

Sudarykite žmonėms sąlygas gauti tai, ko jiems reikia: maisto, vaistų, švaraus oro, gryno vandens, medžių ir žolės, tinkamo būsto, kelių darbo valandų, daugiau laisvalaikio valandų. Neklauskite, kas to vertas. Kiekvienas žmogus to nusipelno.

Howardas Zinnas (1922–2010)

SVEIKATOS BŪKLĖ LIETUVOJE 2019 M.: EBPO EKSPERTŲ VERTINIMAS

Daugelio pasaulio šalių ekonomistai jau senokai suprato, jog sveikatai skirtus išteklius būtina naudoti ne tik racionaliai, bet ir veiksmingai. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) sveikatos politikos kūrėjai ir Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos¹ (EBPO) sveikatos priežiūros veiklos vertintojai nuolat akcentuoja efektyvų pirminės ir ambulatorinės grandies indėlį gydant ir išgydant tam tikras ligas. Jas išgydyti šioje grandyje yra pigiau, be to, veiksmingai naudojami turimi ištekliai. Pasaulyje yra oficialus sąrašas ligų, kurios turi būti išgydytos ambulatorinėje sveikatos sistemos grandyje. Nuo 2014 m. Lietuvoje, kaip ir daugelyje pasaulio šalių, pradėta stebėseną, kiek tokių ligonių guli ligoninėse. Pripažįstama, jog brangi stacionarinė pagalba turi būti taikoma tik tada, kai yra kliniškai pagrįstas poreikis. Optimalaus ligoninių ir lovų jose skaičiaus pasaulyje niekas nėra nustatęs, tai palikta spręsti šalims pagal savo finansinius pajėgumus, tačiau būtina sąlyga – aktyvaus gydymo lovos ligoninėse turi būti tolygiai užimtos ištisus metus.

Sveikatos būklės šalyse apžvalgų duomenys ir informacija pirmiausia grindžiama nacionaliniais oficialiais statistiniais duomenimis, kurie teikiami Eurostatui ir EBPO² ir buvo patvirtinti siekiant užtikrinti aukščiausius duomenų palyginamumo standartus. Šių duomenų šaltiniai ir rengimo metodai išvardyti Eurostato duomenų bazėje ir EBPO sveikatos duomenų bazėje. Papildomų duomenų taip pat gaunama iš Sveikatos rodiklių ir vertinimo instituto (IHME), Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro (ECDC), Mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos elgsenos (HBSC) tyrimų, PSO ir kitų nacionalinių šaltinių.

Kiekvienos šalies apžvalgoje trumpai pristatoma: sveikatos būklė šalyje, sveikatą lemiantys veiksniai, ypatingą dėmesį skiriant elgsenos rizikos veiksniams,

sveikatos priežiūros sistemos organizavimui, veiksmingumui, prieinamumui ir atsparumui. Papildydama pagrindines tokiose apžvalgose daromas išvadas Komisija rengia pridedamą ataskaitą. Apskaičiuoti Europos Sąjungos (ES) vidurkiai – tai 28 valstybių narių svertiniai vidurkiai, nebent būtų nurodyta kitaip. Skaičiuojant ES vidurkius Islandijos ir Norvegijos duomenys neįtraukiami. Ši apžvalga³ parengta 2019 m. rugpjūčio mėn. remiantis 2019 m. liepos mėn. turimais duomenimis.

Pastaraisiais metais tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje pailgėjo, bet vis dar yra viena trumpiausių ES. Dėl taikomų prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonių išvengiama mirtingumo rodiklis gerokai didesnis už ES vidurkį. Šalyje kyla sunkumų dėl psichikos sveikatos ir tuberkuliozės kontrolės. Nors pastaraisiais metais buvo padaryta tam tikra pažanga, alkoholio vartojimas vis dar kelia didelę grėsmę visuomenės sveikatai. Sveikatos apsauga galėtų būti gerinama sumažinus mokėjimus savo lėšomis, pertvarkius ligoninių sektorių, toliau stiprinant pirminę sveikatos priežiūrą ir tobulinant prevencijos priemones, bet dabartinis išlaidų lygis sveikatos priežiūros srityje vis dar per mažas, kad būtų galima veiksmingai įveikti visus kylančius sunkumus. Lietuvos sveikatos priežiūros rezultatai vis dar vieni prasčiausių ES. 2017 m. tikėtina gyvenimo trukmė gimstant buvo 75,8 metų, t. y. daugiau nei penkeriais metais trumpesnė nei ES vidurkis (80,9 metų), o tikėtinos gyvenimo trukmės atotrūkis pagal lytį beveik dvigubai didesnis už ES vidurkį. 2000–2007 m. tikėtina gyvenimo trukmė sutrumpėjo, bet dėl sumažėjusio mirčių dėl širdies ir kraujagyslių ligų ir kitų pagrindinių mirčių priežasčių skaičiaus padėtis nuolat gerėja. Tai daugiausia lemia tai, kad vyrus labiau veikia rizikos veiksniai, įskaitant rūkymą ir pernelyg didelį alkoholio vartojimą. Su gyvenimo būdu susiję rizikos veiksniai yra daugiau nei pusės visų mirčių Lietuvoje priežastis.

¹ EBPO. OECD Reviews of health systems: Lithuania 2018. OECD Publishing, Paryžius, 2018. Prieiga per internetą: <<https://doi.org/10.1787/9789264300873-en>>.

² EBPO ir EK. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paryžius, 2018. Prieiga per internetą: <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>>.

³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Lithuania: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264515215, 24 p.

Alkoholio vartojimas yra didesnis nei bet kurioje kitoje ES šalyje, nors pastaraisiais metais taikant griežtesnes alkoholio kontrolės priemones šis rodiklis pradėjo mažėti. 2014 m. kasdien rūkė kas penktas suaugusysis, o tarp vyrų – kas trečias. 2017 m. 17 proc. suaugusiųjų buvo nutukę; tai taip pat daugiau nei ES vidurkis (15 proc.).

Beveik visais gyventojais rūpinasi vienas sveikatos draudimo fondas, bet sveikatos priežiūros sistemos prieinamumas ir lygybė sumažėja dėl nepakankamo sistemos finansavimo. Vertinant ir absoliučiai, ir procentine BVP dalimi, Lietuva sveikatos priežiūrai išleidžia daug mažiau nei ES apskritai. Be to, valstybės lėšomis finansuojama tik du trečdaliai dabartinių išlaidų sveikatai, o ES – 79 proc. Pabrėžiama, jog daugelyje šalių, kuriose išlaidos sveikatai yra panašios, pasiekiami geresnių rezultatų.

Veiksmingumas

Lietuvoje prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumo lygis⁴ yra vienas didžiausių ES. Ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros kokybė gerokai prastesnė nei ES vidurkis, nors pastaraisiais metais imtasi tam tikrų iniciatyvų siekiant pagerinti priežiūros kokybę.

Prieinamumas

Bendras sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje geras; gyventojai nurodo, kad nepatenkinamų medicininių poreikių lygis yra žemas. Nors stacionarinės ir ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos plačiai prieinamos, vaistų ir dantų priežiūros išlaidos padengiamos mažiau. Lietuvoje prieinamumui turi įtakos ne darbuotojų ar įstaigų kiekio, o finansavimo trūkumas, kuris verčia kvotuoti paslaugas.

Atsparumas⁵

Norint pasiekti daug geresnių sveikatos priežiūros rezultatų būtina išspręsti nuolatinę nepakankamo Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo problemą. Kita vertus, veiksmingumą galima gerokai padidinti reorganizavus ir sumažinus ligoninių sektorių, kartu imantis būtinų investicijų į pirminės sveikatos priežiūros stiprinimą ir geresnes prevencijos priemones. Nors valdžios institucijoms pavyko padaryti tam

tikrą pažangą ir sumažinti buvusį didelį savižudybių skaičių, savižudybė vis dar yra svarbi mirties priežastis, ypač tarp vyrų. 2016 m. Lietuvoje užregistruotas didžiausias ES mirtingumas dėl šios priežasties. Pastaraisiais metais valdžios institucijos pradėjo kelias savižudybių prevencijos kampanijas, dėl kurių 2000–2016 m. mirčių skaičius sumažėjo 45 proc.

Daugelis lietuvių nemano esantys geros sveikatos būklės

2017 m. tik 44 proc. Lietuvos gyventojų nurodė manantys, kad jų sveikatos būklė yra gera; tai žemiausias lygis ES. Kaip ir kitose šalyse, daugiau uždirbantys asmenys dažniau mano esantys geros sveikatos būklės: didžiausių pajamų kvintilyje du trečdaliai tokių asmenų mano esantys geros sveikatos būklės, o mažiausių pajamų kvintilyje tokių tik ketvirtis. Toks atotrūkis pagal pajamas įsivertinant sveikatos būklę yra antras pagal dydį ES (pirmoje vietoje – Estija) ir, palyginti su 2015 m. duomenimis, yra net padidėjęs.

Vyresni nei 65 metų asmenys gyvena daug metų sirgdami kokia nors lėtine liga ir turėdami negalią

2017 m. 65 metų Lietuvos gyventojai galėjo tikėtis gyventi dar 17,4 metų, t. y. 1,3 metų daugiau nei 2000 m., bet vis tiek 2,5 metų mažiau nei vidutiniškai ES. Be to, vidutiniškai sulaukę 65 metų Lietuvos gyventojai gali tikėtis maždaug du trečdalius gyvenimo sirgti kokia nors lėtine liga ir turėti negalią. Tai ypač pasakytina apie moteris: nors 65 metų asmenų tikėtinos gyvenimo trukmės atotrūkis pagal lytį vis dar yra penkeri metai moterų naudai, sveiko gyvenimo trukmės atotrūkio pagal lytį nėra, nes sulaukusios 65 metų Lietuvos moterys dažniausiai didesnę gyvenimo dalį gyvena sirgdamos lėtinėmis ligomis ir turėdamos negalią.

Su gyvenimo būdu susiję rizikos veiksniai yra daugiau nei pusės visų mirčių Lietuvoje priežastis

Didelis mirtingumas ir prasta Lietuvos gyventojų sveikatos būklė pirmiausia sietina su elgsenos rizikos veiksniais. Apskaičiuota, kad daugiau nei pusės visų mirčių Lietuvoje priežastimi galima laikyti elgsenos rizikos veiksnius, įskaitant su mityba susijusią riziką, rūkymą, alkoholio vartojimą ir mažą fizinį aktyvumą (IHME, 2018 m.). Šis rodiklis yra daug didesnis nei 39 proc. ES vidurkis.

2017 m. trečdalis visų mirčių (13 000 mirčių) susijusios su rizika, kylančia dėl mitybos (įskaitant mažą vaisių ir daržovių vartojimą ir didelį cukraus ir druskos suvartojimą); tai beveik dvigubai daugiau nei ES vidurkis. Tabako vartojimas, įskaitant tiesioginį ir pasyvųjį rūkymą, yra maždaug 15 proc. (daugiau nei 6 000) visų mirčių priežastis. Apie 10 proc. (4 000) mirčių siejama su alkoholio vartojimu, o 5 proc. (2 000) – su mažu fiziniu aktyvumu.

⁴ Prevencijos priemonėmis išvengiamas mirtingumas – tai mirtis, kurios paprastai galima išvengti imantis visuomenės sveikatos ir pirminės prevencijos intervencinių priemonių. Sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumas – tai mirtis, kurios paprastai galima išvengti imantis sveikatos priežiūros intervencinių priemonių, įskaitant atrankines patikras ir gydymą. Abu rodikliai susiję su pirmaisiais mirtingumu (iki 75 metų). Duomenys grindžiami peržiūrėtais EBPO ir Eurostato sąrašais.

⁵ Atsparumas – tai sveikatos priežiūros sistemų gebėjimas veiksmingai prisitaikyti prie kintančios aplinkos, staigių sukrėtimų ar krizių.

Išlaidos sveikatai palyginti mažos

Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūrai yra vienos mažiausių ES. 2017 m. einamosios išlaidos sveikatai sudarė 6,5 proc. BVP – tai penktas tarp žemiausių lygis visoje ES, gerokai mažesnis nei 9,8 proc. ES vidurkis. Kalbant apie vienam asmeniui tenkančias išlaidas, reikia pasakyti, kad 2017 m. Lietuva išleido 1 605 EUR (atsižvelgiant į perkamosios galios skirtumus) – beveik perpus mažiau nei vidutinė 2 884 EUR vienam asmeniui išleidžiama suma ES. Be to, tik maždaug du trečdaliai (67 proc.) išlaidų sveikatai finansuojama valstybės lėšomis, t. y. daug mažiau nei vidutiniškai ES (79 proc.). Likęs išlaidų sveikatai trečdalis padengiamas mokėjimais savo lėšomis⁶ ir tai yra viena didžiausių santykių dalių visoje ES.

Nacionalinėje sveikatos strategijoje siekiama išspręsti sveikatos priežiūros sektoriaus darbo jėgos disbalanso ir stokos problemas

Palyginti su ES vidurkiu, Lietuvoje daug gydytojų (2017 m. 4,6, palyginti su 3,6 skaičiuojant 1 000 gyventojų); šiek tiek daugiau nei penktadalį sudaro bendrosios praktikos gydytojai. Kita vertus, slaugytojų skaičius yra šiek tiek mažesnis nei ES vidurkis (7,7 ir 8,5). Per pastaruosius 20 metų gydytojų padaugėjo, o praktikuojančių slaugytojų skaičius išliko nepakitęs, tad slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykis sumažėjo nuo 2,1, buvusio 2000 m., iki 1,7, nustatyto 2016 m. 2014–2025 m. nacionalinės sveikatos strategijos tikslas – iki 2020 m. atkurti slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykį iki 2, nors iš naujausių duomenų matyti, kad šia kryptimi jokios pažangos kol kas nėra.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema ir toliau pernelyg sutelkta į ligonines

Sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje daugeliu atvejų teikiamos stacionare. Šalies ligoninių lovų skaičius – vienas didžiausių ES atsižvelgiant į bendrą gyventojų skaičių: 6,6 lovos 1 000 gyventojų, t. y. 30 proc. daugiau nei ES vidurkis (5 lovos). Dideli išrašymo iš ligoninių rodikliai⁷ taip pat byloja apie tai, kad stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis naudojamosi per daug. Be to, gydymo stacionaro lovų užimtumo rodiklis 2016 m. buvo mažesnis nei 75 proc. (mažesnis nei ES vidurkis), o tai liudija apie pernelyg didelius ligoninių pajėgumus.

⁶ Mokėjimai savo lėšomis – tai, be kita ko, tiesioginiai mokėjimai, sąnaudų pasidalijimas apmokant paslaugas, kurios nėra įtrauktos į draudimo paketą, ir neoficialūs mokėjimai.

⁷ Išrašymas iš ligoninės – tai bendras ligoninės veiklos matas, rodantis pacientų, išvykstančių iš ligoninės, kurioje praleido bent vieną naktį, skaičių.

Lėtinių ligų kontrolę pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje galima pagerinti

Laiku ir veiksmingai teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, kaip antai lėtine obstrukcine plaučių liga ar diabetu, jų hospitalizavimo paprastai galima išvengti. Nuo 2005 m. hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, dalis Lietuvoje sumažėjo, bet vis dar yra viena didžiausių iš visų ES šalių, kurios renka tokius duomenis. Jeigu bendrosios praktikos gydytojams ir apskritai pirminės sveikatos priežiūros specialistams būtų patikėtas svarbesnis vaidmuo kontroliuojant lėtines ligas, tai galėtų padėti sumažinti hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, skaičių.

Stacionariosios sveikatos priežiūros kokybė daug prastesnė už ES vidurkį

Stacionariosios sveikatos priežiūros kokybė neretai vertinama pagal mirštamumą po hospitalizavimo dėl gyvybei pavojingų ligų. Hospitalinis mirštamumas per 30 dienų dėl miokardo infarkto ir insulto Lietuvoje labai didelis, antroje vietoje iš visų ES šalių, kurios renka tokius duomenis (po Latvijos). Todėl darytina išvada, kad galima daug ką patobulinti gerinant stacionariosios sveikatos priežiūros kokybę.

Iniciatyvos, kuriomis siekiama skatinti gerinti priežiūros kokybę, dar tik pradamos įgyvendinti

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų pajamas Lietuvoje sudaro mokėjimu už prisirašiusius pacientus grindžiama dalis ir dalis, susijusi su veiklos rezultatais. Šiuo metu įstaigos gauna mokėjimus už prisirašiusius pacientus, pakoreguotus pagal amžių, lytį ir vietovę (tai sudaro maždaug tris ketvirtadalius įstaigų pajamų), ir su tam tikrų rūšių veikla susijusius mokėjimus pagal konkrečių paslaugų, pvz., imunizavimo ar nėščių priežiūros, sąrašą. Dar viena pajamų dalis – veiklos rezultatais grindžiami mokėjimai, mokami pagal veiklos rezultatų rodiklių sąrašą, – šios sumos sudaro maždaug 10 proc. pajamų. Šiuo metu naudojami rodikliai yra, pavyzdžiui, atrankinės patikros dėl lėtinių ligų, pvz., diabeto. Pastaraisiais metais mokėjimų už prisirašiusius pacientus dalis nuo visų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pajamų sumažėjo ir atitinkamai padidėjo su veiklos rezultatais siejama dalis. Toks veiklos rezultatais grindžiamas mokėjimas atrodo pagrįstas ir gerai stebimas; kai kurie rodikliai (pavyzdžiui, atrankinės patikros rodiklis) yra pagerėję. Šiuo metu taikomą sistemą vis dėlto galima ženkliai patobulinti įtraukiant, pavyzdžiui, proceso rodiklius.

Dėl sveikatos priežiūros paslaugų kreipiamasi dažnai

Lietuvos gyventojai dėl sveikatos priežiūros paslaugų linkę kreiptis dažniau nei kiti ES piliečiai. 2016 m. į gydytojus jie kreipėsi vidutiniškai daugiau nei devynis kartus, t. y. 20 proc. daugiau už ES vidurkį. Tais pačiais metais hospitalizuotų ir iš ligoninių išrašytų asmenų skaičius buvo ketvirtas pagal dydį ES šalyse. Toks aukštas naudojimosi lygis leidžia manyti, kad gydytojų ir ligoninių prieinamumas yra geras, bet toks prieinamumas neužtikrina kitų svarbių prieinamumo aspektų (pvz., kokybės).

Dėl didelių mokėjimų savo lėšomis mažas pajamas gaunantys namų ūkiai dažnai patiria nepakeliamas išlaidas

Nors dėl finansinių prižasčių nepatenkintus medicininės priežiūros poreikius nurodo tik nedaug Lietuvos gyventojų, mokėjimai savo lėšomis sudaro beveik trečdalį (32 proc.) išlaidų sveikatai Lietuvoje, t. y. daugiau nei dvigubai daugiau už ES vidurkį. Savo lėšomis daugiausia mokama už vaistus, taip pat nemenka savo lėšomis padengiamų išlaidų dalis tenka ir dantų priežiūrai. Dėl tokių didelių mokėjimų savo lėšomis patiriama finansinių sunkumų, ypač mažas pajamas gaunantiuose namų ūkiuose. 2016 m. daugiau nei 15 proc. namų ūkių Lietuvoje patyrė nepakeliamas išlaidas sveikatai⁸; tai daugiausia iš visų ES šalių, kurių duomenų turima. Tokios nepakeliamos išlaidos labai sutelktos mažiausiai pajamų turinčių gyventojų kvintilyje ir pirmiausia yra susijusios su mokėjimais už vaistus savo lėšomis (PSO Europos regiono biuras, 2018 m.; 2019 m.).

Pertvarkant ligoninių sektorių galima veiksmingiau panaudoti išteklius

Atsižvelgiant į Lietuvos išlaidų sveikatos priežiūrai lygį, ji iš kitų ES šalių išsiskiria pagal didelį sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklį. Ligoninių sektorius dar nėra iš esmės reformuotas. 2015 m. buvo 79 valstybinės ligoninės ir, kaip jau minėta, vis dar per daug naudojamos stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugomis: lovų skaičius 1 000 gyventojų daug didesnis nei ES vidurkis. Norint pasiekti geresnių sveikatos priežiūros rezultatų reikėtų toliau investuoti ir vykdyti reformas, kaip ES Taryba rekomendavo 2019 m. Europos semestre⁹.

Įgyvendinant skirstymu į pacientų grupes pagal diagnozę grindžiamą mokėjimų sistemą pavyko padidinti su tam tikromis procedūromis susijusių dienų chirurgijos paslaugų dalį, nors rodikliai vis dar atsilieka nuo daugelio kitų ES šalių. Pažymima, jog svarbu toliau stengtis konsoliduoti ligoninių paslaugas: daugelyje ligoninių Lietuvoje kai kuriose klinikinėse srityse daroma per mažai chirurginių procedūrų siekiant užtikrinti priimtino lygio priežiūros kokybę ir pacientų saugą. 2018 m. ligoninių sektoriaus restruktūrizavimas buvo įgijęs pagreitį, bet netrukus sustabdytas. Teisės akto pakeitimais siekta centralizuoti ligoninių valdymą ir atsakomybę nacionaliniu lygmeniu. Naujo teisės akto tikslas buvo sudaryti galimybę Sveikatos apsaugos ministerijai sukurti viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tinklą, organizuoti paslaugų teikimą nepaisant savivaldybių ribų ir leisti VSDF suskirstyti viešuosius paslaugų teikėjus, su kuriais sudaromos sutartys dėl paslaugų, pagal prioritetiškumą. Tačiau teisės aktas neįsigaliojo dėl šalies prezidento veto, pagrįsto tuo, kad pakeitimais buvo pažeistos galiojančios taisyklės dėl pacientų pasirinkimo ir konkurencijos.

Neblogai įvertinta tai, kad „Sveikata visiems“ yra vienas iš trijų horizontaliųjų prioritetų, nustatytų šalies nacionalinėje pažangos strategijoje „Lietuva 2030“. Šio horizontaliojo prioriteto įgyvendinimas numatytas konkrečiame tarpsektoriniame veiksmų plane, kurį suderino Sveikatos apsaugos ministerija ir kuriame dalyvauja dar devynios kitos ministerijos, atsakančios už savo veiksmų planų rengimą ir finansavimą. Vis dėlto pabrėžiama, jog tokio aukšto lygio politiniai įsipareigojimai duos apčiuopiamų rezultatų tik tuo atveju, jei taip pat bus įdiegtos patikimos stebėsenos procedūros.

Valstybės kontrolei atlikus auditą¹⁰ patvirtinta, kad sveikatos politikos srityje susiduriama su sunkumais. 2019 m. balandžio mėn. Valstybės kontrolė atliko VSDF veiklos 2010–2018 m. auditą (Valstybės kontrolė, 2019 m.). Atlikus vertinimą nustatytos kelios problemos, pavyzdžiui, susijusios su pernelyg dideliu naudojimosi stacionariosios sveikatos priežiūros paslaugomis, todėl darytina išvada, kad teikiant ambulatorinės ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugas hospitalizavimo atvejų skaičius galėtų sumažėti 20 proc. Apskritai nustatyta, kad ir pačioje sveikatos priežiūros sistemoje trūksta mechanizmų, kuriais būtų galima užtikrinti optimalią paslaugų kokybę ir prieinamumą.

⁸ Nepakeliamos išlaidos apibrėžiamos kaip namų ūkių lėšomis padengiamos išlaidos, viršijančios 40 proc. visų namų ūkių išlaidų, neįtraukiant pragyvenimo poreikių (t. y. maisto, būsto ir komunalinių paslaugų).

⁹ 2019 m. liepos mėn. ES Taryba paskelbė Lietuvai skirtą rekomendaciją – 2019 ir 2020 m. imtis veiksmų siekiant „gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įperkumą ir sistemos efektyvumą“.

¹⁰ Valstybės kontrolė. Savivaldybių prevencija ir pagalba asmenims, susijusiems su savivaldybės rizika. Valstybinio audito ataskaitos santrauka (Nr. VA-P-10-5-2). Valstybės kontrolė, Vilnius, 2017.

Išvados

Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė yra viena trumpiausių ES. Nors nuo 2007 m. ji nuolat ilgėja, 2017 m. pasiekė vos 75,8 metų, t. y. daugiau nei penkeriais metais trumpesnė nei ES vidurkis. Be to, pastebimas didelis atotrūkis pagal lytį: moterys gyvena beveik dešimt metų ilgiau nei vyrai ir šitaip yra pirmiausia dėl to, kad vyrams pasireiškia didesnis rizikos veiksnių poveikis. Apskritai dauguma gyventojų (ypač mažas pajamas turinčių asmenų) mano, kad jų sveikatos būklė nėra gera.

Daugiau nei pusės visų mirčių Lietuvoje priežastimi galima laikyti elgsenos rizikos veiksnius, įskaitant su mityba susijusią riziką, rūkymą, alkoholio vartojimą ir mažą fizinį aktyvumą.

Lietuvoje valstybės lėšomis finansuojama vos du trečdaliai išlaidų sveikatai ir mokėjimai savo lėšomis sudaro daug didesnę dalį nei beveik visose kitose ES šalyse. Prevencijai ir sveikatos priežiūrai skiriant didesnę viešąją finansavimą būtų galima pagerinti sveikatos priežiūros rezultatus ir sumažinti pacientams tenkančią finansinę naštą.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas geras, bet svarbi kliūtis vis dar yra dideli mokėjimai už ambulatoriškai vartojamus vaistus savo lėšomis. Vaistai yra pagrindinė nepakeliamų išlaidų sveikatai priežastis, daranti nepagrįstai didelį poveikį mažas pajamas gaunantiems gyventojams.

Lietuva taip pat kovoja su tam tikrais konkrečiais sunkumais sveikatos srityje. Svarbi visuomenės sveikatos problema yra psichikos sveikata: šalyje užregistruotas didžiausias savižudybių skaičius visoje ES. Pastaraisiais metais dedama daug pastangų siekiant pagerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, todėl pavyko pradėti mažinti savižudybių skaičių. Kita visuomenės sveikatos problema – kai kurių infekcinių ligų, kaip antai tuberkuliozės ir tymų, paplitimo stabdymas.

Lyginant su kitomis ES šalimis, net tomis, kuriose išlaidos sveikatai yra panašios, Lietuvoje daug didesnis prevencijos ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis.

Ambulatorinės ir stacionariosios sveikatos priežiūros kokybės rodikliai taip pat nėra tokie geri, kaip daugelio kitų ES šalių. Iš šių rodiklių matyti, kad būtų galima iš esmės pagerinti sistemos veiksmingumą.

Norint gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir reagavimą būtina toliau stengtis pereiti nuo stacionariosios prie pirminės sveikatos priežiūros. Nors sveikatos priežiūros kokybės stebėsenai ir analizei pastaraisiais metais skiriama daugiau dėmesio, Lietuvoje nepakankamai remiamas nuolatinis sveikatos priežiūros kokybės gerinimas visos sistemos lygmeniu.

*Romualdas Gurevičius, Higienos institutas
El. p. romualdas.gurevicius@hi.lt*

State of health in Lithuania: evaluation of the OECD experts

Romualdas Gurevičius, Institute of Hygiene, e-mail: romualdas.gurevicius@hi.lt

The fresh OECD publication on country's health system evaluation briefly described. The data and information in the Country Health Profiles are based mainly on national official statistics provided to Eurostat and the OECD, which were validated to ensure the highest standards of data comparability. Lithuania has one of the lowest levels of life expectancy in the EU. Although it has increased steadily since 2007, it only reached 75.8 years in 2017, more than five years below the EU average. In addition, substantial inequalities persist by gender: women live nearly ten years more than men, mainly because men have greater exposure to risk factors. Overall, the majority of the population – particularly people on low incomes – reports not being in good health. General access to health services is

good, yet high out-of-pocket payments on outpatient medicines remain a major barrier. More than half of all deaths in Lithuania can be attributed to behavioural risk factors, including dietary risks, tobacco smoking, alcohol consumption and low physical activity. Lithuania stands out as having much higher mortality rates from preventable and treatable causes than other EU countries, even those with similar health expenditure levels. Only about two-thirds of health expenditure is publicly funded in Lithuania, with out-of-pocket spending accounting for a much greater share than nearly all other EU countries. Greater public funding for prevention and health care could help improve health outcomes and reduce the financial burden for patients.