European Commission

State of Health in the EU

Lietuva

2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Sveikatos būklės šalyse apžvalgų serija

Sveikatos būklės ES ciklo šalių apžvalgose pateikiama glausta politikai aktuali sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros sistemų ES ir Europos ekonominės erdvės šalyse apžvalga. Jose, palyginant padėtį atskirose šalyse, dėmesys sutelkiamas į konkrečias kiekvienos šalies ypatybes ir sunkumus. Tikslas – padėti politikos ir nuomonės formuotojams vieniems iš kitų mokytis ir savanoriškai keistis patirtimi.

Šias apžvalgas rengia EBPO ir Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorija, bendradarbiaudami su Europos Komisija. Rengimo grupė dėkoja už vertingas pastabas ir pasiūlymus, kuriuos pateikė Sveikatos sistemų ir politikos stebėsenos tinklas, EBPO sveikatos komitetas ir ES sveikatos priežiūros sistemų veikimo vertinimo ekspertų grupė (HSPA).

Turinys

1. PAGRINDINĖS ĮŽVALGOS 3
2. SVEIKATA LIETUVOJE 4
3. RIZIKOS VEIKSNIAI 6
4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMA 8
5. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS VEIKIMO REZULTATAI 12
   - 5.1 Veiksmingumas 12
   - 5.2 Prieinamumas 15
   - 5.3 Atsparumas 18
6. PAGRINDINĖS IŠVADOS 22

Duomenų ir informacijos šaltiniai

Sveikatos būklės šalyse apžvalgų duomenys ir informacija pirmiausia grindžiami oficialiais nacionaliniais Eurostatui ir EBPO pateiktais statistiniais duomenimis, kurie buvo patvirtinti siekiant užtikrinti aukščiausius duomenų palyginamumo standartus. Šių duomenų šaltiniai ir rengimo metodai pateikiami Eurostato duomenų bazėje ir EBPO sveikatos duomenų bazėje. Tam tikrų papildomų duomenų taip pat gauta iš Sveikatos rodiklių ir vertinimo instituto (IHME), Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro (ECDC), Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatą veikiančios elgsenos (HBSC) tyrimų ir Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) bei kitų nacionalinių šaltinių.

Apskaičiuoti ES vidurkiai – tai 27 valstybių narių svertiniai vidurkiai, nebent būtų nurodyta kitaip. Skaičiuojant tuos ES vidurkius neįtrauktos Islandija ir Norvegija.

Ši apžvalga parengta 2021 m. rugsėjo mėn., remiantis 2021 m. rugpjūčio mėn. pabaigoje turėtais duomenimis.

Demografinės ir socialinės bei ekonominės aplinkybės Lietuvoje 2020 m.

	Lietuva	ES
Gyventojų skaičius	2 794 090	447 319 916
Vyresnių kaip 65 metų gyventojų dalis (proc.)	19.9	20.6
Gimstamumo rodiklis[1] (2019)	1.6	1.5
BVP vienam gyventojui (EUR PGP[2])	25 878	29 801
Santykinis skurdo rodiklis[3] (proc., 2019)	20.6	16.5
Nedarbo lygis (proc.)	8.5	7.1

1. Vaikų, gimstančių vienai 15–49 metų moteriai, skaičius. 2. Perkamosios galios paritetas (PGP) – tai valiutos keitimo kursas, pagal kurį sulyginama perkamoji galia įvairiomis valiutomis panaikinant kainų lygio įvairiose šalyse skirtumus. 3. Asmenų, gyvenančių su mažiau nei 60 proc. ekvivalentinių disponuojamųjų pajamų medianos, procentinė dalis.
Šaltinis – Eurostato duomenų bazė.

Atsakomybės ribojimo pareiškimas. Šiame leidinyje išreikštos nuomonės ir išdėstyti argumentai yra tik jo autorių nuomonės bei argumentai ir nebūtinai atitinka oficialiąją EBPO ar jos valstybių narių arba Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorijos ar jos jo partnerių poziciją. Šiame leidinyje išreikštos nuomonės jokiu būdu negali būti laikomos oficialia Europos Sąjungos nuomone.

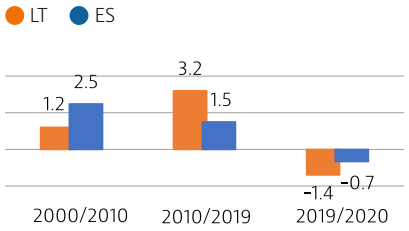
Šis dokumentas ir jame pateikti duomenys ir žemėlapiai nedaro jokio poveikio kitos teritorijos statusui ar suverenitetui, tarptautinių sienų ar ribų nustatymui ir bet kurios teritorijos, miesto ar vietovės pavadinimui.

Taikomi papildomi PSO atsakomybės ribojimo pareiškimai.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Pagrindinės įžvalgos

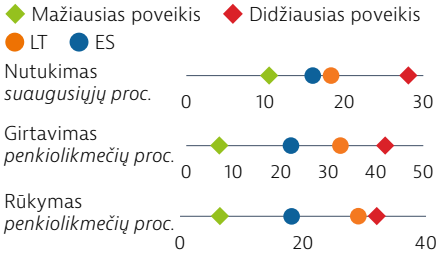
Lietuvoje gyventojų sveikatos būklė ne vienus metus nuolat gerėjo, tačiau 2020 m. per COVID-19 pandemiją šalyje buvo užregistruotas didelis mirtingumas, todėl tikėtina gyvenimo trukmė, palyginti su 2019 m., laikinai smarkiai sutrumpėjo 1,4 metų. Dėl pandemijos taip pat gali sulėtėti pažanga ligų prevencijos srityje, nes buvo sutrikdytos prioritetinės ankstyvo lėtinių ligų ir vėžio nustatymo programos. Tebėra neišspręstų ilgalaikių problemų, pavyzdžiui, neaktyviai naudojamasi sveikatinimo priemonėmis, netolygiai paskirstomi žmogiškieji ištekliai, silpna pirminės sveikatos priežiūros grandis ir skiriasi specializuotos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. COVID-19 buvo didelis postūmis toliau sparčiai plėtoti e. sveikatos sistemą, šiuo tikslu pertvarkant skaitmenines paslaugas ir duomenų rinkimo bei ataskaitų teikimo procesus.



Numatoma viso gyvenimo trukmė

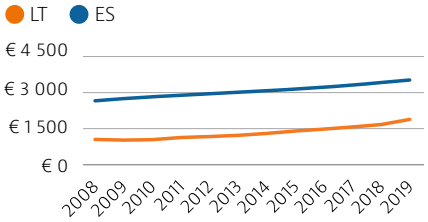
Sveikata

Tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje 2020 m. buvo trečia trumpiausia ES ir 5,5 metų trumpesnė už ES vidurkį. Nors 2010–2019 m. tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje ilgėjo sparčiausiai ES, šiai tendencijai labai sutrukdė COVID-19 poveikis – 2020 m. buvo užregistruota 17 proc. daugiau mirčių negu 2019 m. Kad jų sveikata yra gera, nurodė mažiau negu pusė gyventojų ir tik ketvirtadalis mažas pajamas gaunančiuose namų ūkiuose gyvenančių asmenų – tai yra mažiausios dalys visoje ES.



Rizikos veiksniai

Lietuvoje rizikos veiksniai, pavyzdžiui, rūkymas ir nesaikingas alkoholio vartojimas, paaugliams daro didesnį poveikį negu vidutiniškai ES. Alkoholio vartojimas tebėra viena iš didžiausių visuomenės sveikatos problemų, nors 2012–2019 m. taikant griežtesnes jaunimui skirtas alkoholio kontrolės priemones alkoholio vartojimo lygis sumažėjo ketvirtadaliu.



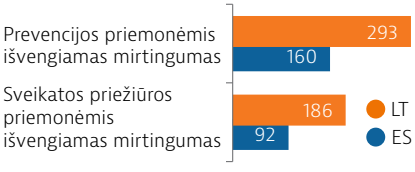
Išlaidos vienam gyventojui (EUR PGP)

Sveikatos priežiūros sistema

Išlaidos sveikatai Lietuvoje 2019 m. buvo gana nedidelės – siekė vos mažiau nei 1 900 EUR, tačiau jos didėja šiek tiek sparčiau negu ES vidurkis. Savo lėšomis padengiamų išlaidų dalis apskritai yra du kartus didesnė už ES vidurkį ir 2019 m. siekė 32 proc. 2020 m. didelė dalis sveikatos draudimo fondo rezervo lėšų buvo naudojama siekiant sumažinti COVID-19 poveikį sveikatos priežiūros sistemai.

Veiksmingumas

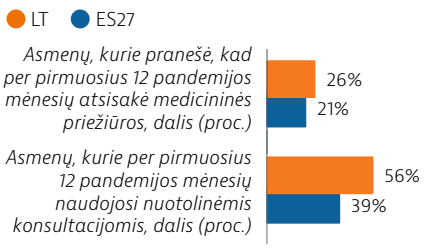
2018 m. sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas Lietuvoje du kartus viršijo ES vidurkį, nes pirminės ir stacionariosios sveikatos priežiūros veiksmingumo srityje Lietuva atsilieka nuo daugelio ES šalių. Dėl COVID-19 pandemijos buvo gerokai sutrikdytos ligų prevencijos programos, kuriomis siekiama užkirsti kelią širdies bei kraujagyslių ligoms ir išgydomam vėžiui, taip pat planinių specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, tačiau imta aktyviau teikti psichikos sveikatos priežiūros paslaugos.



Standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų, 2018 m.

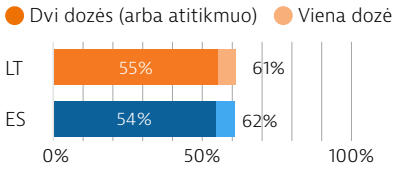
Prieinamumas

Nors iki 2020 m. nepatenkinti poreikiai buvo gana nedideli, 26 proc. lietuvių nurodė, kad per pandemiją atsisakė medicininės priežiūros, tačiau daugelis pirmą kartą pasinaudojo nuotolinėmis konsultacijomis. Mokėjimai savo lėšomis ir sveikatos priežiūros specialistų trūkumas už didžiųjų miestų ribų taip pat yra vienas iš nevienodo prieinamumo veiksnių.



Atsparumas

Galimybė lanksčiai naudoti ligoninių lovas ir perskirstyti sveikatos priežiūros specialistus padėjo Lietuvai atlaikyti per pandemiją staiga padidėjusius poreikius, tačiau taip pat buvo labai apribotas su COVID-19 nesusijusių paslaugų teikimas. Vakcinų platinimo srityje Lietuvos rodikliai atitiko ES vidurkius: iki 2021 m. rugpjūčio mėn. pabaigos 61 proc. gyventojų buvo paskiepyti bent viena vakcinos doze ir 55 proc. gyventojų – bent dviem vakcinos dozėmis arba lygiaverte vakcina.



Paskiepytų gyventojų dalis 2021 m. rugpjūčio mėn. pabaigoje

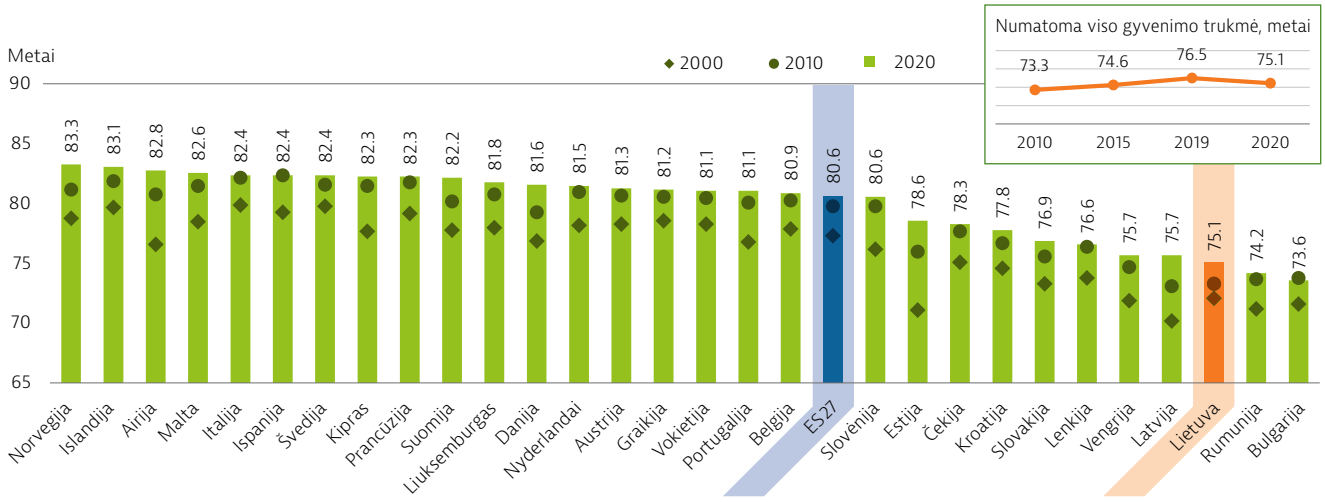
2 Sveikata Lietuvoje

Lietuvos gyventojų tikėtina gyvenimo trukmė – viena trumpiausių ES

2000–2019 m. numatoma viso gyvenimo trukmė Lietuvoje pailgėjo daugiau kaip ketveriais metais – nuo 72,1 metų iki 76,5 metų. Vis dėlto 2020 m. tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėjo beveik 17 mėnesių iki 75,1 metų. Tai – daug didesnis sutrumpėjimas negu daugumoje kitų ES šalių (1 pav.), atspindintis didelį mirčių perviršį, kurį tiesiogiai ir netiesiogiai nulėmė COVID-19 pandemija.

Lietuvoje moterys vidutiniškai gyvena beveik 10 metų ilgiau negu vyrai: atitinkamai 80 metų ir 70,1 metų. Šis vyrų ir moterų tikėtinos gyvenimo trukmės skirtumas yra didžiausias ES ir jį daugiausia lemia labai didelis mirtingumas nuo išeminės širdies ligos ir dėl išorinių priežasčių, kurios labiau paplitusios tarp Lietuvos vyrų. Vienas iš pagrindinių šios nevienodos vyrams ir moterims tenkančios ligos naštos veiksnių yra tarp vyrų labiau paplitęs žalingas alkoholio vartojimas.

1 pav. Per pandemiją numatoma viso gyvenimo trukmė sutrumpėjo beveik pusantrų metų



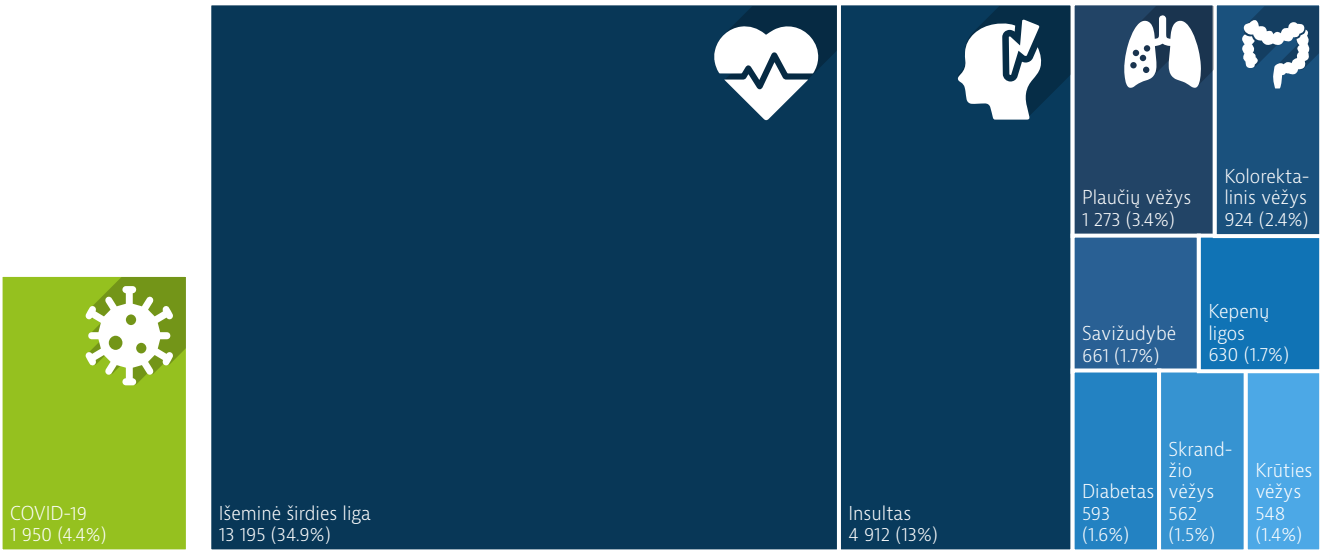
Pastaba. ES vidurkis yra svertinis. Airijos atveju pateikiami 2019 m. duomenys.
Šaltinis – Eurostato duomenų bazė.

Širdies ir kraujagyslių ligos – pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje

2018 m. pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje buvo išeminė širdies liga (daugiau kaip trečdalis visų mirčių). Nuo 2000 m. mirtingumas nuo išeminės širdies ligos šiek tiek sumažėjo, tačiau vis dar yra didžiausias tarp ES šalių ir keturis kartus viršija ES vidurkį. Mirtingumas nuo insulto per tą patį laikotarpį taip pat šiek tiek sumažėjo, tačiau 2018 m. tai vis dar buvo 13 proc. visų mirčių priežastis (2 pav.). Antroji pagal dažnumą mirties priežastis šalyje yra vėžys; dažniausiai miršama nuo plaučių, kolorektalinio ir skrandžio vėžio. Mažinant nuo seno didelį savižudybių skaičių padaryta pažanga, tačiau savižudybė tebėra viena iš svarbių mirties priežasčių, ypač tarp vyrų. 2018 m. Lietuvoje buvo užregistruotas didžiausias mirtingumas dėl savižudybių ES.

2020 m. Lietuvoje nuo COVID-19 mirė 1 950 asmenų (arba 4,4 proc. visų mirusiųjų). Mirtingumas dėl šios priežasties buvo mažesnis už ES vidurkį: Lietuvoje vienam milijonui gyventojų teko 698 mirtys, o ES – 746 mirtys. Vis dėlto iš platesnio masto mirčių perviršio rodiklio, kuris apibrėžiamas kaip mirčių dėl visų priežasčių skaičius, viršijantis tą, kurį būtų galima įprastai prognozuoti remiantis ankstesnių metų pradiniu lygiu, matyti, kad su COVID-19 susijusių tiesioginių ir netiesioginių mirčių skaičius yra daug didesnis. Iš tikrųjų, mirčių skaičius per mirtingumo šuolį 2020 m. kovo–gruodžio mėn. buvo daugiau kaip du kartus didesnis nei užregistruotų mirčių nuo COVID-19 skaičius (atitinkamai 4 378 mirtys ir 1 950 mirčių). Iki 2021 m. rugpjūčio mėn. pabaigos buvo užregistruota dar 2 611 mirčių nuo COVID-19.

2 pav. Lietuvoje mirtingumas nuo išeminės širdies ligos yra didžiausias ES



Pastaba. Mirčių nuo COVID-19 skaičiaus ir dalies atveju pateikiami 2020 m. duomenys, o mirčių dėl kitų priežasčių skaičius ir dalis grindžiami 2018 m. duomenimis. Langelio, kuriame vaizduojami mirties nuo COVID-19 atvejai, dydis yra proporcingas langelių, kuriuose vaizduojamos kitos pagrindinės mirties priežastys 2018 m., dydžiui.
Šaltiniai: Eurostatas (duomenys apie mirties priežastis 2018 m.) ir Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (duomenys apie mirties nuo COVID-19 atvejus 2020 m. iki 53-iosios savaitės).

Dauguma Lietuvos gyventojų nemano, kad jų sveikata yra gera

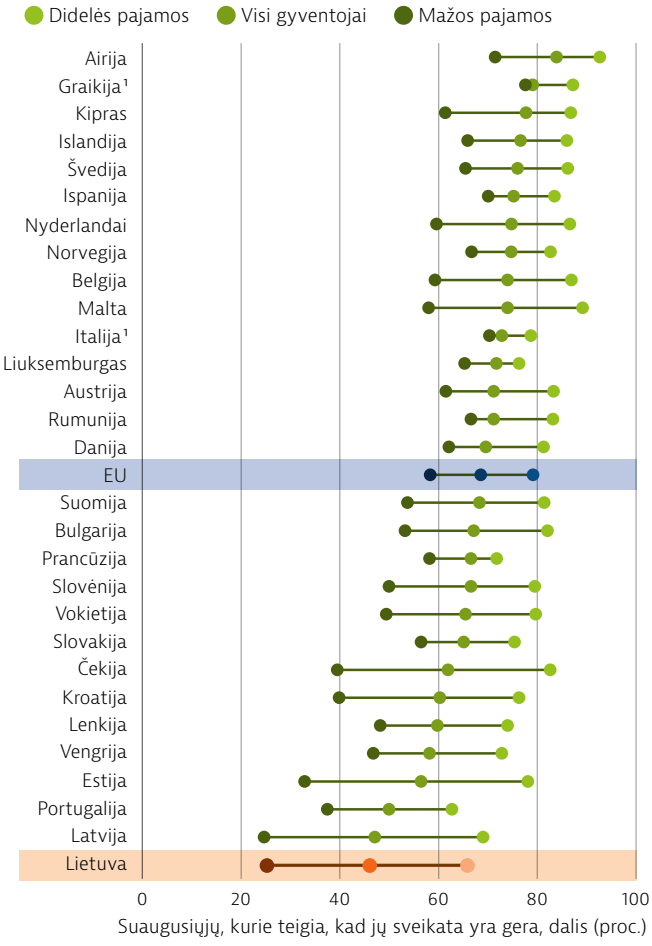
2019 m. tik 46 proc. Lietuvos gyventojų teigė, kad jų sveikata yra gera; tai – žemiausias rodiklis ES (3 pav.). Kaip ir kitose šalyse, didesnes pajamas gaunantys asmenys dažniau teigia esantys sveiki: didžiausias pajamas gaunančiųjų kvintilyje du trečdaliai asmenų mano, kad jų sveikata yra gera, o mažiausias pajamas gaunančiųjų kvintilyje taip mano tik ketvirtadalis asmenų. Šis didžiausias ir mažiausias pajamas gaunančių asmenų skirtumas vertinant savo sveikatą yra vienas iš didžiausių ES.

Numatomas mirtingumas nuo vėžio viršija ES vidurkį

Naujausių Jungtinio tyrimų centro skaičiavimų duomenimis, remiantis praėjusių metų tendencijomis 2020 m. Lietuvoje prognozuota apie 16 600 naujų vėžio atvejų ir daugiau kaip 8 000 mirčių nuo vėžio[1]. Taip pat prognozuota, kad bendras mirtingumas nuo vėžio Lietuvoje yra didesnis už ES vidurkį: Lietuvoje 100 000 gyventojų tenka 280, o visoje ES – 260 mirties nuo vėžio atvejų.

Iš 4 pav. matyti, kad labiausiai paplitusios vėžio rūšys tarp vyrų yra prostatos vėžys (27 proc.), plaučių vėžys (13 proc.) ir kolorektalinis vėžys (11 proc.), o tarp moterų labiausiai paplitusi vėžio forma yra krūties vėžys (22 proc.), po kurio rikiuojasi kolorektalinis vėžys (12 proc.) ir gimdos vėžys (10 proc.). Pastaruosius 15 metų buvo laipsniškai plėtojamos vėžio prevencijos programos, tačiau 2020 m. galimybėms pasinaudoti vėžio atrankinės patikros paslaugomis neigiamos įtakos turėjo COVID-19 pandemija (žr. 5.1 skyrių).

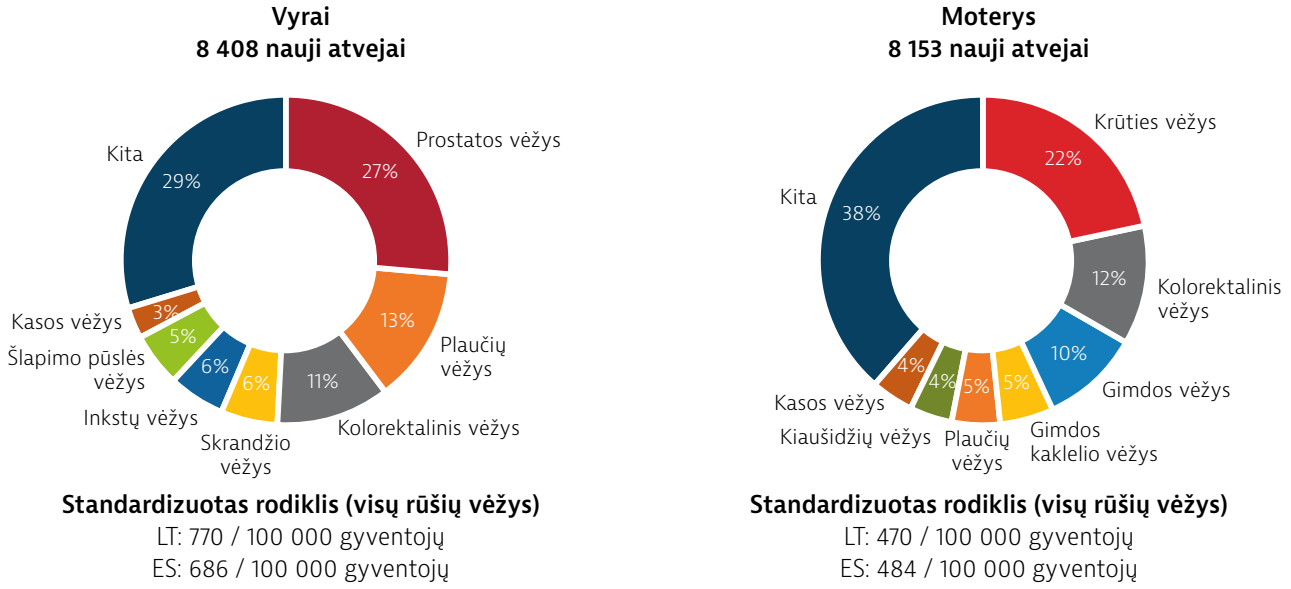
3 pav. Lietuvoje žmonių, kurie teigia, kad jų sveikata yra gera, dalis yra mažiausia ES



Pastaba. 1. Visų gyventojų ir mažas pajamas gaunančių gyventojų dalys yra maždaug vienodos.
Šaltinis – Eurostato duomenų bazė, grindžiama ES SPGS (2019 m. duomenys).

1. Reikėtų pažymėti, kad šie skaičiavimai buvo atlikti prieš prasidedant COVID-19 pandemijai, kuri gali turėti įtakos tiek sergamumui vėžiu, tiek mirtingumui nuo šios ligos 2020 m.

4 pav. Prognozuota, kad 2020 m. Lietuvoje vėžys diagnozuotas daugiau kaip 16 000 asmenų



Pastaba. Neįtraukti kitokio nei melanoma odos vėžio atvejai. Gimdos vėžio atvejai neapima gimdos kaklelio vėžio.
Šaltinis – Europos informacijos apie vėžį sistema (ECIS).

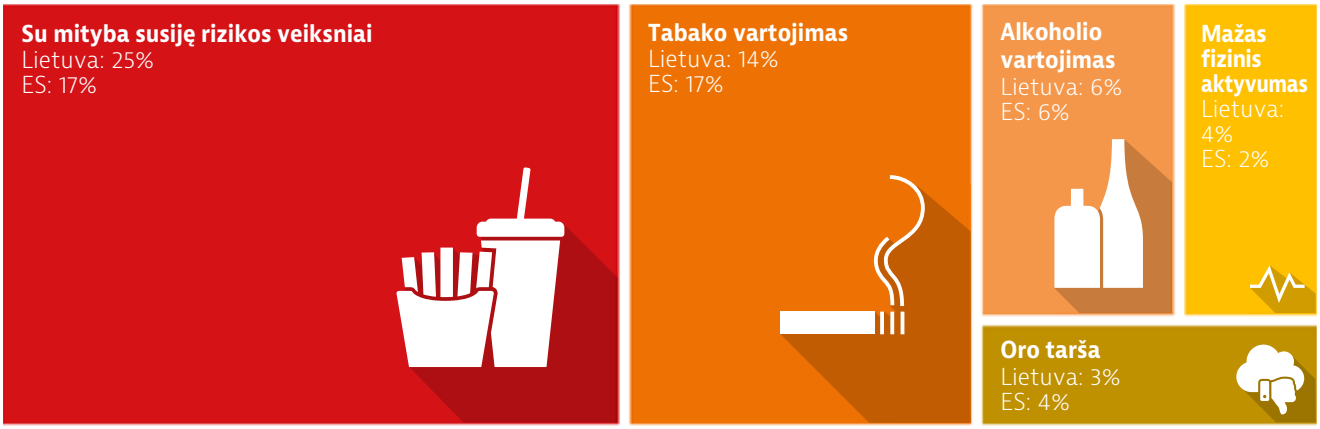
3 Rizikos veiksniai

Beveik pusę visų mirčių Lietuvoje lemia su gyvenimo būdu ir aplinka susiję rizikos veiksniai

Didelis Lietuvos gyventojų mirtingumas ir prasta sveikatos būklė daugiausia susiję su elgsenos rizikos veiksniais. Apskaičiuota, kad beveik pusę visų mirčių Lietuvoje galima susieti su elgsenos ir aplinkos rizikos veiksniais, įskaitant su mityba susijusius rizikos veiksnius, tabako ir alkoholio vartojimą ir mažą fizinį aktyvumą (5 pav.).

2019 m. maždaug 25 proc. visų mirčių (9 500 mirčių) nulėmė su mityba susiję rizikos veiksniai (įskaitant mažą vaisių ir daržovių vartojimą ir didelį cukraus ir druskos suvartojimą). Tai gerokai viršija ES vidurkį (17 proc.). Tabako vartojimas, įskaitant pasyvų rūkymą, yra maždaug 14 proc. visų mirčių (daugiau kaip 5 300 mirčių) priežastis. Apie 6 proc. mirčių buvo siejama su alkoholio vartojimu, o 4 proc. – su mažu fiziniu aktyvumu. Vien oro tarša smulkiomis kietosiomis dalelėmis ($PM_{2.5}$) ir ozono poveikis lėmė apie 3 proc. visų mirčių.

5 pav. Dauguma mirčių Lietuvoje gali būti siejamos su elgsenos rizikos veiksniais



Pastaba. Bendras su šiais rizikos veiksniais susijusių mirčių skaičius yra mažesnis už mirčių dėl kiekvieno atskiro veiksnio sumą, nes tą pačią mirtį galima priskirti daugiau kaip vienam rizikos veiksniui. Su mityba susiję rizikos veiksniai apima 14 komponentų, pavyzdžiui, mažą vaisių bei daržovių ir didelį cukrumi saldintų gėrimų vartojimą. Oro tarša laikomas kietųjų dalelių $PM_{2.5}$ ir ozono poveikis.
Šaltiniai: Sveikatos rodiklių ir vertinimo institutas (IHME, 2020), Global Health Data Exchange (2019 m. įverčiai).

Vienas iš pagrindinių rizikos veiksnių vis dar yra pernelyg didelis alkoholio vartojimas

Nors 2010–2019 m. alkoholio vartojimas mažėjo, tai tebėra viena iš pagrindinių visuomenės sveikatos problemų Lietuvoje. 2018 m. trečdalis penkiolikmečių teigė, kad per savo gyvenimą buvo apsvaigę nuo alkoholio daugiau kaip vieną kartą – taip teigiančiųjų dalis yra antra didžiausia ES po Danijos (6 pav.).

2018 m. buvo nustatytos griežtesnės priemonės, be kita ko, visiškai uždrausta alkoholio reklama per televiziją, radiją ir internete, sutrumpintas pardavimo laikas ir nuo 18 iki 20 metų padidinta teisės aktais nustatyta amžiaus riba, kurią pasiekus galima įsigyti alkoholio. 2020 m. buvo nustatyti draudimai stipriaisiais alkoholiniais gėrimais prekiauti paplūdimiuose ir lauko kavinėse, taip pat laikinuose statiniuose. Tuo pat metu keletą kartų padidinti alkoholio mokesčiai, o dalis gautų pajamų skirta visuomenės sveikatos projektams finansuoti. Vyresnių kaip 15 metų asmenų alkoholio suvartojimas, aukščiausią lygį pasiekęs 2012 m., iki 2019 m. sumažėjo ketvirtadaliu. Tai sutapo su gerokai sumažėjusiu prevencijos priemonėmis išvengiamu mirtingumu. Vis dėlto 2021 m. birželio mėn. Parlamente buvo pateiktos Alkoholio kontrolės įstatymo pataisos, kuriomis siūloma sušvelninti tam tikras galiojančias taisykles. Dėl šių pataisų turi būti balsuojama 2021 m. rudenį (žr. 5.1 skyrių).

Pastaraisiais metais daugėjo rūkančių paauglių

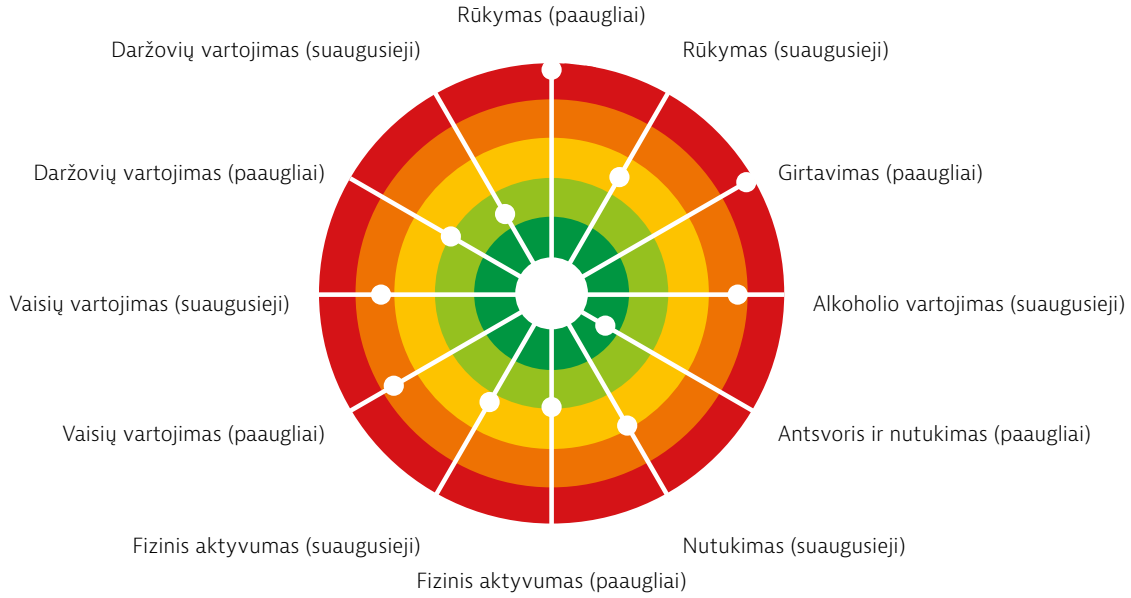
2019 m. 19 proc. suaugusių Lietuvos gyventojų nurodė, kad rūko kiekvieną dieną – tai beveik atitinka ES vidurkį. Tarp vyrų rūkymas daug labiau paplitęs negu tarp moterų. Kasdien rūkantys teigia tik 10 proc. moterų ir net 30 proc. vyrų. Kitaip negu daugumoje kitų šalių, kuriose rūkančių paauglių skaičius pastaraisiais metais mažėjo, Lietuvoje rūkančių paauglių daugėjo. 2018 m. per praėjusį mėnesį rūkę nurodė 29 proc. penkiolikmečių (ES vidurkis – 18 proc.). 2020 ir 2021 m. buvo uždrausta tabako gaminių reklama internete ir nustatyti papildomi rūkymo zonų apribojimai (žr. 5.1 skyrių).

Suaugusiųjų antsvorio ir nutukimo rodikliai šiek tiek viršija ES vidurkį

2019 m. nutukęs buvo kas šeštas suaugusysis (18 proc.), palyginti su ES vidurkiu (16 proc.). Tam įtakos turi kiti su mityba susiję rizikos veiksniai. 2019 m. daugiau kaip pusė Lietuvos suaugusiųjų (53 proc.) nurodė nevalgantys vaisių kasdien. Daržovių vartojama šiek tiek dažniau, tačiau 46 proc. suaugusiųjų nurodė kasdien nesuvalgantys bent vienos daržovių porcijos. Antsvoris ir nutukimas taip pat yra didėjančios paauglių problemos: šių sričių rodikliai per pastaruosius du dešimtmečius padidėjo tris kartus ir 2018 m. pasiekė 15 proc., nors tebėra mažesni negu daugumoje ES šalių.

Siekiant kovoti su šia problema, 2020 m. buvo priimta sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimo tvarka, kuri nustatato savivaldybių visuomenės sveikatos biurams skirtos atitinkamos veiklos planavimo ir vertinimo gairės. Ja visų pirma siekiama skatinti gyventojų sveikatos raštingumą, didinti mokyklose tiekiamo maisto ir kitų maisto produktų maistinę vertę ir sukurti tokią aplinką, kurioje būtų sudaromos sąlygos sveikai gyventi.

6 pav. Su mityba susiję rizikos veiksniai, alkoholio ir tabako vartojimas yra didelės visuomenės sveikatos problemos



Pastaba. Kuo taškas yra arčiau vidurio, tuo geresni šalies rezultatai, palyginti su kitomis ES šalimis. Baltojoje „tikslinėje zonoje" nėra nė vienos šalies, nes visose šalyse dar galima pažanga visose srityse.
Šaltiniai: EBPO skaičiavimai, grindžiami 2017–2018 m. Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatą veikiančios elgsenos tyrimu (paauglių rodikliai), ir EBPO sveikatos statistiniai duomenys, 2019 m. ES SPGS ir 2014 bei 2019 m. Europos sveikatos tyrimas apklausos būdu (suaugusiųjų rodikliai).

4 Sveikatos priežiūros sistema

Lietuvos valstybinės ligonių kasos administruojamu sveikatos draudimu draudžiami visi gyventojai

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema grindžiama vienu mokėtoju – Valstybine ligonių kasa (VLK), kuri perka paslaugas apdraustų gyventojų vardu ir siekia užtikrinti, kad būtų apmokėtos visų gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos. Sveikatos apsaugos ministerija yra atsakinga už tokius klausimus kaip sveikatos politikos ir taisyklių rengimas, gyventojų sveikatos stebėsena, licencijų paslaugų teikėjams ir sveikatos priežiūros specialistams išdavimas, VLK valdymas ir pavaldžių institucijų, įskaitant tam tikrus paslaugų teikėjus, tinklo administravimas. Ji taip pat yra vadovaujanti institucija, atsakinga už nacionalinio atsako į COVID-19 pandemiją organizavimą (1 langelis).

VLK pajamų šaltiniai yra privalomos įmokos, išskaičiuojamos iš darbo užmokesčio; valstybės pervedimai, kuriais padengiamos nedirbančių gyventojų (pavyzdžiui, vaikų, studentų, neįgaliųjų, pensininkų ir bedarbių) sveikatos priežiūros išlaidos; savarankiškai dirbančių asmenų ar kitų gyventojų, nepriskiriamų pirmosioms dviem grupėms, mokėjimai ir valstybės pervedimai konkrečioms programoms. Teikiant paslaugas svarbų vaidmenį atlieka savivaldybės, nes joms priklauso daugelis pirminės sveikatos priežiūros centrų ir mažųjų bei vidutinio dydžio ligoninių. Jos taip pat finansuoja ir teikia tam tikras visuomenės sveikatos paslaugas. Privatusis sektorius dalyvauja teikiant pirminės sveikatos priežiūros ir dantų priežiūros paslaugas, taip pat vis dažniau valstybės lėšomis finansuojamas specializuotas ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas.

1 langelis. Sveikatos apsaugos ministras vadovavo atsako į COVID-19 įgyvendinimui

Sveikatos apsaugos ministro vadovaujamas Valstybės ekstremaliųjų situacijų operacijų centras yra pagrindinė įstaiga, atsakinga už COVID-19 pandemijos valdymą Lietuvoje. Sprendimus priima šio centro Ekstremaliųjų situacijų komisija, sudaryta iš visų ministerijų, nacionalinių ir vietos valdžios institucijų ir kitų atitinkamų įstaigų atstovų. Šio centro veikimo būdas nustatytas remiantis galiojančiais (prieš pandemiją priimtais) teisės aktais – jis yra atsakingas už atsako į ekstremaliąją situaciją įgyvendinimą ir priemonių koordinavimą.

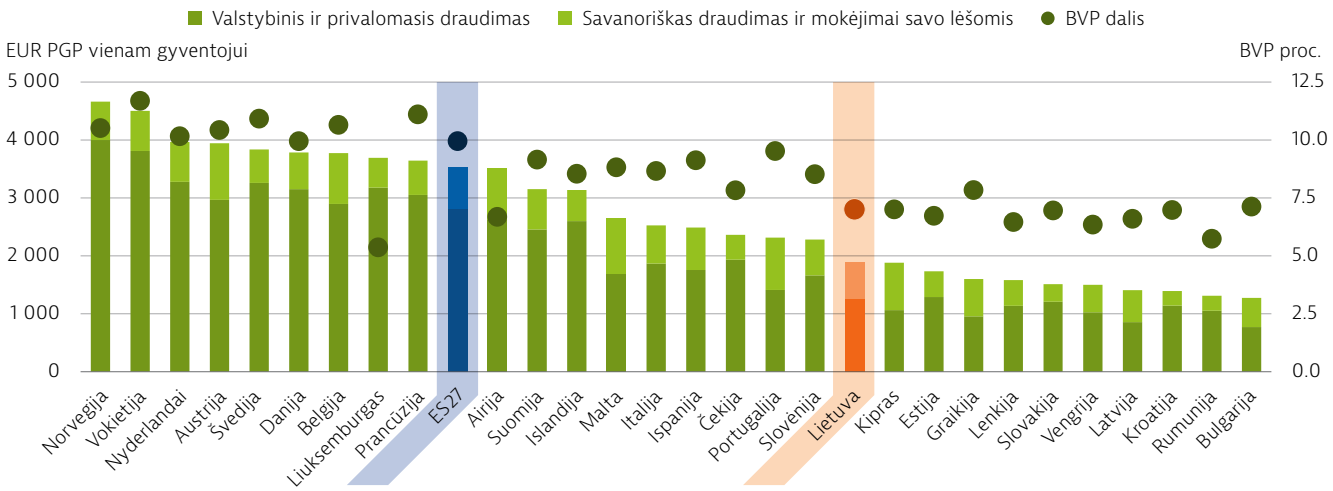
Vyriausybei imantis veiksmų, susijusių su atsaku į COVID-19, taip pat padėjo Nepriklausomų ekspertų patariamoji taryba, sudaryta daugiausia iš gydytojų praktikų ir mokslininkų, taip pat pramonės sektoriaus, verslo ir profesinių sąjungų atstovų.

Šaltinis – Sveikatos priežiūros sistemų atsako į COVID-19 stebėsenos platforma (angl. COVID-19 Health Systems Response Monitor).

Išlaidos sveikatai Lietuvoje tebėra mažos, tačiau pastaraisiais metais jos nuolat didėjo

2019 m. vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai Lietuvoje (1 885 EUR) buvo beveik per pusę mažesnės už ES vidurkį (3 521 EUR, pakoreguota atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus), tačiau jos yra vienos didžiausių Vidurio ir Rytų Europoje (7 pav.). 2015–2019 m. išlaidos sveikatai nuolat didėjo maždaug 6 proc. per metus, todėl laipsniškai mažėjo atotrūkis nuo ES vidurkio. Vis dėlto, išlaidas sveikatai išreiškus BVP dalimi, jos Lietuvoje išliko palyginti nedidelės ir siekė 7,0 proc. BVP (ES vidurkis – 9,9 proc.). 2019 m. valstybės lėšomis buvo finansuojama tik du trečdaliai (66 proc.) išlaidų sveikatai, o likęs trečdalis buvo padengiamas iš privačių šaltinių, daugiausia atliekant mokėjimus savo lėšomis. Padėtis šioje srityje skiriasi nuo ES vidurkio, kai viešosiomis lėšomis padengiama apie 80 proc. išlaidų sveikatai.

7 pav. Vienam gyventojui tenkančios išlaidos sveikatai Lietuvoje yra perpus mažesnės už ES vidurkį



Pastaba. ES vidurkis yra svertinis.
Šaltinis – EBPO 2021 m. sveikatos statistiniai duomenys (2019 m. duomenys, išskyrus Maltą, kurios atveju pateikiami 2018 m. duomenys).

Be to, svarbų vaidmenį finansuojant su sveikatos priežiūra susijusius projektus Lietuvoje atlieka ES struktūriniai fondai: 2007–2013 m. iš jų buvo skirta 238 mln. EUR, o 2014–2020 m. – 146 mln. EUR (Finansų ministerija, 2021a). Siekiant padėti įveikti pandemiją, 2020 ir 2021 m. buvo skirtas papildomas finansavimas (2 langelis). VLK 2020 m. biudžetas siekė 2,30 mlrd. EUR. Rezerve buvo sukaupta 570 mln. EUR, kurie buvo naudojami pandemijos metu. 2021 m. buvo planuojama biudžetą padidinti 8 proc., palyginti su praėjusiais metais: skirti 2,48 mlrd. EUR ir į rezervą pervesti 228 mln. EUR. VLK užtikrina ilgalaikį fiskalinį sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje tvarumą, nes ji, būdama vienu mokėtoju, padėda apsisaugoti nuo suskaidytoms sveikatos priežiūros finansavimo sistemoms būdingo neveiksmingumo ir nelygybės. Nepaisant to, 2021 m. balandžio mėn. Vyriausybė pristatė 2021–2026 m. ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo įgyvendinimo planą (Finansų ministerija, 2021b), kuriame siūloma sukurti alternatyvius sveikatos priežiūros finansavimo šaltinius.

2 langelis. 2021 m. reagavimui į COVID-19 buvo skirta daugiau kaip 1 mlrd. EUR

Iki 2020 m. rugsėjo mėn. atsakui į COVID-19 Vyriausybė skyrė 2,76 mlrd. EUR (Valstybės kontrolė, 2020 m.). Bendras 2021 m. reagavimo į pandemiją biudžetas siekė 1,08 mlrd. EUR (Finansų ministerija, 2021c). Šiomis lėšomis buvo numatyta:

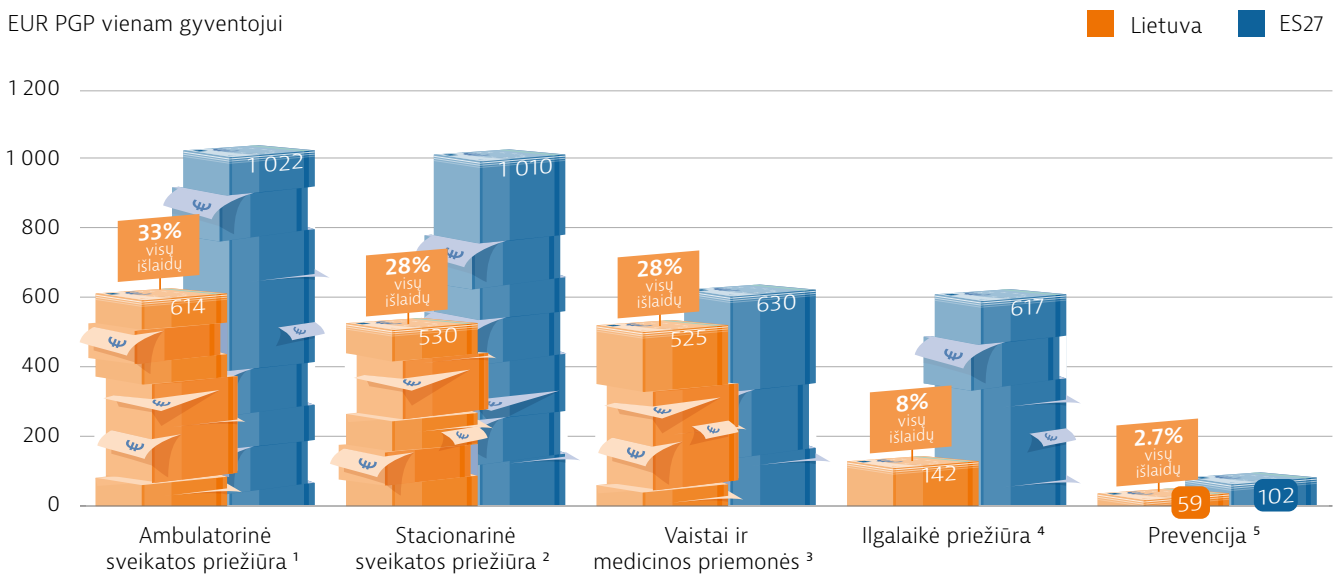
- mokėti ligos, su profesine rizika ir ekonomine pagalba susijusias išmokas (573 mln. EUR);
- padengti įmonių su paskolomis ir palūkanomis susijusias išlaidas (230 mln. EUR);
- įsigyti vakcinų (65 mln. EUR);
- atlikti mokėjimus VLK, be kita ko, susijusius su sveikatos priežiūros darbuotojų darbo užmokesčio didinimu (45 mln. EUR);
- įsigyti medicinos reikmenų ir laboratorinės įrangos (80 mln. EUR);
- užtikrinti kitų institucijų, dalyvaujančių kovojant su COVID-19, veikimą (90 mln. EUR).

Šaltinis – Sveikatos priežiūros sistemų atsako į COVID-19 stebėsenos platforma.

Išlaidos ambulatorinei sveikatos priežiūrai viršijo išlaidas stacionarinei sveikatos priežiūrai

Didžiausia išlaidų sveikatai sritis yra ambulatorinė sveikatos priežiūra – išlaidos šiai sričiai 2010–2019 m. padidėjo nuo 26 iki 33 proc. Iš to matyti, kad pereinama prie šios rūšies sveikatos priežiūros. Šiek tiek sumažėjo išlaidos stacionarinei sveikatos priežiūrai ir vaistams bei medicinos priemonėms: 2010–2019 m. išlaidos stacionarinei sveikatos priežiūrai sumažėjo nuo 32 iki 28 proc., o išlaidos vaistams ir medicinos priemonėms – nuo 30 iki 28 proc. Po jų rikiuojasi išlaidos ilgalaikei priežiūrai (7,5 proc.) ir prevencijai (2,7 proc.). Vieno gyventojo išlaidos vaistams ir medicinos priemonėms beveik atitinka ES vidurkį (8 pav.), tačiau jos, išreikštos kaip visų išlaidų sveikatai dalis, yra gerokai didesnės už ES vidurkį (18 proc.).

8 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos vaistams ir medicinos priemonėms yra gana didelės



Pastaba. Neįtrauktos sveikatos priežiūros sistemos administravimo išlaidos. 1. Apima priežiūros namuose ir pagalbines paslaugas (pvz., pacientų pervežimą). 2. Apima gydomąją priežiūrą ir reabilitaciją ligoninėse ir kitose įstaigose. 3. Apima tik ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų rinką. 4. Apima tik sveikatos komponentą. 5. Apima tik išlaidas organizuotoms prevencijos programoms. ES vidurkis yra svertinis.
Šaltiniai: EBPO 2021 m. sveikatos statistiniai duomenys, Eurostato duomenų bazė.

Nepaisant didelės gyventojų ir paslaugų aprėpties, savo lėšomis vis dar padengiama daug išlaidų sveikatai

Valstybės lėšomis finansuojamų paslaugų paketas apibrėžtas plačiai ir pagal jį padengiamos visų gyventojų prevencijos, pirminės sveikatos priežiūros, gydytojų specialistų, slaugos ir reabilitacijos paslaugų išlaidos, taip pat kompensuojamos vaistų ir medicinos priemonių įsigijimo išlaidos (žr. 5.2 skyrių). Didžiausią mokėjimų savo lėšomis dalį sudaro išlaidos vaistams, tačiau nuo 2017 m. įgyvendinama keletas vaistų kompensavimo politikos pakeitimų, dėl kurių daugėja kompensuojamų vaistų.

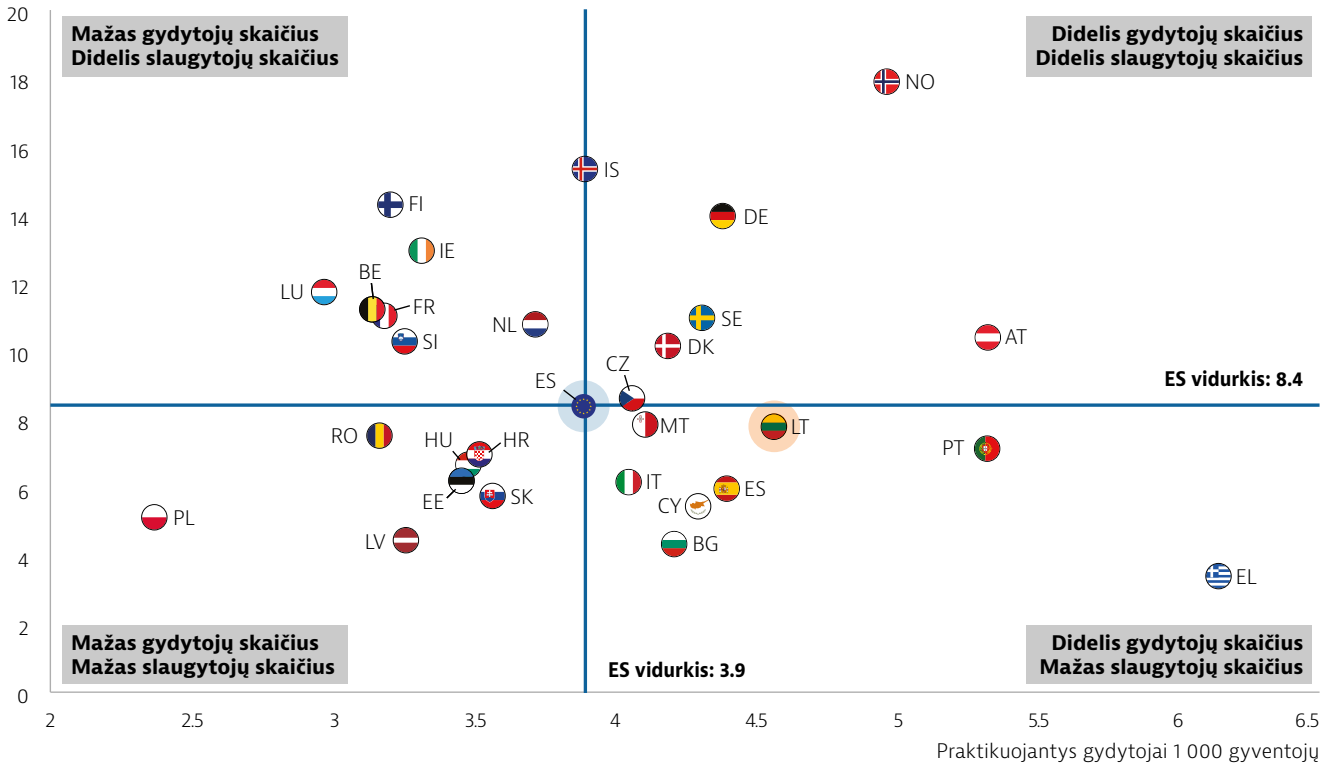
COVID-19 pandemijos metu didelis ligoninių lovų skaičius buvo laikomas privalumu

Lietuvos valstybinės sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą sudaro 125 ligoninės (iš jų 63 ligoninės yra bendrojo pobūdžio ligoninės) ir 357 ambulatorines paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, įskaitant specializuotas ambulatorines klinikas ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus (Higienos institutas, 2021). Be to, veikia daug privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų ir ambulatorinių klinikų (2019 m. jų buvo apie 500). Daugelis iš jų yra sudariusios sutartis su VLK. 2019 m. Lietuvoje 1 000 gyventojų tenkantis ligoninių lovų skaičius (6,4 lovos) viršijo ES vidurkį (5,3 lovos). Nuo 2014 m. šis skaičius nuolat mažėjo, o ilgalaikės priežiūros lovų skaičius didėjo. Ankstyvaisiais COVID-19 pandemijos etapais, kai užsikrėtusiųjų skaičius šalyje buvo mažas, šis didelis stacionariniam gydymui skirtų lovų, įskaitant intensyviosios terapijos skyriaus lovas, skaičius padėjo sukurti tam tikrą saugumo jausmą. Vis dėlto to nepakako, kad per pandemiją esant didžiausiam paslaugų poreikiui būtų buvęs užtikrintas nepertraukiamas su COVID-19 nesusijusių paslaugų teikimas (žr. 5.3 skyrių).

Slaugytojų trūkumas tebėra ilgalaikė problema, tačiau gydytojų skaičius didėja

2019 m. Lietuvoje 1 000 gyventojų teko 7,7 slaugytojo, o tai yra mažiau už ES vidurkį (8,4 slaugytojo, 9 pav.). O gydytojų skaičius (4,6 gydytojo 1 000 gyventojų) yra penktas pagal dydį ES (ES vidurkis – 3,9 gydytojo). Gydytojų skaičiui toliau didėjant, slaugytojų skaičius taip sparčiai nedidėjo – 2019 m. vienam gydytojui teko 1,7 slaugytojo; tai yra mažiausias santykis nuo 2000 m. (žr. 5.2 skyrių). Nepaisant slaugytojų poreikio, nuo XX a. pirmojo dešimtmečio mažėjo slaugos studijų programas baigusių absolventų skaičius: 2000–2009 m. metinis jų vidurkis buvo 626 slaugytojai, o 2010–2019 m. – 554 slaugytojai. Todėl nepasiektas Nacionalinės 2014–2025 m. sveikatos strategijos tikslas iki 2020 m. atkurti slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykį „2:1“.

9 pav. Lietuvoje gydytojų skaičius yra didelis, tačiau slaugytojų skaičius nesiekia ES vidurkio



Pastaba. ES vidurkis yra nesvertinis. Portugalijos ir Graikijos duomenys apima visus licenciją turinčius gydytojus, todėl gautas labai didelis praktikuojančių gydytojų skaičius (pvz., Portugalijoje jis siekia apie 30 proc.). Graikijoje slaugytojų skaičius numažintas, nes į jį įtraukti tik ligoninėse dirbantys slaugytojai. Šaltinis – Eurostato duomenų bazė (2019 m. arba artimiausių metų duomenys).

Pažanga padaryta didinant sveikatos priežiūros darbuotojų atlyginimus

Neseniai atlikus analizę (MOSTA, 2019 m.) nustatyta, kad Lietuvoje neužtikrinama gydytojų darbo jėgos sudėties pusiausvyra pagal specialybę, taip pat kad sveikatos priežiūros sistemoje labai trūksta slaugytojų ir kad per ateinančius kelerius metus šis trūkumas greičiausiai dar padidės. Svarbiausia sveikatos priežiūros specialistų pritraukimo ir išlaikymo priemonė pastaraisiais metais buvo spartus atlyginimų didinimas. 2017–2020 m. viešųjų paslaugų teikėjų įstaigose mokamas vidutinis mėnesinis slaugytojų atlyginimas neatskaičius mokesčių padidėjo nuo 1 008 iki 1 659 EUR, o gydytojų – nuo 1 950 iki 3 017 EUR. Kovojant su pandemija, 2020 m. taip pat buvo skiriami papildomi priedai prie atlyginimo. Vis dėlto apie 2021 m. sausio mėn. numatytą atlyginimų didinimą nebuvo paskelbta, nes naujoji Vyriausybė su medikų bendruomene iš naujo derėjosi dėl kolektyvinės sutarties.

Lietuvoje tiek ambulatorinės, tiek stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugomis naudojamasi dažnai

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje teikiamos valstybiniuose ir privačiuose sveikatos priežiūros centruose, kuriuose bendrosios praktikos gydytojai atlieka pirmosios grandies funkcijas ir dažnai dirba kartu su kitais pirminės sveikatos priežiūros specialistais, pavyzdžiui, pediatrais ir ginekologais.

Pacientai valstybės lėšomis finansuojamos specializuotos sveikatos priežiūros paslaugomis gali naudotis gavę siuntimą arba sumokėję mokestį už galimybę tiesiogiai pasinaudoti tokiomis paslaugomis. Specializuotos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikia ligoninių ambulatoriniai skyriai ir poliklinikos, taip pat privatūs paslaugų teikėjai. Vis dažniau svarbesnį vaidmenį neužkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės srityje atlieka bendrosios praktikos gydytojai – jie įgyvendina prioritetines vėžio atrankinės patikros ir širdies bei kraujagyslių ligų ir diabeto kontrolės programas ir už tai gauna papildomą finansavimą, grindžiamą pasiektais rezultatais.

Lietuvoje išrašymo iš ligoninės ir gydytojų konsultacijų rodikliai yra vieni aukščiausių ES. Nors per pastaruosius 10 metų gerokai padaugėjo ambulatorinių konsultacijų (nuo 6,4 konsultacijos vienam asmeniui 2000 m. iki 9,5 konsultacijos 2019 m.), hospitalizavimo atvejų sumažėjo tik nežymiai (nuo 23,9 atvejo 2000 m. iki 22 atvejų 2019 m.). Nors didelė priklausomybė nuo stacionarinės sveikatos priežiūros sektoriaus tebėra viena iš ilgalaikių problemų, vis dėlto pastangos racionalizuoti ir optimizuoti stacionariąją sveikatos priežiūrą nepadėjo užtikrinti didelių su ligoninių infrastruktūra susijusių pokyčių. 2021 m. balandžio mėn. Sveikatos apsaugos ministerija paskelbė apie atnaujintus planus pertvarkyti pirminės ir specializuotos sveikatos priežiūros sistemą, kad būtų pagerinta paslaugų kokybė ir padidintas jų prieinamumas (žr. 5.3 skyrių).

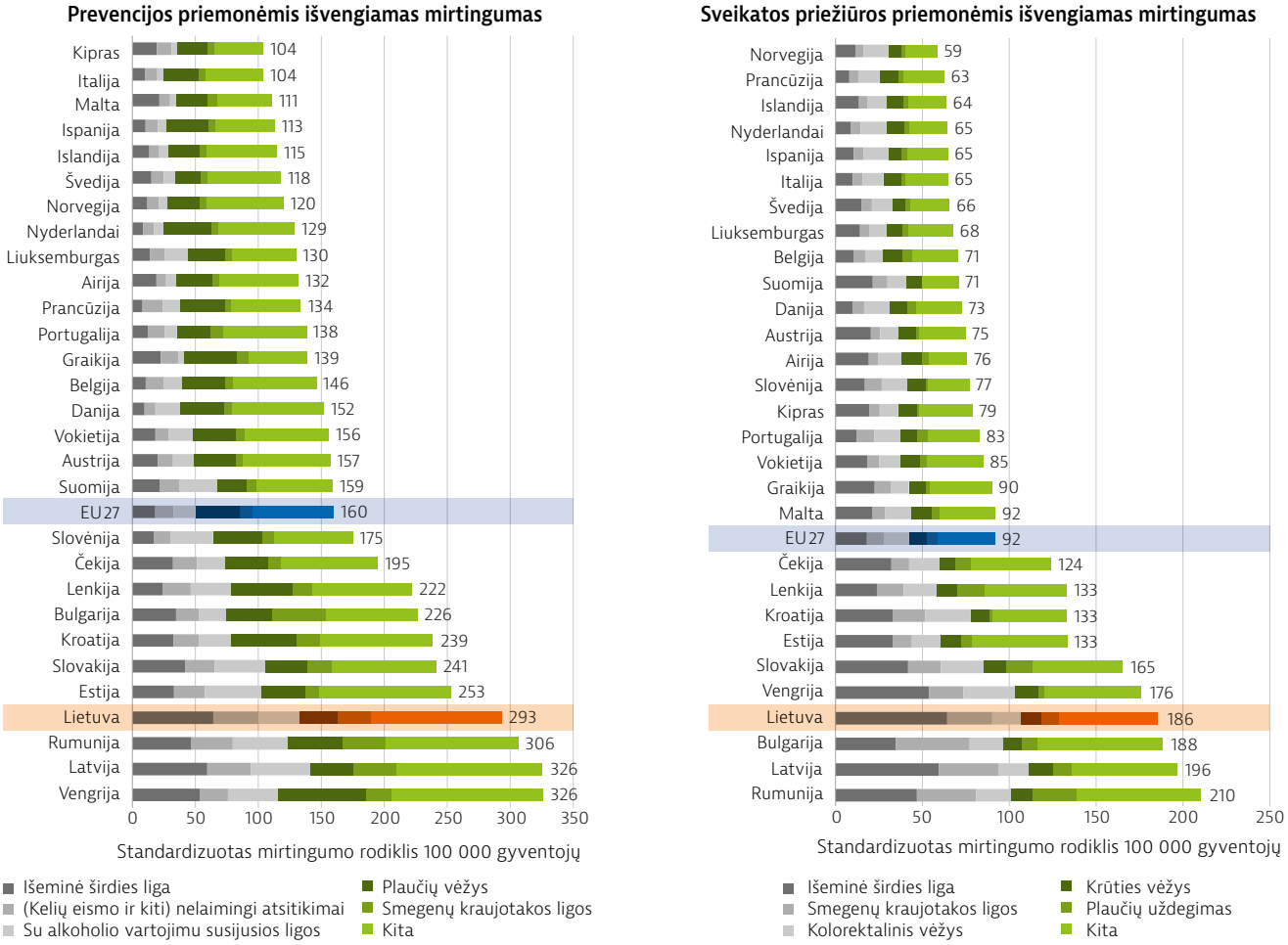
5 Sveikatos priežiūros sistemos veikimo rezultatai

5.1 Veiksmingumas

Daug pirmalaikių mirčių būtų galima išvengti užtikrinant veiksmingesnę visuomenės sveikatos priežiūrą, prevenciją ir gydymą

Lietuvai būdingas aukštas prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo lygis. Tai, be kita ko, lemia vieni iš didžiausių ES jaunesnių nei 75 metų asmenų mirtingumo nuo išeminės širdies ligos ir insulto rodikliai (10 pav.). Nors 2011–2018 m. prevencijos priemonėmis išvengiamų mirčių skaičius sumažėjo 23 proc., mirtingumas tebėra ketvirtas pagal dydį ES. Kitos pagrindinės prevencijos priemonėmis išvengiamų mirčių priežastys yra su alkoholio vartojimu susijusios ligos, plaučių vėžys, nelaimingi atsitikimai ir savižudybės – visa tai atspindi būtinybę imtis griežtų visuomenės sveikatos politikos priemonių, pavyzdžiui, vykdyti alkoholio ir tabako kontrolę, įgyvendinti kelių eismo ir kitų sričių saugumo priemones ir teikti psichikos sveikatos palaikymo paslaugas. Tuo pačiu laikotarpiu Lietuvoje apie 16 proc. sumažėjo ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas – nuo 221 iki 186 pirmalaikių mirčių 100 000 gyventojų, tačiau jis tebėra ketvirtas pagal dydį tarp ES šalių. Daugiau kaip pusę sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamų mirčių lemia išeminės širdies ligos ir insultas (laikoma, kad šių mirties priežasčių galima išvengti tiek prevencijos, tiek sveikatos priežiūros priemonėmis), o dar 15 proc. tokių mirčių – gaubtinės žarnos ir krūties vėžys.

10 pav. Prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodikliai Lietuvoje yra vieni didžiausių ES



Pastaba. Prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas – tai mirtys, kurių paprastai galima išvengti imantis visuomenės sveikatos ir pirminės prevencijos priemonių. Sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas – tai mirtys, kurių paprastai galima išvengti imantis sveikatos priežiūros priemonių, įskaitant atrankinį sveikatos tikrinimą ir gydymą. Pusė visų mirčių nuo tam tikrų ligų (pvz., išeminės širdies ligos ir smegenų kraujotakos ligų) priskiriama prevencijos priemonėmis išvengiamam mirtingumui, o kita pusė – sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamam mirtingumui. Abu rodikliai susiję su pirmalaikiu mirtingumu (iki 75 metų). Duomenys grindžiami peržiūrėtais EBPO ir (arba) Eurostato sąrašais.
Šaltinis – Eurostato duomenų bazė (2018 m. duomenys, išskyrus Prancūziją, kurios atveju pateikiami 2016 m. duomenys).

Įgyvendinant pagrindinę visuomenės sveikatos politiką daugiausia dėmesio skiriama alkoholio ir tabako kontrolės stiprinimui

Reaguojant į nuo seno aukštą alkoholio vartojimo lygį, Lietuvoje pastaraisiais metais imtasi svarbių visuomenės sveikatos priemonių, kuriomis siekiama stiprinti alkoholio kontrolę, itin daug dėmesio skiriant vaikų ir jaunimo suvartojamam alkoholio kiekiui mažinti. Paaiškėjo, kad nuo 2018 m. įgyvendinama alkoholio vartojimo prevencijos politika padeda sėkmingai mažinti alkoholio vartojimo lygį (žr. 3 skyrių). Tačiau 2021 m. birželio mėn. Seime buvo užregistruota pataisa, kuria siekiama švelninti alkoholio kontrolės įstatymų nuostatas: pailginti prekybos alkoholiu valandas, mažinti alkoholio reklamos ribojimus ir sumažinti teisės aktais nustatytą amžių, kurio sulaukus galima įsigyti gėrimus, kuriuose esančio alkoholio kiekis neviršija 15 proc. Dėl šios pataisos bus balsuojama 2021 m. rudenį.

Keleto priemonių imtasi ir tabako kontrolės srityje: be kita ko, uždrausta tabako gaminių reklama internete ir nustatytas draudimas nuo 2020 m. lapkričio mėn. jais prekiauti internetu, uždrausta rūkyti bendrose daugiabučių namų patalpose, viešojo transporto stotelėse ir žaidimų aikštelėse, taip pat nustatytas reikalavimas nuo 2021 m. sausio mėn. lauko kavinėse ženklinti rūkantiesiems ir nerūkantiesiems skirtus staliukus. 2021 m. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas išplėtė interaktyvios interneto svetainės, kurioje pateikiama norintiesiems mesti rūkyti skirta informacija, gairės ir susijusių tarnybų kontaktiniai duomenys, turinį.

Per COVID-19 pandemiją buvo padidintas psichikos sveikatos palaikymo paslaugų prieinamumas

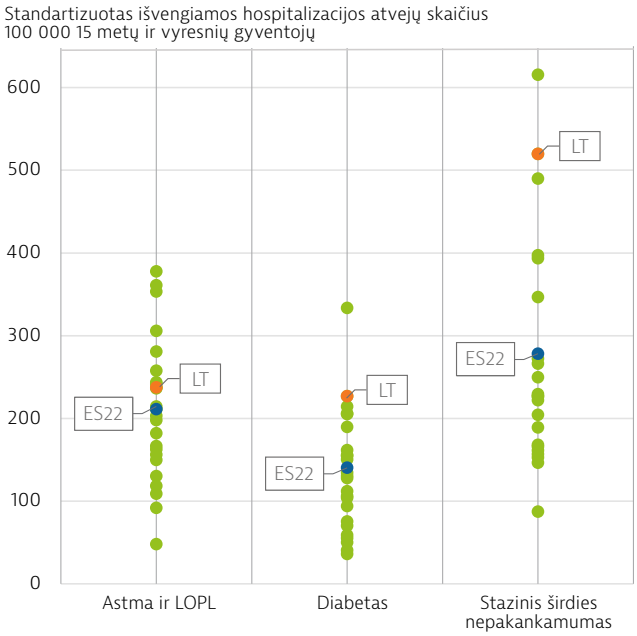
Labai aukštas savižudybių lygis (žr. 2 skyrių) atspindi prastą Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklę. Siekiant pagerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reglamentavimą, 2019 m. iš dalies pakeistas Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Šiais pakeitimais buvo siekiama didinti galimybes pasinaudoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis nestacionariosios ir pirminės sveikatos priežiūros lygmenimis. Per COVID-19 pandemiją psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas buvo sustiprintas: įrengtos papildomos emocinės paramos telefonu linijos ir įgyvendinti bandomieji mobiliųjų krizių įveikimo komandų projektai. Nuo 2020 m. rugsėjo mėn. savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose psichikos sveikatos palaikymo paslaugos pradėtos teikti nemokamai ir be siuntimo.

Lėtinėmis ligomis sergančių žmonių priežiūra Lietuvoje yra mažiau veiksminga negu kitose ES šalyse

Didelis hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, skaičius Lietuvoje atspindi sveikatos priežiūros veiksmingumo lygį. 11 pav. parodyta, kad 2019 m. tarp 21 ES šalies, apie kurias turima duomenų, pagal staziniu širdies nepakankamumu ir diabetu sergančių pacientų hospitalizavimo atvejų skaičių Lietuva užėmė antrą vietą. Didelis šiomis ligomis sergančių pacientų hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, skaičius atspindi pirminės sveikatos priežiūros trūkumus. Tačiau pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje ėmus daugiau dėmesio skirti širdies ir kraujagyslių ligų bei jų komplikacijų prevencijai (pvz., tokioms prioritetinėms programoms, kaip nemokami 40–55 m. vyrų ir 50–65 m. moterų sveikatos patikrinimai), 2012–2017 m. staziniu širdies nepakankamumu sergančių pacientų hospitalizavimo atvejų skaičius sumažėjo trečdaliu.

Siekdama gerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir skatinti prevenciją, 2019 m. gruodžio mėn. VLK pradėjo skelbti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų reitingus, kurie nustatomi pagal 14 kriterijų, apimančių įvairias sritis, įskaitant vėžio atrankinės patikros programų įgyvendinimą. Remiantis šiais reitingais nustatoma, kokia bus jų rezultatais grindžiamo finansavimo dalis.

11 pav. Lietuvoje didelis išvengiamos hospitalizacijos dėl diabeto ir stazinio širdies nepakankamumo atvejų skaičius



Pastaba. ES vidurkis yra nesvertinis. Neįtraukti Latvijos ir Liuksemburgo duomenys.Šaltinis – EBPO 2021 m. sveikatos statistiniai duomenys (2019 m. ar artimiausių metų duomenys).

Kalbant apie stacionariosios sveikatos priežiūros kokybę, 2019 m. pagal hospitalinį mirtingumą per 30 dienų patyrus miokardo infarktą Lietuva užėmė trečią vietą (13,3 atvejo 100 hospitalizuotų pacientų), o pagal mirtingumą nuo hemoraginio insulto ir išeminio insulto – antrą vietą (atitinkamai 41,1 ir 18,2 atvejo 100 hospitalizuotų pacientų). 2020 m. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (2020) atliko pasirinktų paslaugų teikėjų teikiamų

priežiūros paslaugų patyrus miokardo infarktą ir insultą patikrinimus. Ji nustatė, kad kai kurios rajonų ligoninės nesilaiko priežiūros kokybės standartų, ypač susijusių su kvalifikuotų specialistų paslaugų prieinamumu visą parą ir galimybėmis greitai pasinaudoti reikiamomis diagnostikos priemonėmis.

Vėžio gydymo paslaugų srityje Lietuva atsilieka nuo daugelio ES šalių

2010–2014 m. išgyvenamumas sergant daugumos rūšių vėžiu, išskyrus prostatos vėžį, Lietuvoje buvo mažesnis už ES vidurkį (12 pav.). Tačiau nuo 2000–2004 m. padaryta didelė pažanga. Penkerių metų išgyvenamumo rodiklis susirgus prostatos vėžiu padidėjo 19 procentinių punktų, gaubtinės žarnos vėžiu – 12 procentinių punktų, o krūties vėžiu – 9 procentiniais punktais. Vis dėlto vaikų išgyvenamumo rodiklis diagnozavus ūminę limfoblastinę leukemiją yra antras prasčiausias ES (atitinkamai 75 ir 85 proc.) ir nuo XXI a. pirmojo dešimtmečio nepagerėjo.

12 pav. Penkerių metų išgyvenamumas susirgus daugumos dažniausiai paplitusių rūšių vėžiu yra mažesnis už ES vidurkį

Prostatos vėžys
Lietuva: 94 %
ES23: 87 %

Vaikų leukemija
Lietuva: 75 %
ES23: 85 %

Krūties vėžys
Lietuva: 74 %
ES23: 82 %

Gimdos kaklelio vėžys
Lietuva: 59 %
ES23: 63 %

Gaubtinės žarnos vėžys
Lietuva: 57 %
ES23: 60 %

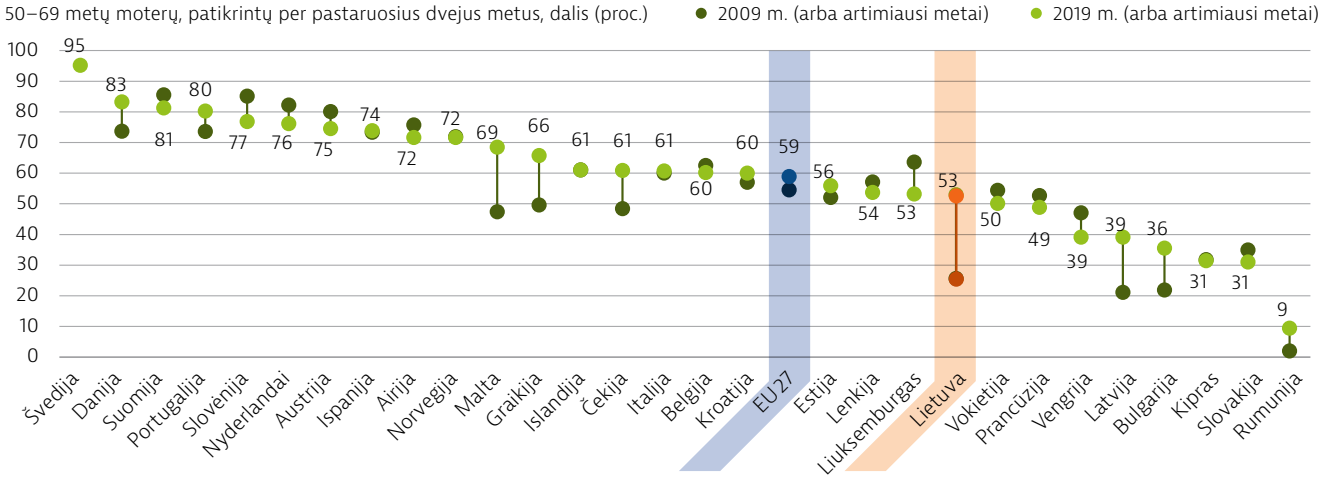
Plaučių vėžys
Lietuva: 10 %
ES23: 15 %

Pastaba. Duomenys apie žmones, kuriems vėžys buvo diagnozuotas 2010–2014 m. Vaikų leukemija yra ūminis limfoblastinis vėžys.
Šaltinis – programa CONCORD, Londono higienos ir tropinės medicinos mokykla (angl. London School of Hygiene and Tropical Medicine).

Palyginti su ES vidurkiu, Lietuvoje 2019 m. mažiau moterų dalyvavo reguliariose krūties ir gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros programose (Lietuvoje – 53 proc. o ES vidurkis – 59 proc.). Vis dėlto per pastarąjį dešimtmetį dalyvavimo krūties vėžio atrankinės patikros programose lygis nuolat didėjo ir 2009–2019 m. išaugo daugiau negu du kartus – nuo 26 iki 53 proc. (13 pav.).

Pažanga, susijusi su gimdos kaklelio vėžio atrankine patikra, lėtesnė – dalyvavimo tokiose programose lygis tuo pačiu laikotarpiu išaugo nuo 43 iki 53 proc. Siekiant spręsti šias problemas, šiuo metu Lietuvoje įgyvendinamas nacionalinis kovos su vėžiu planas (3 langelis).

13 pav. Per dešimtmetį dalyvavimas krūties vėžio atrankinės patikros programose padidėjo du kartus, tačiau vis dar nesiekia ES vidurkio



Pastaba. ES vidurkis yra nesvertinis. Daugumos šalių duomenys grindžiami ne apklausomis, o atrankinės patikros programomis.
Šaltiniai: EBPO 2021 m. sveikatos statistiniai duomenys ir Eurostato duomenų bazė.

3 langelis. Lietuvos nacionaliniame vėžio profilaktikos ir kontrolės plane nustatyta keletas tikslų

Nacionaliniame 2014–2025 metų vėžio profilaktikos ir kontrolės plane nustatyti aštuoni pagrindiniai tikslai:

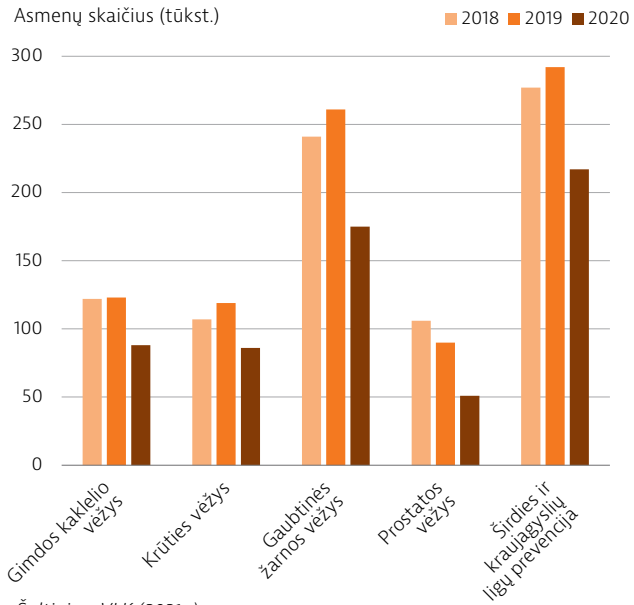
- tobulinti onkologinės priežiūros valdymą ir koordinavimą;
- plėtoti vėžio prevenciją ir ugdyti informuotą bei sveiką visuomenę;
- stiprinti vėžio atrankinės patikros programas ir kelti dalyvavimo jose lygį;
- užtikrinti kokybišką onkologinę priežiūrą, įskaitant diagnostiką ir gydymą, kartu mažinant nelygybę paslaugų prieinamumo srityje;
- gerinti vėžiu sergančių pacientų gyvenimo kokybę ir mirštančiųjų nuo šios ligos priežiūrą;
- stiprinti vėžio mokslinius tyrimus ir onkologinį švietimą bei mokymą;
- bendradarbiauti su nevyriausybinėmis organizacijomis (NVO) onkologinės priežiūros ir NVO veiklos plėtros klausimais;
- gerinti duomenų apie vėžį rinkimą ir užtikrinti duomenų kokybę bei prieinamumą.

Šie tikslai dera su naujausiu Europos Komisijos 2021 m. vasario mėn. pristatytu Europos kovos su vėžiu planu, kuriame nustatytos keturios pagrindinės veiksmų sritys, daugiausia dėmesio skiriant prevencijai, ankstyvam aptikimui, diagnostikai bei gydymui ir gyvenimo kokybės gerinimui (Europos Komisija, 2021a).

COVID-19 padarė neigiamą poveikį paslaugoms Lietuvoje

Visas delsimo kreiptis dėl sveikatos priežiūros paslaugų per pandemiją poveikis dar nėra žinomas, tačiau dalyvavimas širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programose 2020 m., palyginti su 2019 m., sumažėjo ketvirtadaliu (14 pav.). Tuo pat metu dalyvavimas vėžio prevencijos programose sumažėjo nuo ketvirtadalio (krūties ir gimdos kaklelio vėžio atveju) iki beveik pusės (prostatos vėžio atveju) (VLK, 2021a). Iš pirmųjų duomenų taip pat matyti, kad 2020 m., palyginti su 2019 m., padidėjo hospitalinis mirtingumas patyrus miokardo infarktą ir insultą.

14 pav. 2020 m. neužkrečiamųjų ligų prevencijos programose dalyvavo gerokai mažiau žmonių



Šaltinis – VLK (2021a).

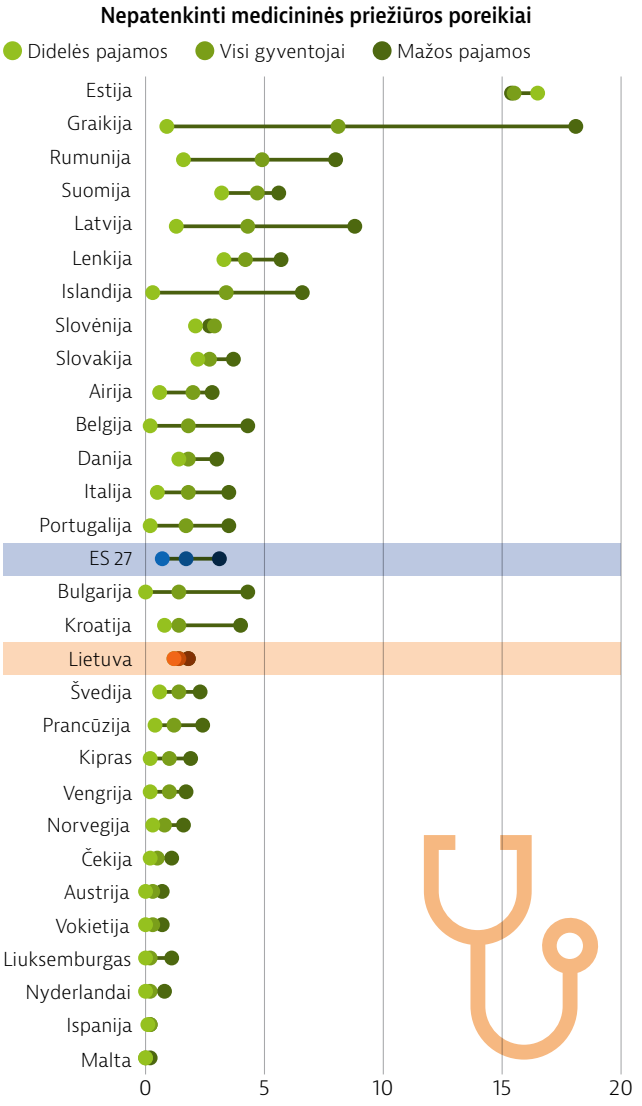
5.2 Prieinamumas

Nepatenkinti medicininės priežiūros poreikiai Lietuvoje buvo nedideli, tačiau per pandemiją gerokai padidėjo

ES SPGS tyrimo duomenimis, Lietuvos gyventojai turi nedaug dėl kainos, laukimo laiko ar kelionės atstumo nepatenkintų medicininių poreikių – 2019 m. nepatenkintų poreikių turėjo 1,4 proc. gyventojų (ES vidurkis – 1,7 proc.). Taip pat nebuvo didelių pajamų grupių skirtumų (15 pav.). Tačiau 2021 m. Europos gyvenimo ir darbo sąlygų gerinimo fondo tyrimo duomenimis[2], daugiau kaip ketvirtadalis (26 proc.) žmonių nurodė turėję nepatenkintų medicininių poreikių ankstyvuoju pandemijos laikotarpiu. Per šį laikotarpį buvo iškeltos sveikatos priežiūros prieinamumo problemos, susijusios tiek su vėlavimu gauti paslaugas, tiek su pacientų nenoru kreiptis sveikatos priežiūros paslaugų.

2. Dėl metodikų skirtumų Europos gyvenimo ir darbo sąlygų gerinimo fondo tyrimo duomenų su ES SPGS tyrimo duomenimis negalima palyginti.

15 pav. Prieš pandemiją nebuvo didelių pačių žmonių nurodytų nepatenkintų medicininių poreikių skirtumų



Pastaba. Pateikiami duomenys apie sveikatos patikrinimo arba gydymo poreikius, kurie nebuvo patenkinti dėl kainos, kelionės atstumo ar laukimo laiko. Šalių duomenis reikia lyginti atsargiai, nes yra tam tikrų naudotų tyrimo priemonių skirtumų.
Šaltinis – Eurostato duomenų bazė, grindžiama ES SPGS (2019 m. duomenys, išskyrus Islandiją, kurios atveju pateikiami 2018 m. duomenys).

Užtikrinamas visuotinis sveikatos draudimas, daug pažeidžiamų grupių draudžiamos valstybės lėšomis

2020 m. 99 proc. gyventojų buvo apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu (VLK, 2021a). Pagal darbo sutartį ir savarankiškai dirbantys asmenys, taip pat tam tikros kitos grupės (pavyzdžiui, ūkininkai, menininkai ir mažųjų įmonių savininkai) moka privalomas įmokas. Nedirbančius gyventojus draudžia valstybė. Lietuvos gyventojai, kurie nėra apdrausti darbdaviams mokant įmokas arba valstybės lėšomis, moka minimaliojo darbo užmokesčio dalimi grindžiamas įmokas. Privalomuoju sveikatos draudimu neapdrausta nedidelė dalis asmenų (mažiau negu 1 proc.), kurie greičiausiai nėra šalies gyventojai. Nedrausti asmenys vis tiek turi teisę gauti greitosios medicinos pagalbos paslaugas. Su COVID-19 susijusios paslaugos, įskaitant simptomus turinčių asmenų testavimą ir gydymą, teikiamos nemokamai visiems, neatsižvelgiant į jų sveikatos draudimo statusą.

Sveikatos draudimo lėšomis dengiamos ne visos ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų, medicinos priemonių įsigijimo ir dantų priežiūros išlaidos

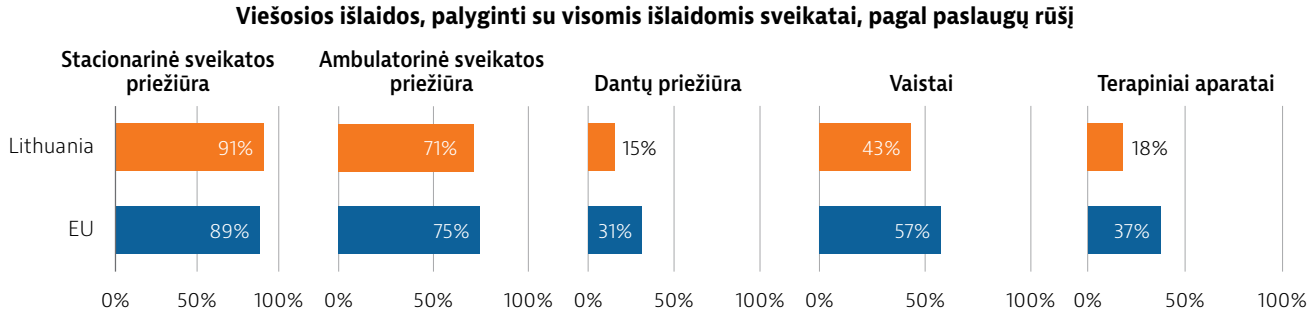
Kompensuojamos paslaugos Lietuvoje apibrėžtos plačiai. Jos apima prevencijos, pirminės ir specializuotos sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir slaugos paslaugas. Viešieji paslaugų teikėjai už pirminės ir specializuotos ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugas (įskaitant kai kuriuos tyrimus ir vartojimo reikmenis, taip pat apsilankymus pas gydytojus specialistus be siuntimo) taiko tam tikrus paciento mokesčius. Valstybės lėšomis padengiama 50 arba 100 proc. ambulatoriniam gydymui skirtų kompensuojamų vaistų ir 80 arba 100 proc. kompensuojamų medicinos priemonių įsigijimo išlaidų. Padengiamos išlaidos už odontologijos paslaugas, teikiamas pirminės sveikatos priežiūros centruose, tačiau nekompensuojamos išlaidos suaugusiųjų dantų priežiūros medžiagoms. Iš 16 pav. matyti, kad, nepaisant pastaruoju metu pagerėjusios padėties, valstybės lėšomis padengiama išlaidų ambulatorinei sveikatos priežiūrai, vaistams, medicinos priemonėms ir dantų priežiūrai dalis tebėra mažesnė už ES vidurkį.

Pavyko gerokai sumažinti savo lėšomis padengiamas išlaidas vaistams

Nors Lietuvoje valstybės lėšomis finansuojama daug sveikatos priežiūros paslaugų, mokėjimo savo lėšomis lygis šalyje yra labai aukštas – siekia 32 proc. ir du kartus viršija ES vidurkį (17 pav.). Šis aukštas savo lėšomis padengiamų išlaidų lygis 2012–2019 m. beveik nepasikeitė. Didžiausią savo lėšomis padengiamų išlaidų dalį sudaro išlaidos vaistams (13 proc. visų išlaidų sveikatai) ir dantų priežiūrai (8 proc.).

Įgyvendinus reformas sumažėjo našta, tenkanti dėl mokėjimų savo lėšomis už vaistus, visų pirma pažeidžiamiausioms grupėms. 2020 m. liepos mėn. Vyriausybė išplėtė gyventojų, turinčių teisę gauti 100 proc. kompensaciją už kompensuojamus vaistus ir medicinos reikmenis, grupę. Dabar į šią grupę kartu su vaikais iki 18 metų, sunkią negalią turinčiais asmenimis ir mažas pajamas gaunančiais pensininkais taip pat įtraukti visi vyresni kaip 75 metų asmenys. Kitos gyventojų grupės (senatvės pensiją gaunantys ir lengvesnę negalią turintys asmenys) ir toliau turi teisę į 50 proc. kompensacija. Kitos pacientų mokamų priemokų išimtys apima 50 arba 100 proc. kompensaciją už vaistus, skirtus specifinėms ligoms gydyti. Šios politikos priemonės suderintos su Europos Komisijos ES vaistų strategija, pagal kurios vieną iš keturių pagrindinių ramsčių siekiama užtikrinti, kad pacientai galėtų įsigyti įperkamų vaistų (Europos Komisija, 2020).

16 pav. Ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos daugiausia finansuojamos valstybės lėšomis, tačiau to negalima pasakyti apie kitų kategorijų paslaugas

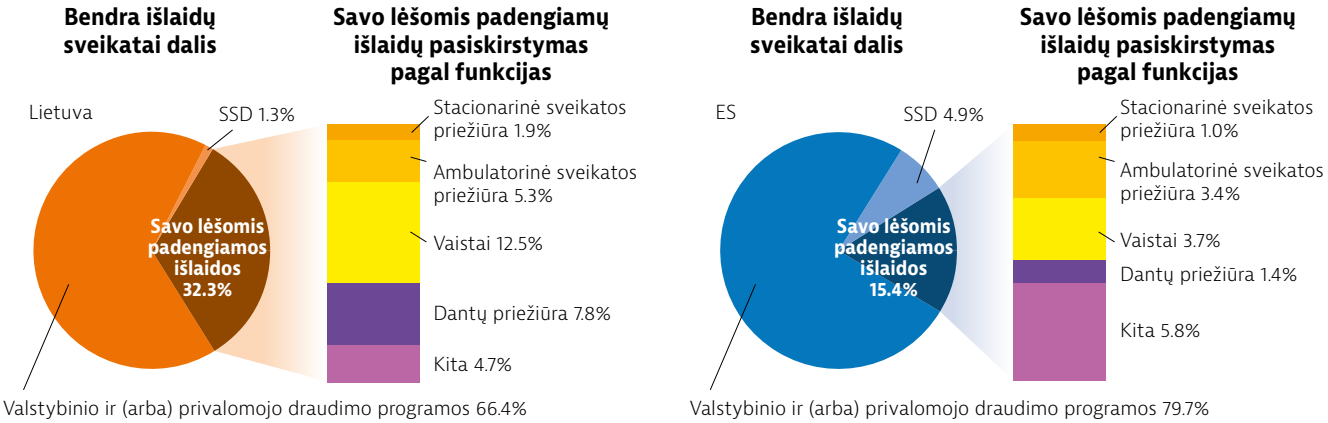


Pastaba. Ambulatorinių paslaugų sektoriuje teikiamos medicininės paslaugos daugiausia yra bendrosios praktikos gydytojų ir gydytojų specialistų teikiamos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos. Vaistai apima receptinius ir nereceptinius vaistus, taip pat neilgalaikio vartojimo medicinos prekes. Terapiniai aparatai yra regos priemonės, klausos aparatai, neįgaliųjų vežimėliai ir kitos medicinos priemonės.
Šaltinis – EBPO 2021 m. sveikatos statistiniai duomenys (2019 m. ar artimiausių metų duomenys).

Prieš įgyvendinant šias reformas, 2017 m. buvo padaryti vaistų politikos pakeitimai, kuriais siekiama kontroliuoti kainas: įdiegti griežtesnę bazinių kainų sistemą, nustatyti viršutines kainų skirtumo tarp kompensacijos dydžio ir mažmeninės kainos ribas, taip pat didinti vaistų kompensavimo lygius. Įgyvendinus šias priemones labai sumažėjo mokėjimai savo lėšomis už vaistus – nuo vidutiniškai 267 EUR vienam gyventojui 2016 m. iki 236 EUR 2019 m. (pakoreguota atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus). Kalbant apie pacientus, 2016–2020 m. Lietuvoje labai sumažėjo vidutinė priemoka už kompensuojamųjų vaistų receptą (VLK, 2021b). Valstybės lėšomis finansuojamos recepto kompensavimo išlaidos 2016 m. siekė 20,10 EUR, o 2020 m. padidėjo iki 35,60 EUR, tačiau pacientams vidutinė priemoka už receptą tuo pačiu laikotarpiu sumažėjo nuo 5,10 iki 3,09 EUR. 2021 m. buvo padaryti vaistų kompensavimo tvarkos pakeitimai, todėl dabar pacientai galės rinktis iš platesnio vaistų asortimento, o brangesnę alternatyvą vis tiek kompensuos VLK. Šie pakeitimai įsigalios nuo 2022 m. sausio mėn.

Dantų priežiūros išlaidos padengiamos ribotai. Tai lemia viešajame sektoriuje teikiamų odontologijos paslaugų trūkumas ir prastesnė tokių paslaugų kokybė. Kiekvienas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas turi užtikrinti jo įstaigoje užsiregistravusių pacientų dantų priežiūrą: arba teikti tokias paslaugas, arba sudaryti sutartį su tokių paslaugų teikėju. Vis dėlto privačioms odontologijos klinikoms trūksta finansinių paskatų teikti valstybės lėšomis finansuojamas paslaugas, nes nustatyti pernelyg maži kompensavimo tarifai. Nepaisant to, ES SPGS tyrimo duomenimis, nepatenkinti poreikiai, susiję su dantų priežiūra, pastaraisiais metais sumažėjo nuo 4,5 proc. (2016 m.) iki 3,4 proc. (2019 m.), tačiau jie ir toliau viršija ES vidurkį (2,8 proc.).

17 pav. Savo lėšomis padengiamų išlaidų dalis Lietuvoje yra du kartus didesnė ES vidurkį



Pastaba. ES vidurkis yra svertinis. SSD – savanoriškas sveikatos draudimas, kuris taip pat apima kitas savanoriško išankstinio įmokų mokėjimo programas.
Šaltinis – EBPO 2021 m. sveikatos statistiniai duomenys, Eurostato duomenų bazė (2019 m. duomenys).

Kas septintas namų ūkis patiria nepakeliamas išlaidas sveikatai

Lietuvoje nustatytas aukštas nepakeliamų asmens lėšomis dengiamų išlaidų lygis (2016 m. jis siekė 15,2 proc.). Du trečdalius tokių mokėjimų atlieka namų ūkiai, priskiriami dviem mažiausias pajamas gaunančių namų ūkių kvintiliams. Be to, nepakeliamų išlaidų lygis padidėjo du kartus (2005 m. jis siekė 7 proc.), o pagrindinis tokių pokyčių veiksnys buvo namų ūkių išlaidos vaistams (Murauskienė ir Thomson, 2018). Tikimasi, kad 2017–2020 m. pradėta įgyvendinti politika, kuria siekiama mažinti namų ūkių už vaistus mokamą kainą, padės didinti finansinę apsaugą šioje srityje.

Dėl ilgo laukimo laiko ir nepakankamo planavimo priežiūros paslaugų prieinamumo lygis yra žemas

Valstybės kontrolė (2018) pabrėžė, kad pagrindinė su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu Lietuvoje susijusi problema yra laukimo laikas. Nors trūksta išsamių paslaugų teikėjų lygmens duomenų, atlikus gyventojų apklausą paaiškėjo, kad 2017 m. daugiau kaip ketvirtadalis pacientų specializuotos ambulatorinės sveikatos priežiūros (gydytojo specialisto) konsultacijos laukė ilgiau kaip keturias savaites. Atlikus kitą atrinktų paslaugų teikėjų apklausą paaiškėjo, kad 2018 m. norint patekti pas gydytoją specialistą (kardiologą, endokrinologą ar akių specialistą) reikėjo laukti 2–4 mėnesius. Nors duomenų apie laukimo laiką 2020–2021 m. neturima, tikėtina, kad, nepaisant sparčios skaitmeninių paslaugų, ypač elektroninių receptų išrašymo, plėtros, dėl karantino jis dar labiau pailgėjo.

Dėl prasto žmogiškųjų išteklių planavimo taip pat mažėja ir taip nedidelis paslaugų prieinamumas, o Valstybės kontrolės ataskaitoje dėmesys atkreipiamas į medicinos specialistų rengimo paklausos ir pasiūlos planavimo priemonių trūkumą. Reaguodama į tai, 2018 m. Sveikatos apsaugos ministerija nustatė nuosaikų tikslą finansuoti 20 medicinos rezidentūros studijų vietų, skirtų tiems, kas sutinka bent dvejus metus dirbti paslaugų teikėjams kaimo vietovėse, kuriose trūksta tam tikrų specialistų.

5.3 Atsparumas

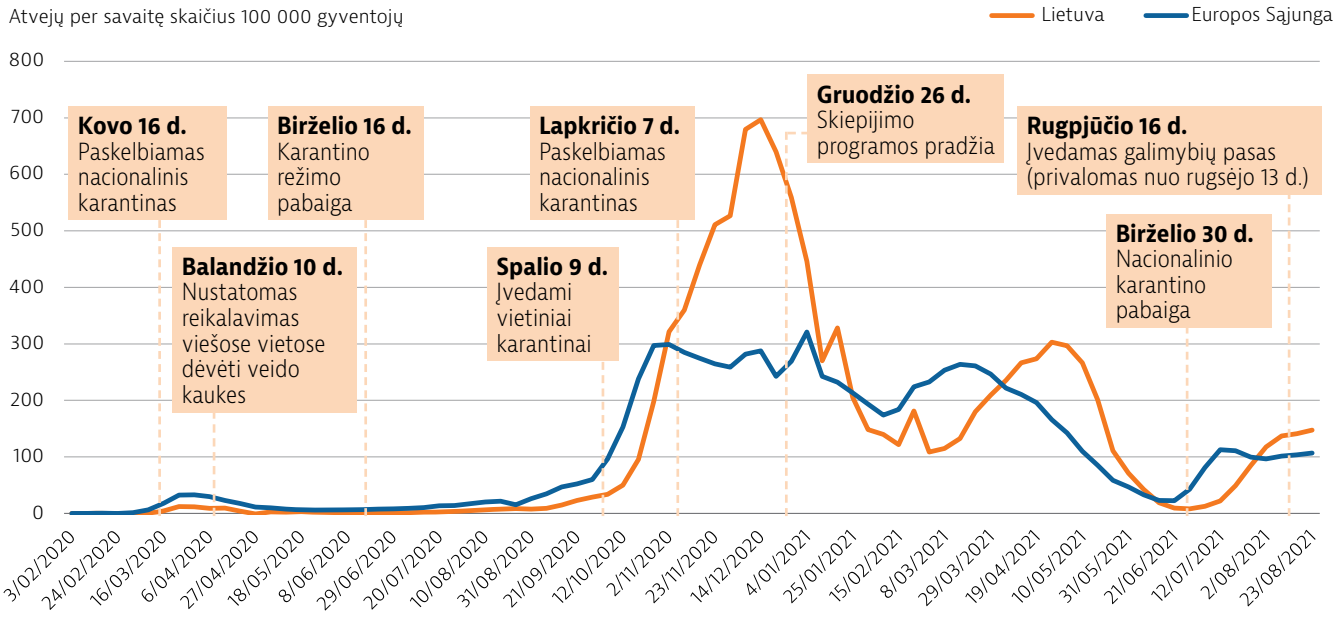
Šiame skyriuje apie atsparumą daugiausia dėmesio skiriama COVID-19 pandemijos poveikiui ir reagavimo į ją priemonėms[3]. Kaip pažymėta 2 skyriuje, COVID-19 pandemija 2020 m. padarė didelį poveikį Lietuvos gyventojų sveikatai ir mirtingumui. Ši tendencija tęsėsi ir 2021 m., nes užsikrėtimo COVID-19 infekcija rodikliai aukščiausią lygį (697 atvejai 100 000 žmonių) pasiekė tik 2020 m. gruodžio mėn. ir vėliau balandžio ir rugpjūčio mėn. kilo kitos bangos, o tai reiškia, kad iki 2021 m. rugpjūčio mėn. pabaigos Lietuvoje oficialiai nuo COVID-19 mirė daug daugiau žmonių negu per visus 2020 m. (žr. 2 skyrių). Priemonės, kurių imtasi pandemijai suvaldyti, taip pat padarė poveikį ekonomikai – iš skaičiavimų matyti, kad 2020 m. Lietuvos BVP sumažėjo 0,8 proc. (Europos Sąjungoje BVP vidutiniškai sumažėjo 6,2 proc.).

Pirmoji pandemijos banga buvo nedidelė, tačiau vėliau užregistruota labai daug užsikrėtimo atvejų ir mirčių

Prasidėjus pandemijai, 2020 m. kovo 16 d., Lietuvoje buvo nustatytas pirmasis karantino režimas (judėjimo suvaržymai), kuris tęsėsi iki 2020 m. birželio 16 d. Iki tos savaitės Lietuvoje buvo užregistruota gana nedaug atvejų, tačiau 2020 m. spalio mėn. atvejų skaičius ėmė laipsniškai didėti (18 pav.), todėl iš pradžių buvo nustatyti tik vietiniai apribojimai ir ribotos reagavimo priemonės, kurie sutapo su spalio 11 ir 25 d. vykusiais Seimo rinkimais. Antrąjį nacionalinį karantiną kadenciją baigianti Vyriausybė paskelbė tik 2020 m. lapkričio 7 d., o naujoji Vyriausybė jį tęsė iki 2021 m. birželio 30 d. Antroji banga aukščiausią lygį pasiekė 2020 m. gruodžio mėn., kai buvo užregistruoti tuo metu kone aukščiausi ES sergamumo COVID-19 infekcija rodikliai. Trečioji – šiek tiek mažesnė – banga kilo 2021 m. balandžio–gegužės mėn. Abiejų karantinų metu buvo ribojami namų ūkių kontaktai, buvo nustatyti judėjimo tarp savivaldybių apribojimai, uždarytos ne pirmo būtinumo prekių parduotuvės, sporto, kultūros ir pramogų objektai ir pereita prie nuotolinio mokymo. Taip pat buvo apribotos galimybės naudotis nebūtinosiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, visų pirma dėl apribojimų per pirmąjį karantiną, taip pat per antrąjį karantiną, nes buvo būtina gydyti daug COVID-19 liga sergančių pacientų. Nuo 2021 m. rugsėjo 13 d. galimybių pasai, kuriais patvirtinamas pasiskiepijimo, atlikto testo ar įgyto imuniteto statusas ir kuriuos turint leidžiama kontaktiniu būdu naudotis dauguma nebūtinųjų mažmeninės prekybos ir kitų paslaugų, dalyvauti masiniuose susibūrimuose, lankyti paskaitas universitetuose ir kt, tapo privalomi.

3. *Šiomis aplinkybėmis sveikatos priežiūros sistemos atsparumas apibrėžiamas kaip gebėjimas pasiruošti sukrėtimams, juos valdyti (sušvelninti, prie jų prisitaikyti ir keistis) ir iš jų pasisemti patirties (ES sveikatos priežiūros sistemų veikimo vertinimo ekspertų grupė, 2020).*

18 pav. 2020 m. gruodžio mėn. Lietuvoje buvo nustatytas vienas didžiausių sergamumo COVID-19 infekcija rodiklių ES

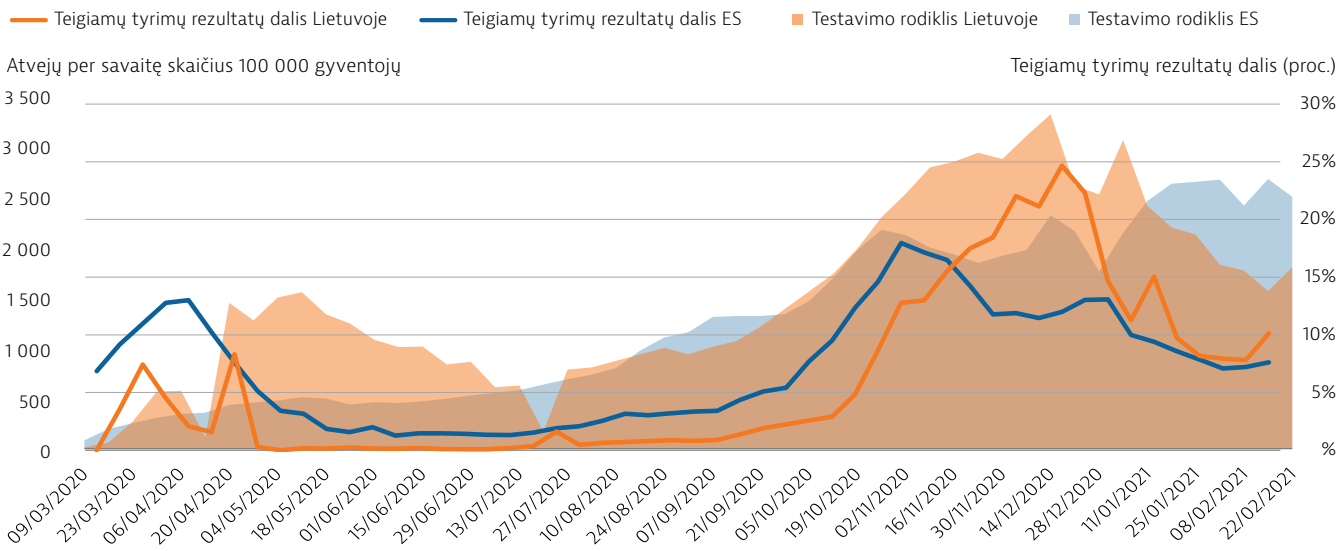


Pastaba. ES vidurkis yra nesvertinis (šalių, naudojamų vidurkiui apskaičiuoti, skaičius skiriasi priklausomai nuo savaitės).
Šaltiniai: Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (COVID-19 atvejų skaičius) ir autoriai (plitimo valdymo priemonės).

Privačių laboratorijų pasitelkimas ir testų rinkinių įsigijimas padėjo sparčiai išplėtoti testavimo pajėgumus

2020 m. kovo mėn. Lietuvoje COVID-19 PGR tyrimus galėjo atlikti tik penkios laboratorijos, kurių bendri pajėgumai buvo 1 500 tyrimų per dieną. Šiuo etapu buvo pranešta apie tokias problemas kaip testų rinkinių trūkumas, nepakankamos net ir simptomų turinčių žmonių galimybės testuotis ir ilgas tyrimų rezultatų laukimo laikas. Vyriausybė į tyrimų tinklą įtraukė daugiau laboratorijų, įskaitant privačias laboratorijas, tačiau testavimo pajėgumų didinimas taip pat priklausė nuo reagentų tiekimo, o jų didelius kiekius pradėta pristatyti tik 2020 m. balandžio mėn. Iki 2020 m. gegužės mėn. Lietuva pagal per savaitę atliekamų tyrimų skaičių 100 000 gyventojų aplenkė ES vidurkį (19 pav.) ir pradėjo reguliarų sveikatos priežiūros specialistų testavimą bei kitas masinio testavimo programas. Iki 2020 m. lapkričio mėn. jau veikė 20 laboratorijų, kurių bendri pajėgumai buvo apie 17 000 PGR tyrimų per dieną. 2020 m. gruodžio mėn. ėmus sparčiai augti fiksuojamų infekcijos atvejų skaičiui, teigiamų tyrimų rezultatų rodiklis staiga padidėjo iki beveik 25 proc. Iš to matyti, kad testavimo pajėgumai buvo naudojami itin intensyviai.

19 pav. 2020 m. gegužės mėn. testavimo rodikliai Lietuvoje buvo vieni aukščiausių ES



Pastaba. ES vidurkis yra svertinis (skaičiuojant vidurkį įtrauktų šalių skaičius skiriasi priklausomai nuo savaitės).
Šaltinis – Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras.

Ligoninės lanksčiai didino sergantiesiems COVID-19 skirtų lovų skaičių

Iš pradžių gydyti visus COVID-19 pacientus buvo paskirtos penkios didžiosios ligoninės visoje Lietuvoje, tačiau galiausiai sergančiuosius ėmė priimti daugiau ligoninių. Nepaisant lovų pertekliaus, dėl pandemijos Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje sunkumų kilo protrūkių kreivei pasiekus aukščiausią lygį, kai antrosios ir trečiosios bangų metu didžiosiose ligoninėse buvo viršytas COVID-19 pacientams numatytų lovų skaičius. 2020 m. gruodžio mėn. buvo hospitalizuota daugiau kaip 2 500 COVID-19 užsikrėtusių pacientų, o sergantiesiems COVID-19 buvo numatyta 220 intensyviosios terapijos skyriaus lovų, taigi kai kuriose ligoninėse buvo užimtos visos lovos. Protrūkių kreivei pasiekus aukščiausią lygį, COVID-19 pacientų gydymui buvo pritaikytos papildomos gydomosios priežiūros ir intensyviosios terapijos skyrių lovos kituose ligoninių skyriuose ir kitose valstybinėse ligoninėse regionuose. Atslūgus infekcijos protrūkiui, atsižvelgiant į pacientų srautus, COVID-19 pacientams skirtų ligoninės ir intensyviosios terapijos skyriaus lovų skaičius buvo laipsniškai sumažintas. Vėliau prireikus tokių lovų skaičius vėl buvo padidintas.

Siekdamos suvaldyti pacientų antplūdį, ligoninės taip pat pasitelkė sveikatos priežiūros darbuotojus

Sunkumų taip pat kilo siekiant užsitikrinti pakankamai sveikatos priežiūros specialistų – tiek dėl gydant COVID-19 pacientus reikalingo didesnio pacientų ir darbuotojų santykio, tiek sumažėjusio darbuotojų skaičiaus, nes sveikatos priežiūros specialistai patys užsikrėsdavo COVID-19 ir turėdavo izoliuotis. Su VLK sutartis sudarę ir COVID-19 sergančius pacientus gydantys paslaugų teikėjai buvo laikomi civilinės saugos pajėgomis, todėl, ligoninėms pritrūkus darbuotojų, jos galėjo kreiptis į Sveikatos apsaugos ministeriją ir kitas medicinos įstaigas ir prašyti pastiprinimo. Į kitas įstaigas perkeltiems darbuotojams buvo mokamas jų darbo užmokestis ir dienpinigiai, taip pat atlyginamos kitos išlaidos, pavyzdžiui, kelionės išlaidos. Sveikatos priežiūros specialistų, teikusių paslaugas COVID-19 sergantiems pacientams, darbo užmokestis dėl pavojingų darbo sąlygų buvo laikinai padidintas 60–100 proc. Sveikatos priežiūros specialistams buvo teikiama ir kita pagalba, įskaitant vaikų priežiūros organizavimą ir 200 EUR vertės kuponus turizmo ir laisvalaikio veiklai.

Pirminės sveikatos priežiūros grandis labai padėjo vertinti COVID-19 sergančių pacientų sveikatos būklę ir juos testuoti, taip pat skiepyti žmones

Nuo 2020 m. kovo mėn. savivaldybės turėjo įsteigti karščiavimo klinikas (jose paslaugas teikė ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai) ir mobiliuosius testavimo punktus (juose paprastai dirbo bendrosios praktikos slaugytojai). Bendrosios praktikos gydytojai 18–60 metų karščiuojančius ir kvėpavimo takų ligų simptomų turinčius asmenis nukreipdavo į karščiavimo klinikas, kad būtų įvertinta jų sveikatos būklė ir atliktas COVID-19 tyrimas. COVID-19 testavimo kriterijus atitikę žmonės specialia COVID-19 karštąja linija būdavo nukreipiami į mobiliuosius tyrimų punktus. Simptomų turintys pacientai taip pat galėjo kreiptis į bendrosios praktikos gydytojus, kurie teikė konsultacijas dėl savistabos, išduodavo siuntimus būklei įvertinti ar gydyti ligoninėje arba namuose lankė didesnės rizikos grupėms priskiriamus pacientus. Nuo 2021 m. sausio mėn. savivaldybės taip pat atsakingos už skiepijimo programos įgyvendinimą, kuri vykdoma tam skirtuose centruose.

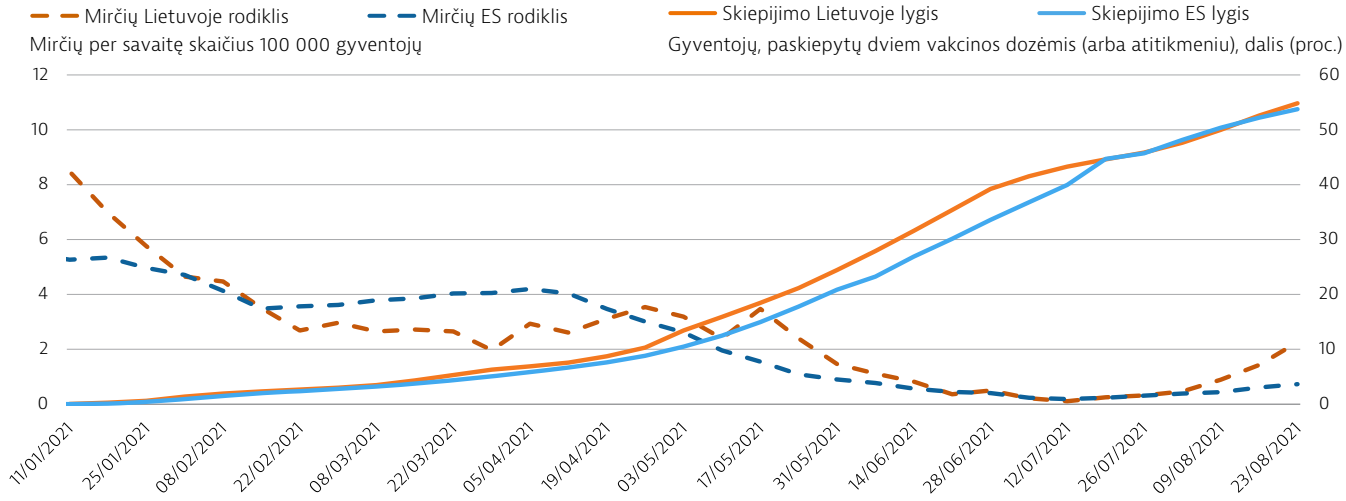
Skiepijimo tempai iš pradžių buvo vieni sparčiausių ES

Savivaldybės paskyrė skiepijimo koordinatorius, kurie turėjo plėtoti skiepijimo programą ir valdyti vakcinų platinimo procesą. Iš pradžių pagal skiepijimo tempą Lietuvą lenkė daugumą kitų ES šalių, tačiau, Europos vaistų agentūrai atlikus gamintojo „AstraZeneca“ vakcinos saugumo peržiūrą, skiepijimosi tempai sulėtėjo. Iki 2021 m. rugpjūčio mėn. pabaigos Lietuvoje dviem vakcinos dozėmis arba lygiaverte vakcina buvo paskiepyta 55 proc. gyventojų, o visoje ES – 54 proc. gyventojų (20 pav.). Į pirmąją prioritetinę grupę buvo įtraukti sveikatos ir socialinės priežiūros darbuotojai, o po jų – didelės rizikos grupei priskiriami pacientai, mokytojai ir vyresnio amžiaus asmenys. Nepaisant iš pradžių spartaus skiepijimo tempo, vyriausių asmenų grupių skiepijimo aprėptis 2021 m. rugpjūčio mėn. buvo šešta mažiausia ES – buvo paskiepyta tik 57 proc. vyresnių kaip 80 metų žmonių.

Dėl COVID-19 iš esmės pasikeitė įprastas duomenų teikimo greitis

Už 2015 m. pradėjusios veikti nacionalinės e. sveikatos sistemos valdymą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija. Prie šios sistemos, kuri susieta su apdraustųjų asmenų registru, yra prisijungę visi sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, išskyrus gydytojus odontologus. Iki 2019 m. pažangiausia e. sveikatos sistemos dalis buvo elektroninių receptų išrašymas, tačiau per 2020 m. ši sistema buvo gerokai išplėtota: įtraukti įrašai apie ambulatorinę ir stacionarinę sveikatos priežiūrą ir skiepus, sveikatos pažymas ir COVID-19 tyrimų rezultatus, taip pat sudarytos sąlygos didesniu mastu keistis informacija. Siekiant prisidėti prie Europos sveikatos duomenų erdvės kūrimo (Europos Komisija, 2021b) ir tarpvalstybinių paslaugų plėtojimo, taip pat ketinama didinti duomenų parengtumą ir sistemos sąveikumą.

20 pav. Skiepijimo aprėptis šiek tiek viršija ES vidurkį



Pastaba. ES vidurkis yra nesvertinis (šalių, kurių rodikliai naudojami vidurkiui apskaičiuoti, skaičius skiriasi priklausomai nuo savaitės).
Šaltinis – Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (COVID-19 atvejai) ir platforma „Our World in Data" (skiepijimosi apimtis).

Pandemija buvo didelis postūmis Lietuvoje laiku rinkti duomenis. Iš pradžių tikruoju laiku buvo pranešama tik apie užsikrėtusiųjų ir mirčių skaičių. Nuo 2020 m. balandžio mėn. buvo pradėti teikti duomenys apie testavimą ir asmeninių apsaugos priemonių paskirstymą. Nuo 2021 m. balandžio mėn. Nacionalinio visuomenės sveikatos centro rengiamoje bendroje suvestinėje teikiami tokie nacionalinio ir savivaldybių lygmenų duomenys: užsikrėtusiųjų skaičius (įskaitant per dieną užsikrėtusių asmenų skaičių, 14 dienų rodiklį 100 000 gyventojų ir pokytį per savaitę), mirčių skaičius (nuo COVID-19 ir nuo kitų ligų mirusių asmenų, kurių COVID-19 tyrimų rezultatai taip pat buvo teigiami, skaičius), atliktų tyrimų skaičius (įskaitant asmenų, kurių tyrimų rezultatai buvo teigiami, dalį), paskiepytų asmenų skaičius ir informacija apie protrūkius. Lietuvos statistikos departamentas taip pat kasdien teikė informaciją apie kontaktų atsekimą, laboratorijų pajėgumus ir bendrus ligoninių pajėgumus.

Šiuo metu finansuojama didelė sveikatos priežiūros sistemos pertvarka ir skaitmenizacija

2021 m. liepos mėn. Europos Komisija patvirtino Lietuvos nacionalinį ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planą. Jo įgyvendinimui bus skirta 2,2 mlrd. EUR dotacijų. Įsipareigota skirti 268 mln. EUR trims pagrindinėms reformoms, kuriomis siekiama sukurti stipresnę ir atsparesnę sveikatos priežiūros sistemą.

Įgyvendinant pirmąją strategiją bus didinamas sveikatos priežiūros prieinamumas ir gerinama jos kokybė, taip pat skatinamos inovacijos. Tai daryti numatyta steigiant kompetencijos centrus, kuriuose ketinama teikti tretinės sveikatos priežiūros paslaugas, ir plėtojant su licencijų išdavimu susietą sveikatos sektoriaus darbuotojų kompetencijų platformą. Kiti šios strategijos elementai yra sveikatos priežiūros kokybės vertinimo modelio sukūrimas ir skaitmeninės sveikatos priežiūros sistemos plėtojimas.

Antroji strategija apima investicijas į ilgalaikės priežiūros infrastruktūrą ir darbuotojus, kad būtų galima patenkinti didėjančius poreikius ir didinti socialinės ir sveikatos priežiūros tvarumą.

Paskutine strategija siekiama stiprinti sveikatos priežiūros tarnybų atsaką į ekstremaliąsias situacijas, šiuo tikslu penkias regionines ligonines paskiriant gydyti infekcines ligas ir pritaikant dešimties regioninių ligoninių skubios pagalbos skyrius kovai su ekstremaliosiomis situacijomis.

Be kitų iniciatyvų, kurias planuojama įgyvendinti 2021–2027 m., Sveikatos apsaugos ministerija yra numačiusi pertvarkyti paslaugų teikimo modelį pagal sveikatos priežiūros paslaugų lygius ir steigti bendruomenės sveikatos centrus – naujos rūšies paslaugų teikėjų įstaigas, kuriose būtų teikiamos visuomenės sveikatos, pirminės sveikatos priežiūros, specializuotos ambulatorinės sveikatos priežiūros, dienos chirurgijos ir ilgalaikės bei socialinės priežiūros paslaugos. Šias reformas ketinama finansuoti ES fondų lėšomis, per kitus septynerius metus sveikatos priežiūros sektoriui skiriant 530 mln. EUR.

6 Pagrindinės išvados

- Per COVID-19 pandemiją Lietuvoje buvo prarasta daug žmonių gyvybių. Dėl šios ligos 2020 m. tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėjo 1,4 metų ir ji tapo trečia dažniausia mirties priežastimi. Apskritai tais metais, palyginti su ankstesnių penkerių metų vidurkiu, užregistruota 16 proc. daugiau mirčių. Iš to matyti, kad pandemijos poveikis gyventojų sveikatai ir sveikatos priežiūros paslaugoms buvo net didesnis.

- Prieš prasidedant pandemijai gyventojų sveikata gerėjo. Pradėjus taikyti griežtesnes alkoholio kontrolės priemones, alkoholio vartojimas mažėjo, ypač tarp jaunimo. Vis dėlto dar galima stiprinti visuomenės sveikatos priemones, nes pusę mirčių Lietuvoje galima susieti su elgsenos rizikos veiksniais.

- Prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas Lietuvoje tebėra didelis. Iš naujausių miokardo infarktą ir insultą patyrusių pacientų gydymo kokybės patikrinimų matyti, kad ne visi paslaugų teikėjai yra pakankamai aprūpinti priemonėmis, kad galėtų kokybiškai gydyti ligas, nuo kurių miršta kone daugiausiai gyventojų. Taip pat galima tobulinti onkologinę priežiūrą, didinant tiek atrankinės patikros programų aprėptį, tiek išgyvenamumo rodiklius susirgus įvairiomis išgydomomis onkologinėmis lygomis. Per pandemiją dar labiau sumažėjo dalyvavimo atrankinės patikros programose rodikliai.

- Nors gyventojų išlaidos sveikatai iš esmės padengiamos, dėl aukšto savo lėšomis padengiamų ir nepakeliamų išlaidų sveikatai lygio galima teigti, kad kai kurios paslaugos (ypač vaistai, dantų priežiūra ir medicinos priemonės) finansiniu požiūriu yra mažiau prieinamos. Nepaisant to, per pastaruosius kelerius metus imtasi svarbių priemonių siekiant mažinti pacientų priemokas už vaistus ir didinti teisingumą, visų pirma padengiant visą vyresnio amžiaus asmenų ir mažas pajamas gaunančiuose namų ūkiuose gyvenančių asmenų įsigyjamų būtiniausių vaistų kainą.

- Pirminė reakcija į pandemiją Lietuvoje buvo greita – nuo 2020 m. kovo 16 d. buvo paskelbtas nacionalinis karantinas ir nustatyti apribojimai kirsti sienas, todėl pirmoji COVID-19 banga buvo gana nedidelė. Vis dėlto priemonių reaguojant į 2020 m. rudenį pradėjusį didėti atvejų skaičių imtasi vėlai, todėl 2020 m. gruodžio mėn. Lietuva buvo viena iš tų Europos šalių, kuriose buvo nustatytas didžiausias COVID-19 atvejų skaičius ir mirtingumas nuo šios ligos.

- Nepanaudoti pajėgumai, t. y. neužimtos ligoninių lovos, įskaitant intensyviosios terapijos skyriaus lovas, padėjo sveikatos priežiūros sistemai suvaldyti pacientų antplūdį protrūkių kreivei pasiekus aukščiausią lygį 2020 m. gruodžio mėn. ir 2021 m. balandžio mėn., todėl ligoninės galėjo priimti daugiau COVID-19 sergančių pacientų – arba toje pačioje ligoninėje, arba pasinaudodamos regioniniais pajėgumais. Be to, siekiant užtikrinti, kad būtų išlaikytas būtinas darbuotojų skaičius, pagal galiojančias taisykles buvo galima tarp paslaugų teikėjų perskirstyti sveikatos priežiūros darbuotojus.

- Tyrimams atlikti būtinos įrangos įsigijimo srityje Lietuva aplenkė daugumą ES šalių, todėl galėjo gana sparčiai plėtoti testavimo pajėgumus. Be to, kalbant apie skiepijimo planavimą, šalis taip pat lenkė daugelį kitų šalių, todėl iki 2021 m. rugpjūčio mėn. pabaigos bent dviem vakcinos dozėmis arba lygiaverte vakcina buvo paskiepyta 55 proc. gyventojų. Vis dėlto dėl pandemijos labai sumažėjo galimybės gauti su COVID-19 nesusijusias paslaugas.

- Prasidėjus pandemijai jau vyko Lietuvos e. sveikatos sistemos pertvarka. Svarbus perėjimas prie paslaugų skaitmenizacijos, taip pat būtinybė greitai rinkti tikslius ir plataus masto duomenis buvo paskatos gyventojams, paslaugų teikėjams ir viešojo administravimo institucijoms e. sveikatos sistema naudotis kur kas platesniu mastu.

Pagrindiniai šaltiniai

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Lithuania.

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing.

Nuorodos

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*. Luxembourg.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021). Dublin.

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe*. Brussels.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*. Brussels.

European Commission (2021b), *The European Health Data Space*. Brussels.

Ministry of Finance (2021a), *ES fondų panaudojimo statistika*, Vilnius. https://esinvesticijos.lt/lt//rezultatai-ir-statistika/es-fondu-panaudojimo-statistika-1

Ministry of Finance (2021b) *Naujos kartos Lietuva - Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo priemonė 2021-2026*, https://finmin.lrv.lt/uploads/finmin/documents/files/LEGADP%20projektas%202021-04-16(2).pdf.

Ministry of Finance (2021c), *Seime priimtas 2021 metų biudžetas*, Vilnius, https://finmin.lrv.lt/lt/naujienos/seime-priimtas-2021-metu-biudzetas.

MOSTA (2019), *Medicinos darbuotojų poreikio prognozavimo modelis*. Vilnius, Government Strategic Analysis Centre,

Murauskienė L, Thomson S (2018). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Lithuania.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

National Audit Office (2018), *Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą*. Vilnius.

National Audit Office (2020), *Vertinimo ataskaita Nr YE-10 COVID-19 krizės ir ekstremaliosios situacijos valdymas* [Evaluation report No.YE-10 on the management of COVID-19 crisis and emergency situation]. Vilnius.

NHIF (2021a), *2020 Metų strateginio veiklos plano sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos įgyvendinimas*. Vilnius.

NHIF (2021b), *2020 m. PSDF biudžeto išlaidų ir pacientų priemokų kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms analizė.* Vilnius.

State Health Care Accreditation Agency (2020) *News Archive*, https://vaspvt.gov.lt/archive/all/2020

Šalių santrumpų sąrašas

Airija	IE	Estija	EE	Kroatija	HR	Norvegija	NO	Slovėnija	SI
Austrija	AT	Graikija	EL	Latvija	LV	Nyderlandai	NL	Suomija	FI
Belgija	BE	Islandija	IS	Lenkija	PL	Portugalija	PT	Švedija	SE
Bulgarija	BG	Ispanija	ES	Lietuva	LT	Prancūzija	FR	Vengrija	HU
Čekija	CZ	Italija	IT	Liuksemburgas	LU	Rumunija	RO	Vokietija	DE
Danija	DK	Kipras	CY	Malta	MT	Slovakija	SK		

European Commission

State of Health in the EU
2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga

Sveikatos būklės šalyse apžvalgos – tai svarbus etapas Europos Komisijos vykdomame *Sveikatos būklės ES* cikle, kuriame dalijamasi žiniomis; jos rengiamos pasinaudojant Europos Sąjungos skiriama finansine pagalba. Bendradarbiaudamos su Europos Komisija apžvalgas kartu rengia Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) ir Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorija.

Glaustos su politika susijusios apžvalgos grindžiamos skaidria ir nuoseklia metodika, kurioje naudojami ir kiekybiniai, ir kokybiniai duomenys; kita vertus, ji lanksčiai pritaikoma pagal kiekvienos ES ir EEE šalies aplinkybes. Tikslas – sukurti priemones mokytis vieniems iš kitų ir savanoriškai keistis duomenimis, kuriuos gali naudoti ir politikai, ir politikos formuotojai.

Kiekvienos šalies apžvalgoje trumpai pristatoma:

- sveikatos būklė šalyje,
- sveikatą lemiantys veiksniai, ypatingą dėmesį skiriant elgsenos rizikos veiksniams,
- sveikatos priežiūros sistemos organizavimas,
- sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumas, prieinamumas ir atsparumas.

Papildydama pagrindines tokiose apžvalgose daromas išvadas Komisija rengia pridedamą ataskaitą.

Dėl išsamesnės informacijos žr. ec.europa.eu/health/state

Darydami nuorodą į šį leidinį nurodykite jį taip: „OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Lithuania: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels."

ISBN 9789264819009 (PDF)
Serija: State of Health in the EU
SSN 25227041 (internete)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO