

STUDIJĄ LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS FINANSAVIMAS IR SVEIKATINIMO PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS GYVENTOJAMS

2011

STUDIJA

LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS
FINANSAVIMAS IR SVEIKATINIMO PASLAUGŲ
PRIEINAMUMAS GYVENTOJAMS

2011
5011

STUDIJA

LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS
FINANSAVIMAS IR SVEIKATINIMO PASLAUGŲ
PRIEINAMUMAS GYVENTOJAMS

2011
5011

TURINYS

AUTORIAI
ROMUALDAS BUIVYDAS, UAB SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS
GEDIMINAS ČERNIAUSKAS, MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

PARENGTA
BENDRADARBIAUJANT SU NACIONALINE SVEIKATOS TARYBA

LEIDINĮ PARĖMĖ
INOVATYVIOS FARMACIJOS PRAMONĖS ASOCIACIJA (IFPA)

STUDIJOS TIKSLAS	/ 4
AR SVEIKATA YRA PAGRINDINIS LIETUVOS VALSTYBĖS RŪPESTIS?	/ 5
SITUACIJA 1990–2010 METAIS	/ 6
Demografinė situacija	/ 6
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė	/ 7
PRARADIMAI	/ 10
Ligos, kurių poveikio sveikatai tiksliai išmatuoti nemokame	/ 27
Neįgalieji	/ 30
Nesėkmių formulė	/ 32
PASIEKIMAI	/ 34
LIETUVA EUROPOJE	/ 40
Lietuvos ir ES šalių sveikatos apsaugos sistemų išteklių ir funkcionavimas	/ 40
Lietuvos sveikatinimo veiklos finansavimas	/ 50
Privalomojo sveikatos draudimo pajamos ir išlaidos	/ 56
Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms	/ 58
Praėjusio laikotarpio rezultatų vertinimas	/ 64
GALIMYBĖS 2012–2020 METAIS	/ 65
LIETUVOS GYVENTOJŲ NUOSTATOS SVEIKATOS KLAUSIMAIS	/ 69
Literatūra ir kiti informacijos šaltiniai	/ 70

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 ište-

kliai, finansavimo šaltiniai, jų kitimo tendencijos ir šioms tendencijoms įtaką darantys veiksniai. Informacija rinkta bendradarbiaujant su atsakingais Lietuvos valstybinių institucijų pareigūnais ir specialistais, naudotos oficialios Lietuvos ir ES duomenų bazės ir informacijos šaltiniai.

AR SVEIKATA YRA PAGRINDINIS LIETUVOS VALSTYBĖS RŪPESTIS?

Rengiant naująją Lietuvos sveikatos programą, 2011 metų birželį Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu atlikta reprezentatyvi apklausa¹, kurios metu buvo sie-

kiama išsiaiškinti gyventojų nuomonę sveikatos ir sveikatos politikos klausimais.

Reprezentatyvus Lietuvos gyventojų nuomonės tyrimas rodo, kad dauguma šalies gyventojų supranta, kad daugiausiai sveikatą veikia gyvenimo būdas ir gyvenamoji aplinka.

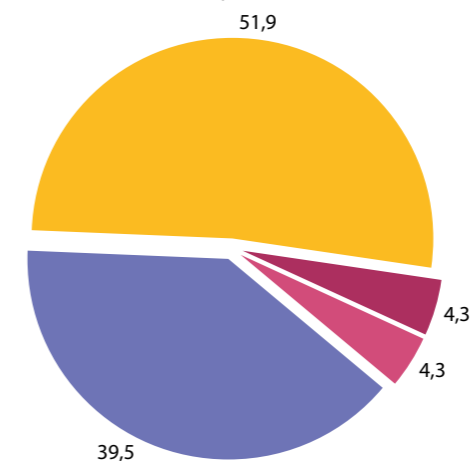
Daugiau nei 90 proc. apklaustų gyventojų pritaria teiginiui, kad sveikata turi būti pagrindinis arba vienas iš pagrindinių valstybės rūpesčių. Apie 40 proc. šalies gyventojų sveikatos stiprinimą laiko pagrindiniu valstybės rūpesčiu, o dar beveik 52 proc. vienu iš pagrindinių Lietuvos valstybės prioritetų.

¹ Apklausa atlikta projekte „Sveikatos sistemos reformų analizė“ įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos projektą „Sisteminė sveikatos sektoriaus vykdomų reformų analizė siekiant geresnio Europos Sąjungos sveikatos politikos įgyvendinimo“ Nr. VP1-4.2-VRM-05-V-01-004 pagal 2007-2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 4 prioriteto „Administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas“ įgyvendinimo priemonę VP1-4.2-VRM-05-V „Geresnis Europos Sąjungos politikų įgyvendinimas“

Reprezentatyvus Lietuvos gyventojų nuomonės tyrimas

Šaltinis. Projektas „Sveikatos sistemos reformų analizės atlikimas“

Ar jūs pritarumėte, kad šį dešimtmetį
svarbiausiu valstybės rūpesčiu taptų Lietuvos
žmonių sveikata?



- Visiškai pritariu. Šį dešimtmetį Lietuvos žmonių sveikata turi būti svarbiausias šalies tikslas
- Iš dalies pritariu. Šį dešimtmetį Lietuvai vienodai svarbios turi būti ir žmonių sveikatos, ir kitos ekonominės socialinės problemos
- Nepritariu. Šį dešimtmetį Lietuvai ekonominės ir socialinės problemos yra svarbesnės nei sveikatos
- Negaliu atsakyti, neturiu nuomonės

SITUACIJA 1990–2010 METAIS

Lietuva, kurdama prielaidas šalies gyventojų sveikam gyvenimui ir ilgaamžiškumui, yra sukaupusi tam tikrą ilgalaikio strateginio planavimo patirtį. 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 palyginti 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.

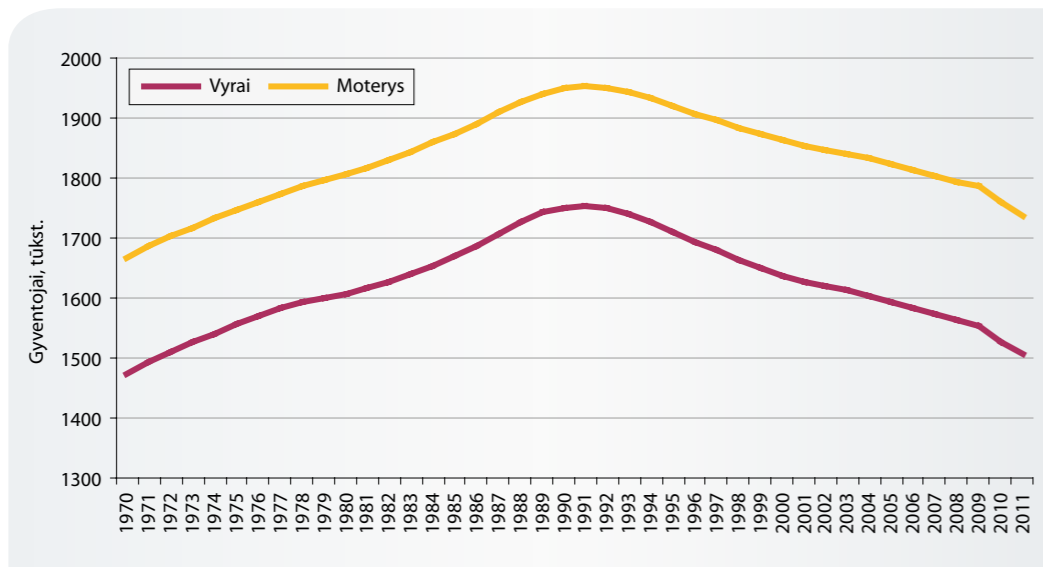
Demografinė situacija

2011 metų pradžioje Lietuvoje gyveno 3 mln. 244,6 tūkst. gyventojų – 1 mln. 547,7 tūkst. (46,5 proc.) vyrų ir 1 mln. 781,3 tūkst. (53,5 proc.) moterų. Miestuose gyveno 2 mln. 229,5 tūkst. (67 proc.) šalies gyventojų, kaimo gyvenamosiose vietovėse – 1 mln. 099,5 tūkst. (33 proc.). 2011 metų pradžioje vyresnių

Šalies ūkio, kurio tolesniam sparčiam augimui reikalinga sveika darbo jėga, reikmė lemia sveikatos sektoriaus prioritetingą 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 būdų, sprendžiant darbuotojų trūkumo problemą.

nei 64 metų gyventojų skaičius buvo apie 535,7 tūkst., arba 16,5 proc. visų šalies gyventojų. Visuomenė sensta, t. y. palyginti su bendru gyventojų skaičiumi didėja pagyvenusių žmonių dalis – nuo 2001 iki 2011 metų pensinio amžiaus gyventojų skaičius išaugo daugiau nei 50 tūkstančių.

Gyventojų skaičius Lietuvoje 1970–2011



Šaltinis. Statistikos departamentas

Iki 1991 metų Lietuvos gyventojų skaičius augo, vėliau – mažėjo. Nuo 1993 metų pradėjo žymiai mažėti naujagimių skaičius – 2002 metais jis siekė tik 8,6/1000 gyventojų. Nuo 2003 metų naujagimių skaičius pradėjo augti – 2009 metais gimė 36,7 tūkst. vaikų – 1,6 tūkst. vaikų daugiau negu 2008 metais; gimusiųjų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų, padidėjo nuo 8,8 2004 metais iki 11 2009 metais. 2010 metais gimė 35 626 naujagimiai, arba 10,8/1000 gyventojų. Suminis gimstamumo rodiklis 2009 metais buvo 1,55 (2000 m. – 1,39), jis vertintinas kaip gana žemas, neužtikrinantis demografinės pusiausvyros ir kartų kaitos, nors 2009 metais jis jau viršijo ES šalių vidutinį gimstamumo rodiklį.

2010 metais Lietuvoje mirė 42 120 gyventojų ir, nors nuo 2008 metų mirtingumas pradėjo mažėti, 2010

metais natūrali gyventojų kaita Lietuvoje buvo neigiama – mirė 6494 gyventojais daugiau nei gimė. Naujagimių skaičiaus mažėjimas lemia ir lems populiacijos senėjimą. Prognozuojama, kad 2020 metais Lietuvoje bus apie 17,3 proc. vyresnių nei 65 metų amžiaus gyventojų.²

Pirmaisiais metais po nepriklausomybės atkūrimo Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimui įtakos turėjo dalies gyventojų emigracija į Rusiją, o vėlesniu laikotarpiu – į Vakarų Europos šalis. Statistikos departamento duomenimis, per dvidešimtį metų laikotarpį daugiausiai žmonių iš Lietuvos emigravo 2010 metais – 77,9 tūkst. gyventojų.

² Eurostat duomenų bazė

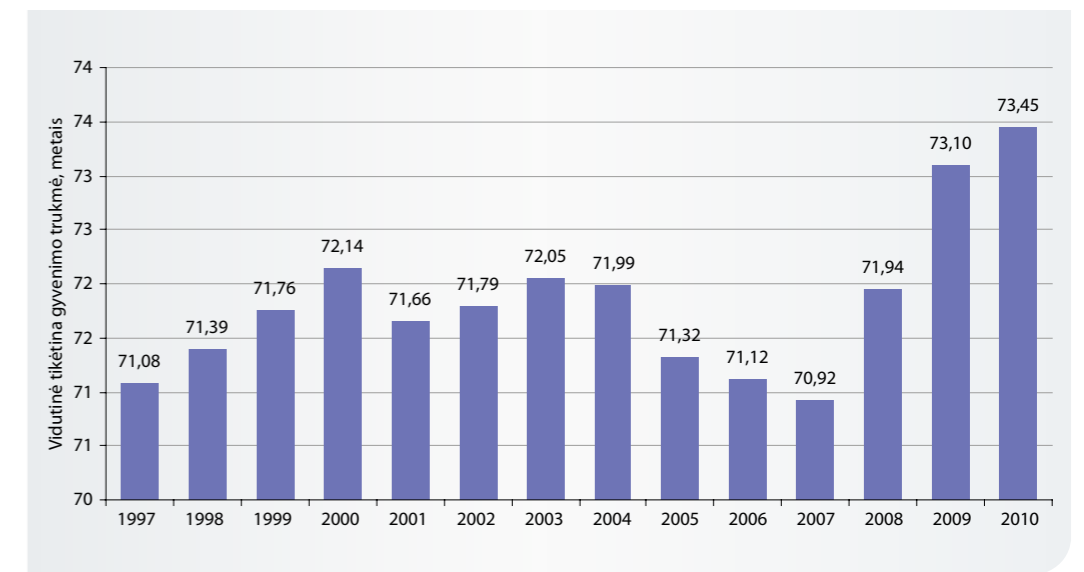
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

Per 1990–1994 metus Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės (VGT) rodikliai prastėjo, tai lėmė sunki ekonomikos situacija ir gyvenimo lygio smukimas. Nors Lietuvoje VGT smukimas buvo kiek menkesnis nei kaimyninėse Baltijos šalyse, tačiau 1994 metais jis tesiekė vos 65,5 metų. Tai mažiausia Lietuvos gyventojų VGT rodiklio reikšmė per visą laikotarpį nuo 1970 metų. Nuo 1994 metų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodikliai pradėjo augti ir 2000 metais beveik pasiekė 1986 metais buvusį lygį (atitinkamai 72,27 m. ir 72,32 m.). Tačiau nuo 2001 metų VGT rodi-

klis vėl pradėjo mažėti dėl vis didėjančio šalies gyventojų mirtingumo ir 2007 m. šis rodiklis siekė tik 70,92 metų (reikšmė mažesnė už 1997 m. buvusį lygį). 2009 metų duomenimis, Lietuva pagal gimusiųjų vidutinę tikėtina gyvenimo trukmę buvo paskutinė tarp visų ES šalių. Tačiau Lietuvos sveikatos programoje (LSP) užsibrėžtas tikslas – pailginti Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 metų buvo pasiektas. 2010 metų duomenimis, Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė dar šiek tiek išaugo ir šio rodiklio reikšmė pasiekė 73,45 metų.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT)

Šaltiniai: PSO, Statistikos departamentas



Viena didžiausių šalies gyventojų sveikatingumo problemų buvo gyventojų sveikatos rodiklių netolygumas

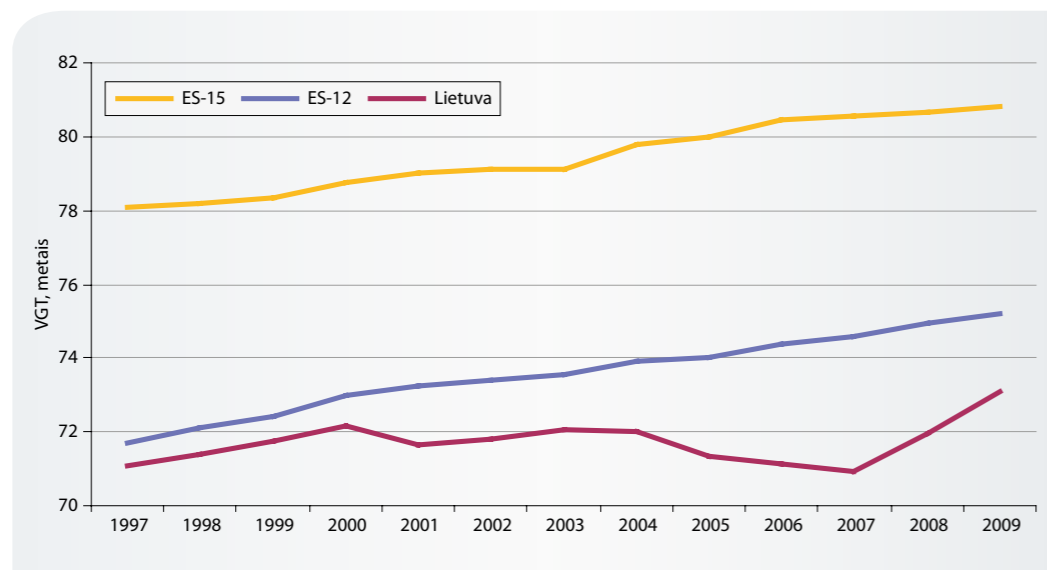
1996–2009 metais. Galima matyti, kad vidutinės gyvenimo trukmės rodikliai kito teigiama linkme 1996–

2000 metais bei 2008–2010 metais. 2001–2004 metais sveikatos rodikliai buvo beveik stabilūs (VGT svyravo apie 72 metus), o 2005–2007 metais sveikatos rodikliai smuko. Galimos VGT kitimo netolygumo priežastys bus aptariamoms analizuojant mirtingumo rodiklius ir sveikatos determinantes.

ES šalių VGT rodikliai per 1997–2009 metus pagerėjo vidutiniškai trejais metais (nuo 76,7 iki 79,7), Lietuvos – dvejais metais (nuo 71,1 iki 73,1).

Palyginimas su ES šalimis, VGT

Šaltinis. PSO

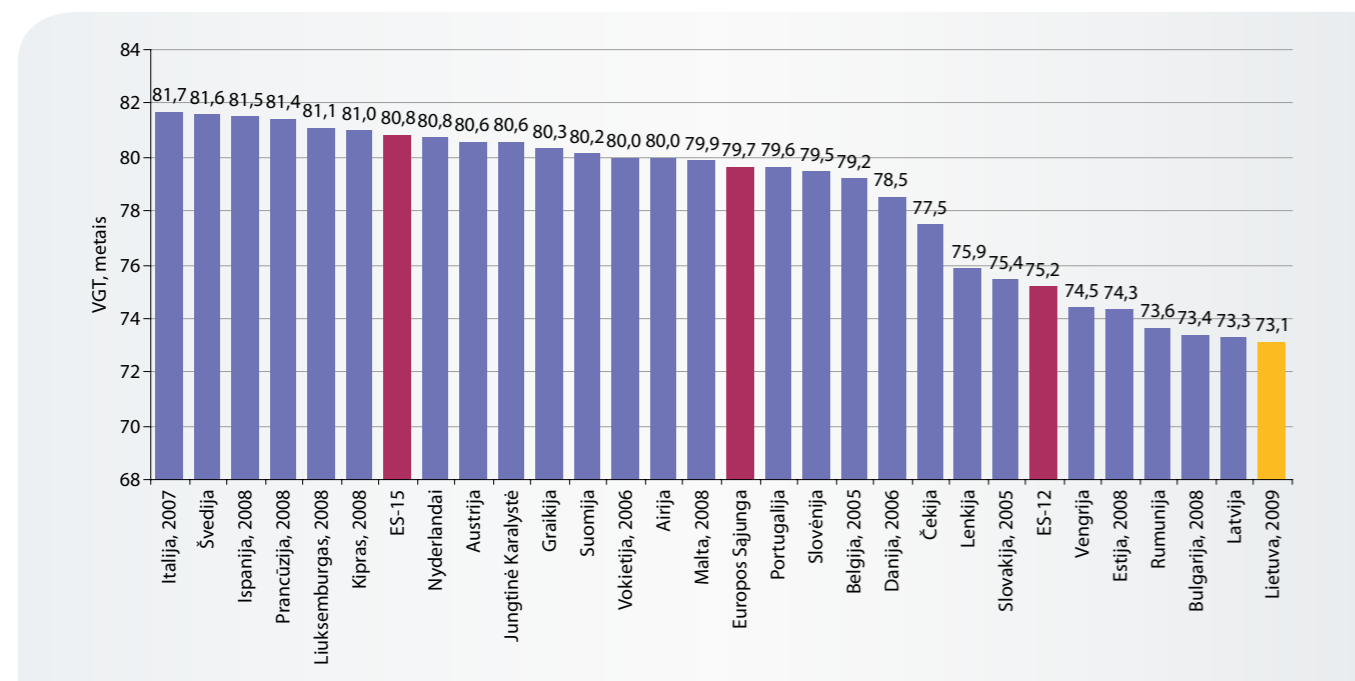


Lietuvos gyventojų sveikatos lygis gerėjo lėčiau nei kitų ES šalių gyventojų ir tai lėmė, kad 2009 metais Lietuva pagal šį rodiklį buvo paskutinė tarp visų ES šalių,

nors 1997 metais lenkė Bulgariją, Estiją, Latviją, Rumuniją ir Vengriją.

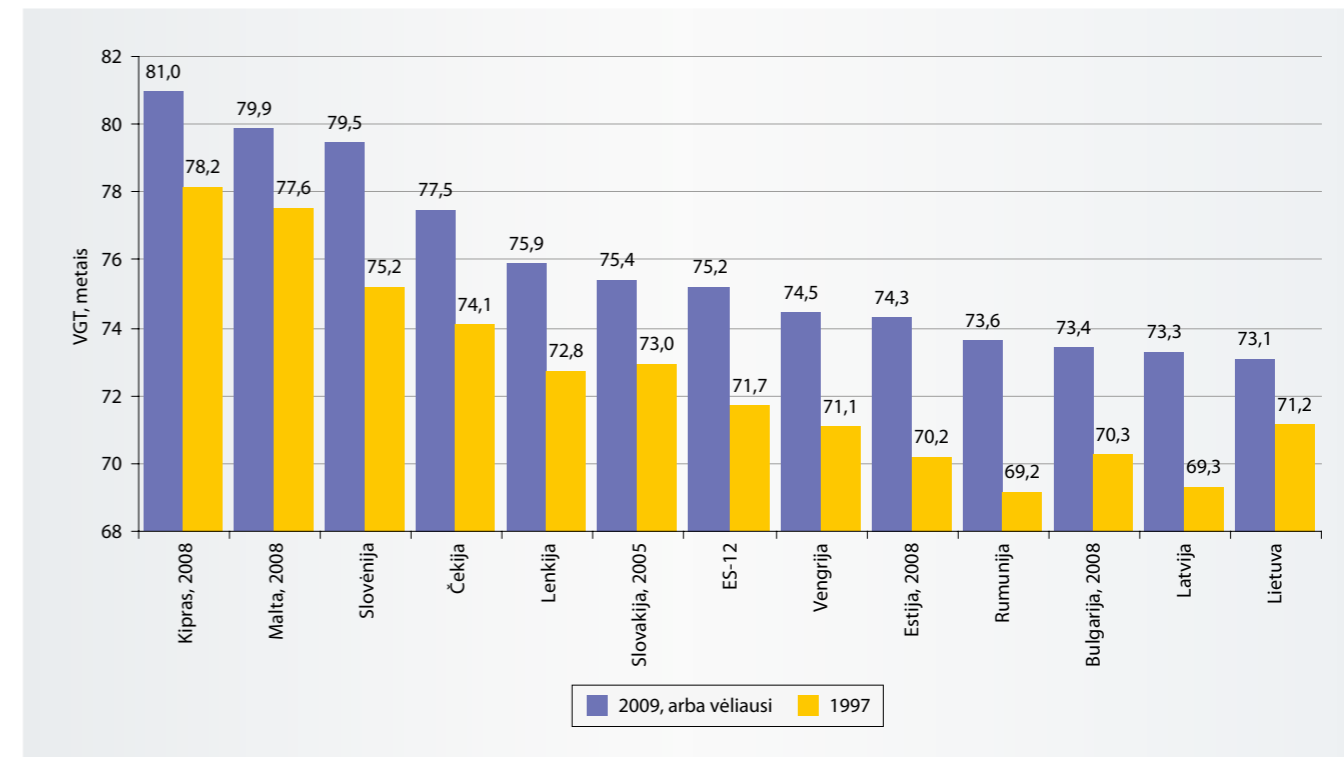
Palyginimas su ES šalimis, VGT, 2009

Šaltinis. PSO



Palyginimas su ES-12 šalimis, VGT, 2009

Šaltinis. PSO



2009 metų Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, Lietuva pagal vidutinę gyvenimo trukmę tarp 193 pasaulio šalių yra 76–87 vietoje (73 m. VGT grupėje), šalia Albanijos, Belizo, Brazilijos, Grenados, Irano, Malaizijos, Mauricijaus, Maroko, Rumunijos, Saint Vincento ir Grenadinų, Seišelių. 2009 metų PSO

duomenimis, ilgiausia tikėtina gyvenimo trukmė buvo San Marino ir Japonijos gyventojų – apie 83 metai, o trumpiausia – Lesoto (48 m.), Zambijos (48 m.) ir Malavio (47 m.) gyventojų.³

³ Interneto svetainė <http://apps.who.int/ghodata/?vid=720>

Savižudybės

Lietuvos gyventojų savižudybių skaičius sumažėjo palyginti su 1996 metais, kai šis skaičius buvo didžiausias per visą nepriklausomybės laikotarpį. Bet per praėjusį dešimtmetį Lietuvai nepasisėkė atsikratyti vienos iš pasaulio „lyderių“ pagal savižudybių skaičių pozicijų.

PRARADIMAI

Prieš du dešimtmečius, pagal gyventojų sveikatos rodiklius, Lietuva buvo viena iš lyderių tarp Rytų ir Vidurio Europos šalių. 2010 metais pagal VGT esamą tarp regiono autsaiderių. Praradimai neapsiribojo tik bendraisiais sveikatos lygio rodikliais.

Nepakankamas dėmesys socialiniams procesams pasireiškė:

- emigracijos mastais;
- savižudybių skaičiumi;
- žalinga sveikatai gyvenamajai aplinkai;
- aukštais mirtingumo rodikliais;
- žema sveikatos paslaugų kokybe.

Emigracija

Lietuva jau susiformavo kaip atvira gyventojų judėjimui valstybė. Deja, daugiau žmonių apsisprendžia šalį palikti, nei į ją persikelti.

Nuo 2001 metų neto emigracija vyko visais be išimties metais. „Rekordiniai“ 2010 metų emigracijos ro-

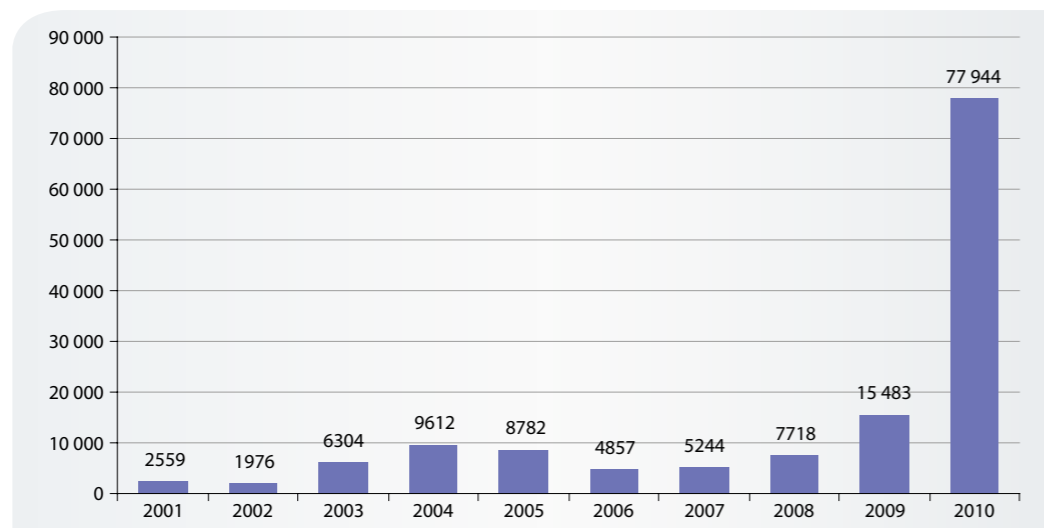
dikliai rodo tiek 2009 metų krizės ir ribotų valstybės gebėjimų amortizuoti ekonominius iššūkius pasekmes, tiek ankstesniųjų metų migracijos statistikos patikslinimą.

Tarptautinė Lietuvos gyventojų migracija

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Emigravusiųjų skaičius (neto migracija)	2559	1976	6304	9612	8782	4857	5244	7718	15 483	77 944
Atvyko	4694	5110	4728	5553	6789	7745	8609	9297	6487	5213
Išvyko	7253	7086	11 032	15 165	15 571	12 602	13 853	17 015	21 970	83 157
Neto migracija	-2559	-1976	-6304	-9612	-8782	-4857	-5244	-7718	-15 483	-77 944

Šaltinis. Statistikos departamentas

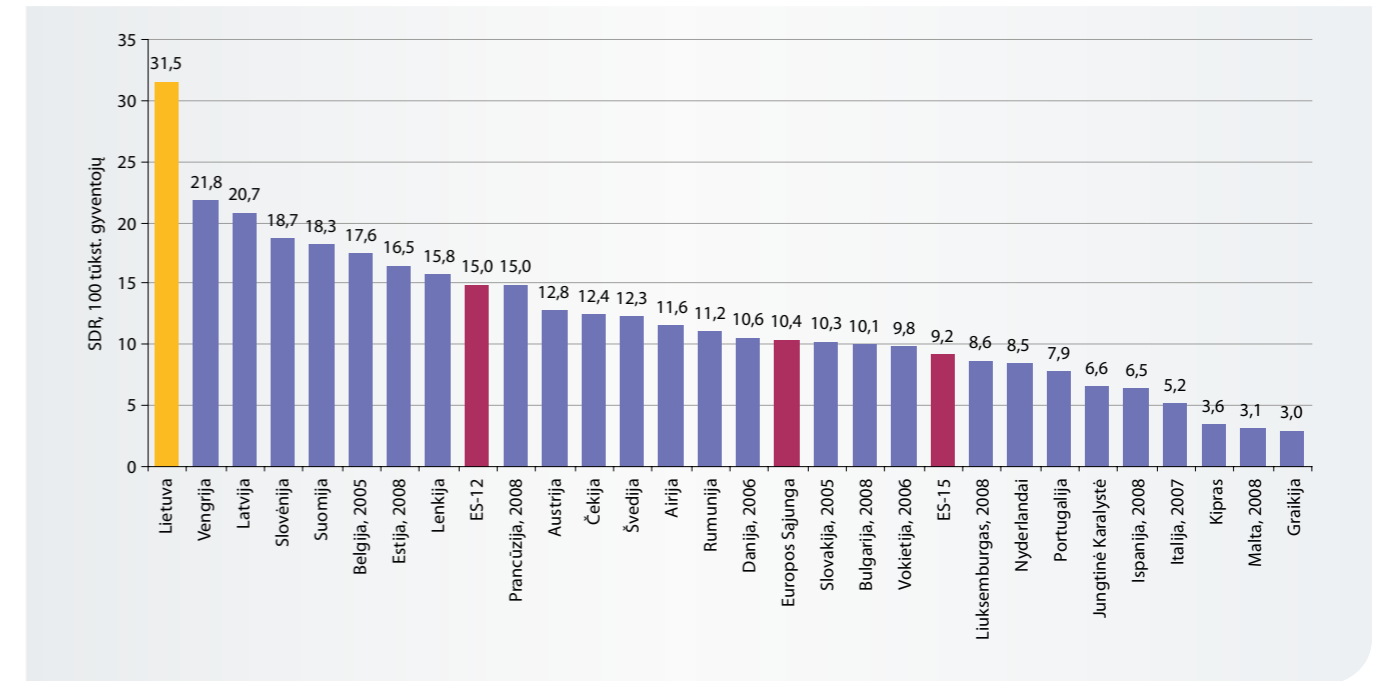
Emigravusiųjų gyventojų skaičius (neto migracija)



Šaltinis. Statistikos departamentas

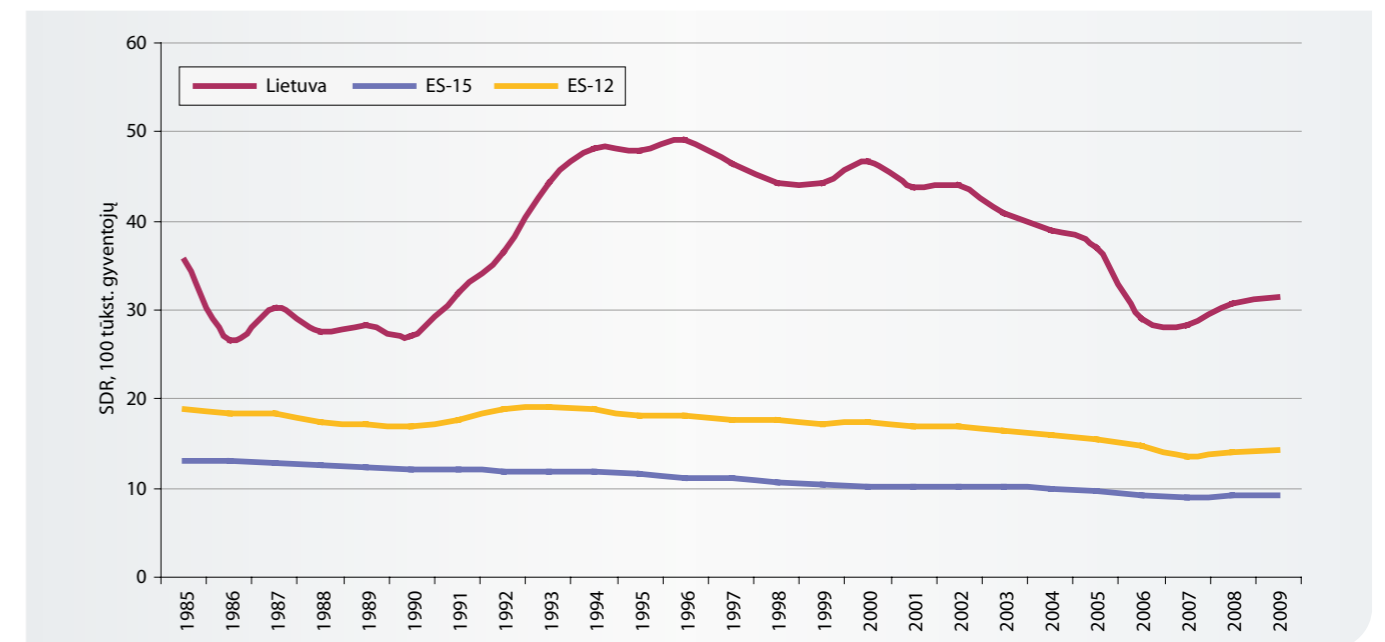
SDR, 100 tūkst. gyventojų. Savižudybės. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. PSO



SDR, 100 tūkst. gyventojų. Savižudybės. Palyginimas su ES šalimis

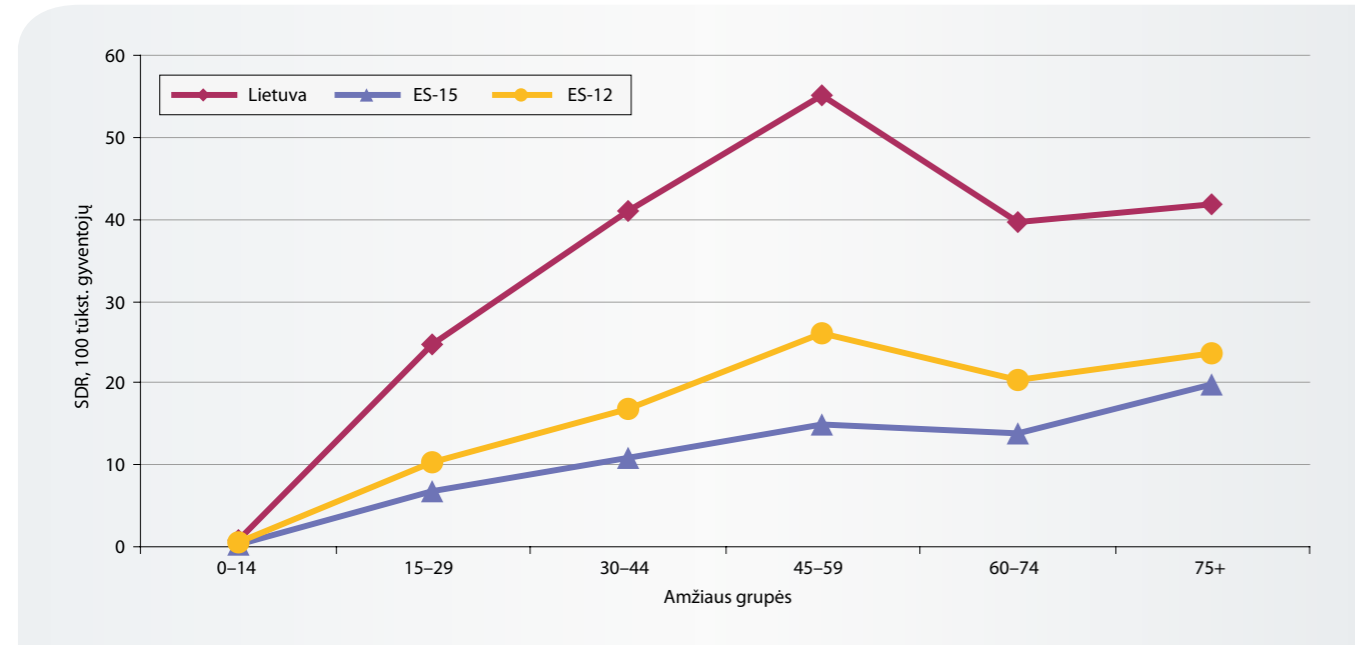
Šaltinis. PSO



Problemiška ne tik tai, kad Lietuvoje labai didelis savižudybių skaičius, bet ir tai, kad žudosi jauni, darbingi žmonės.

SDR, 100 tūkst. gyventojų, pagal amžiaus grupes. Savižudybės, 2009

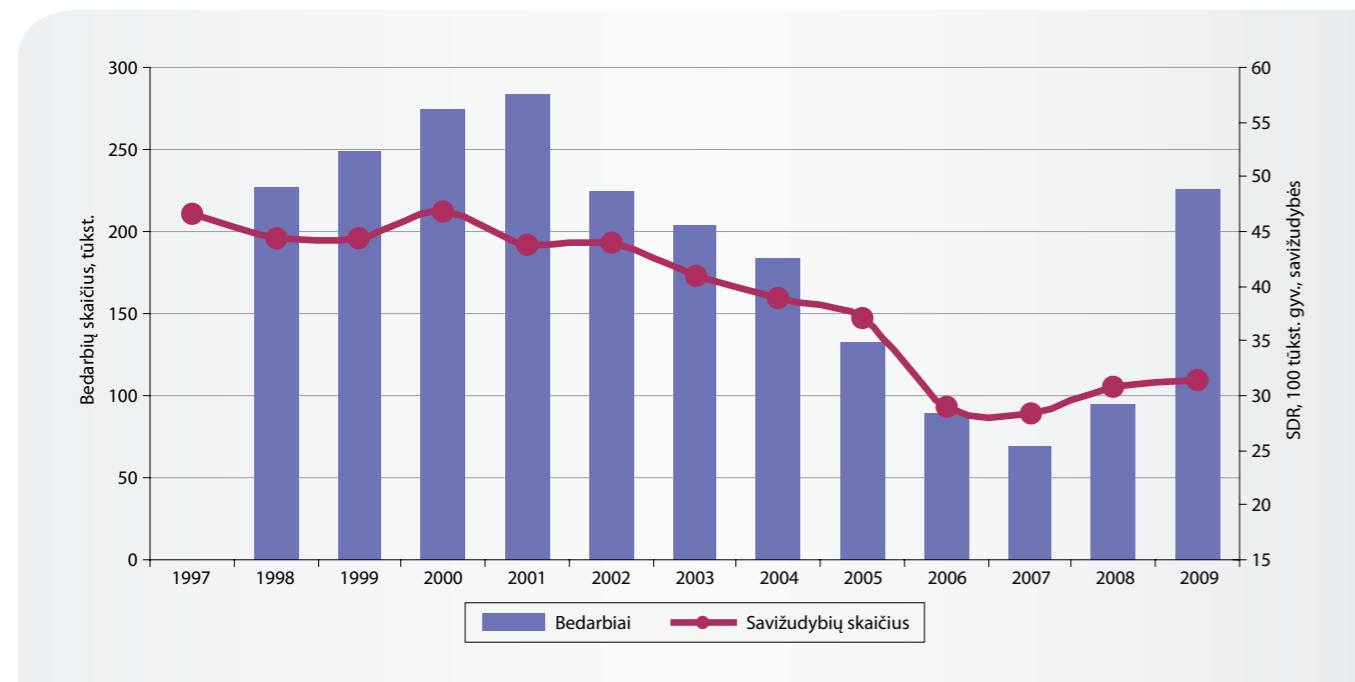
Šaltinis: PSO



Savižudybių skaičius glaudžiai siejasi su socialinės apsaugos dalykais, bedarbyste.

Bedarbių ir savižudybių skaičiaus palyginimas Lietuvoje

Šaltiniai: PSO, Statistikos departamentas



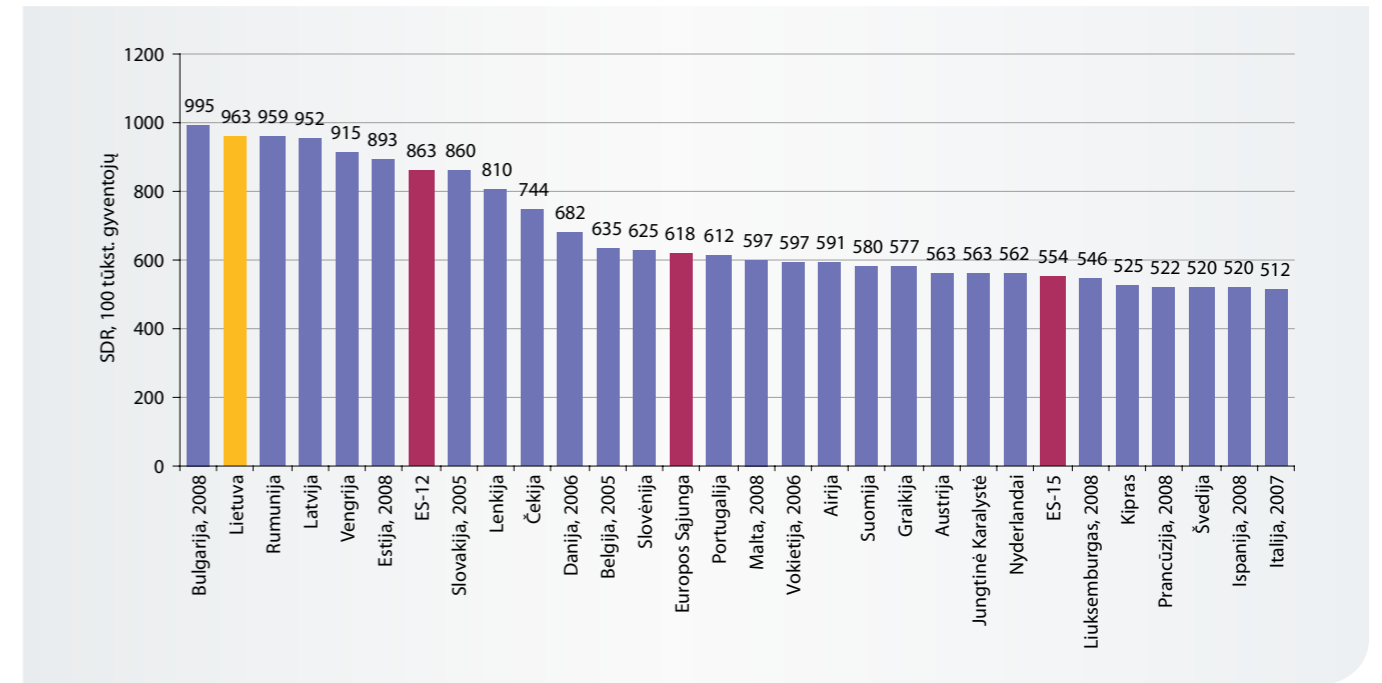
Visos mirties priežastys

2009 metais Lietuvoje mirtingumo dėl visų mirties priežasčių rodiklis ne tik viršijo naujųjų ES šalių vidurkį, bet buvo vienas iš didžiausių tarp visų ES ša-

lių – 963/100 000 gyventojų (tik Bulgarijoje šis rodiklis aukštesnis). Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2010 metais Lietuvoje mirė 42 120 asmenų.

SDR, 100 tūkst. gyventojų. Visos mirties priežastys. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis: PSO

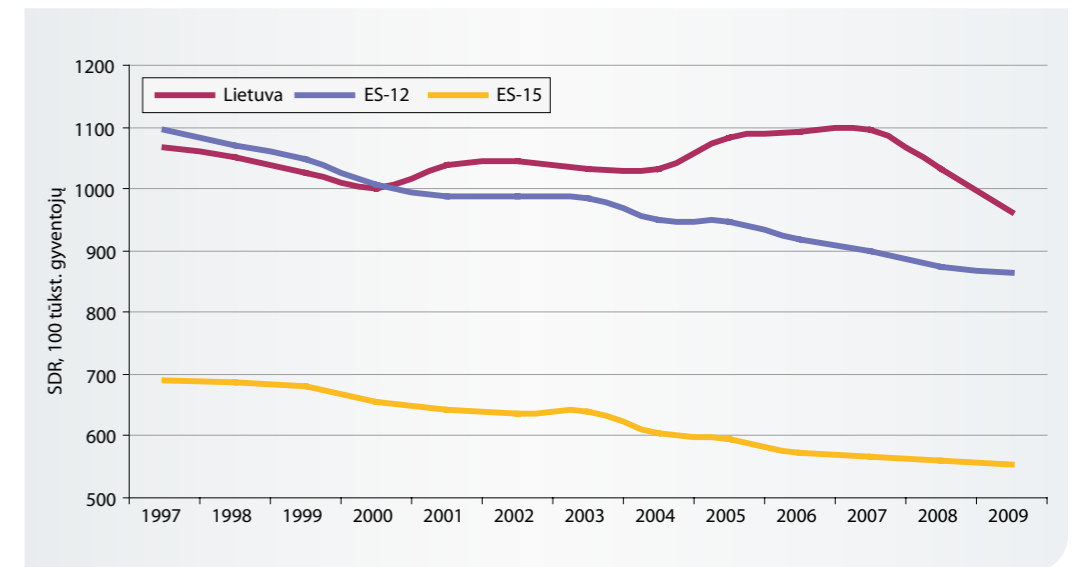


Reikia pastebėti, kad bendrojo standartizuoto mirtingumo rodikliai Lietuvoje ne tik blogiausi ES, bet ir šio rodiklio kitimas, palyginti su ES šalimis, labai skiriasi. Skirtingai nei ES, kur standartizuoto mirtingumo

mažėjimas stebimas jau ilgą laiką, Lietuvoje šis rodiklis pradėjo augti nuo 2001 metų ir 2007 metais pasiekė reikšmę 1095/100 000 gyventojų. Tik nuo 2008 metų mirtingumo rodikliai Lietuvoje pradėjo mažėti.

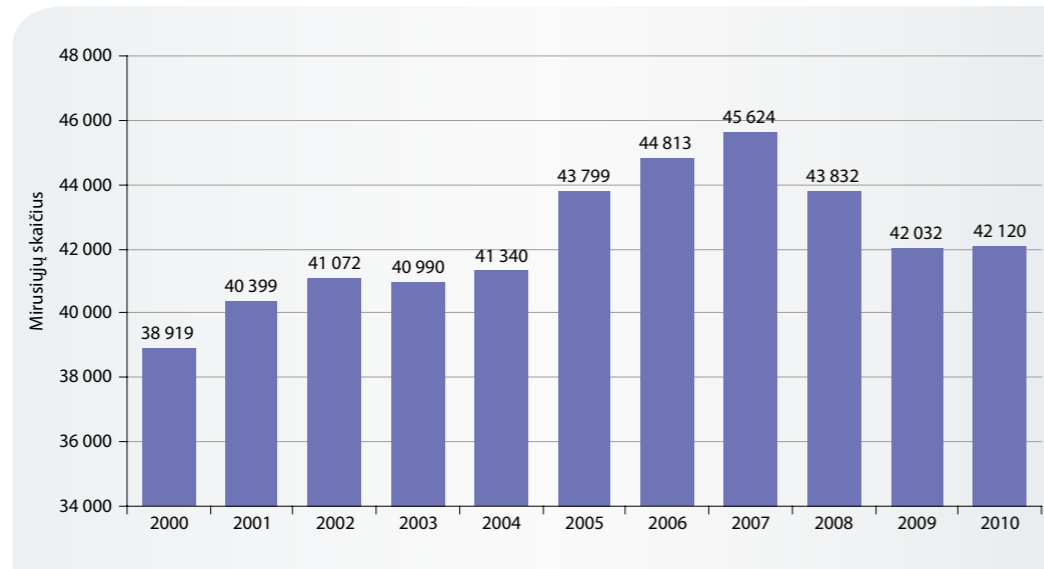
SDR, 100 tūkst. gyventojų. Visos mirties priežastys. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis: PSO



Mirusiųjų skaičius. Visos mirties priežastys

Šaltinis. Statistikos departamentas



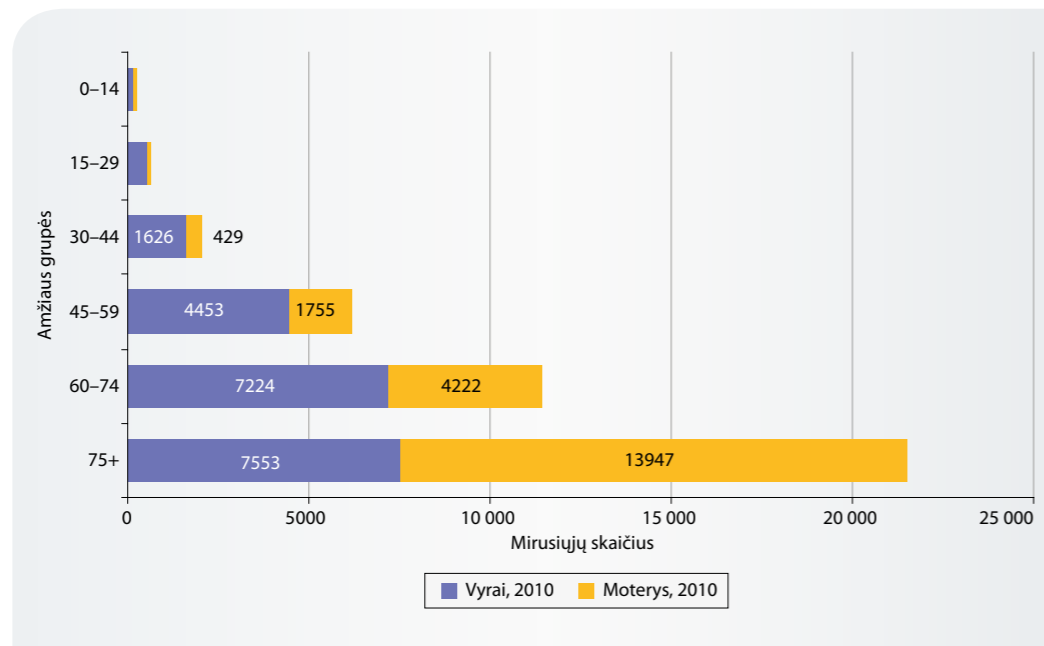
Šioje dalyje apžvelgsime tik pačius rodiklius, nesigilindami į priežastis, kurios galėjo lemti mirtingumo ir sergamumo augimą Lietuvoje.

Kaip galima matyti iš žemiau pateikto paveikslo, bendrojo mirtingumo rodikliai smarkiai skiriasi ne tik

pagal amžiaus grupes, bet ir pagal lytį. Apie du trečdaliai Lietuvos vyrų miršta nesulaukę 75 metų amžiaus (13 983 mirusieji, 2010 m.), o dauguma moterų miršta vyresnės nei 74 metų (13 947 mirusiosios, 2010 m.).

Mirusieji pagal amžių ir lytį

Šaltinis. Statistikos departamentas

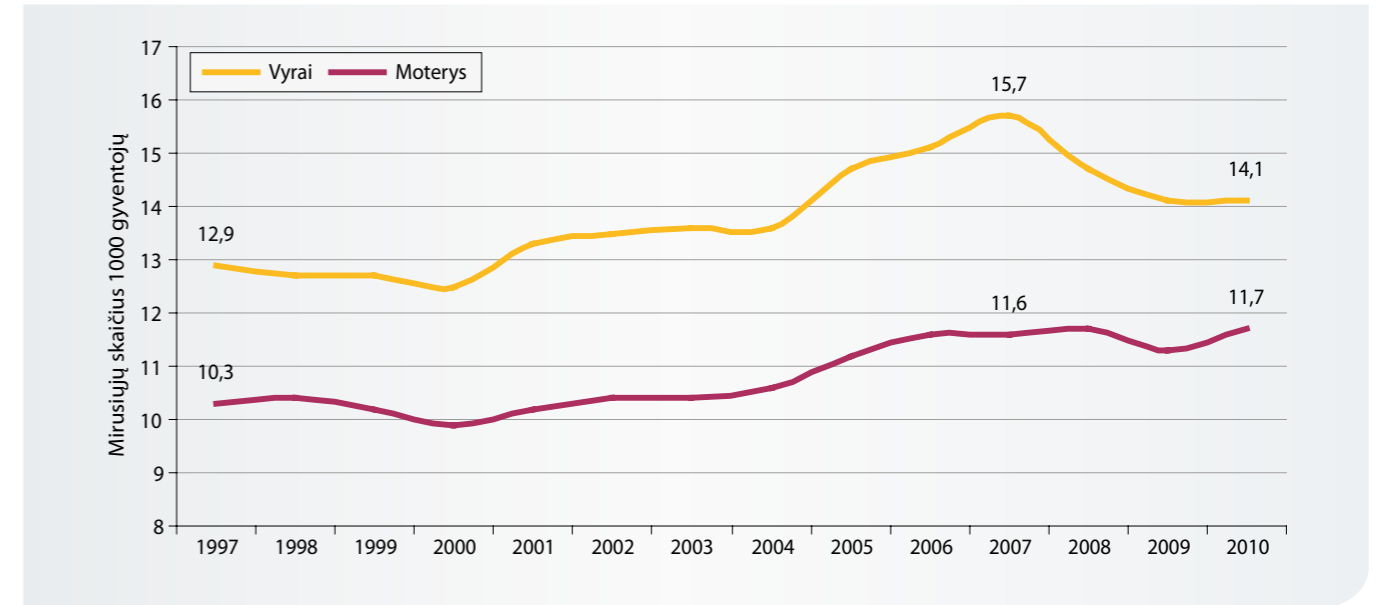


Vyrų ir moterų mirtingumo rodiklių skirtumas per 1997–2010 metus praktiškai nesumažėjo (skirtumas apie 2,5/1000 gyventojų), o 2007 metais mirtingumo

rodiklių skirtumas buvo išaugęs net iki 4,1/1000 gyventojų.

Mirusiųjų skaičius pagal lytį, 1000 gyventojų

Šaltinis. Statistikos departamentas

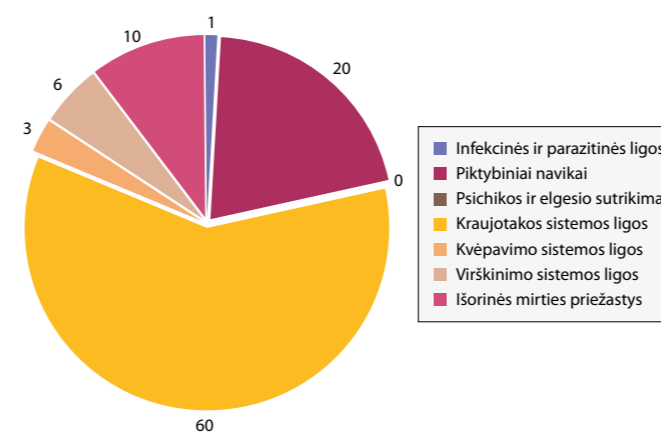


2010 metais daugiau kaip trys ketvirtadaliai mirusiųjų buvo vyresnio nei 60 metų amžiaus. Pagrindinės mirties priežastys: kraujotakos sistemos ligos – 60 proc. visų mirties priežasčių, piktybiniai navikai – 20 proc., išorinės mirties priežastys – apie 10 proc., virškinimo sistemos ligos – 6 proc. Lietuvoje nuo 2003 metų virškinimo sistemos ligos tapo dažnesne žmonių mirties priežastimi nei kvėpavimo sistemos ligos. Iki šio laiko-

tarpio Lietuvoje kvėpavimo sistemos ligos buvo ketvirtoje vietoje pagal mirusiųjų skaičių, lyginant su kitomis mirties priežastimis; pagal PSO duomenis, visoje ES kvėpavimo sistemos ligos buvo ir išlieka ketvirta pagal mirusiųjų skaičių mirties priežastis. Tik naujosiose ES šalyse mirtingumo dėl kvėpavimo ir virškinimo sistemos ligų rodikliai yra panašūs.

Mirtingumo struktūra pagal mirties priežastis, 2010 m.

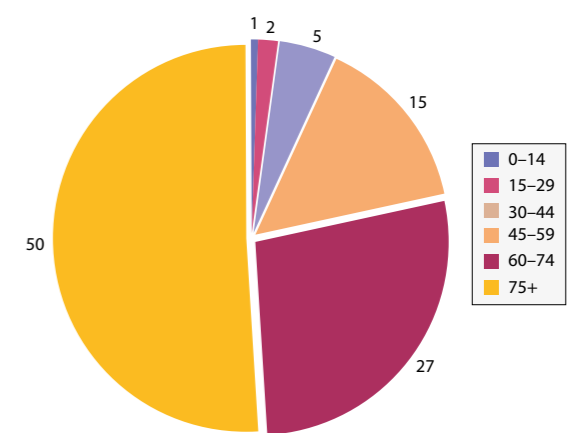
Šaltinis. Statistikos departamentas



Du trečdaliai mirusiųjų nuo kraujotakos sistemos ligų miršta būdami vyresnio nei 74 metų amžiaus, trys ketvirtadaliai mirusiųjų nuo piktybinių navikų miršta

Mirtingumo struktūra pagal amžių, 2010 m.

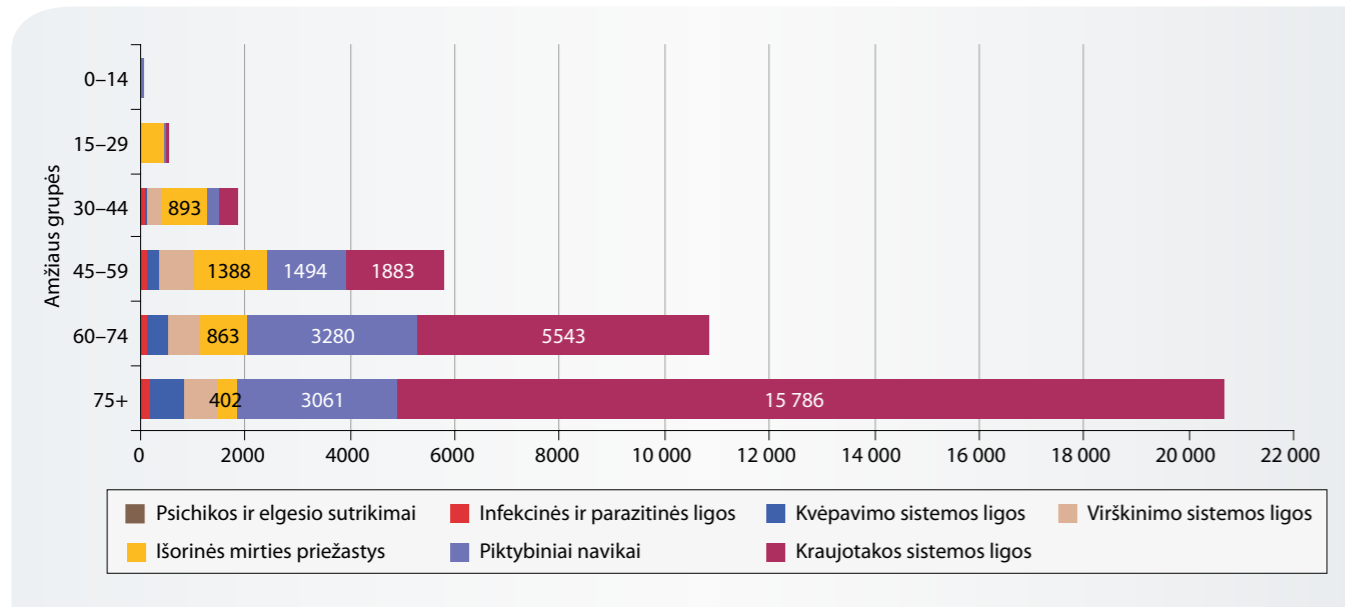
Šaltinis. Statistikos departamentas



būdami vyresni nei 60 metų, beveik 70 proc. mirusiųjų dėl išorinių mirties priežasčių miršta nesulaukę 60 metų amžiaus.

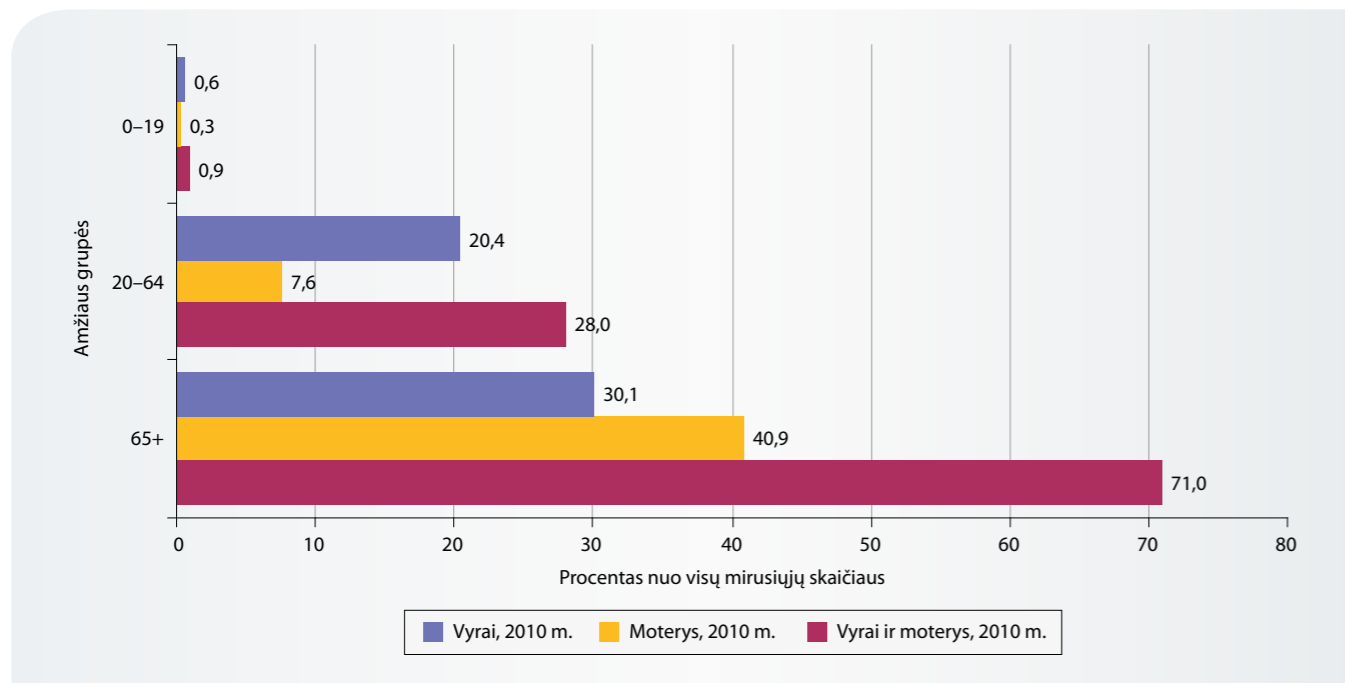
Mirusiųjų skaičius pagal amžių ir mirties priežastis

Šaltinis. Statistikos departamentas



Darbingo ir nedarbingo amžiaus mirusiųjų skaičius

Šaltinis. Statistikos departamentas



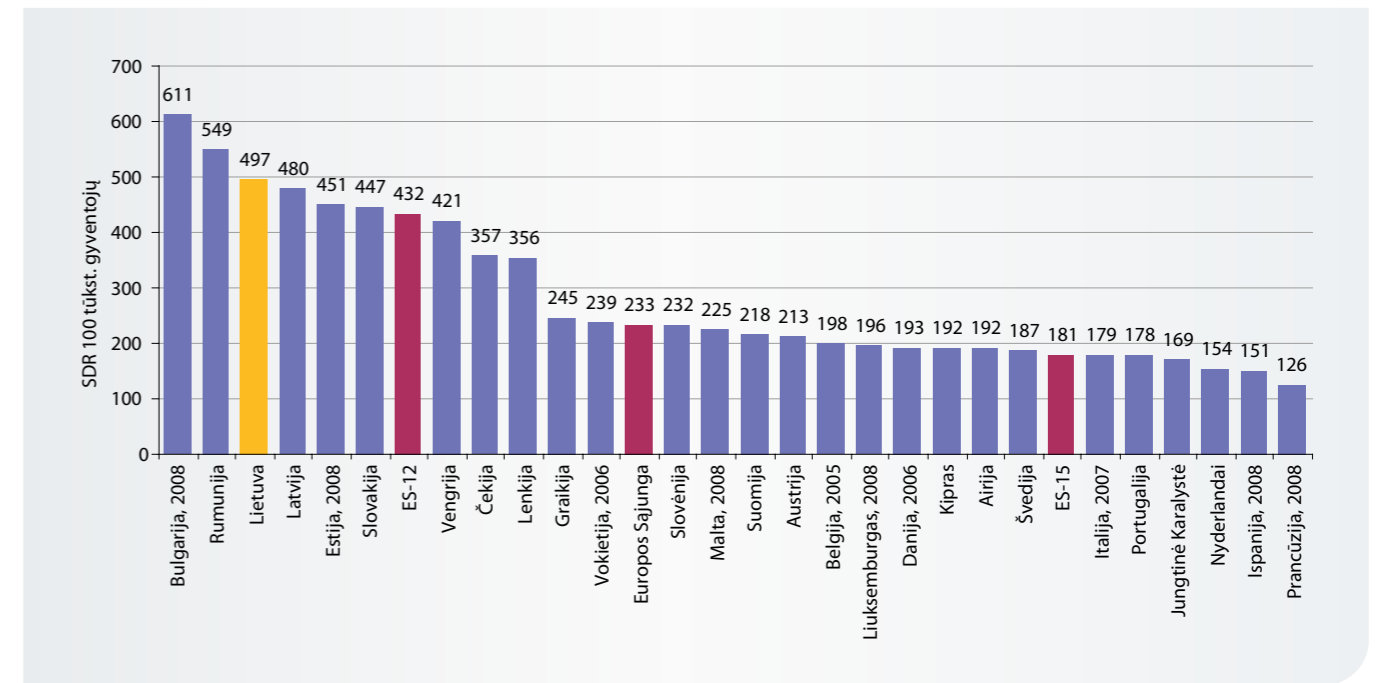
Kraujotakos sistemos ligos

Kraujotakos sistemos ligos buvo ir tebėra pagrindinė Lietuvos, taip pat ir kitų ES šalių žmonių mirties priežastis. 2009 metais standartizuoto mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis Lietuvoje buvo vienas iš blogiausių ES (blogesnė situacija tik Rumunijoje ir Bulgarijoje).

Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2010 metais Lietuvoje nuo kraujotakos sistemos ligų mirė 23 627 asmenys (56,1 proc. visų mirusiųjų).

SDR, 100 tūkst. gyventojų. Kraujotakos sistemos ligos. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. PSO

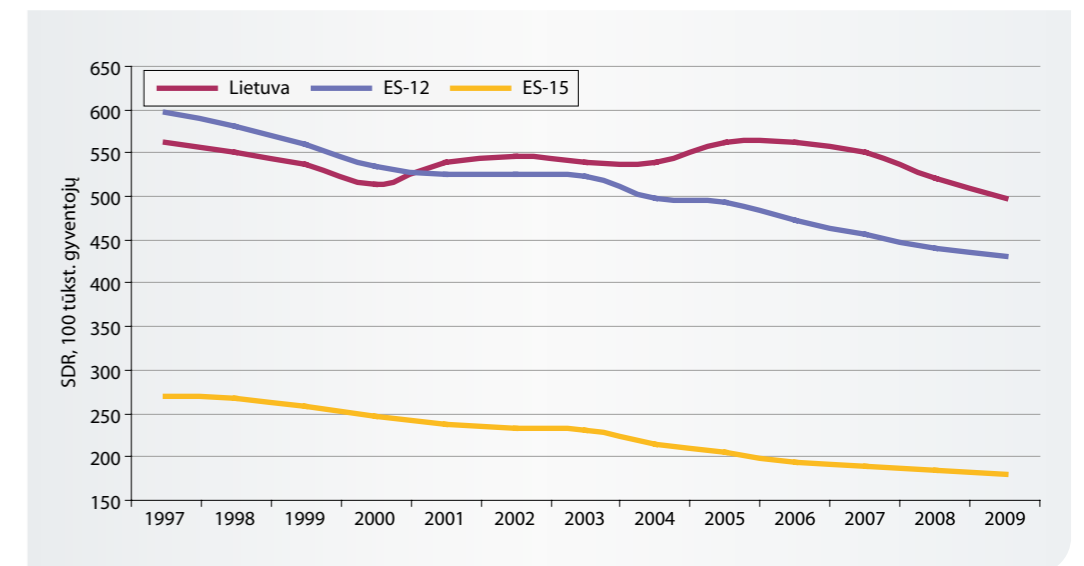


Nors standartizuoto mirtingumo rodiklis per 1997–2009 metų laikotarpį beveik nepakito, tačiau gyventojų

mirtingumas, perskaičius 100 tūkst. gyventojų, beveik visą aptariamąjį laikotarpį (iki 2008 m.) augo.

SDR, 100 tūkst. gyventojų. Kraujotakos sistemos ligos. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis. PSO

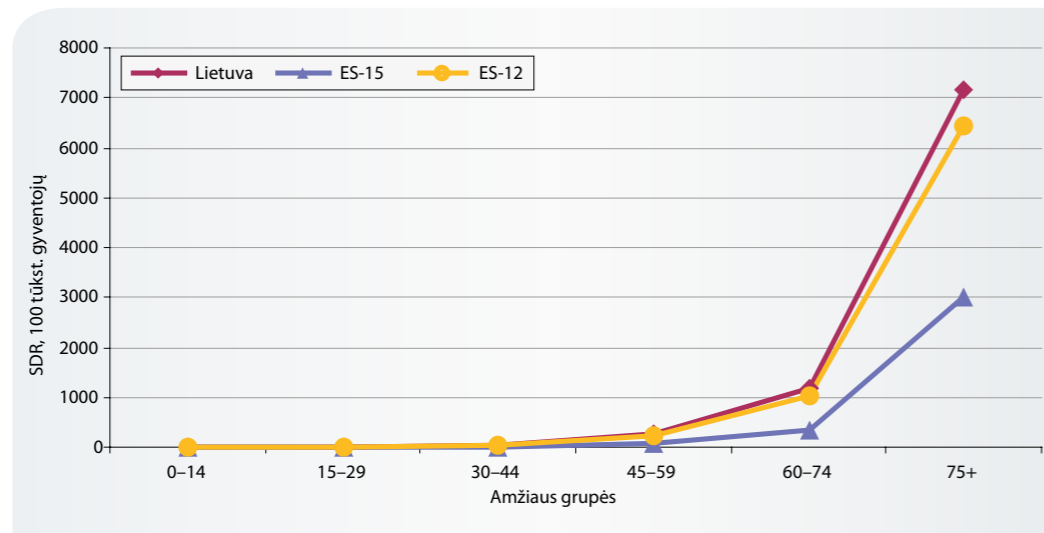


Mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų dinamika iš esmės atkartoja vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės dinamikos ciklą (1997–2000 m. ir 2008–2009 m. rodikliai gerėja, 2001–2003 m. – nesikeičia, o 2004–2007 m. – blogėja). Lietuvos gyventojų mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų tendencija smarkiai skyrėsi nuo ES šalių vidurkio, skirtumas tarp Lietuvos ir ES-27, ES-15, ar ES-12 šalių mirtingumo rodiklių nuolat didėjo Lietuvos nenaudai.

Didžioji sergančių kraujotakos sistemos ligomis gyventojų dalis yra vyresni nei 45 metų, o daugiau nei

75 proc. mirusiųjų dėl šios ligos yra vyresni nei 60 metų. Galima matyti, kad pagal amžiaus grupes Lietuvos standartizuoto mirtingumo rodikliai yra panašūs į ES-12 šalių vidutinius rodiklius, tačiau Lietuvos ir ES-15 šalių šio rodiklio skirtumai gana dideli. Lietuvos mirtingumo dėl šios ligos rodikliai ES-15 šalių vidurkį daugiausiai viršija 30–44 m. amžiaus grupėje, o daugiausiai miršta vyresni nei 74 metų amžiaus asmenys. Šioje amžiaus grupėje mirusiųjų dėl kraujotakos sistemos ligų Lietuvos rodiklis beveik 2,4 kartus viršija atitinkamą vidutinį ES-15 šalių rodiklį.

SDR, 100 tūkst. gyventojų, pagal amžiaus grupes. Kraujotakos sistemos ligos, 2009



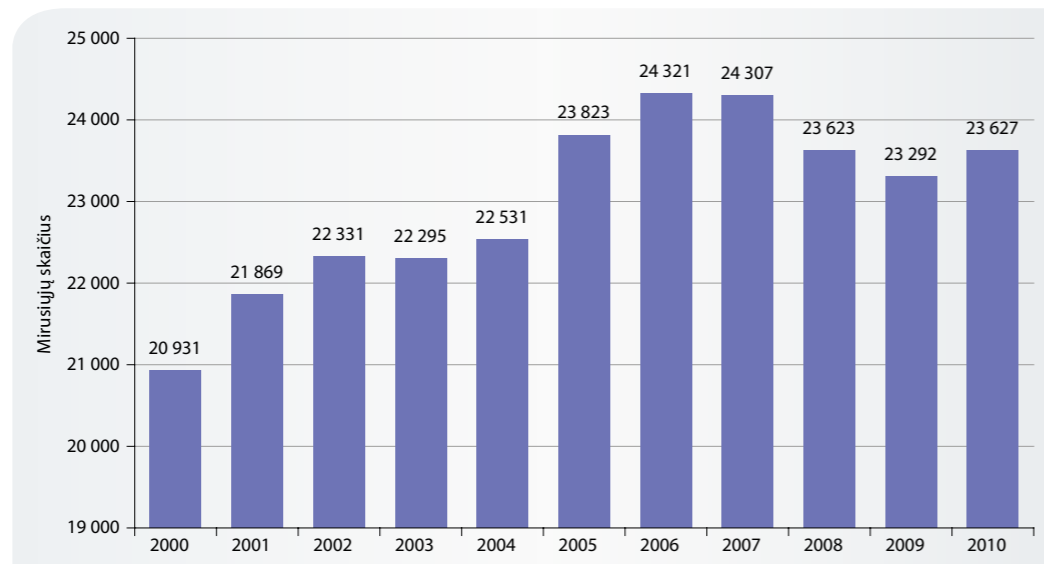
Šaltinis. PSO

Ekspertų vertinimu, kraujotakos ligos lemia apie ketvirtadalį pirminio suaugusiųjų neįgalumo atvejų ir yra dažna nedarbingumo ir su juo susijusių ekonominių nuostolių priežastis. Lietuvoje širdies ir kraujagyslių ligomis serga daugiau nei 20 procentų suaugusiųjų. Vertinant tiek pagal absoliučius, tiek santykinus rodiklius,

Lietuvoje hospitalizacijos dažnis dėl kraujotakos ligų yra vienas didžiausių Europoje.

Tikėtinos žymaus mirtingumo augimo 2005–2007 metais priežastys: alkoholio vartojimo ir socialinės-ekonominės nelygybės augimas, atsvaris.

Mirusiųjų skaičius. Kraujotakos sistemos ligos



Šaltinis. Statistikos departamentas

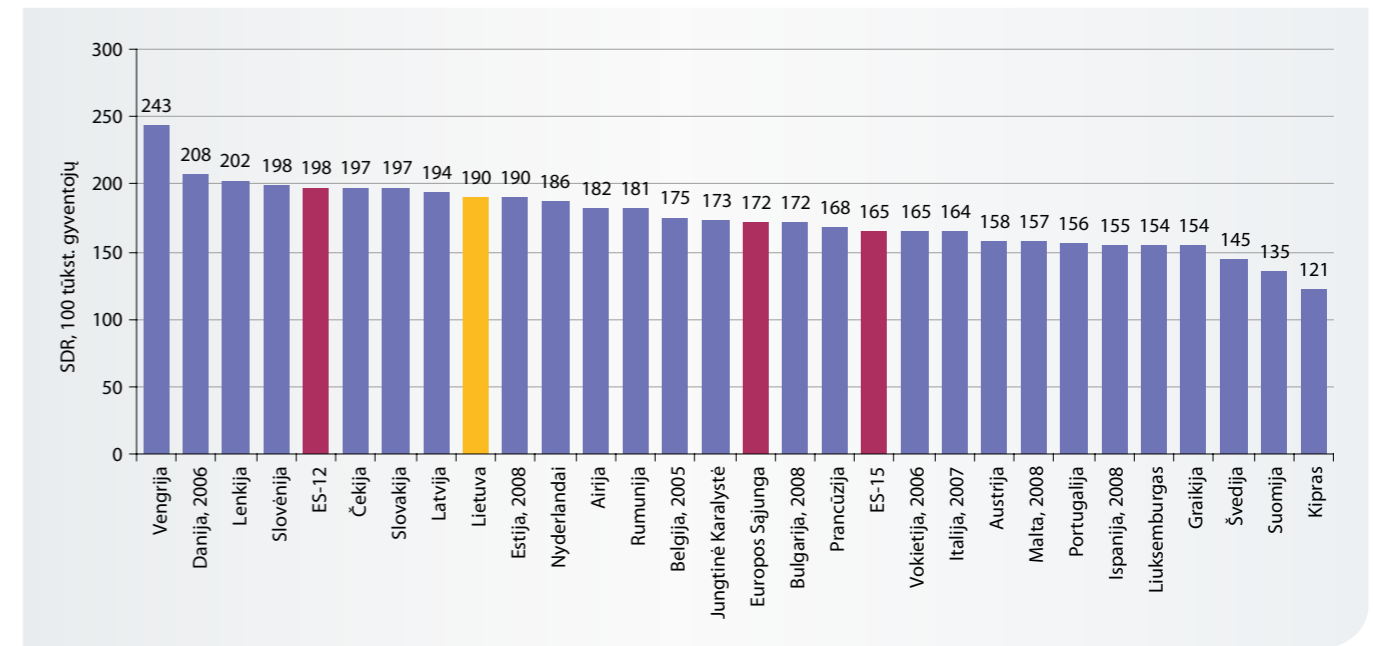
Onkologinės ligos

Piktybiniais navikams tenka antroji vieta tarp mirties priežasčių. Daugiausiai mirštama nuo plaučių, storosios žarnos, skrandžio, krūties vėžio. 2009 metais Lietuvoje standartizuoto mirtingumo dėl onkologinių ligų rodiklis buvo mažesnis už ES-12 šalių šio rodiklio

vidurkį, bet didesnis už ES-15 šalių vidurkį. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje 2010 metais nuo piktybinių navikų mirė 8110 asmenų (19,3 proc. visų mirusiųjų).

SDR, 100 tūkst. gyventojų. Onkologinės ligos. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. PSO

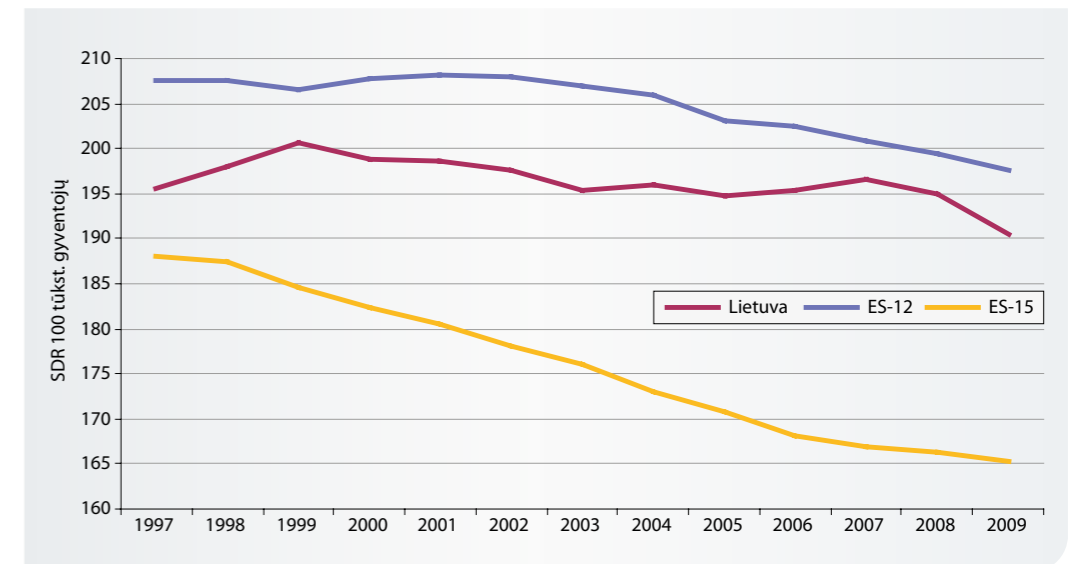


Mirtingumo nuo onkologinių ligų tendencija Lietuvoje šiek tiek skyrėsi nuo vidutinės ES-12 šalių rodiklių kitimo tendencijos (ypač 2006–2008 m.) ir gana smar-

kiai – nuo ES-15 šalių. Skirtumas tarp Lietuvos ir ES-15 mirtingumo rodiklių nuolat didėjo Lietuvos nenaudai.

SDR, 100 tūkst. gyventojų. Onkologinės ligos. Palyginimas su ES šalimis

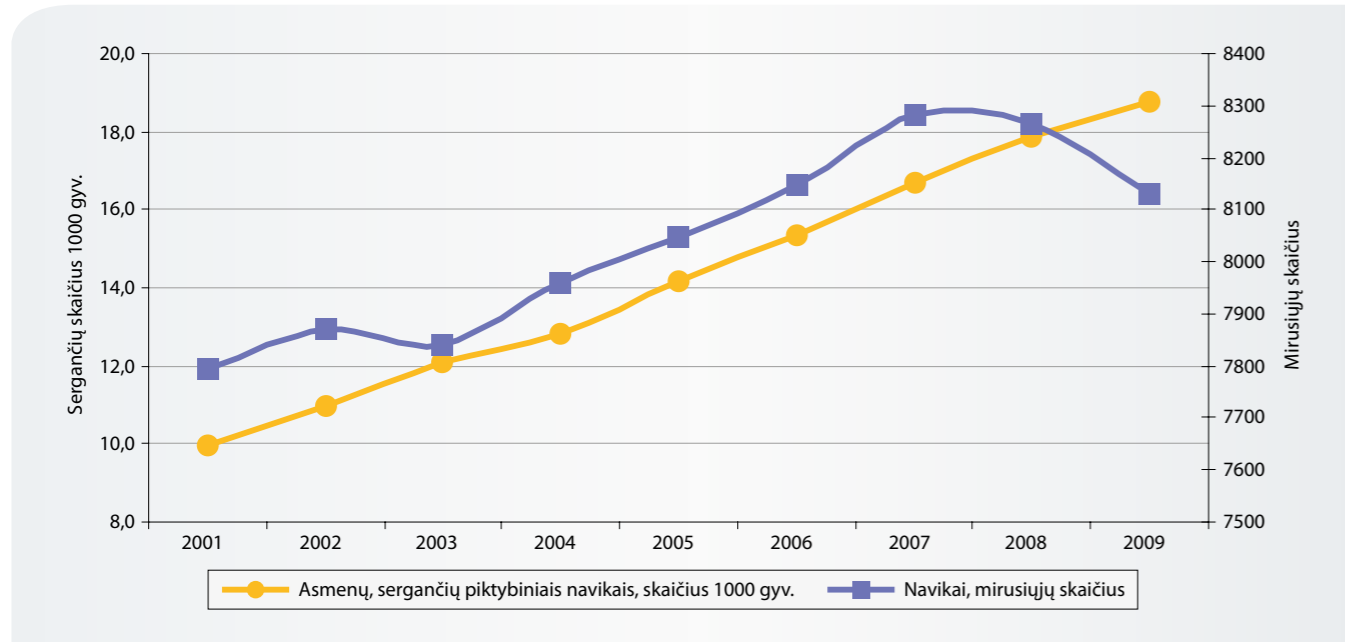
Šaltinis. PSO



1997–2008 metais nuolat augo ir sergančiųjų onkologinėmis ligomis, ir mirusių nuo šių ligų skaičius; nuo 2008 metų mirtingumo rodiklis stabilizavosi ir pradėjo mažėti, o sergamumo – augo.

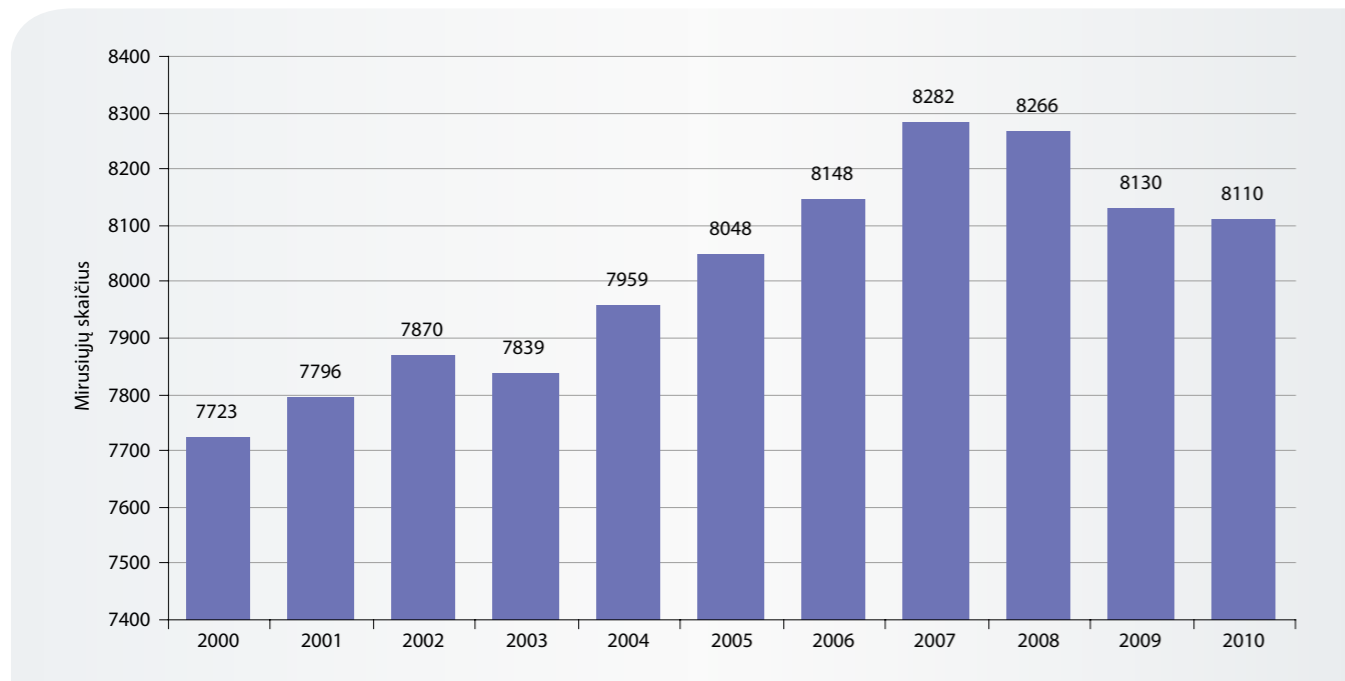
Asmenų, sergančių ir mirusiųjų nuo piktybinių navikų, skaičius

Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, PSO



Mirusiųjų skaičius. Piktybiniai navikai

Šaltinis: Statistikos departamentas



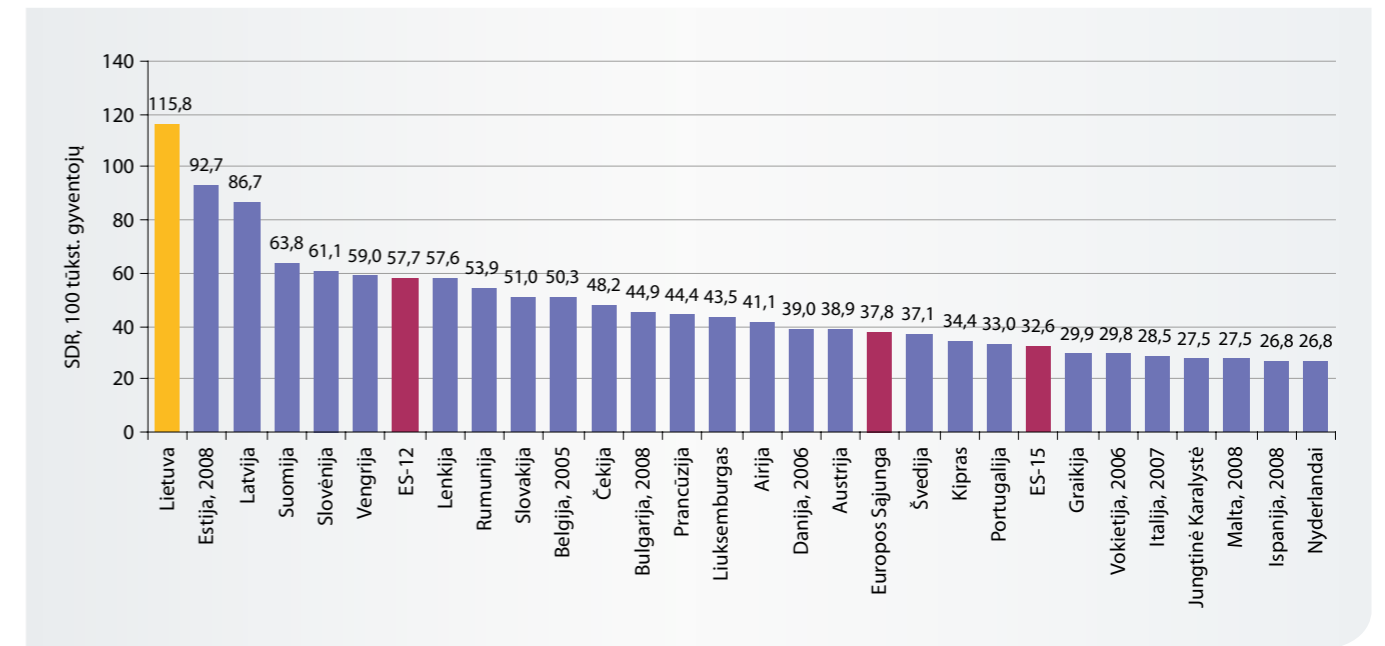
Išorinės mirties priežastys

1997–2009 metų laikotarpiu Lietuvoje stebima standartizuoto mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodiklio mažėjimo tendencija, tačiau per visą šį laikotarpį atsilikimas nuo ES šalių nesumažėjo. 2009 m. standartizuoto mirtingumo dėl išorinių mirties prie-

žasčių rodiklis Lietuvoje buvo pats blogiausias Europos Sąjungoje. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2010 metais Lietuvoje dėl išorinių mirties priežasčių mirė 4045 asmenys.

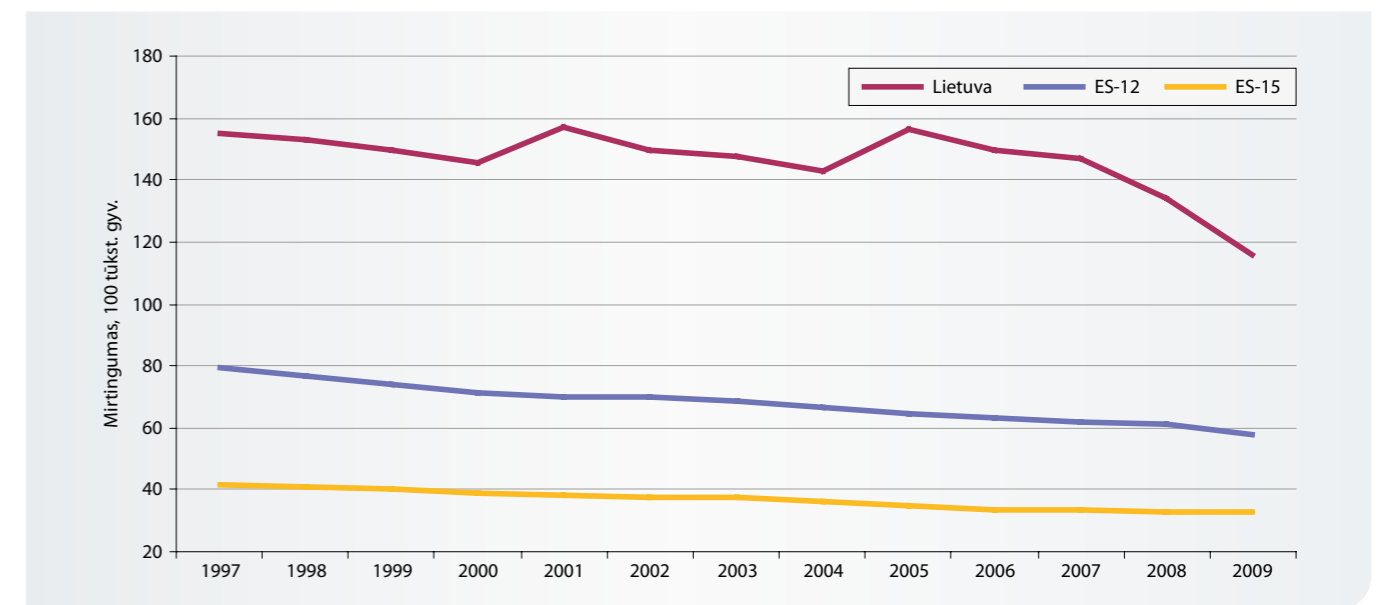
SDR, 100 tūkst. gyventojų. Išorinės mirties priežastys. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis: PSO



SDR, 100 tūkst. gyventojų. Išorinės mirties priežastys. Palyginimas su ES šalimis

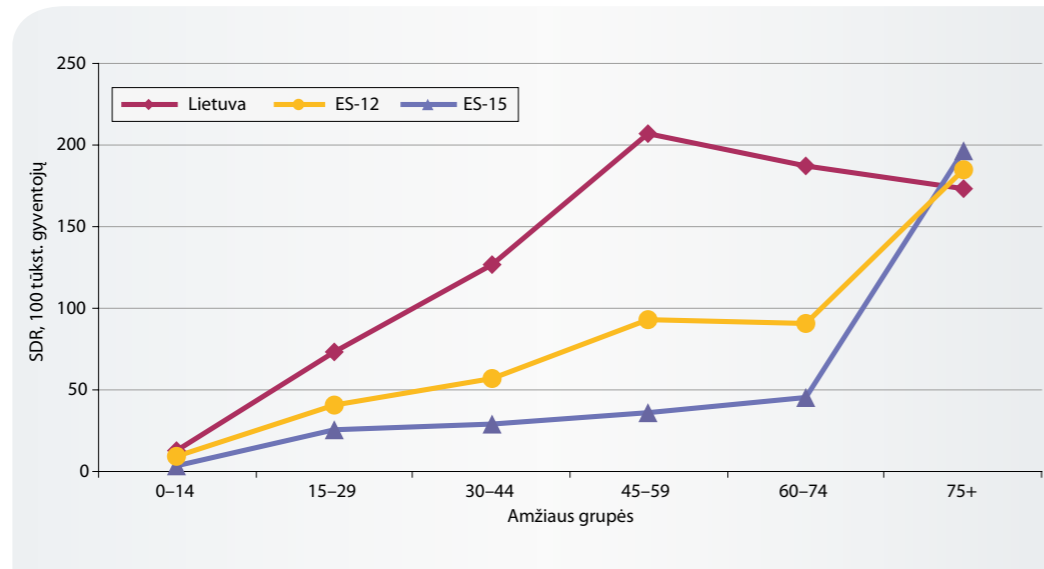
Šaltinis: PSO



2010 metais išorinių mirties priežasčių grupėje didžiausią mirčių dalį sudarė savižudybės (1018 atvejų), toliau – mirtys dėl intensyvaus natūralaus šalčio poveikio (389 atvejai), mirtys dėl traumų transporto įvykiuose (372 atvejai), atsitiktiniai nusinuodijimai alkoholiu (310 atvejų), nukritimai (305 atvejai) ir atsitiktiniai paskendimai (319 atvejų).

Reikia pastebėti, kad Lietuvoje mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių smarkiai skiriasi nuo ES šalių ne tik mirčių skaičiumi, bet ir pagal mirusiųjų amžiaus struktūrą. Skirtingai nuo ES šalių vidurkių, Lietuvoje dėl šios priežasties daugiausiai prarandama gyvybių 30–74 metų amžiaus grupėje, o traumas dažniausiai patiria asmenys, esantys amžiaus grupėje iki 65 metų. Lietuvoje 90 proc. mirusiųjų dėl išorinių mirties priežasčių miršta nesulaukę 75 metų.

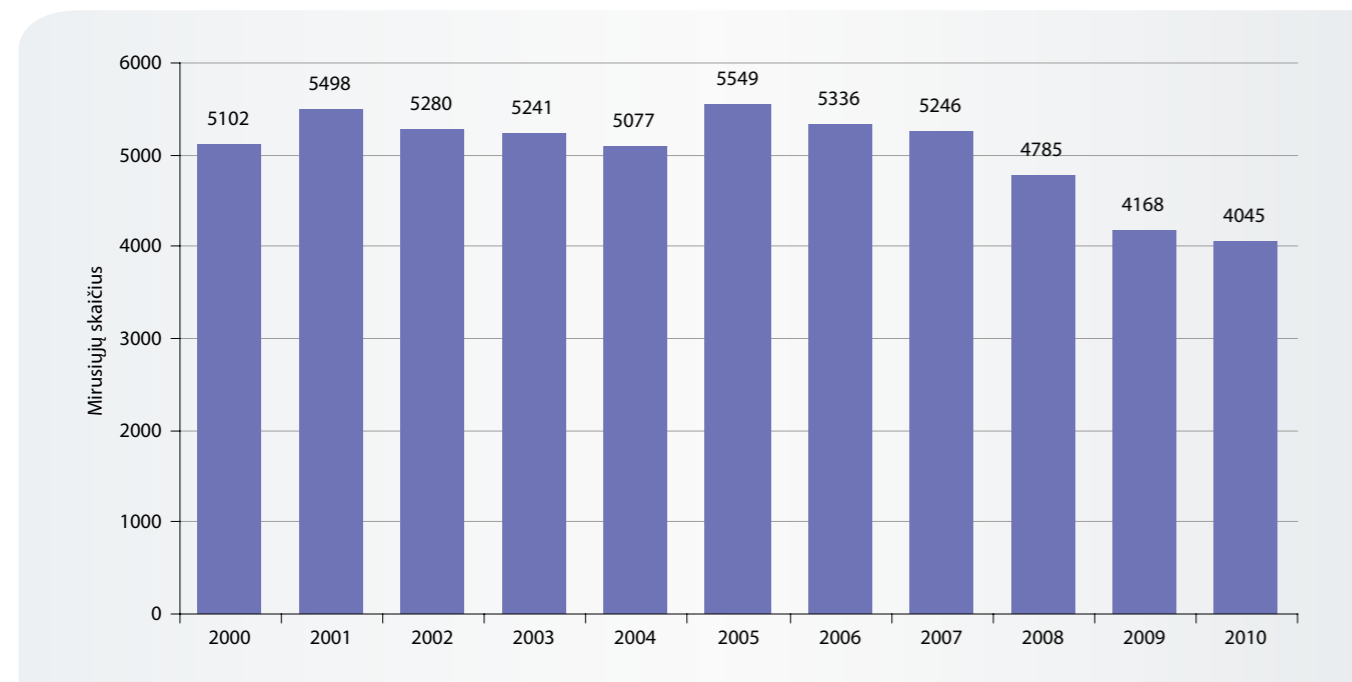
SDR, 100 tūkst. gyventojų, pagal amžiaus grupes. Išorinės mirties priežastys, 2009



Šaltinis. PSO

Mirusiųjų skaičius. Išorinės mirties priežastys

Šaltinis. Statistikos departamentas

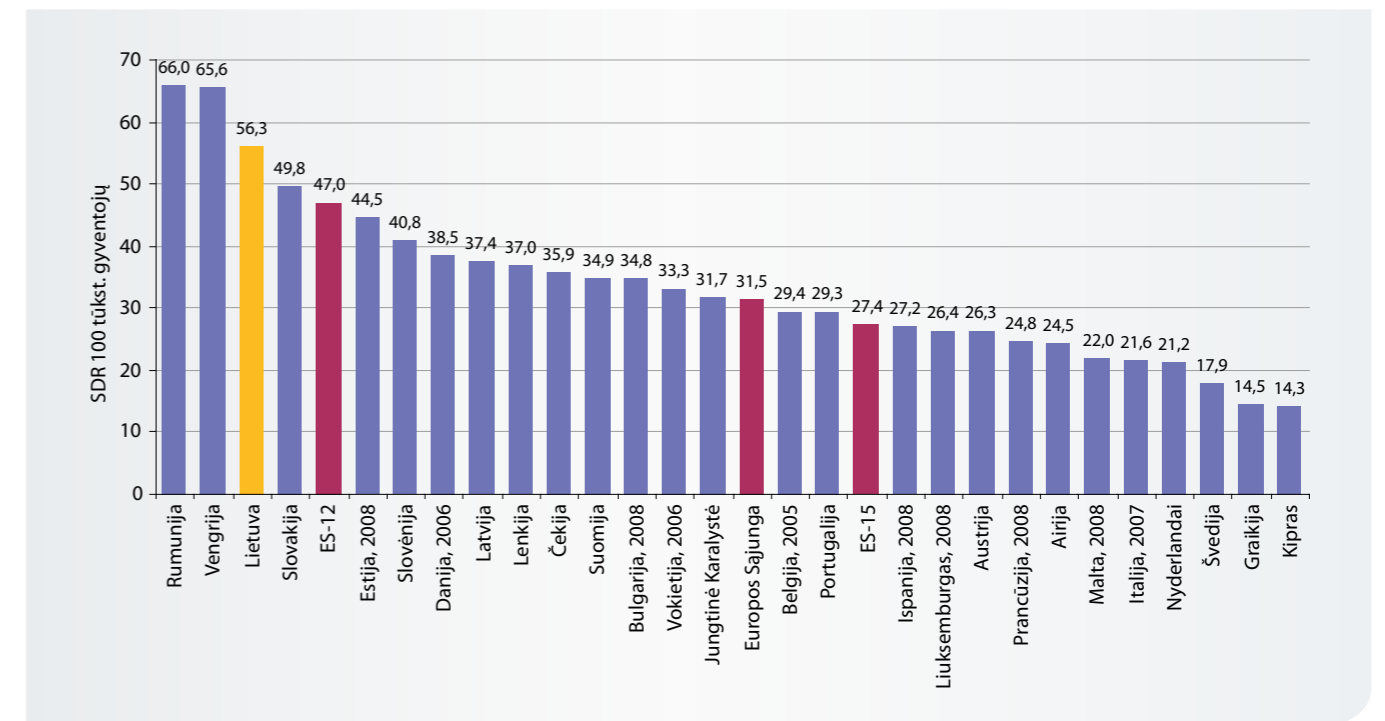


Virškinimo sistemos ligos

Kaip jau minėta, pastaraisiais metais Lietuvos žmonių mirtingumo dėl tam tikrų ligų struktūroje mirtingumas dėl virškinimo sistemos ligų aplenkė mirtingumą dėl kvėpavimo sistemos ligų ir įsitvirtino ketvirtojoje pozicijoje. Dauguma mirčių dėl virškinimo sistemos ligų yra išvengiamos. 2009 metais Lietuvoje standartizuoto mirtingumo dėl virškinimo sistemos ligų rodiklis tarp visų ES šalių buvo trečias nuo galo (situacija blogesnė tik Rumunijoje ir Vengrijoje). 1997–2009 metais Lietuvoje mirusiųjų dėl virškinimo ligų skaičius išaugo 1,8 karto ir 2009 metais beveik 20 proc. viršijo ES-12 šalių vidurkį. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2010 metais Lietuvoje nuo virškinimo sistemos ligų mirė 2217 žmonių.

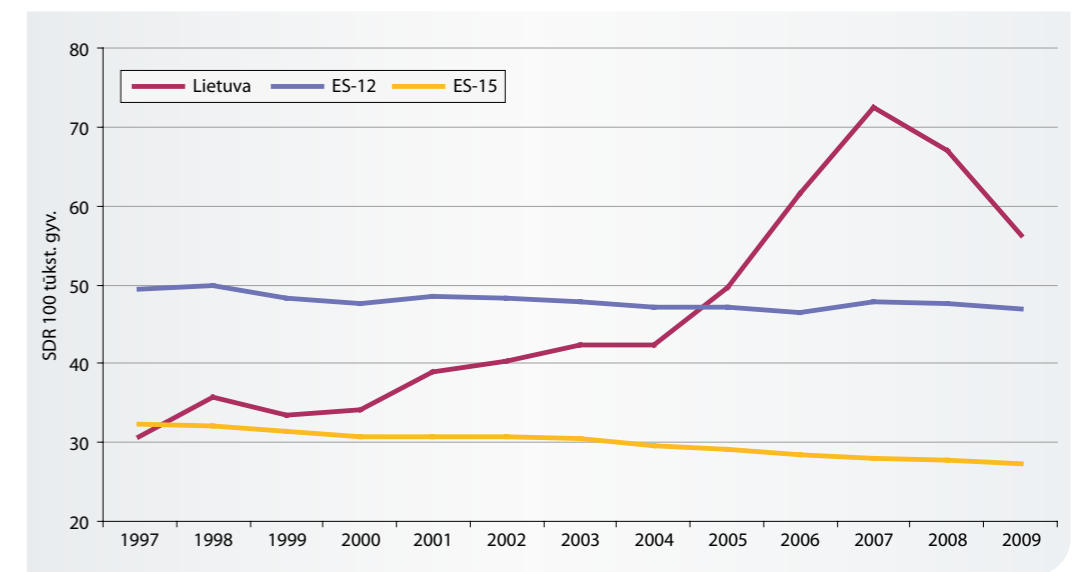
SDR, 100 tūkst. gyventojų. Virškinimo sistemos ligos. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. PSO



SDR, 100 tūkst. gyventojų. Virškinimo sistemos ligos. Palyginimas su ES šalimis

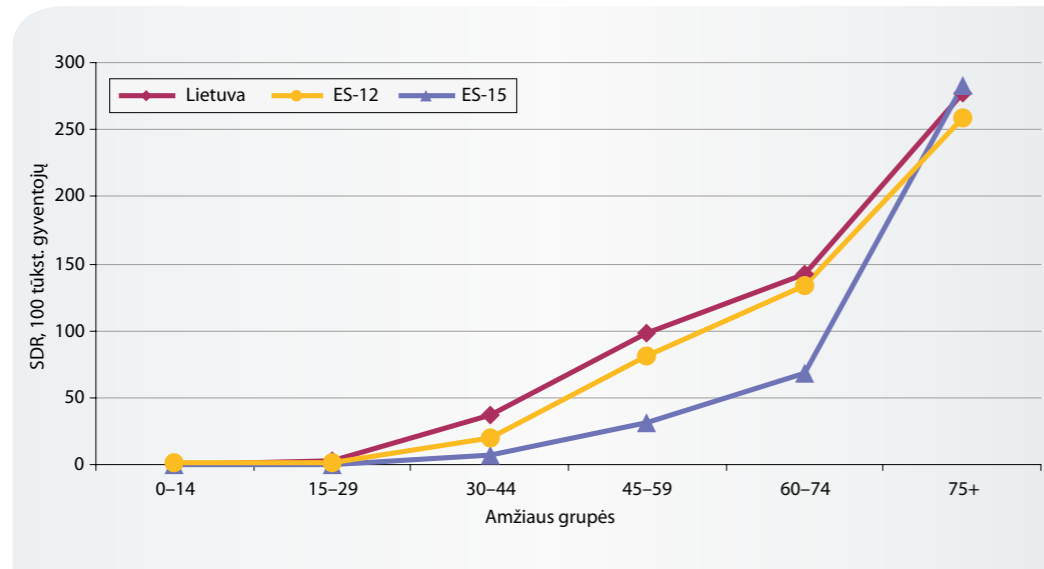
Šaltinis. PSO



Reikia pastebėti, kad mirtingumas nuo virškinimo sistemos ligų smarkiai skiriasi nuo vidutinio ES-15 šalių rodiklio ne tik mirčių skaičiumi, bet ir pagal mirusiųjų amžiaus struktūrą. Kaip matyti iš pateikto pa-

veikslo, skirtingai nuo ES-15 šalių vidurkio, Lietuvoje ir ES-12 šalyse dėl šios priežasties santykinai daug gyvųjų prarandama 40–74 metų amžiaus grupėje.

SDR, 100 tūkst. gyventojų, pagal amžiaus grupes. Virškinimo sistemos ligos, 2009



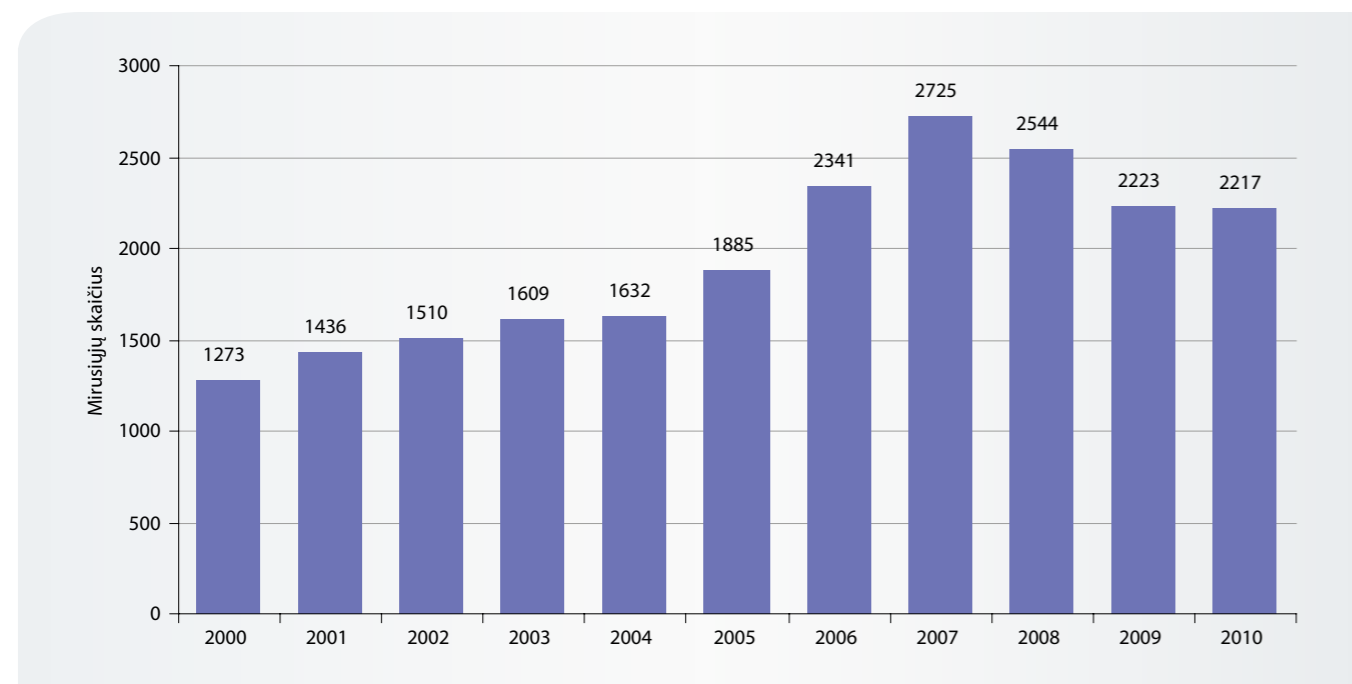
Šaltinis. PSO

Ligos, nuo kurių dažniausiai mirštama: skrandžio, dvylikapirštės žarnos ir pepsinės opos, alkoholinė kepenų liga, kepenų cirozė ir fibrozė. Mirtingumo nuo virškinimo sistemos ligų rodikliai gana stipriai kore-

liuoja su alkoholio vartojimo rodikliais, taip pat stebimas stiprus statistinis ryšys su vyrų antsvorio ir nutukimo rodikliais.

Mirusiųjų skaičius. Virškinimo sistemos ligos

Šaltinis. Statistikos departamentas



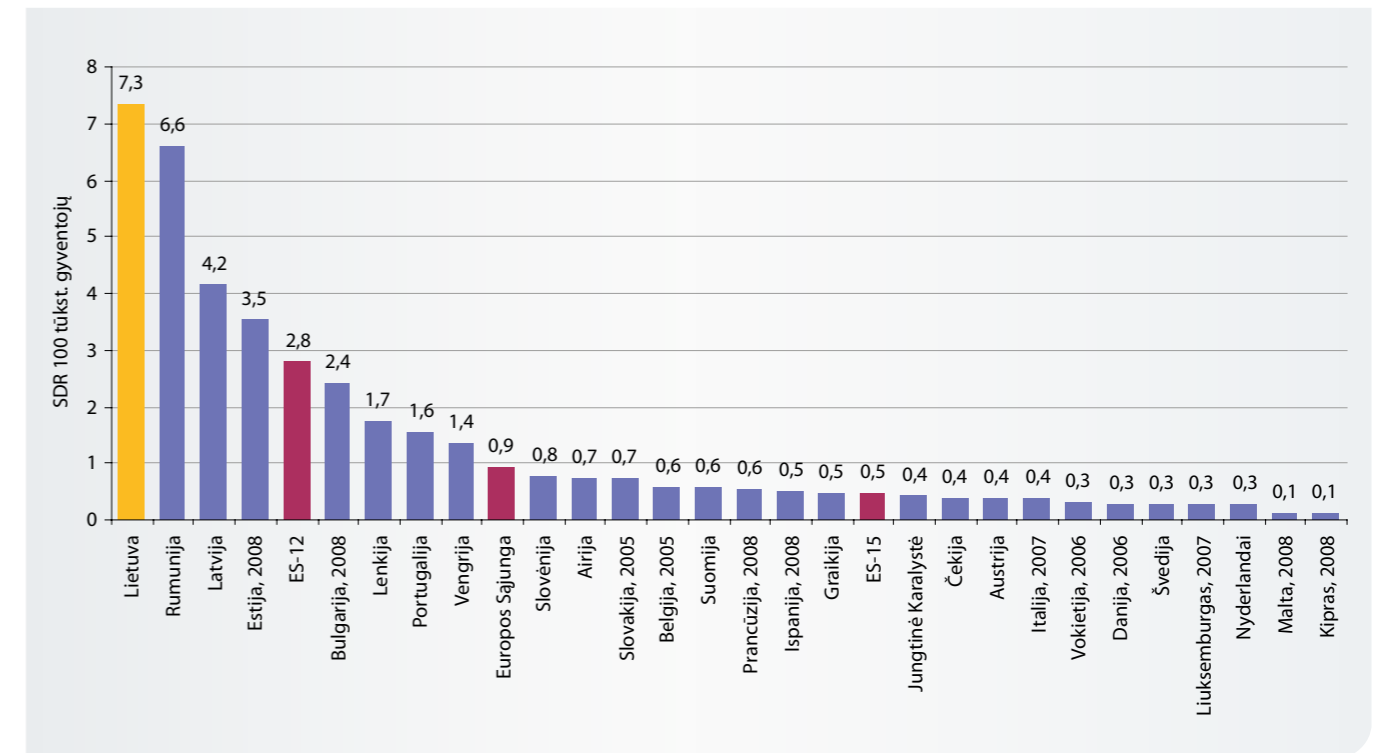
Tuberkuliozė

Lietuvoje per laikotarpį nuo 1997 iki 2009 metų pasisekė sumažinti standartizuotą mirtingumą nuo TB daugiau nei 37 proc. Tačiau Lietuvos standartizuoto mirtingumo nuo TBC rodikliai tebėra patys blogiausi tarp ES šalių ir atotrūkis nuo ES-15 šalių beveik visą ap-

tariamą laikotarpį didėjo, 2009 metais Lietuvos ir ES-15 rodiklių vidurkis skyrėsi daugiau nei 15 kartų. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2010 metais Lietuvoje nuo tuberkuliozės (be padarinių) mirė 220 asmenų.

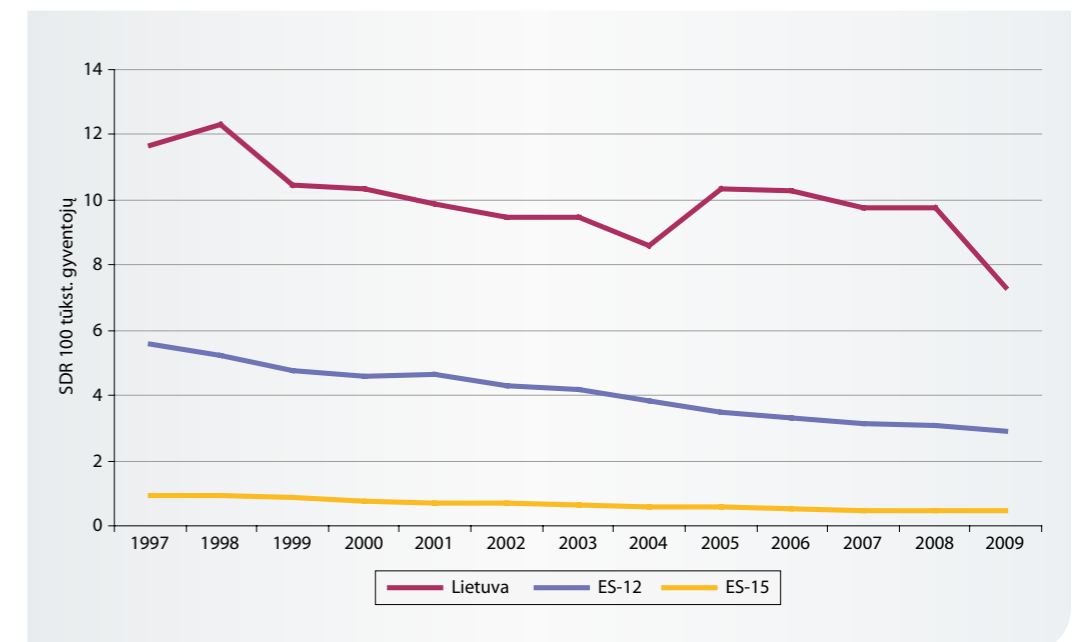
SDR, 100 tūkst. gyventojų. Tuberkuliozė. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. PSO



SDR, 100 tūkst. gyventojų. Tuberkuliozė. Palyginimas su ES šalimis

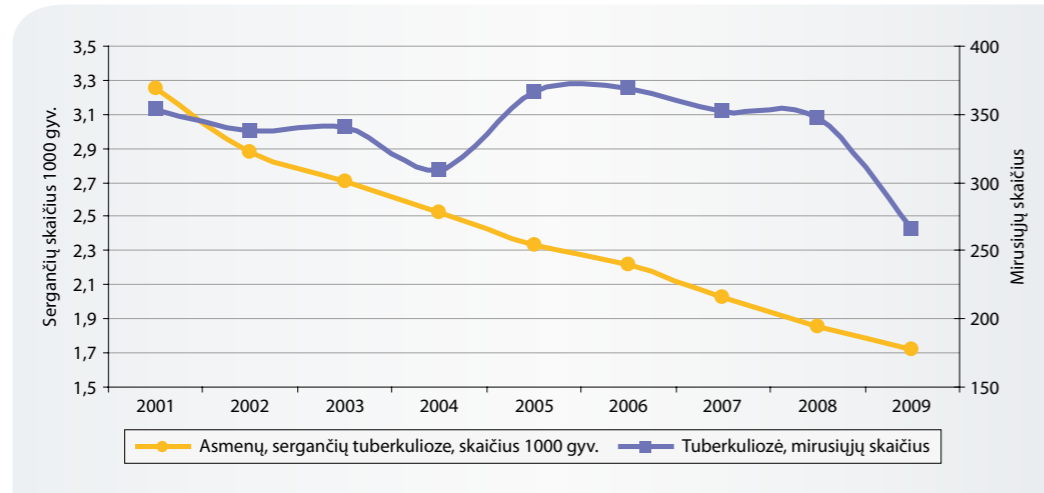
Šaltinis. PSO



2004–2008 metais pastebimai išaugo mirtingumo nuo TBC rodikliai. Abejotina, kad tam įtakos turėjo vien

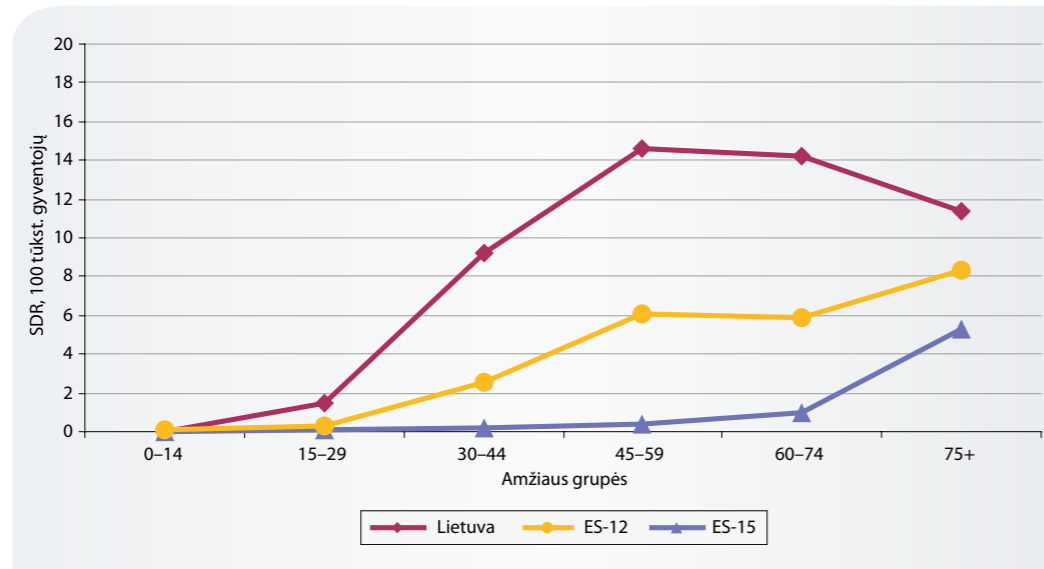
tik sergamumo pokyčiai – visą šį laikotarpį tiek naujų susirgimų, tiek sergančių asmenų skaičius mažėjo.

Asmenų, sergančių ir mirusių nuo tuberkuliozės, skaičius



Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, PSO

SDR, 100 tūkst. gyventojų, pagal amžiaus grupes. Tuberkuliozė, 2009



Šaltinis: PSO

Palyginę 2009 metų mirtingumo nuo TBC duomenis pagal amžiaus grupes su atitinkamais ES šalių rodiklių vidurkiais, galime matyti, kad pagrindinis skirtumas pastebimas 30–74 metų amžiaus gyventojų grupėje, 45–59 metų amžiaus grupėje Lietuvos mirtingumo nuo TBC rodiklis ir vidutinis ES-15 šalių rodiklis skyrėsi net 35 kartus. Dar didesnis skirtumas bus,

jei palyginsime 45–59 metų amžiaus grupės Lietuvos vyrų ir vidutinius tos pačios amžiaus grupės ES-15 šalių vyrų mirtingumo rodiklius – 2009 metais Lietuvos standartizuoto mirtingumo nuo TBC rodiklis buvo net 40 kartų didesnis. Remiantis turima statistika, galima matyti, kad Lietuvoje pagrindinė TBC rizikos grupė yra 30–74 metų vyrai.

Ligos, kurių poveikio sveikatai tiksliai išmatuoti nemokame

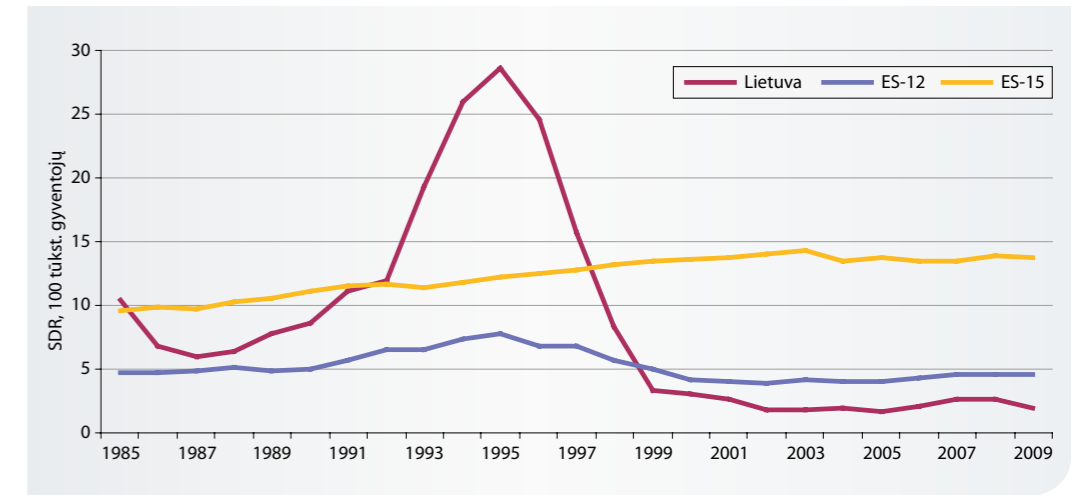
Psichikos ir elgesio sutrikimai

Psichikos ligų situaciją Lietuvoje gana sudėtinga įvertinti. Remiantis PSO duomenimis, susirgimų psichikos ligomis skaičius per 1997–2009 metus išaugo 13,56 proc., ligotumo (sergamumo) – sumažėjo apie 10 proc., o standartizuoto mirtingumo rodiklis sumažėjo 8 kartus. ES šalyse sergamumo rodikliai per tą patį laikotarpį padidėjo. Pavyzdžiui, ES-12 šalyse per 1997–2009 metus susirgimų skaičius ir ligotumas išaugo apie 30 proc., o standartizuotas mirtingumas sumažėjo tik

1,5 karto. Dar keisčiau atrodo standartizuotų Lietuvos ir ES-15 šalių mirtingumo rodiklių palyginimas – ES-15 šalių mirtingumo nuo psichikos ligų vidurkis yra daugiau nei 7 kartus didesnis nei Lietuvos, o vyresnių nei 74 metai žmonių amžiaus grupėje ES-15 šalių mirtingumo dėl šios ligos vidurkis daugiau nei 25 kartus viršijo atitinkamą Lietuvos rodiklį. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2010 metais Lietuvoje dėl psichikos ir elgesio sutrikimų mirė 87 asmenys.

SDR, 100 tūkst. gyventojų. Psichikos sutrikimai. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis: PSO

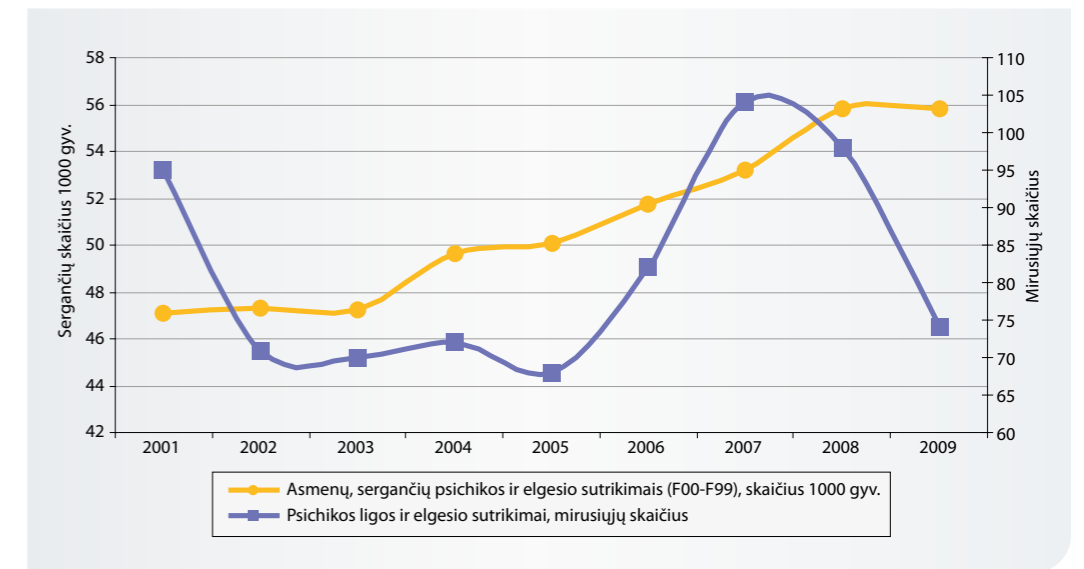


Reikia atkreipti dėmesį, kad 2006–2008 metais, didžiausio ekonomikos augimo laikotarpiu, augant ser-

gančiųjų psichikos ligomis skaičiui, pastebėtas ir mirusiųjų skaičiaus augimas.

Asmenų, sergančių ir mirusių nuo psichikos ir elgesio sutrikimų, skaičius

Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, Statistikos departamentas



Diabetas

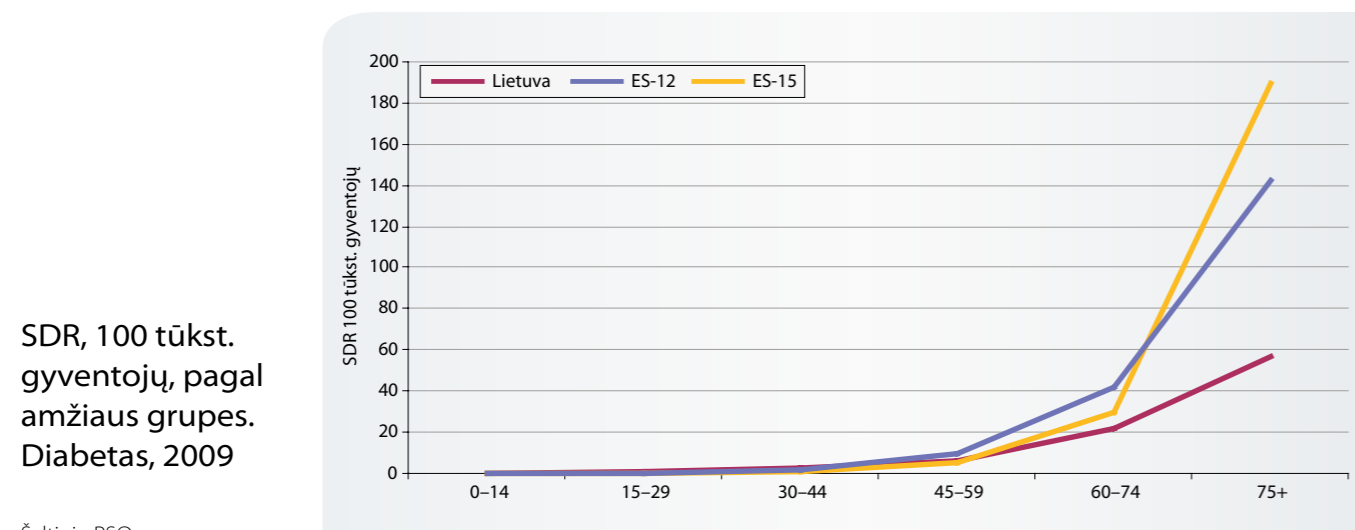
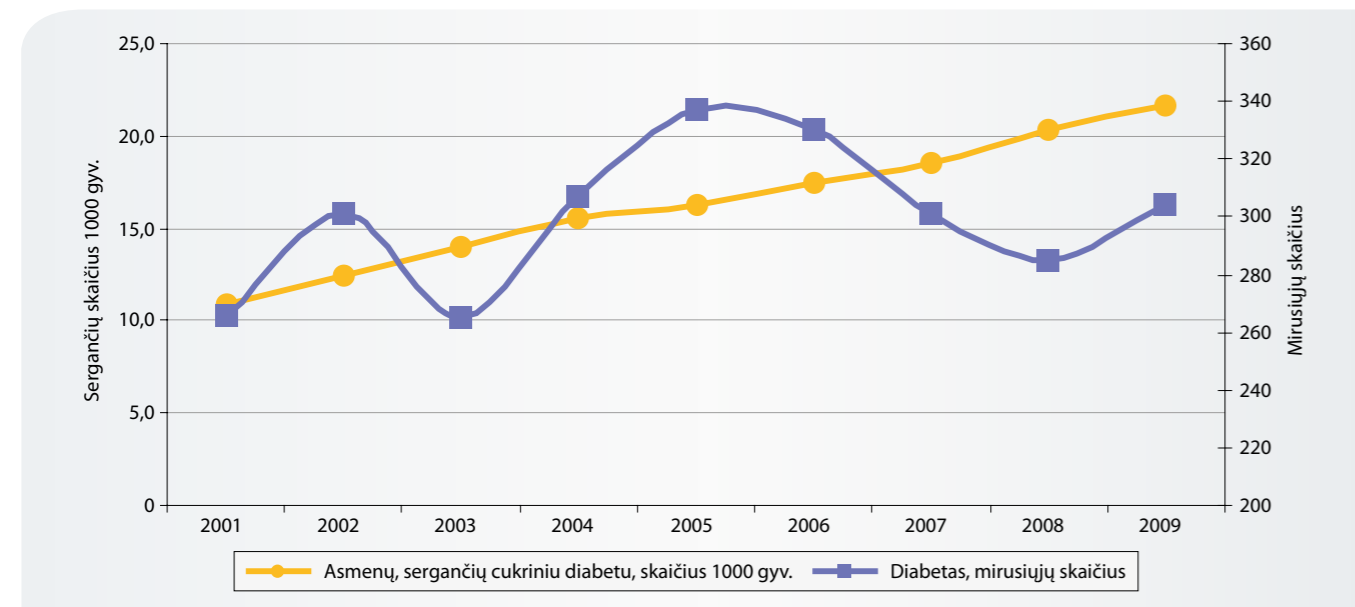
Cukrinis diabetas – lėtinė, išplitusi, kol kas neišgydoma, bet kontroliuojama, sukianti sunkių komplikacijų liga. Nors, pagal standartizuoto mirtingumo dėl diabeto rodiklius, Lietuva tarp ES šalių atrodo gana neblogai (mirtingumo rodikliai daugiau nei 1,8 karto mažesni nei ES-12 ir ES-15 šalyse), 1997–2009 metų sergamumo diabetu tendencija rodo stabilų sergančiųjų šia liga augimą. Augant šalies ekonominei gerovei, galima prognozuoti, kad sergamumo ir ligotumo diabetu augimas išliks ir ateityje. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2009 metais Lietuvoje nuo cukrinio diabeto mirė 304 asmenys. Reikia pastebėti,

kad 2001–2009 metais, remiantis Sveikatos informacijos centro statistika, sergančiųjų diabetu skaičius išaugo beveik du kartus, o mirusiųjų skaičius per tą patį laikotarpį padidėjo 25 proc. Be to, palyginus su ES-15 šalių vidurkiu pagal amžiaus grupes, 2009 metais Lietuvoje nuo diabeto mirė apie 3 kartus mažiau vyresnių nei 75 metai žmonių.

Tikėtina, kad Lietuvoje mirtingumo rodikliai dėl diabeto yra santykinai žemi ne tik dėl efektyvaus ligos gydymo, bet ir dėl to, kad mirtingumo dėl šios ligos mastai nepakankamai įvertinti.

Asmenų, sergančių ir mirusių nuo cukrinio diabeto, skaičius

Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, Statistikos departamentas



SDR, 100 tūkst. gyventojų, pagal amžiaus grupes. Diabetas, 2009

Šaltinis: PSO

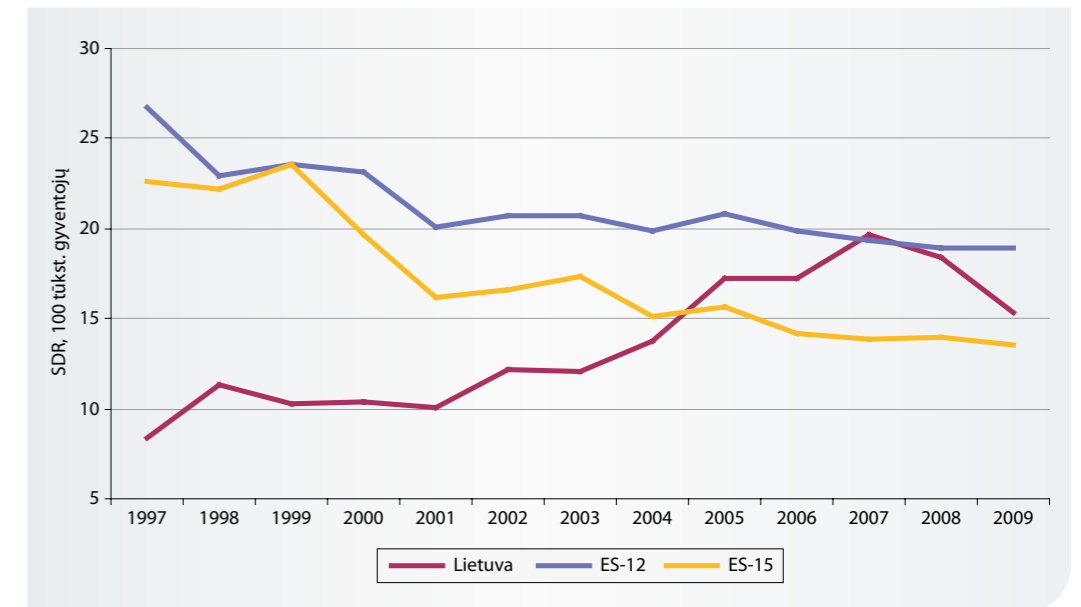
Pneumonija

Remiantis PSO duomenimis, Lietuvoje nuo 1997 iki 2009 metų standartizuotas mirtingumas dėl pneumonijos išaugo 1,8 karto ir 2007–2008 m. buvo priartėjęs prie ES-12 šalių vidurkio, nuo 2009 metų – pradėjo mažėti, tačiau Lietuvos mirtingumo nuo pneumonijos rodikliai yra vis dar aukštesni nei ES-15 šalių vidurkis. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2009 metais Lietuvoje nuo pneumonijos mirė 640 žmonių. Reikia pastebėti, kad 2001–2009 metais, remiantis

Sveikatos informacijos centro statistika, sergančiųjų pneumonija skaičius beveik nepasikeitė, o mirusiųjų skaičius išaugo daugiau nei 1,6 karto. Be to, palyginus su ES-15 šalių šio rodiklio vidurkiu pagal amžiaus grupes, 2009 metais Lietuvoje nuo pneumonijos mirė beveik du kartus mažiau vyresnių nei 74 metų žmonių. Tikėtina, kad Lietuvoje mirtingumo dėl šios ligos mastai yra nepakankamai įvertinti.

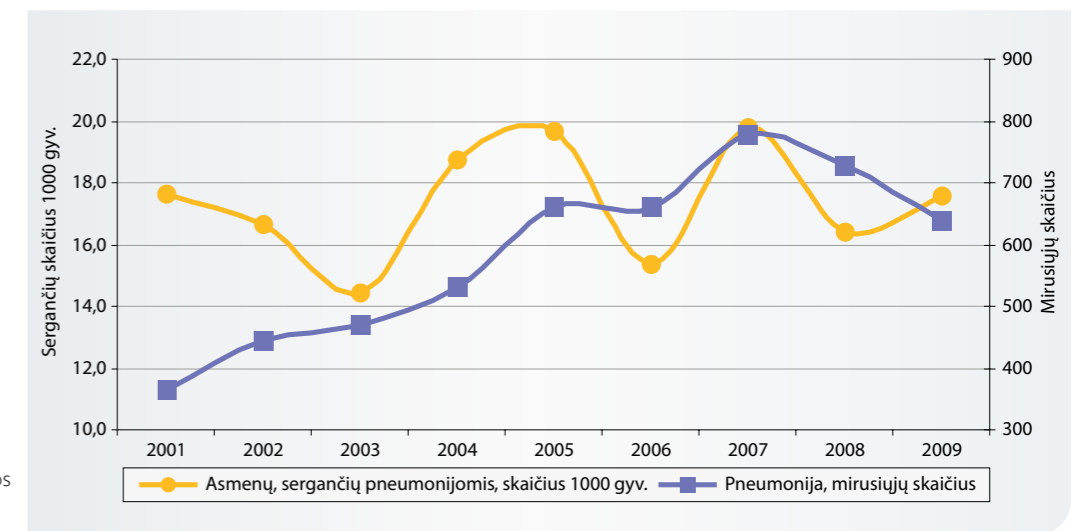
SDR, 100 tūkst. gyventojų. Pneumonija. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis: PSO



Asmenų, sergančių ir mirusių nuo pneumonijos, skaičius

Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, Statistikos departamentas



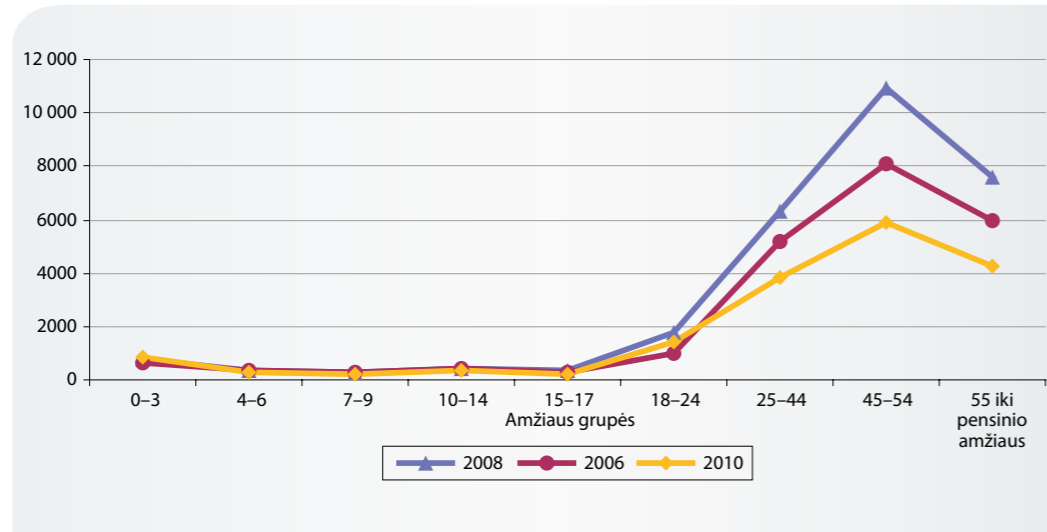
Neįgalieji

Stiprią įtaką neįgalumo rodikliams daro aukšti gyventojų sergamumo rodikliai ir didelis nelaimingų atsitikimų skaičius. 2010 metais Lietuvoje buvo užregistruota daugiau nei 17 tūkstančių naujų invalidu-

mo / neįgalumo atvejų. Ryškūs kasmetiniai žmonių, pirmą kartą pripažintų neįgaliaisiais, skaičiaus svyravimai parodo ribotus valstybės gebėjimus įvertinti šią problemą.

Asmenys, pirmą kartą pripažinti neįgaliaisiais, pagal amžiaus grupes

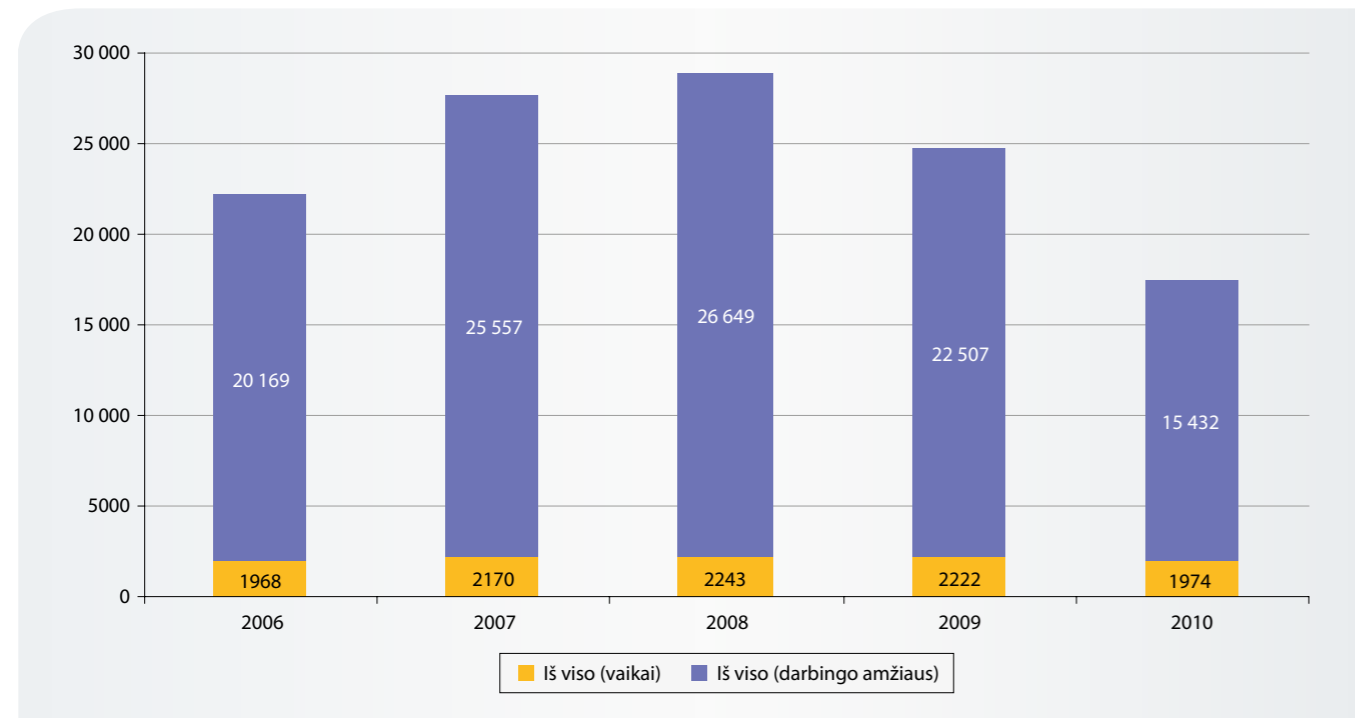
Šaltinis. Statistikos departamentas



Darbingo amžiaus žmonių neįgalumo apskaitą labai reikšmingai veikia socialinės politikos pokyčiai.

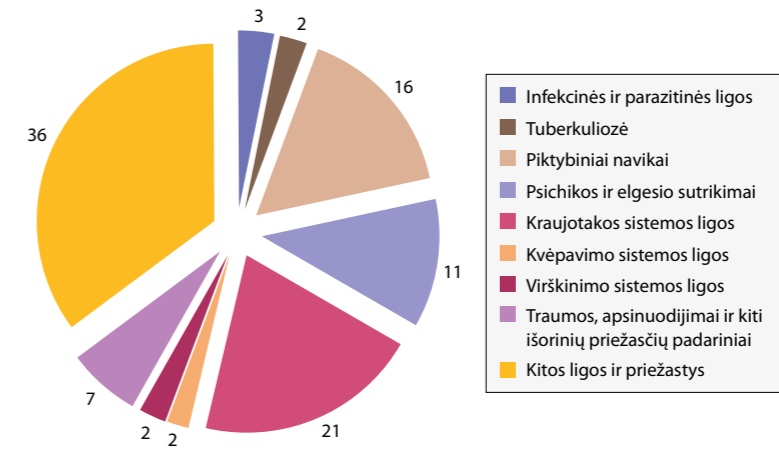
Asmenys, pirmą kartą pripažinti neįgaliaisiais

Šaltinis. Statistikos departamentas



Asmenys, pirmą kartą pripažinti neįgaliaisiais, pagal ligų grupes, 2010

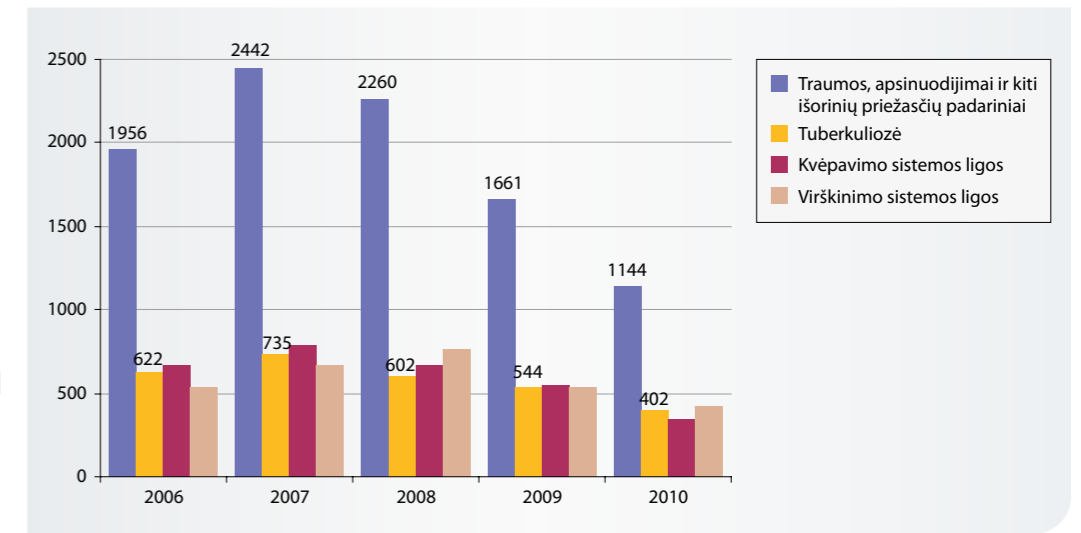
Šaltinis. Statistikos departamentas



Sveikatos sutrikimų priežastys, dėl kurių invalidumas pastaraisiais metais mažėja.

Asmenys, pirmą kartą pripažinti neįgaliaisiais, pagal ligų grupes

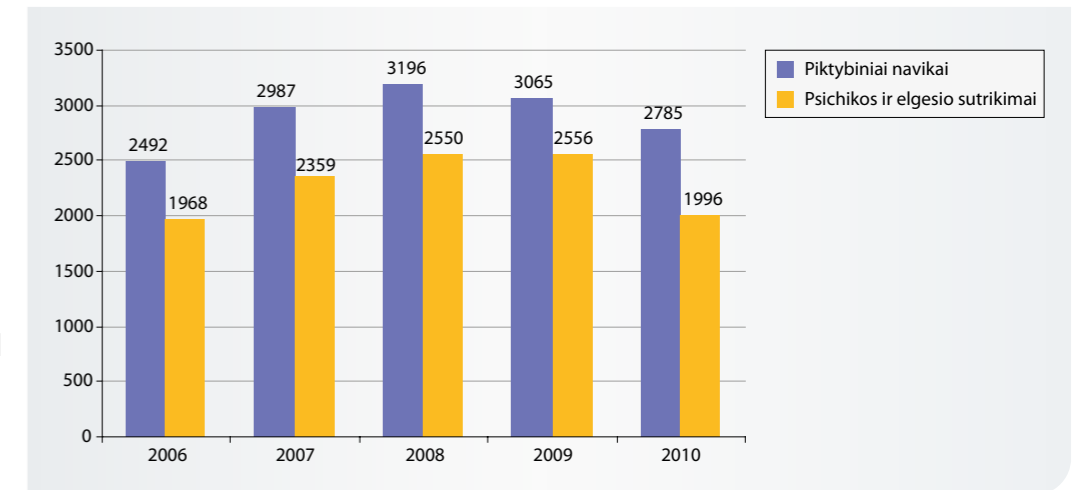
Šaltinis. Statistikos departamentas



Sveikatos sutrikimų priežastys, dėl kurių invalidumas pastaraisiais metais mažai keičiasi.

Asmenys, pirmą kartą pripažinti neįgaliaisiais, pagal ligų grupes

Šaltinis. Statistikos departamentas



Nesėkmių formulė

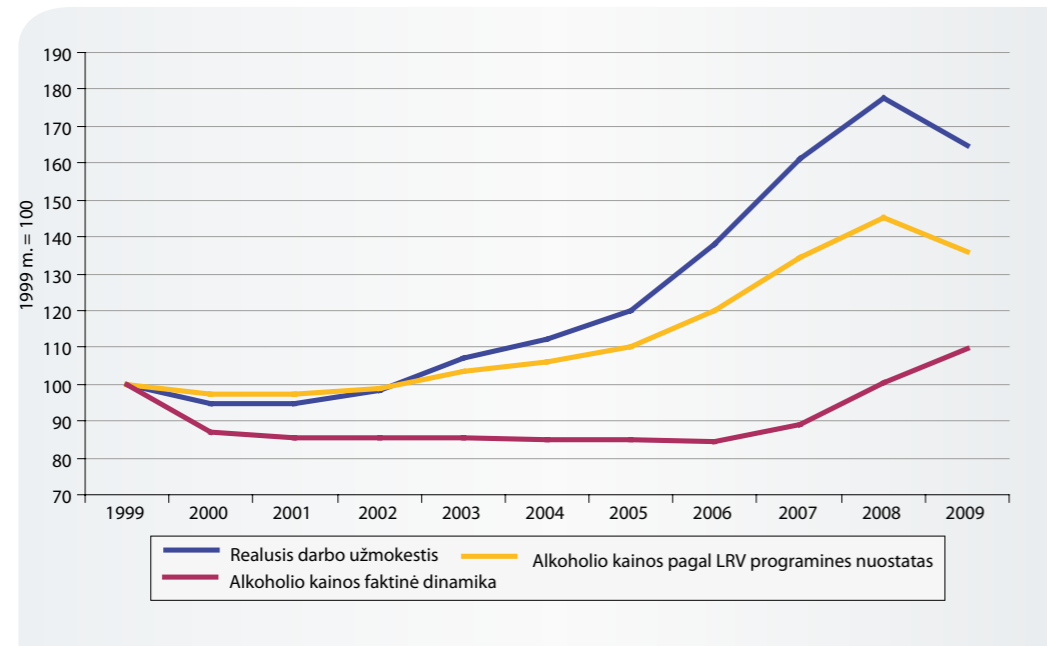
Prieštaringa, o kai kuriais atvejais net sveikatai žalinga, socialinė politika

1998–2010 metų Lietuvos sveikatos programoje buvo numatyta, kad didinant akcizus ir kitais metodais bus mažinama alkoholio paklausa, o mažėjantis alkoholio vartojimas teigiamai veiks žmonių sveikatą. Deja,

alkoholio kainos buvo sumažintos (vienas iš argumentų – alkoholio kontrabandos užkardymas), alkoholio vartojimas išaugo, su alkoholio vartojimu susijusių mirčių skaičius išaugo.

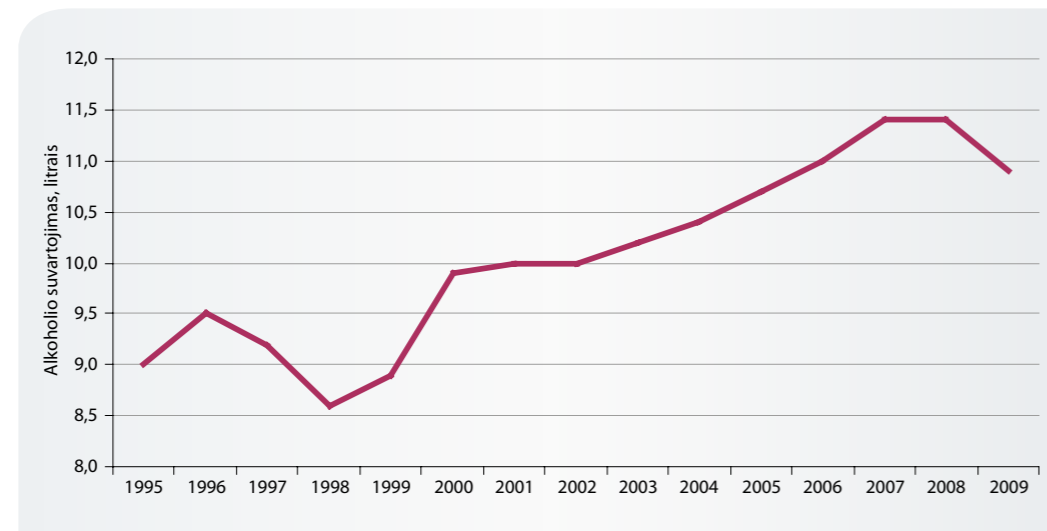
Realusis darbo užmokestis ir alkoholio kaina (1999 m. = 100)

Šaltinis. Statistikos departamentas



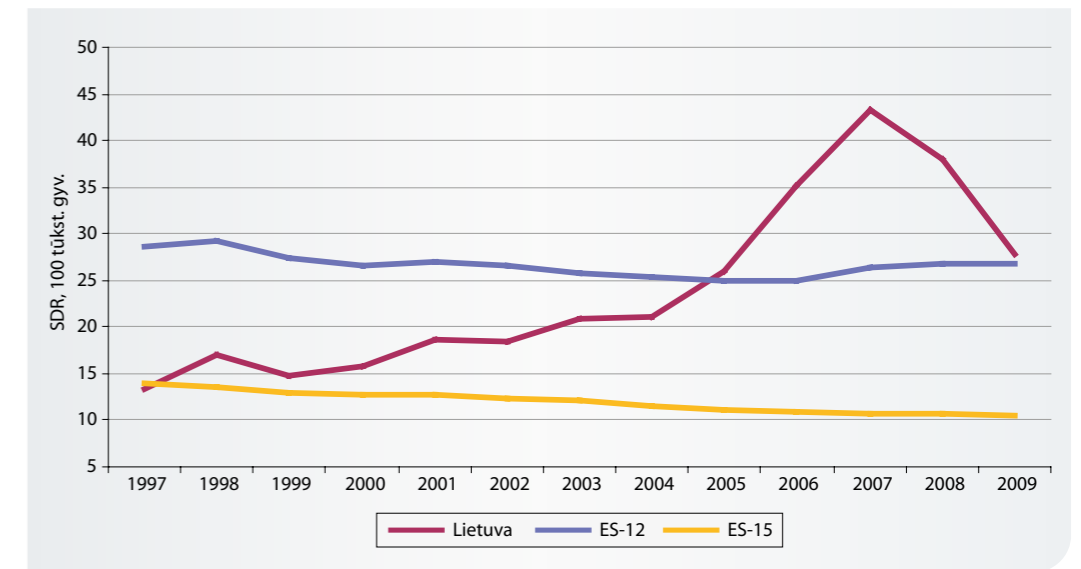
Spirituoti gėrimai, alkoholiniai kokteiliai (vartojimas litrais vienam gyventojui)

Šaltinis. Statistikos departamentas



SDR, 100 tūkst. gyventojų. Chroniška kepenų liga ir cirozė. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis. PSO



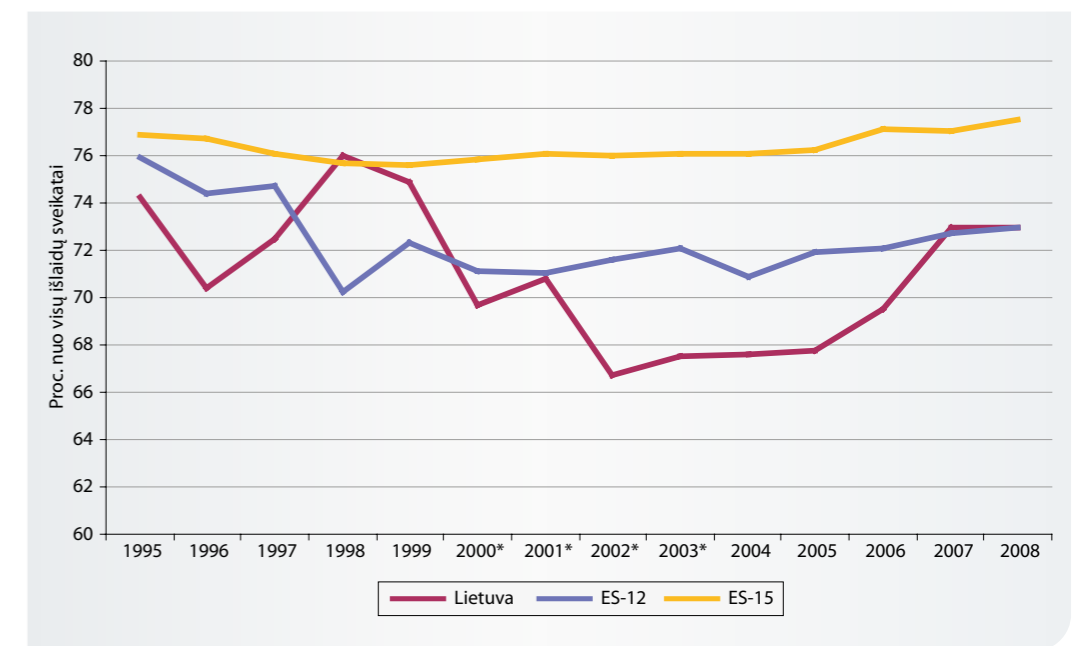
Nuo 2007 metų alkoholio vartojimo kontrolė pagerėjo (buvo nuosekliai didinami akcizai, stipriai apribota alkoholio reklama), bet pasiekimai kol kas nėra labai reikšmingi. Manome, kad jei valstybės stiprintų tarptautinį bendradarbiavimą alkoholio ir tabako vartojimo kontrolės srityje, orientuodamos į tai ne tik ES, bet visų PSO Europos regiono valstybių visuomenės svei-

katos politiką, būtų išsaugota dešimtys, o gal net šimtai tūkstančių europiečių gyvybių. Lietuva, 2013 metais pirmininkaudama Europos Sąjungai, teiks pasiūlymus dėl prioritetinių darbo sričių, vienas iš prioritetų galėtų būti – tarptautinio bendradarbiavimo alkoholio ir tabako vartojimo kontrolės srityje stiprinimas.

Neadekvatus ir nestabilus sveikatos sektoriaus finansavimas

Visuomeninės išlaidos sveikatai, proc. nuo visų išlaidų sveikatai. Palyginimas su ES šalimis

* Patikslinta, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis. Šaltinis. PSO



PASIEKIMAI

Pastarieji dešimtmečiai Lietuvos žmonių sveikatai buvo ne tik praradimų, bet ir proveržių laikotarpis:

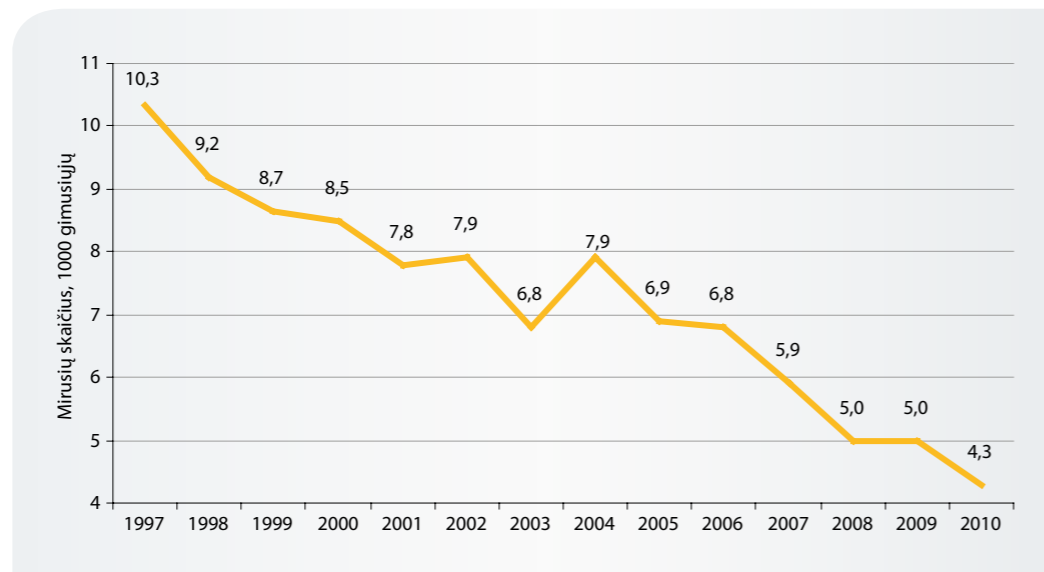
- mažėjo kūdikių mirtingumas;
- užkardintas „karas keliuose“;
- suvaldytas sergamumas astma;
- pagerėjo protezavimo paslaugų finansavimas iš PSDF.

Kūdikių mirtingumas

Nuo 1992 metų Lietuvoje žymiai sumažėjo kūdikių mirtingumas.

Kūdikių mirtingumas, 1000 gimusiųjų

Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, PSO

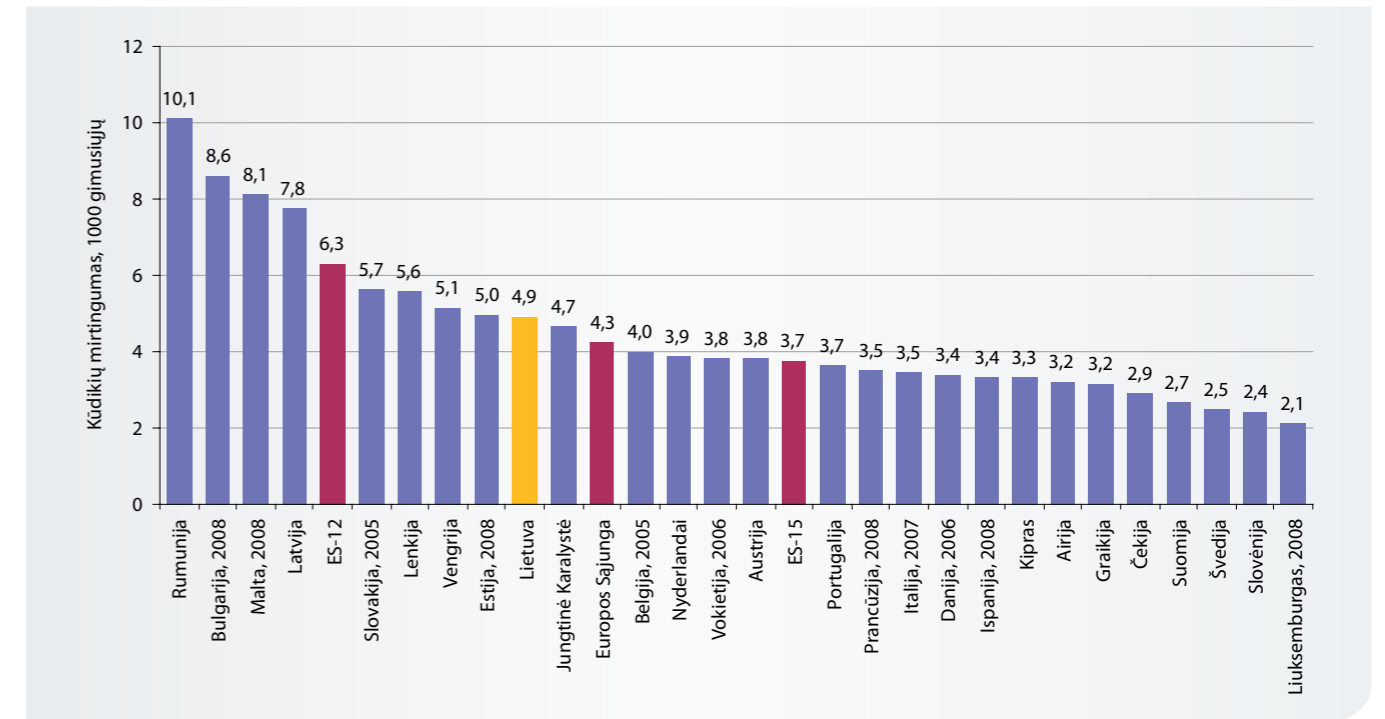


Nors 2009 metais šis rodiklis (4,93/1000 gyvų gimusių) buvo žemesnis už naujųjų ES šalių vidurkį (6,32/1000 gyvų gimusių), jis viršija Vakarų Europos valstybių (ES-15) atitinkamą rodiklį (3,73/1000 gyvų gimusių 2009 m.).

Lyginant su ES šalimis, 2009 metų duomenimis, Lietuvoje kūdikių mirtingumas buvo mažesnis nei Rumunijoje, Bulgarijoje, Maltoje, Latvijoje, Slovakijoje, Lenkijoje, Vengrijoje ir Estijoje.

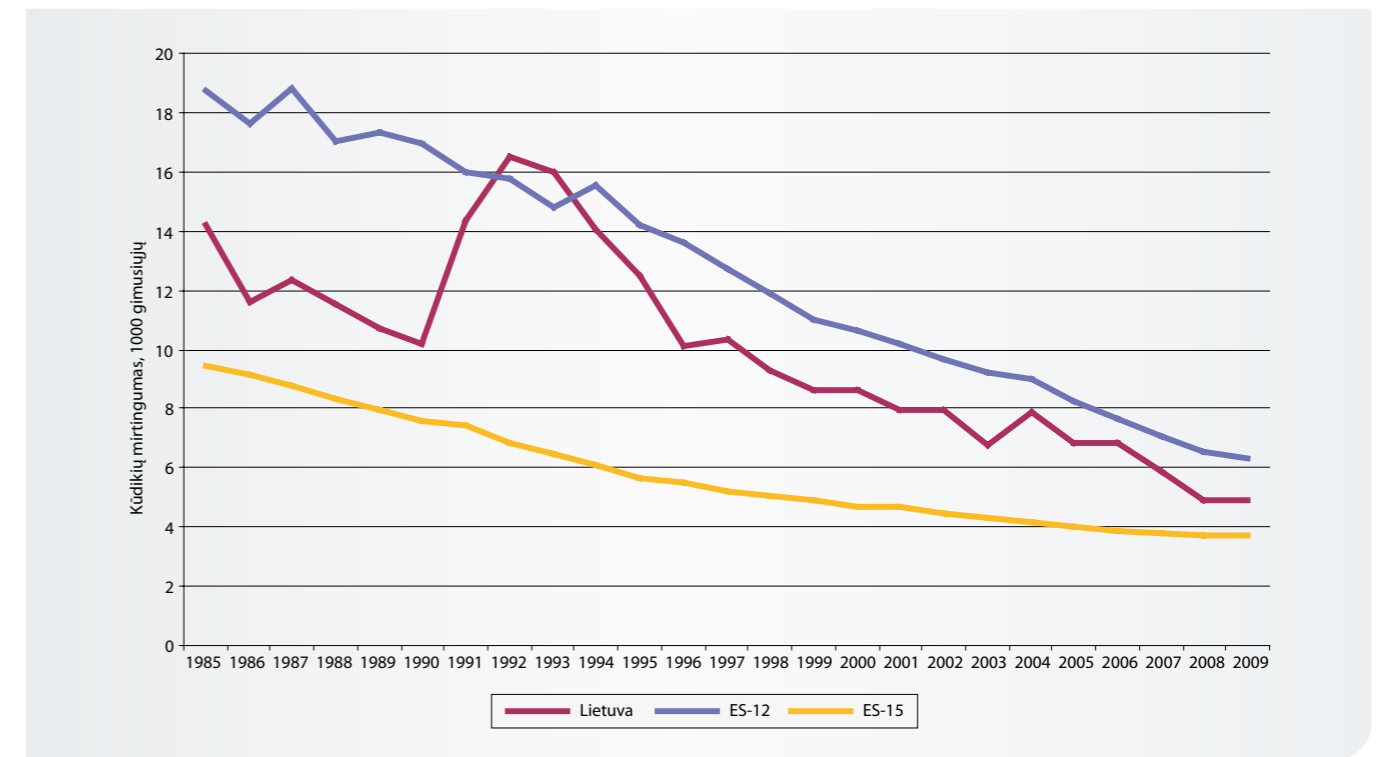
Kūdikių mirtingumas, 1000 gimusiųjų. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis: PSO



Kūdikių mirtingumas, 1000 gimusiųjų. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis: PSO

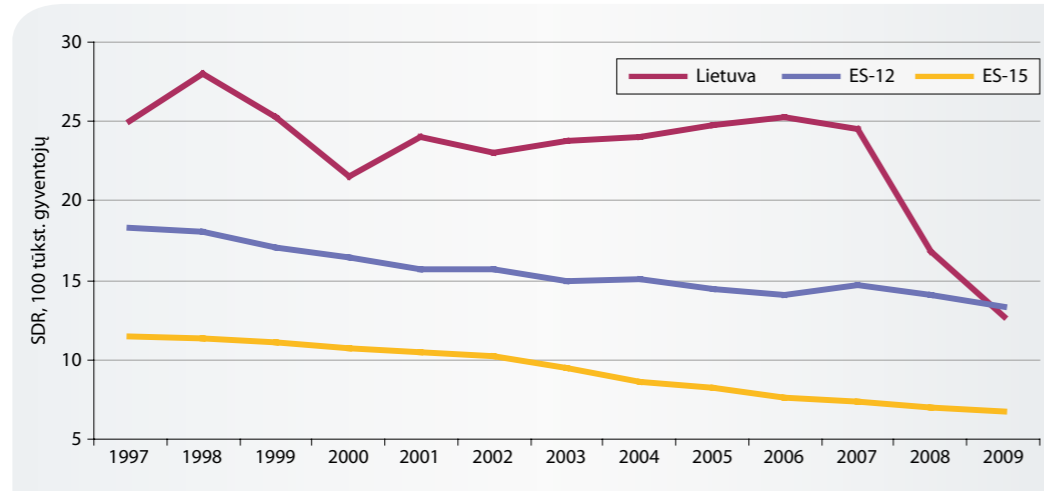


Žuvusieji transporto įvykiuose

Nuo 2006 iki 2010 metų 2,5 karto sumažėjo žuvusiųjų autotransporto įvykiuose skaičius. Pastarasis pasiekimas labai aiškiai įrodė tarp sektorinio bendradarbia-

vimo (transporto paslaugų, policijos, švietimo, visuomenės sveikatos sektorių) vardan gyventojų sveikatos produktyvumą.

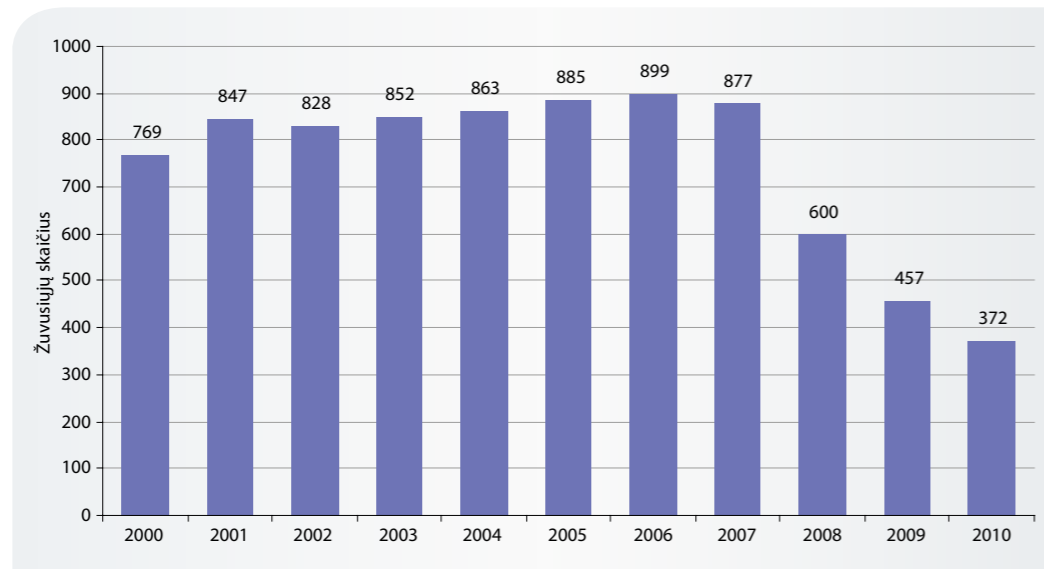
SDR, 100 tūkst. gyventojų.
Žuvusieji transporto įvykiuose.
Palyginimas su ES šalimis



Šaltinis: PSO

Pastarųjų metų sveikatinimo veiklos rezultatus verta matuoti ne tik santykiniais, bet ir absoliučiais, eiliniam šalies piliečiui labiau suprantamais, rodikliais.

Žuvusiųjų transporto įvykiuose skaičius



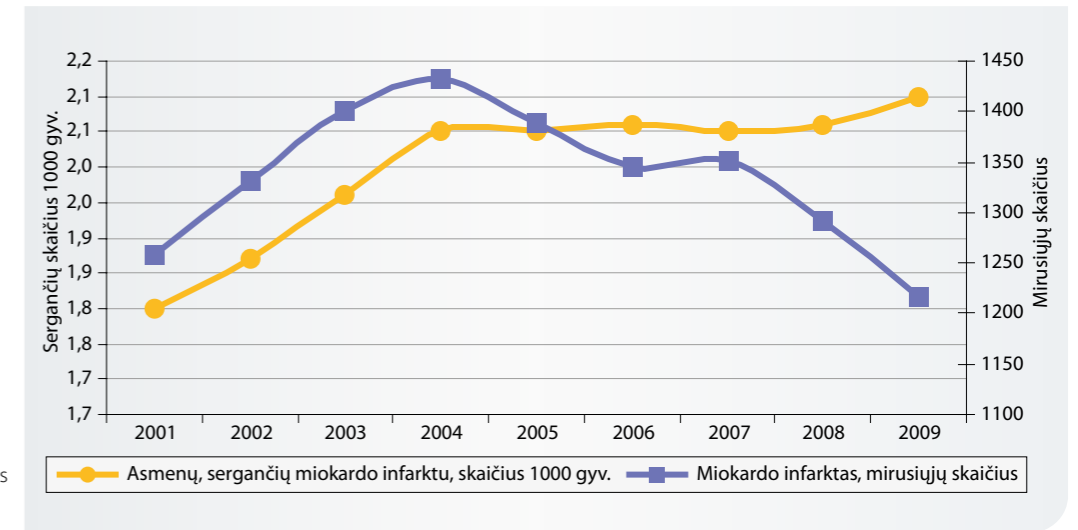
Šaltinis: Statistikos departamentas

Miokardo infarktas

Remiantis Statistikos departamento duomenimis, 2009 metais Lietuvoje nuo miokardo infarkto mirė 1216 žmonių. Daugiau nei 76 proc. mirusiųjų nuo miokardo infarkto buvo vyresni nei 74 metų, o didžioji dalis sergančiųjų – vyresni nei 44 metų. Remiantis Statistikos departamento ir Sveikatos informacijos centro duomenimis, per 2001–2004 metus sergančiųjų miokardo

infarktu skaičius buvo pradėjęs didėti, bet 2004 metais stabilizavosi, o mirusiųjų skaičius taip pat grėsmingai augęs iki 2004 metų – pradėjo mažėti ir nuo 2004 iki 2009 metų sumažėjo apie 17 proc. Sergamumo miokardo infarktu stabilizavimas ir mirtingumo mažėjimas galėtų būti priskirtas prie sėkmingesnių pastarojo laiko sveikatos sistemos pasiekimų.

Asmenų, sergančių miokardo infarktu, skaičius 1000 gyv.



Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, Statistikos departamentas

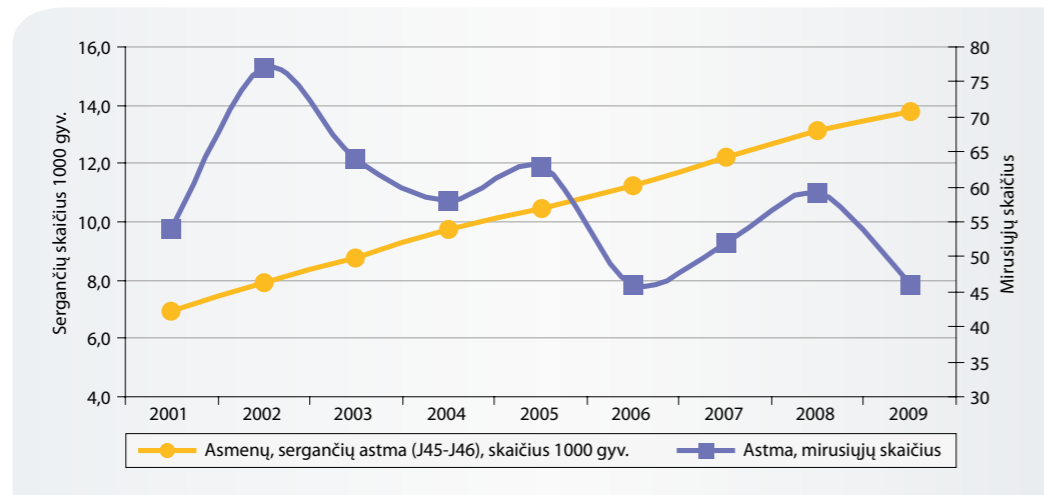
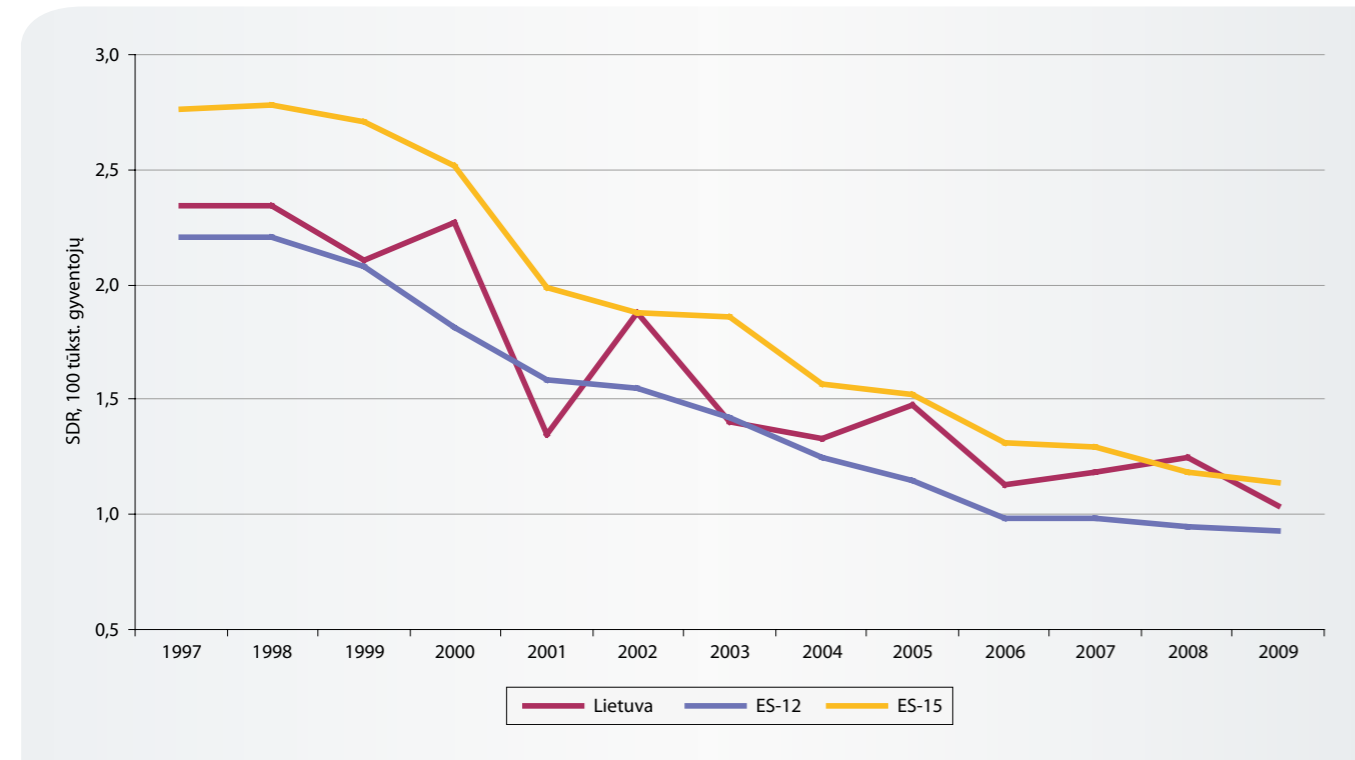
Astma

Remiantis PSO duomenimis, per 1997–2009 metus Lietuvoje standartizuotas mirtingumas dėl astmos mažėjo ir šis rodiklis buvo artimas ES šalių vidurkiui. Remiantis Statistikos departamento ir PSO duomenimis, 2009 metais dėl lėtinio bronchito ir bronchinės astmos mirė 803, o dėl astmos – 46 asmenys. Remiantis Sveikatos informacijos centro statistika, 2001–2009 metais Lietuvoje sergančiųjų astma skaičius išaugo beveik du

kartus, o mirusiųjų skaičius, 2002 metais išaugęs iki 77 mirčių, pradėjo mažėti ir iki 2009 metų sumažėjo 67 proc. Didžioji dalis mirusiųjų dėl astmos buvo vyresni nei 74 metų. Reikėtų vertinti, kad augant sergamumui šia liga mirtingumo dėl jos mažėjimas galėtų būti laikomas vienu sėkmingesnių pastarojo laikotarpio sveikatos sistemos pasiekimų.

SDR, 100 tūkst. gyventojų. Astma. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis. PSO



Asmenų, sergančių ir mirusių nuo astmos, skaičius

Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, Statistikos departamentas

Imunizacija

Lietuvos sveikatos programoje (LSP) numatytas tikslas – iki 2010 metų didinti imunizavimo nuo užkrečiamųjų ligų mastus pagal Lietuvos skiepų kalendorių (iki 97–98 proc.) – buvo pasiektas. 2009 metais paskiepytų kūdikių iki 1 metų dalis viršijo 97 proc.

Protezavimas

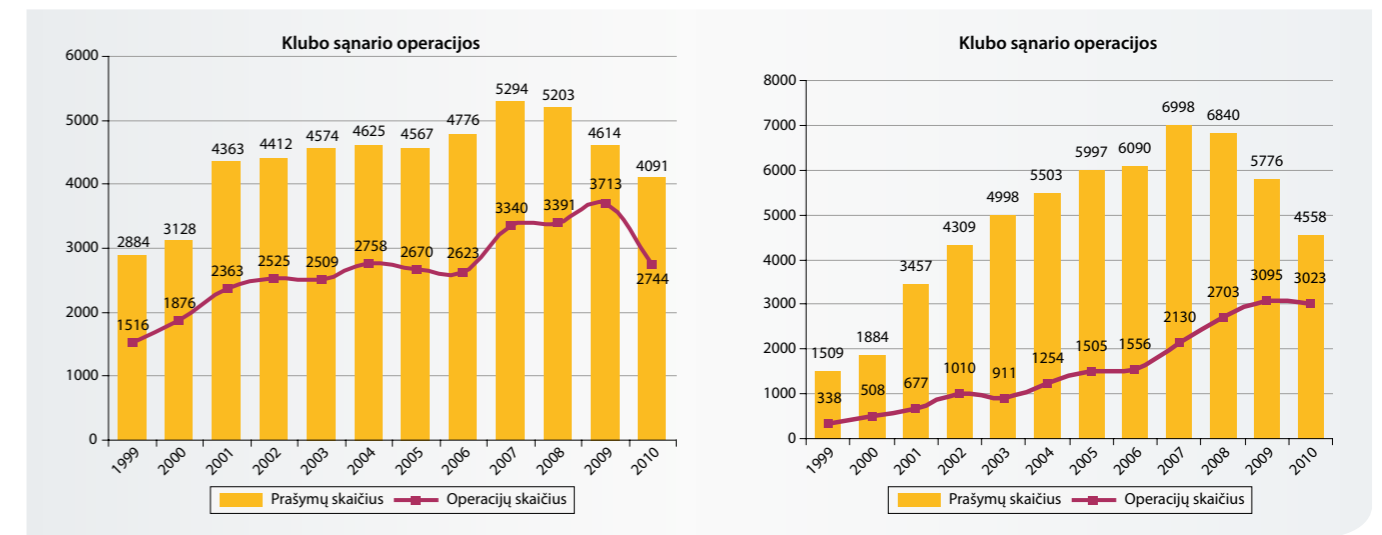
Moderni medicina sprendžia ne tik gyvybių išsaugojimo, bet ir negalios mažinimo (kokybiškesnio gyvenimo) uždavinius. Iš PSDF biudžeto yra pilnai, ar iš dalies apmokamos šalies gyventojų dantų ir sąnarių protezavimo paslaugos. Nuo 2002 metų dantų protezavimo paslaugos buvo suteiktos daugiau nei 140 tūkst. gyventojų arba, jei skaičiuotume, kad vidutinis dantų

protezų garantijos laikas siekia 7–8 metus, tai galima būtų teigti, kad visiems šalies gyventojams per šį laikotarpį buvo suteikta daugiau nei vienas milijonas kokybiškesnio gyvenimo metų.

Per 1999–2010 metus išaugo ir endoprotezavimo operacijų skaičius – atlikta daugiau nei 50 tūkst. klubo ir kelio sąnarių operacijų.

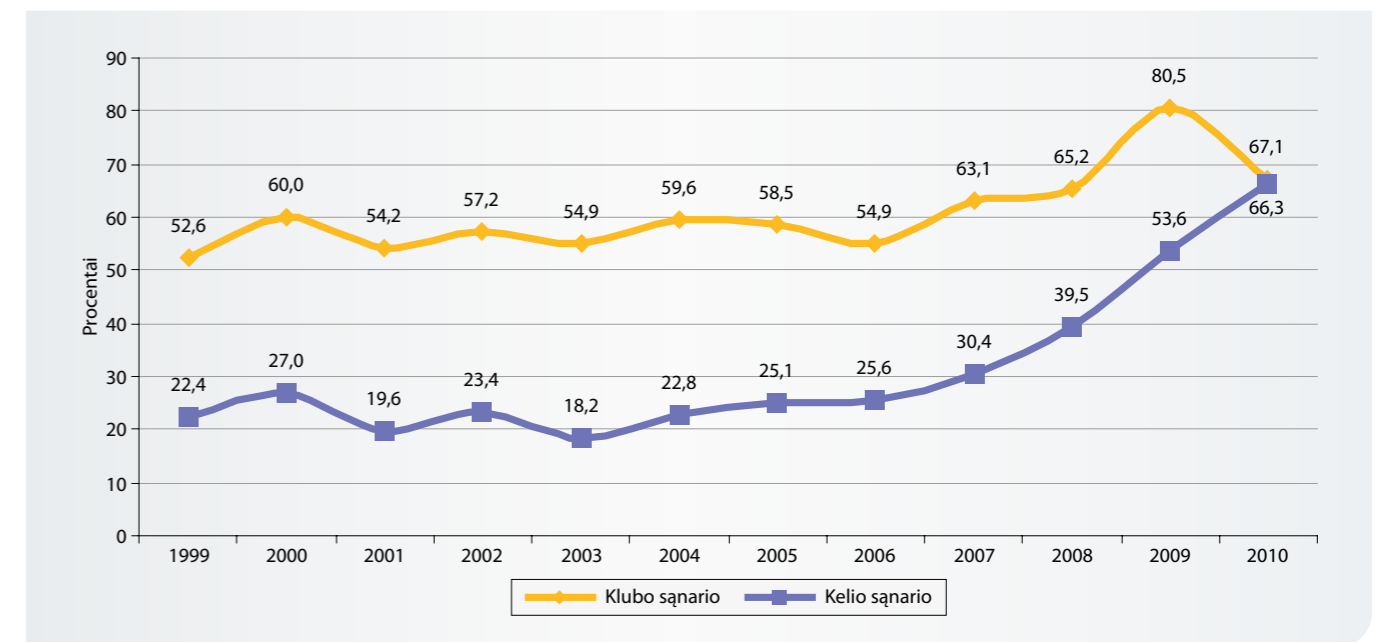
Pirminiai nauji prašymai ir endoprotezavimo operacijų kitimai

Šaltinis. VLK



Operacijų ir naujų prašymų dėl endoprotezavimo operacijų santykio kitimas, procentais

Šaltinis. VLK



LIETUVA EUROPOJE

Lietuvos ir ES šalių sveikatos apsaugos sistemų ištekliai ir funkcionavimas

Lietuvos demografinės ir sergamumo problemas lemia ne tik socialinės ir ekonominės, geografinės sąlygos ar žmonių gyvenimo būdas, bet ir sveikatos prie-

žiūros sistema – paslaugų kokybė ir prieinamumas bei sveikatinimo veiklos finansavimas.

Medicinos personalas

Darbuotojai yra pagrindinis sveikatos priežiūros sistemos išteklius. Pagal Sveikatos informacijos centro (SIC) duomenis, 2010 metais šalies gyventojų aprūpinimas sveikatos priežiūros personalu (*aktyvus personalas*, įskaitant: gydytojus, slaugos specialistus, fizinės medicinos ir reabilitacijos, burnos priežiūros, laboratorinės diagnostikos specialistus, dietistus bei kitus specialistus, turinčius aukštesnįjį medicinos išsilavinimą) siekė apie 46,6 tūkst. darbuotojų. Praktikuojančio personalo (gydytojai, odontologai ir slaugytojai, dirbantys klinikinį darbą su pacientais) skaičius 2010 metais siekė 38,4 tūkst. Daugiau kaip 61 proc. viso praktikuojančio medicinos personalo sudarė slaugytojai, o gydytojai – 31,8 proc.

Iki 1990 metų Lietuvoje gydytojų skaičius sparčiai didėjo. ES šalyse gydytojų skaičiaus augimo tempas beveik atitiko tempą NVS šalyse, o Vidurio ir Rytų Europos (VRE) šalyse šis augimo tempas buvo gerokai mažesnis. Dėl tokios dinamikos 1990 metais Lietuvoje buvo 55 proc. daugiau gydytojų nei Rytų Europos šalyse ir 1,3 karto daugiau nei ES valstybėse, skaičiuojant gydytojų skaičių, tenkantį vienam gyventojui. Po 1990 metų Lietuvoje gydytojų skaičius stabilizavosi ir nuo 2000 metų 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 ES šalių, turinčių daugiausiai gydytojų. Remiantis PSO duomenimis,

2009 metais gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, Lietuvoje buvo vienas aukščiausių Europos Sąjungoje (daugiau gydytojų buvo tik Graikijoje, Austrijoje, Portugalijoje, Ispanijoje ir Bulgarijoje).

2000–2010 metais Lietuvoje, kaip daugumoje ES valstybių, daugiausiai augo sergamumas ir mirtingumas nuo lėtinės ligos. Pagal Sveikatos informacijos centro pateikiamą statistiką, per šį laikotarpį daugiausiai išaugo (perskaičiavus 10 tūkst. gyventojų) šeimos gydytojų skaičius (apie 2,6 karto), chirurgų (vaikų chirurgų, ortopedų traumatologų skaičius išaugo apie 25 proc.) ir anesteziologų skaičius (išaugo daugiau nei 30 proc.). Taip pat apie 12 proc. padaugėjo psichiatrų ir apie 8 proc. – fizinės medicinos ir reabilitacijos specialistų. Remiantis SAM užsakymu atlikto tyrimo duomenimis⁴, vertinama, kad per 2001–2010 metus gydytojų kardiologų skaičius išaugo daugiau nei 28 proc.

Gydytojų skaičiaus pokyčius pagal specialybes gana sudėtinga įvertinti *paslaugų poreikio aspektu*. Vienas iš galimų gydytojų poreikio kriterijų – paslaugų laukimo laikas. Pagal ligonių kasų pateikiamą statistiką (SAM tyrimas), ilgiausiai tenka laukti gydytojų kardiologų (32 dienas, 2009 m.), oftalmologų (21 dieną, 2009 m.) ir neurologų (14 dienų, 2009 m.) paslaugų. Tačiau, remiantis anksčiau aprašytomis sergamumo ir mirtingumo

⁴ Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė, 2011 m.

tendencijomis Lietuvoje, tikėtina, kad turėtų augti šių specialybių gydytojų ir kitų gydymui skiriamų išteklių poreikis dėl kraujotakos sistemos ligų, onkologinių susirgimų, virškinimo sistemos ligų, tuberkuliozės, psichikos ir elgesio sutrikimų, diabeto, pneumonijos, astmos.

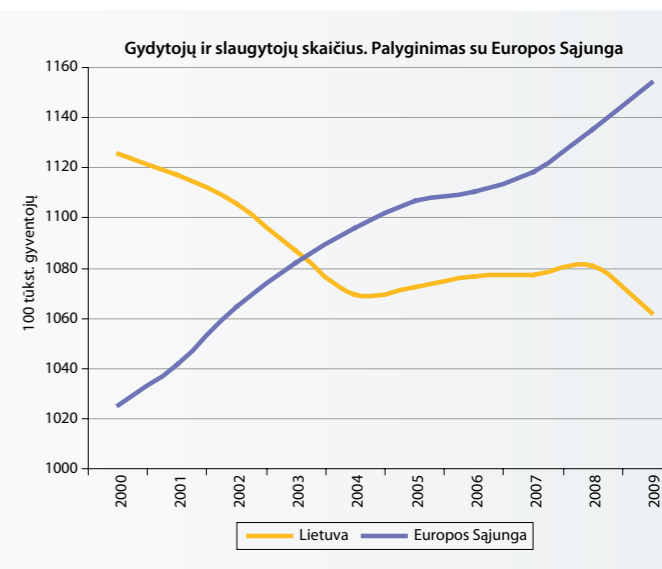
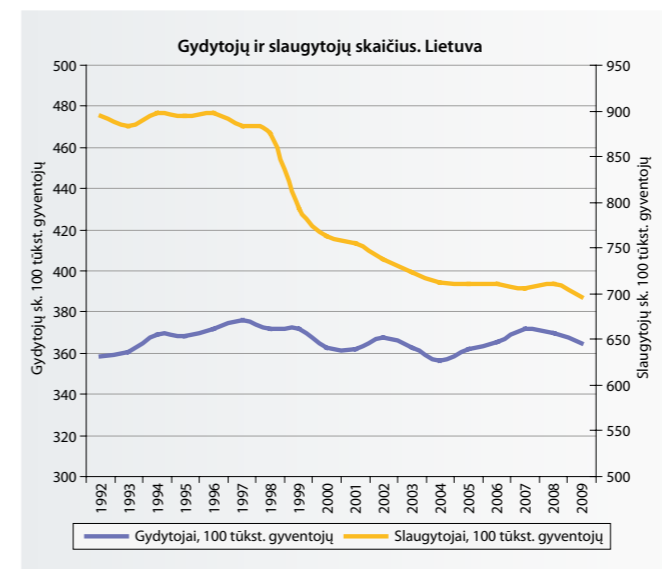
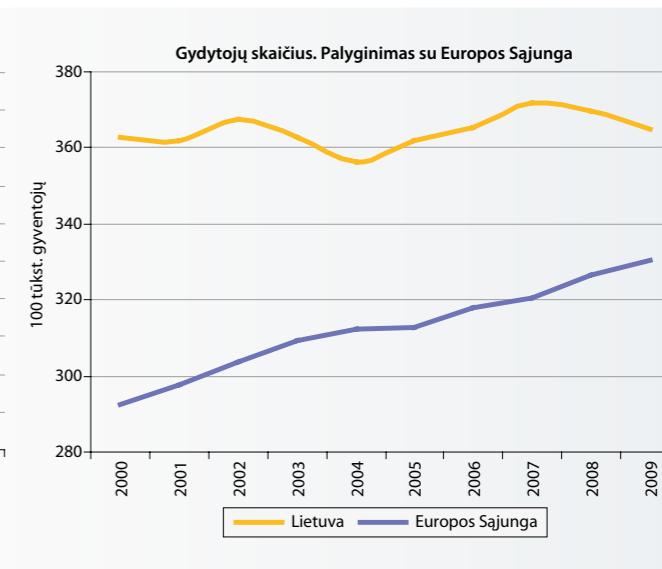
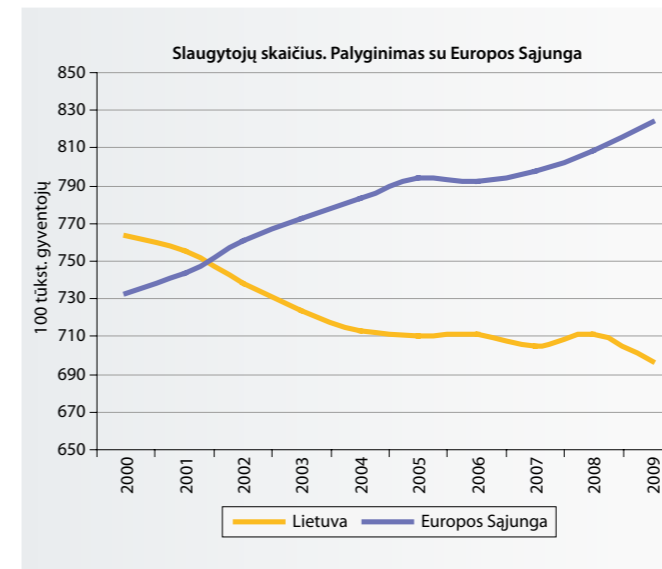
Slaugytojų skaičius Lietuvoje pradėjo mažėti 1990 metais. Per laikotarpį nuo 1992 iki 2010 metų Lietuvos sveikatos sistemoje dirbančių slaugytojų skaičius

100 tūkst. gyventojų sumažėjo apie 23 proc. ir dabar yra apie 15 proc. mažesnis už atitinkamą ES valstybių vidurkį.

2000–2009 metais Europos Sąjungos šalyse vidutiniškai vienam gydytojui tekdavo apie 2,5 slaugytojo, o Lietuvoje tuo pačiu laikotarpiu slaugytojų / gydytojų santykis siekė 2,1–1,9. Jei orientuosimės į ES rodiklius, tai Lietuvoje trūksta slaugytojų ir yra gydytojų perteklius.

Medicinos personalo skaičius

Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, PSO



Nors didžioji dalis gydytojų dirba miestuose – apytikriai 70 proc. visų Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) sistemoje ir privačiame sektoriuje (be sanatorių) dirbančių gydytojų, tačiau turint omenyje, kad

dauguma specializuotų gydymo įstaigų yra miestuose, o rajonuose gyvena tik 33 proc. šalies gyventojų, toks gydytojų pasiskirstymas tarp miestų ir rajonų daugmaž atitinka demografinę struktūrą. Vis dėlto Lietuvoje yra

labai netolygus regioninis (pagal apskritis) medicinos personalo skaičiaus pasiskirstymas, jis per 1997–2010 metų laikotarpį beveik nesikeitė. Pavyzdžiui, Kauno ir Vilniaus apskrityse 10 000 gyventojų tenkantis gydytojų skaičius – apie tris kartus didesnis nei atitinka-

mas rodiklis Tauragės apskrityje. Slaugytojų skaičiaus regioninis netolygumas kur kas mažesnis – Kauno ir Vilniaus apskrityse 10 000 gyventojų tenkantis slaugytojų skaičius tik apie 1,4 karto didesnis nei atitinkamas rodiklis Tauragės apskrityje.

Sveikatos priežiūros įstaigos ir paslaugų teikimas

Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemai būdinga plati ligoninių infrastruktūra, nepakankamas pirminis sveikatos priežiūros lygis (ambulatorinės

sveikatos priežiūros paslaugos, šeimos gydytojo priežiūra), netolygus sveikatos priežiūros įstaigų ir specialistų pasiskirstymas regioniniu požiūriu.

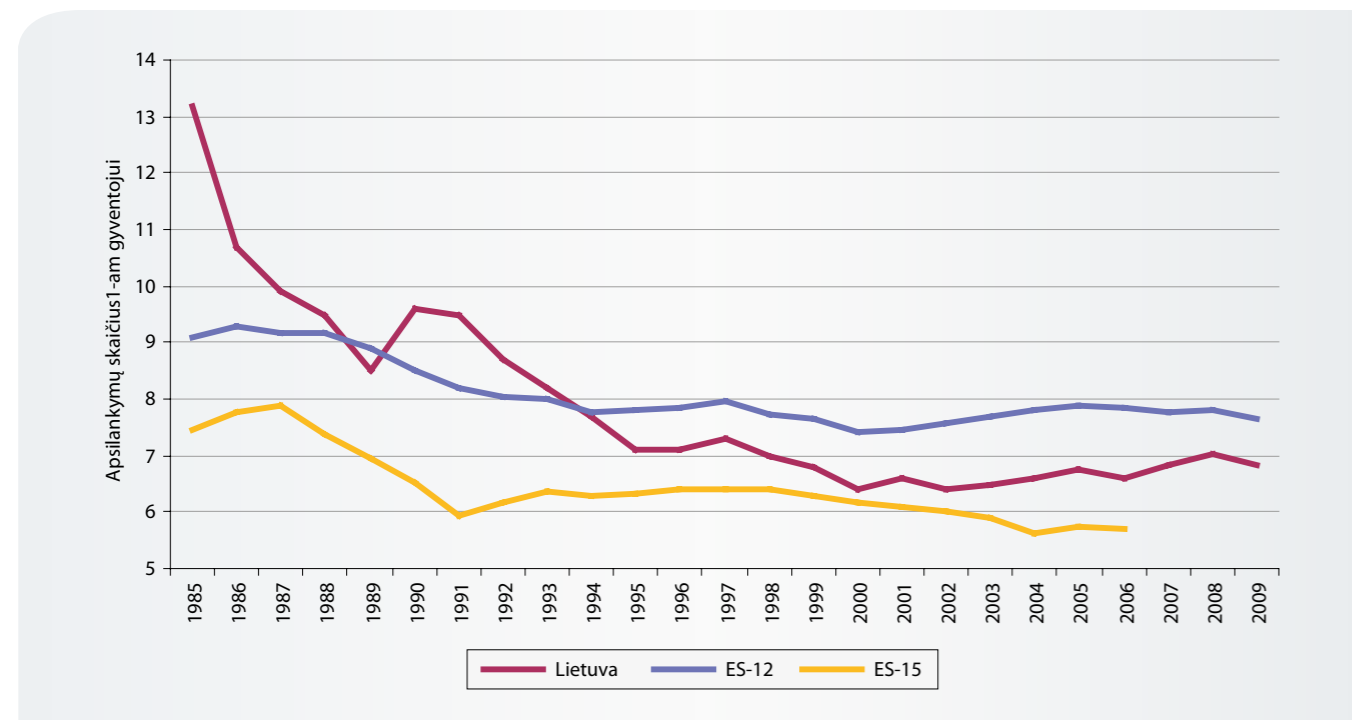
Ambulatorinės gydymo įstaigos ir paslaugos

Remiantis Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2010 metų pabaigoje didžiausią sveikatinimo paslaugas teikiančių įstaigų dalį sudarė ambulatorinės ir poliklinikinės įstaigos – 185 įstaigos (juridiniai vienetai), arba 434 įstaigos, įskaitant jų organizacinius padalinius. Ambulatorinių įstaigų skaičius pradėjo augti 1995 metais, prasidėjus decentralizacijos sveikatos sektoriuje procesui ir ambulatorinių įstaigų (poliklinikų bei ambulatorijų) atsiskyrimui nuo ligoninių.

Nuo 1990 metų gerokai mažėjo ambulatorinių apsilankymų pas gydytojus skaičius, per metus tenkantis vienam gyventojui, bet apie 2000 metus šis rodiklis stabilizavosi ir lig šiol kinta nedaug. 2009 metais šis Lietuvos rodiklis tapo artimas ES šalių vidurkiui (6,85 apsilankymo pas gydytoją per metus), bet mažesnis nei ES-12 šalių vidurkis (7,65 apsilankymo pas gydytoją per metus).

Apsilankymų pas gydytojus skaičius. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis. PSO

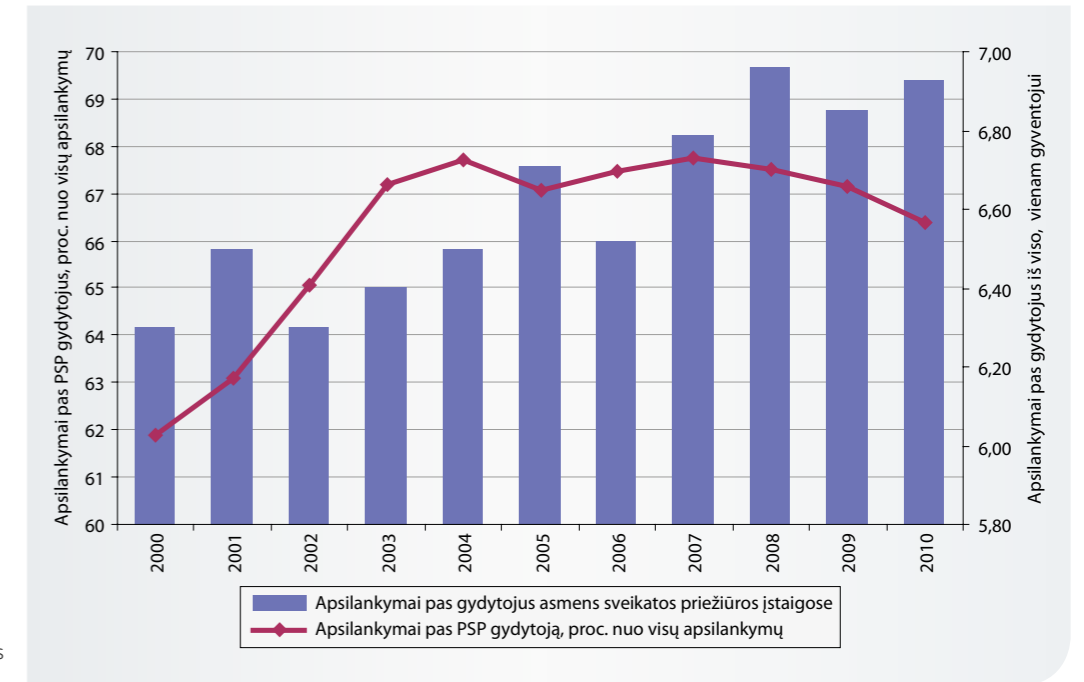


Šiuo metu stabilizavosi per 2000–2003 metų laikotarpį išaugęs apsilankymų pas šeimos gydytoją procentas nuo visų ambulatorinių apsilankymų (nuo 62 proc. iki 67 proc.). Tikėtina, kad tai atspindi gyventojų pasitikėjimo šeimos gydytojo institucija augimą, o galbūt ir apmokėjimo už specializuotas ambulatorines paslaugas apribojimų įtaką.

Tarp privačių gydymo įstaigų, kurių didžioji dalis yra nedidelės įstaigos, dominuoja teikiančios odontologines paslaugas. Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2010 metais tokių įstaigų buvo 1046, o privačių pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigų – 184.

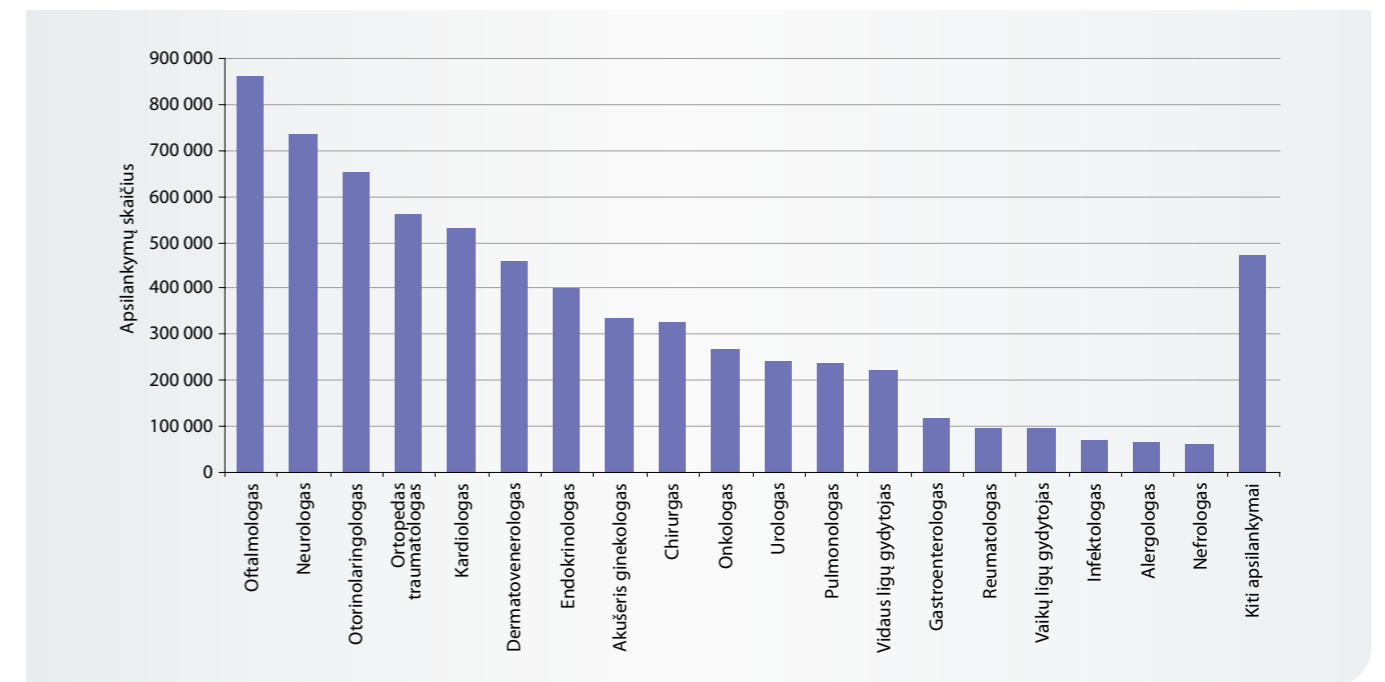
Apsilankymai pas gydytojus

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras



Apsilankymai pas gydytojus specialistus, 2010

Šaltinis. VLK



2010 m. gyventojai dažniausiai lankėsi pas oftalmologus, neurologus, otorinolaringologus, ortopedus, traumatologus ir kardiologus. Per 2006–2010 metus labiausiai išaugo apsilankymų pas kardiologus, reumatologus, gastroenterologus, nefrologus, endokrinologus,

alergologus, pulmonologus skaičius. Galima matyti, kad vizitų skaičius išaugo daugiausiai pas tuos specialistus, kurie gydo ligas, dėl kurių yra didžiausiais (ar augantis) sergamumas ir mirtingumas.

Greitoji medicinos pagalba

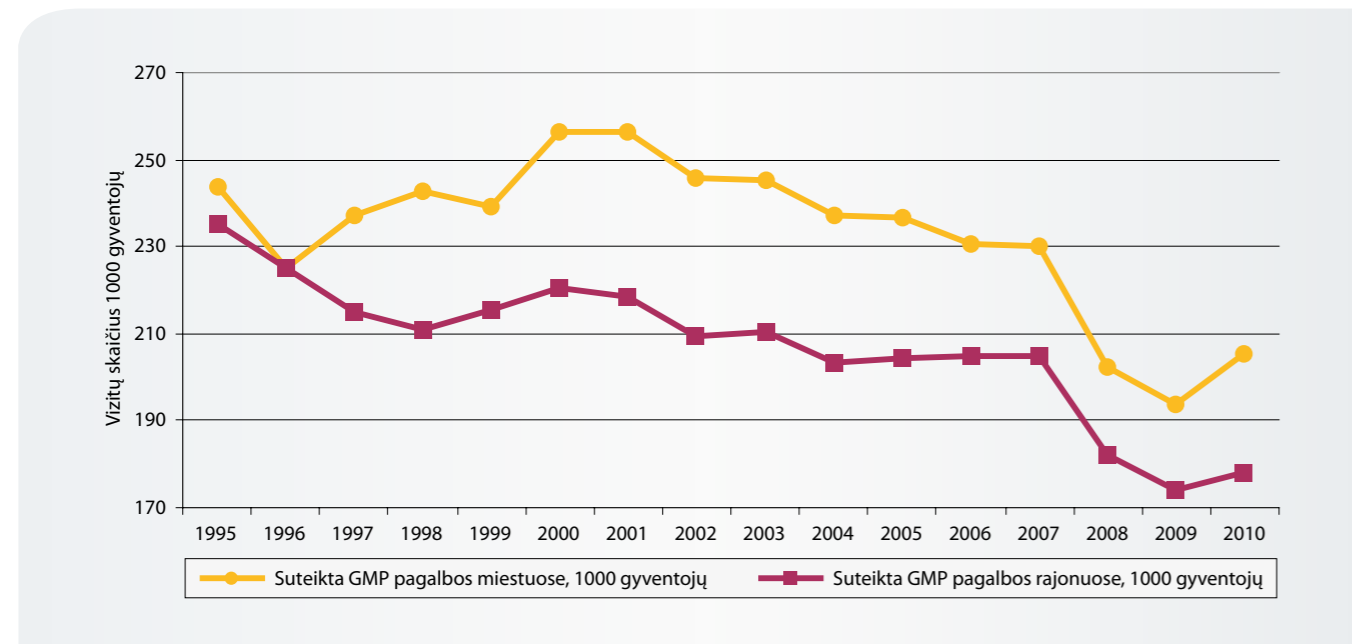
Greitosios medicinos pagalbos paslaugų apimtys mažėjimą nuo 2000 metų ir staigų šių paslaugų apimtys kritimą 2008–2009 metais galėjo lemti ne tiek paslaugų paklausos mažėjimas, kiek pasikeitusi GMP paslaugų apmokėjimo tvarka ir santykinai mažėjantis GMP paslaugų finansavimas (kaip procentas nuo PSDF išlaidų). 2000–2008 metais ne tik gerokai sumažėjo teikiamos pagalbos apimtys, bet ir išaugo besikreipiančiųjų, kuriems buvo atsakyta suteikti paslaugas arba

kurie patys atsisakė GMP paslaugų, skaičius. Tikėtina, kad padidėjus vienos brigados aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normai, GMP dispečerinės pradėjo riboti GMP brigadų išvykimus pas pacientus su ne ūmiais sveikatos sutrikimais (t. y. pas tuos, kuriems, jų manymu, paslaugas galėtų teikti PSP grandis)⁵.

⁵ Žr. „Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje“, 2010 m.

GMP paslaugos gyventojams

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras



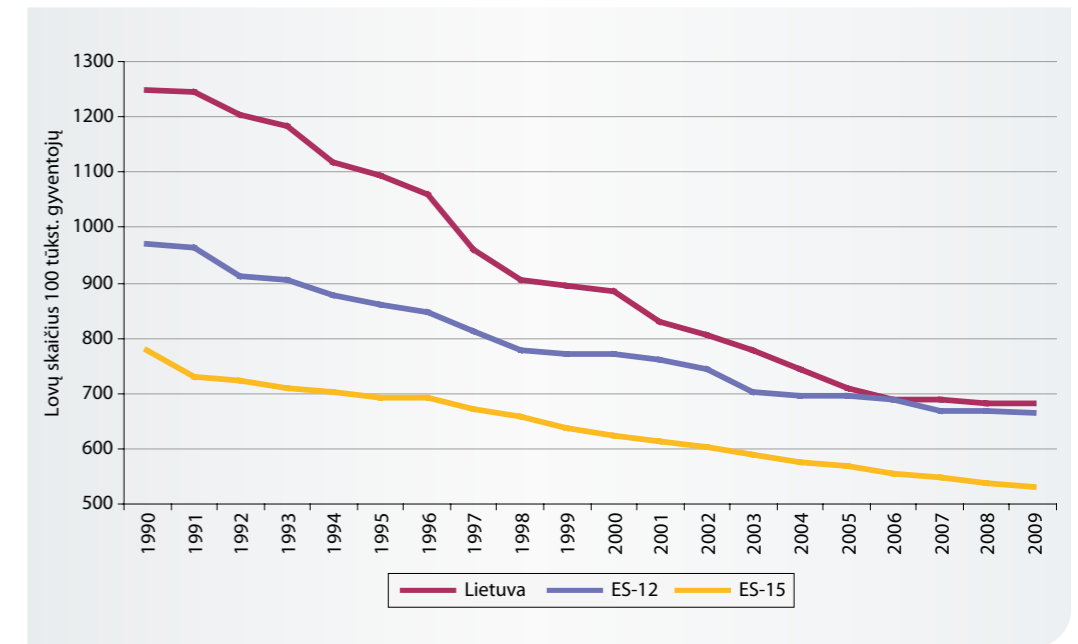
Ligoninės ir stacionari pagalba

Nors nuo 1995 iki 2010 metų ligoninių skaičius (įskaitant organizacinius padalinius) sumažėjo nuo 195 iki 147, o ligoninių lovų skaičius 10 000 gyventojų nuo 1990 metų sumažėjo daugiau nei 1,8 karto, stacionarios pagalbos ir toliau sudaro didelę dalį bendros sveikatos priežiūros paslaugų. 2009 metais Lietuvos ligoninių lovų skaičius (680,32/100 tūkst. gyventojų) vis dar gerokai viršijo atitinkamo rodiklio ES-15 šalių vidurkį (531,89/100 tūkst. gyventojų) ir beveik susilygino su atitinkamu vidutiniu ES-12 šalių rodikliu (664,83/100 tūkst. gyventojų).

Ligoninių lovų skaičius 1995–2010 metais nuolat mažėjo, tačiau lovos funkcionavimo rodiklis keitėsi gana skirtingai – nuo 1995 metais buvusio 280 dienų per metus rodiklio 2005 metais išaugo iki 295 dienų per metus, o 2010 metais vėl sumažėjo iki 280 dienų per metus. Tikėtina, kad lovos funkcionavimo rodikliai labiau susiję ne tiek su lovų skaičiumi, kiek su hospitalizacijų apimtimis ir apmokėjimo tvarkos už stacionarias paslaugas pasikeitimais.

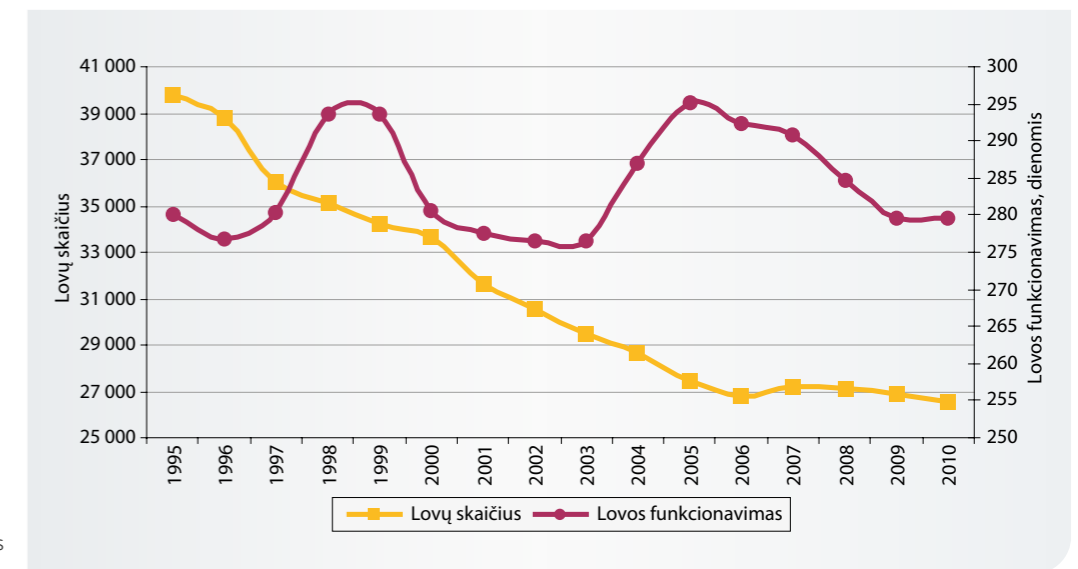
Stacionaro lovų skaičius (be slaugos lovų). Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis. PSO



Stacionarų lovų skaičius ir funkcionavimas Lietuvoje

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

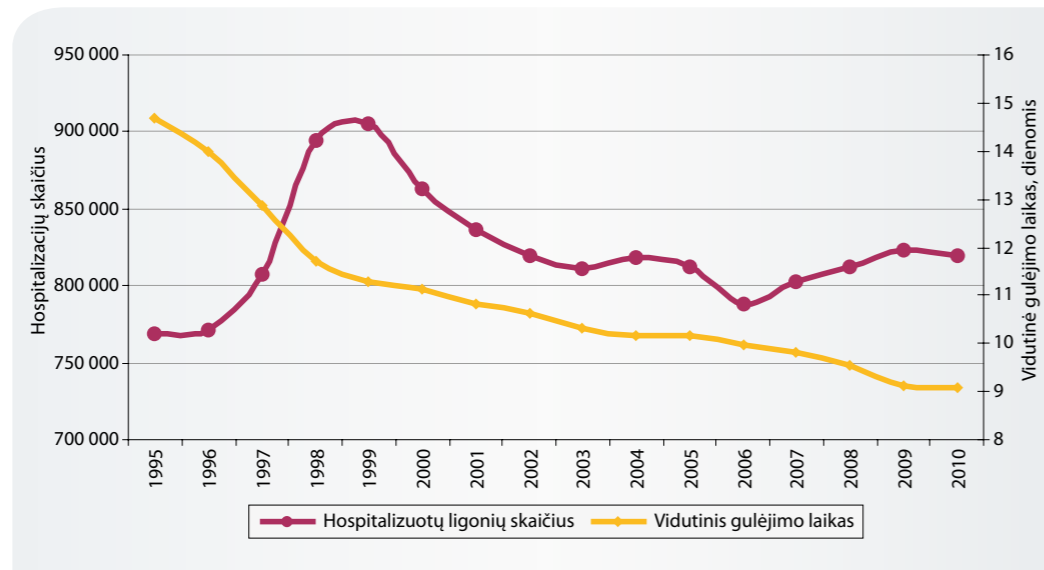


Nors vidutinės gulėjimo ligoninėje trukmės rodiklis nuo 1995 iki 2010 metų sumažėjo 1,6 karto ir 2010 m. siekė 9,07 dienos, o bendro pobūdžio ligoninėse – 6,93

dienos, tačiau hospitalizacijų skaičius, palyginti su 1995 metais, išaugo beveik 7 proc. ir yra vienas iš aukščiausių ES (viršija tiek ES-12, tiek ES-15 šalių vidurkius).

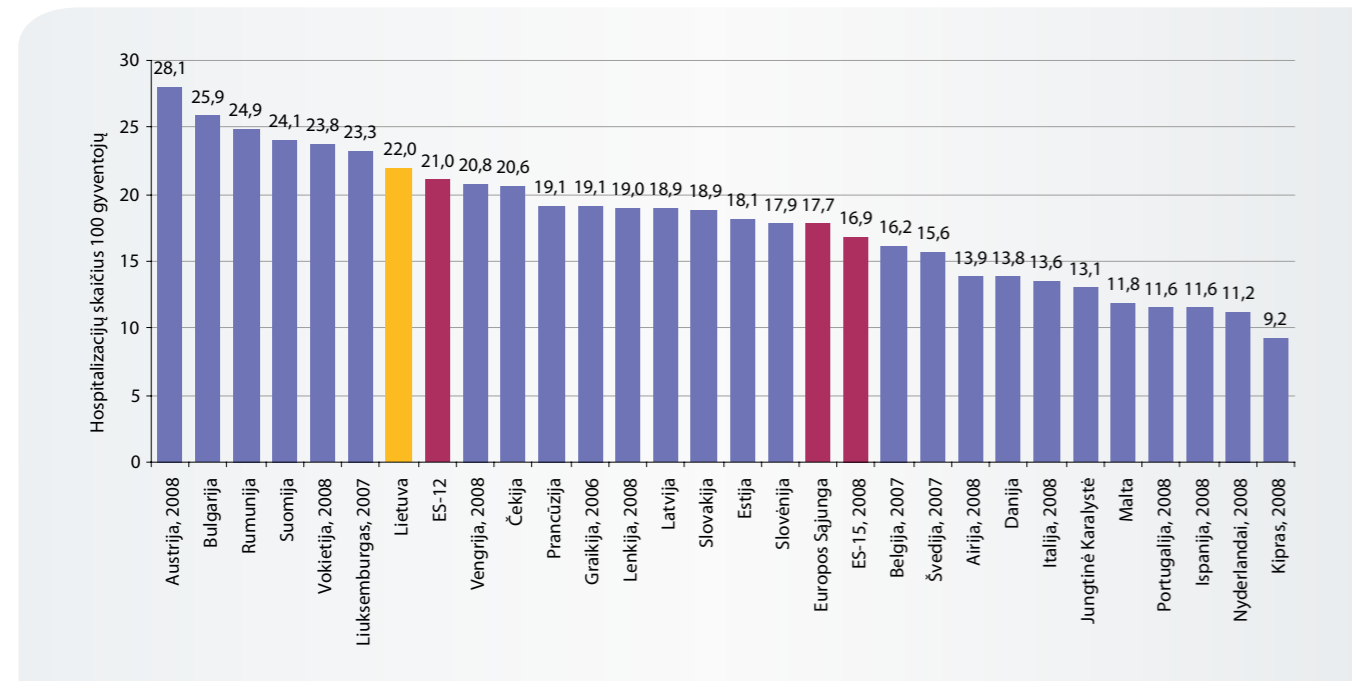
Stacionarų veiklos rodikliai Lietuvoje

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras



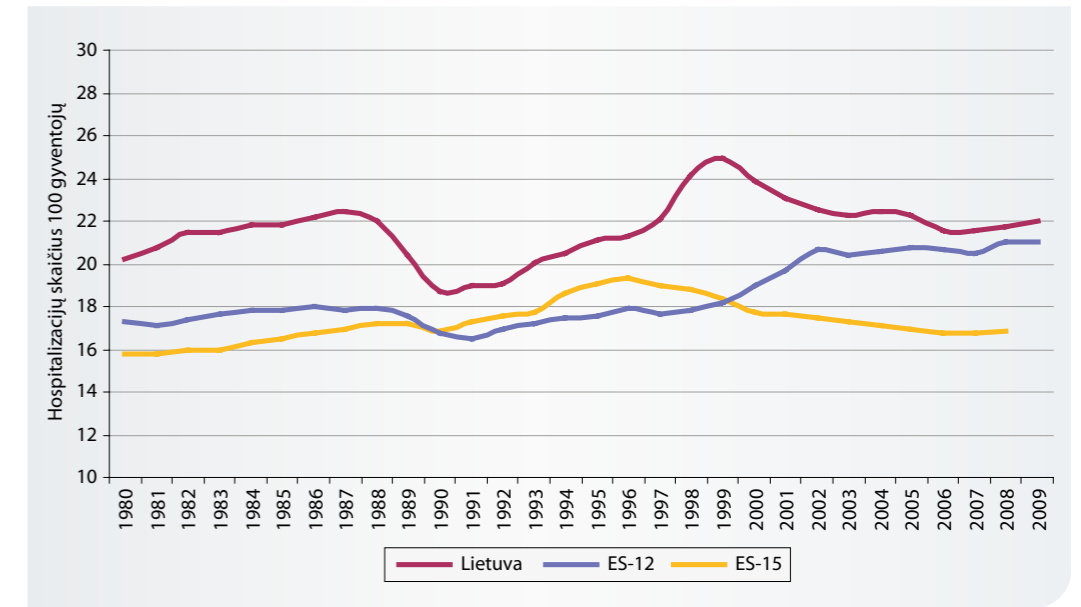
Hospitalizacijų skaičius. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. PSO



Hospitalizacijų skaičius. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis. PSO

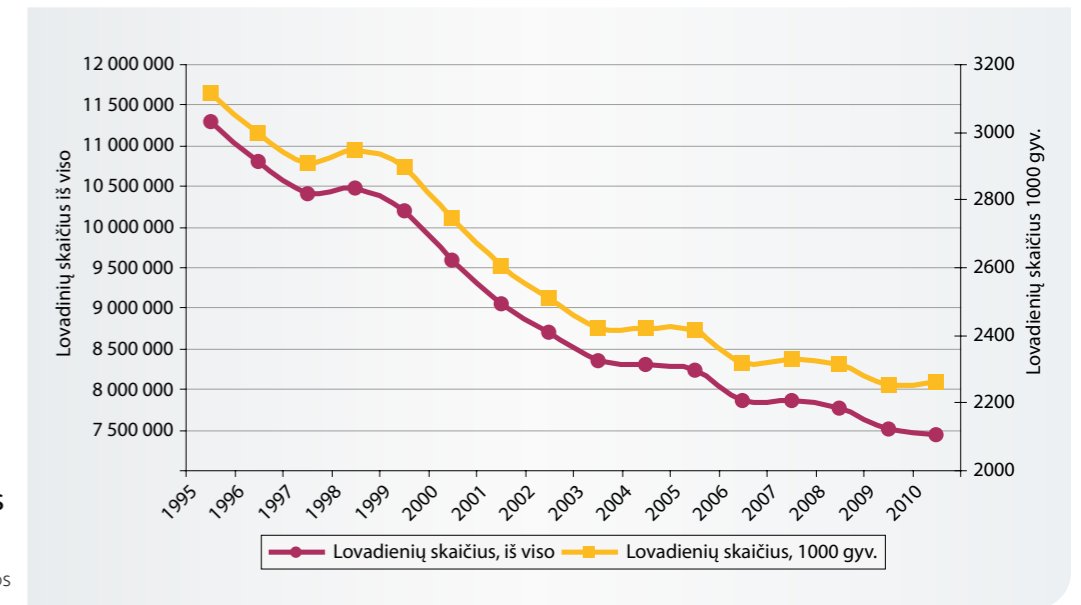


Norint aiškiau įvertinti kaip pasikeitė stacionarių gydymo įstaigų veiklos rodikliai per 1995–2010 metus buvo paskaičiuota, kaip keitėsi lovdienių skaičius per šį laikotarpį. Kaip galima matyti iš pateikto paveikslėlio, pagrindinis lovdienių skaičiaus (kartu ir su paslaugų teikimu susijusių ligoninių kaštų) mažėjimas užfiksuo-

tas iki 2003 metų, o nuo 2004 metų šio rodiklio pokyčiai buvo santykinai nedideli. Galima manyti, kad nuo 2004 metų pagrindinis stacionaro išlaidų didėjimas buvo susijęs ne tiek su paslaugų apimties pokyčiais, kiek su naudojamų išteklių kainos ir darbo užmokesčio augimu.

Lovdienių skaičius

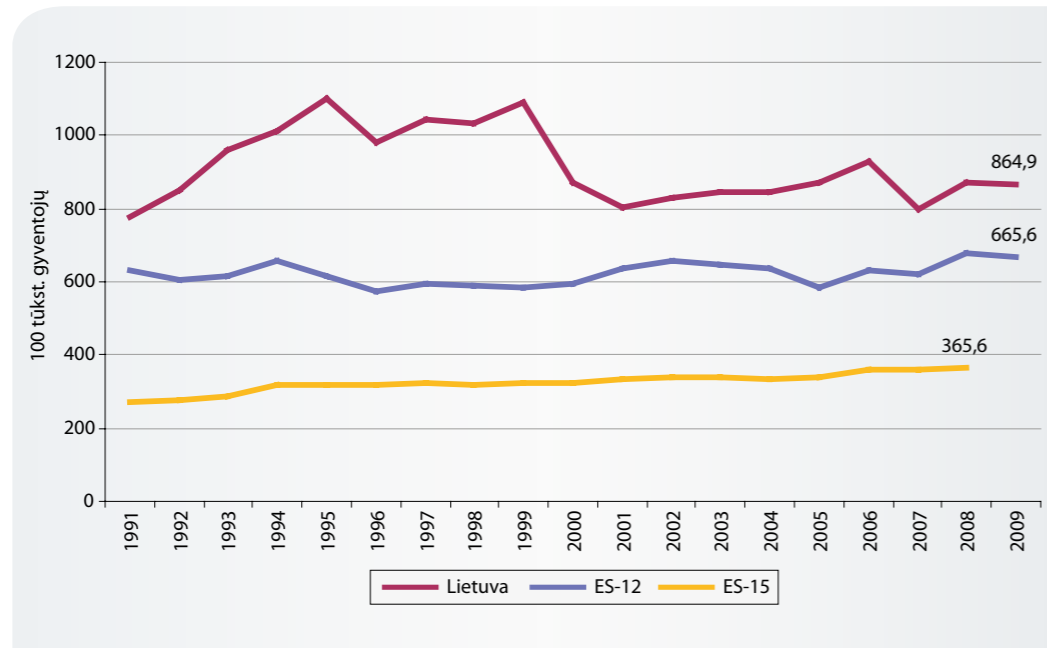
Šaltiniai: Sveikatos informacijos centras, SEC paskaičiavimai



Palyginę 2008 metų Lietuvoje ir ES-15 šalyse stacionare gydytų ir išrašytų ligonių skaičiaus pagal atskiras ligų grupes rodiklius matome, kad jie skyrėsi gana smarkiai. Pavyzdžiui, dėl cerebrovaskulinių ligų Lietuvoje buvo hospitalizuojama beveik 2,5 karto daugiau nei ES-15 šalyse, dėl infekcinių ligų – apie 2,4 karto, dėl kraujotakos sistemos ligų – 1,9 karto, dėl kvėpavi-

mo sistemos – 1,7 karto, o hospitalizacijų skaičius dėl traumų, virškinimo sistemos, onkologinių ligų buvo artimas ES-15 šalių vidurkiui. Pastebėtina, kad hospitalizacijų skaičius dėl jungiamojo audinio ir skeleto-raumenų sistemos ligų Lietuvoje buvo 20 proc. mažesnis nei atitinkamas ES-15 šalių vidurkis.

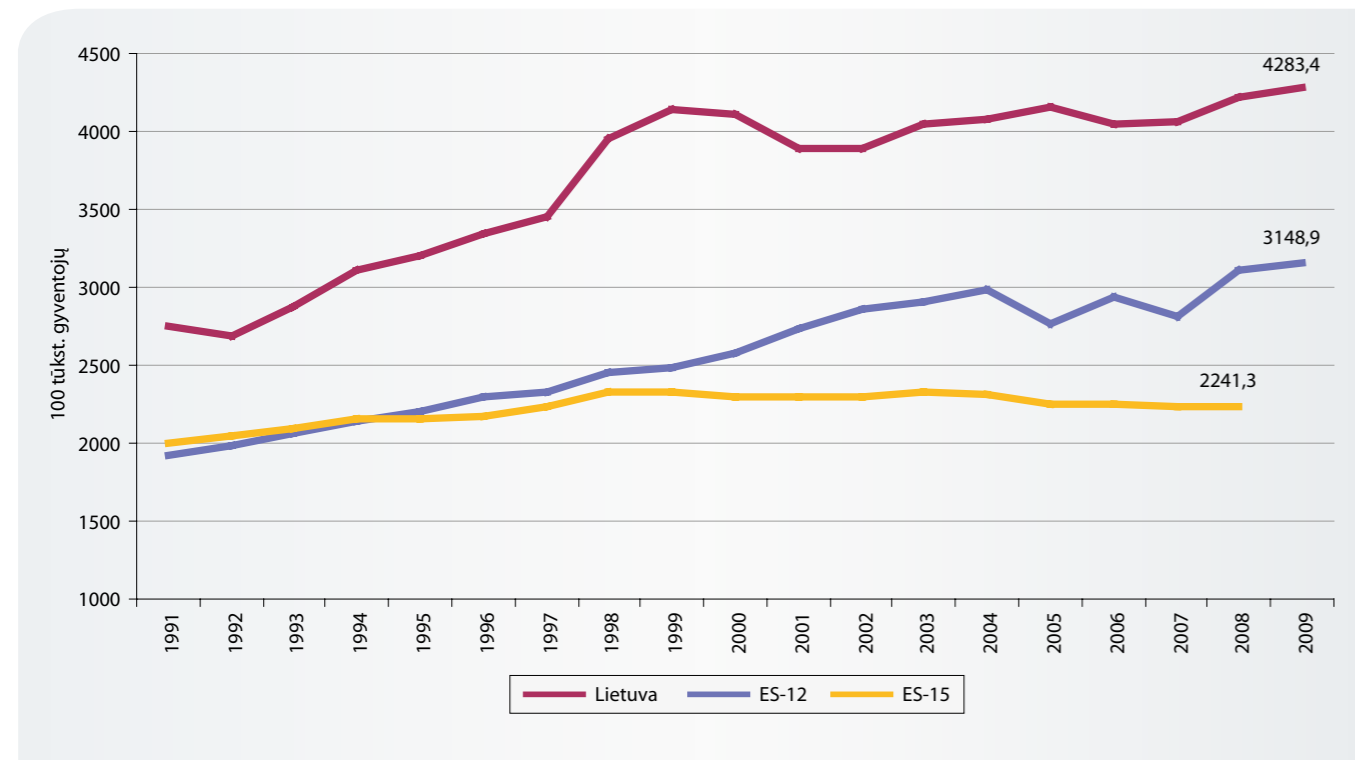
Hospitalizacijų skaičius 100 tūkst. gyventojų. Infekcinės ligos. Palyginimas su ES šalimis



Šaltinis. PSO

Hospitalizacijų skaičius 100 tūkst. gyventojų. Kraujotakos sistemos ligos. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis. PSO



Tikėtina, kad didelis hospitalizacijų skaičius Lietuvoje susijęs ne tik su aukštu sergamumu, bet ir su nepakankamai efektyviai veikiančia ambulatorinių paslaugų teikimo sistema (neišskiriant ir medikamentinio gydymo). Tačiau reikia pastebėti, kad skirtingas hospitalizacijų skaičiaus santykis palyginti su ES-15 šalių vidur-

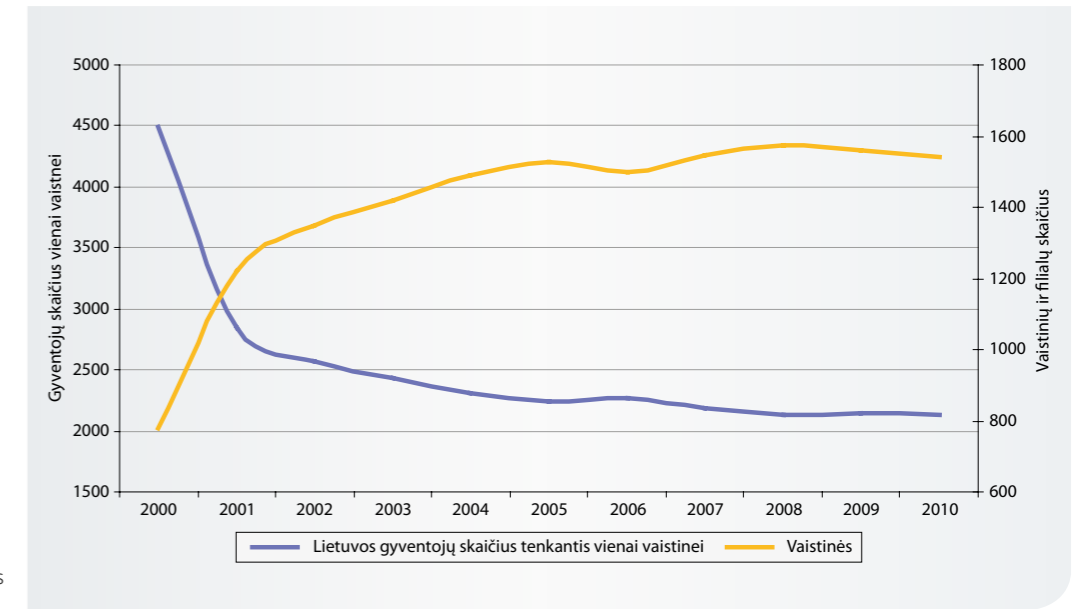
kiu parodo, kad siekis mažinti hospitalizacijų skaičių Lietuvoje taikytinas ne bendrai visoms stacionarines paslaugas teikiančioms įstaigoms, o tik tam tikroms, prieš tai įvertinus jų pateiktus mirtingumo, sergamumo ir hospitalizacijų skaičiaus rodiklius pagal atskiras ligas.

Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės

2000–2008 metais išaugo vaistinių ar jų filialų skaičius. Vaistinių skaičius daugiausiai augo 2000–2001 metais, o nuo 2005 metų jis stabilizavosi ir daugiau beveik nesikeičia, kaip ir vaistų prieinamumas šiuo aspektu.

Vaistinių skaičius Lietuvoje

Šaltinis. Sveikatos informacijos centras

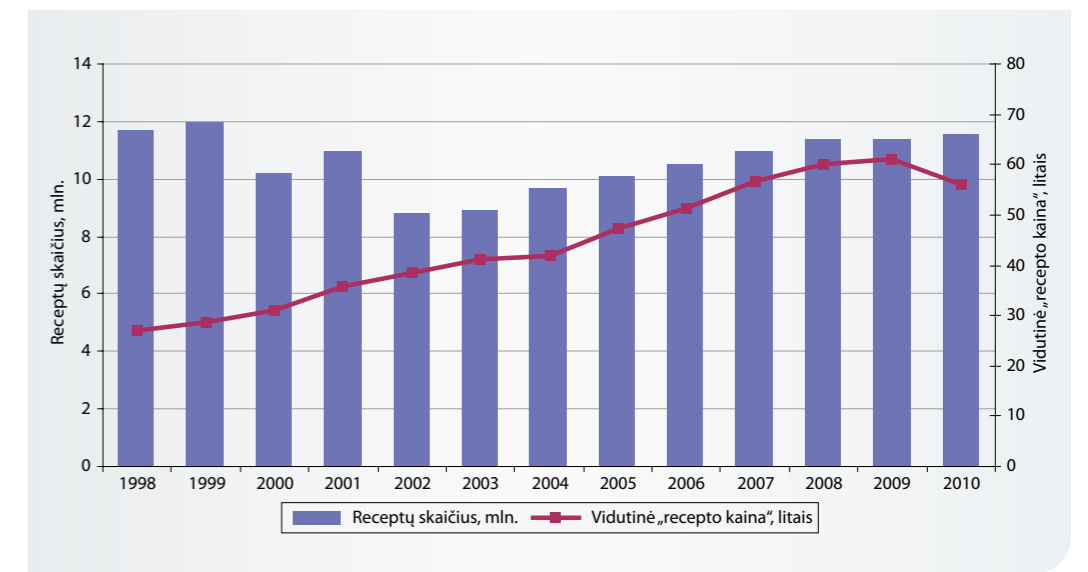


Nors per 2000–2010 metus PSDF išlaidos vaistams išaugo daugiau nei du kartus, tačiau išrašomų receptų kompensuojamiesiems vaistams skaičius nuo 1998 metų mažai pasikeitė, tik 2002–2003 metais buvo stebimas išrašomų receptų skaičiaus mažėjimas. Remiantis Lietuvoje veikiančių farmacinių kompanijų pateikiamais duomenimis, per 2008–2010 metus parduotų vaistų pakuočių skaičius sumažėjo apie 13 proc.

Pagrindinė kompensuojamųjų vaistų išlaidų augimo priežastis aptariamuoju laikotarpiu – vadinamosios „recepto kaina“ augimas. Lietuva per 2000–2010 metų laikotarpį įvedė geros vaistų gamybos ir platinimo praktikos reikalavimus, todėl pasikeitė tiek gaminamųjų, tiek importuojamųjų vaistų kainos, išaugo etinių ir kitų brangių vaistų dalis kompensuojamųjų vaistų struktūroje.

1998–2010 m. kompensuojamųjų vaistų receptų skaičius ir vidutinė PSDF biudžeto išlaidų, tenkančių vienam receptui, suma

Šaltinis. VLK



Lietuvos sveikatinimo veiklos finansavimas

Remiantis 2000 metų OECD sveikatos sąskaitų metodika, sveikatinimo veiklos išlaidomis rekomenduojama laikyti tas išlaidas, kurios numatomos:

- 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 išmokų ir išmokų natūra administravimui) apmokėti.

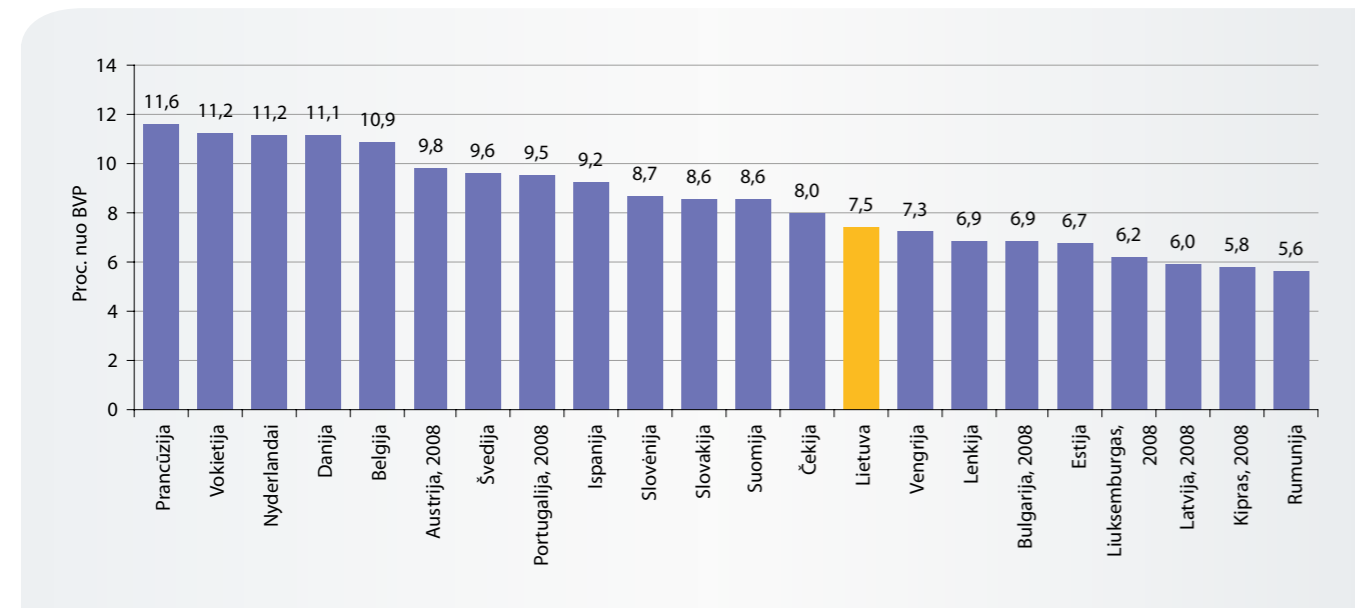
Sveikatinimo veikla Lietuvoje finansuojama iš šių pagrindinių šaltinių:

- valstybės biudžeto;
- savivaldybių biudžetų;
- Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF);
- kitų visuomeninio finansavimo šaltinių (struktūrinių fondų, subsidijų, mokestinių lengvatų ir kt.);
- namų ūkių (tiesioginių ir neoficialių mokėjimų);
- papildomojo sveikatos draudimo;
- kitų finansavimo šaltinių (darbdavių išlaidų, labdaros, užsienio šalių pagalbos ir kt.).

Eurostat duomenimis, 2008 metais Lietuvoje visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos sveikatinimo veiklai sudarė 6,4 proc. nuo BVP, 2009 metais – išaugo iki 7,6 proc. nuo BVP. Išlaidų sveikatai procentas nuo BVP per šį laikotarpį padidėjo (kaip ir daugelyje ES šalių) iš esmės dėl to, kad dėl krizės visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas sumažėjo ne taip stipriai, kaip smuko visa šalies ekonomika. Šiuo laikotarpiu sveikatos išlaidų procentas nuo BVP labiau nei Lietuvoje išaugo tik Nyderlanduose ir Danijoje.

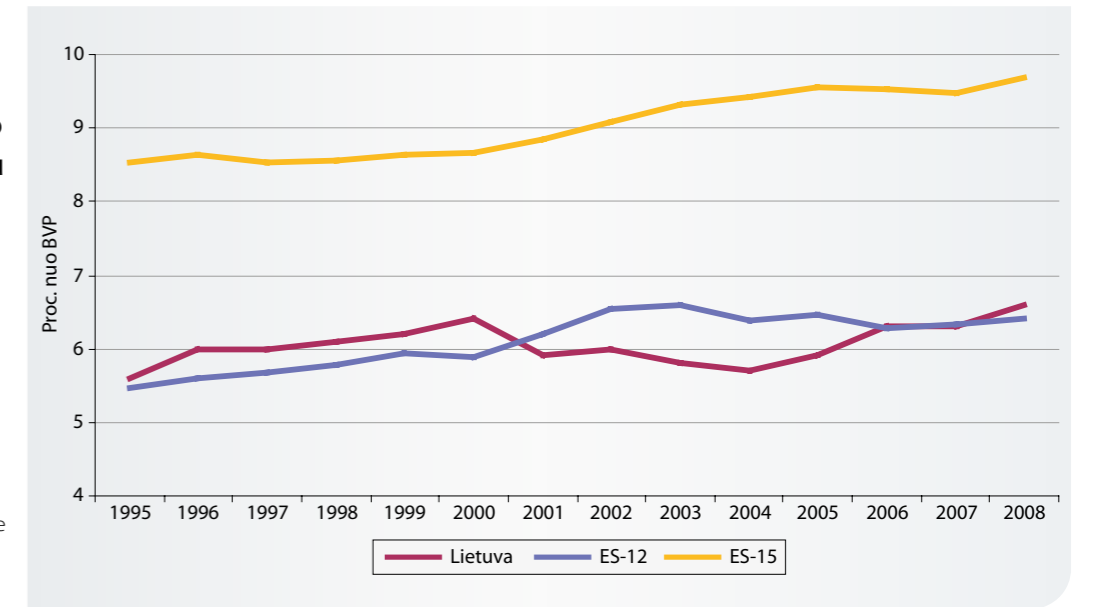
Visos išlaidos sveikatai, proc. nuo BVP. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. Eurostat



Visos išlaidos sveikatai, proc. nuo BVP. Palyginimas su ES šalimis

Šaltinis. PSO. Patikslinta, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis. PSO atliekami išlaidų sveikatai skaičiavimai remiasi kita metodika, todėl duomenys skiriasi nuo Eurostat ir Lietuvos statistikos departamento pateikiamų (nuo 2004 m.) duomenų, kurie apskaičiuojami pagal EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką

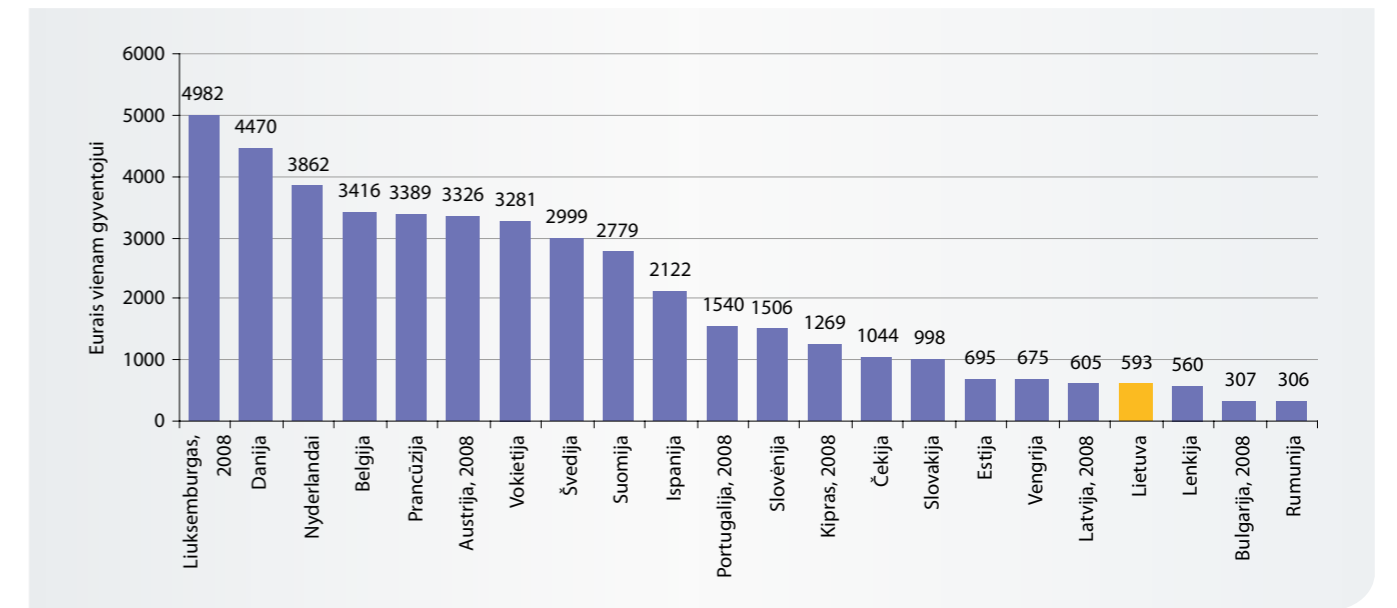


Pagal Eurostat duomenis, 2009 metais visos išlaidos sveikatinimo veiklai vienam Lietuvos gyventojui siekė tik 593 eurus ir buvo vienos iš mažiausių ES (Liuksemburgo – 4982 eurai, Danijos – 4470 eurai). Net Slovėni-

jos (1506 eurai), Čekijos (1044 eurai) ir Slovakijos (998 eurai) išlaidos sveikatai 2009 metais daugiau nei 1,6 karto viršijo Lietuvos išlaidas.

Visos išlaidos sveikatai, eurai vienam gyventojui. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. Eurostat



Remiantis Eurostat duomenimis, 2009 metais Lietuvoje padidėjo ir visuomeninių išlaidų, skiriamų sveikatos priežiūrai, dalis: 2008 m. jos sudarė 71,2 proc., o 2009 m. – pasiekė 73 proc. nuo visų išlaidų sveikatai. Lietuvoje 2009 metais visuomeninis (arba valdžios sektoriaus) sveikatinimo veiklos finansavimas procentais nuo BVP buvo panašus kaip Lenkijoje, Ispanijoje ir

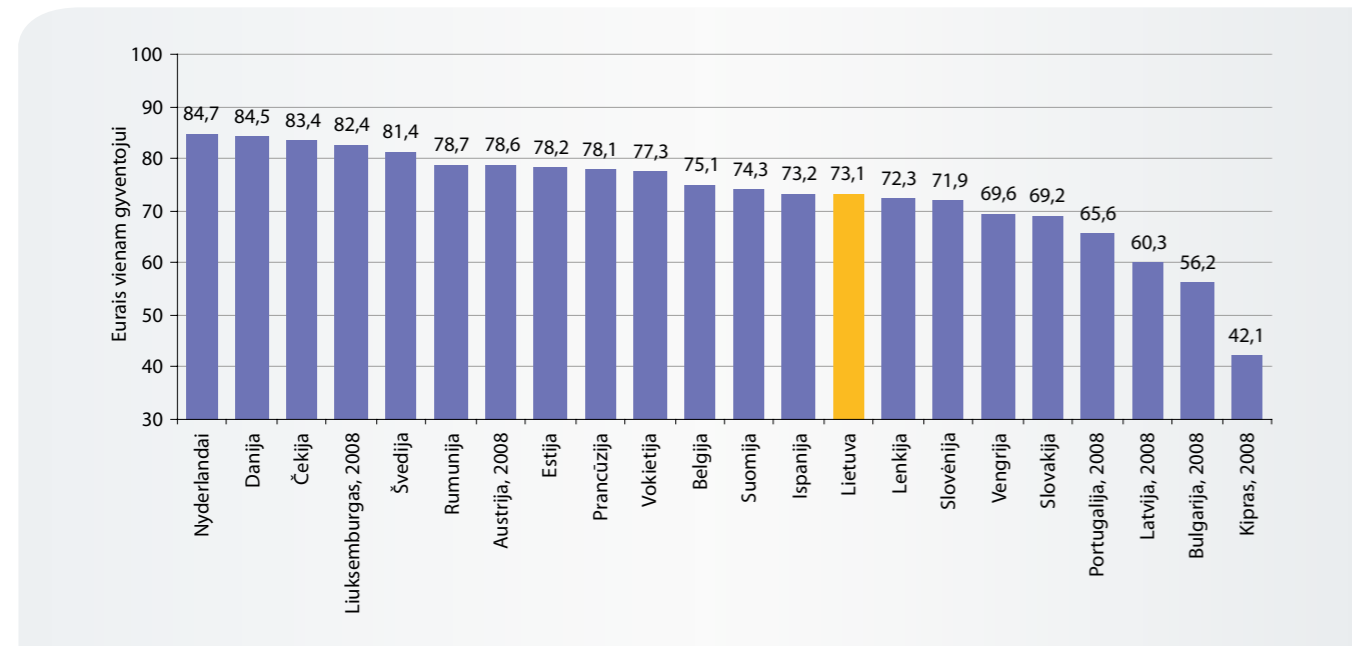
Suomijoje. 2009 metais pastebėtas visuomeninių išlaidų sveikatai procento nuo BVP padidėjimas (+1,83 proc.) buvo nulemtas to, kad dėl krizės visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas sumažėjo palyginti ne tiek daug, kiek nusmuko visa šalies ekonomika. Daugiau nei Lietuvoje visuomeninio sveikatos išlaidų finansavimo procentas nuo BVP per 2008–2009 metų laikotarpį

išaugo tik Nyderlanduose (+2,64 proc.). Reikia pastebėti, kad prasidėjus krizei ne visose ES šalyse visuomeninio finansavimo procentas išaugo. Daugiau nei vienu

procentu visuomeninis finansavimas sumažėjo Rumunijoje (-2,76 proc.), Slovakijoje (-1,27 proc.) ir Vengrijoje (-1,03 proc.).

Valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai, proc. nuo visų išlaidų sveikatai. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. Eurostat



2000–2005 metais visuomeninių išlaidų sveikatos priežiūrai augimas Lietuvoje atsiliko nuo BVP augimo tempų. 2006 metais visuomeninių išlaidų procentas nuo visų išlaidų sveikatai, nors vėl pradėjęs augti (2005–2007 m. įgyvendinant sveikatos apsaugos sistemos darbuotojų atlyginimų kėlimo politiką), 2009 metais vis dar buvo mažesnis nei atitinkamas rodiklis 1998 metais.

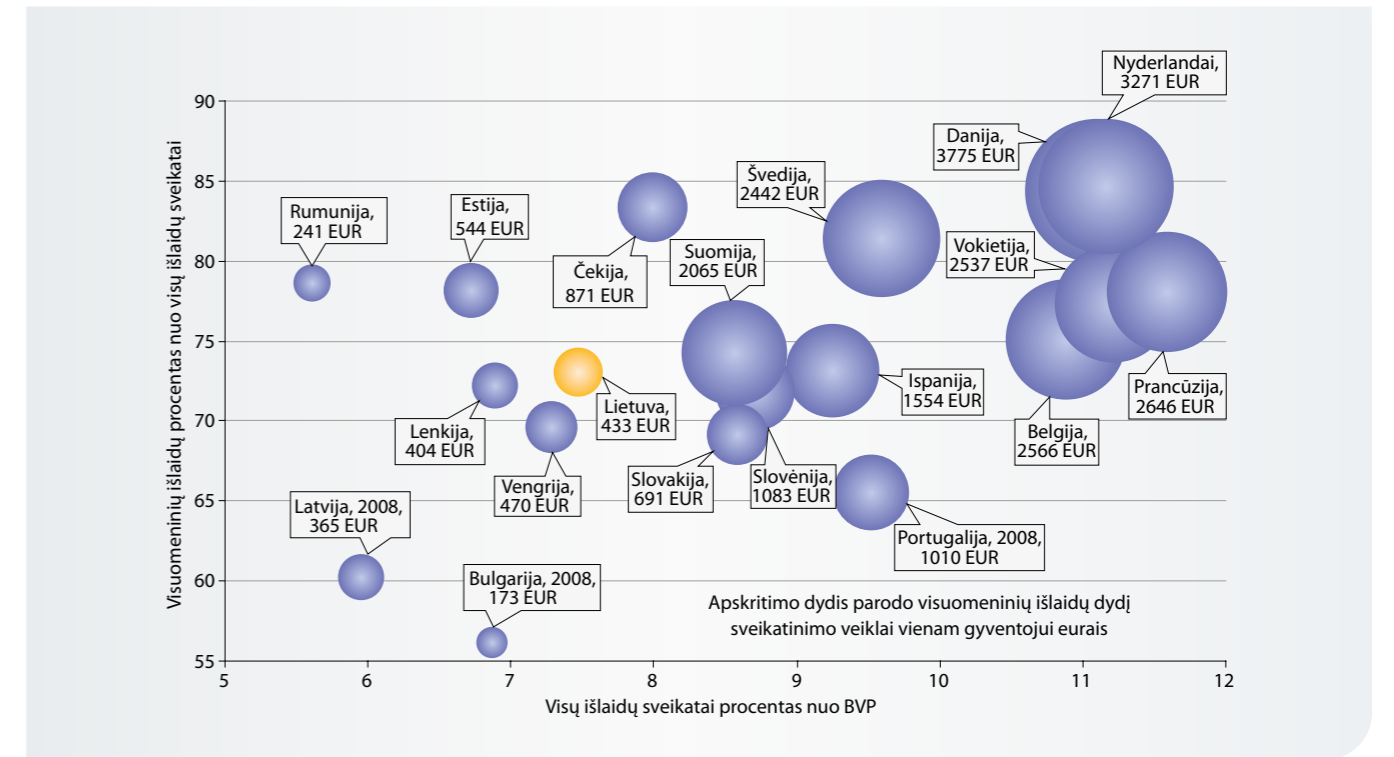
Lietuvoje santykinai stabilus sveikatos priežiūrai skiriamų visų (visuomeninių ir privačių) išlaidų procentas

nuo BVP 2000–2005 metais išsilaikė iš esmės dėl privačių išlaidų augimo. Remiantis nacionalinių sveikatos sąskaitų duomenimis, privacios išlaidos sveikatos priežiūrai ir toliau auga – nuo 2004 iki 2009 metų namų ūkių tiesioginės išlaidos sveikatai išaugo daugiau nei 57 proc. ir 2009 metų pasiekė 1 milijardą 792 milijonus litų. Didžioji namų ūkių sveikatos išlaidų dalis skiriama vaistams.

Lietuvos sveikatos sistemos finansai ES šalių kontekste pateikiami paveiksle 52 puslapyje.

Palyginimas su ES šalimis

Šaltiniai: Eurostat, Sveikatos ekonomikos centro paskaičiavimai



Sveikatos sąskaitų sistema

Nuo 2004 metų Lietuvos statistikai rinkdami ir apdorodami statistikos duomenis taiko modernios finansų vadybos reikalavimus atitinkančią nacionalinę

sveikatos sąskaitų metodiką. Pagal tą pačią metodiką, tik detalesnę finansinę informaciją pateikia ir Eurostat duomenų bazė.

Lietuvos Sveikatos sąskaitų sistema. Sveikatos priežiūros išlaidos. Požymiai: sveikatos priežiūros finansuotojai, statistiniai rodikliai ir metai

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Valdžios sektorius						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	2414,3	2862,5	3584,4	4507,2	5354,2	5089,2
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	67,6	67,8	69,5	73	72,4	73,4
Valdžios sektorius, neįskaitant socialinio draudimo fondų						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	308,3	396,3	563,1	887,3	1000,7	854,4
Socialinio draudimo fondai						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	2106	2466,3	3021,3	3619,9	4353,5	4234,8
Privatus sektorius						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1159,5	1360,9	1571,8	1668,1	2041,3	1841,8
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	32,4	32,2	30,5	27	27,6	26,6
Privatus draudimas						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	14,2	15,2	20,6	24,3	37,1	44,9
Privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1141,4	1341,1	1546,1	1640,2	1999,8	1792,8

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas namų ūkiams						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	0,4	0,7	1	1	1,3	0,8
Bendrovės						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	3,5	3,9	4	2,5	3,1	3,3
Kitos šalys						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	0,3	0,7	0,5	0,6	0,3	0,5
Iš viso						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	3574,1	4224,2	5156,7	6175,9	7395,9	6931,5
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	100	100	100	100	100	

Šaltinis. Statistikos departamentas. Duomenys apskaičiuoti naudojant EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką. 2007 m. – patikslinti duomenys, 2009 m. – negalutiniai duomenys

Lietuvos Sveikatos sąskaitų sistema. Sveikatos priežiūros išlaidos. Požymiai: sveikatos priežiūros funkcijos, statistiniai rodikliai ir metai

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gydymo paslaugos						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1611,3	1875,3	2361,5	2784,6	3476,9	3286,8
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	46,5	45,8	48,7	48,2	49	48,1
Reabilitacinė priežiūra						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	144,8	171,8	207,4	240,1	253,5	233,4
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	4,2	4,2	4,3	4,2	3,6	3,4
Ilgalaikės slaugos paslaugos						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	123,1	171,9	194	336,4	520,3	620,5
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	3,6	4,2	4	5,8	7,3	9,1
Pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	150,4	181,1	243,6	332,5	433,8	412,4
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	4,3	4,4	5	5,8	6,1	6
Medicinos prekės ambulatoriniams ligoniams						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1294	1539,4	1698,5	1844,5	2103,7	2025,9
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	37,3	37,6	35	31,9	29,6	29,6
Prevencija ir visuomenės sveikatos paslaugos						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	61,6	71,4	60,9	107,5	86,8	78,4
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	1,8	1,7	1,3	1,9	1,2	1,1
Sveikatos priežiūros administravimas ir sveikatos draudimas						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	81,9	80,5	87,8	128,5	222,8	182,6
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	2,4	2	1,8	2,2	3,1	2,7
Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	3467,2	4091,4	4853,7	5774	7097,9	6839,9
Su sveikata susijusios funkcijos						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1435,7	1672,8	2094,4	2644,2	3143	3081,9
Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių institucijų kapitalo formavimas						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	106,9	132,8	303	401,8	298	91,6

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos						
Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	3574,1	4224,2	5156,7	6175,9	7395,9	6931,5

Šaltinis. Statistikos departamentas. Duomenys apskaičiuoti naudojant EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką. 2007 m. – patikslinti duomenys, 2009 m. – negalutiniai duomenys

Lietuvos Sveikatos sąskaitų sistema. Sveikatos priežiūros išlaidos. Požymiai: sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, statistiniai rodikliai ir metai

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ligoninės						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1262,8	1545,3	2063,5	2397,1	2709,6	2512,5
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	35,3	36,6	40	38,8	36,6	36,2
Slaugos ir rezidentinės priežiūros įstaigos						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	62,9	72,3	69,8	82,8	104,4	108
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	1,8	1,7	1,4	1,3	1,4	1,6
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	703,9	778,7	1031,7	1291,1	1670,8	1550,9
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	19,7	18,4	20	20,9	22,6	22,4
Mažmeninės prekybos įmonės ir kiti medicinos prekių teikėjai						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1285,8	1530,8	1694	1836	2101,9	2024,1
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	36	36,2	32,9	29,7	28,4	29,2
Visuomenės sveikatos programų administravimas						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	43,1	45,5	35,7	57,1	35,3	19,4
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	1,2	1,1	0,7	0,9	0,5	0,3
Bendrasis sveikatos priežiūros administravimas ir draudimas						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	154	148,2	139,1	271,6	383,3	229,6
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	4,3	3,6	2,7	4,4	5,2	3,3
Kitos veiklos rūšys						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	61,7	102,7	117,1	234,6	384,6	477,9
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	1,7	2,4	2,3	3,8	5,2	6,9
Kitos šalys						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	0	0,6	5,6	5,5	6	9,1
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1
Iš viso						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	3574,1	4224,2	5156,7	6175,9	7395,9	6931,5
Bendrujų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.	100	100	100	100	100	100

Šaltinis. Statistikos departamentas. Duomenys apskaičiuoti naudojant EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką. 2007 m. – patikslinti duomenys, 2009 m. – negalutiniai duomenys

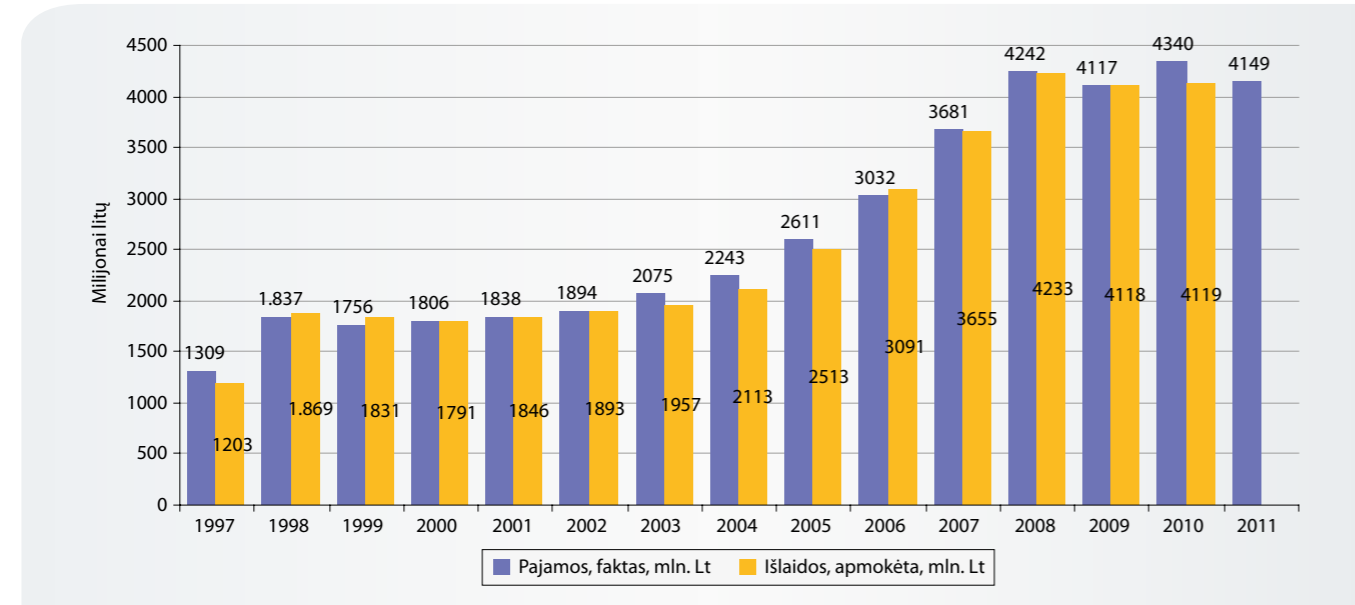
Privalomojo sveikatos draudimo pajamos ir išlaidos

Didžiausius Lietuvos sveikatos sektoriaus finansinius srautus valdo Valstybinė ligonių kasa. Remiantis nacionalinių sveikatos sąskaitų sistemos duomenimis, 2009 metais apie 88 proc. viso visuomeninio sveikatos

apsaugos finansavimo sudarė Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos. Per laikotarpį nuo 1998 iki 2010 metų PSDF pajamos ir išlaidos išaugo daugiau nei 2,2 karto.

PSDF pajamos ir išlaidos

Šaltinis. VLK

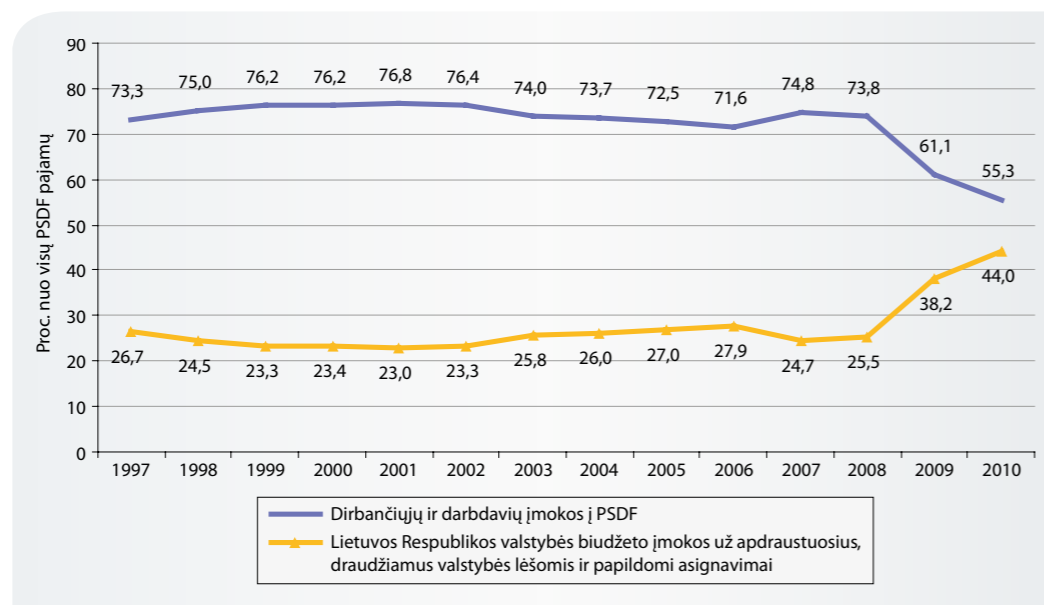


1997–2008 metais didžiąją PSDF pajamų dalį (daugiau nei 70 proc.) sudarė dirbančiųjų ir darbdavių įmokos. 2009 metais išaugo valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, ir

papildomi valstybės biudžeto asignavimai, taigi 2010 metais valstybės biudžeto lėšų dalis PSDF pajamose sudarė jau 44 proc.

PSDF pajamos, proc.

Šaltinis. VLK

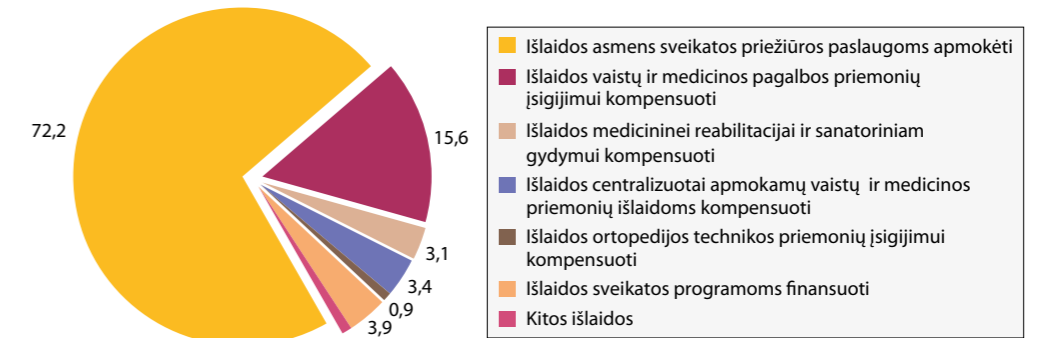


2010 metais didžiausią PSDF išlaidų dalį sudarė išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti

(72 proc.), taip pat gyventojų išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti (16 proc.).

PSDF išlaidų struktūra, 2010

Šaltinis. VLK

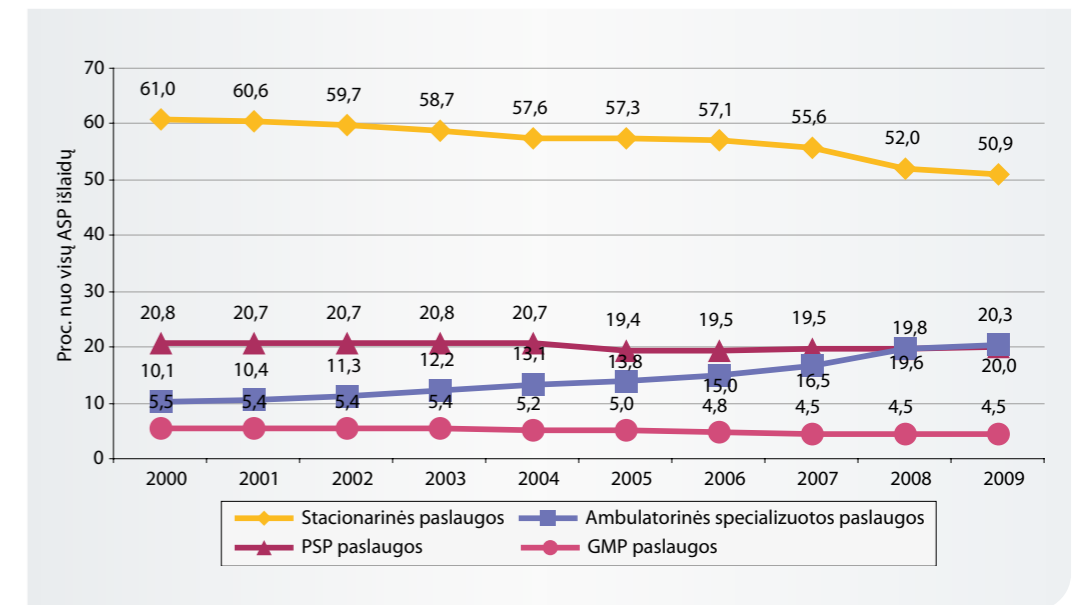


Per 2000–2010 metų laikotarpį PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros (ASP) paslaugoms apmokėti išaugo daugiau nei 2,2 karto, kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms – apie 2 kartus, centralizuotai perkamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms – 5,2 karto. Labiausiai išaugo išlaidos sveikatos programoms finansuoti – 8,7 karto.

Nors išlaidos stacionaraus gydymo paslaugoms apmokėti 2000–2009 metų laikotarpiu išaugo tik apie 1,8 karto, tačiau šios išlaidos ir toliau sudaro didžiąją dalį – apie 51 proc. visų ASP paslaugoms apmokėti skiriamų išlaidų (2009 m. duomenimis).

PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti

Šaltinis. VLK



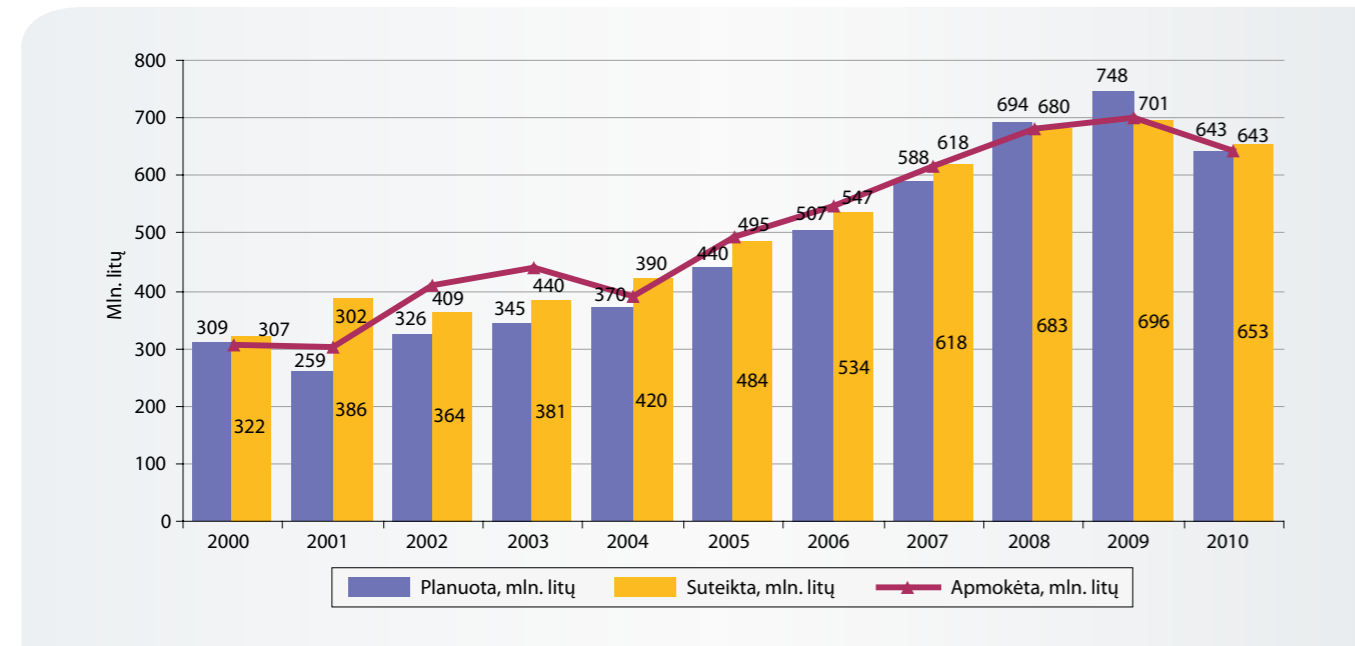
Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms

Nors 2000–2010 metais PSDF išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonių (MPP) kompensavimui augo, tačiau procentinė dalis nuo visų PSDF išlaidų sumažėjo iki 15,6 proc.; centralizuotai perkamų

vaistų ir medicinos pagalbos priemonių dalis išaugo iki 3,4 proc. Todėl visų PSDF išlaidų vaistams ir MPP dalis per visą 2000–2010 metų laikotarpį išliko gana stabili – apie 19–23 proc.

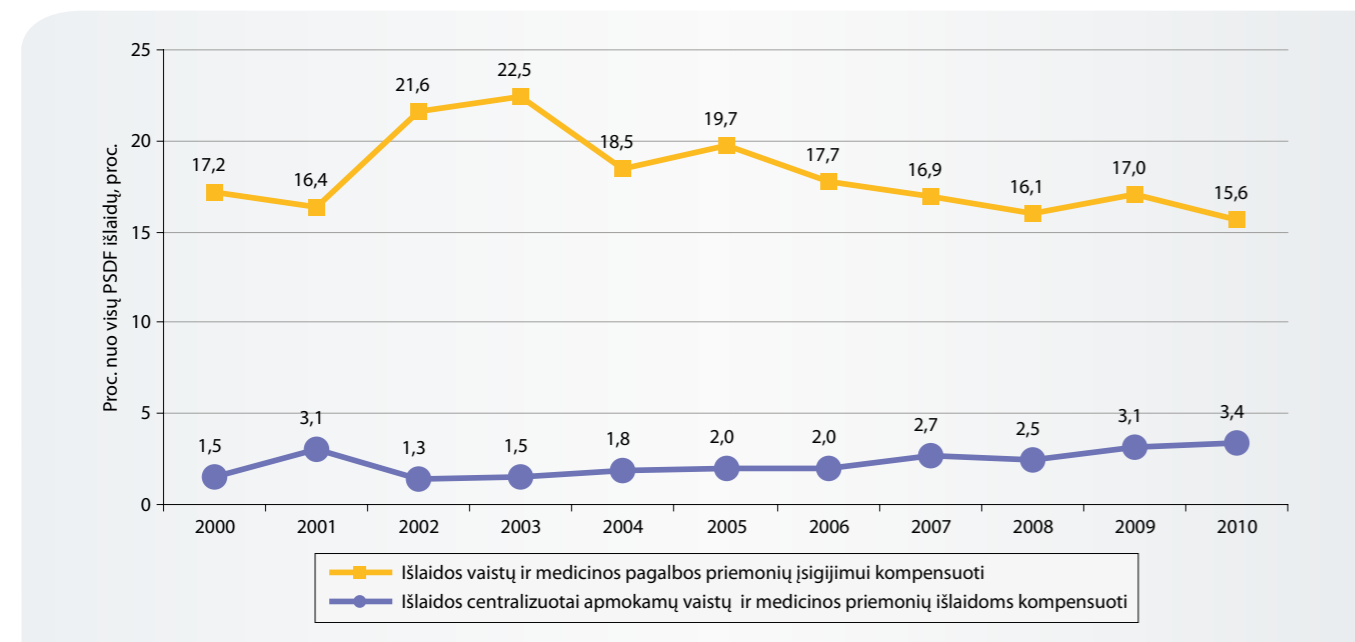
PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti

Šaltinis: VLK



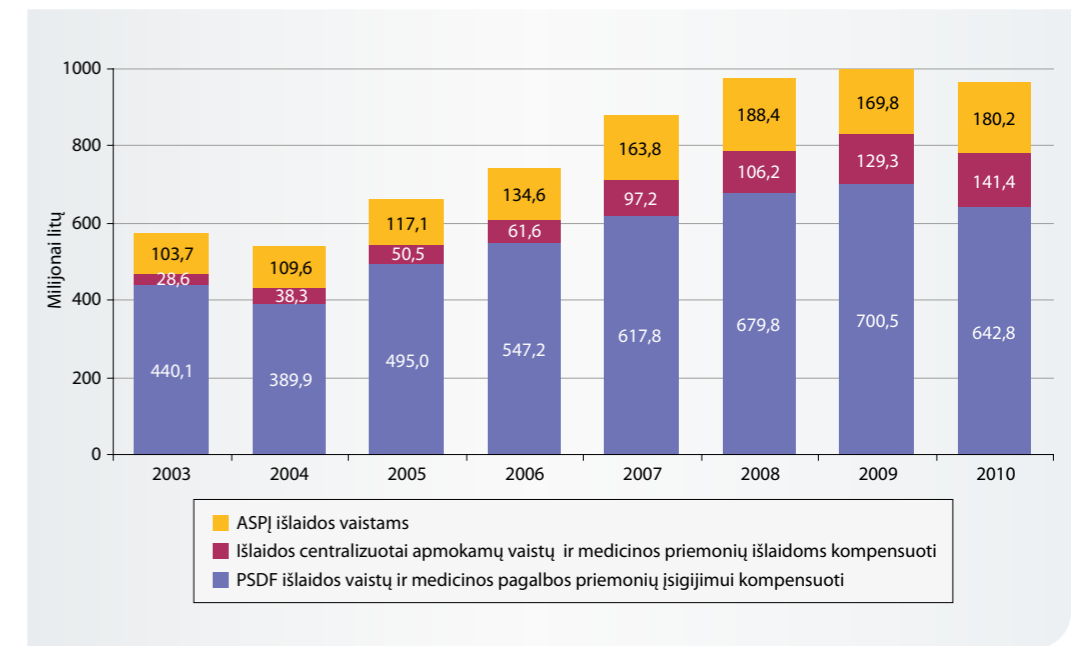
PSDF išlaidos vaistams ir MPP

Šaltinis: VLK



2003–2010 metų laikotarpiu išaugo ir PSDF finansuojamų gydymo įstaigų išlaidos vaistams, tvarsliaivai ir kraujo produktams. 2010 metais ASPĮ vaistams išleido

apie 180 milijonų litų. Nuo 2008 metų bendra PSDF ir gydymo įstaigų perkamų medikamentų apimtis beveik pasiekė 1 milijardą litų.



Visos PSDF išlaidos vaistams ir MPP

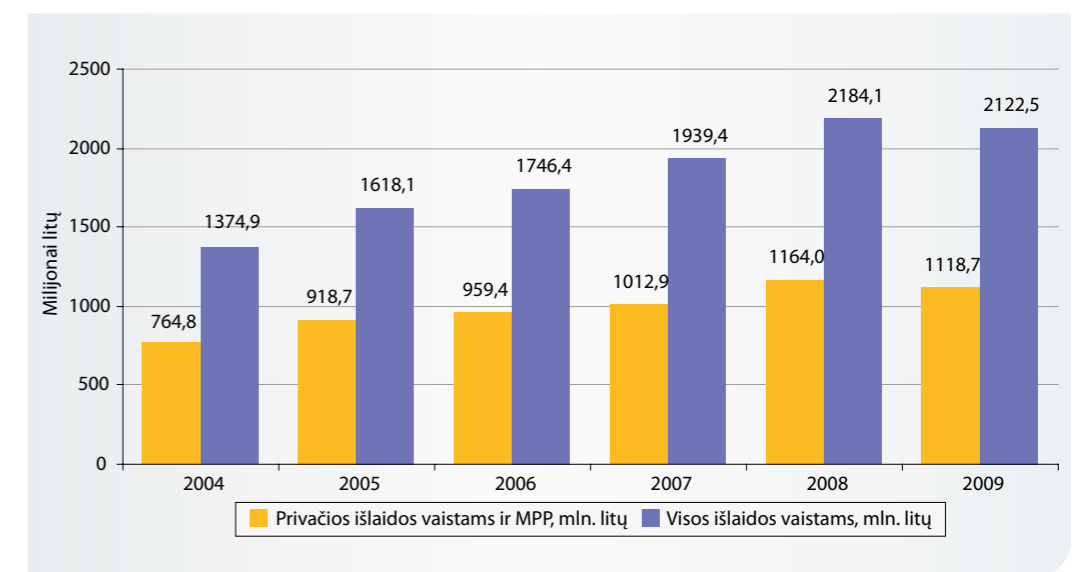
Šaltinis: VLK

Lietuvos statistikos departamentas nuo 2004 metų išlaidas sveikatai apskaito vadovaudamasis nacionalinių sveikatos sąskaitų metodika ir informaciją pateikia Eurostat. Pagrindinis šios metodikos skirtumas nuo įprastos išlaidų apskaitos yra tas, kad apskaitoma ne per metus sumokėta pinigų suma, o išlaidos už per metus suteiktas paslaugas. Todėl pagal nacionalines sveikatos sąskaitas pateikiama finansinė statistika gali skirtis nuo kitaip apskaitomų duomenų, tarp jų ir Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) pateikiamų duomenų. Re-

miantis nacionalinių sveikatos sąskaitų duomenimis ir VLK pateikiamais duomenimis apie gydymo įstaigų išlaidas vaistams, galima apskaičiuoti namų ūkių (gyventojų) ir visas (visuomenines ir privačias) išlaidas vaistams. Kaip matyti iš paveikslėlio, 2010 metais gyventojai vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms išleido daugiau nei 1118 milijonų litų, o visos išlaidos vaistams viršijo 2 milijardus litų, arba sudarė apie 30 proc. visų išlaidų sveikatai.

Visos išlaidos vaistams (pagal nacionalinių sveikatos sąskaitų metodiką)

Šaltiniai: Eurostat, Statistikos departamentas

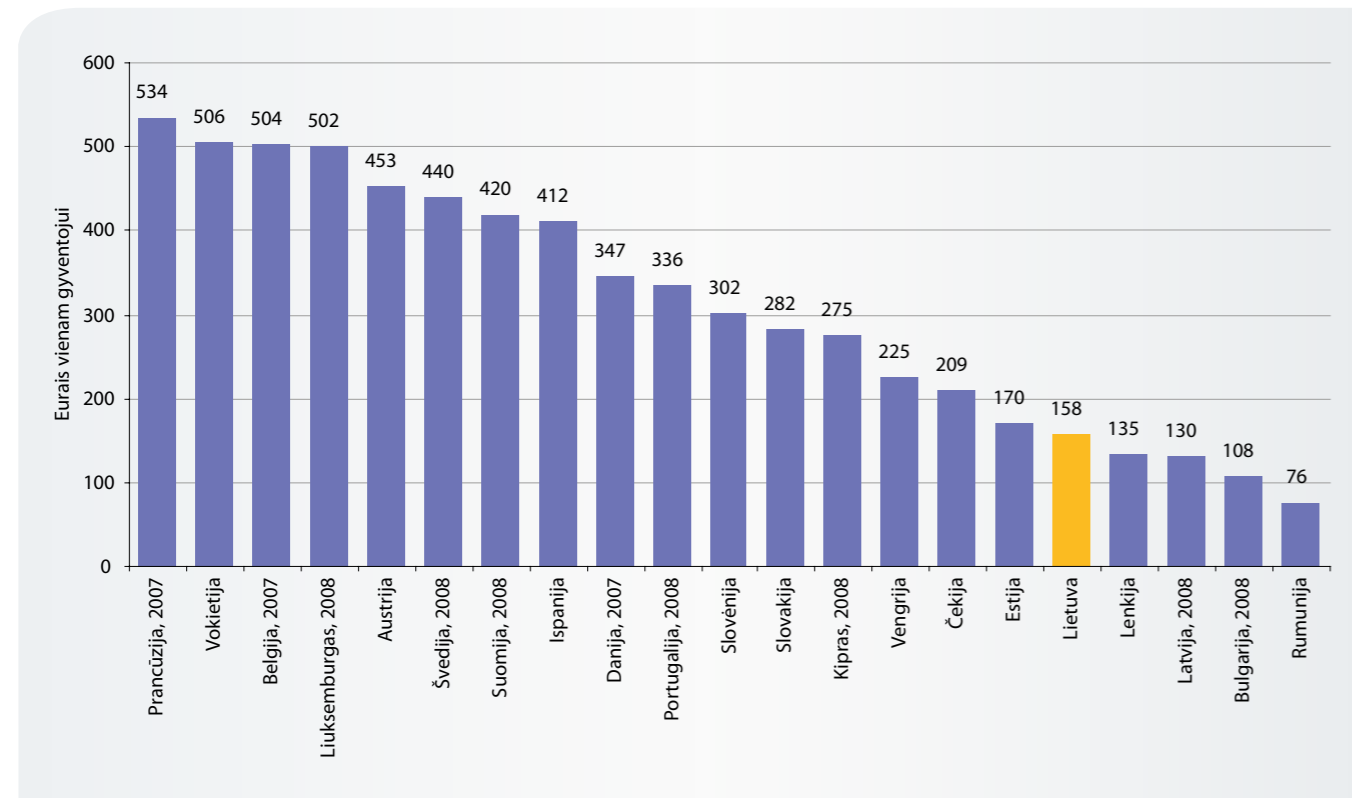


Eurostat duomenimis, 2009 metais visos (visuomeninės ir privačios) išlaidos vaistams vienam gyventojui Lietuvoje siekė apie 158 eurus ir buvo daugiau nei 3 kartus mažesnės nei atitinkamos išlaidos, tenkančios vienam gyventojui Prancūzijoje ar Vokietijoje. Tačiau, palyginti su senosiomis ES šalimis, vaistams 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 metais vaistų kainos Lietuvoje siekė apie 70 proc. ES šalių vaistų kainų vidurkio.

Ambulatorinės išlaidos vaistams ir MPP, eurai vienam gyventojui. Palyginimas su ES šalimis, 2009

Šaltinis. Eurostat

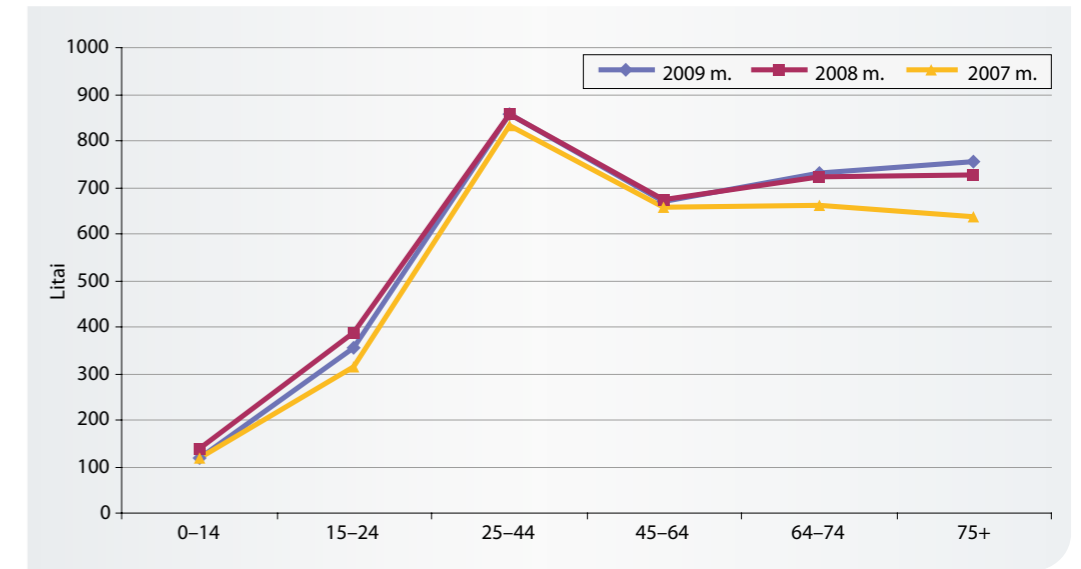


2000–2005 metais palyginti stabilus visų sveikatos priežiūrai skiriamų (visuomeninių ir privačių) išlaidų nuo BVP procentas išsilaikė iš esmės dėl privačių išlaidų vaistams augimo.

Suvartojamų vaistų kiekis priklauso tiek nuo ligų, tiek nuo šalies gyventojų amžiaus struktūros. Ligonų kasos savo metinėse ataskaitose išlaidas už kompensuojamuosius vaistus ir MPP pateikia ir pagal gyventojų amžiaus grupes.

Ambulatorinių vaistų kompensuojamoji suma pagal amžiaus grupes vienam pacientui

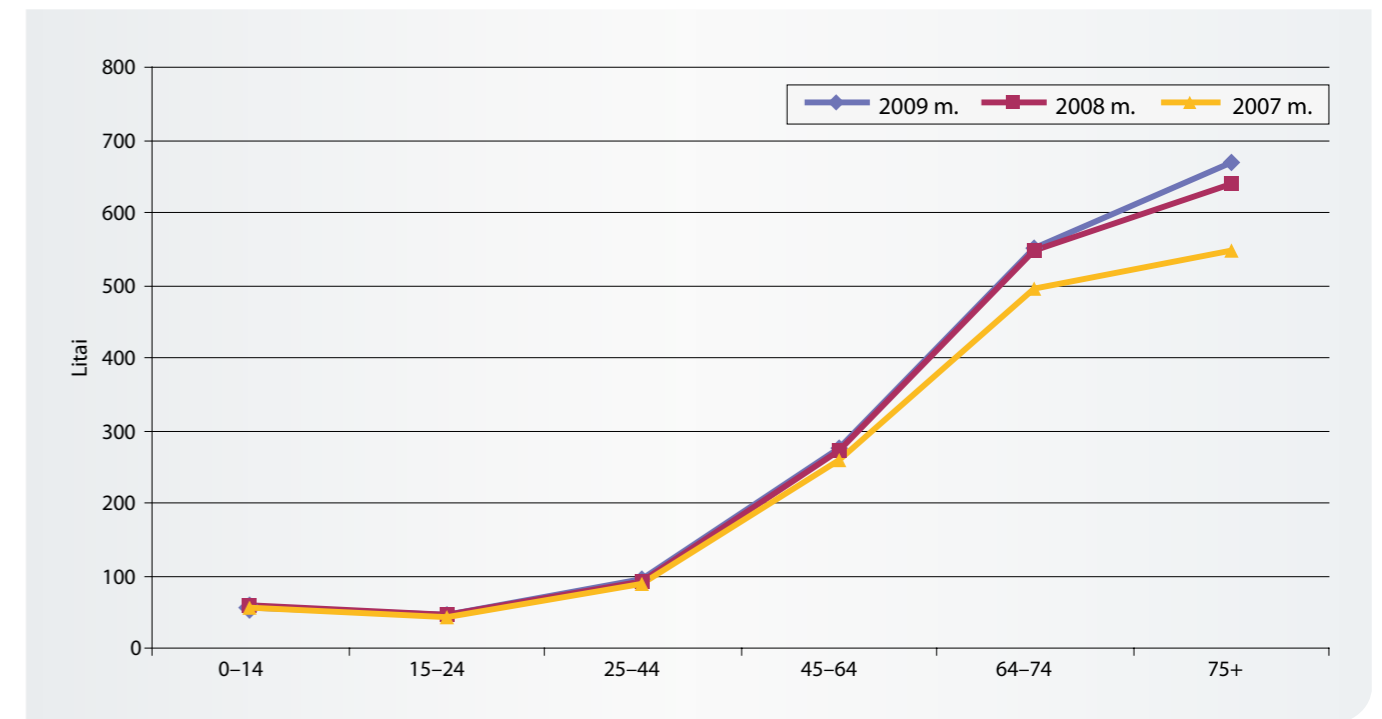
Šaltinis. VLK



Kaip matyti iš paveikslo, 2007–2009 metais mažai išlaidų vaistams dalis tenka vyresniems nei 44 metų žmonėms. Keitėsi vienam statistiniam gyventojui pagal amžiaus grupes tenkančių išlaidų vaistams dalis. Didžioji PSDF

Ambulatorinių vaistų kompensuojamoji suma pagal amžiaus grupes vienam gyventojui

Šaltinis. VLK



Per 2005–2010 metus labiausiai išaugo priešnavikinių, urogenitinių, jutimų sistemą veikiančių vaistų ir sumažėjo antiinfekcinių bei dermatologinių vaistų kompensavimas.

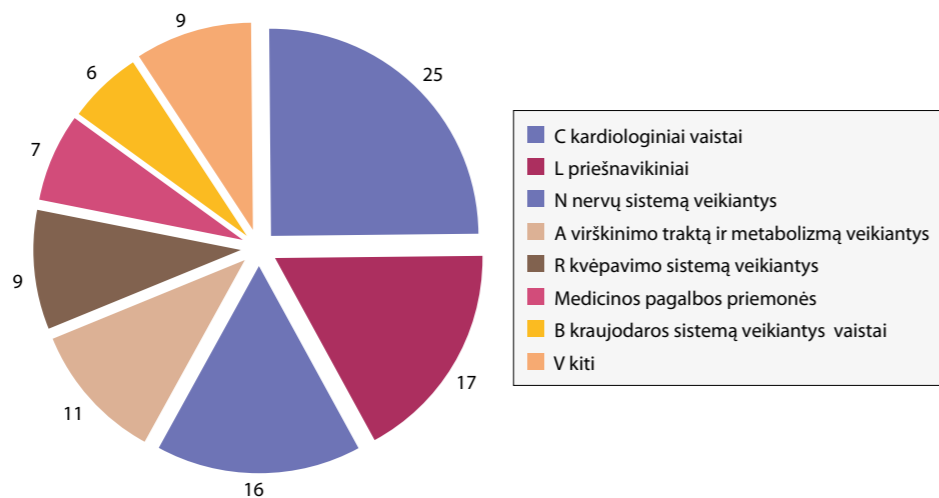
PSDF išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms pagal ligų grupes (ATC klasifikacijos grupes)

ATC 1 lygis	PSDF biudžeto išlaidos, tūkst. Lt						2010/2005 m. Pokytis, proc.
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
A virškinimo traktą ir metabolizmą veikiantys	54 304	56 500	62 838	68 929	71 593	71 300	131,3
B kraujodaros sistemą veikiantys vaistai	33 174	35 371	42 036	38 892	45 229	38 826	117,0
C kardiologiniai vaistai	117 975	134 611	157 420	177 738	172 678	163 344	138,5
D dermatologiniai vaistai	3433	2899	3105	3399	3396	2993	87,2
G urogenitalinę sistemą veikiantys ir lytiniai hormonai	3198	3764	5842	6660	6383	6052	189,3
Gaminami vaistai	373	377	395	440	448	428	114,5
H hormonai	6108	6226	6967	8030	7724	7945	130,1
J antiinfekciniai	17 682	16 844	17 216	12 418	10 764	10 218	57,8
L priešnavikiniai	61 003	80 348	97 589	112 331	118 892	111 440	182,7
M skeleto – raumenų sistemą veikiantys	9707	9483	11 540	12 593	10 915	9056	93,3
Medicinos pagalbos priemonės	28 122	30 925	37 453	45 881	51 999	45 877	163,1
N nervų sistemą veikiantys	81 802	91 565	102 400	105 553	106 277	102 805	125,7
P antiparazitiniai, antiinsekticidiniai vaistai	169	224	216	221	236	254	150,0
R kvėpavimo sistemą veikiantys	47 108	50 552	58 769	65 800	63 433	60 241	127,9
S jutimų sistemą veikiantys	14 547	17 313	20 621	24 048	25 938	22 265	153,1
V kiti	1693	1446	261	291	326	299	17,6
Bendroji suma	480 398	538 448	624 668	683 223	696 233	653 343	136,0

Šaltinis: VLK

2010 metais iš PSDF biudžeto daugiausia buvo kompensuojami kardiologiniai (25 proc.), priešnavikiniai (17 proc.) ir nervų sistemą veikiantys vaistai (16 proc.).

PSDF išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms pagal ligų grupes, 2010



Šaltinis: VLK

Daugiausiai PSDF lėšų buvo skiriama vaistams hipertenzijai, cukriniam diabetui, bronchinei astmai ir onkologinėms ligoms gydyti.

Ligos, kurių ambulatoriniam gydymui kompensuojamaisiais vaistais išleidžiama daugiausiai PSDF biudžeto lėšų

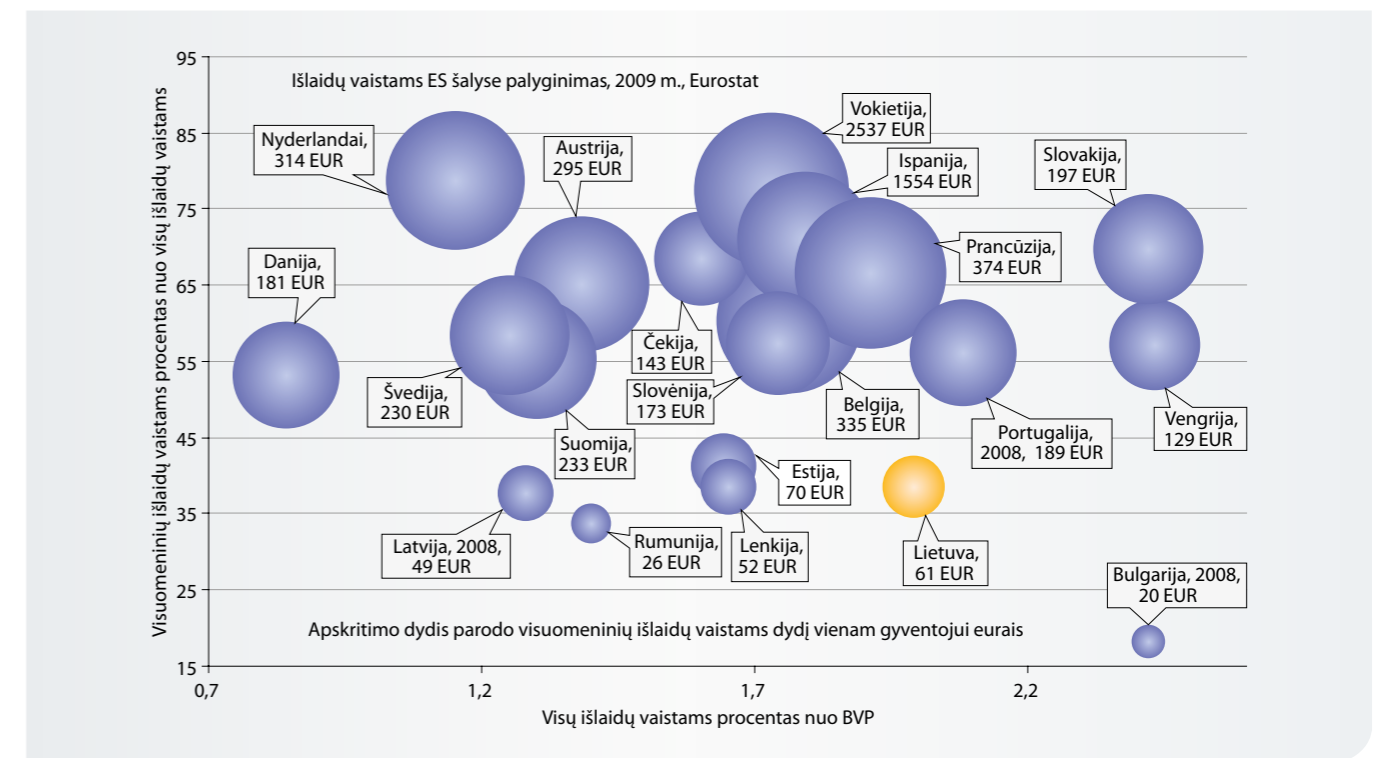
	2009 m. PSDF biudžeto išlaidos, mln. Lt	2010 m. PSDF biudžeto išlaidos, mln. Lt	2010/2009, pokytis, proc.
I10–I15 Hipertenzija	149,0	140,0	93,96
E11 II tipo cukrinis diabetas	65,6	64,0	97,56
J45 Bronchinė astma	40,5	37,4	92,35
C61 Priešinės liaukos piktybiniai navikai	29,8	27,9	93,62
G35 Išsėtinė sklerozė	21,2	22,4	105,66
F20 Šizofrenija	29,4	22,3	75,85
H40 Glaukoma	25,7	22,1	85,99
E10 I tipo cukrinis diabetas	18,1	17,9	98,90
C50 Krūties vėžio piktybiniai navikai	18,2	15,4	84,62
B18 Lėtinis virusinis hepatitas B ir C	17,1	14,8	86,55

Šaltinis: VLK

Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms skiriamos Lietuvos sveikatos sistemos lėšos ES šalių kontekste.

Palyginimas su ES šalimis

Šaltiniai: Eurostat, SEC paskaičiavimai



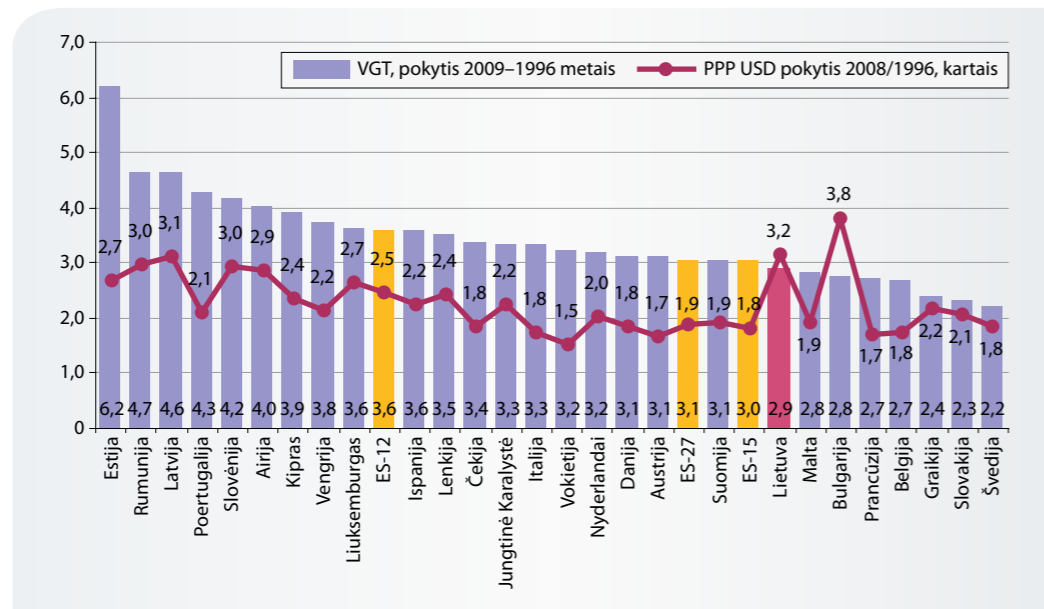
Praėjusio laikotarpio rezultatų vertinimas

Remiantis PSO duomenimis, per laikotarpį nuo 1995 iki 2008 metų Lietuvos gyventojų VGT pailgėjo 2,9 metų, o sveikatos sistemos finansavimas (pagal perkamosios galios paritetą) išaugo 3,5 karto. Lietuva pagal VGT pailgėjimo rodiklį jau nėra paskutinėje vietoje tarp ES šalių, tačiau šalies rodikliai yra prastesni už ES vidurkį. Daugumos kitų naujųjų ES šalių (išskyrus Bulgariją ir Slovakiją) gyventojų VGT trukmė 1995–2008 metais išaugo kur kas daugiau nei Lietuvos. Vertinant

pagal finansavimo apimties pokyčius matyti, kad finansavimas Lietuvoje išaugo bene daugiausiai iš visos Europos Sąjungos. Matome, kad sveikatos sistemos finansavimo augimas Lietuvoje turėjo kur kas mažiau įtakos šalies gyventojų sveikatai nei kitose naujosiose ES šalyse. Santykinai spartus Lietuvos sveikatos sektoriaus finansavimo augimas ir santykinai lėtas gyvenimo trukmės augimas indikuoja tikėtinus sveikatos priežiūros tobulinimo Lietuvoje rezervus.

VGT pokyčio ir išlaidų sveikatai vienam gyventojui pokyčio palyginimas. Palyginimas su ES šalimis

Šaltiniai: PSO, SEC paskaičiavimai



Jei vertinsime, kaip pastaraisiais metais įvairių sveikatos determinančių pokyčiai pakeitė šalies sveikatos lygį, tikėtina, kad sveikatos sektoriaus teigiamas indėlis atitiko ir net kiek viršijo vidutinius ES šalių rodiklius. Kita vertus, teigiamų gyvenimo pokyčių buvo labai maži.

Padaryta saikinga pažanga ribojant alkoholio vartojimą, antsvorį, skatinant fizinį aktyvumą lėmė, kad Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė augo lėčiau nei vidutiniškai ES. Per 2000–2009 metus išaugo atotrūkis tarp Lietuvos ir vidutinių ES sveikatos rodiklių.

	Procentai	VGT pokytis ES pagal PSO prielaidas	VGT pokytis Lietuvoje 2000–2009 m.	VGT nuokrypis nuo ES bendrųjų tendencijų
Gyvensena**	40	0,984	-0,44	-1,424
Aplinka***	40	0,984	0,91	-0,074
Sveikatos priežiūra	20	0,492	0,55	0,058
Iš viso	100	2,46*	1,02	-1,44

* VGT išaugimas Europoje per 9 metus nuo 72,2 m. (Lietuvos 2000 m. VGT)

** ŠKL, navikų, virškinimo ligų poveikis

*** Išorinių mirties priežasčių poveikis

Šaltinis: SEC paskaičiavimai

GALIMYBĖS 2012–2020 METAIS

Eurostat, remdamasi mirtingumo ir migracijos rodikliais (neįvertinus 2011 m. gyventojų surašymo duomenų), parengė ES šalių gyventojų skaičiaus projekcijas. Pagal šiuos paskaičiavimus gyventojų skaičius Lietuvoje ir toliau mažės – 2020 metais jis bus apie 3 179

986 gyventojų, o 2050 metais gali sumažėti net iki 2,81 milijono gyventojų⁶.

⁶ Eurostat duomenų bazė

Gyventojų skaičiaus prognozė

Iš viso	2009	2010	2011*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Iš viso	3 349 872	3 329 039	3 244 601	3 293 174	3 276 567	3 260 909	3 246 156	3 232 159	3 218 767	3 205 813	3 192 800	3 179 986
0–14	504 938	499 299	487 895	493 007	492 300	492 504	493 077	495 872	500 477	506 142	510 664	514 644
15–19	253 555	241 075	223 075	211 481	195 458	185 188	179 643	172 948	165 968	158 953	153 344	148 019
20–29	508 522	510 333	486 477	514 983	515 707	506 456	491 001	474 089	454 285	434 993	417 818	401 333
30–39	460 708	451 231	427 109	434 916	430 068	432 381	437 956	445 203	454 280	462 428	468 116	473 032
40–49	512 864	503 314	487 103	485 872	476 515	466 646	456 699	447 942	439 638	431 422	423 370	416 440
50–59	416 730	426 674	431 744	446 476	455 546	464 104	470 390	472 340	473 022	471 674	467 679	460 540
60–64	156 326	162 712	165 429	171 630	176 569	177 619	177 196	179 263	182 153	186 931	195 871	206 231
65+	536 229	534 401	535 769	534 809	534 404	536 011	540 194	544 502	548 944	553 270	555 938	559 747

* Metų pradžioje

Šaltiniai: Statistikos departamentas, Eurostat

Siekiant prognozuoti PSDF pajamas, infliaciją, medikų atlyginimus, vaistų, ligonių maitinimo kainas ir kt. labai reikšmingas yra darbo jėgos ir užimtumo situacijos vertinimas. Pagal Eurostat prognozę, Lietuvoje iki 2020 metų darbingo amžiaus žmonių dalis turėtų išlikti gana pastovi – apie 61,77 proc. visų šalies gyventojų.

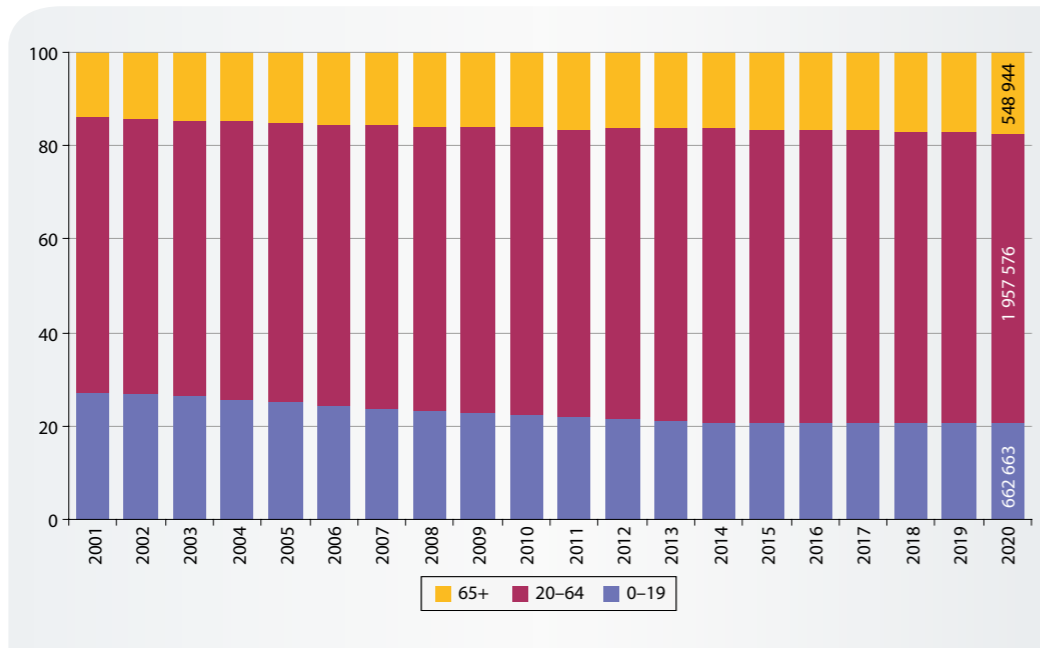
Nedirbančių asmenų (0–19 ir 65+ m. amžiaus grupės) procentinė dalis per 2011–2020 metus taip pat mažai keisis – sieks apie 38,2 proc. visų šalies gyventojų. Šių amžiaus grupių ir kitų įstatymuose numatytų grupių gyventojai, taip pat neįgalieji priklauso valstybės draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų grupei.

Darant prielaidą, kad per artimiausius dešimt metų Lietuvos demografiniai rodikliai kis pagal 2010 metų Eurostat prognozę (t. y. mažės gyventojų skaičius ir kis jų amžiaus struktūra), galima teigti, kad populiacijoje didės garbaus amžiaus žmonių dalis, žymiai mažės

vyresniųjų klasių moksleivių ir studentų dalis, dėl socialinių-ekonominių pokyčių kis bedarbių ir socialiai remiamų žmonių skaičius. Gyventojų amžiaus struktūrą galima išsamiai išanalizuoti ir gana tiksliai numatyti ateities tendencijas lyginant dešimties metų duomenis apie gyventojų skaičių skirtingose amžiaus grupėse. Remiantis Statistikos departamento duomenimis, pagal amžiaus struktūrą galima matyti, kad 2000–2010 metais itin sparčiai mažėjo gyventojų 5–14 metų grupėje. 2020 metais šis sumažėjimas pasireikš 10–25 metų žmonių (mokinių ir studentų) amžiaus grupėje. Vadinasi, bus mažesnis lėšų poreikis šiems asmenims apdrausti PSD. Šiuo metu palyginti gausios jaunų žmonių amžiaus grupės, ypač 20–24 metų žmonių grupė, ateinančių dešimtmetį lems santykinai aukštą gimimų skaičių, kuris, deja, nekompensuos bendros vaikų ir mokinių / studentų skaičiaus mažėjimo tendencijos. Per 2000–2010 metus gerokai išaugo vyresnių nei 75 metų

Gyventojų skaičius ir prognozė 2000–2020 m., pagal amžiaus grupes

Šaltiniai: Statistikos departamentas, Eurostat



žmonių amžiaus grupė, kuri per ateinančių dešimtmetį lems gyventojų, vyresnių nei 85 metų, skaičiaus augimą. Gyventojų senėjimas reikš daugiau išlaidų vaistams ir slaugai. Atsižvelgiant į tai, kad vaikų / studentų grupės mažėjimas (absoliučiais skaičiais) yra didesnis nei garbaus amžiaus žmonių skaičiaus augimas, bendras valstybės lėšomis draudžiamųjų skaičius vaikų / studentų / pensininkų grupėje mažės. Pensininkų skaičius mažės dėl numatomo pensinio amžiaus ilginimo.

Atlikus prognostinius skaičiavimus, remiantis Eurostat teikiamomis prognozėmis dėl gyventojų skaičiaus ir amžiaus grupių struktūros pokyčių, vertinama, kad de-

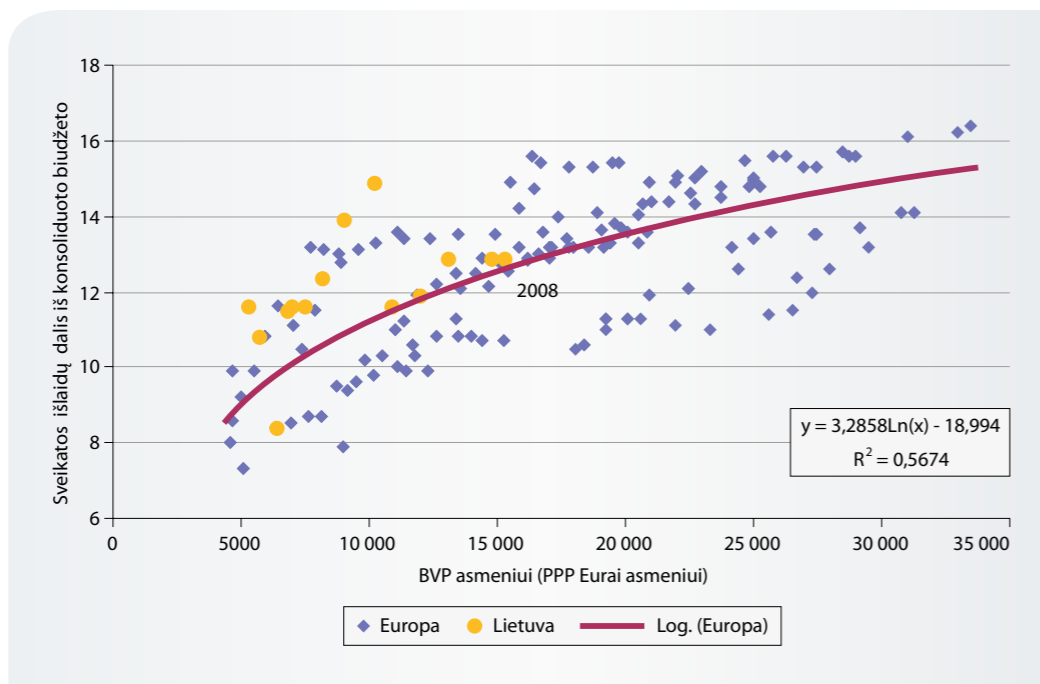
mografijos poveikis PSDF išlaidoms egzistuoja, bet nėra didelis – tik 1,4 proc. per dešimtį metų. Pateiktoms prognozėms pasitvirtinus, 2011–2020 metais (kaip ir 2000–2009 metais) demografiniai pokyčiai bus reikšmingas, bet ne pagrindinis PSDF išlaidų kaitos veiksnys⁷.

Kuo turtingesnė šalis, tuo santykinai daugiau išlaidų ji skiria savo piliečių sveikatai. ES šalių išlaidos sveikatai gerai aprašomos jų turtingumu. Lietuvoje patikimo ryšio tarp BVP augimo ir išlaidų sveikatai pastarąjį dešimtmetį nebuvo.

⁷ PSO, SEC paskaičiavimai

Sveikatos išlaidų dalis iš konsoliduoto biudžeto. Palyginimas su Europos regiono šalimis

Šaltiniai: PSO, SEC paskaičiavimai

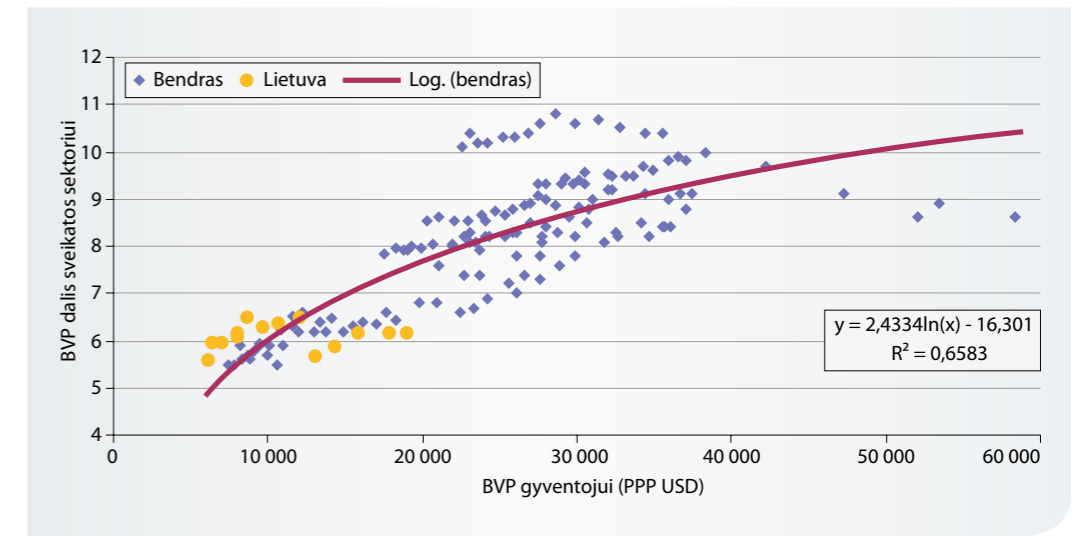


Turtingos šalys santykinai daugiau visuomeninių išlaidų skiria savo piliečių sveikatai. Lietuvoje, kaip ir daugumoje ES šalių, biudžeto išlaidos sveikatai gerai

aprašomos jų turtingumu, bet Lietuvoje neapsisprendžiama dėl finansavimo stabilumo. Noras „karpyti“ sveikatos išlaidas yra pastovi šalies politikos atstojamoji.

BVP dalis sveikatos sektoriui. Palyginimas su Europos regiono šalimis

Šaltiniai: PSO, SEC paskaičiavimai

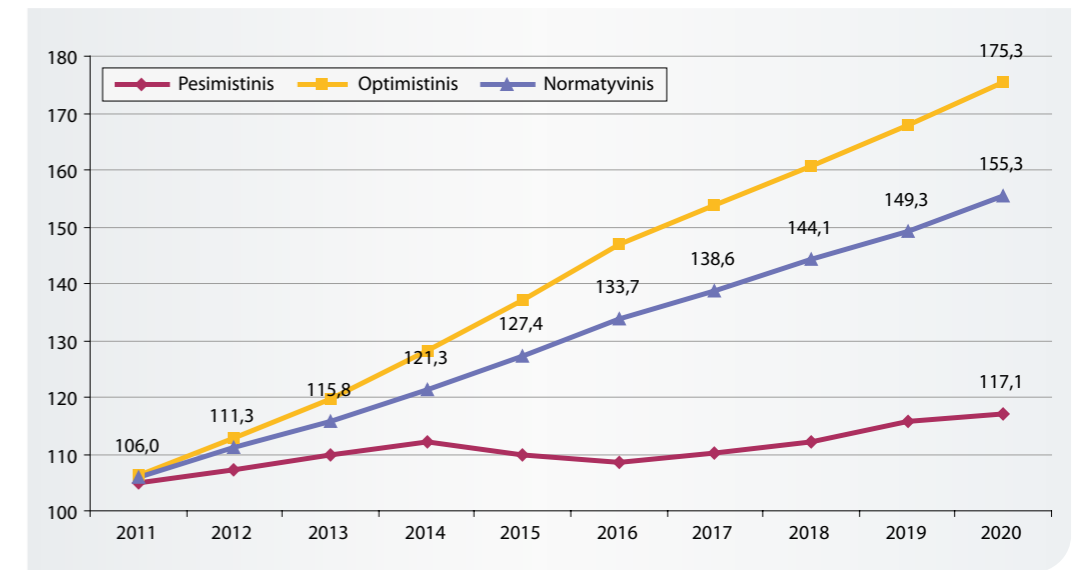


Jei artimiausią dešimtmetį Lietuva didins sveikatos finansavimą panašiais tempais kaip ir dauguma ES šalių, t. y. saikingai lenkiančiais BVP augimą, tai pagrindinis sveikatos sistemos plėtros rodiklis bus BVP dinamika.

Ateities įvykiai gali vystytis pagal daugybę scenarijų. Ekonomikos augimas gali būti santykinai spartus, bet yra galima (nors tikimybė ir nedidelė) ir daugiametė stagnacija.

BVP prognozė, 2010 m. = 100

Šaltinis: SEC paskaičiavimai



Kainos gali išlikti daugmaž stabilios, bet gali ir sparčiai augti.

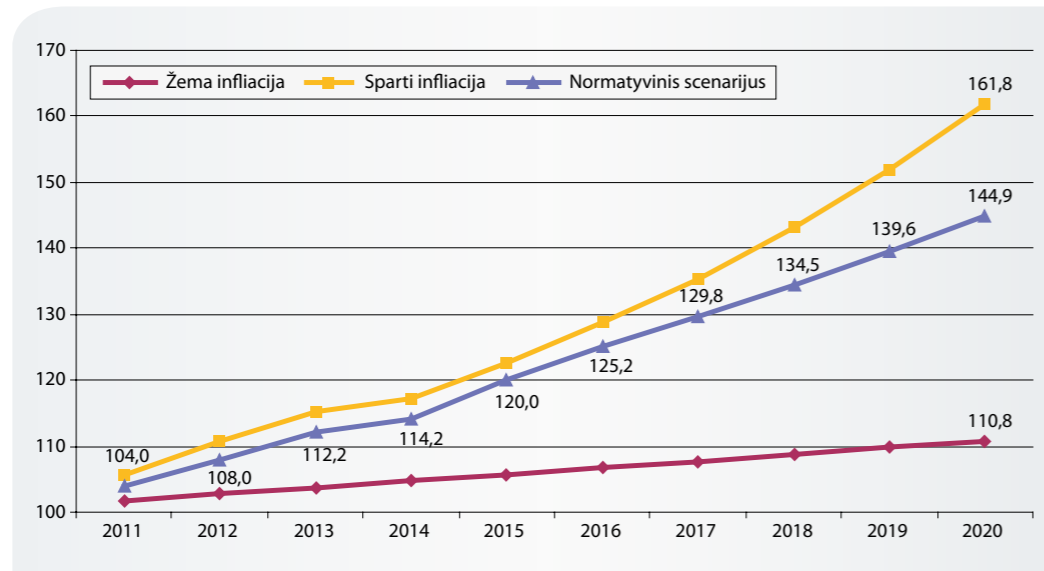
Priklausomai nuo BVP pokyčio, jei darysime prielaidą, kad kainos keisis pagal normatyvinį scenarijų, apskaičiuojam PSDF išlaidas.

$$PSDF = BVP * \frac{Sveikatos\ išlaidos}{Sveikatos\ išlaidos} * \frac{PSDF}{Sveikatos\ išlaidos}$$

Pesimistinis Lietuvos plėtros scenarijus numato, kad neaugant ekonomikai beveik nedidės ir sveikatos finansavimas. Kita vertus, tikėtina, kad po dešimties metų PSDF biudžetas bus du kartus didesnis nei 2010 metais.

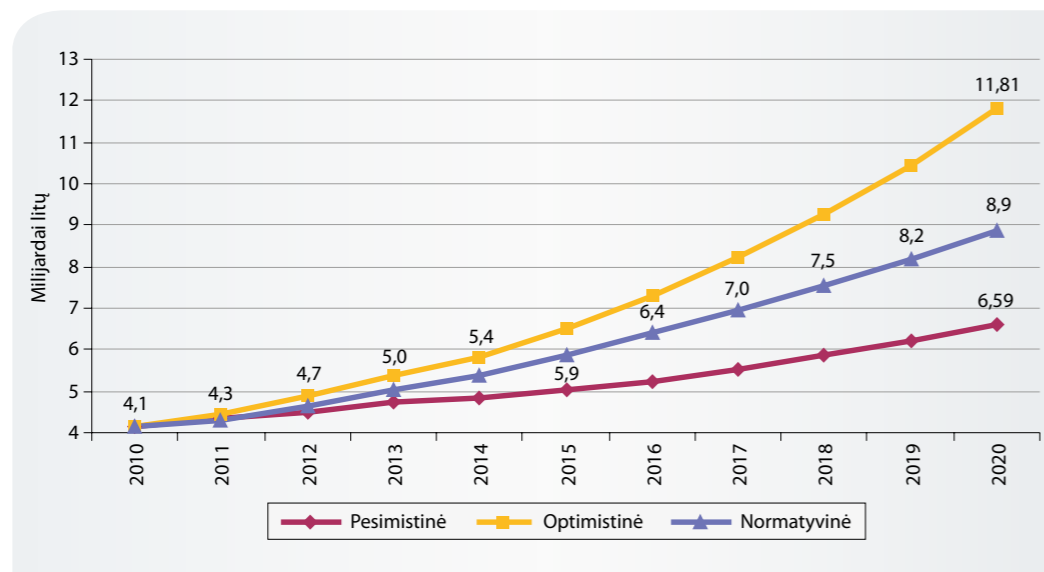
Inflacijos prognozė, 2010 m. = 100

Šaltinis. SEC paskaičiavimai



PSDF išlaidų sveikatai prognozė

Šaltinis. SEC paskaičiavimai



LIETUVOS GYVENTOJŲ NUOSTATOS SVEIKATOS KLAUSIMAIS

Lietuvoje yra rengiama ir 2012 metų pradžioje bus teikiama Seimui tvirtinti *Lietuvos sveikatos programa 2020*. Programoje, rengiamoje remiantis tarptautine ir nacionaline patirtimi bei sveikatos vertybėmis, bus analizuojami sveikatinimo rezervai, kurie glūdi gyvenimo aplinkoje, sveikatos paslaugų kokybės gerinime, taip pat numatomi pagrindiniai sveikatinimo uždaviniai. Pagrindinis naujosios programos tikslas yra „Vidutinės sveiko gyvenimo trukmės (VGT) ilginimas“. Realu vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę pailginti nuo 73,4 m. 2010 metais iki 76 m. 2020 metais. Šio tikslo įgyvendinimui yra būtinas Vyriausybės, visų ekonomikos sektorių, bendruomenių ir šeimų bendras Sąjūdis vardan visų šalies gyventojų sveikatos. 2011–2020 metai galėtų tapti *Sveikatos dešimtmečiu* ne tik medicinos bendruomenei, bet ir visai Lietuvai. Sušvelninus pagrindinius Lietuvos sveikatos sopulius, iki 2020 metų galima išsaugoti 30 000 gyvybių bei juntamai pagerinti daugumos šalies gyventojų sveikatą.

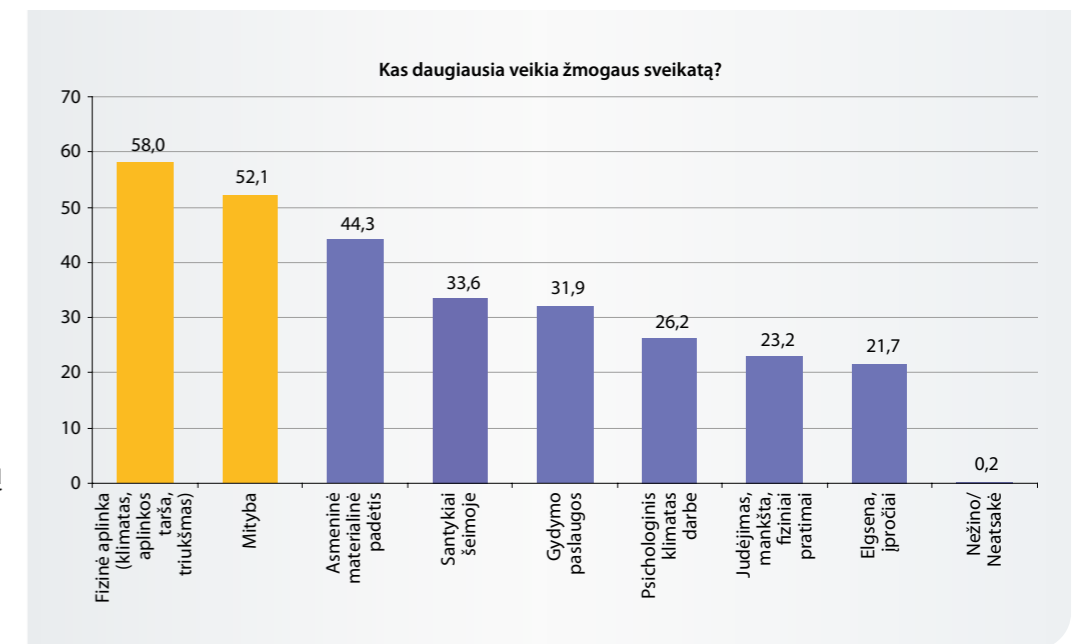
Rengiant naująją Lietuvos sveikatos programą, 2011 metų birželį, Sveikatos apsaugos ministerijos užsakytu, buvo atlikta reprezentatyvi apklausa⁸, kurios metu buvo siekiama išsiaiškinti gyventojų nuomonę sveikatos ir sveikatos politikos klausimais.

Reprezentatyvus Lietuvos gyventojų nuomonės tyrimas rodo, kad dauguma šalies gyventojų supranta, kad daugiausiai sveikatą veikia gyvenimo būdas ir gyvenamoji aplinka.

⁸ Apklausa atlikta projekte „Sveikatos sistemos reformų analizė“ įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos projektą „Sistemine sveikatos sektoriaus vykdomų reformų analizė siekiant geresnio Europos Sąjungos sveikatos politikos įgyvendinimo“ Nr. VP1-4.2-VRM-05-V-01-004 pagal 2007-2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 4 prioriteto „Administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas“ įgyvendinimo priemonę VP1-4.2-VRM-05-V „Geresnis Europos Sąjungos politikų įgyvendinimas“

Reprezentatyvus Lietuvos gyventojų nuomonės tyrimas

Šaltinis. Projektas „Sveikatos sistemos reformų analizė atlikimas“



Literatūra ir kiti informacijos šaltiniai

1. Eurostat, 2011
2. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto 2003–2010 m. metinės vykdymo ataskaitos
3. Lietuvos Respublikos finansų ministerija. Lietuvos ekonominių rodiklių projekcijos
4. OECD 2000 Sveikatos sąskaitų metodika
5. 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
6. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996–2008 m. tyrimų rezultatai
7. 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
8. Lietuvos sveikatos informacijos centras
9. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės
10. Valstybinė ligonių kasa (VLK)
11. WHO, European health for all database, 2011
12. WHO, World health statistics 2011
13. World Health Organization Regional Office for Europe, European mortality database (MDB), 2011

LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS
FINANSAVIMAS IR SVEIKATINIMO PASLAUGŲ
PRIEINAMUMAS GYVENTOJAMS
2011

REDAKTORĖ
BIRUTĖ MIKALONIENĖ

DIZAINERIS
VIDAS ČERKAUSKAS

TIRAŽAS 500 EGZ. UŽSAKYMO NR. 115

PARENGĖ
UAB SVEIKATOS EKONOMIKOS CENTRAS
P. VILEIŠIO G. 18N-301, 10306 VILNIUS
TEL. (8 5) 234 6370; EL. P. INFO@SEC.LT
INTERNETO SVETAINĖ WWW.SEC.LT

IŠLEIDO
VĮ SEIMO LEIDYKLA „VALSTYBĖS ŽINIOS“
GYNĖJŲ G. 8, 09109 VILNIUS
INTERNETO SVETAINĖ WWW.VALSTYBES-ZINIOS.LT

SPAUSDINO
UAB „PETRO OFSETAS“
ŽALGIRIO G. 90, 09303 VILNIUS