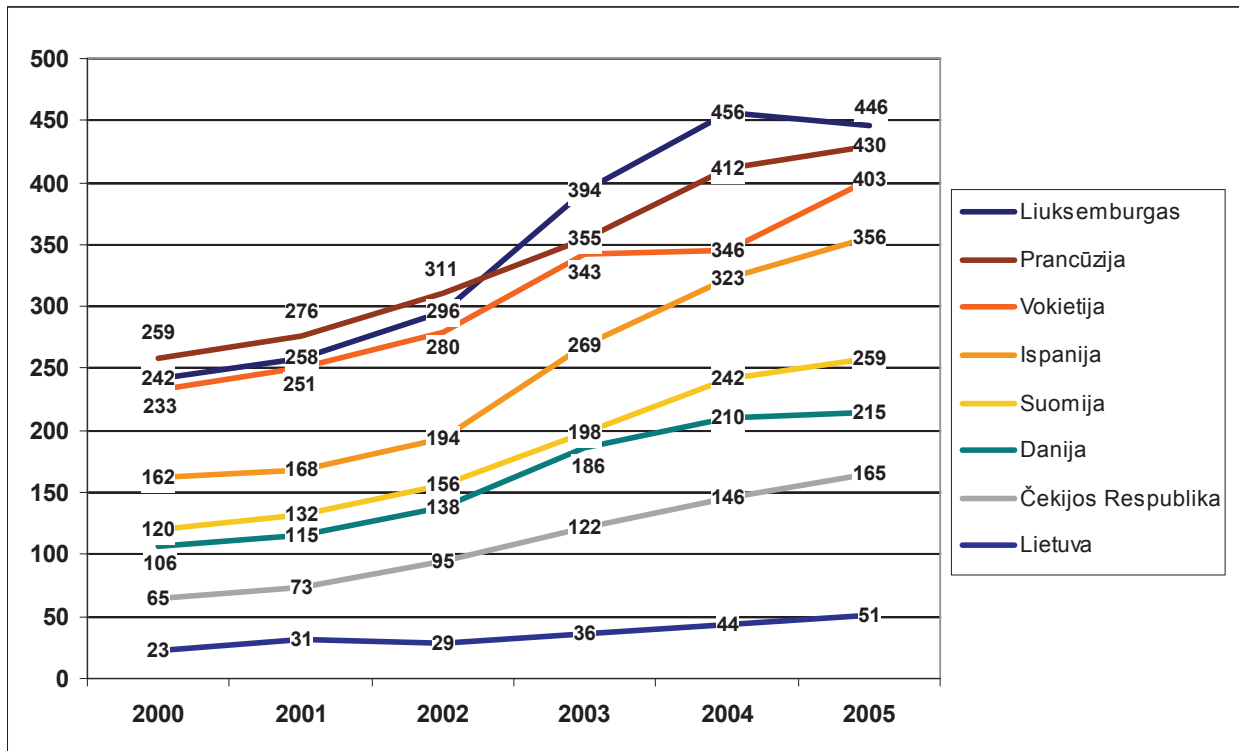
Eurostat, 2007

## ES šalys: visuomeninės išlaidos vaistams, procentais nuo visų išlaidų vaistams, 2005 m.



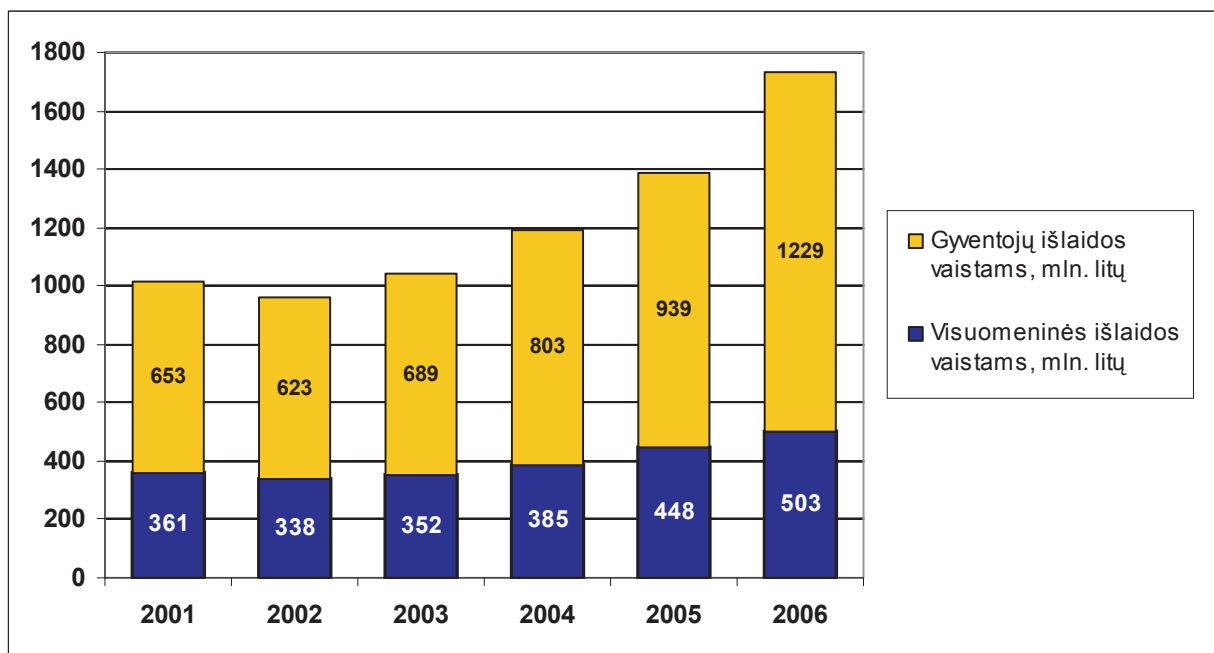
OECD Health Data, 2007; IMS Data, 2007

## ES šalys: visuomeninės išlaidos vaistams JAV doleriais vienam gyventojui, 2000-2005 m.



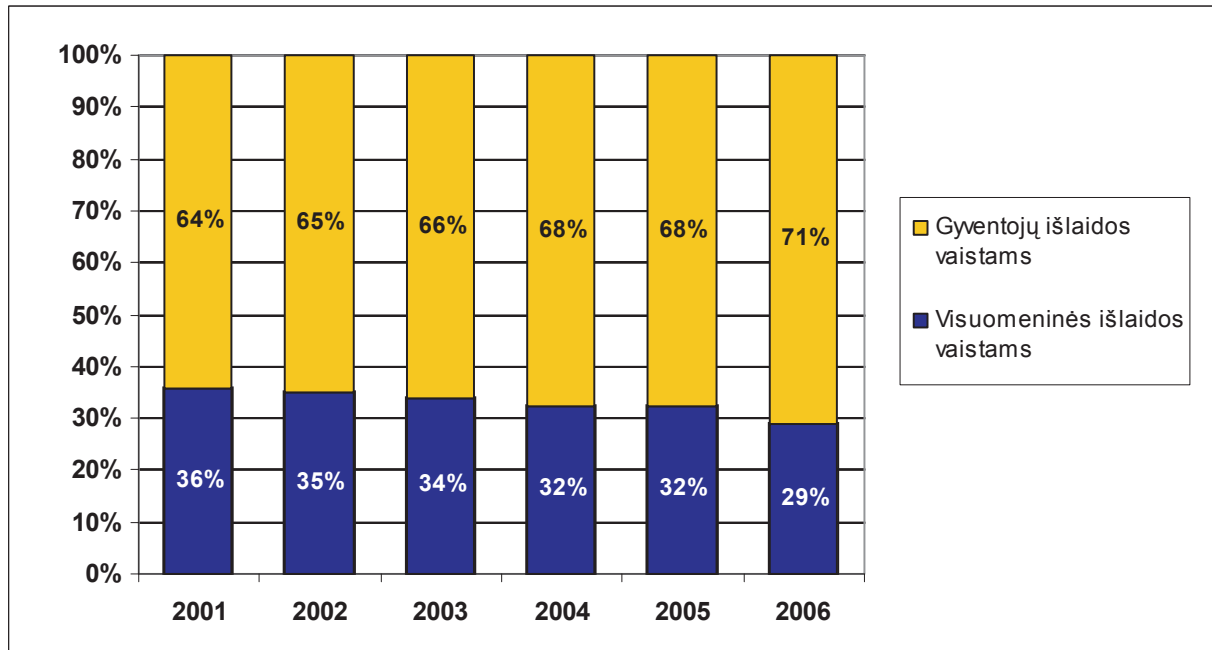
OECD Health Data, 2007; IMS Data, 2007

## Visos išlaidos ambulatoriniams vaistams Lietuvoje, mln. litų, 2001-2006 m.



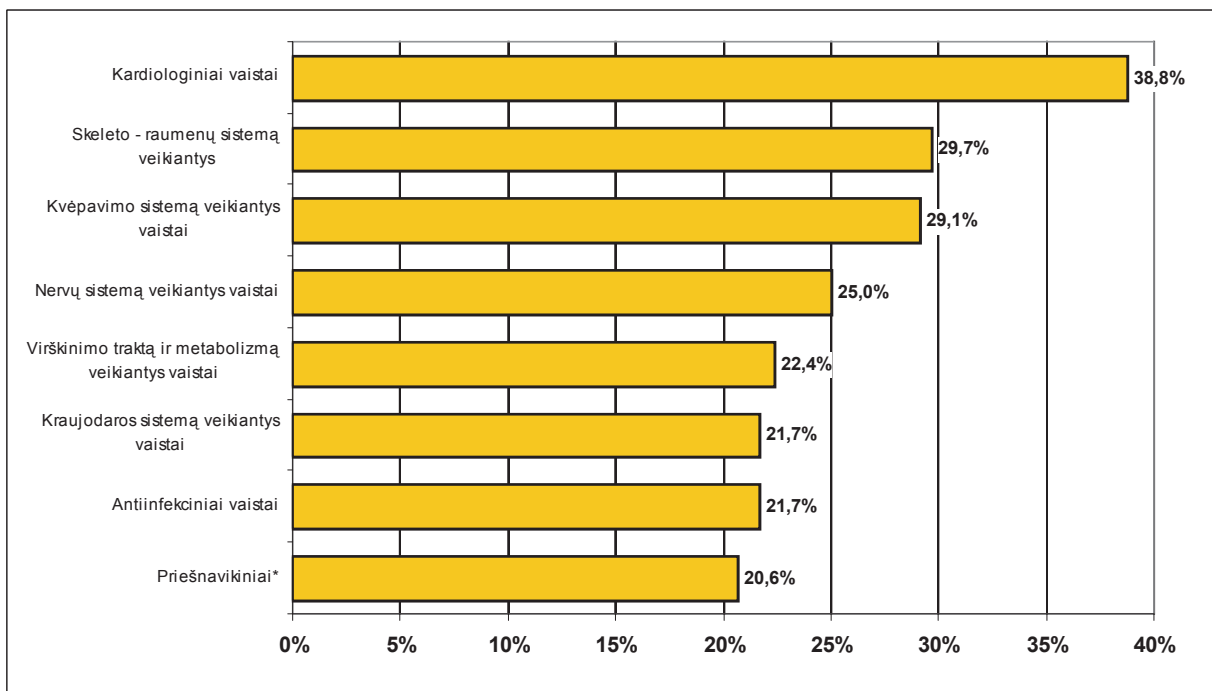
VLK duomenys, 2007, IMS Data, 2007

## Visos išlaidos ambulatoriniams vaistams Lietuvoje, procentais, 2001-2006 m.



VLK duomenys, 2007, IMS Data

## Vaistų, pagal atskiras vaistų grupes, pardavimai vienam gyventojui Lietuvoje\*\* palyginimas su Vakarų Europos šalių\*\*\* pardavimų vidurkiu, 2005 m.



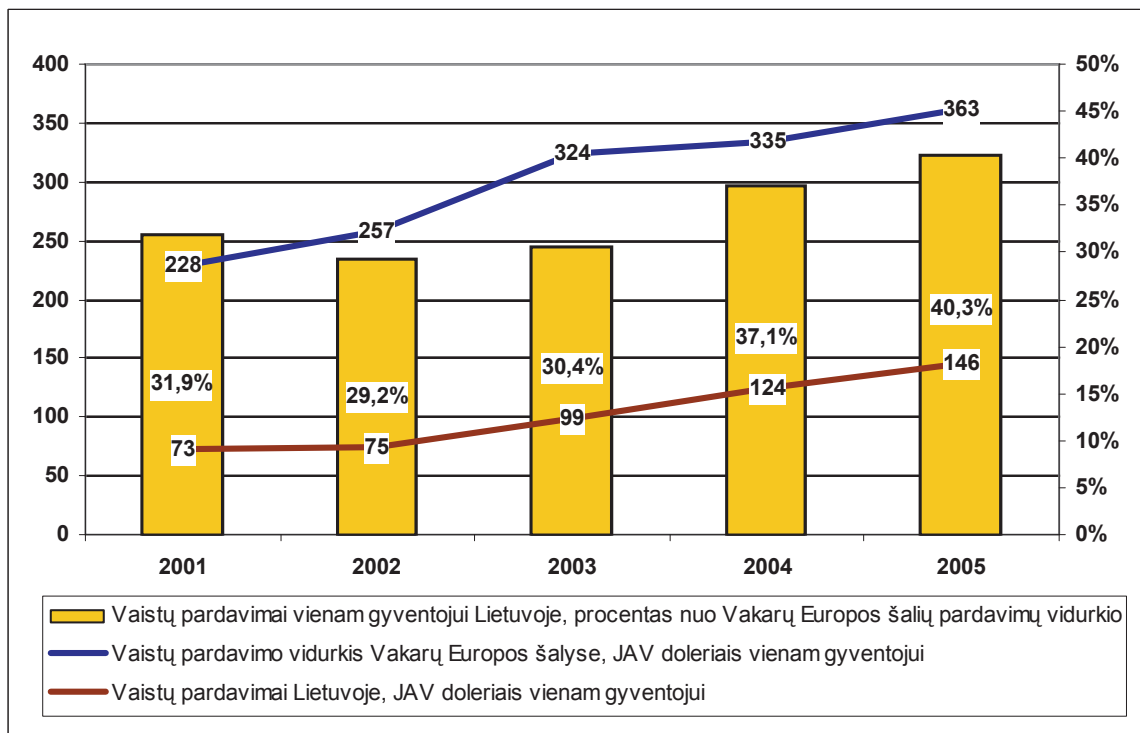
\* - Palyginimas su 2004 m. Vakarų Europos šalių duomenimis

\*\* - 2006 m. pardavimų Lietuvoje duomenys

\*\*\* - Danija, Suomija, Vokietija, Liuksemburgas, Portugalija, Švedija

OECD Health Data, 2007; IMS Data, 2007

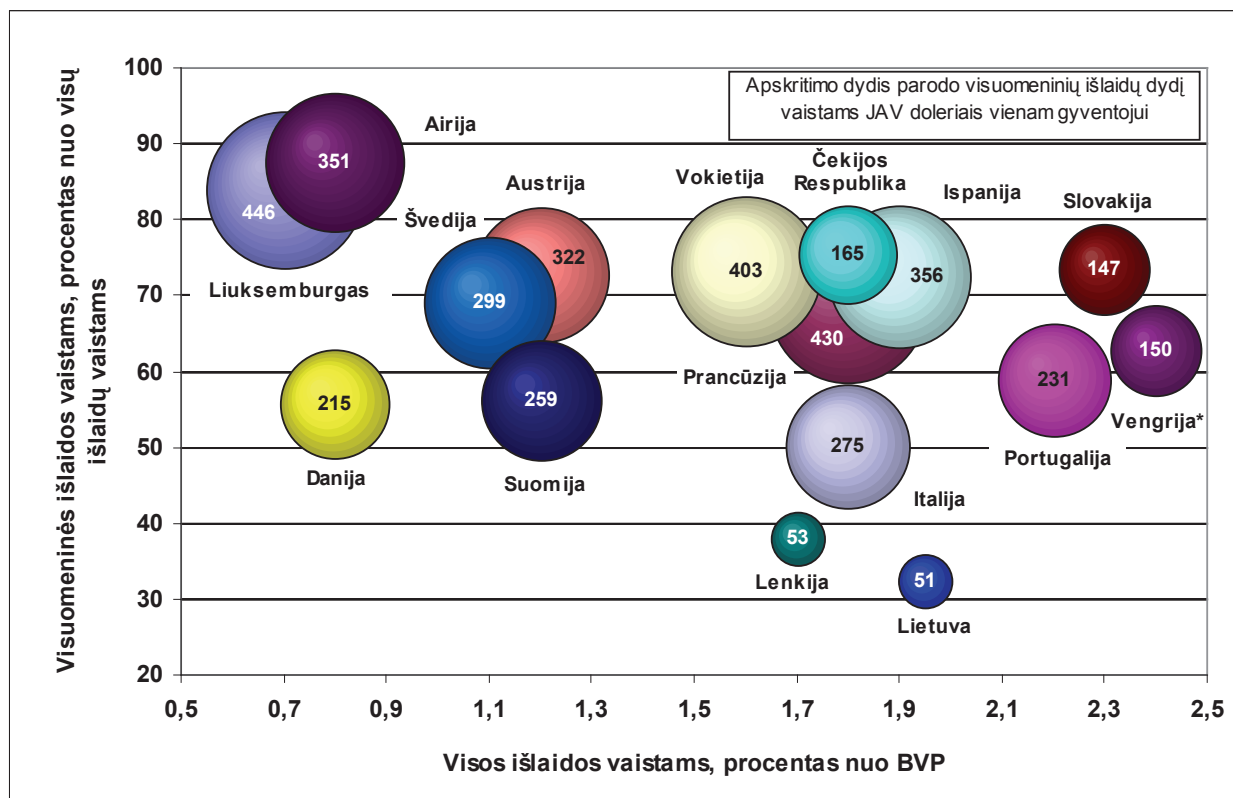
## Vaistų pardavimai vienam gyventojui Lietuvoje palyginimas su Vakarų Europos šalių\* pardavimų vidurkiu JAV doleriais, 2001-2005 m.



\* - Danija, Suomija, Vokietija, Liuksemburgas, Portugalija, Švedija

OECD Health Data, 2007; IMS Data, 2007

## Išlaidų vaistams Lietuvoje palyginimas su ES šalimis, 2005 m.



\* - 2004 m. duomenys

VLK duomenys, 2007, IMS Data, 2007

## IŠVADOS

- 2006 m. visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje pasiekė 5,91 proc. nuo BVP ir palyginti su 2005 m. išaugo 0,04 proc. Taip pat padidėjo ir visuomeninių išlaidų, skiriamų sveikatos priežiūrai, dalis – 2006 m. jos pasiekė 71 proc. nuo visų išlaidų sveikatai. Visuomeninis sveikatinimo veiklos finansavimas procentais nuo BVP Lietuvoje 2004 m. buvo vienas mažiausių ES ir mažesnis už naujųjų ES šalių visuomeninio finansavimo vidurkį.
- 2005 m. visos išlaidos sveikatinimo veiklai siekė tik 440 JAV dolerių ir buvo vienos iš mažiausių ES (Liuksemburgas – 6068 JAV dolerių, Danija – 4352, JAV dolerių). Net Čekijos Respublikos (869 JAV doleriai) ir Vengrijos (818 JAV dolerių) išlaidos sveikatai 2005 m. apie 2 kartus viršijo Lietuvos išlaidas.
- 2000-2005 metais visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai augimas Lietuvoje atsiliko nuo BVP augimo tempų. 2005 m. visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje siekė 303 JAV dolerius ir palyginti su 2000 m. išaugo tik 2,1 karto (net neįvertinus, kad dolerio keitimo kursas Lietuvoje per tą patį laikotarpį sumažėjo 1,44 karto). Slovakijos atitinkamų išlaidų padidėjimas per šį laikotarpį siekė – 2,5 karto, o Čekijos Respublikos – 2,36 karto.
- 2003-2006 m. augantis sveikatos priežiūros įstaigų finansavimas labiausiai buvo skiriamas darbuotojų atlyginimams didinti (pagal VLK duomenis, 2004 m. vidutinis mėnesinis darbo užmokestis buvo 945 litai, o 2007 m. pirmąjį pusmetį pasiekė – 1649 litus), tačiau tai ženkliai nepagerino nei paslaugų prieinamumo, nei kokybės. Daugelyje įstaigų ligoniai turi papildomai mokėti už vaistus, instrumentus, reagentus, nes esami paslaugų įkainiai negali visiškai padengti šiuolaikiško ir efektyvaus gydymo išlaidų.
- Santykinai stabilus sveikatos priežiūrai skiriamų visų (visuomeninių ir privačių) išlaidų procentas nuo BVP 2000-2005 m. laikotarpiu išsilaiškė tik dėl privačių išlaidų augimo. Remiantis namų ūkių tyrimų duomenimis, privačios išlaidos sveikatos priežiūrai nuo 1999 m. metų išaugo daugiau nei 89 proc. ir 2006 m. pasiekė 1 milijardą 328 milijonus litų. Didžiąją dalį išlaidų sveikatai sudaro išlaidos vaistams. 2006 m. vaistams išleista virš 92 proc. visų privačių namų ūkių išlaidų, arba apie 71 proc. visų išlaidų vaistams.
- Didėjančios namų ūkių išlaidos asmens sveikatos priežiūrai ir vaistams verčia gyventojus siekti stacionarinio gydymo net tuomet, kai jis nėra indikuotinas. Sociologiniai tyrimai rodo, kad dalis gyventojų siekia būti gydomi ligoninėje bandydami sutaupyti lėšų maistui ir vaistams.
- 2006 m. 88 proc. viso visuomeninio sveikatinimo veiklos finansavimo sudarė Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos. 2000-2006 m. laikotarpiu PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti išaugo nuo 1.362 mln. litų 2000 m. iki 2094 mln. litų 2006 m., t.y. daugiau nei 1,5 karto. Labiausiai išaugo išlaidos centralizuotai perkamiems vaistams (2,43 karto), išlaidos specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms (2,27 karto) ir išlaidos slaugos bei palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti (1,97 karto). Nors išlaidos stacionarinio gydymo paslaugoms apmokėti 2000-2006 m. laikotarpiu išaugo tik 1,44 karto, tačiau šios išlaidos ir toliau sudaro didžiąją PSDF išlaidų dalį – 43 proc.
- 2005 m. išlaidų dalis stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti Lietuvoje, (perskaičiavus išlaidas JAV doleriais nuo atitinkamų Vakarų Europos šalių išlaidų) palyginus su Vakarų Europos šalimis sudarė apie 10,6 proc., o ambulatorinėms paslaugoms apmokėti – tik apie 12,5 proc.
- Nuo 2006 m. liepos 1 d. pradėjus įgyvendinti gyventojų pajamų mokesčių mažinimo politiką, atitinkamai pradėjo mažėti įplaukos į PSDF. Todėl visuomeninio sveikatos sektoriaus finansavimo augimas gali sulėtėti, jei į PSDF iš Valstybės biudžeto nebus skiriama papildomų asignavimų. Sulėtėjus PSDF biudžeto augimui sumažės ir visuomeninio sveikatinimo veiklos finansavimo procentas nuo BVP, tai sąlygos vis didesnę Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos atsilikimą nuo ES šalių lygio.
- Galutinis paslaugų vartotojas (pacientas) Lietuvoje turi labai mažai įtakos sveikatinimo paslaugų pirkimui, nes nėra išplėta papildomojo sveikatos draudimo sistema; taip pat nėra sukurtas visuomeninis sveikatinimo paslaugų pirkimo mechanizmas, kuris atsižvelgtų į paslaugų vartotojų poreikius.
- Į paslaugų kainas nėra įtraukti amortizaciniai atskaitymai, o tai sukuria nevienodas konkurencines sąlygas apmokant už paslaugas, teikiamas viešosiose ir privačiose sveikatos priežiūros įstaigose.
- Paslaugų apmokėjimo tvarka nesukuria paskatų ambulatorinių paslaugų plėtrai ir stacionariųjų paslaugų restruktūrizacijai, neskatina teikti gyventojams kokybiškesnių ir geriau prieinamų paslaugų.
- Visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos vaistams vienam gyventojui Lietuvoje 2005 m. siekė apie 146 JAV dolerius ir buvo apie 4,27 karto mažesnės nei atitinkamos išlaidos, tenkančios vienam gyventojui Prancūzijoje, bei 3,67 karto mažesnės nei Vokietijoje. Palyginti su senosiomis ES šalimis, vaistams Lietuvoje, kaip ir kitose naujosiose ES šalyse, yra išleidžiamas didesnis procentas lyginant su šalies BVP.
- Pagal Eurostat paskaičiavimus, 2006 m. vaistų kainos Lietuvoje siekė apie 70 proc. ES-25 šalių vaistų kainų vidurkio.
- PSDF išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui 2000-2006 m. laikotarpiu išaugo apie 1,7 karto, tačiau procentinė dalis nuo visų PSDF išlaidų ne tik neišaugo, bet pagal 2007 m. išlaidų planą gali nukristi iki 16,2 proc., t.y. iki žemiausio finansavimo lygio, kuris buvo 1999 m.
- Visuomeninių išlaidų vaistams dalis nuo bendrų išlaidų vaistams 2000-2006 m. nuolat mažėjo ir 2006 m. siekė tik 29 proc.

- Visuomeninės išlaidos vaistams vienam gyventojui Lietuvoje siekė tik 51 JAV dolerį ir 2005 m. buvo 8,76 karto mažesnės nei Liuksemburge, 8,44 karto mažesnės nei Prancūzijoje ir 7,91 karto mažesnės nei Vokietijoje. Net Čekijos Respublikoje visuomeninės išlaidos vaistams vienam gyventojui 3,24 karto viršijo atitinkamas išlaidas Lietuvoje. 2005 m. visuomeninės išlaidos vaistams Lietuvoje palyginus su 2000 m. išaugo tik 2,23 karto (net neįvertinus, kad dolerio keitimo kursas per tą patį laikotarpį Lietuvoje sumažėjo 1,44 karto). Slovakijos išlaidų vaistams padidėjimas per šį laikotarpį siekė – 2,53 karto, o Čekijos Respublikos – 2,54 karto.
- Išlaidų per PSDF kompensuojamiems vaistams pasiskirstymas vienam statistiniam gyventojui pagal savivaldybes labai netolygus. 2005 m. šios išlaidos svyravo nuo 75 litų vienam gyventojui Šalčininkų rajone iki 195 litų Palangoje. 2006 m. PSDF išlaidos vaistams ir medicinos priemonėms įsigyti litais vienam gyventojui pagal teritorines ligonių kasas (TLK) taip pat buvo gana nevienodas – 144 litai vienam Panevėžio TLK aptarnaujamam gyventojui ir 169 litai vienam Vilniaus TLK teritorijoje esančiam asmeniui.
- Didžiausią receptinių vaistų rinkos dalį Lietuvoje sudaro vaistai skirti kardiologinių ir nervų sistemos ligų gydymui. Tačiau palyginti su Vakarų Europos šalimis (JAV doleriais vienam gyventojui) kardiologinių vaistų kiekis Lietuvoje sudaro tik 38,8 proc., o nervų ligoms skirti vaistai – tik 25 proc. nuo atitinkamo Vakarų Europos šalių vidurkio. Visa (privatų ir visuomeninių) išlaidų vaistams Lietuvoje rinka (JAV doleriais vienam gyventojui) 2005 m. sudarė tik 40,3 proc. nuo Vakarų Europos šalių vidurkio.
- Privatų išlaidų vaistams apimtys augimas atspindi gyventojų poreikių dinamiką. Statistika rodo, kad pastaruoju metu gyventojai vis labiau rūpinasi savo sveikata ir net nesuteikus adekvačios valstybės pagalbos, siekia vartoti daugiau vaistų. Didelis procentas namų ūkių išlaidų vaistams negali neįtakoti gyventojų sveikatos būklės, nes dėl ribotų finansinių išteklių tenka mažinti išlaidas kitoms mokamoms paslaugoms (tarp jų - tyrimų ir diagnostikos, stomatologijos, mokamų skiepų ir profilaktinių priemonių, mokamų psichoterapijos, reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų).
- Valstybės vaidmuo vaistų politikoje Lietuvoje smarkiai mažėja ir medikamentinis gydymas yra diskriminuojamas palyginti su medicininėmis paslaugomis (išlaidų vaistams kompensavimo aspektu). Valstybės pareiga yra užtikrinti, kad kokybiški sveikatos produktai netaptų tik turtingųjų šalies gyventojų privilegija.

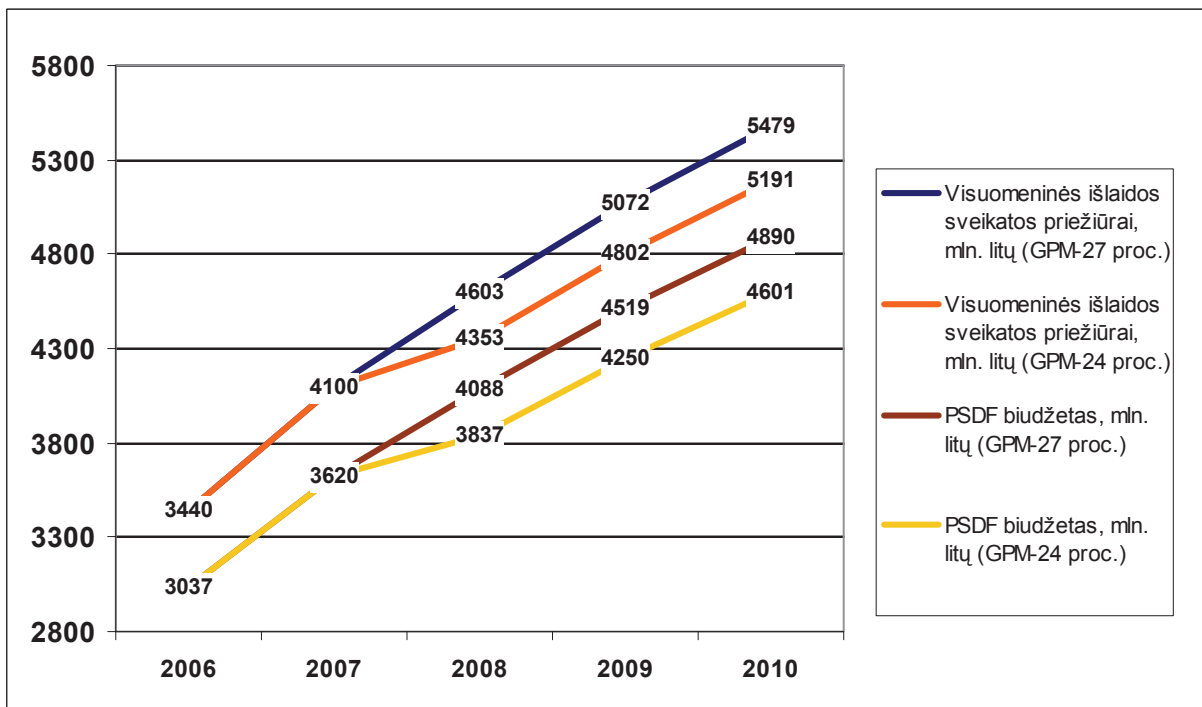


# **LIETUVOS SVEIKATINIMO VEIKLOS PLĖTROS TENDENCIJŲ ANALIZĖ IR PASIŪLYMAI**

## Faktoriai sąlygojantys didėjančią disproporciją tarp PSDF pajamų, sveikatinimo paslaugų poreikio ir valstybės prisiimtų įsipareigojimų

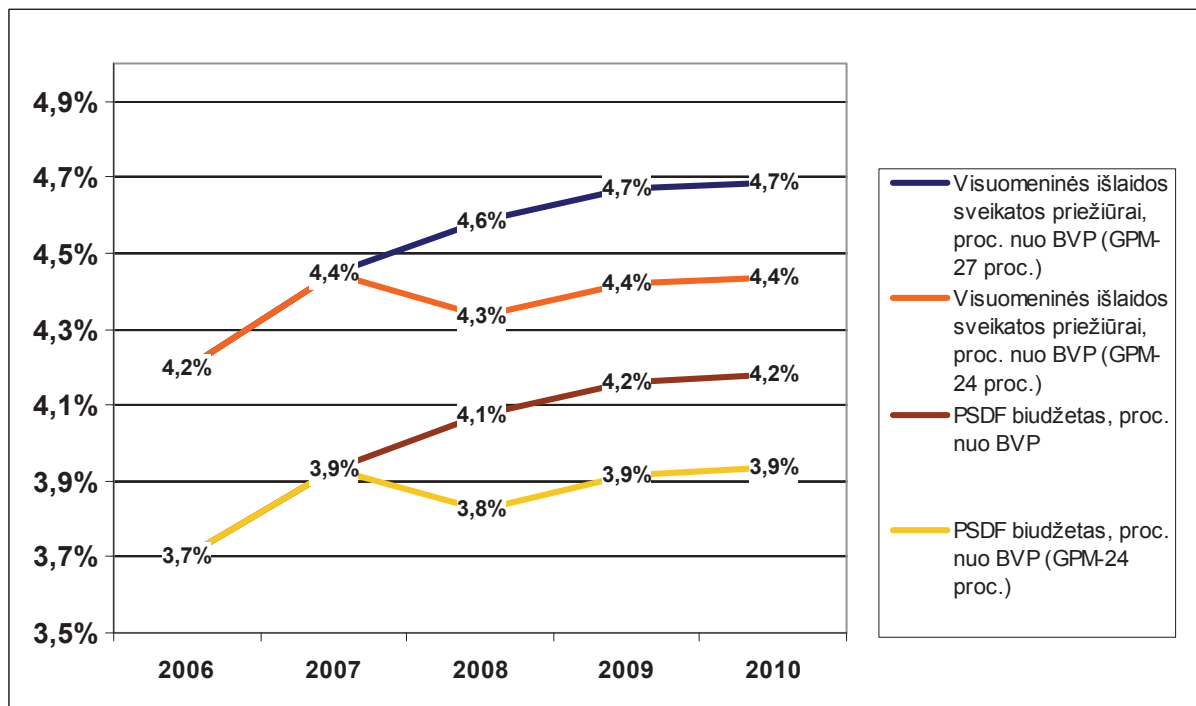
- BVP auga tiek pat kiek pagal Finansų ministerijos prognozę iki 2010 m.
- Atlyginimai keisis pagal Finansų ministerijos prognozę iki 2010 m.
- Gyventojų pajamų mokesčio tarifas mažėja: iki 24 proc. nuo 2008 m. sausio 1 d.
- Valstybės biudžeto įmoka už draudžiamus asmenis auga taip, kaip numatyta Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnyje.
- Trišaliu susitarimu 2005 m. gegužės 3 d. įsipareigota, kad 2007 - 2008 metais gydytojų ir slaugytojų darbo užmokestis didės po 20 proc. kasmet.
- Keturioliktos Vyriausybės įsipareigojimas į sveikatos priežiūros paslaugų įkainius įtraukti realias medicininės įrangos ir pastatų nusidėvėjimo sąmatas.
- Didėjantis poreikis kokybiškoms sveikatos priežiūros paslaugoms, vaistams.
- Augantys energetikos, komunalinių paslaugų kaštai.

## Visuomeninio sveikatinimo paslaugų finansavimo ir PSDF pajamų Lietuvoje prognozė, mln. litų, 2006-2010 m.



SEC atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis

## Visuomeninio sveikatinimo paslaugų finansavimo ir PSDF pajamų Lietuvoje prognozė, procentas nuo BVP, 2006-2010 m.



SEC atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis

## Visuomeninio sveikatinimo paslaugų finansavimo ir PSDF pajamų Lietuvoje prognozė, procentas nuo BVP, 2006-2010 m. Suvestinė lentelė

PROGNOZĖ	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Gyventojų pajamų mokesčio tarifas išlieka nepakitęs (GPM-27 proc.)</b>					
Visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai, proc. nuo BVP (GPM-27 proc.)	4,20%	4,45%	4,59%	4,67%	4,69%
Visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai, mln. litų (GPM-27 proc.)	3440,3	4100,0	4.603,5	5.071,6	5.479,4
Visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai augimas, mln. litų (GPM-27 proc.)			503,5	468,2	407,8
PSDF biudžetas, mln. litų (GPM-27 proc.)	3036,9	3620,4	4.087,6	4.519,4	4.890,2
PSDF biudžetas, proc. nuo BVP	3,70%	3,93%	4,07%	4,16%	4,18%
<b>Gyventojų pajamų mokesčio tarifas sumažėja iki 24 proc. (GPM-24 proc.)</b>					
Visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai, proc. nuo BVP (GPM-24 proc.)	4,20%	4,45%	4,34%	4,42%	4,44%
Visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai, mln. litų (GPM-24 proc.)	3440,3	4100,0	4.353,1	4.802,2	5.190,6
Visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai augimas, mln. litų (GPM-24 proc.)			253,1	449,1	388,4
PSDF biudžetas, mln. litų (GPM-24 proc.)	3036,9	3620,4	3.837,2	4.249,9	4.601,3
PSDF biudžetas, proc. nuo BVP	3,70%	3,93%	3,82%	3,91%	3,93%
<b>PSDF biudžeto praradimų suma, mln. Lt, sumažinus gyventojų pajamų mokesčio tarifą iki 24 proc.</b>				<b>808,70</b>	

SEC atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis

## **Papildomų lėšų 2008 m. poreikis Valstybės priimtiems įsipareigojimams sveikatos sektoriuje įgyvendinti ir tolygiai sveikatos apsaugos sistemos plėtrai užtikrinti**

- Siekiant užtikrinti tolygią sveikatos apsaugos sistemos plėtrą didinti finansavimą, skirtą prioritetinėms sveikatinimo veiklos sritims - išvengiamo mirtingumo, sergamumo ir invalidumo mažinimui bei paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui. Todėl siūloma:
  - Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, padidinti paslaugų įkainius, įvertinant išaugusias išlaidas vaistams, tirpalams, tvarsliajai, kraujo produktams, instrumentams, gydymo ir slaugos medicinos priemonėms stacionarinėse ir ambulatorinėse gydymo įstaigose. Lėšų poreikis 2008 m.: 120 milijonų litų.
  - Siekiant pagerinti teikiamų paslaugų ir pacientų aptarnavimo kokybę, sudaryti sąlygas ligoniams, atvykstantiems gydytis į stacionarias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, tęsti paskirtą ambulatorinį gydymą kompensuojamaisiais vaistais, kuriais jie gydėsi iki hospitalizacijos, ne dėl to susirgimo, dėl kurio jie buvo hospitalizuoti. Lėšų poreikis 2008 m.: 30 milijonų litų.
  - Siekiant išplėsti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, skirti papildomų lėšų naujų ligų ir būklių gydymui, naujų gydymo ir tyrimo technologijų įdiegimui. Įtraukti į kompensuojamųjų vaistų sąrašą naujus, šiuolaikinius vaistus, labiausiai išplitusioms ligoms (širdies kraujagyslių, onkologinėms, endokrininėms, kitoms) gydyti. Lėšų poreikis 2008 m.: 280 milijonų litų.
  - Siekiant pagerinti pacientų aptarnavimo kokybę socialiai pažeidžiamiausioms asmenų grupėms, pakelti vaistų, skirtų ambulatoriniam gydymui, kompensavimo lygmenį ne mažiau 10 procentų. Lėšų poreikis 2008 m.: 70 milijonų litų.
  - Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, skirti papildomų lėšų ortopedijos technikos priemonėms įsigyti, centralizuotiems vaistų ir medicinos priemonių pirkimams, medicininei reabilitacijai bei sveikatos programoms finansuoti. Lėšų poreikis 2008 m.: 170 milijonų litų.
- 2005 m. gegužės 3 d. trišaliu susitarimu įsipareigota, kad 2007-2008 metais gydytojų ir slaugytojų darbo užmokestis didės po 20 proc. kasmet. Lėšų poreikis 2008 m. – 417 milijonų litų - medicinos darbuotojų darbo užmokesčio 2007 m. lygiui išlaikyti 145 mln. litų, trišalio susitarimo dėl medicinos darbuotojų darbo užmokesčio 2008 m. didinimo vykdymui 272 mln. litų, atlyginimus pakeliant nuo 2008 m. gegužės 1 d.
- Keturioliktos Vyriausybės įsipareigojimas - į sveikatos priežiūros paslaugų įkainius įtraukti realias medicininės įrangos ir pastatų nusidėvėjimo sąmatas. Lėšų poreikis 2008 m.: 280 milijonų litų.
- Kompensuoti išaugusius energetikos bei komunalinių paslaugų kaštus. Lėšų poreikis 2008 m.: 120 milijonų litų.

**Visas papildomų lėšų poreikis 2008 m. – 1487 milijonų litų.**

# PASIŪLYMAI

## Tikslai, kurių įgyvendinimas užtikrintų tolygią Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos plėtrą iki 2012 m.

- Užtikrinti, kad iki 2012 m. visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje sudarytų ne mažiau 6,5 proc. nuo BVP ir pasiektų ES šalių 2004 m. vidurkį, o visuomeninių išlaidų dalis nuo visų išlaidų sveikatai 2012 m. sudarytų ne mažiau 75 proc.
- Užtikrinti, kad ženkli visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje augimo dalis būtų skirta prioritetinėms sveikatinimo veiklos sritims bei paslaugų kokybei, prieinamumui ir medicinos įstaigų infrastruktūrai gerinti.
- Užtikrinti efektyvų visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje panaudojimą, skatinant rinkos elementų sveikatos sektoriuje plėtrą bei papildomą sveikatos sektoriaus finansavimą iš privačių šaltinių.

### Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos tolygios plėtros prioritetai

*Kadangi 2005-2007 metais PSDF pajamų augimas daugiausia buvo skiriamas medicinos personalo darbo užmokesčiui didinti, šios išlaidos kartu su socialinio draudimo įmokomis ASPĮ išlaidų struktūroje šiuo metu viršija 75 proc. Tuo tarpu paslaugų kokybė iš esmės nepagerėjo. Būtina numatomą sveikatos sistemos finansavimo augimą panaudoti ne tik darbo užmokesčiui didinti, bet ir prioritetinėms sveikatinimo veikloms finansuoti bei paslaugų kokybei, paslaugų prieinamumui ir medicinos įstaigų infrastruktūrai gerinti.*

#### Tolygios plėtros prioritetai

- Išvengiama mirtingumo, sergamumo ir invalidumo dėl išeminės širdies ligos, onkologinių susirgimų, kepenų ligų, tuberkuliozės bei psichikos sutrikimų mažinimas, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą
- Išvengiama mirtingumo, sergamumo ir invalidumo dėl išeminės širdies ligos, onkologinių susirgimų, kepenų ligų, tuberkuliozės bei psichikos sutrikimų mažinimas, užtikrinant veiksmingą ligų prevenciją
- Pirminės sveikatos priežiūros ir specializuotų ambulatorinių paslaugų ir diagnostikos plėtra bei greitosios medicinos pagalbos sistemos paslaugų teikimo reorganizacija, užtikrinanti paslaugų kokybę ir prieinamumą
- Stacionariųjų paslaugų teikimo optimizavimas, mažinant nebūtinų hospitalizacijų skaičių ir didinant investicijas į ligoninių modernizavimą; dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ilgalaikės slaugos, stacionarios ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtra
- Tik kokybiškų, saugių, veiksmingų bei įperkamų vaistinių preparatų Lietuvos rinkoje buvimo užtikrinimas plėtojant kompensuojamųjų vaistų, skirtų ambulatoriniam gydymui, prieinamumą gyventojams

#### Tikslų įgyvendinimo priemonės

**Užtikrinti, kad iki 2012 m. visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje sudarytų ne mažiau 6,5 proc. nuo BVP ir pasiektų ES šalių 2004 m. vidurkį, o visuomeninių išlaidų dalis nuo visų išlaidų sveikatai 2012 m. sudarytų ne mažiau 75 proc.**

- Visų parlamentinių partijų bendru sutarimu priimti politinį sprendimą dėl visuomeninių išlaidų, skiriamų sveikatos priežiūrai procento nuo BVP augimo. Tokiu atveju 2012 m. Lietuvoje būtų pasiektas 2004 m. ES šalių visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai vidurkis nuo BVP - 6,5 proc.
- Pakeisti sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnį, reglamentuojantį įmokos dydį vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis. Įmoką už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis prilyginti Europos komisijos "Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinės komisijos" patvirtintam sveikatinimo veiklos išmokų vienam gyventojui vidurkiui\*.

\* - Valstybinė ligonių kasa kiekvienais metais turi apskaičiuoti ir pateikti Europos Komisijos "Darbuotojų migrantų socialinės apsaugos administracinei komisijai" (Administracinei komisijai) vidutines sumas, kurios Lietuvoje išleidžiamos kitų ES šalių apdraustų asmenų sveikatos priežiūrai ir apmokamos iš PSDF biudžeto. Administracinė komisija kiekvienais metais patvirtina visų ES šalių išlaidų išmokoms natūra vidurkius.

#### Tikslų įgyvendinimo priemonės

**Užtikrinti, kad ženkli visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje augimo dalis būtų skirta prioritetinėms sveikatinimo veiklos sritims bei paslaugų kokybei, prieinamumui ir medicinos įstaigų infrastruktūrai gerinti.**

- Parengti išeminės širdies ligos, onkologinių susirgimų, kepenų ligų, tuberkuliozės, psichikos sutrikimų ir kitų pagrindinių susirgimų išvengiama mirtingumo, sergamumo ir invalidumo mažinimo gaires.
- Parengti, remiantis išvengiama mirtingumo, sergamumo ir invalidumo mažinimo gairėmis, priemonių planą, kuriame būtų numatyta:
  - Pirminės sveikatos priežiūros ir specializuotų ambulatorinių paslaugų ir diagnostikos plėtra, užtikrinanti

reikalingas susirgimų profilaktikos, šiuolaikiškos diagnostikos ir efektyvaus bei prieinamo ambulatorinio gydymo priemonės.

- Stacionariųjų paslaugų teikimo optimizavimas ir jų kokybės gerinimas, mažinant nebūtinų hospitalizacijų skaičių ir didinant investicijas į ligoninių modernizavimą, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ilgalaikės slaugos, stacionarios ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtrą.
- Kokybiškų, saugių, veiksmingų bei įperkamų vaistinių preparatų Lietuvos rinkoje buvimo užtikrinimas plėtojant kompensuojamųjų vaistų, skirtų ambulatoriniam gydymui, prieinamumą gyventojams.

### **Tikslų įgyvendinimo priemonės**

#### **Užtikrinti efektyvų visuomeninių išlaidų sveikatos sektoriuje panaudojimą, skatinant rinkos elementų sveikatos sektoriuje plėtrą bei papildomą sveikatos sektoriaus finansavimą iš privačių šaltinių.**

- Inicijuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) tarybos įgaliojimų išplėtimą, suteikiant jai sprendimų teisę. Pakeisti PSDF tarybos sudarymo tvarką, išrenkant konkurso būdu į tarybos narius kvalifikuotus asmenis, išmanančius sveikatos apsaugos sistemų valdymą. Kandidatus į tarybos narius galėtų siūlyti: įvairios sveikatos paslaugų vartotojų organizacijos, profesinės organizacijos, valstybinės institucijos ir t.t. PSDF tarybos nariams už darbą mokėti pastovų atlyginimą. Tai sukurtų prielaidas nacionalinio sveikatinimo paslaugų vartotojo institucijai, atstovaujšančiai gyventojų ir pacientų interesus bei turinčiai daugiau įtakos perkant sveikatinimo veiklos paslaugas, atsirasti.
- Inicijuoti sutarčių, sudaromų tarp ligonių kasų ir paslaugų teikėjų, pakeitimus į sutartis įtraukiant papildomus reikalavimus, kad būtų daugiau atstovaujami pacientų interesai ir būtų sukurtos papildomos prielaidos tam tikrų konkurencijos elementų atsiradimui.
  - į sutartis, kaip kokybiško paslaugų teikimo kriterijus, įtraukti: maksimalią laukimo eilės trukmę planinėms hospitalizacijoms ar operacijoms, maksimalų laiką, per kurį pacientas privalo patekti pas šeimos gydytoją ar gydytoją specialistą, maksimaliai leistiną greitosios medicinos pagalbos brigados atvykimo laiką; numatyti transporto išlaidų, kurias patiria pacientas, atvykdamas į gydymo įstaigą, dalinio kompensavimo sistemą, jei šios išlaidos susijusios su nepakankamu gydymo įstaigų ar medicinos personalo prieinamumu;
  - sutartyse įtraukti reikalavimą, kokia paslaugos įkainio procentinė dalis turi būti skiriama vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti;
  - sutartyse su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis numatyti būtinybę apmokėti pacientų pervežimus į kitas gydymo įstaigas, kai vietoje nėra reikiamų gydytojų ar kitų medicinos specialistų bei atitinkamos medicininės įrangos;
  - sutartyse dėl šeimos gydytojų darbo apmokėjimo derinti apmokėjimą už prisirašiusių gyventojų skaičių ir už suteiktas paslaugas, plečiant ekonomiškai pagrįstą skatinamųjų (sveikatos stiprinimo, ugdymo, prevencijos ir kt.) paslaugų skaičių ir apimtį;
  - informacija apie sutartyse tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų išdėstytus reikalavimus dėl paslaugų teikimo kokybės vertinimo kriterijų, mokamų paslaugų sąrašo, priemonių už atliktas paslaugas ir kita pacientams rūpima informacija turi būti privalomai skelbiama paslaugų teikėjų patalpose esančiuose gyventojų informavimui skirtose stenduose;
- Leisti mokamų paslaugų kainas nustatyti pačioms sveikatos priežiūros įstaigoms bei išplėsti sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintą mokamų sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą
- Toms pačioms sveikatos priežiūros paslaugoms nustatyti vienodas bazines kainas
- Parengti vieningą sutarčių su sveikatos priežiūros įstaigomis pasirašymo tvarką ir perkamų paslaugų apimčių skirstymo principus, nepriklausomai nuo jų nuosavybės formos bei atsižvelgiant į įstaigos atitinkamą paslaugų teikimui keliamus reikalavimus ir poreikį toms paslaugoms
- Sudaryti lygias sąlygas ir vienodas galimybes valstybės ir privataus sektoriaus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams konkuruoti dėl Europos Sąjungos struktūrinių fondų, kitų finansavimo šaltinių
- Įteisinti galimybę privatioms sveikatos priežiūros įstaigoms, dirbančioms pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis kaimo vietovėse, naudotis valstybei ar savivaldybėms priklausančiu kilnojamuoju ir nekilnojamuoju turtu panaudos teise
- Atleisti privačias sveikatos priežiūros įstaigas nuo nekilnojamojo turto, priklausančio tiek juridiniams, tiek fiziniams asmenims, mokesčio mokėjimo, jeigu jis naudojamas sveikatos priežiūros paslaugoms teikti
- Viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų panaudos teisėmis valdomą turtą perduoti šioms įstaigoms kaip dalininko įnašą
- Skirti specialią PSDF regioninę sveikatos paslaugų rėmimo programą gydytojų dirbančių rajonuose, skatinimui. Tai būtų tikslinis finansavimas, kurio lėšas būtų galima panaudoti gydymo paslaugų regionuose plėtrai, tarp jų ir atlyginimų gydytojams pakėlimui ar medicinos specialybės studentų mokslo išlaidoms padengti.
- Inicijuoti specialių programų, kurios padėtų įsikurti ar pragyventi medicinos specialistams kaimiškose vietovėse, sukūrimą. Pavyzdžiui suteikiant lengvatines paskolas būsto įsigijimui ar statybai, buto nuomai.

- Inicijuoti investicinės politikos sveikatos sektoriuje (iš dalies atsisakant viešųjų įstaigų finansavimo per VIP ir PSDF restruktūrizacijos programas) pertvarkymą ir amortizacinių atskaitymų įtraukimą į paslaugų kainas. Pavyzdžiui, siekiant kuo greičiau pradėti keisti investicinę politiką, jau kitais metais būtų galima padidinti paslaugų įkainius į juos įtraukiant investicijas (ar amortizacinius atskaitymus) visoms ambulatorinėms PSP įstaigoms;
- Sukurti sveikatos priežiūros įstaigų energijos taupymo valstybinę programą, kuri skatintų įstaigas investuoti į energijos taupymą iš dalies kompensuojant išlaidas šioms investicijoms;
- Sukurti teisinės ir ekonominės prielaidas papildomojo sveikatos draudimo ir kaupiamųjų sveikatos sąskaitų sistemos, paremtos valstybės teikiamomis mokestinėmis lengvatomis, plėtrai. Papildomasis sveikatos draudimas yra vienas iš tarptautinėje praktikoje pasiteisinusių kelių, padedančių skatinti sveikatos sistemos finansavimo augimą bei užtikrinantis tolygesnį su ligomis susijusių rizikų pasiskirstymą tarp gyventojų. Greitas ir didelės apimties visuomeninio finansavimo augimas turėtų būti derinamas su efektyvesniu privačių lėšų pritraukimo į sveikatos sektorių mechanizmo kūrimu. Per papildomojo sveikatos draudimo ir kaupiamųjų sveikatos sąskaitų sistemą galėtų būti finansuojamos tokios paslaugos, kurių neapmoka PSDF, papildomos priemokos už paslaugas, vaistų priemokos, taip pat tam tikros valstybinio draudimo kompensuojamos paslaugos, jei šių paslaugų trūksta, ilgas paslaugų laukimo laikas, ar nepakankama kokybė.
- Siekti, kad vertinant naujų teisės aktų, reformų, naujų projektų poveikį, būtų įtrauktas poveikio visuomenės sveikatai aspektas.



## **Galimi sveikatos sistemos plėtros finansavimo scenarijai**

## Galimi sveikatos apsaugos sistemos plėtros finansavimo scenarijai iki 2012 m.

- *Praradimų kompensavimo scenarijus.* Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad kompensuotų tik atsiradusius PSDF praradimus dėl sumažėjusio gyventojų pajamų mokesčio tarifo. Visuomeninių išlaidų procentas nuo BVP 2012 m. siektų tik 4,6 proc.
- *Minimalaus finansavimo scenarijus.* Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad 2012 m. visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas pasiektų apie 5,5 proc. nuo BVP.
- *Optimalaus finansavimo scenarijus.* Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad 2012 m. visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas pasiektų apie 6,5 proc. nuo BVP ir pasiektų 2004 m. ES šalių vidurkį. 2008 m. numatomas staigus finansavimo didinimas (siekiant užtikrinti, kad būtų įgyvendinti įsipareigojimai dėl atlyginimų augimo ir kiti įsipareigojimai).

### Praradimų kompensavimo scenarijus. Apibendrinimas

- 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal "Praradimų kompensavimo scenarijaus" schemą, bus užtikrinamas tik dalinis 2005-2007 m. Valstybės prisiimtų įsipareigojimų įgyvendinimas.
- Mažas visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP) sąlygos tolesnį Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimą nuo kitų ES šalių bei gyventojų sveikatos rodiklių blogėjimą, jei nebus pradėti skubiai įgyvendinti prioritetiniai išvengiamo mirtingumo mažinimo tikslai.

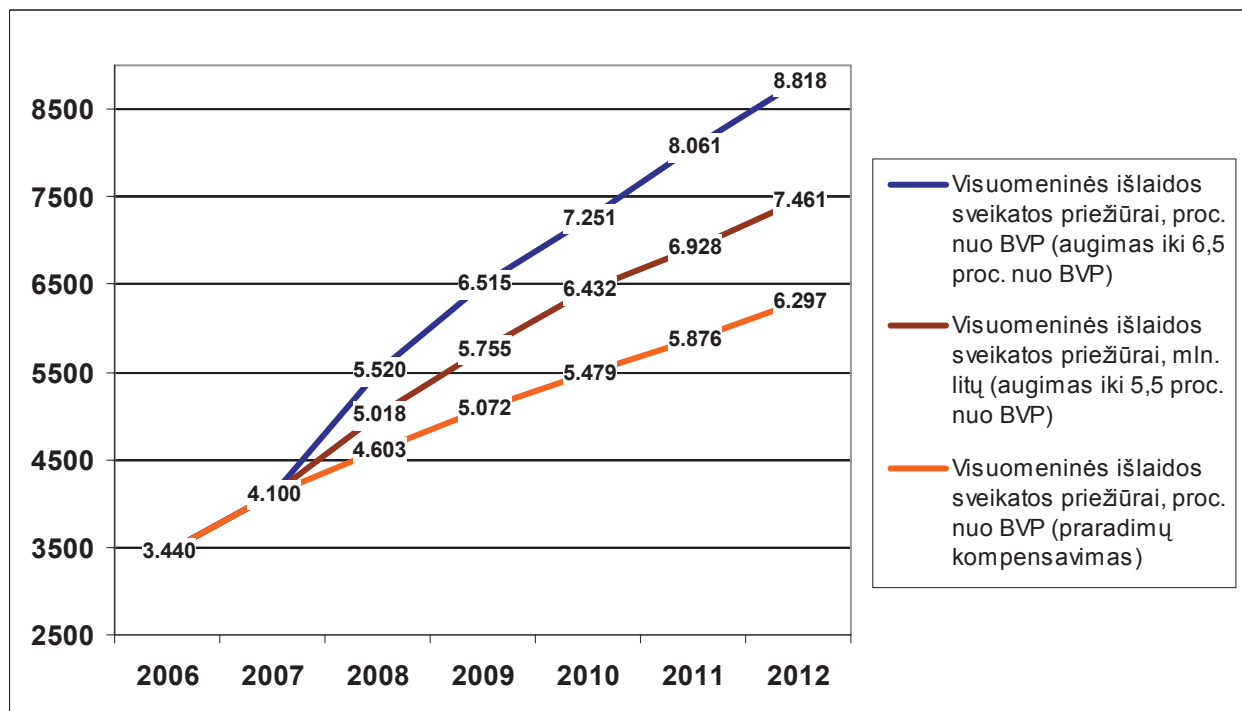
### Minimalaus finansavimo scenarijus. Apibendrinimas

- 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal "Minimalaus finansavimo scenarijaus" schemą, nebus pilnai įgyvendinti 2005-2007 m. Valstybės prisiimti įsipareigojimai ir numatyti tikslai.
- Lėtai augantis visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP) nesukurs pakankamų prielaidų esminei sistemos pertvarkai ir nesumažins Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimo nuo kitų ES šalių, jei nebus skubiai parengta ir įgyvendinama prioritetinio finansavimo programa.

### Optimalaus finansavimo scenarijus. Apibendrinimas

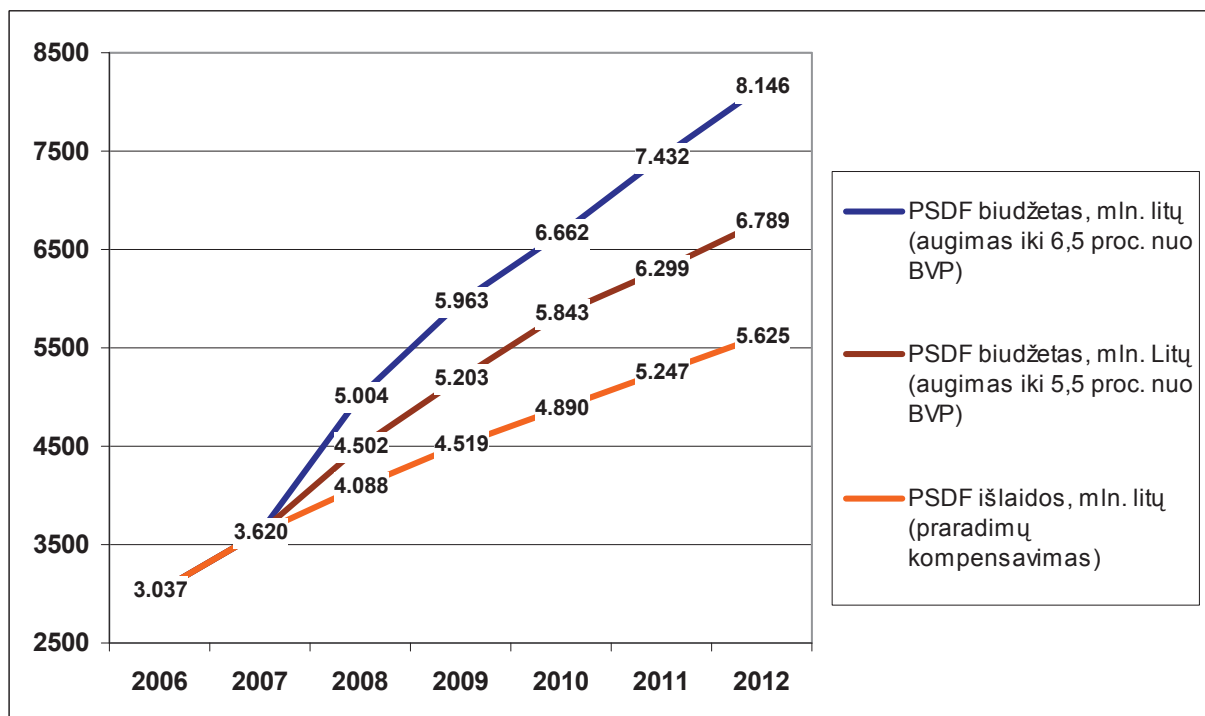
- 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal "Optimalaus finansavimo scenarijaus" schemą, bus įgyvendinti 2005-2006 m. Valstybės prisiimti įsipareigojimai.
- Augantis visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP), įgyvendinant prioritetinius sveikatos sistemos tikslus, leis palaipsniui mažinti Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimą nuo kitų ES šalių bei sukurs prielaidas esminei sveikatos sistemos pertvarkai ir tolygiai plėtrai.

## Scenarijų palyginimas. Visuomeninės išlaidos sveikatai, mln. Lt, 2006-2012 m.



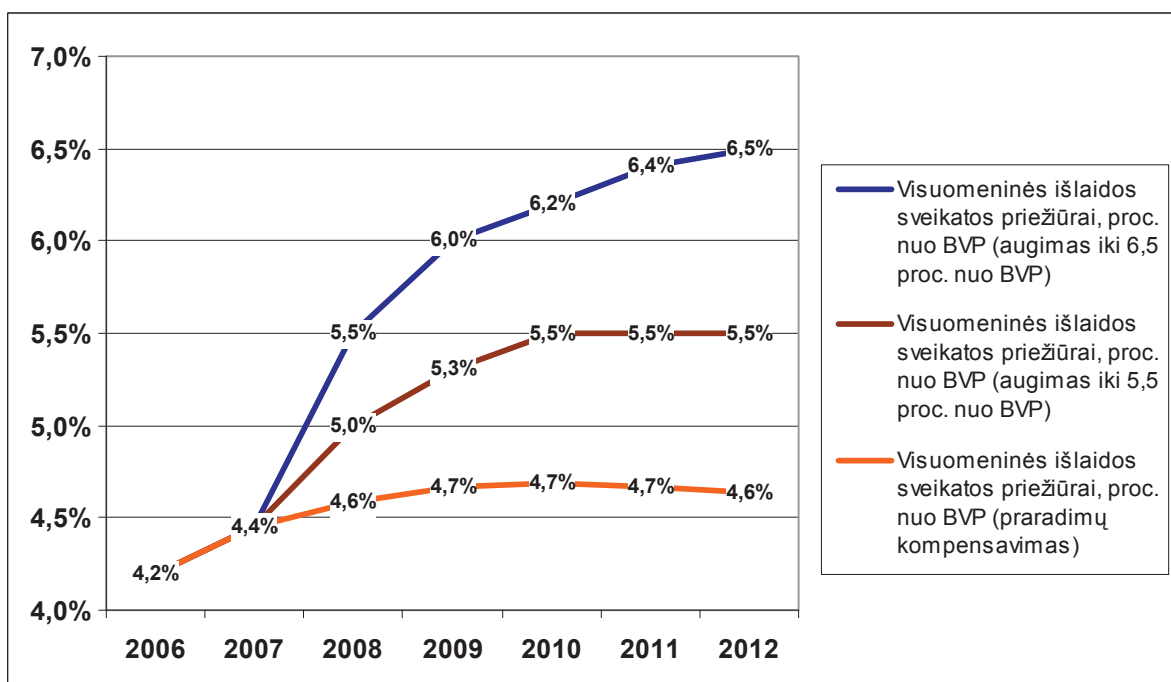
SEC atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis. 2011-2012 metų BVP, darbo užmokesčio ir suderinto vartojimo prekių ir paslaugų kainų indeksu rodikliai tokie patys, kaip 2010 m.

## Scenarijų palyginimas. PSDF biudžeto augimas, mln. litų, 2006-2012 m.



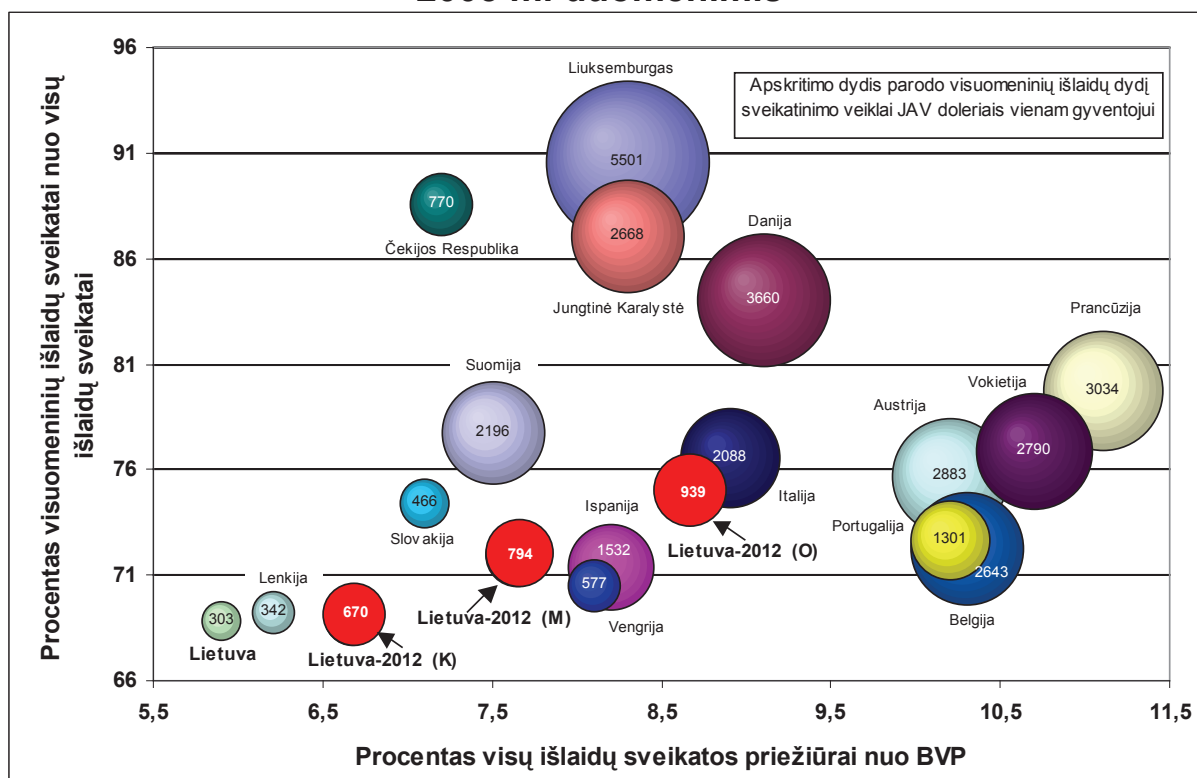
SEC atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis. 2011-2012 metų BVP, darbo užmokesčio ir suderinto vartojimo prekių ir paslaugų kainų indeksu rodikliai tokie patys, kaip 2010 m.

## Scenarijų palyginimas. PSDF biudžeto augimas, procentas nuo BVP, 2006-2012 m.



SEC atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis. 2011-2012 metų BVP, darbo užmokesčio ir suderinto vartojimo prekių ir paslaugų kainų indekso rodikliai tokie patys, kaip 2010 m.

## Visuomeninio Lietuvos sveikatinimo veiklos finansavimo 2005 (faktas) ir 2012 m. finansavimo scenarijų\* palyginimas su ES šalių 2005 m. duomenimis



\* - praradimų kompensavimo (K), minimalaus finansavimo (M), optimalaus finansavimo (O) scenarijai.  
 OECD Health Data, 2007; VLK duomenys, 2007,  
 Sveikatos ekonomikos centras, perskaičiuota pagal 2005 m. JAV dolerio/lito kursą.

