

**HIGIENOS INSTITUTAS  
SVEIKATOS INFORMACIJOS CENTRAS  
BIOSTATISTINĖS ANALIZĖS SKYRIUS**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ  
VEIKLOS RODIKLIŲ POKYČIAI  
2001–2012 m.**

**VILNIUS  
2013**

# **SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS RODIKLIŲ POKYČIAI 2001–2012 m.**

Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius

tel. (8 5) 277 3303

faksas (8 5) 262 4663

institutas@hi.lt

www.hi.lt

Sudarytojai:

Sandra Mekšriūnaitė, [Sandra.Meksriunaite@hi.lt](mailto:Sandra.Meksriunaite@hi.lt)

Olga Michalovskaja, [Olga.Michalovskaja@hi.lt](mailto:Olga.Michalovskaja@hi.lt)

Nadežda Lipunova, [Nadezda.Lipunova@hi.lt](mailto:Nadezda.Lipunova@hi.lt)

Ugnė Augustinaitė, [Ugne.Augustinaite@hi.lt](mailto:Ugne.Augustinaite@hi.lt)

Aušra Želvienė, [Ausra.Zelviene@hi.lt](mailto:Ausra.Zelviene@hi.lt)

Sandra Kutkaitė, Aurelija Žalienė

## TURINYS

ĮVADAS.....	4
SANTRUMPOS.....	5
SAVOKOS.....	6
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IŠTEKLIAI <i>Parengė S. Mekšriūnaitė</i> .....	13
1.1 Žmogiškieji ištekliai.....	13
1.2 Stacionaro lovos.....	23
1.3 Sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės.....	28
1.4 Sveikatos priežiūros finansavimas ir išlaidos.....	30
2. AMBULATORINES PASLAUGAS TEIKIANČIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLA <i>Parengė S.Kutkaitė, O. Michalovskaja</i> .....	37
2.1 Lietuvos gyventojų apsilankymai pas gydytojus.....	37
2.2 Atliekamų tyrimų apimtys Lietuvoje.....	47
2.3 Greitosios medicinos pagalbos paslaugos.....	48
3. STACIONARINES PASLAUGAS TEIKIANČIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLA <i>Parengė A. Žalienė, N. Lipunova</i> .....	50
3.1 Lietuvoje hospitalizuotų ligonių (su stacionaro dienos atvejais, be sanatorijų stacionarinės reabilitacijos ligonių) skaičius.....	50
3.2 Dienos stacionarai.....	53
3.3 Chirurginės operacijos stacionaruose pagal skirtingas lokalizacijas.....	55
3.4 Stacionaro ligonių (be dienos stacionaro atvejų) skaičiaus pokyčiai.....	56
3.5 Hospitalinis sergamumas pagal ligas (be stacionaro dienos atvejų), vidutinė gulėjimo trukmė ir letalumas.....	57
3.6 Lovos funkcionavimas stacionaruose.....	62
3.7 Vidutinė gulėjimo trukmė stacionaruose.....	64
3.8 Lovų apyvarta stacionaruose.....	68
3.9 Letalumas stacionaruose.....	71
3.10 Stacionaro ligonių ištyrimo apimtys.....	75
4. NĖŠČIŲJŲ IR GIMDYVIŲ PRIEŽIŪRA <i>Parengė U. Augustinaitė</i> .....	76
4.1 Gimusiųjų skaičius.....	76
4.2 Kūdikių mirtingumas.....	77
4.3 Abortai.....	82
4.4 Gimdyvės.....	84
4.5 Sveikatos priežiūros ištekliai nėščiosioms ir gimdyvėms.....	89
5. RODIKLIŲ KITIMO TENDENCIJOS.....	91
5.1 Sveikatos priežiūros ištekliai.....	91
5.2 Ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų veikla.....	93
5.3 Stacionarines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų veikla.....	95
5.4 Nėščiųjų ir gimdyvių priežiūra.....	99
ŠALTINIAI.....	101

## IVADAS

Kasmetiniai statistiniai leidiniai apie Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigas ir jų veiklą yra leidžiami jau daugiau kaip dešimt metų. Leidinyje „Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių pokyčiai 2001–2012 m.“ buvo sujungta ir išnagrinėta ankščiau išleistų statistinių leidinių informacija ir pateikta dvylikos metų duomenų apžvalga apie Lietuvos sveikatos priežiūros išteklius, ambulatorinių ir stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų veiklą bei nėščiųjų ir gimdyvių priežiūrą (su tam tikromis išimtimis, kurios nurodytos kiekvieno skyriaus pradžioje).

Rengiant apžvalgą panaudoti duomenys iš Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2001–2012 m. leidinių „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“ ir „Gimimų medicininiai duomenys“, „Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas“, kitų Higienos instituto surinktų statistinių duomenų, Valstybinio visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondo ir Lietuvos statistikos departamento.

Duomenys, pateikiami šiame leidinyje, gali nežymiai skirtis nuo ankstesnių Higienos instituto Sveikatos informacijos centro leidiniuose pateikiamų duomenų, kadangi rodikliai yra perskaičiuoti remiantis Lietuvos Respublikos 2011 m. visuotinio gyventojų ir būstų surašymo rezultatais.

Rodiklių pokyčių tendencijos įvertintos naudojant linijinės regresijos metodą. Koeficientai ir statistinis reikšmingumas (p reikšmės) pateiktos 5 skyriuje „Rodiklių kitimo tendencijos“.

## SANTRUMPOS

AmASP	Ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra
ASPI	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos
HI SIC	Higienos instituto Sveikatos informacijos centras
ISI	Ilgalaikio stebėjimo įskaita
LR	Lietuvos Respublika
LR SAM	Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministras
VLG	Vidaus ligų gydytojas
VLK	Valstybinė ligonių kasa

### Ligų kodai pagal TLK-10 klasifikaciją:

A00-B99	Kai kurios infekcinės ir parazitinės ligos
C00-D48	Navikai
D50-D89	Kraujo ir kraujodaros organų ligos bei tam tikri sutrikimai, susiję su imuniniais mechanizmais
E00-E90	Endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos
F00-F99	Psichikos ir elgesio sutrikimai
G00-G99	Nervų sistemos ligos
H00-H59	Akies ir jos priedinių organų ligos
H60-H95	Ausies ir speninės ataugos ligos
I00-I99	Kraujotakos sistemos ligos
J00-J99	Kvėpavimo sistemos ligos
K00-K93	Virškinimo sistemos ligos
L00-L99	Odos ir poodžio ligos
M00-M99	Jungiamojo audinio ir skeleto – raumenų sistemos ligos
N00-N99	Urogenitalinės sistemos ligos
O00-O99	Nėštumas, gimdymas ir pogimdyminis laikotarpis
P00-P96	Tam tikros perinatalinio periodo ligos
Q00-Q99	Įgimtos formavimosi ydos, deformacijos ir chromosomų anomalijos
R00-R99	Simptomai, pakitimai ir nenormalūs klinikiniai ir laboratoriniai radiniai
S00-T98	Traumos, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai
Z00-Z99	Sveikatos būklę veikiantys faktoriai ir kontaktai su sveikatos tarnyba

## SĄVOKOS

### 1 skyrius. Sveikatos priežiūros ištekliai

**Aktyvaus gydymo lovos** – tai stacionaro lovos be slaugos ir palaikomojo gydymo, reabilitacijos, tuberkuliozės ir psichiatrijos lovų.

**Akušeris** – asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą ir akušerio kvalifikaciją, įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę verstis akušerio praktika ir dirbantis sveikatos priežiūros srityje.

**Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos** – sveikatos priežiūros prekių ir paslaugų galutinio vartojimo išlaidų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įstaigų (įstaigų, kurių pagrindinė veikla yra sveikatos priežiūra) bendrojo kapitalo formavimo išlaidų suma.

**Bendrovės, kaip sveikatos priežiūros finansuotojai** – šis sektorius apima visas bendroves, kurių pagrindinė veikla yra rinkos prekių ar paslaugų (išskyrus sveikatos draudimą) gamyba. Įtraukiamos visos vietinės ne pelno institucijos, kurios yra rinkos prekių gamintojos ar nefinansinių paslaugų teikėjos.

**Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos** – sveikatos priežiūros prekių ir paslaugų galutinio vartojimo išlaidos (neįskaitoma sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įstaigų bendrojo kapitalo formavimo išlaidų suma).

**Farmakotechnikas (vaistininko padėjėjas)** – asmuo, turintis aukštąjį (neuniversitetinį) farmacijos išsilavinimą ir dirbantis farmacijos srityje.

**Gydymo paslaugos** – paslaugos, skirtos palengvinti ligos ar sužalojimo simptomus, palengvinti ligą ar sužalojimą arba apsaugoti nuo ligos ar sužalojimo pasunkėjimo ir komplikacijų, galinčių sutrikdyti normalias funkcijas ar kelti grėsmę gyvybei.

**Gydytojas** – asmuo, turintis universitetinį medicinos (gydytojo) išsilavinimą, įstatymo nustatyta tvarka galintis teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Į gydytojų skaičių neįtraukiami odontologai.

**Gydytojas rezidentas** – gydytojas, tęsiantis atskiros specialybės (ar subspecialybės) tolesnes studijas pagal šiai specialybei (subspeciallybei) paruoštą programą.

**Ilgalaikė slauga** – tęstinės (ilgalaikės) sveikatos priežiūros, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos ligoniams, kuriems nuolat reikalinga pagalba dėl ilgalaikių sveikatos sutrikimų ir sumažėjusio savarankiškumo kasdieniame gyvenime.

**Kitos šalys, kaip sveikatos priežiūros finansuotojai** – institucijos, įsikūrusios kitose šalyse, finansuojančios sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje.

**Licencijuoti gydytojai** – tai gydytojai, turintys licenciją verstis medicinos praktika. Į licencijuotų gydytojų skaičių įtraukiami nedarbantys gydytojai (pvz., nedarbantys pensininkai); gydytojai, dirbantys užsienyje.

**Ligoninė** – įstaiga, licencijuota (ar akredituota) teikti 24 val. per parą stacionarinę arba kartu ir ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą, teikti nustatytas prevencinės medicinos, slaugos, medicininės

reabilitacijos, socialines, sveikatos mokymo ir asmens sveikatos ekspertizės paslaugas, aprūpinta atitinkamu medicinos personalu, iš jų – bent vienu gydytoju. Į ligoninių skaičių neįeina sanatorinės, kurortinės gydymo įstaigos, poilsio namai, vaikų ir senelių globos įstaigos, atskiri dienos stacionarai.

**Ligoninės lova** – tai pastovi, aprūpinta įranga ir personalu, paciento priežiūrai skirta lova, esanti ligoninėje. Lova yra ligoninės talpumo matavimo vienetas.

**Ligoninės lovų skaičius** – tai naudojamų lovų skaičius per kalendorinius metus (lovų vidurkis) ir naudojamų lovų skaičius metų pabaigoje. Į stacionaro lovų skaičių neįeina lovos, skirtos naujagimiams gimdymo namuose, lovos atsarginėse palatose, skirtos specialioms tikslams. Šiuo metu į stacionaro lovų skaičių įtraukiamos ir dienos stacionarų lovos, nes jų kol kas yra nedaug ir jos nėra aiškiai atskirtos nuo kitų stacionaro lovų.

**Odontologas** – asmuo, turintis universitetinį medicinos (odontologo) išsilavinimą, įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę verstis odontologijos praktika ir dirbantis odontologijos srityje.

**Praktikuojantys gydytojai** – tai gydytojai, teikiantys asmens sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. dirbantys su pacientais. Į praktikuojančių gydytojų skaičių įtraukiami gydytojai rezidentai bei baigę pirminę rezidentūrą medicinos gydytojai. Į praktikuojančių gydytojų skaičių neįeina gydytojai, dirbantys administracinį, mokslo ir mokymo darbą; gydytojai higienistai ir epidemiologai; gydytojai, dirbantys tokio išsilavinimo nereikalaujantį darbą; gydytojai, dirbantys užsienyje; nedirbantys gydytojai (pvz. nedirbantys pensininkai); gydytojai, dirbantys ne sveikatos priežiūros srityje, pvz.: chemijos, kosmetikos pramonėje, verslo kompanijose ir kt.

**Privataus sektoriaus sveikatos priežiūros finansavimas** – tai tiesioginės namų ūkių bei kitų mokėtojų (įstaigų ir organizacijų), labdaros lėšos.

**Profesiškai aktyvūs gydytojai** – tai dirbantys sveikatos priežiūros srityje gydytojai, kurių darbe būtinas arba pageidautinas gydytojo išsilavinimas. Į aktyvius gydytojus įtraukiami praktikuojantys gydytojai; gydytojai, dirbantys administracinį darbą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, dirbantys visuomenės sveikatos, sveikatos mokslo, mokymo ir valdymo srityse. Į profesiai aktyvių gydytojų skaičių neįtraukiami gydytojai, dirbantys tokio išsilavinimo nereikalaujantį darbą; gydytojai, dirbantys užsienyje; nedirbantys gydytojai (pvz., nedirbantys pensininkai); gydytojai, dirbantys ne sveikatos priežiūros srityje, pvz.: chemijos, kosmetikos pramonėje, verslo kompanijose ir kt.

**Reabilitacijos paslaugos** – paslaugos, skirtos pagerinti sutrikusias asmens fizines ir (arba) psichines funkcijas, kai šie sutrikimai atsirado dėl nesenos ligos ar sužalojimų arba kai šie sutrikimai yra pasikartojančio pobūdžio.

**SAM sistema** – tai LR sveikatos apsaugos ministerijos, apskričių ir savivaldybių pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigos.

**Slaugytojas** – asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę verstis slaugos praktika ir dirbantis sveikatos priežiūros srityje.

**Specialistas, turintis aukštąjį ar aukštesnįjį medicinos išsilavinimą (ne gydytojas) (vidurinisios medicinos personalas)** – asmuo, įgijęs aukštesnįjį, aukštąjį ar universitetinį (slaugos) medicinos studijų baigimo diplomą, įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę verstis atitinkama praktika ir dirbantis sveikatos priežiūros srityje. Į specialistų, turinčių aukštąjį ar aukštesnįjį medicinos išsilavinimą, (ne gydytojų) skaičių įtraukiami slaugytojai, akušeriai, fizinės medicinos ir reabilitacijos specialistai, burnos priežiūros specialistai, biomedicininės diagnostikos specialistai, dietistai ir kai kurie kiti specialistai su medicinos išsilavinimu.

**Sveikatos priežiūra** – institucijų ir asmenų vykdoma gyventojų sveikatos stiprinimo, susirgimų prevencijos, ligų gydymo ir ilgalaikio slaugymo, palaikomojo gydymo, visuomenės sveikatos programų įgyvendinimo ir administravimo bei sveikatos draudimo ir kitų finansavimo sistemų diegimo ir administravimo veikla.

**Sveikatos priežiūros funkcijos** – sveikatos priežiūros paslaugų ir (arba) prekių grupės. Jos skirstomos į asmens sveikatos priežiūros ir kolektyvinės sveikatos priežiūros funkcijas.

**Sveikatos priežiūros išlaidos** – bendrosios rezidentinių vienetų sveikatos priežiūros prekių ir paslaugų galutinio vartojimo išlaidų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų įstaigų (įstaigų, kurių pagrindinė veikla yra sveikatos priežiūra) ilgalaikio turto įsigijimo išlaidų suma.

**Sveikatos priežiūros įstaiga** – tai įstaiga ar įmonė (arba jos filialas ar padalinys), turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus (pateikiamas įstaigų skaičius metų gale.)

**Vaistininkas (farmacininkas)** – asmuo, įgijęs vaistininko profesinę kvalifikaciją ir farmacijos magistras, įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę verstis farmacijos praktika ir dirbantis farmacijos srityje.

**Valdžios sektoriaus sveikatos priežiūros finansavimas** – valstybės ir sveikatos draudimo fondų išlaidos sveikatos priežiūrai finansuoti. Lietuvoje visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai yra valstybės biudžetas, savivaldybių biudžetai ir Privalomojo sveikatos draudimo fondas. Valdžios sektoriaus finansavimas dar vadinamas trečiosios šalies sveikatos priežiūros paslaugų pirkimo finansavimu, pabrėžiant ekonominę sveikatos priežiūros paslaugų pirkimo-pardavimo proceso esmę, kai paslaugas finansuoja (perka) ne jų vartotojas, o trečioji šalis – sveikatos draudimo fondas ar valstybė.

## **2 skyrius. Ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų veikla**

**Ambulatorinis apsilankymas** – tai paciento bendravimas su gydytoju diagnostikos, gydymo ir/ar profilaktikos tikslu tam tikru laiku ir tam tikroje vietoje. Vieną dieną pas tą patį tos pačios specialybės gydytoją to paties paciento keli atvykimai laikomi vienu apsilankymu. Į apsilankymų skaičių įeina:

- ambulatorinėje įstaigoje ar paciento namuose;
- stacionarinės įstaigos priėmimo skyriuje;
- greitosios medicinos pagalbos iškvietimo metu;
- ambulatoriniame dienos stacionare.

Į apsilankymų skaičių neįeina:

- konsultacija telefonu;
- atvykimas paskirtiems laboratoriniams ir kitiems tyrimams;
- atvykimas paskirtoms tyrimo ir gydymo procedūroms.

**Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPI)** pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą yra skirstomos į ambulatorines, stacionarines ir mišrias. Ambulatorinėse įstaigose teikiamos ambulatorinės paslaugos yra skirstomos į pirmines, antrines ir tretines.

1. **Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – AmASP) paslaugos** – tai nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama AmASPI.

2. **Antrinės (kvalifikuotos) AmASP paslaugos** – tai paslaugos, kurias teikia gydytojai specialistai AmASPI (informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais; antrinės ambulatorinės atstatomosios medicinos paslaugos; laikinojo nedarbingumo ekspertizė; invalidumo iš vaikystės vaikams, nesulaukusiems 16 metų amžiaus, ekspertizė). Šios paslaugos ligoniui gali būti teikiamos bendrojo profilio poliklinikose ir ligoninių konsultacinėse poliklinikose ar lankant namie.

3. **Tretinės (specializuotos) AmASP paslaugos** – tai paslaugos, kurias teikia gydytojai konsultantai, konsultuodami pacientus ir teikdami patarimus bei gydymo metodikas pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams (teikiama informacija ligų profilaktikos klausimais; tretinės ambulatorinės atstatomosios medicinos paslaugos; laikinojo nedarbingumo ekspertizė). Šios paslaugos teikiamos ligoniui lankantis ambulatoriškai specializuotoje ASPI. Tretinės (specializuotos) AmASP paslaugas teikia konsultacinės poliklinikos, esančios prie specializuotų stacionarinių ASPI, bei stacionaro specializuotą pagalbą teikiančių skyrių gydytojai konsultantai.

**Funkcinės diagnostikos tyrimai** – tai veloergometrijos, elektro–kardiografijos, encefalografijos bei kiti kompleksiniai kvėpavimo, širdies–kraujagyslių sistemų tyrimai.

**Greitoji medicinos pagalba (GMP)** – tai pagalba teikiama nelaimingų atsitikimų metu nukentėjusiems, traumų ištiktiems, netikėtai sunkiai ūmine liga susirgusiems ligoniams, namuose, gatvėje, darbe ir bet kuriuo paros laiku. Be to, GMP atlieka gimdyvių bei ligonių pervežimo paslaugas, pavyzdžiui, pacientų pervežimas iš vienos stacionarinės ASPI į kitą stacionarinę ASPI toliau gydyti; pacientų pervežimas iš vienos ASPI į kitą ASPI diagnostikos, gydymosioms procedūroms ar tyrimams atlikti, kai pervežimas būtinas dėl paciento sveikatos būklės; pacientų pervežimas iš stacionarinės ASPI į namus po gydymo, kai tai būtina dėl ligonio sveikatos būklės ir kiti pervežimai.

**Laboratoriniai tyrimai** – tai hematologiniai, citologiniai, biocheminiai, mikrobiologiniai, imuniniai, virusų ir kitų infekcinių žymenų, bendrieji klinikiniai tyrimai.

**Rentgenologiniai tyrimai** – tai peršvietimai, rentgenogramos, elektro-rentgenogramos, fluorogramos, rentgenoskopijos, intervenciniai ir kiti specialieji (angiografijos, mamografijos ir pan.) radiologijos tyrimai.

### **3 skyrius. Stacionarines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų veikla**

**Bendras pooperacinis letalumas (proc.)** - mirusiųjų po operacijų dalis nuo bendro operuotų ligonių skaičiaus.

**Dienos stacionaro ligonis**– tai ligonis, hospitalizuotas į stacionarą diagnostikai, gydymui, procedūroms ir/arba operacijai, planuojant jį išrašyti į namus tą pačią dieną. Jei ligonis dėl kokių nors priežasčių paliekamas per naktį, jis nebelaikomas dienos ligoniu.

**Išrašytas iš ligoninės stacionaro pacientas(stacionaro ligonis)** – tai pacientas, hospitalizuotas į stacionarinio gydymo įstaigą (skyrių) paprastai ne mažiau kaip 24 valandoms medicinos priežiūrai, užėmęs pastovią ligoninės lovą ir kuriam buvo suteiktos stebėjimo, gydymo, diagnostikos ar reabilitacijos paslaugos, ir išvykęs iš stacionaro į namus, perkeltas į kitą gydymo įstaigą arba miręs.

**Lovos apyvartos rodiklis**parodo, kiek vidutiniškai vienoje stacionaro lovoje gulėjo ligonių per metus.

**Lovos funkcionavimo rodiklis** parodo, kiek dienų per metus stacionaro lova buvo užimta.

**Mirusiųjų stacionare autopsijų apimtis (proc.)** –mirusiųjų stacionare skrodimų dalis nuo bendro mirusiųjų stacionare skaičiaus.

**Stacionarinis letalumo rodiklis (proc.)** –ligoninėje (skyriuje) mirusių ligonių skaičiaus dalis nuo išrašytų ligonių skaičiaus.

**Stacionaro ligonių ištyrimo apimtis**(laboratorinių, rentgenologinių ir kitų tyrimų, funkcinės diagnostikos, fizioterapijos ir kitų procedūrų skaičius vienam stacionaro ligoniui) –bendras tam tikrų tyrimų, procedūrų, atliktų išrašytiems ligoniams, skaičius nuo išrašytų iš stacionaro ligonių skaičiaus.

**Stacionarinės pagalbos apimties (hospitalizacijos) rodiklis**– tai atvykusių į stacionarą pacientų skaičius per metus, tenkantis 1000-iui gyventojų.

**Vidutinė ligonio gulėjimo ligoninėje (skyriuje) trukmė (dienomis)** –lovadienių skaičius tenkantis vienam išrašytam ligoniui. Apskaičiuojama absoliutų hospitalizacijos dienų skaičių, visose ligoninėse (skaičiuojamą nuo guldyimo iki išrašymo dienos) dalijant iš bendro išrašytų ligonių (įskaitant mirusiųosius) skaičiaus visose ligoninėse per kalendorinius metus.

### **4 skyrius. Nėščiuju ir gimdyvių priežiūra**

**Abortas** – tai nėštumo nutrūkimas ar nutraukimas iki 22 pilnų nėštumo savaičių.

**Ankstyvas neonatalinis mirtingumas** – tai mirusių per pirmąsias 7 gyvenimo dienas naujagimių skaičius 1000-čiui gyvų gimusiųjų.

**Dėl medicininių parodymų atliktas abortas** – tai gydymo įstaigoje nutrauktas mažesnis kaip 22 savaičių nėštumas, kai abortas sąlygotas motinos anatominių arba funkcinių sutrikimų, vaisiaus įgimtų ar paveldėtų sutrikimų, kur gimdymas gali sukelti pavojų motinos ar naujagimio sveikatai ar gyvybei.

**Gimstamumo (vaisingumo) rodiklis** rodo, kiek gyvų kūdikių gimė 1000-čiui vaisingo amžiaus (15-49 metų) moterų.

**Gyvas gimęs (gyvagimis, naujagimis)** – tai neatsižvelgiant į nėštumo trukmę su gyvybės požymiais gimęs vaisius.

**Kriminalinis abortas** - tiesioginis ar netiesioginis vaisiaus traumavimas, kai nėštumą iki 22 savaičių nutraukia, asmuo ne asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kai nėra teisinių ar medicininių nėštumo nutraukimo indikacijų.

**Kūdikis** – vaikas iki vienerių metų amžiaus.

**Legalus dirbtinis abortas** – tai moters sprendimu (iki 12 nėštumo savaičių) arba dėl medicininių parodymų (iki 22 nėštumo savaičių) asmens sveikatos priežiūros įstaigoje gydytojo nutrauktas nėštumas.

**Naujagimis** - tai kūdikis nuo gimimo iki pilnų 28 dienų po gimimo.

**Negimdinis nėštumas** – tai nėštumas, kuris vystosi ne gimdos ertmėje (kiaušintakyje, pilvo ertmėje, kiaušidėje, rudimentiniame gimdos rage).

**Negyvas vaisius (negyvagimis)** – tai gimęs be gyvybės ženklų, sveriantis daugiau, kaip 500 gramų, motinos nėštumo trukmė daugiau kaip 22 nėštumo savaitės (daugiau kaip 154 dienos nuo apvaisinimo) vaisius.

**Neišnešiotas naujagimis** - tai prieš laiką gimęs naujagimis, mažai sveriantis (iki 2499 g), turintis neišnešiotumo požymių, adaptacijos perinataliniu periodu sunkumų, atitinkančių neišnešiotumo laipsnį.

**Neonatalinis mirtingumas** – tai mirusių 0-27 dienų, (27 dienų 23 valandų ir 59 minučių) amžiaus naujagimių skaičius 1000-čiui gyvų gimusiųjų. Neonatalinis mirtingumas apima ankstyvąjį ir vėlyvąjį neonatalinį mirtingumą.

**Nėščiosios, gimdyvės ir pagimdžiusios moters mirtis** - tai nėščios, gimdyvės ar iki 42 dienų po gimdymo moters mirtis, kurią sąlygojo priežastys, susijusios su nėštumu, jo pasunkintos ar nuo jo priklausančios, bet ne dėl kitų priežasčių ar nelaimingų atsitikimų.

**Nėščiųjų, gimdyvių ir pagimdžiusių moterų mirtingumo rodiklis** - mirusiųjų nėščiųjų, gimdyvių ar iki 42 dienų po gimdymo moterų skaičius per metus 100 000 gyvų gimusiųjų.

**Perinatalinis periodas** – tai laikotarpis, prasidedantis nuo 22-os pilnos (154 dienos) intrauterinio vaisiaus gyvenimo savaitės (vaisius sveria 500 gramų) ir baigiasi 7 pilnos dienos po gimimo (168 val.). Jis susideda iš: antenatalinio, intranatalinio ir ankstyvojo neonatalinio periodų.

**Poneonatalinis mirtingumas** – tai nuo 28 dienų iki vienerių metų vaikų mirčių skaičius 1000-čiui gyvų gimusiųjų.

**Savaiminis abortas** – tai nėštumo nutrūkimas su daliniu ar visišku vaisiaus pašalinimu iš gimdos, kai nėštumas truko trumpiau kaip 22 savaites.

**Su nėštumu ir gimdymu susijusi mirtis** – tai nėščios moters mirtis dėl bet kokios priežasties nėštumo laikotarpiu arba per 42 dienas nuo nėštumo pabaigos.

**Vėlyvas neonatalinis mirtingumas** – tai nuo 7 iki 28 pilnų dienų mirusių naujagimių skaičius 1000-čiui gyvų gimusiųjų.

## 1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IŠTEKLIAI

*Parengė S. Mekšriūnaitė*

Sveikatos priežiūros išteklių susideda iš žmogiškųjų išteklių, stacionaro lovų fondo, sveikatos priežiūros finansavimo ir išlaidų.

Sveikatos priežiūros išteklių paskirstymas Lietuvoje pirmiausiai yra pagrįstas populiacijos dydžiu (atsižvelgiant į amžių, lytį, gyvenamosios vietovės tipą). Išteklių paskirstymas dažniausiai yra nulemtas politinių, o ne moksliniais įrodymais pagrįstų sprendimų priėmimu. Nepaisant įvykusių reformų, vis dar yra plačios galimybės pacientus veiksmingai gydyti pirminiame lygyje (ambulatoriškai) [1].

Sveikatos priežiūros finansavimo ir išlaidų rodikliai pateikiami už 2004-2011 m., kadangi rodikliai nuo 2004 m. suskaičiuoti pagal Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką, dėl to palyginti rodiklių su ankstesniais metais negalima. Sveikatos priežiūros finansavimo 2011 m. rodikliai yra išankstiniai, o 2012 m. duomenys dar nėra pateikiami.

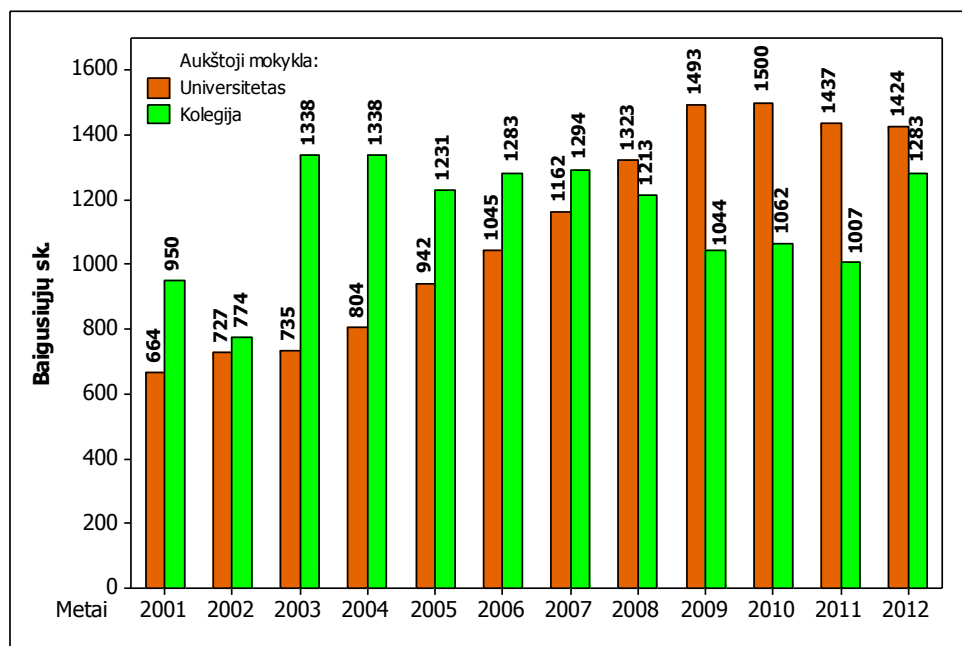
### 1.1 Žmogiškieji ištekliai

Lietuvoje medicinos specialistai nuo 2001 m. yra rengiami 10 aukštųjų mokyklų: keturiuose universitetuose (Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas<sup>1</sup>, Klaipėdos universitetas, Lietuvos sporto universitetas<sup>2</sup>) ir šešiose kolegijose (Vilniaus kolegija, Kauno kolegija, Klaipėdos kolegija, Šiaulių kolegija, Panevėžio kolegija, Utenos kolegija).

---

<sup>1</sup> Iki 2010 m. birželio 30 d. – Kauno medicinos universitetas. Nuo 2010 m. birželio 30 d., sujungus su Lietuvos veterinarijos akademija, – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.

<sup>2</sup> Iki 2012 m. – Lietuvos kūno kultūros akademija.



1.1 pav. Medicinos specialistų parengimas Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Per 2001–2012 m. laikotarpį universitetuose buvo paruošti 13256 medicinos specialistai, kolegijose – 13817 specialistų (1.1 pav.). Baigusiųjų universitetus medicinos specialistų skaičius nuo 2001 m. iki 2010 m. tolygiai didėjo ir tik 2011 m. ir 2012 m. buvo mažesnis nei prieš tai buvusiais metais. Baigusiųjų kolegijas medicinos specialistų skaičius nuo 2003 m. mažėjo ir 2011 m. nukrito iki 1007 baigusiųjų, tačiau 2012 m. baigusiųjų kolegijas medicinos specialistų skaičius vėl padidėjo iki 1283 asmenų.

Medicinos specialistų, baigusiųjų studijas universitetuose, per 2001–2012 m. laikotarpį mažiausiai buvo 2001 m., daugiausiai – 2010 m. Kolegijas baigusiųjų skaičius mažiausias buvo 2002 m., didžiausias – 2003 ir 2004 m. (po 1338 asmenis). Mažiausias baigusiųjų universitetus ir kolegijas skaičiaus skirtumas buvo 2002 m. – tuomet kolegijas baigė 47 asmenimis daugiau nei universitetus. Didžiausias baigusiųjų skaičiaus skirtumas, kuomet kolegijas baigė daugiau asmenų nei universitetus, buvo 2003 m. (603 baigusiųjų skirtumas). Situacija pasikeitė 2008 m., kuomet universitetus baigusiųjų skaičius buvo didesnis nei kolegijas (110 asmenų skirtumas). Šis skirtumas didžiausias buvo 2009 m., kai universitetus baigė 449 asmenimis daugiau nei kolegijas.

Atsižvelgiant į specialistų parengimą pagal atskiras specialybes per 2001–2012 m. laikotarpį (1.1 lentelė), universitetuose daugiausiai buvo parengta medicinos, odontologijos, reabilitacijos ir slaugos, visuomenės sveikatos ir kineziterapijos specialistų, kolegijose – slaugos, farmakotechnikos, kineziterapijos, ergoterapijos, kosmetologijos specialistų.

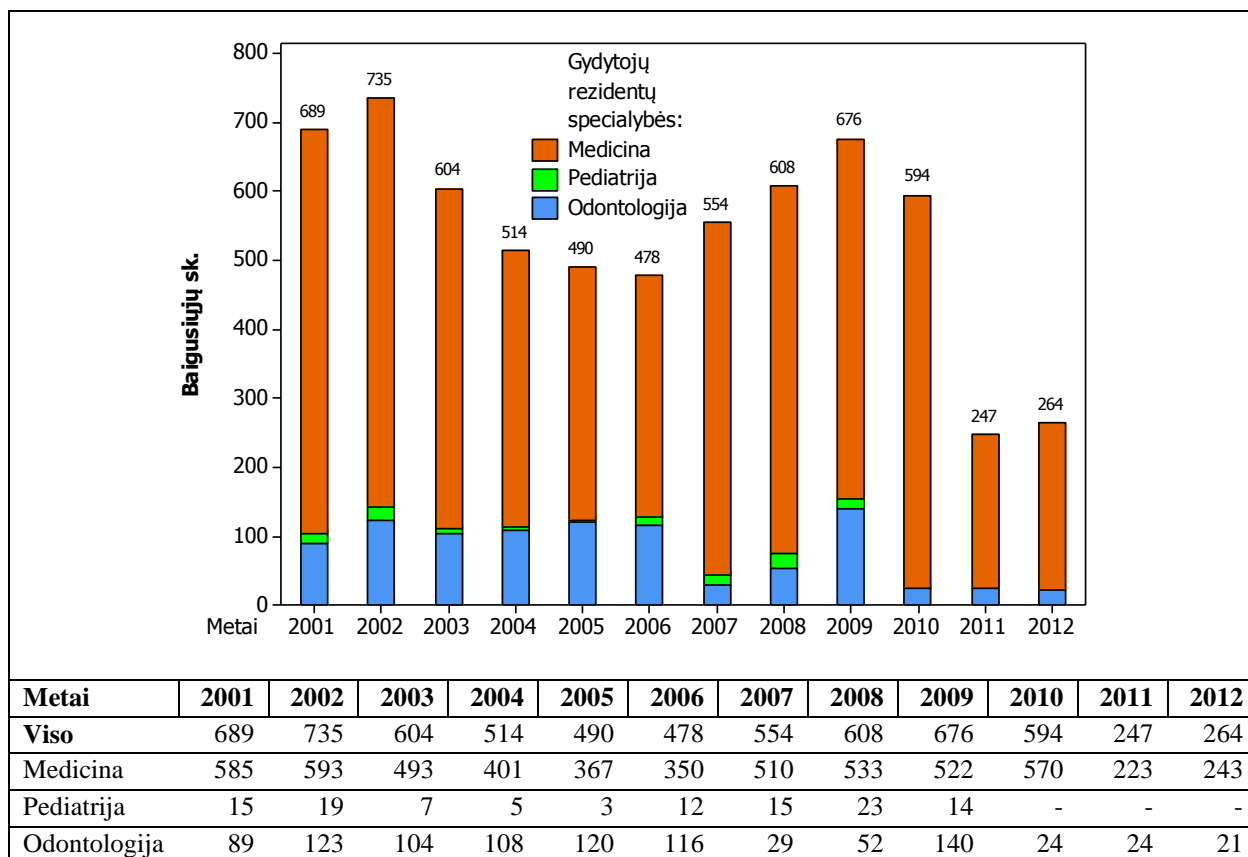
**1.1 lentelė. Medicinos specialistų parengimas Lietuvoje 2001–2012 m. pagal specialybes.**

*Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas*

<b>Baigusiųjų studijas universitete skaičius (vientisas, bakalauro, specialiasias profesines ir magistrantūros)</b>													
<b>Metai: Specialybės:</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>Iš viso</b>
Medicina	238	281	245	245	216	259	264	322	395	391	407	394	3657
Pediatrija	14	18	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51
Odontologija	90	99	93	98	101	112	116	141	147	160	141	174	1472
Farmacija	59	82	79	84	78	82	97	150	149	136	127	161	1284
Reabilitacija ir slauga	51	44	61	132	243	238	312	272	287	267	285	217	2409
Visuomenės sveikata	106	106	131	128	102	115	137	194	259	294	171	169	1912
Ergoterapija	-	8	4	9	11	29	33	34	60	60	74	54	376
Kineziterapija	43	36	37	36	106	127	109	116	112	127	118	131	1098
Visuomenės sveikatos vadyba	18	18	41	41	57	50	57	57	49	52	46	41	527
Taikomoji fizinė veikla	45	35	25	31	28	33	37	37	35	13	26	38	383
<b>Baigusiųjų studijas kolegijoje skaičius</b>													
<b>Metai: Specialybės:</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>Iš viso</b>
Medicinos laboratorinė diagnostika	70	30	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	127
Odontologija	58	56	28	43	59	43	66	58	56	85	74	48	674
Dantų technologija	36	28	22	66	34	34	20	36	35	45	52	64	472
Masažuotojai	11	19	-	36	-	-	-	-	-	-	-	-	66
Burnos higiena	70	47	39	40	17	27	20	32	31	45	80	141	589
Slauga	444	276	584	448	638	600	621	416	355	332	304	289	5307
Farmakotechnika	34	44	155	87	22	110	18	107	88	18	49	63	795
Higiena	28	28	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77
Dietologija	-	-	20	46	23	19	24	27	-	28	32	41	260
Akušerija	20	-	-	53	58	-	84	81	23	23	23	48	413
Ortopedija ir protezavimas	10	15	12	23	-	19	27	19	-	-	-	-	125
Ergoterapija	58	45	163	120	42	68	60	68	63	68	33	60	848
Kineziterapija	111	110	214	251	192	153	159	199	173	210	128	247	2147
Bendruomenės sveikatos prižiūra	-	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76
Biomedicininė diagnostika	-	-	34	99	77	145	94	83	64	45	51	65	757
Kosmetologija	-	-	19	26	69	65	101	87	156	163	181	217	1084

Lietuvoje taip pat organizuojamos rezidentūros studijos. 2001–2012 m. buvo parengta 4712 rezidentų (1.2 pav.). Daugiausiai rezidentų buvo parengta 2002 m. (735 baigusieji), mažiausiai – 2011 m. (247 baigusieji).

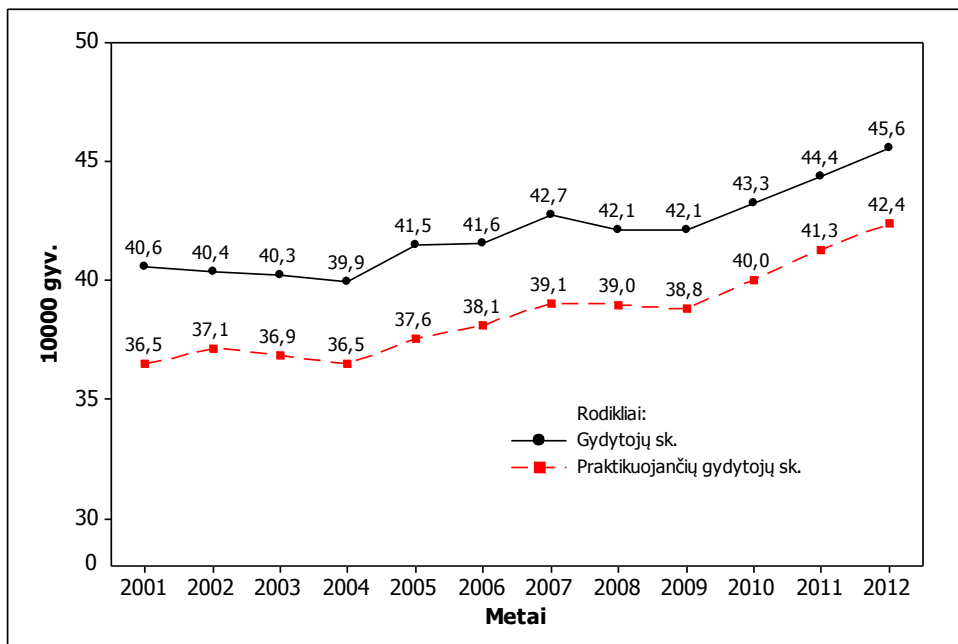
Per aprašomą laikotarpį daugiausiai buvo baigusiujų medicinos rezidentūrą. Daugiausiai medicinos rezidentų buvo parengta 2002 m. (593 baigusieji), mažiausiai – 2011 m. (223 baigusieji). 2001–2009 m. pediatrijos rezidentūrą kasmet baigdavo 12 rezidentų, nuo 2010 m. pediatrijos rezidentai neruošiami. Odontologijos rezidentų daugiausiai parengta 2009 m. (140 baigusiujų), mažiausiai – 2012 m. (21 baigęs).



1.2 pav. Gydytojų rezidentų parengimas Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

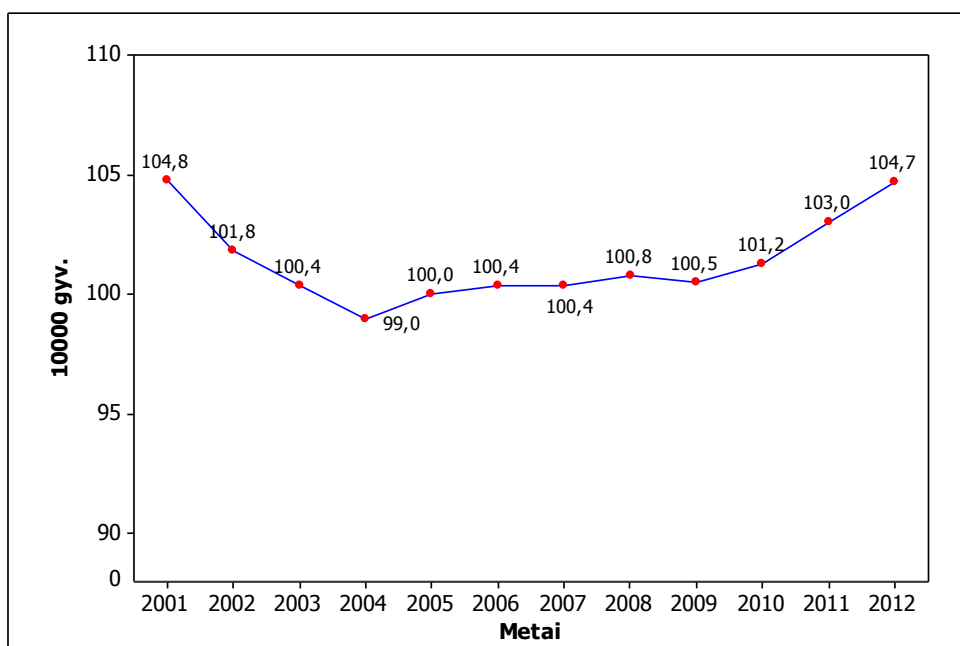
Lietuvoje nuo 2001 m. gydytojų skaičius sumažėjo 479 asmenimis, tačiau dėl gyventojų skaičiaus mažėjimo bendras gydytojų skaičius, tenkantis 10000 gyv., nuo 2001 m. padidėjo 12,3 proc. Praktikuojančių gydytojų rodiklis (1.3 pav.) Lietuvoje nuo 2001 m. iki 2012 m. šiek tiek padidėjo (16,2 proc.). Nepraktikuojančių gydytojų dalis kasmet vis mažėjo – didžiausia jų dalis buvo 2001 m. (10,2 proc.), o iki 2012 m. sumažėjo 3,2 procentiniais punktais. Tai reiškia, jog vis didesnė dalis gydytojų dirba su pacientais pagal savo įgytą medicinos (gydytojo) specialybę ir jų skaičius kasmet auga sparčiau nei gydytojų skaičius (visų specialistų, turinčių medicinos (gydytojo) specialybę).



1.3 pav. Gydytojų ir praktikuojančių gydytojų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

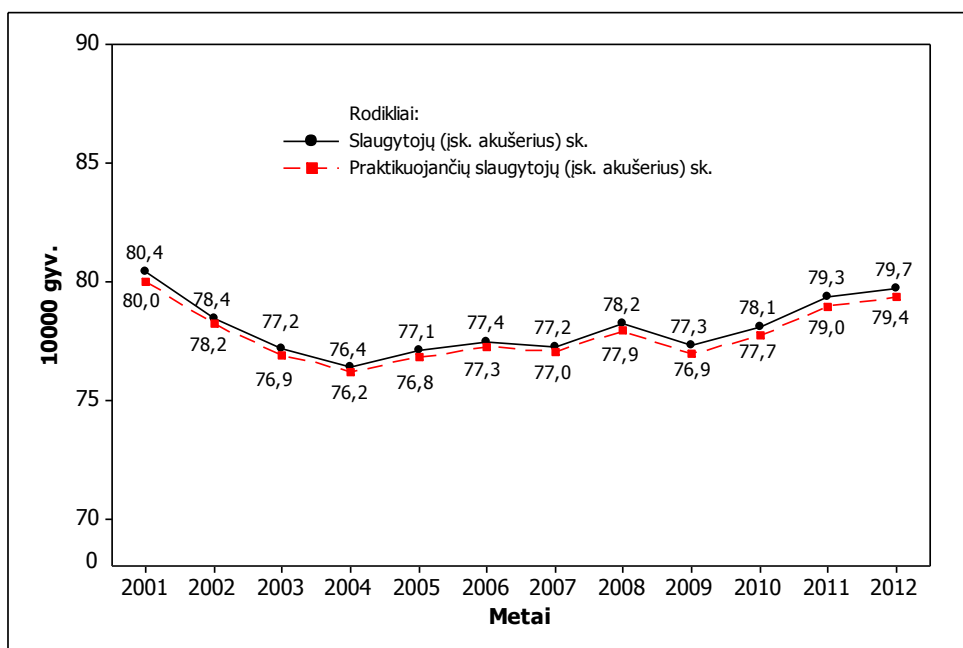
Per aprašomą laikotarpį specialistų, turinčių aukštąjį ar aukštesnįjį medicinos išsilavinimą, (ne gydytojų) skaičius, tenkantis 10000 gyv., beveik nepakito (1.4 pav.), nors absoliutus šių specialistų skaičius sumažėjo 5073 asmenimis. Pastebima panaši rodiklio kitimo tendencija kaip ir gydytojų skaičiaus, tenkančio 10000 gyv., – mažėjimas iki 2004 m., vėliau didėjimas. Tokie pokyčiai galėjo būti netiesiogiai susiję su Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija [2].



1.4 pav. Specialistų, turinčių aukštąjį ar aukštesnįjį medicinos išsilavinimą, (ne gydytojų) skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001-2012 m.

Šaltinis: HI SIC

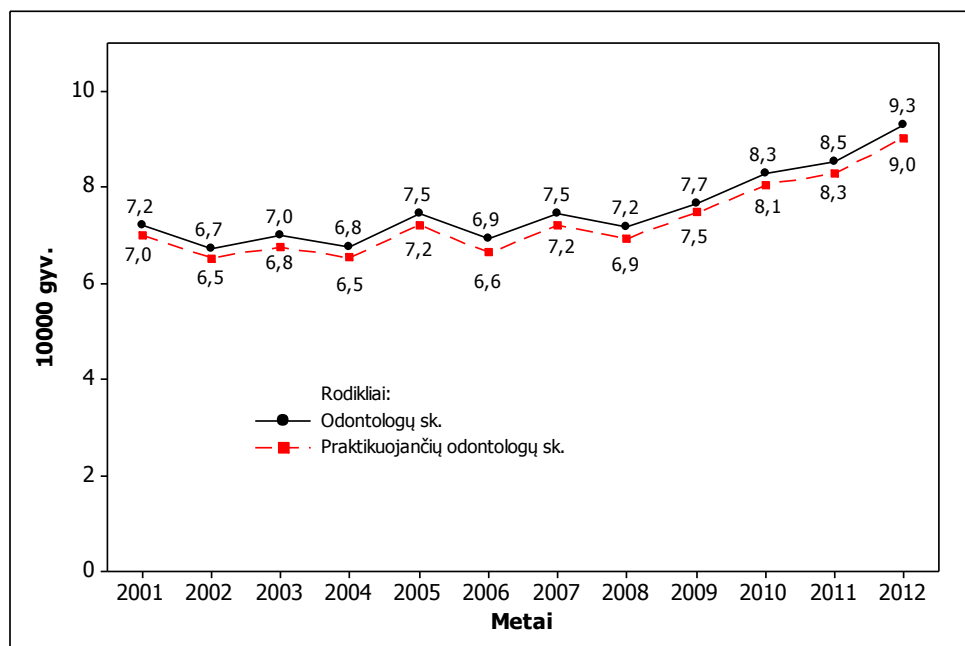
Didžiausią specialistų, turinčių aukštąjį ir aukštesnįjį medicinos išsilavinimą (ne gydytojų), dalį (76,0–77,0 proc.) sudarė slaugytojai (įsk. akušerius), todėl jų skaičiaus, tenkančio 10000 gyv., kitimas per 2001–2012 m. buvo labai panašus (1.5 pav.). Absolūtus slaugytojų (įsk. akušerius) skaičius per 12 metų taip pat sumažėjo (4094 asmenimis). Slaugytojai (įsk. akušerius) yra ta specialistų grupė, kurių didžiausia dalis per visą laikotarpį buvo praktikuojantys (nepraktikuojančių slaugytojų (įsk. akušerius) dalis per 12 metų nebuvo didesnė nei 0,7 proc.).



1.5 pav. Slaugytojų ir praktikuojančių slaugytojų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m. (SAM sistemoje).

Šaltinis: HI SIC

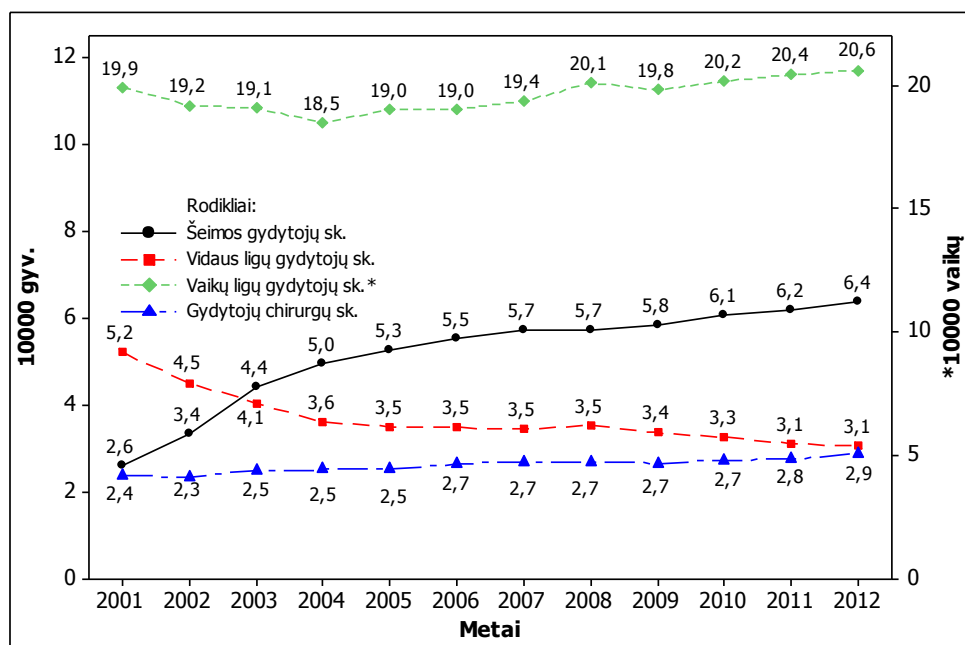
Odontologų ir praktikuojančių odontologų skaičius 10000 gyv. (SAM sistemoje) nuo 2001 m. padidėjo po 29,0 proc. (1.6 pav.). Absolūtus odontologų skaičius padidėjo 275 asmenimis. Odontologų ir praktikuojančių odontologų skaičius, tenkantis 10000 gyv., kito lygiagrečiai. Šių rodiklių skirtumas per visą laikotarpį buvo neįžymus – nepraktikuojančių odontologų dalis nuolatos svyravo tarp 2,5 ir 4,0 proc., tad galima teigti, jog per visą laikotarpį vidutiniškai tik kas trisdešimtas odontologas dirbo ne pagal įgytą medicinos (odontologo) specialybę.



1.6 pav. Odontologų ir praktikuojančių odontologų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Dažniausių specialybių gydytojų (šeimos, vaikų ligų gydytojų ir gydytojų chirurgų) skaičius, tenkantis 10000 gyv., padidėjo, išskyrus vidaus ligų gydytojų skaičių (1.7 pav.). Atsižvelgiant į absoliutų šių specialybių gydytojų skaičių, taip pat padaugėjo šeimos, vaikų ligų ir gydytojų chirurgų.

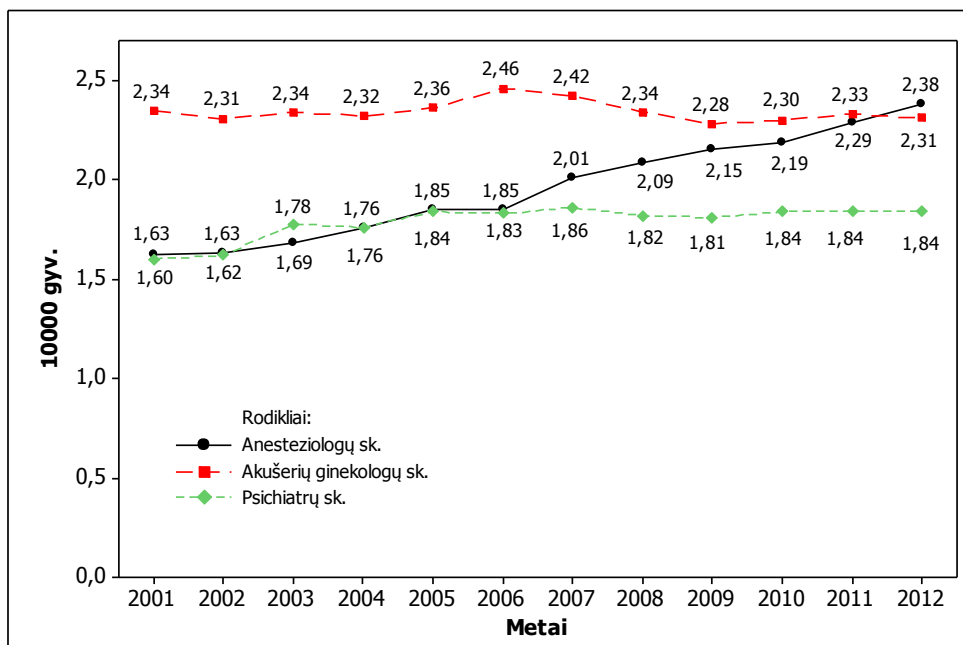


1.7 pav. Pagrindinių specialybių gydytojų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m. (vaikų ligų gydytojų skaičiaus skalė dešinėje pusėje).

Šaltinis: HI SIC

Toks žymus šeimos gydytojų rodiklio padidėjimas rodo pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtrą, kurios buvo siekiama įgyvendinant Lietuvos sveikatos programos (1998–2010 m.) uždavinius. Juose numatyta, jog pirminė sveikatos priežiūra plėtojama perkvalifikuojant terapeutus, pediatus ir kitus specialistus į šeimos gydytojus. Dėl šio uždavinio įgyvendinimo atitinkamai sumažėjo vidaus ligų gydytojų (terapeutų) rodiklis.

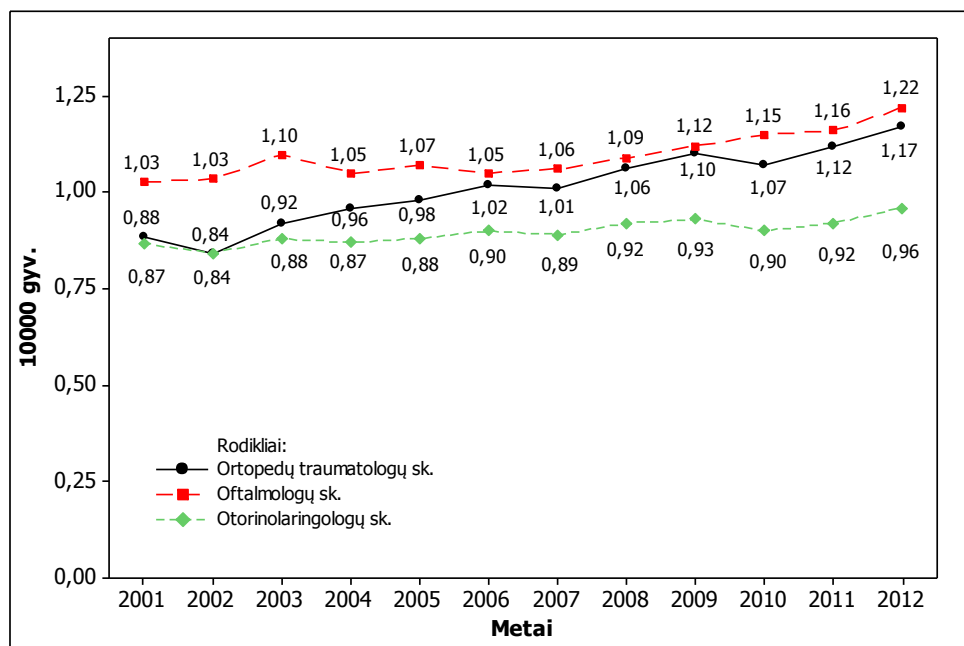
Anesteziologų skaičius, tenkantis 10 000 gyv., Lietuvoje per 12 metų padidėjo beveik 1,5 karto (išviso anesteziologų padaugėjo 144 asmenimis). Akušerių ginekologų rodiklis nuo 2001 m. beveik nepakito, tačiau bendras jų skaičius sumažėjo 124 asmenimis. Psichiatrų skaičius, tenkantis 10 000 gyv., šalyje padidėjo 15,7 proc., nors jų bendras skaičius pasikeitė tik keliais vienetais (1.8 pav.).



1.8 pav. Anesteziologų, akušerių ginekologų ir psichiatrų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

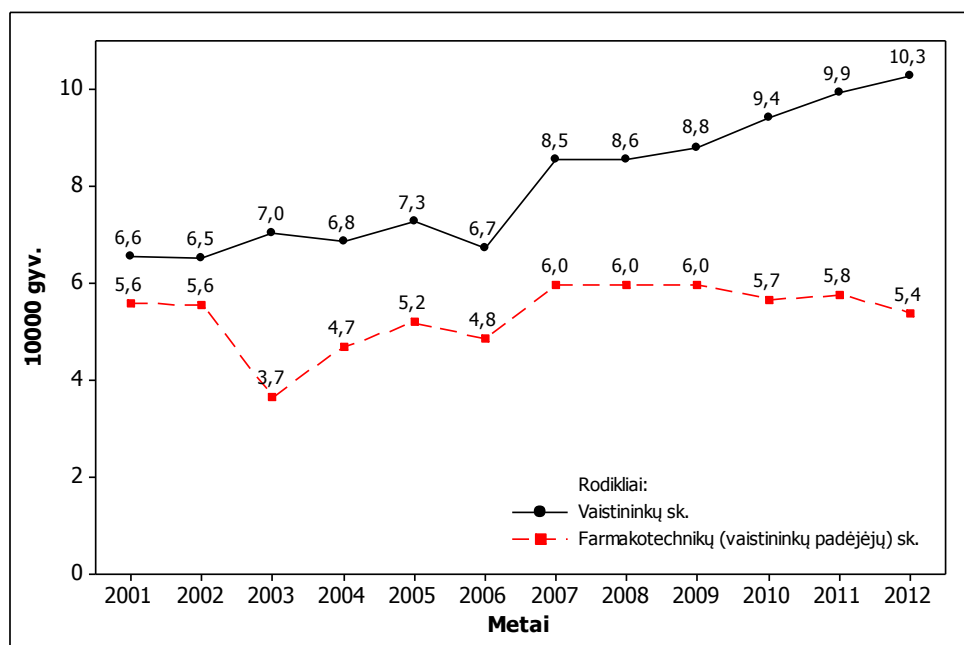
Šaltinis: HI SIC

Lietuvoje 2001–2012 m. nežymiai padidėjo ortopedų traumatologų, oftalmologų ir otorinolaringologų skaičius, tenkantis 10 000 gyv.: ortopedų traumatologų – 33,0 proc., oftalmologų – 18,4 proc., otorinolaringologų – 10,3 proc. (1.9 pav.), tačiau, atsižvelgiant į absoliutų šių specialybių gydytojų skaičių, ortopedų traumatologų ir oftalmologų padaugėjo tik dešimtimis, o otorinolaringologų – sumažėjo keliolika asmenų.



1.9 pav. Ortopedų traumatologų, oftalmologų ir otorinolaringologų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m. Šaltinis: HI SIC

Lietuvoje nuo 2001 m. 56,0 proc. padidėjo vaistininų skaičius, tenkantis 10 000 gyv. Šis rodiklis nuo 2006 m. nuolat didėjo. Farmakoteknikų (vaistininų padėjėjų) rodiklis beveik nepasikeitė (1.10pav.). Iš viso vaistininų padaugėjo 784 asmenimis, farmakoteknikų sumažėjo 325 asmenimis.



1.10pav. Licencijuotų vaistininų ir jų padėjėjų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m. Šaltinis: Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie LR SAM

Privačių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų Lietuvoje nuo 2001 m. padaugėjo daugiau nei 2,7 karto (10266 darbuotojais) (1.2 lentelė **Error! Reference source not found.**). Vien tik

gydytojų privačiose sveikatos priežiūros įstaigose nuo 2001 m. padaugėjo 3 kartus, odontologų – beveik 2 kartus (1.11pav.).

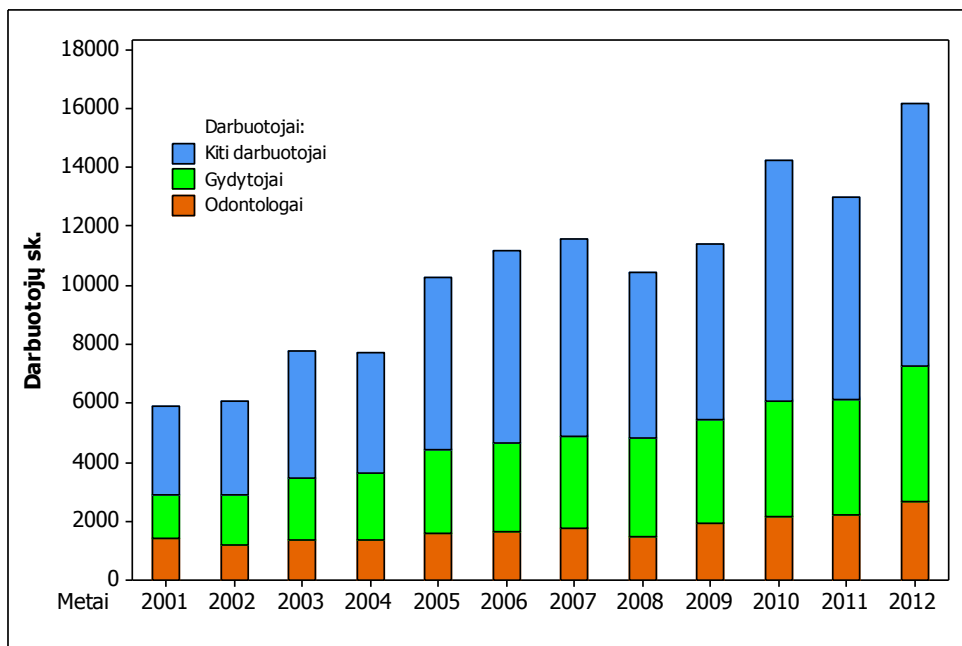
**1.2 lentelė. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų skaičius Lietuvoje 2001–2012 m.**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I	1500	1659	2100	2322	2832	2982	3146	3320	3513	3878	3940	4624
II	1418	1218	1355	1335	1606	1664	1758	1497	1933	2183	2208	2647
III	73	79	150	166	274	259	329	216	244	386	364	528
IV	1714	1811	2282	2286	2930	3260	3343	3376	3691	4079	4183	4656
V	1201	1328	1872	1621	2598	3008	2972	2040	2034	3715	2280	3717
Iš viso:	5906	6095	7759	7730	10240	11173	11548	10449	11415	14241	12975	16172

*Šaltinis: HI SIC*

I – gydytojų skaičius  
 II – odontologų skaičius  
 III – kitų specialistų su aukštuoju nemedicininu išsilavinimu, dirbančių gydymą ir diagnostinį darbą, skaičius  
 IV – specialistų su aukštuoju ar aukštesnioju medicininu išsilavinimu (ne gydytojų) skaičius  
 V – kitų darbuotojų skaičius

Kitų specialistų su aukštuoju ne medicinos išsilavinimu, dirbančių gydymą ir diagnostinį darbą, skaičius padidėjo daugiau nei 7 kartus, o specialistų su aukštuoju ar aukštesnioju medicinos išsilavinimu (ne gydytojų) skaičius ir kitų privačių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų skaičius padidėjo 3 kartus (1.11pav.).



**1.11pav. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.**

*Šaltinis: HI SIC*

Taigi, apibendrinus visus minėtus rodiklius matoma, jog Lietuvoje nuo 2001 m. gydytojų, tenkančių 10 000 gyv., skaičius padidėjo. Visų sveikatos priežiūros specialistų skaičius pagal specialybes, tenkantis 10 000 gyv., arba padidėjo, arba išliko panašus. Šeimos gydytojų rodiklio

didėjimas ir vidaus ligų gydytojų (terapeutų) rodiklio mažėjimas rodo pirminės sveikatos priežiūros plėtrą. Taip pat per 12 metų beveik 3 kartus padaugėjo specialistų, dirbančių privačiose sveikatos priežiūros įstaigose.

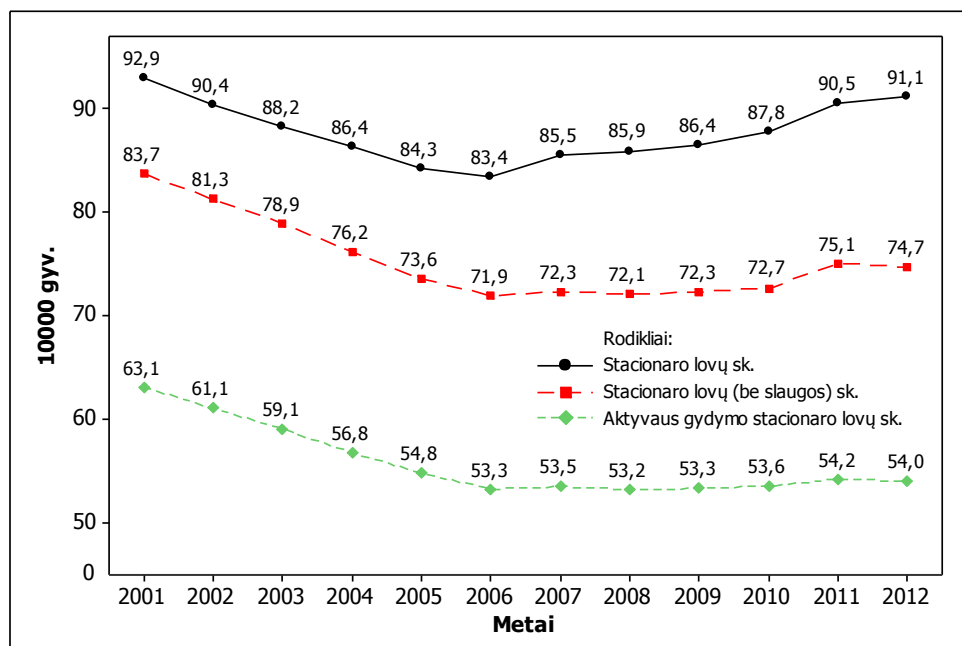
Esamos žmogiškųjų išteklių problemos Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje yra kvalifikuotų sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir migracija. Atlikti tyrimai rodo, jog per 2004–2010 m. apie 3 proc. sveikatos priežiūros specialistų emigravo į kitas šalis [3]. Emigracijos problema atsirado Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą. Tyrimais nustatyta, jog pagrindinės emigracijos priežastys buvo maži atlyginimai, didelis darbo krūvis, prastos darbo sąlygos ir nepatenkinama darbo aplinka [4]. Kai kurios politinės iniciatyvos sustabdė didesnę specialistų išvykimą iš šalies ar perėjimą į kitus sektorius (padidinti atlyginimai, padidintas dalyvavimas mokymo programose, rezidentūros pokyčiai, profesinio pakartotinio grįžimo programos). Tačiau vis dar pastebimas netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas šalyje.

Taip pat manoma, jog ateityje sveikatos priežiūros sektorius patirs išbandymą dėl vykstančio sveikatos priežiūros specialistų vidutinio amžiaus didėjimo [5]. Prognozuojama, kad 40–60 proc. dabar dirbančių medicinos specialistų dėl savo amžiaus paliks darbo rinką iki 2025 m., todėl juos bent jau iš dalies turės pakeisti nauji paruošti specialistai.

## **1.2 Stacionaro lovos**

Ligoninės lova – tai pastovi, aprūpinta įranga ir personalu, paciento priežiūrai skirta lova, esanti ligoninėje. Lova yra ligoninės talpumo matavimo vienetas. Į stacionaro lovų skaičių neįeina lovos, skirtos naujagimiams gimdymo namuose, lovos atsarginėse palatose, skirtos specialioms tikslams. Lietuvoje šiuo metu į stacionaro lovų skaičių įtraukiamos ir dienos stacionarų lovos, nes jų kol kas yra nedaug ir jos nėra aiškiai atskirtos nuo kitų stacionaro lovų.

Lietuvoje bendras stacionaro lovų skaičius, tenkantis 10 000 gyv., 2001–2012 m. pakito nežymiai (1.12 pav.), nors lovų skaičius sumažėjo 5025 vienetais. Panašus, bet ryškesnis rodiklio kitimas per 12 m. buvo skaičiuojant stacionaro lovų (be slaugos) rodiklį, kuris per šį laikotarpį sumažėjo 10,8 proc. (iš viso sumažėjo 6717 lovų). Šiek tiek daugiau per aprašomą laikotarpį (14,4 proc.) sumažėjo aktyvaus gydymo stacionaro lovų rodiklis (stacionaro lovos be slaugos ir palaikomojo gydymo, reabilitacijos, tuberkuliozės ir psichiatrijos lovų) – šių lovų skaičius sumažėjo 5746. Apskritai pastebima šių trijų rodiklių nuoseklus mažėjimo tendencija iki 2006 m., o vėliau – rodiklio didėjimas arba pastovumas.



1.12 pav. Stacionaro lovų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

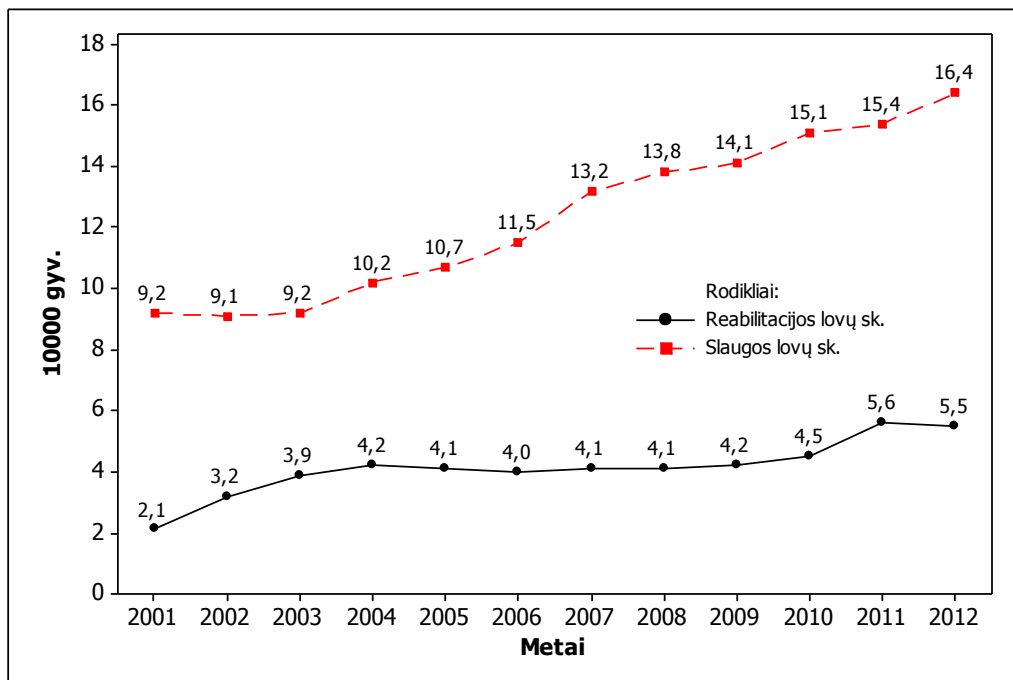
Šaltinis: HI SIC

Reabilitacijos ir slaugos lovų rodikliai per 2001–2012 m. laikotarpį padidėjo (1.13 pav.). Slaugos lovų rodiklis išaugo beveik dvigubai (lovų padaugėjo 1692 vienetais), reabilitacijos lovų rodiklis padidėjo 2,5 karto (lovų padaugėjo 975 vienetais).

Atsižvelgus į bendrą stacionaro lovų rodiklio didėjimą nuo 2006 m., stacionaro lovų (be slaugos) ir slaugos lovų rodiklio kitimus paskutiniaisiais metais, matoma, jog bendrą stacionaro lovų rodiklio didėjimą nulėmė spartus slaugos lovų rodiklio didėjimas, nors stacionaro lovų (be slaugos) rodiklis išliko panašus.

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje buvo numatyta, jog įgyvendinus pirmąjį etapą (2003–2005 m.) sumažės bendras lovų skaičius [2]. Bendras lovų skaičiaus kitimas buvo toks: 2001 m. lovų buvo 32104, 2012 m. – 27079 (mažiausiai 2010 m. – 26804 lovos). Nors stacionaro lovų rodiklis mažėjo tik iki 2006 m., o vėliau vėl didėjo, tačiau bendras lovų skaičiaus kitimas beveik atitiko numatytą Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje. Todėl vertinant tik lovų skaičiaus kitimą, iš esmės pirmasis etapas buvo įgyvendintas sėkmingai.

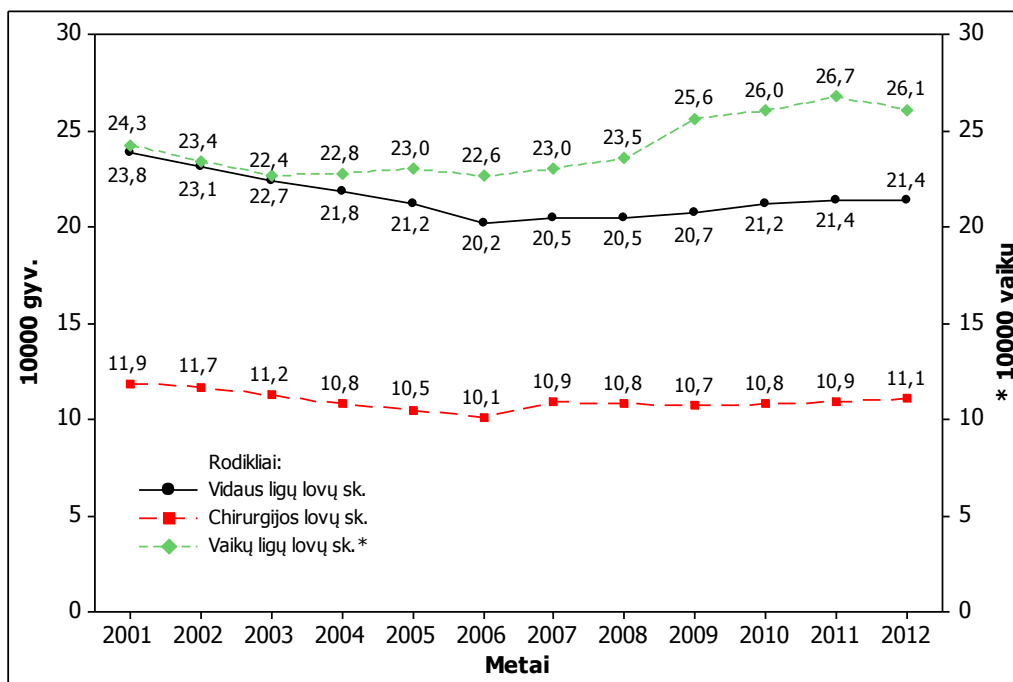
Taip pat pirmojo etapo trečiosios krypties nuostata numatė medicininės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtrą, kurio vertinimo kriterijus: 8–12 lovų, tenkančių 10000 gyv. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos įgyvendinimo metu šis rodiklis jau buvo tokia lygyje, kurį numatė vertinimo kriterijus, o dabar yra dar aukščiau.



1.13 pav. Reabilitacijos ir slaugos lovų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

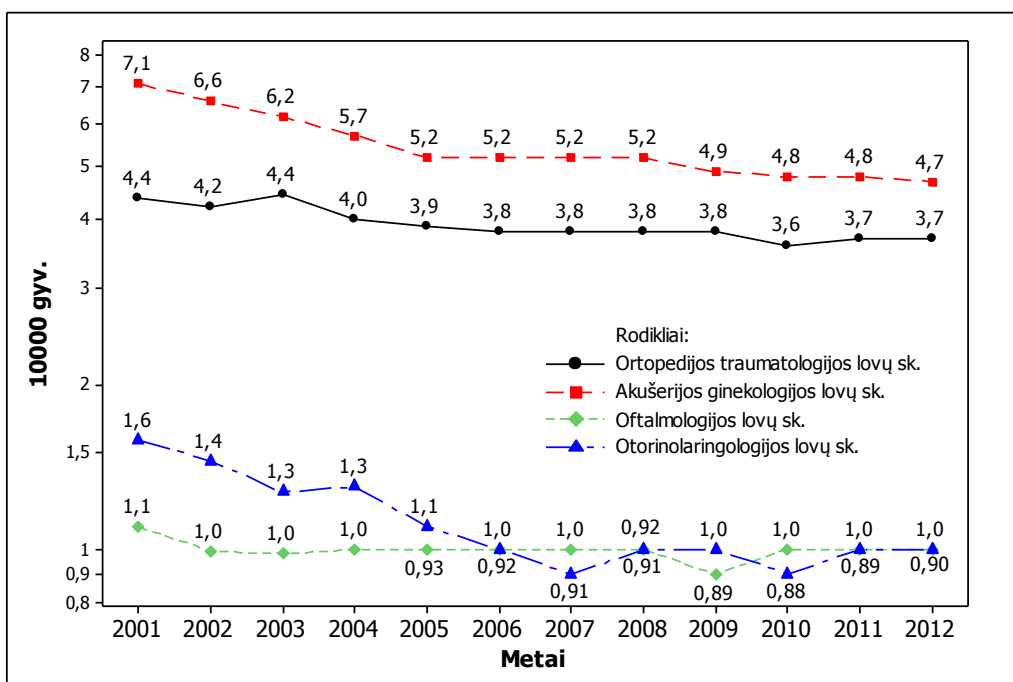
Vidaus ligų, chirurgijos ir vaikų ligų lovų skaičius, tenkantis 10 000 gyv., keitėsi įvairiai. Vidaus ligų lovų rodiklis nuo 2001 m. nežymiai sumažėjo (1.14 pav.), nors lovų skaičius sumažėjo 1879 lovomis. Taip pat nedaug pasikeitė ir chirurgijos lovų rodiklis (iš viso sumažėjo 787 lovomis). Labiausiai per 2001–2012 m. laikotarpį keitėsi vaikų ligų lovų rodiklis (iš viso sumažėjo 572 lovomis).



1.14 pav. Vidaus ligų, chirurgijos ir vaikų ligų lovų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

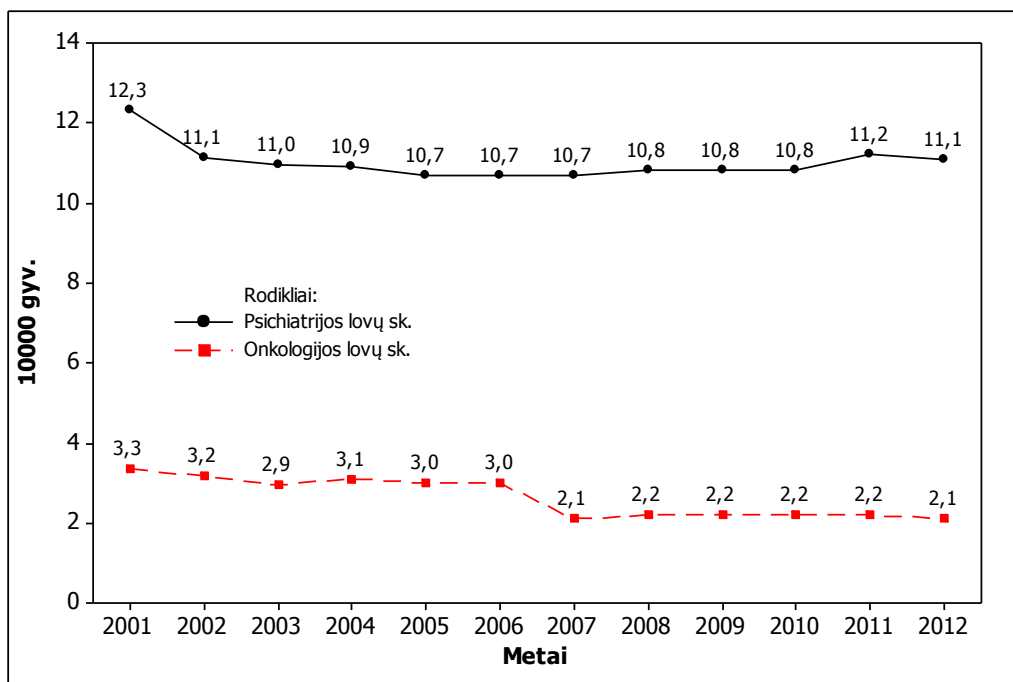
Ortopedijos traumatologijos lovų sk., tenkantis 10 000 gyv., per 12 metų sumažėjo 15,9 proc. (414 lovų) (1.15 pav.). Akušerijos ginekologijos lovų rodiklis nuo 2001 m. iki 2012 m. sumažėjo 1,5 karto (1045 lovomis). Oftalmologijos lovų rodiklis pakito nežymiai (sumažėjo beveik 100 lovų). Otorinolaringologijos lovų rodiklis per 12 m. sumažėjo 43,8 proc. (265 lovomis).



1.15 pav. Ortopedijos traumatologijos, akušerijos ginekologijos, oftalmologijos ir otorinolaringologijos lovų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

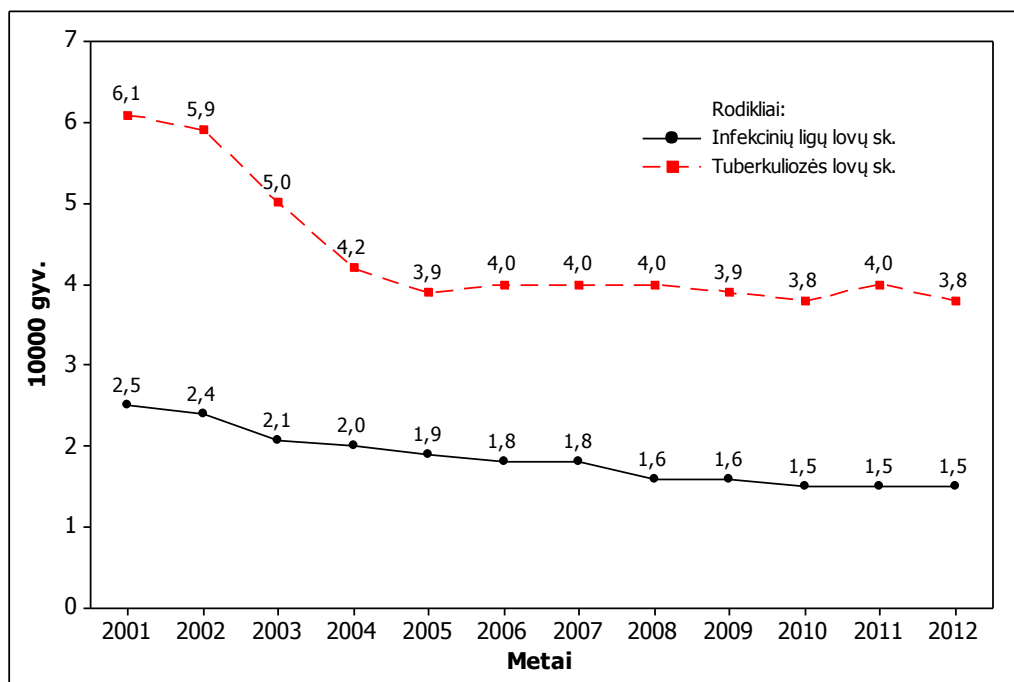
Psichiatrijos lovų rodiklis Lietuvoje nuo 2001 m. yra beveik nepakitęs (1.16 pav.), iš viso lovų sumažėjo 956 vienetais. Onkologijos lovų skaičius, tenkantis 10 000 gyv., nuo 2001 m. sumažėjo 36,4 proc. (526 lovomis). Staigus sumažėjimas buvo 2007 m., kuomet rodiklis sumažėjo trečdaliu ir vėliau beveik nesikeitė.



1.16 pav. Psichiatrijos ir onkologijos lovų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Infekcinių ligų ir tuberkuliozės lovų skaičius, tenkantis 10 000 gyv., per 12 metų sumažėjo 1,6 karto (1.17 pav.). Tuberkuliozės lovų rodiklis tiek kartų sumažėjo jau 2005 m. ir nuo tada išliko panašus. Iš viso infekcinių ligų lovų sumažėjo 432, tuberkuliozės lovų – 970.



1.17 pav. Infekcinių ligų ir tuberkuliozės lovų skaičiaus pokyčiai Lietuvoje 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Apibendrinant duomenis pastebima, kad Lietuvoje nuo 2001 m. mažėja stacionaro lovų (be slaugos), aktyvaus gydymo stacionaro lovų, vidaus ligų lovų, ortopedijos traumatologijos, akušerijos ginekologijos, otorinolaringologijos, infekcinių ligų, tuberkuliozės ir onkologijos lovų skaičius, tenkantis 10 000 gyv., išskyrus slaugos, reabilitacijos, odontologijos ir vaikų ligų lovų, kurių rodikliai didėja. Dėl šių profilių stacionaro lovų didėjimo nuo 2006 m. pastebimas ir bendras stacionaro lovų skaičiaus didėjimas. Kitų profilių stacionaro lovų rodikliai išlieka stabilūs.

### 1.3 Sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės

Lietuvoje nuo 2001 m. sumažėjo SAM sistemoje esančių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius (1.3 lentelė). Prie to prisidėjo 2003 m. prasidėjęs ligoninių restruktūrizavimas, kai buvo uždarytos arba sujungtos kai kurios ligoninės. Ligoninių sumažėjo 47 vienetais, ambulatorinių įstaigų – 10, medicinos punktų – 365, greitosios medicinos pagalbos skyrių/stočių – 7, visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų – 49.

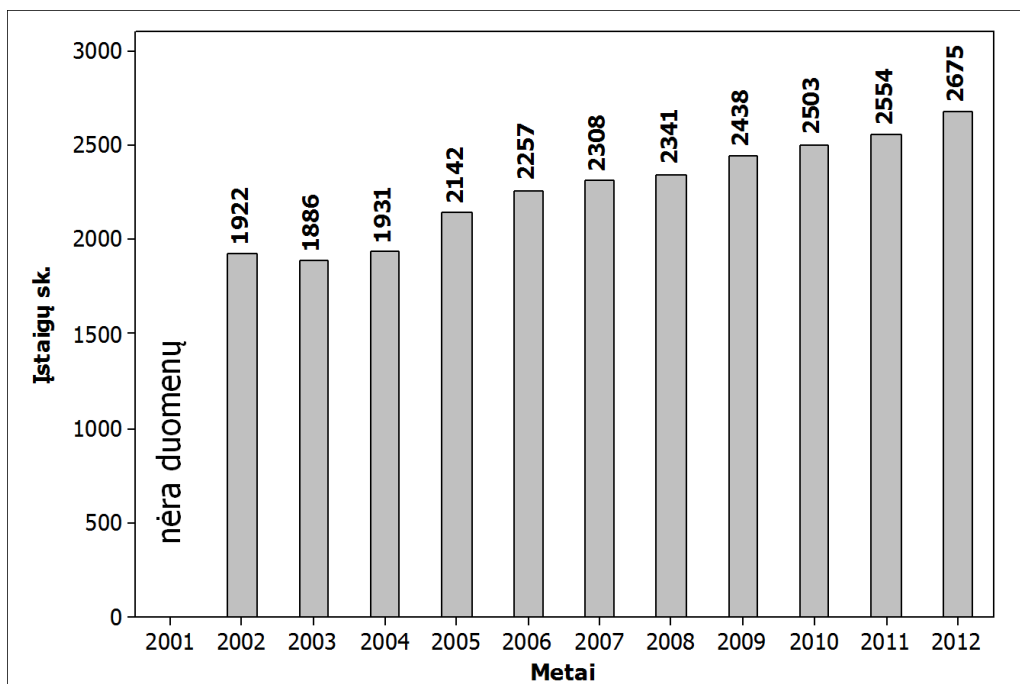
**1.3 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigos Lietuvoje 2001–2012 m.**  
(SAM sistemoje, be kitų žinybų ir privačių įstaigų; atskiros įstaigos arba organizaciniai padaliniai)

Šaltinis: HI SIC

Metai	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Asmens sveikatos priežiūros įstaigos*</b>												
Ligoninės	189	188	181	169	159	158	156	149	148	147	145	142
Ambulatorinės įstaigos	440	442	437	429	435	437	433	436	432	432	426	426
Medicinos punktai	966	933	905	868	839	757	739	692	656	649	632	601
Greitosios medicinos pagalbos skyriai/stotys	60	60	59	59	58	56	56	56	56	56	56	53
<b>Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos</b>												
	99	100	109	109	100	47	52	40	50	46	49	50

\* - nepateiktas sanatorių, kraujo donorystės įstaigų, kūdikių namų, neatidėliotinos ir planinės konsultacinės pagalbos skyrių skaičius

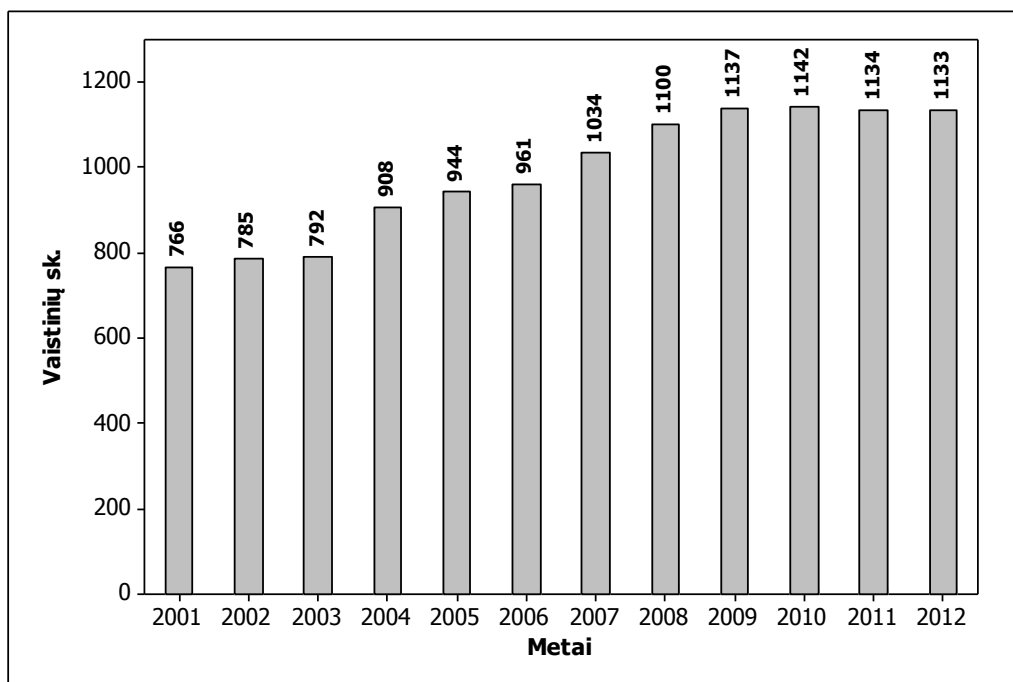
Privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius nuo 2002 m. padidėjo 39,1 proc. (1.18 pav.). 2002 m. privačių sveikatos priežiūros įstaigų buvo 1922, o 2012 m. – 2675. Nuo 2002 m. jų skaičius didėjo nuolat, išskyrus 2003 m. (tuomet privačių sveikatos priežiūros įstaigų buvo 1886).



**1.18 pav. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius Lietuvoje 2001–2012 m.**

Šaltinis: HI SIC

Vaistinių skaičius Lietuvoje nuo 2001 m. padidėjo 47,9 proc. (1.19 pav.). 2001 m. buvo 766 vaistinės, o 2012 m. – 1133.



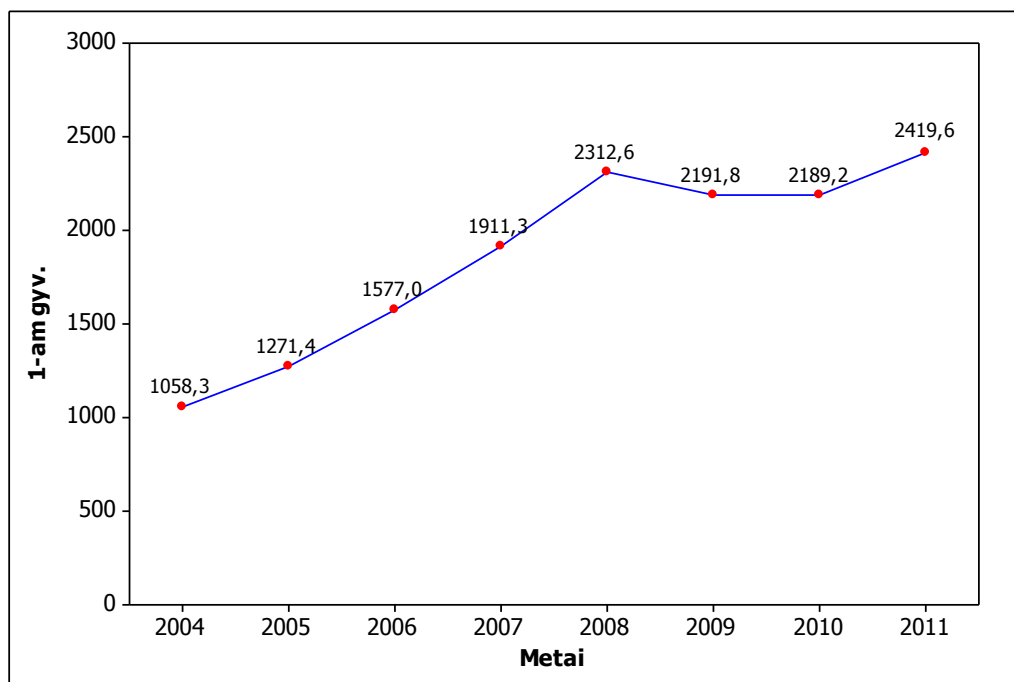
**1.19 pav. Vaistinių skaičius Lietuvoje 2001–2012 m. (įskaitant filialus).**

*Šaltinis: Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie LR SAM*

#### **1.4 Sveikatos priežiūros finansavimas ir išlaidos**

Sveikatos priežiūros finansavimui bei išlaidoms aprašyti yra naudojami įvairūs rodikliai, kurie nagrinėjami įvairiais aspektais – pagal funkcijas, teikėjus arba finansavimo šaltinius. Kiekvienas šių aspektų yra aptiriamas plačiau naudojant einamąsias sveikatos priežiūros išlaidas ir bendrąsias sveikatos priežiūros išlaidas.

Lietuvoje 2004–2011 m. sveikatos priežiūros išlaidos 1-am gyventojui (litais) padidėjo daugiau nei dvigubai – nuo 1058,3 Lt 2004 m. iki 2419,6 Lt 2011 m. (1.20 pav.). Per šį laikotarpį rodiklis nuolat didėjo (išskyrus 2009–2010 m., kuomet buvo nežymiai sumažėjęs) ir 2011 m. buvo didžiausias nuo 2004 m.



1.20 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos litais 1-am gyventojui Lietuvoje 2004–2011 m.

Šaltinis: HI SIC

Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos nuo 2004 m. iki 2011 m. iš viso padidėjo daugiau nei dvigubai (1.4 lentelė). 2004 m. buvo 3467,2 mln. Lt, o 2011 m. – 7013,6 mln. Lt. Nuo 2004 m. išlaidos kasmet didėjo ir didžiausios buvo 2008 m. (7098,1 mln. Lt). Vėlesniais metais šios išlaidos šiek tiek sumažėjo, tačiau 2011 m. vėl pakilo, nors 2008 m. ribos nepasiekė.

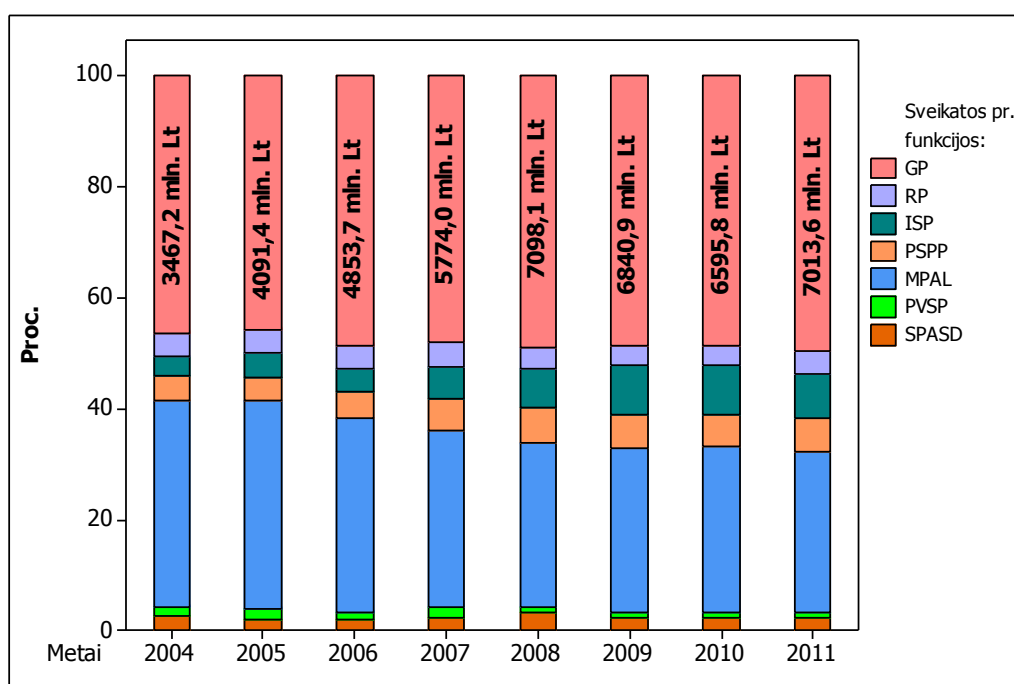
Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūroje (1.21 pav.) didžiausią dalį 2004–2011 m. sudarė išlaidos gydymo paslaugoms (45,8–49,6 proc.) ir išlaidos medicinos prekėms ambulatoriniams ligoniams (29,0–37,6 proc.). Išlaidų dalis kitoms sveikatos priežiūros funkcijoms atlikti visais metais neviršijo daugiau nei po 10 proc.

Per 2004–2011 m. einamųjų išlaidų dalis gydymo paslaugoms, ilgalaikės slaugos paslaugoms ir pagalbinei sveikatos priežiūrai padidėjo, medicinos prekėms ambulatoriniams ligoniams ir prevencijai bei visuomenės sveikatos paslaugoms sumažėjo, o reabilitacinėms paslaugoms ir sveikatos priežiūros administravimui ir sveikatos draudimui išliko beveik nepakitusi.

1.4 lentelė. Einamosios sveikatos pr. išlaidos Lietuvoje 2004–2011 m. pagal sveikatos priežiūros funkcijas.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Metai	Gydy- mo pas- laugos	Reabilita- cinė priežiūra	Ilgalaikės slaugos paslaugos	Pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos	Medicinos prekės ambulato- riniam ligoniam	Prevencija ir visuo- menės sveikatos paslaugos	Sveikatos priežiūros administravi- mas ir sveikatos draudimas	Iš viso einamosios sveikatos priežiūros išlaidos
<b>Sveikatos priežiūros išlaidos, mln. Lt</b>								
2004	1611,3	144,8	123,1	150,4	1294,0	61,6	81,9	3467,2
2005	1875,3	171,8	171,9	181,1	1539,4	71,4	80,5	4091,4
2006	2361,5	207,4	194,0	243,6	1698,5	60,9	87,8	4853,7
2007	2784,6	240,1	336,4	332,5	1844,5	107,5	128,5	5774,0
2008	3473,6	253,5	523,9	433,8	2103,7	86,8	222,8	7098,1
2009	3317,4	237,5	625,6	412,4	2027,6	78,4	141,9	6840,9
2010	3217,1	220,0	589,9	383,3	1986,8	56,7	141,9	6595,8
2011	3477,0	296,3	564,1	414,8	2035,5	77,8	148,2	7013,6
<b>Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.</b>								
2004	46,5	4,2	3,6	4,3	37,3	1,8	2,4	100,0
2005	45,8	4,2	4,2	4,4	37,6	1,7	2,0	100,0
2006	48,7	4,3	4,0	5,0	35,0	1,3	1,8	100,0
2007	48,2	4,2	5,8	5,8	31,9	1,9	2,2	100,0
2008	49,0	3,6	7,3	6,1	29,6	1,2	3,1	100,0
2009	48,5	3,5	9,1	6,0	29,6	1,1	2,1	100,0
2010	48,8	3,3	8,9	5,8	30,1	0,9	2,2	100,0
2011	49,6	4,2	8,0	5,9	29,0	1,1	2,1	100,0



1.21 pav. Einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra Lietuvoje 2004–2011 m. pagal sveikatos pr. funkcijas (Sveikatos priežiūros funkcijos: GP – gydymo paslaugos; RP – reabilitacinė priežiūra; ISP – ilgalaikės slaugos paslaugos; PSPP – pagalbinės sveikatos priežiūros paslaugos; MPAL – medicinos prekės ambulatoriniams ligoniam; PVSP – prevencija ir visuomenės sveikatos paslaugos; SPASD – sveikatos priežiūros administravimas ir sveikatos draudimas).

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos Lietuvoje, atitinkamai kaip ir einamosios išlaidos, padidėjo beveik du kartus – nuo 3574,1 mln. Lt 2004 m. iki 7326,8 mln. Lt 2011 m. (1.5 lentelė).

Atsižvelgiant į paslaugų teikėjus, didžiausia dalis išlaidų teko ligoninėms (35,3–40,0 proc.) bei mažmeninės prekybos įmonėms ir kitiems medicinos prekių teikėjams (27,9–36,0 proc.). Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams teko apie penktadalis (18,4–23,2 proc.) bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų (1.22 pav.).

Per 2004–2011 m. laikotarpį padidėjo ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų veiklos rūšių bei kitų šalių išlaidos sveikatos priežiūrai, sumažėjo – mažmeninėms prekybos įmonėms ir kitiems medicinos prekių teikėjams, visuomenės sveikatos programų administravimui. Išlaidos liko beveik nepakitusios ligoninėms, slaugos ir rezidentinėms priežiūros įstaigoms bei bendrajam sveikatos priežiūros administravimui ir draudimui.

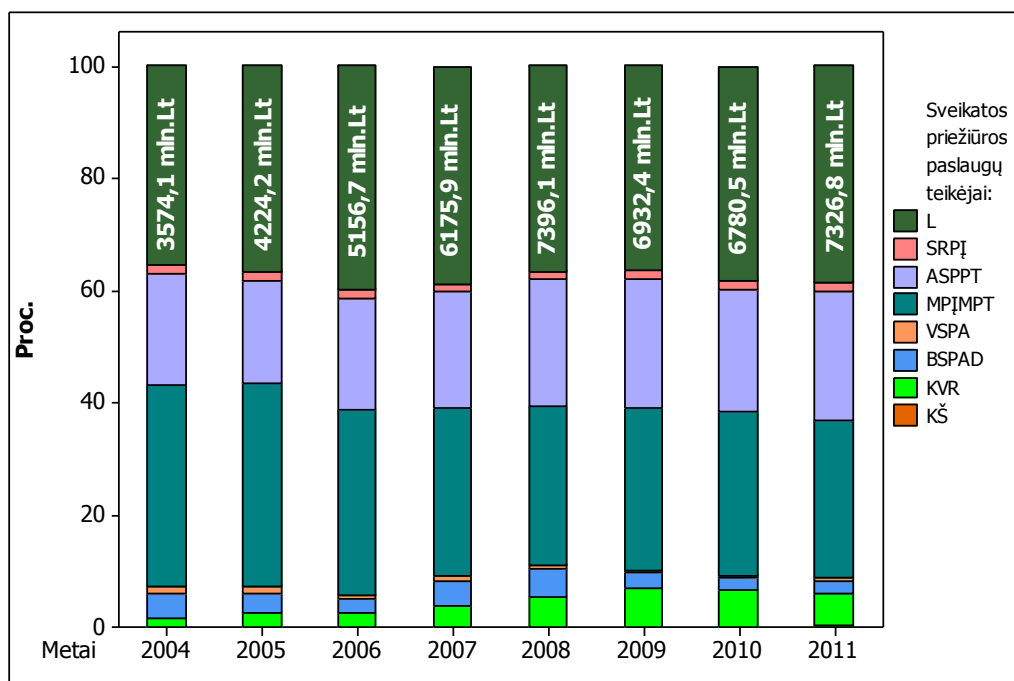
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų dalis, skiriama visuomenės sveikatos programų administravimui rodo, jog Lietuvoje finansai vis dar skiriami gydomajai medicinai, o ne profilaktikai.

Prisiminus, jog nuo 2001 m. padaugėjo šeimos gydytojų (3.1. poskyris), ir atsižvelgus į bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų padidėjimą ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, galima patvirtinti tai, jog Lietuvoje vyksta pirminės sveikatos priežiūros plėtra.

**1.5 lentelė. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos Lietuvoje 2004-2011 m. pagal sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus.**

*Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas*

<b>Metai</b>	Ligoninės	Slaugos ir rezidentinės priežiūros įstaigos	Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai	Mažmeninės prekybos įm. ir kiti medicinos prekių teikėjai	Visuomenės sveikatos programų administravimas	Bendrasis sveikatos pr. administravimas ir draudimas	Kitos veiklos rūšys	Kitos šalys	Iš viso
<b>Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. Lt</b>									
<b>2004</b>	1262,8	62,9	703,9	1285,8	43,1	154,0	61,7	0,0	3574,1
<b>2005</b>	1545,3	72,3	778,7	1530,8	45,5	148,2	102,7	0,6	4224,2
<b>2006</b>	2063,5	69,8	1031,7	1694,0	35,7	139,1	117,1	5,6	5156,7
<b>2007</b>	2397,1	82,8	1291,1	1836,0	57,1	271,6	234,6	5,5	6175,9
<b>2008</b>	2709,6	104,7	1670,8	2101,9	35,3	383,3	384,6	6,0	7396,1
<b>2009</b>	2516,1	107,9	1585,2	2026,5	19,4	188,9	479,4	9,1	6932,4
<b>2010</b>	2596,4	107,4	1467,3	1987,8	22,6	148,0	442,7	8,3	6780,5
<b>2011</b>	2836,0	109,9	1702,0	2042,8	42,3	167,3	414,8	11,8	7326,8
<b>Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, proc.</b>									
<b>2004</b>	35,3	1,8	19,7	36,0	1,2	4,3	1,7	0,0	100
<b>2005</b>	36,6	1,7	18,4	36,2	1,1	3,6	2,4	0,0	100
<b>2006</b>	40,0	1,4	20,0	32,9	0,7	2,7	2,3	0,1	100
<b>2007</b>	38,8	1,3	20,9	29,7	0,9	4,4	3,8	0,1	100
<b>2008</b>	36,6	1,4	22,6	28,4	0,5	5,2	5,2	0,1	100
<b>2009</b>	36,3	1,6	22,9	29,2	0,3	2,7	6,9	0,1	100
<b>2010</b>	38,3	1,6	21,6	29,3	0,3	2,2	6,5	0,1	100
<b>2011</b>	38,7	1,5	23,2	27,9	0,6	2,3	5,7	0,2	100



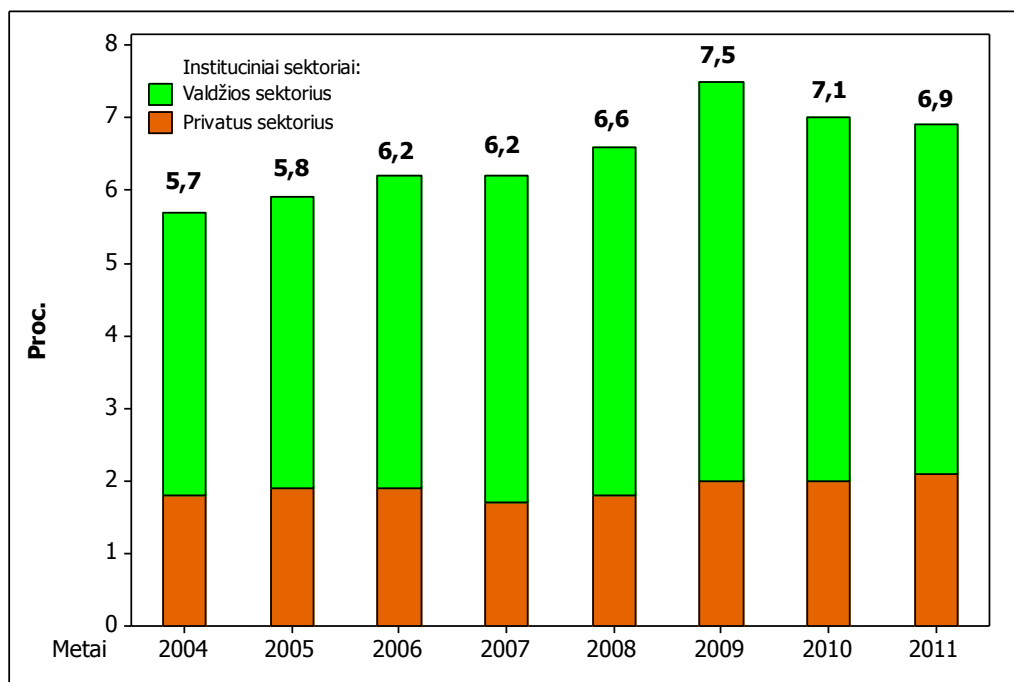
**1.22 pav. Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra Lietuvoje 2004-2011 m. pagal paslaugų teikėjus (Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai: L – ligoninės; SRPĮ – slaugos ir rezidentinės pr. įst.; ASPPT – ambulatorinės sveikatos pr. paslaugų teikėjai; MPĮMPT – mažmeninės prekybos įmonės ir kiti medicinos prekių teikėjai; VSPA – visuomenės sveikatos programų administravimas; BSPAD – bendrasis sveikatos pr. administravimas ir draudimas; KVR – kitos veiklos rūšys; KŠ – kitos šalys.)**

*Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas*

Nuo 2004 m. padidėjo bendrojo vidaus produkto (BVP) dalis, skiriama sveikatos priežiūrai – nuo 5,7 proc. iki 6,9 proc. (1.23 pav.). Didžiausia BVP dalis buvo skiriama 2009 m. – 7,5 proc., vėliau šiek tiek sumažėjo, tačiau išliko didesnė nei prieš 2009 metus. Palyginimui, 2011 m. Europos Sąjungos šalių BVP dalies, skiriamos sveikatos priežiūrai, vidurkis buvo 9,6 proc. (daugiausiai Olandijoje – 12,0 proc., mažiausiai Rumunijoje – 5,8 proc.).

Skiriama BVP dalis padidėjo tiek valdžios, tiek privačiame sektoriuje (1.6 lentelė). Valdžios sektoriaus skiriama BVP dalis kasmet kito panašiai kaip ir bendras BVP dalis, o privataus sektoriaus BVP dalis buvo sumažėjusi 2007 m., tačiau nuo tada kasmet didėjo ir 2011 m. buvo didžiausia (2,1 proc.), kai tuo tarpu didžiausia valdžios sektoriaus skiriama BVP dalis buvo 2009 m. (5,5 proc.).

Valdžios sektoriuje dažniausiai finansuotoja yra socialinio draudimo fondai (80,3–87,2 proc. nuo visų valdžios sektoriaus bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų). Jų finansavimas sveikatos priežiūrai nuo 2004 m. yra padidėjęs, nors daugiausiai buvo skiriama 2008 m. (kaip ir valdžios sektoriaus, neįskaitant socialinio draudimo fondų).



1.23 pav. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos palyginus su bendroju vidaus produktu (BVP) Lietuvoje 2004–2011 m. pagal institucinius sektorius.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

1.6 lentelė. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos (mln. Lt) Lietuvoje 2004–2011 m. pagal institucinius sektorius ir finansuotojus.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Instituciniai sektoriai ir finansuotojai	Metai							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Valdžios sektorius</b>	<b>2414,3</b>	<b>2862,5</b>	<b>3584,4</b>	<b>4507,2</b>	<b>5354,5</b>	<b>5048,5</b>	<b>4801,0</b>	<b>5066,5</b>
<i>Valdžios sektorius (proc. nuo BVP)</i>	3,9	4,0	4,3	4,5	4,8	5,5	5,0	4,8
Valdžios sektorius, neįskaitant socialinio draudimo fondų	308,3	396,3	563,1	887,3	1001,0	813,7	747,8	753,4
Socialinio draudimo fondai	2106,0	2466,3	3021,3	3619,9	4353,5	4234,8	4053,2	4313,1
<b>Privatus sektorius</b>	<b>1159,5</b>	<b>1360,9</b>	<b>1571,8</b>	<b>1668,1</b>	<b>2041,3</b>	<b>1883,4</b>	<b>1860,7</b>	<b>2026,2</b>
<i>Privatus sektorius (proc. nuo BVP)</i>	1,8	1,9	1,9	1,7	1,8	2,0	2,0	2,1
Privatus draudimas	14,2	15,2	20,6	24,3	37,1	44,9	37,7	44,6
Privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos	1141,4	1341,1	1546,1	1640,2	1999,8	1834,4	1819,8	1980,5
Ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas namų ūkiams	0,4	0,7	1,0	1,0	1,3	0,8	0,0	0,4
Bendrovės	3,5	3,9	4,0	2,5	3,1	3,3	3,1	0,8
Kitos šalys	0,3	0,7	0,5	0,6	0,3	0,5	118,8	234,1
<b>Iš viso</b>	<b>3574,1</b>	<b>4224,2</b>	<b>5156,7</b>	<b>6175,9</b>	<b>7396,1</b>	<b>6932,4</b>	<b>6780,5</b>	<b>7326,8</b>
<i>Iš viso (proc. nuo BVP)</i>	5,7	5,8	6,2	6,2	6,6	7,5	7,1	6,9

Privačiame sektoriuje didžiausią dalį išlaidų sveikatos priežiūrai finansuoti sudarė privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos (87,6–98,5 proc. nuo visų privataus sektoriaus bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų). Nuo 2004 m. sumažėjo bendrovių<sup>3</sup> išlaidos sveikatos priežiūrai (nuo 3,5 mln. Lt

<sup>3</sup>Šis sektorius apima visas bendroves, kurių pagrindinė veikla yra rinkos prekių ar paslaugų (išskyrus sveikatos draudimą) gamyba. Įtraukiamos visos viešosios ne pelno institucijos, kurios yra rinkos prekių gamintojos ar nefinansinių paslaugų teikėjos.

2004 m. iki 0,8 mln. Lt 2011 m. – atitinkamai nuo 0,3 proc. 2004 m. iki 0,03 proc. 2001 m. nuo visų privataus sektoriaus bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų). Žymiai padidėjo kitų šalių<sup>4</sup> išlaidos sveikatos priežiūrai, ypač nuo 2010 m. (nuo 0,3 mln. Lt 2004 m. iki 234,1 mln. Lt 2011 m. – atitinkamai nuo 0,03 proc. 2004 m. iki 10,36 proc. 2011 m. nuo visų privataus sektoriaus bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų).

Apibendrinus sveikatos priežiūros finansavimo rodiklius, matoma, kad nuo 2004 m. daugiau kaip 2 kartus padidėjo sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui. Taip pat daugiau kaip 2 kartus padidėjo einamosios ir bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos. Pagal sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus padidėjo ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų ir kitų veiklos rūšių bei kitų šalių išlaidos sveikatos priežiūrai, sumažėjo – mažmeninėms prekybos įmonėms ir kitiems medicinos prekių teikėjams, visuomenės sveikatos programų administravimui. Nuo 2004 m. padidėjo bendrojo vidaus produkto dalis, skiriama sveikatos priežiūrai (tiek valdžios, tiek privataus sektoriaus).

---

<sup>4</sup> Kitos šalys, kaip sveikatos priežiūros finansuotojas, yra institucijos, įsikūrusios kitose šalyse, finansuojančios sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje.

## **2. AMBULATORINES PASLAUGAS TEIKIANČIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLA**

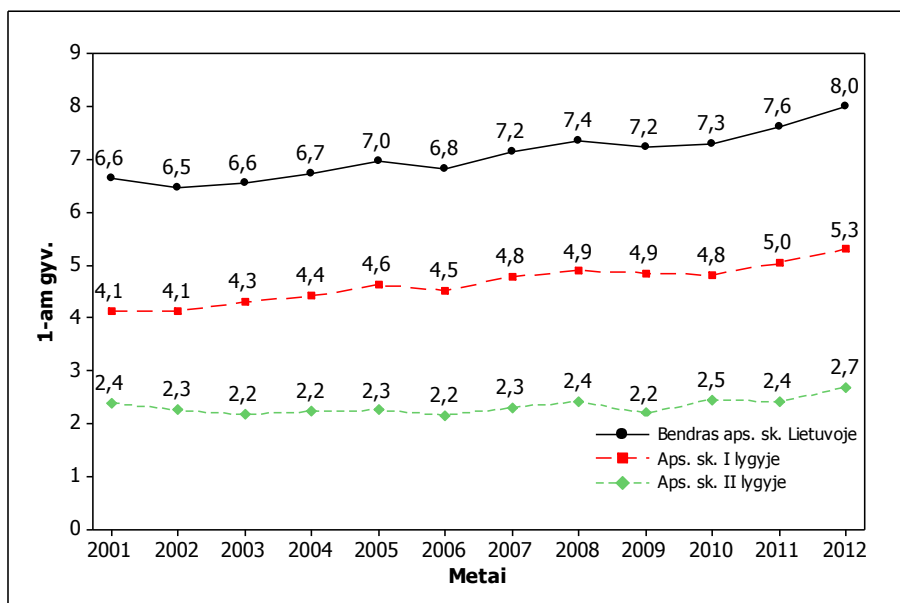
*Parengė S. Kutkaitė, O. Michalovskaja*

Ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra – tai nespecializuotos kvalifikuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (t.y. įstaigoje, neteikiančioje stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų), pacientų namuose ir globos įstaigose [8]. Tai prioritetinga sveikatos priežiūros sritis, kadangi jai tenka spręsti daugumą asmens sveikatos problemų.

Atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę, jis atitinkamai nukreipiamas į kitus lygius arba ne. Struktūriškai už tai dažniausiai yra atsakingos Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau– AmSPI), todėl siekiant įvertinti pirminio lygio funkcionavimo kokybę ir darbų mastą, svarbu išnagrinėti AmSPI veiklos rodiklius. Jų veiklą geriausiai atspindi kasmet renkami rodikliai apie gyventojų apsilankymus (profilaktinius, dėl ligos ar mokamus apsilankymus), atliekamų tyrimų apimtis ir pan.

### **2.1 Lietuvos gyventojų apsilankymai pas gydytojus**

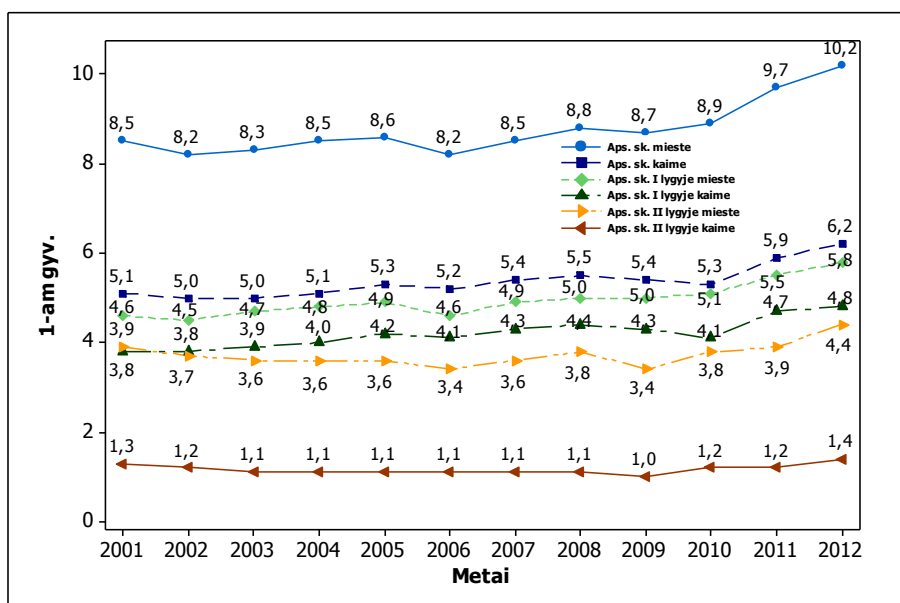
Išanalizavus 2001–2012 metų laikotarpį paaiškėjo, kad vienam gyventojui tenkantis apsilankymų pas gydytojus skaičiaus rodiklis kasmet didėja, tuo tarpu absoliutus apsilankymų skaičius reikšmingai nekinta. Apsilankymų skaičius pirminėje sveikatos priežiūros grandyje vienam gyventojui didėjo, o apsilankymų skaičius antrinėje sveikatos priežiūros grandyje vienam gyventojui išliko beveik nepakitęs (2.1 pav.). Apžvelgus paskutiniųjų 2012 m. duomenis matyti, kad vienas Lietuvos gyventojas bendrai per metus pas gydytojus apsilankydavo 8 kartus: pas pirminio lygio gydytojus specialistus 2 kartus dažniau (5,3 aps. sk./1-am gyv.) nei pas antrinio lygio specialistus (2,7 aps. sk./1-am gyv.).



2.1 pav. Apsilankymų pas gydytojus dinamika 2001–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

Analizuojant miesto ir kaimo gyventojų apsilankymų pas gydytojus skaičių per visą laikotarpį nuo 2001 m. nustatyta, kad mieste gyvenantys asmenys dažniau lankosi pas gydytojus nei gyvenantys kaime (2.2 pav.). Remiantis 2012 m. duomenimis, miesto gyventojai pas gydytojus pirminėje grandyje (5,8 aps. sk./1-am gyv.) lankėsi vos 1,2 karto dažniau nei kaimo (4,8 aps. sk./1-am gyv.) gyventojai, o tuo tarpu pas gydytojus antrinėje grandyje lankėsi net 3,1 karto dažniau (4,4 aps. sk./1-am miesto gyv. ir 1,4 aps. sk./1-am kaimo gyv.).

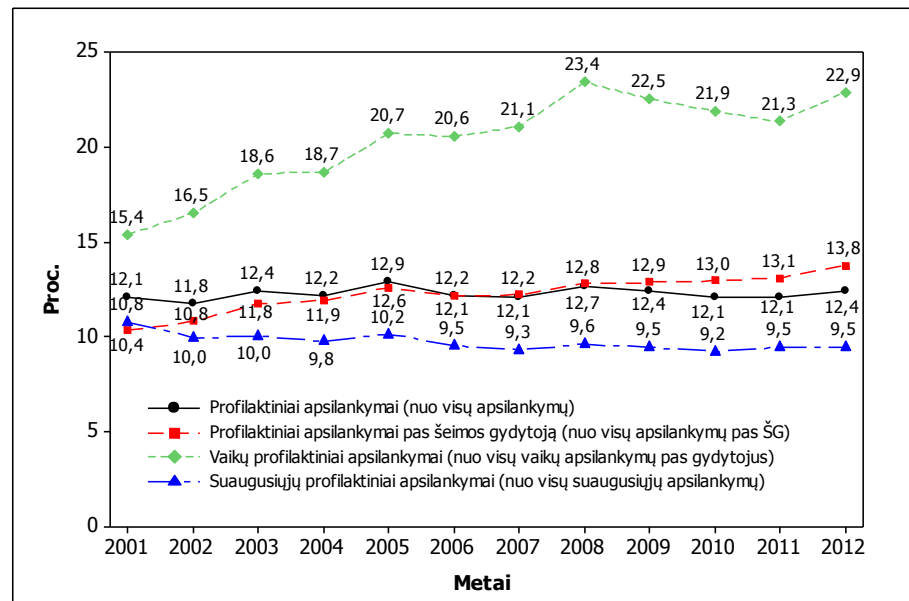


2.2 pav. Miesto ir kaimo gyventojų apsilankymų pas gydytojus dinamika 2001–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

Pagrindinė Lietuvos gyventojų lankymosi priežastis per visą nagrinėjamą laikotarpį buvo dėl pasireiškusių ligos. Dėl šios priežasties kiekvienais metais pas gydytoją buvo lankomasi beveik vienodai dažnai: pokytis yra vos 0,4 proc., t.y. 2001 m. dėl ligos pas gydytoją lankėsi 85,3 proc. gyventojų, o 2012 m. – 84,9 proc.

Profilaktinių apsilankymų taip pat būta. 2012 m. profilaktiniai gyventojų apsilankymai sudarė daugiau nei dešimtadalį (12,4 proc.) nuo visų apsilankymų (2.3 pav.). Iš vaikų apsilankymų pas gydytojus profilaktiniai apsilankymai sudarė apie penktadalį (pvz., 2012 m. – 22,9 proc.). Taip pat iš grafiko matyti, kad vaikų profilaktiniai apsilankymai tampa vis dažnesni. Suaugusiųjų profilaktiniai apsilankymai pas gydytojus nebuvo dažni, siekė vos dešimtadalį, o pastaraisiais metais – 9,5 proc. Apžvelgus šeimos gydytojo veiklą, nustatyta, kad profilaktiniai apsilankymai sudaro tik kiek daugiau nei dešimtadalį nuo visų apsilankymų. Tačiau atkreiptinas dėmesys į tai, kad kasmet profilaktinių apsilankymų dalis pas šeimos gydytoją vis didėja: 2001 m. profilaktinių apsilankymų buvo 10,4 proc., o 2012 m. – 13,8 proc. Tai galėtų reikšti Lietuvos gyventojų didėjančią rūpinimąsi savo sveikata ir norą tikrintis profilaktiškai.

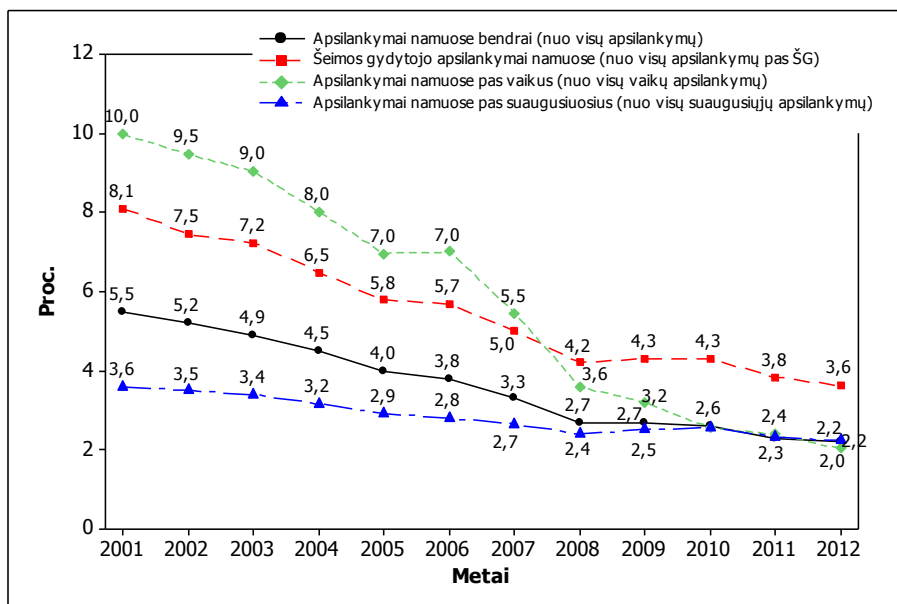


2.3 pav. Profilaktinių apsilankymų dalies (nuo visų apsilankymų) pokyčiai 2001–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

Bendrai gydytojų apsilankymų namuose sumažėjo 2,5 kartų (2001 m. – 5,5 proc., o 2012 m. – 2,2 proc.) (2.4 pav.). Didžiausias pokytis nustatytas tarp apsilankymų pas vaikus. Šių apsilankymų sumažėjo nuo 10,0 proc. iki 2,0 proc., t.y. 5 kartus. Iki 2010 metų mažiausia buvo lankomasi pas suaugusiuosius.

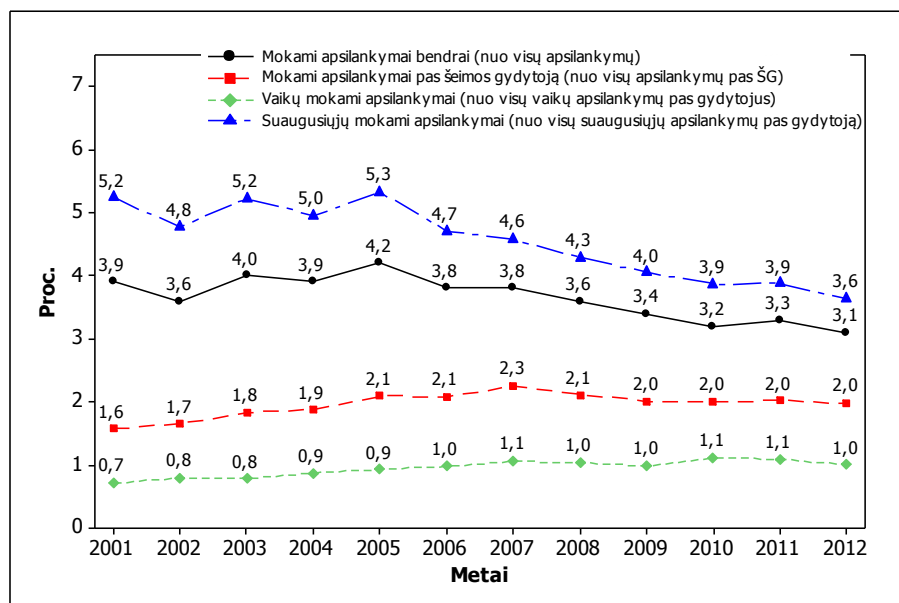
Kalbant bendrai apie visus apsilankymus namuose (pas vaikus ir suaugusiuosius), svarbu pastebėti, kad iki 2008 m. apsilankymų namuose tendencingai mažėjo, o jau po 2008 m. – stabilizavosi ir per pastaruosius 4 m. šis rodiklis liko beveik nepakitęs. Tokį rodiklio pokytį galėjo lemti LR SAM 2007 m. įsakymas (Nr. V–126), kuriame tvirtinama, kad „paslaugų teikimo pacientų namuose tvarką ir apimtis nustato PAASP įstaigos vadovas“. Tikėtina, kad būtent dėl šios priežasties pakito apsilankymų namuose apimtys.



2.4 pav. Apsilankymų namuose dalies (nuo visų apsilankymų) pokyčiai 2001–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

Remiantis HI SIC duomenimis, mokami apsilankymai 2001–2012 m. sudarė apie 4 proc. ir mažiau nuo visų apsilankymų (2.5 pav.). Iš paveikslo matyti, kad suaugusiųjų mokami apsilankymai sudarė didžiausią dalį. Iš viso 2012 metais užregistruota 693 827 mokami apsilankymai ambulatorines paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose.



2.5 pav. Mokamų apsilankymų dalies (nuo visų apsilankymų) pokyčiai 2001–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

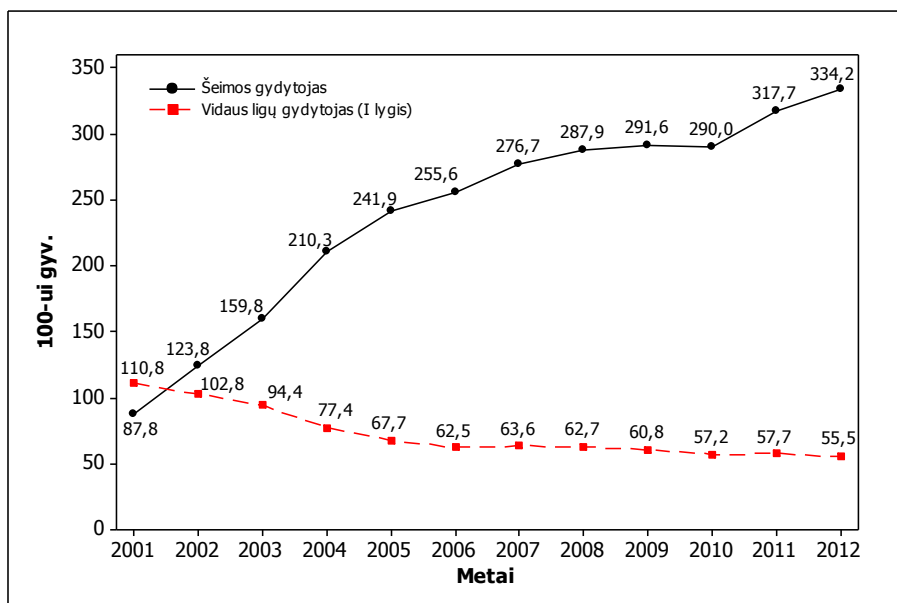
Kaip minėta anksčiau, I lygyje gyventojai apsilanko dažniau nei II lygyje. I lygyje dažniausiai lankomasi pas šeimos gydytoją, vidaus ligų gydytoją, akušerį-ginekologą, chirurgą ir psichiatrą.

Analizuojant apsilankymus pas šeimos gydytoją ir vidaus ligų gydytoją I lygyje, matyti, kad iki 2005 m. ir vėliau apsilankymų pas šeimos gydytoją nuolat daugėjo, o pas vidaus ligų gydytoją – mažėjo (2.6 pav.). Tokius apsilankymų skaičiaus kitimus galėjo nulemti: sveikatos priežiūros sistemos reformos, I ir II lygio veiklų, jiems priskiriamų funkcijų išgryninimas ir kt. Taip pat galėjo prisidėti Lietuvos sveikatos programoje numatyta sveikatos priežiūros reforma, kuria buvo siekiama racionalizuoti išteklius, optimizuoti išlaidas, efektyviau naudoti turimas lėšas bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir iki 2005 m. plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas perkvalifikuojant apylinkių terapeutus ir pediatrus bei specialistus į šeimos gydytojus.

Nuo 2001 m. apsilankymų pas šeimos gydytojus tendencingai daugėjo. 2001 m. pas šeimos gydytoją 100-ai Lietuvos gyventojų vidutiniškai lankėsi 87,8 kartų, o 2012 m. – 334,2 kartų. Kitaip tariant, 2012 m. vienas gyventojas pas šeimos gydytoją lankėsi maždaug 3 kartus, o 2001 m. – tik maždaug kartą per metus.

Svarbu paminėti, kad per pastaruosius 12 metų, apsilankymų pas šeimos gydytoją padidėjo apie 3,8 kartų, tačiau pačių šeimos gydytojų skaičius 10 000 gyv. per tą patį laikotarpį padidėjo tik 2,5 karto (1.7 pav.). 2012 m. 6 šeimos gydytojai turėjo aptarnauti 10 000 Lietuvos gyventojų, kurių kiekvienas apsilankydavo daugiau nei 3 kartus per metus.

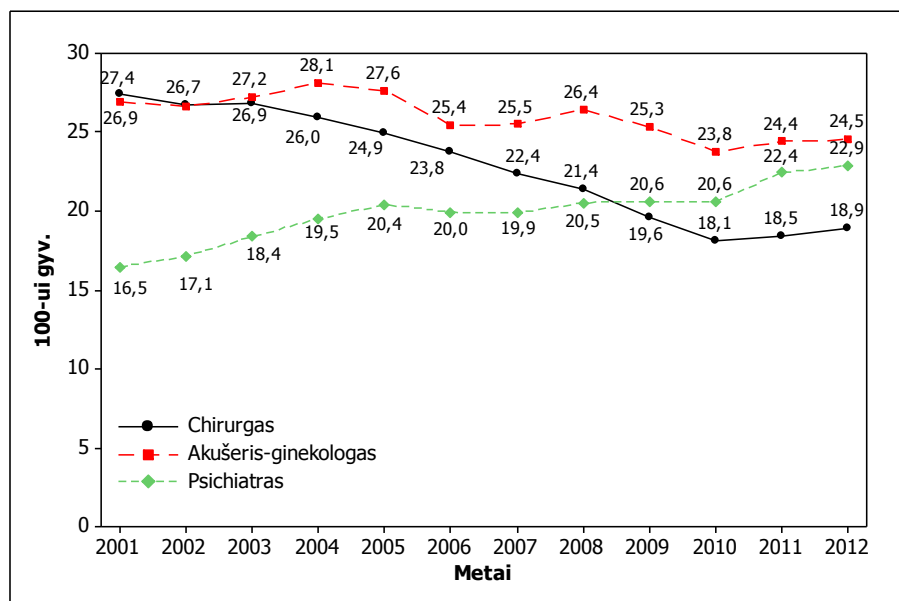
Tuo pačiu laikotarpiu apsilankymų pas vidaus ligų gydytojus I lygyje sumažėjo dvigubai. 2012 metais nustatyta 55,5 apsilankymų 100-ai gyventojų, o 2001 m. – 110,8 apsilankymų 100-ai gyventojų. Tuo tarpu vidaus ligų gydytojų skaičius sumažėjo beveik tiek pat kartų, kiek ir apsilankymų pas juos, t.y. apie 1,4 karto (1.7 pav.). Tad jų darbo krūvis išliko panašus kaip ir prieš dešimtmetį.



**2.6 pav. Lietuvos gyventojų apsilankymų pas šeimos gydytojus ir vidaus ligų gydytojus I lygyje dinamika 2001–2012 m.**

*Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“*

Analizuojant apsilankymus pas kitų specialybių gydytojus I lygyje, didelių pokyčių nenustatyta. Pas akušerį-ginekologą 2012 m. 100-ai Lietuvos gyventojų teko vidutiniškai 24,5 apsilankymų, pas psichiatrą – 22,9, o pas chirurgą – 18,9(2.7 pav.). Per minėtą laikotarpį apsilankymų skaičius pas chirurgą sumažėjo 1,5 karto, tuo tarpu pas psichiatrą – padaugėjo 1,4 kartų.



2.7 pav. Apsilankymų pas chirurgą, akušerį-ginekologą ir psichiatrą I lygyje dinamika 2001–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

II sveikatos priežiūros lygyje 2012 m. dažniausiai lankomų gydytojų specialistų penketuką sudarė: oftalmologas (29,5 aps.sk./100-ui gyv.), neurologas (25,4 aps.sk./100-ui gyv.), otorinolaringologas (21,4 aps. sk./100-ui gyv.), traumatologas-ortopedas (20,4 aps.sk./100-ui gyv.) ir kardiologas (19,4 aps.sk./100-ui gyv.) (2.1 lentelė). 2001–2012 m. laikotarpio metu apsilankymų pas daugumą gydytojų daugėjo. Pavyzdžiui, pas endokrinologą apsilankymų padaugėjo 1,7 kartų, pas akušerį-ginekologą – 2,3 kartų, pas pulmonologą – net 3,1 kartų. Tačiau nežymiai apsilankymų sumažėjo pas otorinolaringologą, oftalmologą, dermatovenerologą ir vaikų ligų gydytoją. O pas reumatologą, infektologą ir alergologą buvo lankomasi mažiausiai.

2.1 lentelė. Dažniausių apsilankymų pas gydytojus specialistus II sveikatos priežiūros lygyje dinamika (aps.sk./100-ui gyv.) 2001–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Oftalmologas	30,2	28,7	28,2	28,2	28,1	26,9	27,1	26,8	27,1	27,9	28,8	29,5
Neurologas	24,0	23,0	23,1	23,0	23,0	22,3	23,6	24,2	23,1	23,8	24,7	25,4
Otorinolaringologas	26,3	24,0	22,3	22,9	22,3	20,8	21,9	20,8	20,1	21,0	21,2	21,4
Traumatologas-ortopedas	15,8	15,1	16,0	17,7	18,2	15,6	16,1	17,4	17,7	18,1	19,2	20,4
Kardiologas	8,3	8,8	9,7	11,4	12,6	13,2	14,6	15,4	16,3	17,2	18,3	19,4
Dermatovenerologas	16,9	15,1	14,5	14,5	14,5	14,4	14,7	14,8	14,8	14,9	15,4	15,7
Endokrinologas	8,8	8,8	8,8	9,3	9,6	10,0	10,8	11,7	12,4	12,9	13,8	15,1
Akušeris-ginekologas	5,3	5,7	6,5	7,6	8,0	8,5	9,3	10,4	10,8	10,8	11,3	11,9
Chirurgas	5,8	6,5	7,1	7,6	9,1	8,8	10,2	10,8	10,4	10,6	10,8	11,0
Onkologas	6,1	5,1	5,4	6,4	6,0	7,3	7,6	8,2	8,7	8,6	9,6	10,0
Urologas	4,8	5,0	5,6	6,2	6,5	7,4	8,0	8,2	8,2	7,8	8,4	8,5
Vidaus ligų gydytojas	5,5	4,8	4,9	5,3	5,8	6,1	6,8	7,0	6,7	7,1	7,8	8,2
Pulmonologas	2,5	2,6	2,8	3,7	4,1	5,4	7,2	7,2	7,6	7,7	7,7	7,8
Skubi pagalba (priėmimo sk.)	-	-	-	-	-	5,5	5,6	5,1	4,7	5,0	5,3	5,4
Gastroenterologas	2,2	2,2	2,3	2,4	2,6	2,7	3,1	3,4	3,7	3,8	4,1	4,5
Vaikų ligų gydytojas*	6,4	5,7	5,2	5,0	4,6	3,9	3,7	3,6	3,8	4,1	4,2	4,1
Reumatologas	2,3	2,2	2,2	2,3	2,4	2,4	2,6	2,7	2,9	3,1	3,1	3,4
Infektologas	1,7	1,4	1,7	1,7	1,8	2,0	2,0	2,1	2,3	2,3	2,5	2,5
Alergologas	1,4	1,3	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9	2,2	2,3	2,4

\*rodiklis perskaičiuotas 100-ui vaikų

Nagrinėjant apsilankymus pas gydytojus specialistus pagal lytį nustatyta, kad nuo 2001 m. iki 2012 m. moterys, dažniau nei vyrai lankėsi pas šiuos specialistus: endokrinologą, reumatologą, onkologą ir genetiką. O vyrai, dažniau nei moterys, lankėsi pas šiuos specialistus: urologą, toksikologą, krūtinės chirurgą, chirurgą, vaikų ligų gydytoją ir ftiziatrą (2.2 lentelė).

2.2 lentelė. Didžiausi lankymosi pas gydytojus specialistus skirtumai pagal lytį 2001, 2006 ir 2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

	2001 m.		2006 m.		2012 m.				
	Specialybė	Mot. (proc.)	Vyr. (proc.)	Specialybė	Mot. (proc.)	Vyr. (proc.)	Specialybė	Mot. (proc.)	Vyr. (proc.)
Moterys	Endokrinologas	78,4	21,6	Genetikas	82,4	17,6	Genetikas	86,9	13,1
	Reumatologas	75,9	24,1	Endokrinologas	80,5	19,5	Endokrinologas	80,5	19,5
	Onkologas	73,1	26,9	Onkologas	79,2	20,8	Onkologas	80,3	19,7
	Genetikas	67,2	32,9	Reumatologas	75,4	24,6	Reumatologas	73,2	26,8
	Apylinkės terapeutas	63,7	36,3	Psichiatras	63,4	36,6	Anesteziologas-reanimatologas	64,8	35,2
	Gastroenterologas	62,3	37,8	Gastroenterologas	62,7	37,3	Psichiatras	64,6	35,4
	Infektologas	61,1	38,9	Koloproktologas	62,6	37,4	Koloproktologas	63,0	37,0

			logo				logo		
	Bendrosios praktikos gyd.	60,8	39,2	Apylinkės terapeutas	61,3	38,7	Kraujagyslių chirurgas	62,2	37,8
	Kraujagyslių chirurgas	60,3	39,7	Nefrologas	61,0	39,0	Plastinės ir rekonstrukcinės chir. gyd.	62,0	38,0
	Urologas	26,0	74,0	Urologas	14,8	85,2	Urologas	18,2	81,8
	Toksikologas	27,5	72,5	Krūtinės chirurgas	29,3	70,7	Toksikologas	32,7	67,3
	Krūtinės chirurgas	27,5	72,5	Toksikologas	31,6	68,4	Skubi pagalba (priėmimo sk.)	35,4	64,6
	Darbo medicinos gydytojas	34,2	65,8	Skubi pagalba (priėmimo sk.)	31,8	68,2	Krūtinės chirurgas	37,5	62,5
	Traumatologas-ortopedas	40,7	59,3	Chirurgas	42,0	58,0	Chirurgas	45,2	54,8
Vyrai	Chirurgas	43,3	56,7	Ftiziatrias	46,3	53,7	Vaikų ligų gydytojas	47,1	52,9
	Neurochirurgas	45,6	54,4	Traumatologas-ortopedas	46,8	53,2	Širdies chirurgas	48,1	51,9
	Ftiziatrias	46,6	53,4	Darbo medicinos gydytojas	47,8	52,2	Ftiziatrias	48,2	51,8
	Vaikų ligų gydytojas	47,4	52,6	Vaikų ligų gydytojas	47,8	52,2	Apylinkės pediatras	48,9	51,1
	Anesteziologas-reanimatologas	51,9	48,1	Pulmonologas	48,5	51,5	Pulmonologas	49,2	50,8

Pastaba. Lentelėje nėra pateikiami lankymosi skirtumai pas akušerį-ginekologą, kadangi pas jį lankosi išimtinai moterys.

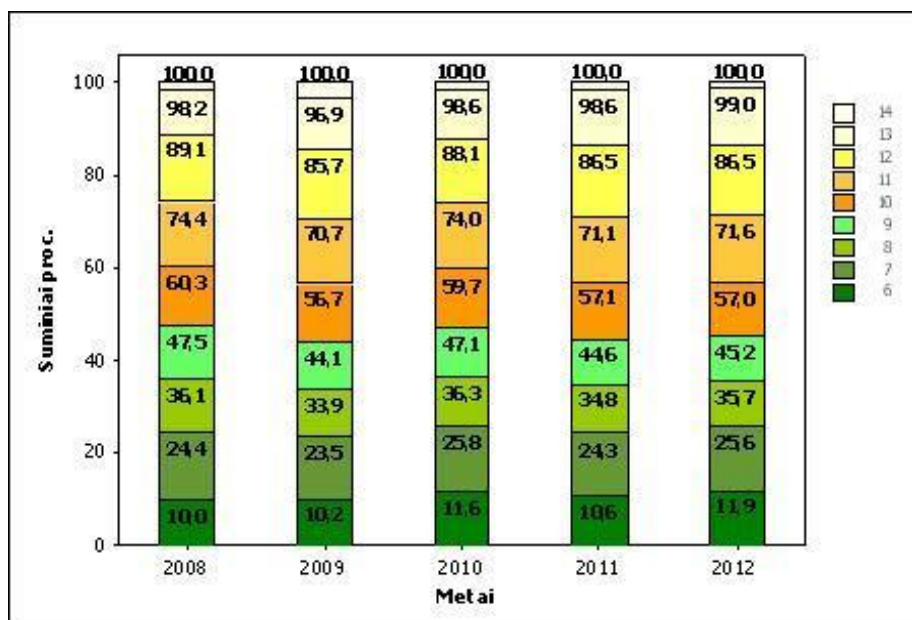
Apsilankymų pas odontologą analizė irgi yra labai svarbus aspektas AmSPI veiklos vertinimui. Remiantis VLK duomenų bazės „Sveidra“ duomenimis, apsilankymų pas odontologus, dirbančius valstybiniame sektoriuje arba pasirašusius sutartis su VLK 2001–2012 m. laikotarpiu nežymiai sumažėjo (nuo 1,26 iki 1,15 apsilankymų/1-am gyventojui). Tačiau svarbu paminėti, kad dalis Lietuvos gyventojų lankosi privačiuose odontologijos kabinetuose ar klinikose<sup>5</sup>, todėl iš čia pateiktų rodiklių negalime spręsti apie realų gyventojų lankymosi pas odontologą skaičių. Analogiškai reikėtų atsargiai vertinti toliau aptariamų dengimo silantais<sup>6</sup> paslaugų apimtį Lietuvoje.

Remiantis LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymo nr. V–713 „Dėl vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų patvirtinimo“ pakeitimo (2008 m. birželio 28 d. Nr. V–635), PSDF biudžeto lėšų yra skiriama vaikų nuo 6 iki 14 metų nuolatinių krūminių dantų kramtomųjų paviršių dengimo silantais paslaugoms atlikti.

<sup>5</sup> Nėra oficialios statistikos apie Lietuvos gyventojų lankymąsi privačiuose odontologijos kabinetuose ar klinikose.

<sup>6</sup> Silantai – tai dantų ėduonies profilaktikai skirtos medžiagos, mechaniškai uždengiančios dantų vageles ir įdubas, kad į jas nepatektų bakterijos bei angliavandeniai.

Pagal VLK duomenų bazės „Sveidra“ duomenis 2008–2012 m. 6–14 m. amžiaus vaikams buvo suteikta 59 723, 53 550, 51 256, 59 550 ir 59142 paslaugų, atitinkamai. 2.8 paveiksle pateikta, kiek vaikų pagal kasmetines amžiaus grupes gavo šias paslaugas kiekvienais metais. Daugiausiai dengimo silantais paslaugų buvo suteikta 11–12 m. vaikams.



2.8 pav. Suteiktų dengimo silantais paslaugų struktūra ir pokyčiai pagal vaikų amžių 2008–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

Iš viso nuo 2008 m. iki 2012 m. dengimo silantais paslaugų buvo suteikta 288 698 asmenims. Tik labai nedidelę dalį šių paslaugų gavo asmenys, neatitinkantys ankščiau minėtos programos amžiaus grupės (6–14 metų) (5 477 paslaugų). 283 221 paslaugų buvo suteikta 6–14 metų amžiaus vaikams.

Kiekvienais metais tokios paslaugos buvo suteiktos berniukams ir mergaitėms beveik po lygiai (2.3 lentelė). Vaikams, gyvenantiems mieste tokių paslaugų buvo suteikta daugiau nei vaikams, gyvenantiems kaime.

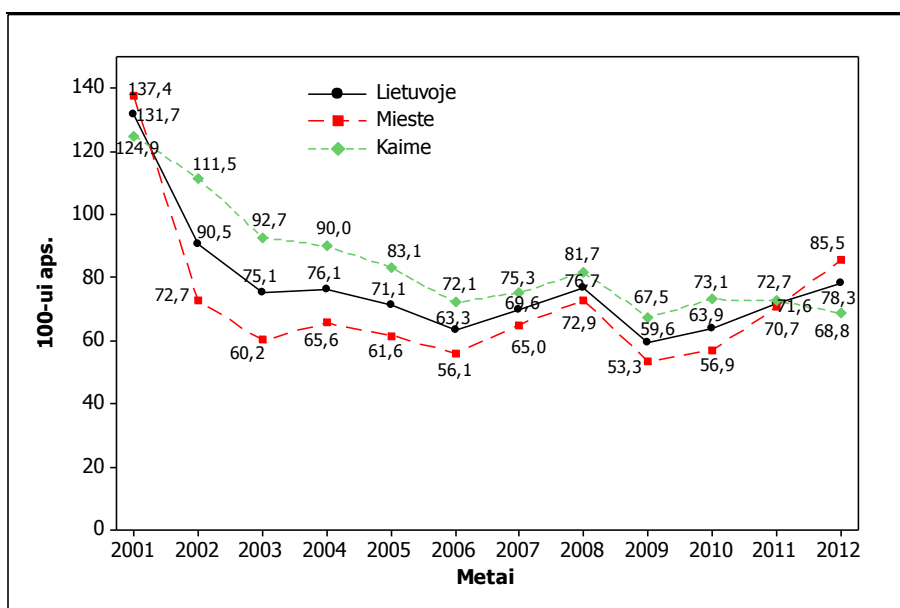
2.3 lentelė. Suteiktų dengimo silantais paslaugų dinamika 6–14 metų vaikų amžiaus grupėje pagal lytį ir gyvenamąją vietą 2008–2012 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė „Sveidra“

	2008	2009	2010	2011	2012
Iš viso (abs. sk.)	59 723	53 550	51 256	59 550	59 142
Berniukai (proc.)	49,9	49,6	49,6	50,3	50,0
Mergaitės (proc.)	50,1	50,4	50,4	49,7	49,9
Miestas (proc.)	65,2	66,4	64,6	65,9	66,6
Kaimas (proc.)	34,8	33,7	35,4	34,1	33,4

## 2.2 Atliekamų tyrimų apimtys Lietuvoje

Apžvelgus 2001–2012 m. gyventojų apsilankymus pas gydytojus, svarbu papildomai įvertinti ambulatorinių ligonių ištyrimo apimtį. Nustatyta, kad laboratorinių tyrimų skaičius 100-ai apsilankymų tiriamuoju laikotarpiu sumažėjo nuo 131,7 (2001 m.) iki 78,3 (2012 m.) (2.9 pav.). Atkreiptinas dėmesys į tai, jog 2001–2011 m. laikotarpiu laboratorinių tyrimų buvo atliekama daugiau kaime nei mieste, o 2012-aisiais m. – daugiau mieste (85,5 lab. tyrimų/100-ui apsilankymų) nei kaime (68,8 lab. tyrimų/100-ui apsilankymų).

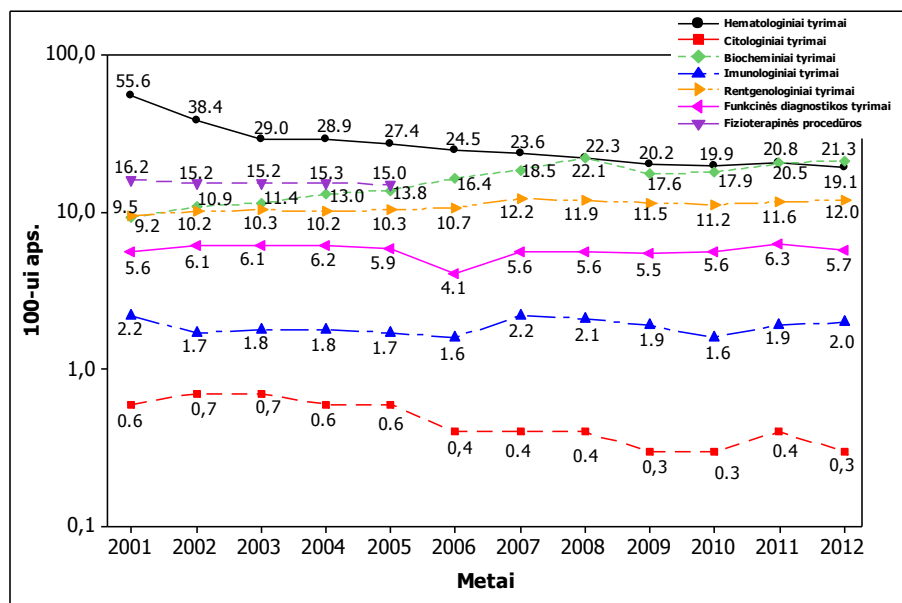


2.9 pav. Laboratorinių tyrimų skaičiaus 100-ui apsilankymų dinamika 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Laboratorinių, t.y. hematologinių, biocheminių, rentgenologinių tyrimų yra atliekama daugiau nei funkcinės diagnostikos, imunologinių ir citologinių tyrimų (2.10 pav.). Nustatyta, kad iš laboratorinių tyrimų dažniausiai atliekami hematologiniai. Šio tipo tyrimų nuo 2001 m. iki 2012 m. sumažėjo 2,9 kartų. Antroje vietoje pagal atlikimo dažnį buvo biocheminiai tyrimai. Jų tuo pačiu laikotarpiu padaugėjo 2,3 kartų. Svarbu pastebėti, kad nuo 2008 m. hematologiniai ir biocheminiai tyrimai buvo atliekami beveik tiek pat dažnai. 2012 m. rentgenologinių tyrimų buvo atlikta apie 12 kartų iš 100 apsilankymų, o funkcinės diagnostikos tyrimų – 5,7 karto iš 100 apsilankymų.

Fizioterapinių procedūrų apimtys buvo registruojamos tik iki 2005 m., vėlesniais metais duomenų nepateikiama.

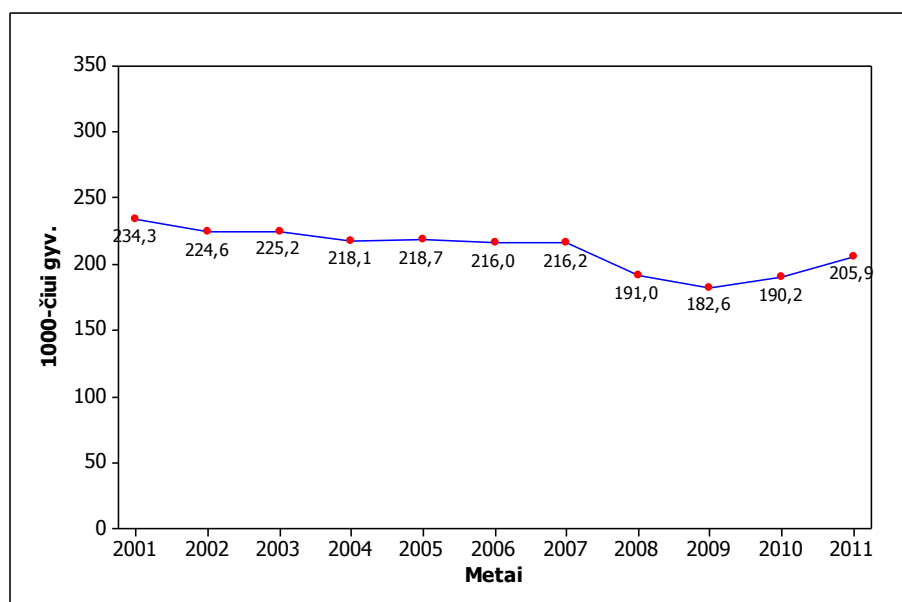


2.10 pav. Laboratorinių ir rentgeno tyrimų, funkcinės diagnostikos ir fizioterapijos procedūrų skaičiaus 100-ui apsilankymų dinamika 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 2.3 Greitosios medicinos pagalbos paslaugos

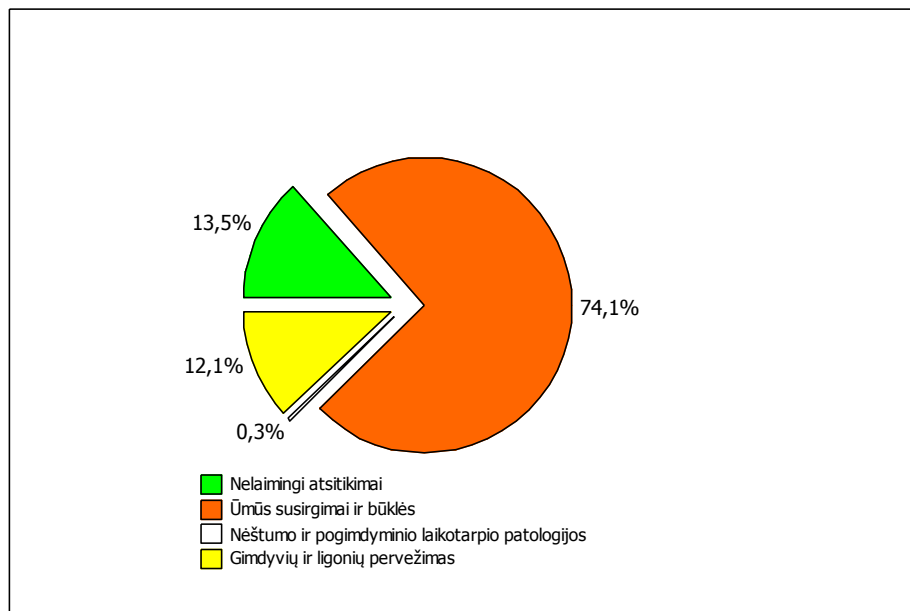
Greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) teikiamų paslaugų apimtys yra svarbus AmSP veiklos vertinimo aspektas. 2001–2011 m. GMP teikiamų paslaugų skaičius nežymiai sumažėjo, t.y. vos 28,4 apsilankymais 1000-čiui gyv. (2.11 pav.).



2.11 pav. GMP suteiktų paslaugų skaičiaus dinamika 2001–2011 m.

Šaltinis: Visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondas

Daugiausiai GMP paslaugų 2011 m. yra suteikiama ūmių susirgimų ir būklių atvejais (74,1 proc.) (2.12 pav.). Beveik po vienodą GMP paslaugų dalį skyrė nelaimingų atsitikimų (13,5 proc.) ir gimdyvių ir ligonių pervežimų (12,1 proc.) atvejais. 0,3 proc. paslaugų sudarė nėštumo ir pogimdyminio laikotarpio patologijos.



**2.12 pav. Suteiktų GMP paslaugų (nelaimingų atsitikimų, ūmių susirgimų ir būklių, nėštumo, pogimdyminio laikotarpio patologijų, gimdyvių ir ligonių pervežimų dalis, proc.) struktūra 2011 m.**

*Šaltinis: Visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondas*

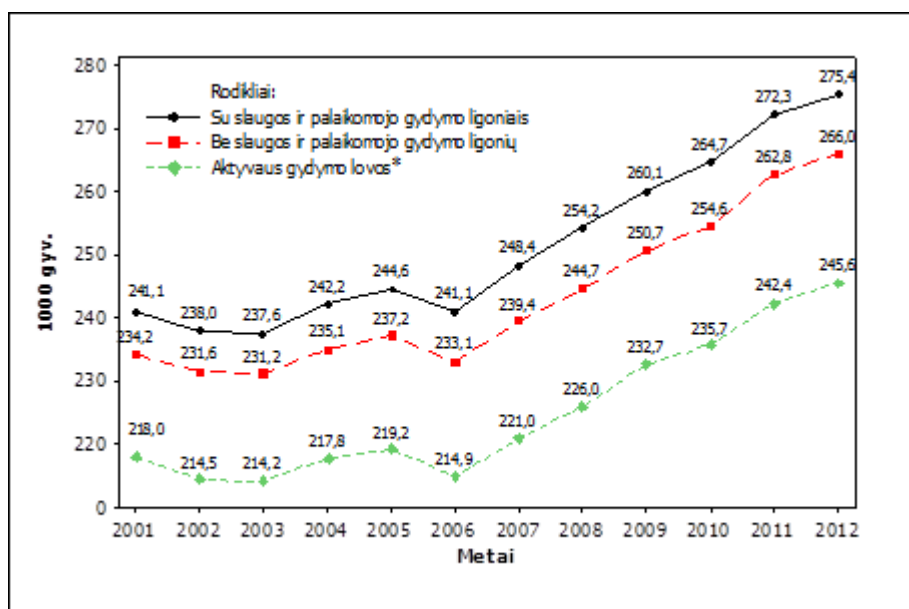
### 3. STACIONARINĖS PASLAUGOS TEIKIANČIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLA

Parengė A. Žalienė, N. Lipunova

Šiame skyriuje nagrinėjami pagrindinių stacionarų veiklos rodiklių (lovos apyvartos, vidutinės gulėjimo trukmės, lovos funkcionavimo, letalumo) pokyčiai pagal įvairaus profilio šalies ligonines, įstaigų tipus, specializuotas ligonines ir lovų grupes. Pateikiami hospitalizuotų asmenų skaičiaus pokyčiai nagrinėjamu laikotarpiu 1000 gyventojų įvairaus profilio ligoninėse bei lovų grupėse. Taip pat 12 metų autopsijų apimčių pokyčiai, bendras pooperacinis mirštamumas, stacionaro ligonių ištyrimo apimtys.

#### 3.1 Lietuvoje hospitalizuotų ligonių (su stacionaro dienos atvejais, be sanatorijų stacionarinės rehabilitacijos ligonių) skaičius

2001–2012 m. įvairaus profilio ligoninėse didėjo hospitalizuotų ligonių skaičius, tenkantis 1000 gyventojų (3.1 pav.). Nuo 2006 m. rodikliai didėjo tolygiai: hospitalizuotų ligonių skaičius stacionaruose su slaugos ir palaikomojo gydymo ligoniais svyravo nuo 241,1 (2006 m.) iki 275,4 (2012 m.) 1000 gyventojų, be slaugos ir palaikomojo gydymo ligonių – nuo 233,1 (2006 m.) iki 266,0 (2012 m.), suaktyvaus gydymo lovomis – nuo 214,9 (2006 m.) iki 245,6 (2012 m.).



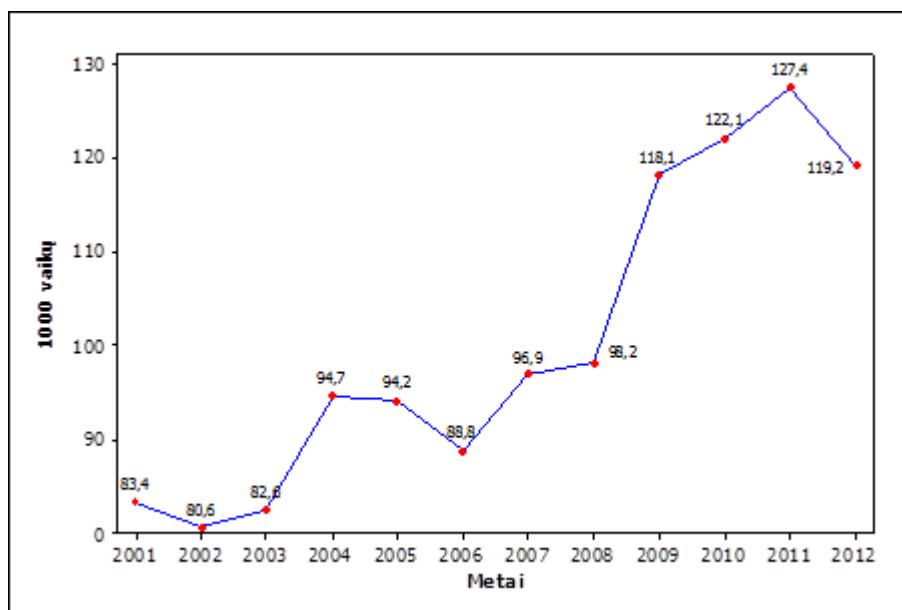
3.1 pav. Hospitalizuotų ligonių skaičiaus pokyčiai įvairaus profilio ligoninėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

\* - tai lovos be slaugos ir palaikomojo gydymo, rehabilitacijos, tuberkuliozės ir psichiatrijos lovų.

Per 2001–2012 m. laikotarpį 1,4 karto padidėjo hospitalizuotų ligonių skaičius, tenkantis 1000 gyventojų vaikų ligų lovų grupėje (3.2 pav.). Mažiausias rodiklis buvo 2002 m. (80,6/1000 vaikų), vėliau rodiklis padidėjo ir 2011 m. buvo didžiausias – 127,4/1000 vaikų; 2012 m. rodiklis sumažėjo (119,2/1000 vaikų).

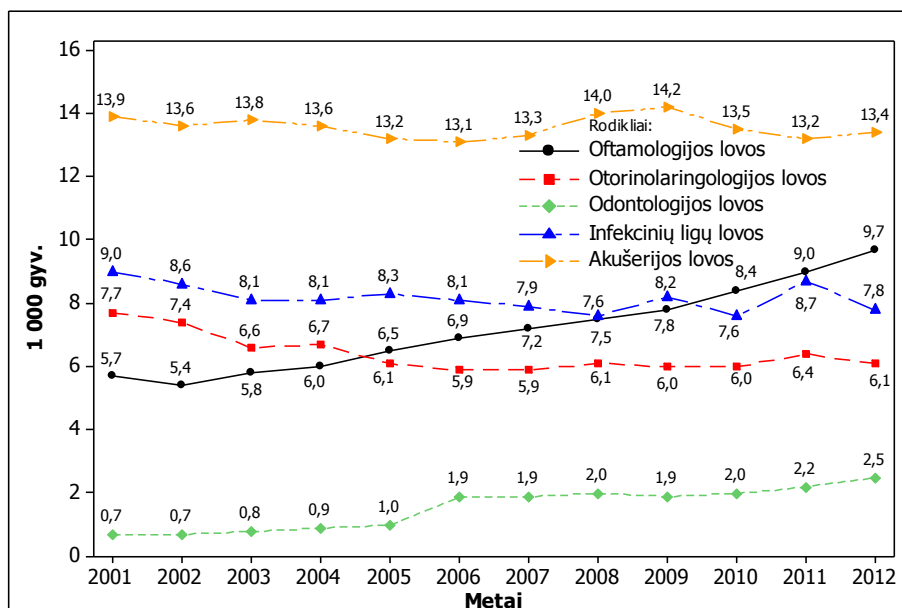
Pateiktas hospitalizavimo apimtis reikia vertinti atsargiai, nes rodiklio pokyčiui įtakos turi kitas veiksnys-pastovus vidutinio Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimas. Nepaisant to, kad hospitalizavimo rodiklis 1000 gyv. sparčiai didėjo, absoliutūs hospitalizavimo apimčių skaičiai per 12 pastarųjų metų kito nedaug.



3.2 pav. Hospitalizuotų ligonių skaičiaus pokyčiai vaikų ligų lovų grupėje 2001–2012 m.

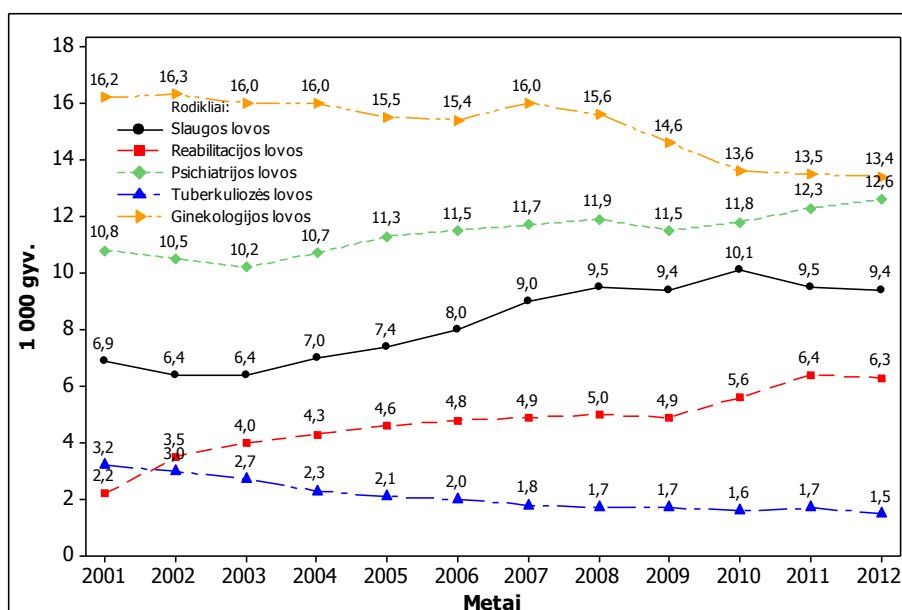
Šaltinis: HI SIC

2001–2012 m. hospitalizuotų ligonių skaičius ženkliai padidėjo odontologijos (3,5 karto), reabilitacijos (2,9 karto) ir oftalmologijos (1,7 karto) lovų grupėse (3.3 ir 3.4 pav.). Tačiau 2,1 karto sumažėjo hospitalizuotų ligonių tuberkuliozės ir 1,3 karto otorinolaringologijos lovų grupėse (3.3 ir 3.4 pav.). Vidaus ligų lovų grupėje hospitalizuotų ligonių skaičius padidėjo nežymiai, iki 1,1 karto: 2001 m. buvo 68,6 hospitalizuoti ligoniai 1000 gyventojų, 2012 m. – 76,9/1000 gyv. (3.5 pav.). Hospitalizuotų ligonių skaičiaus pokytis ortopedijos – traumatologijos, akušerijos, onkologijos ir infekcinių ligų lovų grupėse 2001–2012 m. kito mažai (3.3, 3.5 pav.).



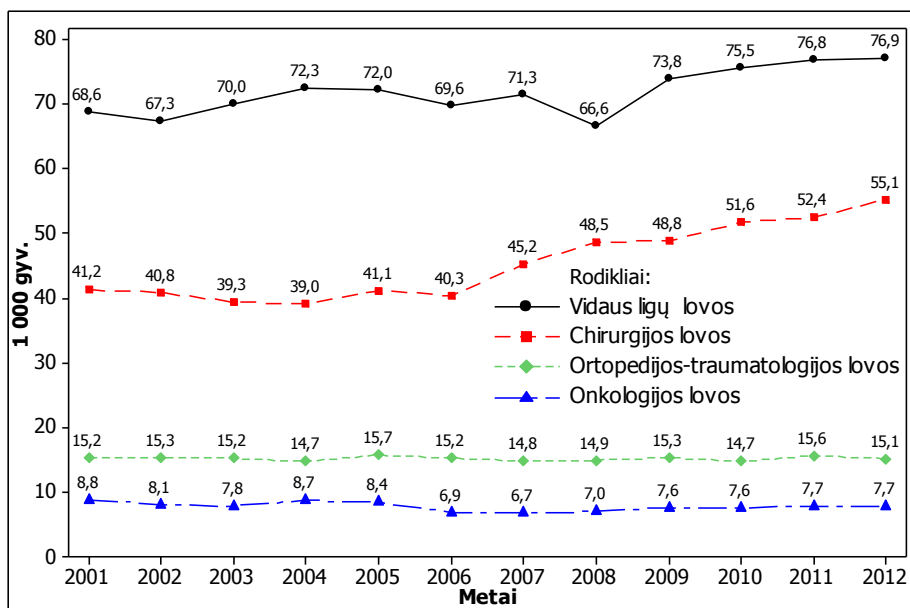
3.3 pav. Hospitalizuotų ligonių skaičiaus pokyčiai skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC



3.4 pav. Hospitalizuotų ligonių skaičiaus pokyčiai skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

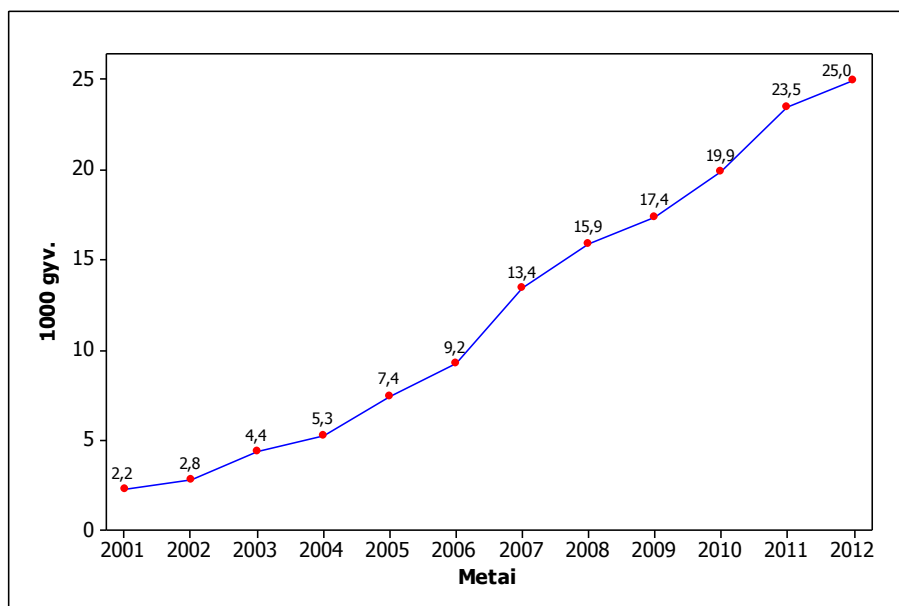


3.5 pav. Hospitalizuotų ligonių skaičiaus pokyčiai skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 3.2 Dienos stacionarai

Per nagrinėjamą laikotarpį dienos stacionaro ligonių skaičius padidėjo 11,4 karto (3.6 pav.). 2001 m. 1000 gyventojų teko 2,2 dienos stacionaro ligonių, vėliau rodiklis tolygiai didėjo ir 2012 m. buvo didžiausias – 25 dienos stacionaro ligoniai 1000 gyventojų.

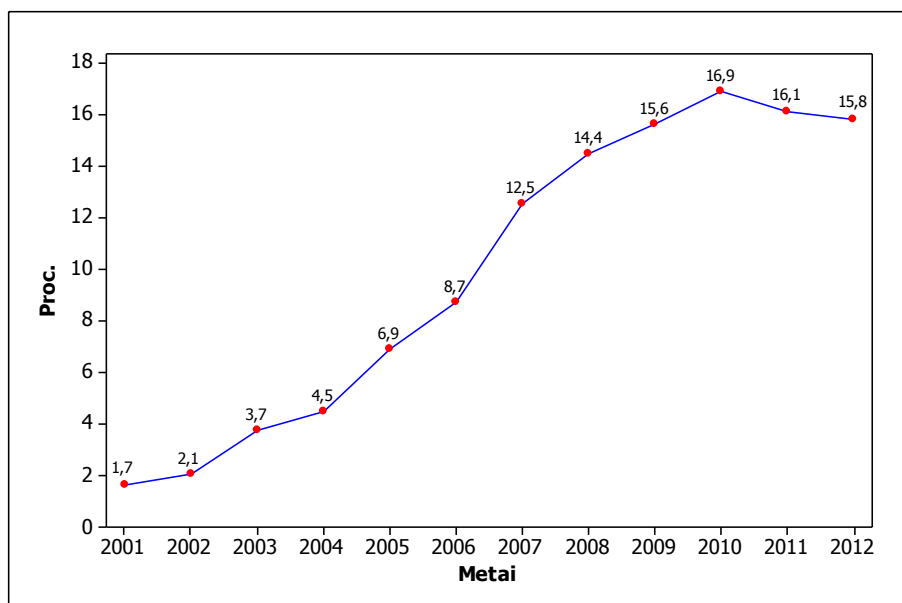


3.6 pav. Dienos stacionaro ligonių skaičiaus pokyčiai 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Remiantis Valstybinės ligonių kasos informacija, dienos chirurgijos bekitos dienos stacionaro paslaugos yra perspektyvios gydymo formos, patrauklios ne tik pacientams, bet ir valstybei, nes efektyviau naudojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos [9]. Todėl nuo 2001 iki 2012 m. ženkliai padidėjo dienos operacijų dalis stacionaruose (3.7 pav.). Nagrinėjamo

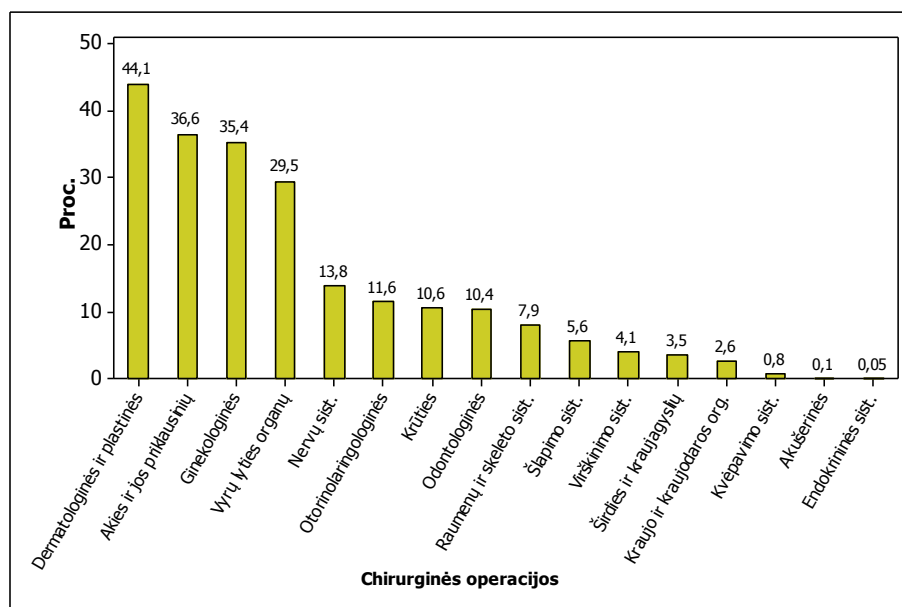
laikotarpio pradžioje dienos operacijų dalis sudarė tik 1,7 proc., o 2012 m. ši dalis išaugo 9,3 karto ir sudarė 15,8 proc.



3.7 pav. Dienos operacijų dalies pokytis 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2012 m. daugiausiai, t.y. 44,1 proc., buvo atlikta dermatologinių ir plastinių dienos operacijų (3.8 pav.). Daugiau nei 30 proc. sudarė akies ir jos priklausinių bei ginekologinės dienos operacijos.

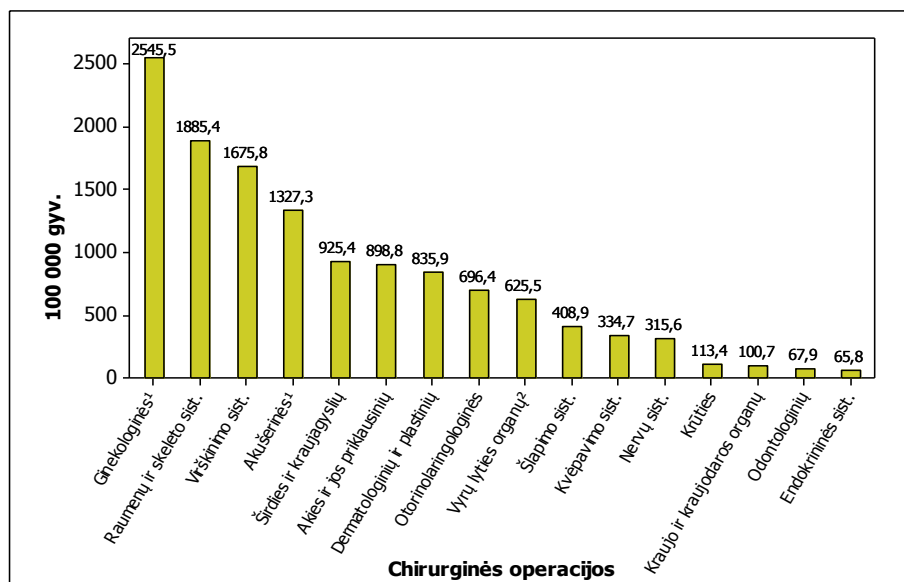


3.8 pav. Dienos operacijų dalis pagal skirtingas lokalizacijas 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 3.3 Chirurginės operacijos stacionaruose pagal skirtingas lokalizacijas

2012 m. visų stacionaruose atliktų operacijų skaičius siekė 10 701,9/100 000 gyventojų. Daugiausiai buvo atlikta ginekologinių (2545,5/100 000 moterų), raumenų ir skeleto sistemos (1885,4/ 100 000 gyventojų) bei virškinimo sistemos (1675,8/100 000 gyventojų) chirurginių operacijų (3.9 pav.).



3.9 pav. Chirurginių operacijų stacionaruose skaičius pagal skirtingas lokalizacijas 2012 m.

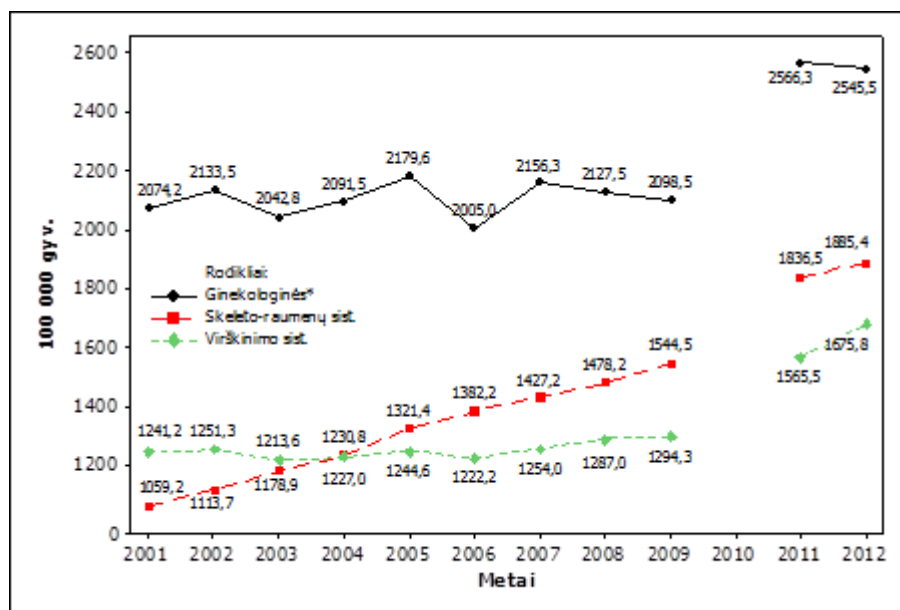
<sup>1</sup> – 100 000 moterų;

<sup>2</sup> – 100 000 vyrų.

Šaltinis: HI SIC

2001–2009 m. sparčiai kilo skeleto-raumenų sistemos operacijų skaičius, tenkantis 100 000 gyventojų (2001 m. siekė 1059,2 atvejus, o 2009 m. – 1544,5 atvejus) (3.10 pav.). Tuo pačiu laikotarpiu šiek tiek padaugėjo ir ginekologinių bei virškinimo sistemos operacijų, tačiau pokytis nebuvo statistiškai reikšmingas.

2010 m. keitėsi operacijų klasifikavimas pagal Australijos medicininių intervencijų klasifikaciją, todėl nėra tų metų duomenų apie tikslias operacijų apimtis. Dėl minėtos priežasties 2011–2012 m. pateikti duomenys negali būti lyginami su ankstesnio laikotarpio rodikliais.



3.10 pav. Chirurginių operacijų stacionaruose skaičiaus dinamika 2001–2009 ir 2011–2012m.

\*- 100 000 moterų

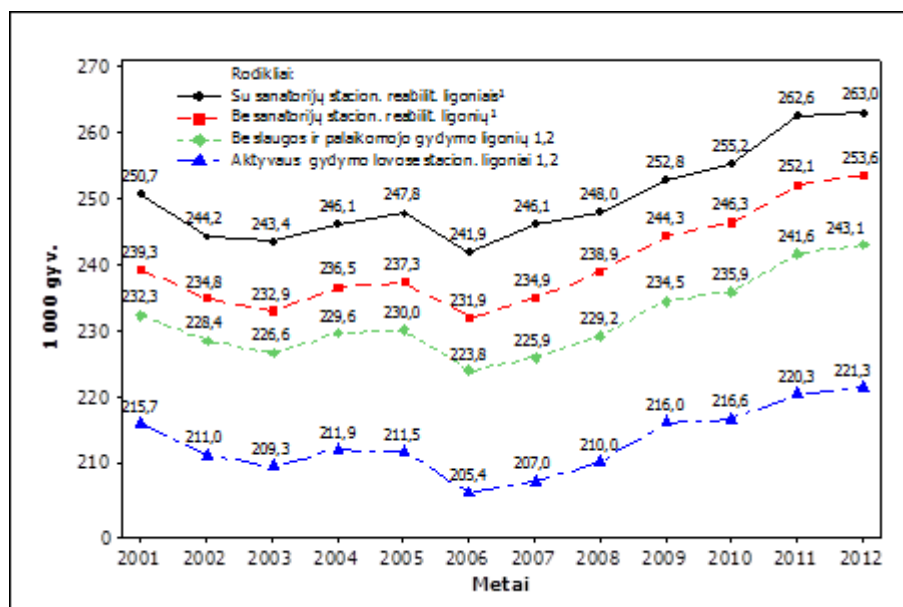
Šaltinis: HI SIC

### 3.4 Stacionaro ligonių (be dienos stacionaro atvejų) skaičiaus pokyčiai

2001 – 2012 m. stacionaro ligonių su sanatorijų stacionarinės reabilitacijos ligoniais (toliau – SSRL), be dienos stacionaro atvejų (toliau – DSA), skaičius padidėjo 12,3 ligonio/1 000 gyv. (3.11 pav.). 2001 – 2006 m. rodiklis svyravo 241,9 – 250,7 stacionaro ligonio 1000 gyventojų ribose, nuo 2007 m. rodiklis tolygiai didėjo. Panašiai didėjo ir stacionaro ligonių, be SSRL ir DSA, skaičius. Laikotarpio pradžioje rodiklis svyravo iki 2006 m. 239,3 – 231,9 stacionaro ligonio 1000 gyventojų ribose, nuo 2007 m. pradėjo tolygiai didėti ir 2012 m. buvo 253,6/1000 gyv.

Stacionaro ligonių be slaugos ir palaikomojo gydymo ligonių, SSRL ir DSA, skaičius 2001 m. buvo 232,3/1000 gyventojų, vėliau rodiklis nežymiai svyravo ir 2006 m. buvo mažiausias - 223,8/1000 gyv., o nuo 2007 m. tolygiai didėjo iki 243,1/1000 gyv. (2012 m.).

Aktyvaus gydymo lovų stacionaro ligonių skaičius kito nedaug – mažiausias apskaičiuotas rodiklis 1000 gyv. 2001-2012 m. laikotarpiu buvo 205,4 (2006 m.), didžiausias - 221,3 (2012 m.).



3.11 pav. Stacionaro ligonių skaičiaus pokyčiai 2001–2012 m.

Pastaba: 1 – be stacionaro dienos atvejų.

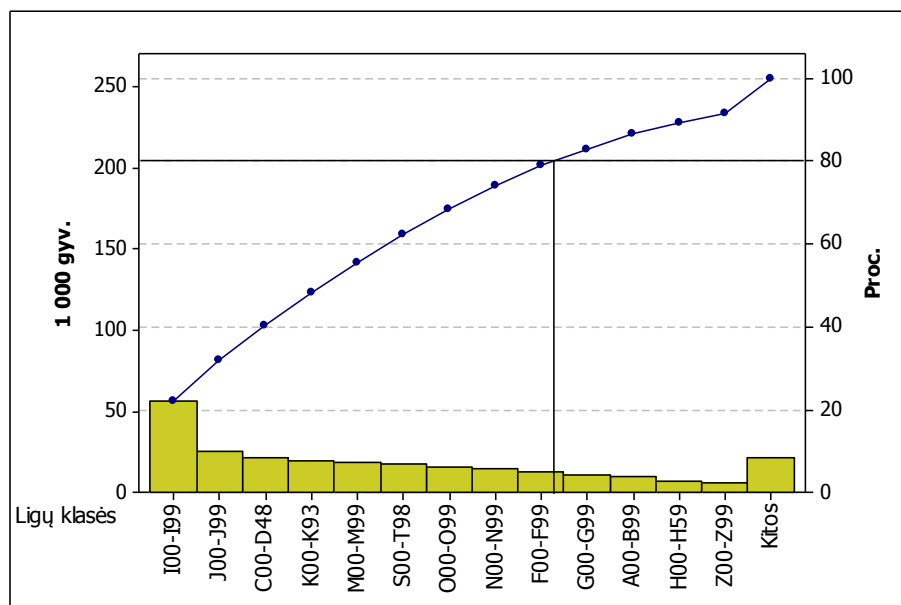
2 – be sanatorių stacionarinės reabilitacijos ligonių.

Šaltinis: HI SIC

### 3.5 Hospitalinis sergamumas pagal ligas (be stacionaro dienos atvejų), vidutinė gulėjimo trukmė ir letalumas

Kraujotakos sistemos ligos (I00–I99), kvėpavimo sistemos ligos (J00–J99), navikai (C00–D48), virškinimo sistemos ligos (K00–K93), jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos ligos (M00–M99), traumas, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai (S00–T98), nėštumas, gimdymas ir pogimdyminis laikotarpis (O00–O99), urogenitalinės sistemos ligos (N00–N99), psichikos ir elgesio sutrikimai (F00–F99) – tai ligų klasės, kurios sudarė 80% visų stacionaruose gydytų būklių 2012 m. (3.12 pav.).

2012 m. hospitalizuotiems ligoniams iš kraujotakos sistemos ligų dažniausiai buvo diagnozuojama išeminė (koronarinė) širdies liga (16,1 atv./ 1000 stacionaro ligonių), iš kvėpavimo sistemos ligų – pneumonija (7,4/1000), iš navikų – piktybiniai (16,5/1000) (piktybinių navikų grupėje dažniausiai buvo diagnozuojamos limfomos ir leukozės – 1,80 atv./1000 gyv.).

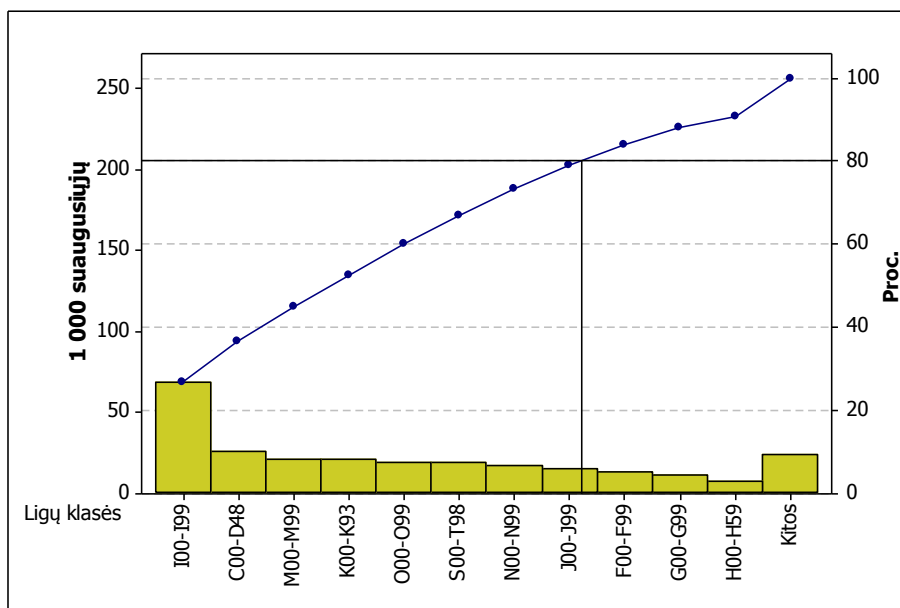


3.12 pav. Hospitalinis sergamumas pagal ligas (be stacionaro dienos atvejų) 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2012 m. tarp suaugusiųjų didžiausią sergamumą stacionare sąlygojo šios ligų klasės: kraujotakos sistemos ligos (I00–I99), navikai (C00–D48), jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos ligos (M00–M99), virškinimo sistemos ligos (K00–K93), nėštumas, gimdymas ir pogimdyminis laikotarpis (O00–O99), traumos, apsinuodijimai ir kiti išorinių priežasčių padariniai (S00–T98), urogenitalinės (N00–N99) ir kvėpavimo sistemos ligos (J00–J99) (3.13 pav.).

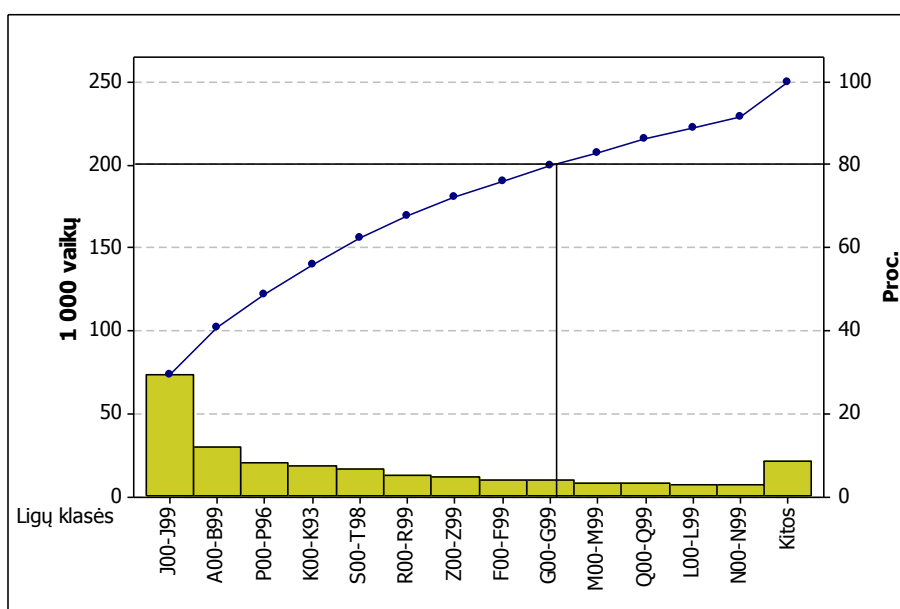
2012 m. suaugusieji daugiausiai buvo gydomi stacionare dėl kraujotakos sistemos ligų, iš jų - išeminės (koronarinės) širdies ligos (19,7 atvejai/1000 suaugusiųjų); navikų, iš jų – piktybinių (19,7 atvejai/1000 suaugusiųjų); jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos ligų, iš kurių daugiausiai pasitaikydavo artropatijų (8,9 atvejai/1000 suaugusiųjų).



3.13 pav. Suaugusiųjų stacionarinis sergamumas (be stacionaro dienos atvejų) 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2012 m. didžiausias vaikų stacionarinis sergamumas buvo dėl kvėpavimo sistemos ligų, iš jų – dėl ūmių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų ir gripo (21,9 atvejai/1000 vaikų); kai kurių infekcinių ir parazitinių ligų, iš jų – žarnyno infekcijų (išskyrus diareją) (20 atv./1000 vaikų); tam tikrų perinatalinio periodo ligų, iš kurių dažniausiai registruojami buvo sutrikimai dėl trumpo nėštumo ir mažos naujagimio kūno masės (2,1 atv./1000 vaikų) (3.14 pav.).

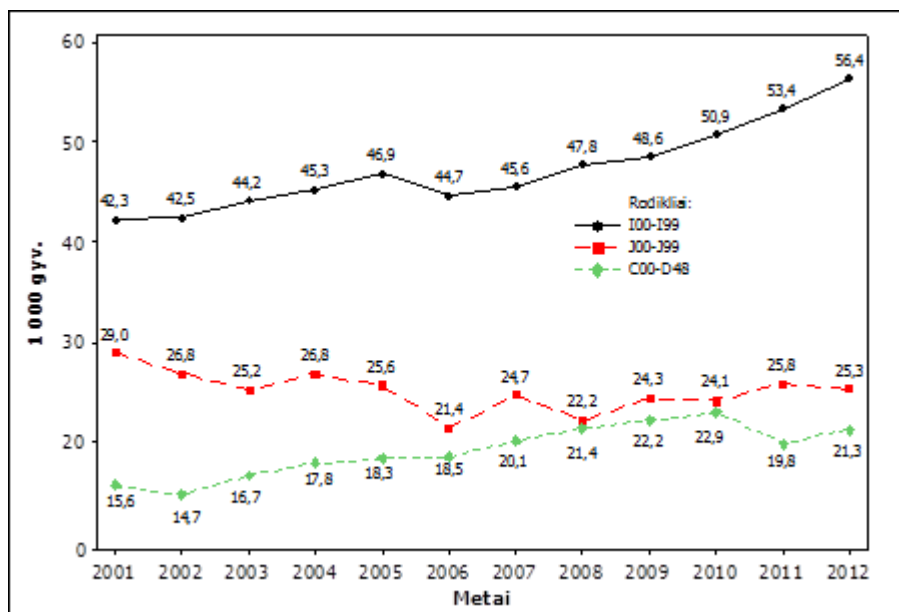


3.14 pav. Vaikų (0 – 17 m.) stacionarinis sergamumas (be stacionaro dienos atvejų) 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2001–2012 m. bendras hospitalinis sergamumas kraujotakos sistemos ligomis (I00–I99) augo ir 2012 m. pasiekė 56,4 atvejų/1000 gyventojų. (3.15 pav.). Hospitalinis sergamumas kvėpavimo

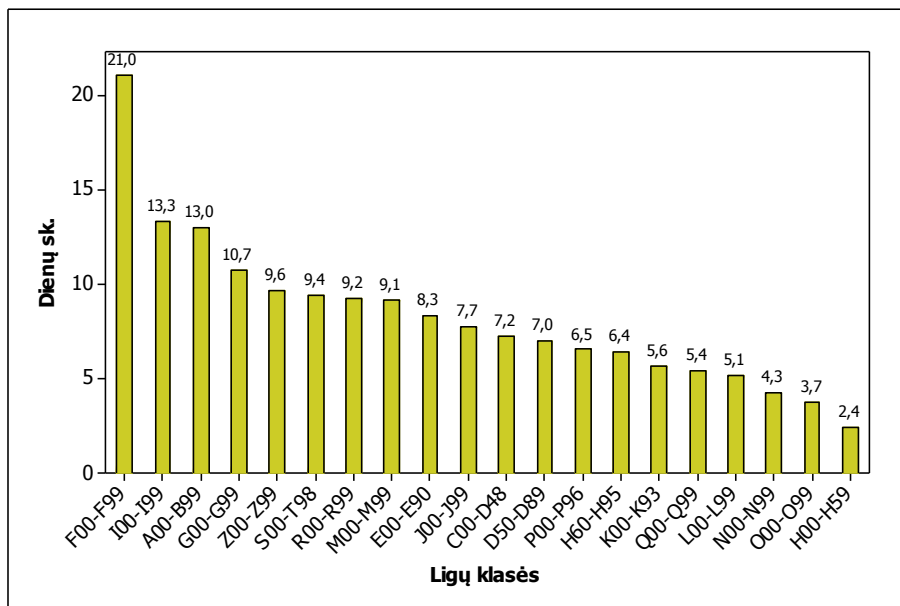
sistemos ligomis (J00–J99) sulig metais taip pat kilo, o sergančiųjų navikais (C00–D48) sergamumo rodikliai kito mažai ir 2001 – 2010 m. išliko panašūs (3.15 pav.). Vertinant pateiktus hospitalinio sergamumo rodiklius būtina atsižvelgti į tai, kad vidutinis Lietuvos gyventojų skaičius tolygiai mažėja, o tai, savo ruožtu, gali turėti įtakos apskaičiuotiems rodikliams.



3.15 pav. Hospitalinio sergamumo dinamika pagal ligas 2001-2012 m.

Šaltinis: HI SIC

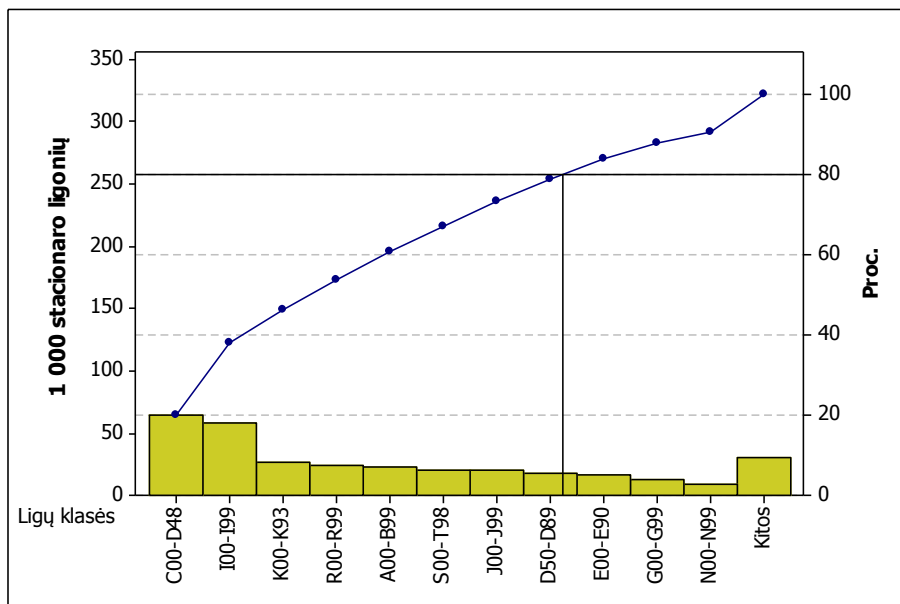
2012 m. stacionaruose gydytų nuo psichikos ir elgesio sutrikimų (F00–F99) ligonių vidutinė gulėjimo trukmė buvo ilgiausia – 21 diena, nuo ausies ir speninės ataugos ligų (H60–H95) – mažiausia, 2,4 dienos (3.16 pav.). Ligonų, kurie buvo gydyti stacionaruose nuo kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) bei kai kurių infekcinių ir parazitinių ligų (A00–B99), vidutinė gulėjimo trukmė buvo 13,3 ir 13 dienų, atitinkamai. Vertinant kai kurių infekcinių ir parazitinių ligų vidutinę gulėjimo trukmę reikia atsižvelgti, kad į ligų klasę yra įtraukta ir tuberkuliozė, kurios vidutinė gulėjimo trukmė dažnai yra ilgesnė už kitų infekcinių ar parazitinių ligų.



3.16 pav. Hospitalizuotų ligonių vidutinė gulėjimo trukmė (be stacionaro dienos atvejų) pagal ligas 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

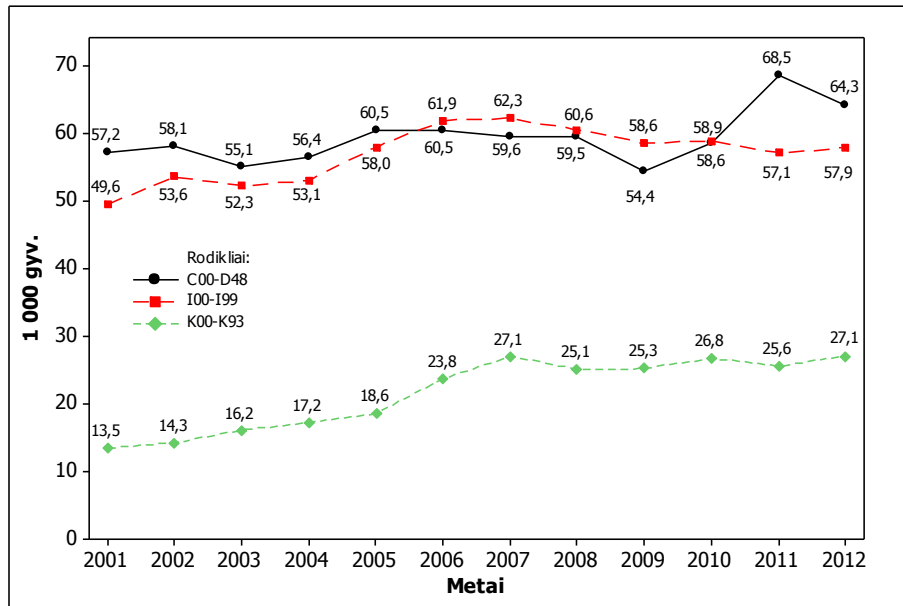
Vertinant stacionarinę letalumą, 2012 m. stacionaruose gydyti ligoniai dažniausiai mirė nuo navikų (C00–D48) (3.17 pav.), iš jų – nuo plaučių ir bronchų piktybinių navikų (163,8 atvejai/1000 stacionaro ligonių); kraujotakos sistemos ligų (I00–I99), iš jų – nuo ūmių išeminės širdies ligos formų (590,9/1000 ligonių) bei virškinimo sistemos ligų (K00–K93), iš kurių dažniausiai pasitaikydavo alkoholinės kepenų ligos (215,2/1000 ligonių).



3.17 pav. Hospitalizuotų ligonių letalumas (be stacionaro dienos atvejų) pagal ligas 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2001–2012 m. didėjo stacionare gulinčių ligonių letalumas nuo navikų (C00–D48), kraujotakos sistemos ligų (I00–I99) bei virškinimo sistemos ligų (K00–K93) (3.18 pav.).

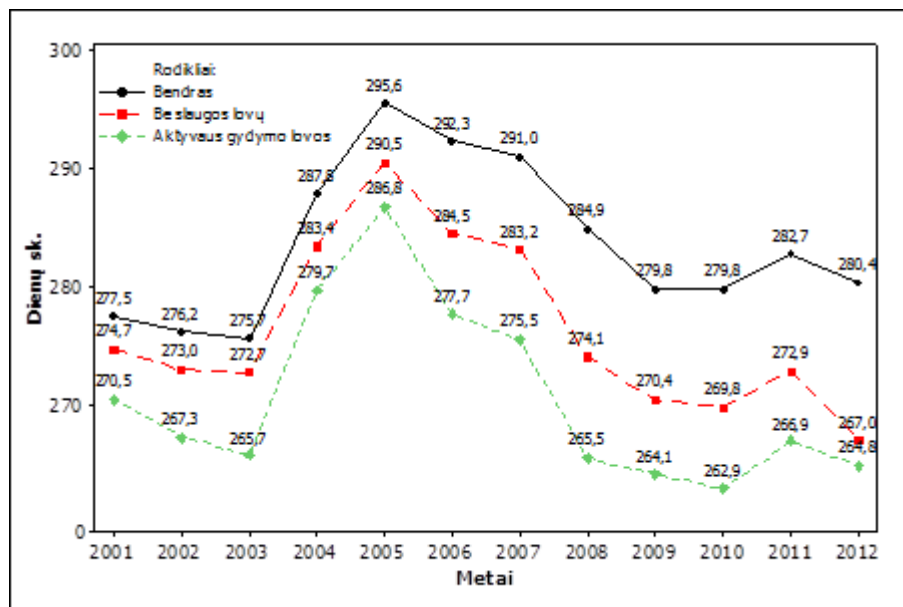


3.18 pav. Hospitalizuotų ligonių letalumo dinamika pagal ligas 2001 – 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 3.6 Lovos funkcionavimas stacionaruose

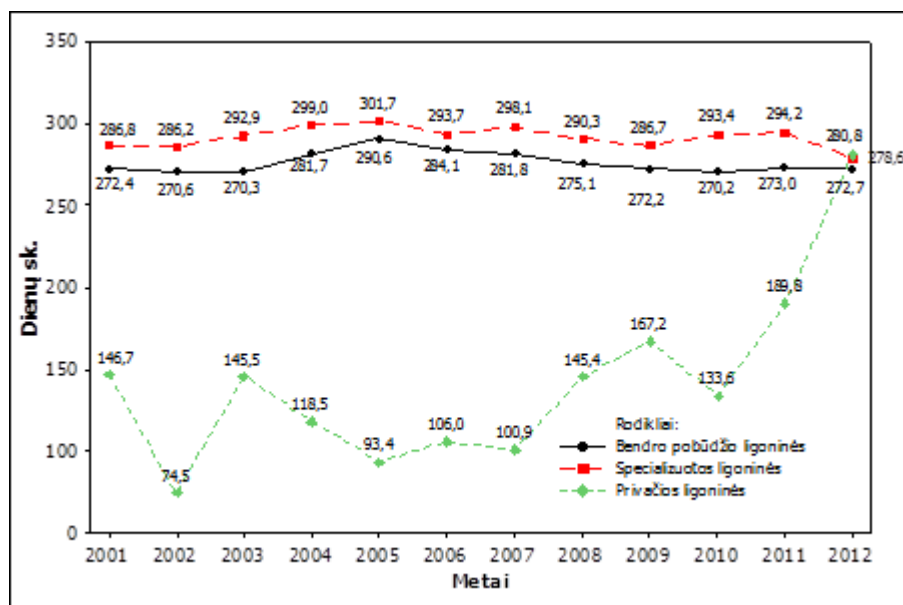
Lietuvoje lovos funkcionavimo rodikliai 2001 – 2012 m. laikotarpiu kito nuo 275,7 (2003 m.) iki 295,6 dienos per metus (2005 m.), be slaugos lovų – nuo 272,7 (2003 m.) iki 290,5 (2005 m.), aktyvaus gydymo lovų – nuo 265,7 (2003 m.) iki 286,8 (2005 m.) (3.19 pav.).



3.19 pav. Lovos funkcionavimo pokyčiai įvairaus profilio ligoninėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

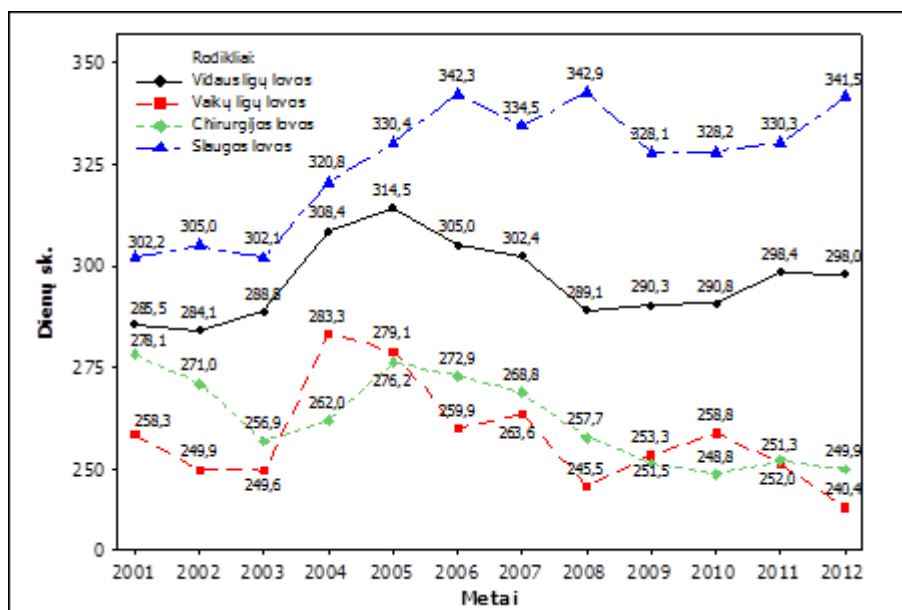
Lovų funkcionavimo rodiklis nagrinėjamu laikotarpiu didėjo privačiose ligoninėse; 2001 – 2012 m.rodiklis padidėjo 1,9 karto, vidutiniškai po 11,16 dienos kasmet. Tuo tarpu bendro ir specializuoto pobūdžio ligoninių lovų funkcionavimo rodikliai kito mažai (3.20 pav.).



3.20 pav. Lovos funkcionavimo pokyčiai skirtingo pobūdžio ligoninėse 2001–2012 m.

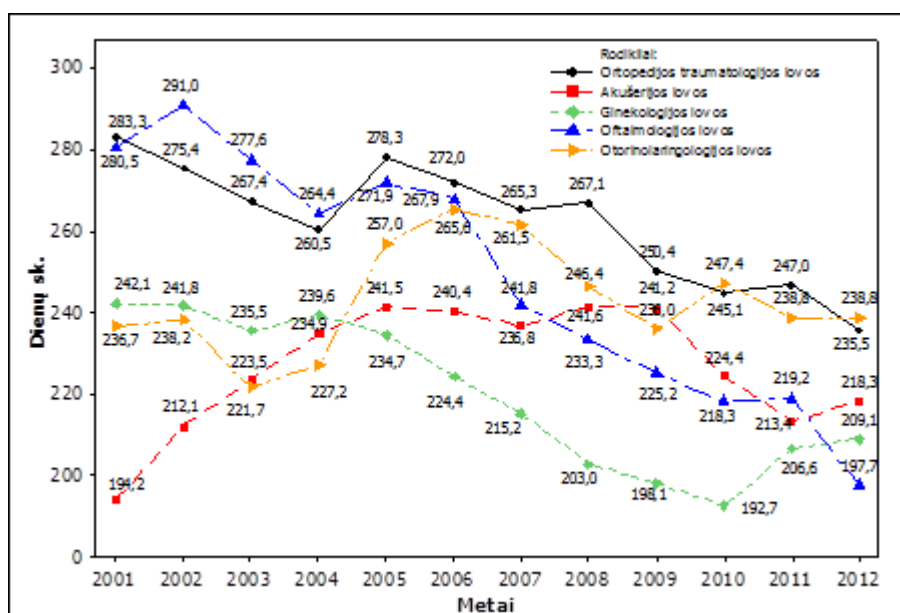
Šaltinis: HI SIC

Vertinant lovų funkcionavimo rodiklius pagal lovų grupes matyti, kad 2001 – 2012 m. stacionaruose slaugos lovų funkcionavimo rodiklis padidėjo 1,13 karto (38,5 dienos) (3.21pav.). Tuo pačiu laikotarpiu stacionaruose oftalmologijos lovų funkcionavimo rodiklis sumažėjo 1,3 karto (64,4 dienos), o ortopedijos – traumatologijos lovų funkcionavimo rodiklis sumažėjo 40,5 dienos per metus (3.22 pav.). Vidaus ligų, vaikų ligų, akušerijos, otorinolaringologijos lovų funkcionavimo rodikliai tiriamuoju laikotarpiu kito nedaug.



3.21 pav. Lovos funkcionavimo pokyčiai pagal skirtingas lovų grupes 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

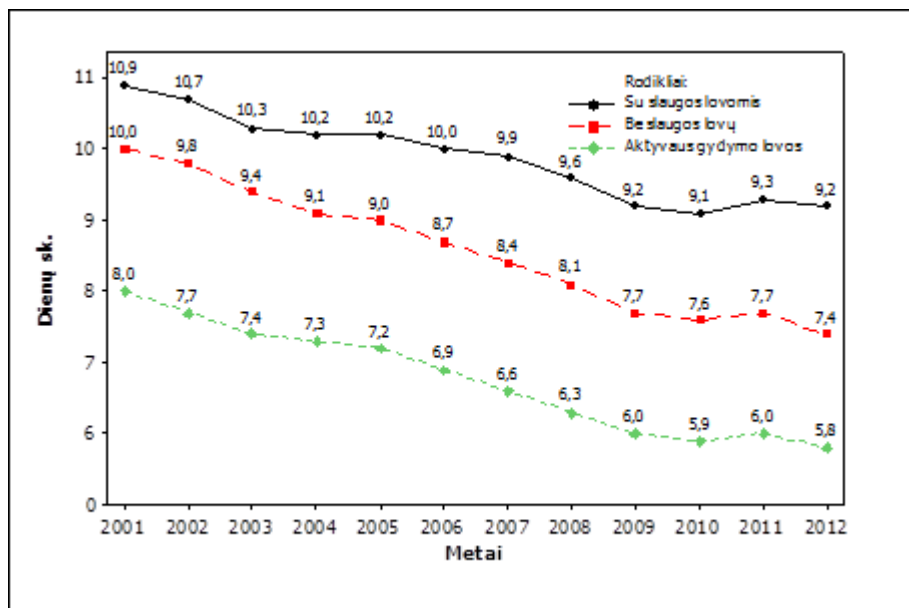


3.22 pav. Lovos funkcionavimo pokyčiai pagal skirtingas lovų grupes 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 3.7 Vidutinė gulėjimo trukmė stacionaruose

Per 2001–2012 m. įvairaus profilio šalies ligoninėse vidutinė gulėjimo trukmė mažėjo (3.23 pav.). Labiausiai sutrumpėjo vidutinis gulėjimo laikas stacionaruose be slaugos lovų bei stacionaruose su aktyvaus gydymo lovomis – 2,6 ir 2,2 dienos, atitinkamai.

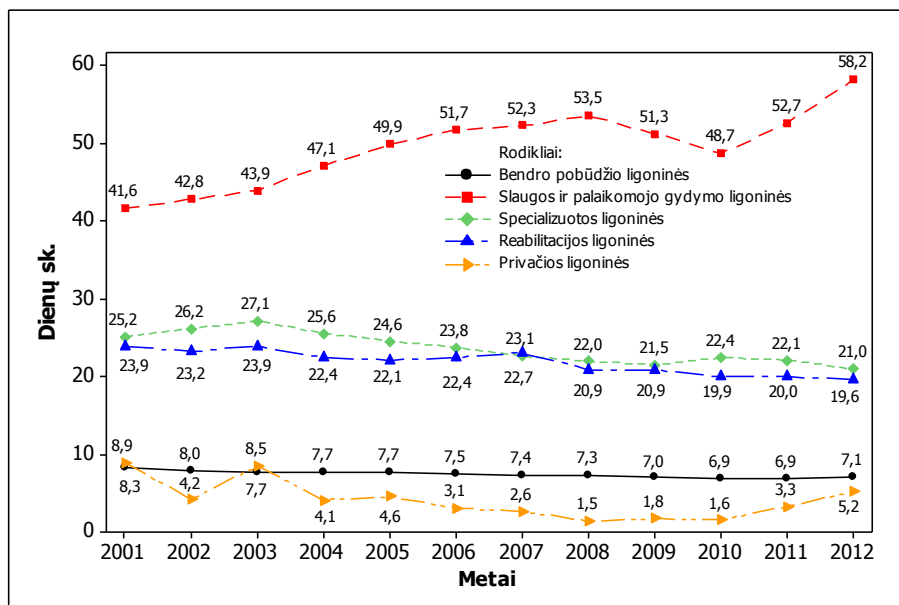


3.23 pav. Vidutinio gulėjimo laiko pokyčiai įvairaus profilio ligoninėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2001–2012 m. vidutinė gulėjimo trukmė mažėjo daugelyje skirtingų tipų ligoninėse, išskyrus slaugos ir palaikomojo gydymo ligonines (3.24 pav.).

Per nagrinėjamą laikotarpį vidutinė gulėjimo trukmė 16,6 dienos padidėjo slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse.



3.24 pav. Vidutinės gulėjimo trukmės dinamika įvairaus tipo ligoninėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

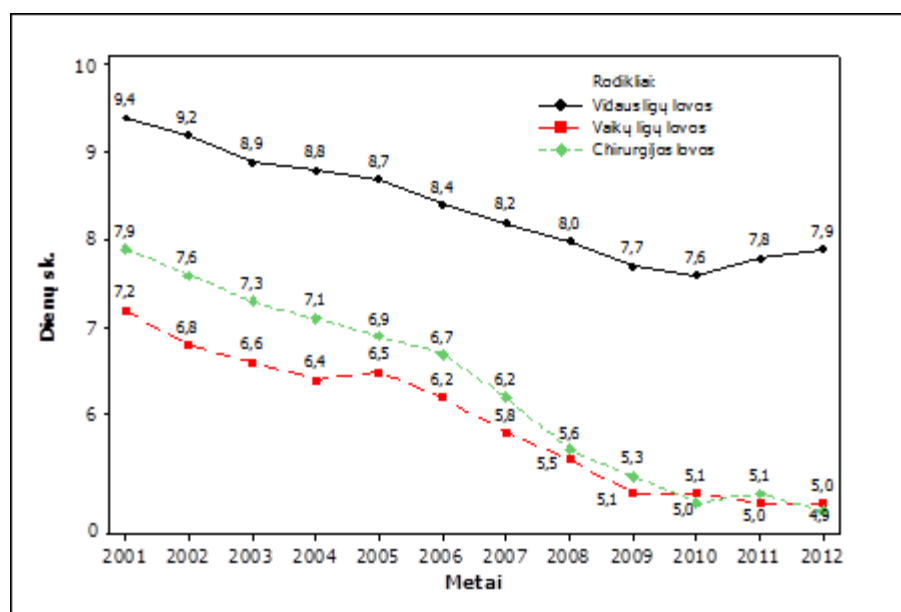
Stacionaruose vidutinė gulėjimo trukmė skirtingose lovų grupėse mažėjo, išskyrus slaugos ir tuberkuliozės lovų grupes (3.25–3.28 pav.). Vidutinė gulėjimo trukmė daugiausiai (9,6 dienos),

sumažėjo psichiatrijos lovų grupėje. Minėtas rodiklis taip pat sumažėjo reabilitacijos (6,8 dienos), oftalmologijos (3,8 dienos) ir chirurgijos (3 dienomis) lovų grupėse.

2001–2012 m. mažiausiai, 1,5 dienos, vidutinė gulėjimo trukmė sumažėjo vidaus ligų, akušerijos, otorinolaringologijos lovų grupėje.

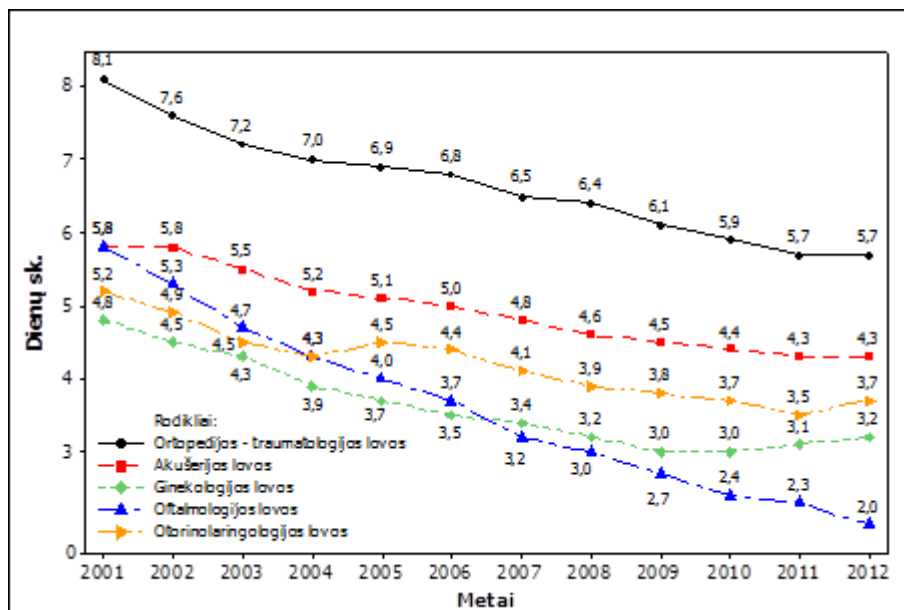
Tuberkuliozės lovų grupėje vidutinė gulėjimo trukmė, per nagrinėjamą laikotarpį padidėjo 16,2 dienos. Nuo 2001 m. iki 2011 m. rodiklis tolygiai didėjo nuo 54,4 iki 76,7 dienos, tačiau 2012 m. vėl sumažėjo iki 70,6 dienos.

Slaugos lovų grupėje vidutinė gulėjimo trukmė 2001–2005 m. didėjo, nuo 2006 m. iki 2010 m. kito nuo 47,6 iki 46,6 dienos ir vėliau pradėjo didėti: 2012 m. buvo didžiausias rodiklis – 52,7 dienos. Per nagrinėjamą laikotarpį slaugos lovos vidutinė gulėjimo trukmė padidėjo 12 dienų.



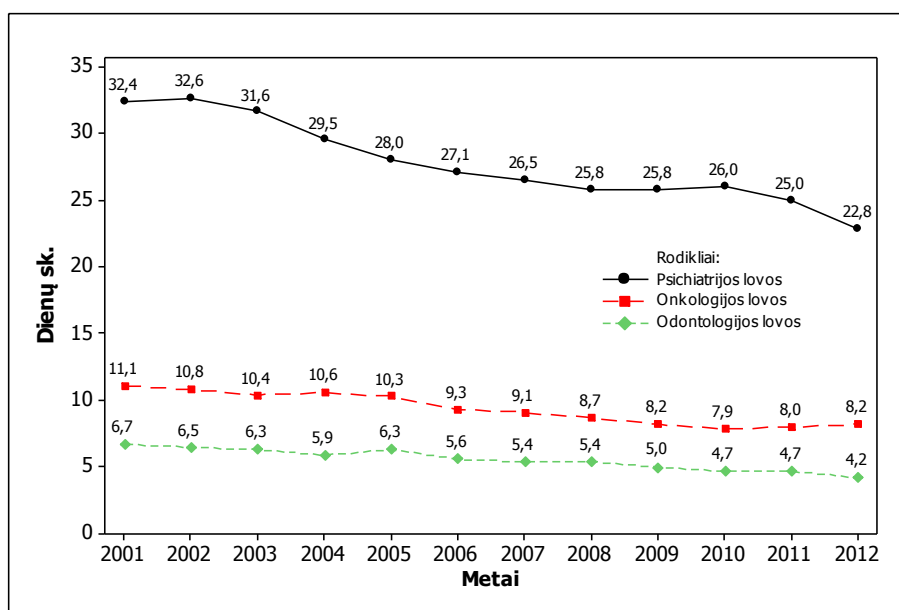
3.25 pav. Vidutinės gulėjimo trukmės dinamika skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC



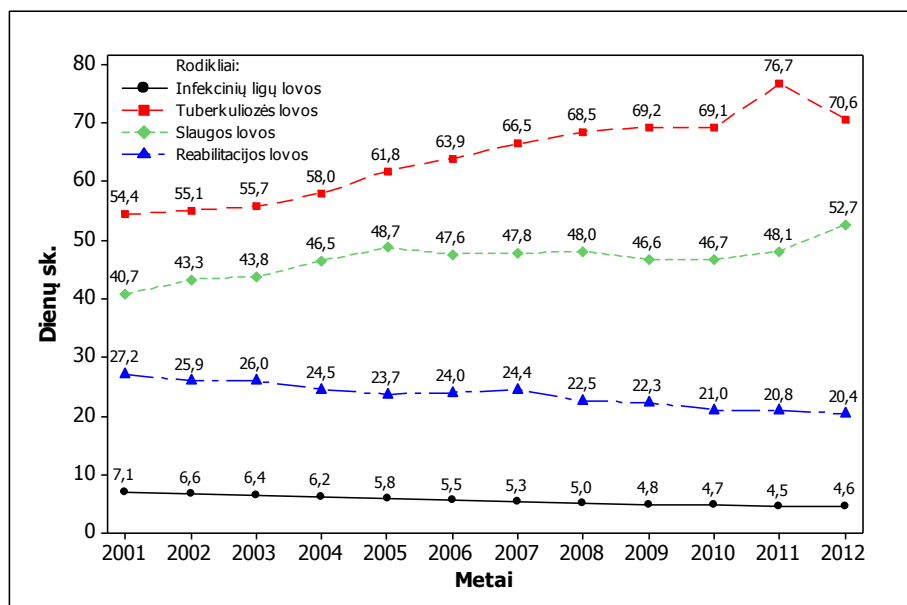
3.26 pav. Vidutinās gulējimo trukmēs dinamika skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC



3.27 pav. Vidutinės gulējimo trukmēs dinamika skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC



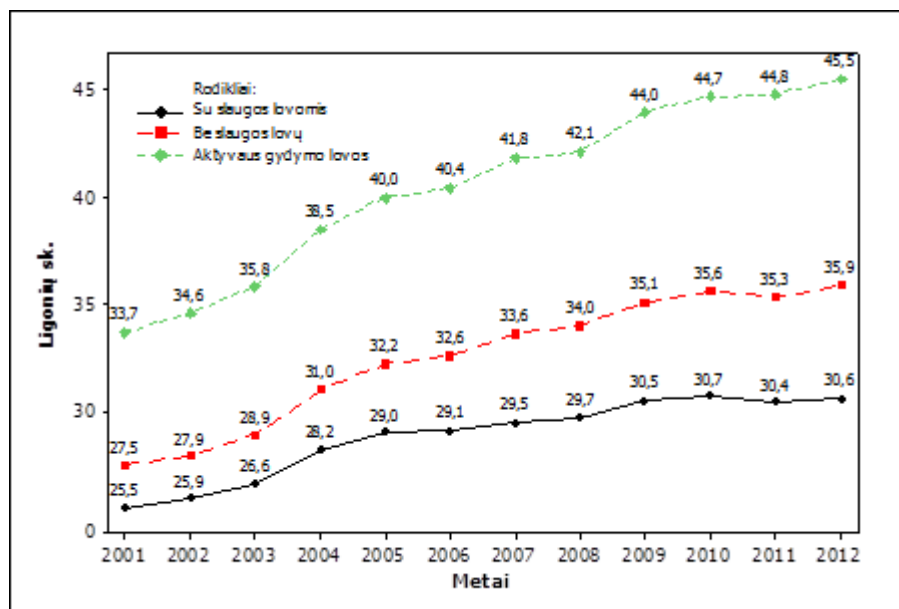
3.28 pav. Vidutinės gulėjimo trukmės dinamika skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 3.8 Lovų apyvarta stacionaruose

Įvairaus profilio ligoninėse lovų apyvarta per 2001–2012 m. augo (3.29 pav.). Daugiausiai didėjo aktyvaus gydymo lovų apyvarta nuo 33,7 (2001 m.) iki 45,5 ligonio per metus (2012 m.).

Stacionaro be slaugos lovų apyvarta per 12 metų padidėjo 8,4 ligonio per metus, su slaugos lovomis – 5,1.



3.29 pav. Lovų apyvartos pokyčiai įvairaus profilio ligoninėse 2001–2012 m.

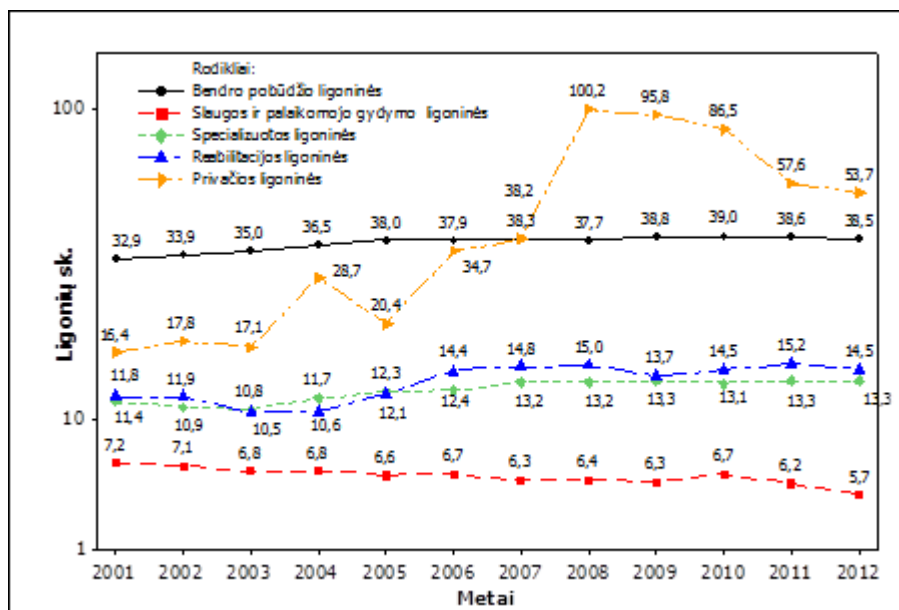
Šaltinis: HI SIC

Lietuvoje lovų apyvarta įvairaus tipo ligoninėse per 2001–2012 m. augo, išskyrus slaugos ir palaikomojo gydymo ligonines. Labiausiai didėjo privačių ligoninių lovų apyvarta – nuo 16,4

(2001 m.) iki 53,7 (2012 m.) ligonio per metus (3.30 pav.). Didžiausia lovos apyvarta privačiose ligoninėse užfiksuota 2008 m. – 100,2 ligonio per metus.

Bendrojo pobūdžio, specializuotose ir reabilitacijos ligoninėse lovų apyvarta didėjo nežymiai, atitinkamai nuo 32,9 (2001 m.) iki 38,5 (2012 m.) ligonio per metus, nuo 11,4 iki 13,3 ir nuo 11,8 iki 14,5.

Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse lovų apyvarta per aprašomąjį laikotarpį mažėjo nuo 7,2 iki 5,7 ligonio per metus.



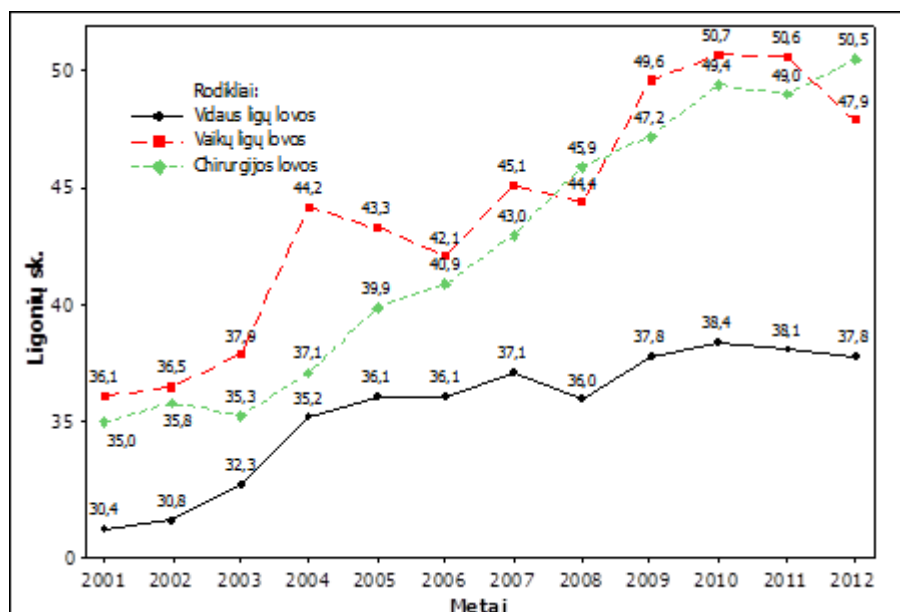
3.30 pav. Lovų apyvartos dinamika įvairaus tipo ligoninėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2001–2012 m. stacionaruose lovų apyvarta daugiausiai didėjo oftalmologijos, infekcinių ligų, akušerijos ir chirurgijos lovų grupėse (3.31, 3.32 ir 3.33 pav.). Per 12 metų oftalmologijos lovų apyvarta padidėjo 51,6 infekcinių ligų – 20, akušerijos – 17,3 ir chirurgijos – 15,5 ligonio per metus.

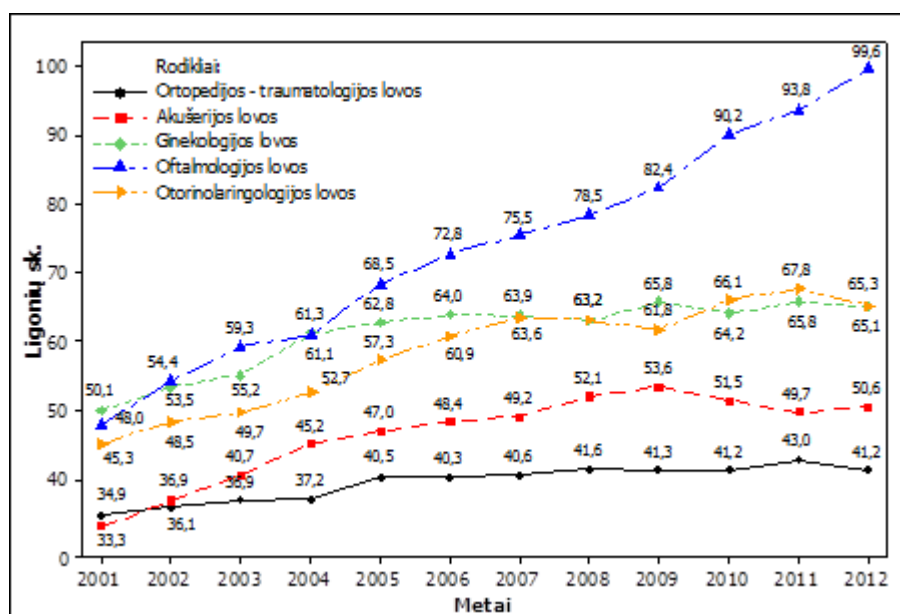
Nagrinėjamu laikotarpiu tuberkuliozės lovų apyvarta mažėjo, tačiau nežymiai: nuo 5,4 (2001 m.) iki 4,1 ligonio per metus (2012 m.) (3.34 pav.).

Stacionaruose odontologijos ir slaugos lovų apyvartos pokyčiai buvo statistiškai nereikšmingi.



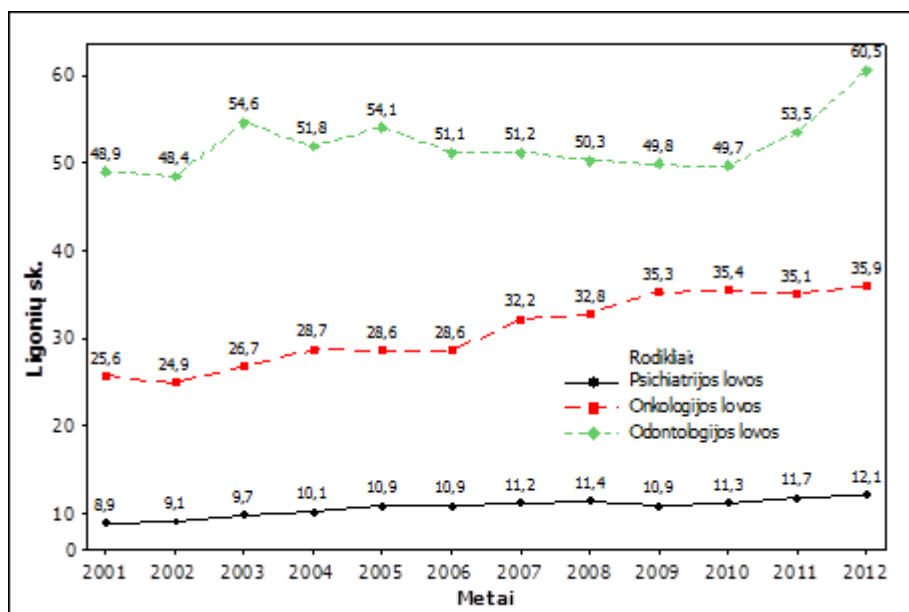
3.31 pav. Lovų apyvartos dinamika skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC



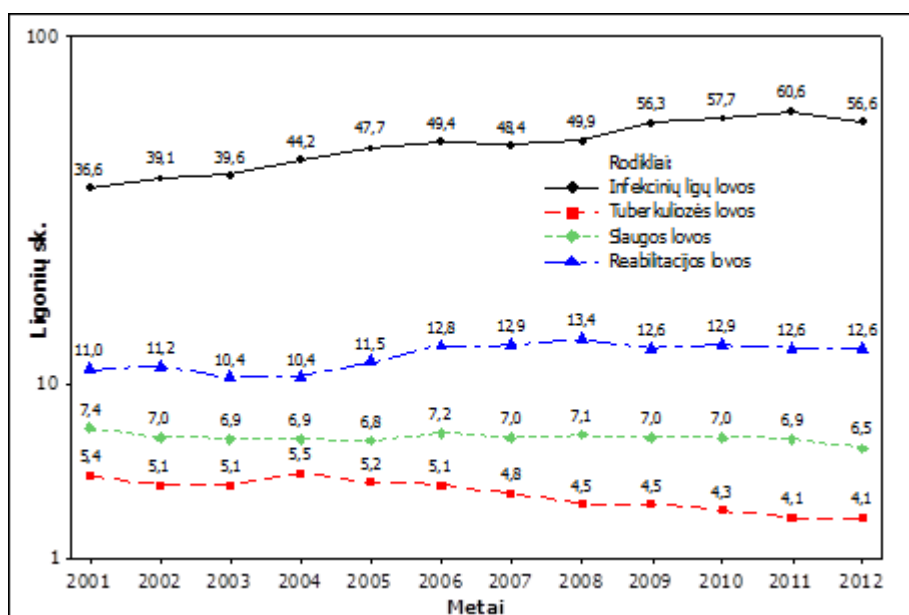
3.32 pav. Lovų apyvartos dinamika skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC



3.33 pav. Lovų apyvartos dinamika skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

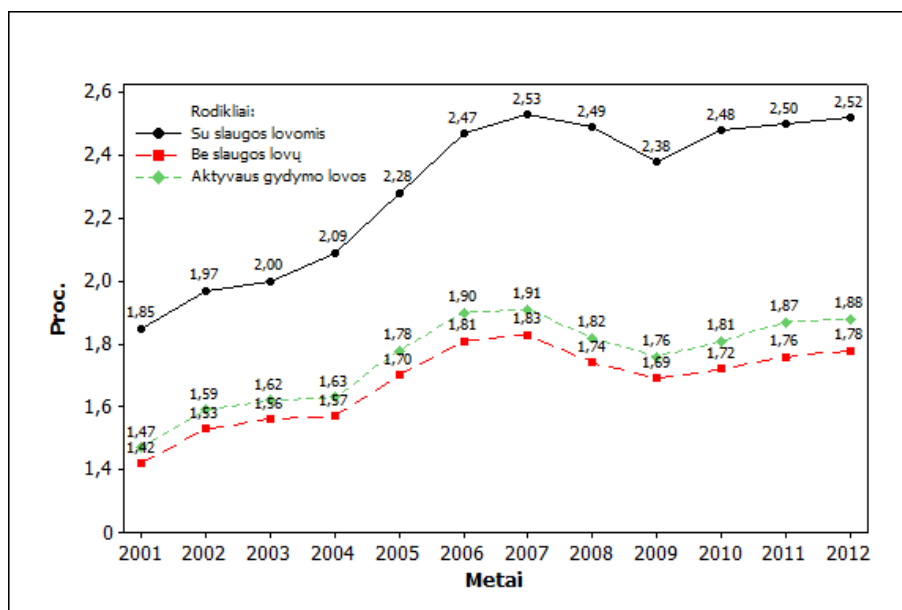


3.34 pav. Lovų apyvartos dinamika skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 3.9 Letalumas stacionaruose

2001–2012 m. šalyje stacionaro letalumas didėjo, tik 2008–2009 m. rodiklis šiek tiek krito (3.35 pav.). Natūralu, kad didžiausias letalumas fiksuojamas stacionaruose su slaugos lovomis, nes ten dažniausiai hospitalizuojami sunkios būklės pacientai arba ligoniai, gaunantys paliatyvų gydymą. 2001 m. jis sudarė 1,85 proc., 2012 m. – 2,52 proc. Stacionaruose be slaugos lovų letalumas per 2001–2012 m. laikotarpį padidėjo nuo 1,42 iki 1,78 proc., su aktyvaus gydymo lovomis – nuo 1,47 iki 1,88 proc.

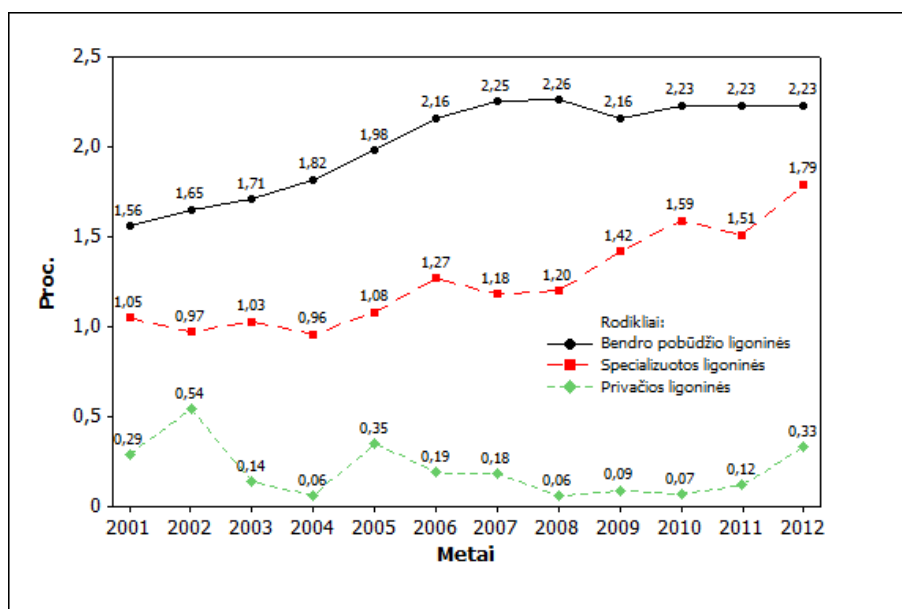


3.35 pav. Letalumo pokyčiai įvairaus profilio ligoninėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2001–2012 m. letalumas daugiausiai didėjo bendro pobūdžio ligoninėse (3.36 pav.). Nuo 2001 m. iki 2008 m. rodiklis tolygiai didėjo nuo 1,56 iki 2,26 proc., 2009 m. mažėjo ir pastaruosius trejus metus rodiklis išliko nepakitęs – 2,23 proc.

Per 12 m. specializuotų ligoninių letalumas didėjo nuo 1,05 (2001 m.) iki 1,79 proc. (2012 m.).

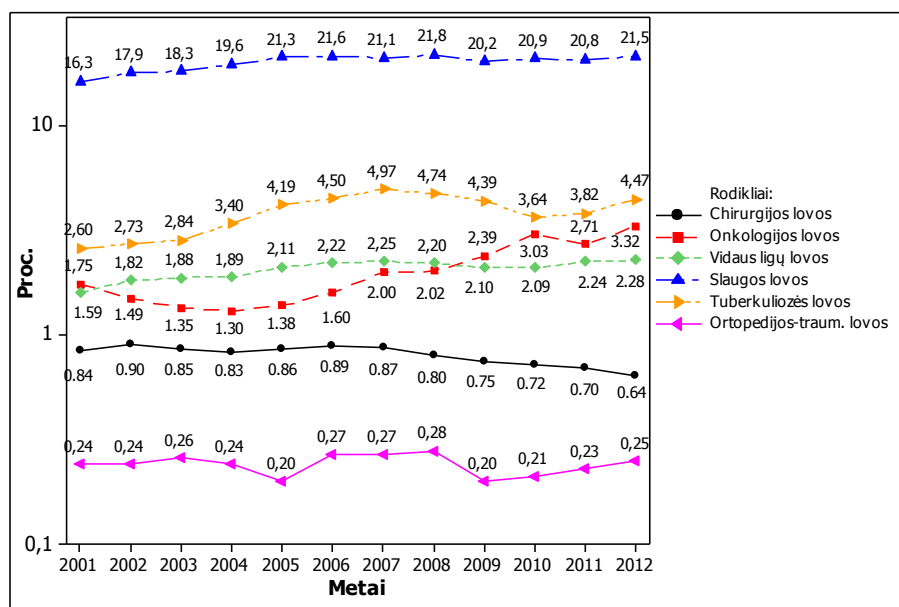


3.36 pav. Letalumo pokyčiai įvairaus tipo ligoninėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2001–2012 m. didžiausias ligonių letalumas buvo registruotas tarp slaugos lovoje gulinių pacientų (3.37 pav.). Per 2001–2012 m. stacionaruose 1,9 karto pakilo onkologijos ir 1,7 karto

pakilo tuberkuliozės lovų ligonių letalumas (3.37 pav.). Chirurgijos lovų ligonių letalumas sumažėjo 1,3 karto: nagrinėjamo laikotarpio pradžioje buvo 0,84 proc., 2012 m. – 0,64 proc.



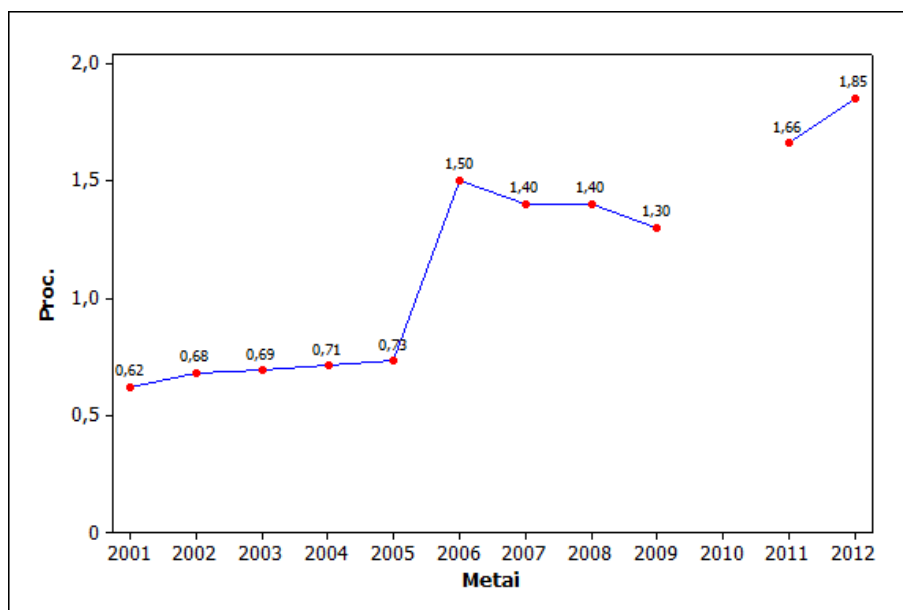
3.37 pav. Stacionaro ligonių letalumo pokyčiai skirtingose lovų grupėse 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

2001–2012 m. kitų lovų grupių ligonių mirštamumas nebuvo aukštas– ortopedijos lovų ligonių rodiklis svyravo nuo 0,20 proc. (2005 m.) iki 0,28 proc. (2008 m.); psichiatrijos – 0,38 proc. (2004 m.) – 0,48 proc. (2009 m.); infekcinių ligų – 0,09 proc. (2005 m.) – 0,23 proc. (2001 m.); reabilitacijos – 0,10 proc. (2012 m.) – 0,26 proc. (2002 m.). Nagrinėjamu laikotarpiu stacionaruose oftalmologijos, odontologijos, ginekologijos, otorinolaringologijos bei akušerijos lovų grupės pasižymėjo itin mažu ligonių letalumu, kuris buvo artimas nuliui.

Bendras pooperacinis letalumas 2001 – 2012 m. didėjo (3.38 pav.). 2001–2006 m. rodiklis didėjo nuo 0,62 iki 1,5 proc., vėliau rodiklis mažėjo iki 1,3 proc. 2009 metais. Nuo 2011 m. rodiklis didėjo ir 2012 m. buvo didžiausias – 1,85 proc.

2010 m. duomenų nėra, kadangi keitėsi operacijų klasifikavimas pagal Australijos medicininių intervencijų klasifikaciją.



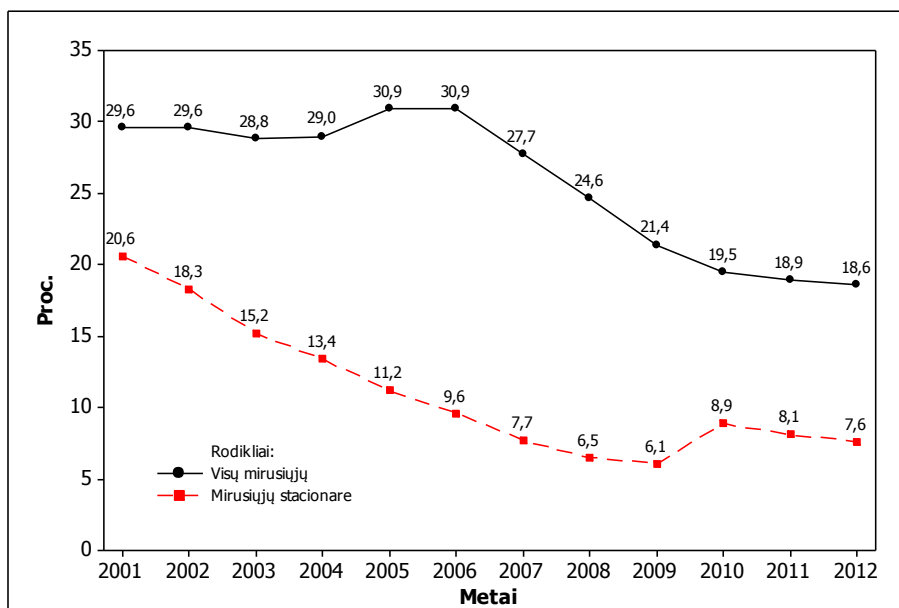
3.38 pav. Bendras pooperacinis letalumas 2001–2009 ir 2011-2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 3.10 Autopsijų apimtys

Per nagrinėjamą laikotarpį šalyje autopsijų apimtys sumažėjo 1,59 karto (3.39 pav.). 2001 m. buvo atlikta 29,6 proc. visų mirusiųjų autopsijų, vėliau rodiklis mažėjo, poto didėjo ir 2005–2006 m. buvo didžiausias rodiklis – 30,9 proc., nuo 2007 m. tolygiai mažėjo ir 2012 m. rodiklis buvo mažiausias – 18,6 proc.

2001–2012 m. mirusiųjų stacionare autopsijų apimtys sumažėjo 2,7 karto. 2001 m. rodiklis buvo didžiausias – 20,6 proc., kuris tolygiai mažėjo ir pasiekė mažiausią rodiklį, 6,1 proc. – 2009 m. 2010 m. rodiklis padidėjo, po to mažėjo iki 7,6 proc. 2012 m.



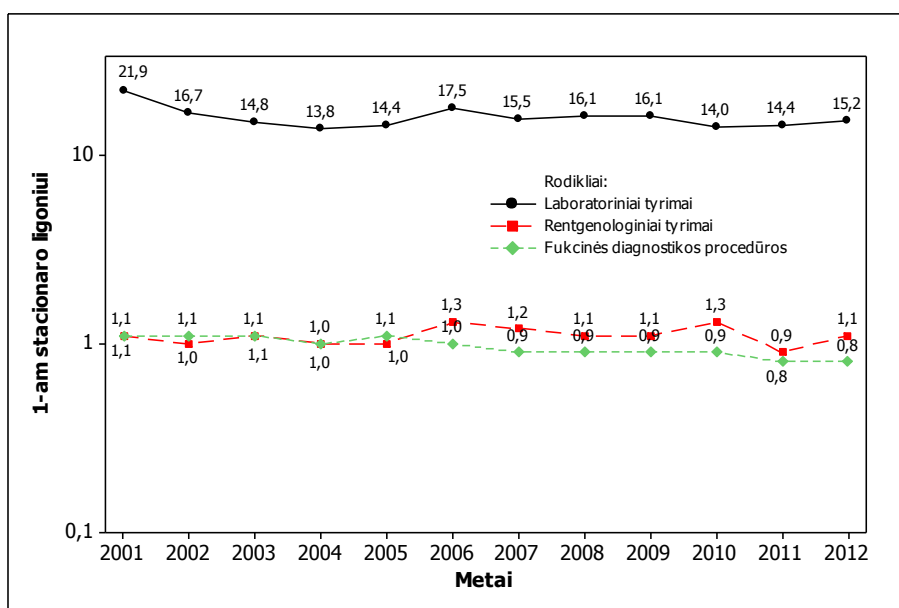
3.39 pav. Autopsijų apimčių pokyčiai 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

### 3.11 Stacionaro ligonių ištyrimo apimtys

2001–2012 m. šalyje funkcinės diagnostikos procedūrų skaičius, mažėjo (3.40 pav.). Nagrinėjamo laikotarpio pradžioje 1-am stacionaro ligoniui teko 1,1 funkcinės diagnostikos procedūros, tuo tarpu nagrinėjamo laikotarpio pabaigoje – 0,8 minėtos procedūros.

Laboratorinių ir rentgenologinių tyrimų skaičius, tenkančio 1-am stacionaro ligoniui, svyravimai 2001–2012 m. laikotarpiu buvo statistiškai nereikšmingi.



3.40. pav. Stacionaro ligonių ištyrimo apimtys 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

## 4. NĖŠČIŪJŲ IR GIMDYVIŲ PRIEŽIŪRA

*Parengė U. Augustinaitė*

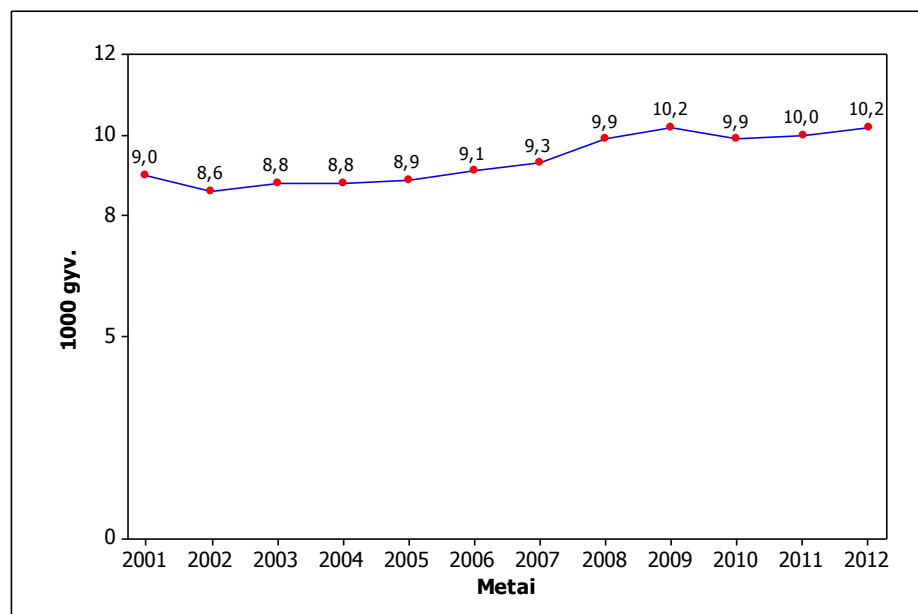
Lietuvoje, kaip ir likusioje Europoje, perinatalinis periodas, apimantis nėštumą, kūdikystę ir laikotarpį po gimdymo, kelia didelį sveikatos sistemos specialistų susirūpinimą. Sveikas nėštumas bei sveika kūdikystė yra kiekvienos ekonomiškai išsivysčiusios šalies siekiamybė, nes tik sveika gyvenimo pradžia suteikia ilgalaikę naudą ir apsaugo nuo mirties ir neįgalumo kūdikystėje bei sumažina riziką suaugus susirgti tokiomis lėtinėmis ligomis, kaip cukrinis diabetas ar hipertenzija [10].

Šiame skyriuje pateikiama statistinė informacija apie gimstamumą, neonatalinį kūdikių mirtingumą, negyvagimius. Apžvelgta ir išnagrinėta pastarųjų metų abortų struktūra bei jos pokyčiai.

Sveikatos priežiūros išteklių poskyryje (4.6) pateikiami duomenys apie akušerijos lovų skaičių ir jo kitimą. Negyvagimių ir 1000-čiui vaisingo amžiaus moterų dirbtinių abortų rodikliai lyginami tarp bendro šalies rodiklio bei miesto ir kaimo.

### 4.1 Gimusiųjų skaičius

Per pastaruosius dvylika metų Lietuvoje gimė 364 712 kūdikiai. Gimstamumo kreivė nuo 2001 m. iki 2012 m. yra tolygiai didėjanti (4.1 pav.). Nuo 2002 m. (8,6/1000 gyv.) iki 2009 m. gimusiųjų skaičius 1000-čiui gyventojų statistiškai reikšmingai padidėjo iki 10,2/1000 gyventojų. Nuo 2010 m. gimusiųjų skaičius 1000-čiui gyventojų išlieka stabilus. 2012 m. rodiklis buvo 10,2/1000 gyv. Nors gimstamumas pastaraisiais metais šiek tiek didėja, tačiau dėl didelio gyventojų mirtingumo, natūralusis gyventojų prieaugis išlieka neigiamas.



4.1 pav. Gimusiųjų skaičius 2001–2012 m.

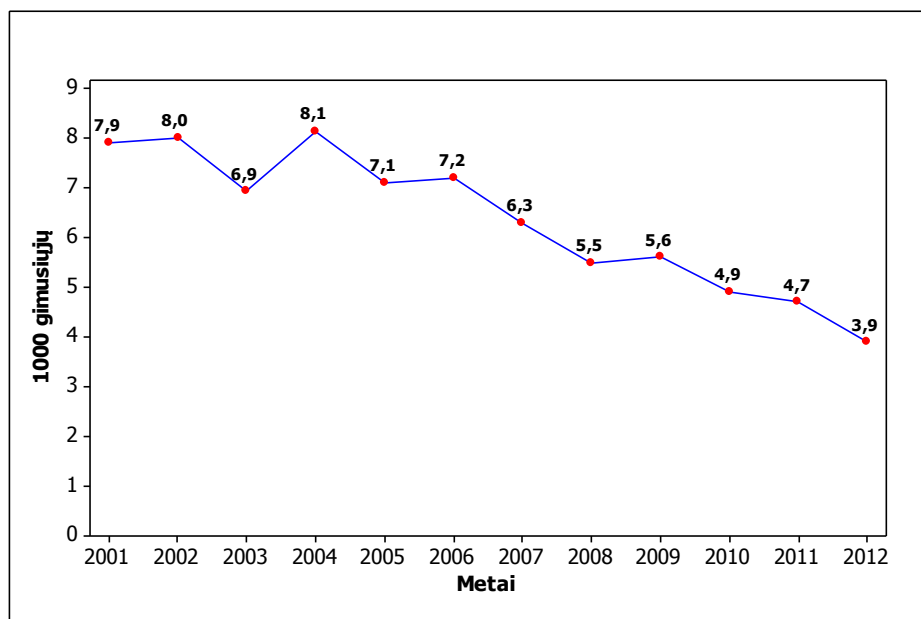
Šaltinis: HI SIC

Galima daryti prielaidą, jog gimstamumo pokyčiams įtakos galėjo turėti Lietuvos Respublikos socialinio draudimo įstatymo pakeitimai, susiję su motinystės pašalpų dydžiu. Nuo 2008 m. sausio 1 d. motinystės pašalpos pirmaisiais vaiko auginimo metais buvo padidintos iki 100 proc. kompensuojamo uždarbio, nuo 2010 m. liepos 1d.– 90 proc. kompensuojamo uždarbio, o nuo 2011 m. liepos 1 d. – sumažintos iki 75 proc. ir pakeistos kai kurios esminės nuostatos.

## 4.2 Kūdikių mirtingumas

Kūdikių mirtingumas, kuomet jie miršta nesulaukę vienerių metų, atspindi šalies ekonomines ir socialines sąlygas bei parodo sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą. Mūsų šalyje mirusių kūdikių skaičius, tenkantis 1000 gimusiųjų, nuo 2001 m. (7,9/1000 gimusiųjų) iki 2012 m. sumažėjo dvigubai (3,9/1000 gimusiųjų) (4.2 pav.). Paskutiniaisiais turimais duomenimis (2010 m.) Europos Sąjungoje kūdikių mirtingumas siekė 4,04/1000 gimusiųjų.

Lietuvoje 2012 m. mirė 118 kūdikių iki 1 m. amžiaus. Daugiau nei pusė (62,7 proc.) visų mirusių kūdikių sudarė mirę neonataliniu (0–27 dienų amžiaus) periodu. 2011 m. neonataliniu periodu mirė 62,5 proc. (90) kūdikių. 1000 gyvų gimusiųjų 2012 m. teko 2,6 mirę tokio amžiaus kūdikiai (2011 m. – 3,1) (4.3 pav.).

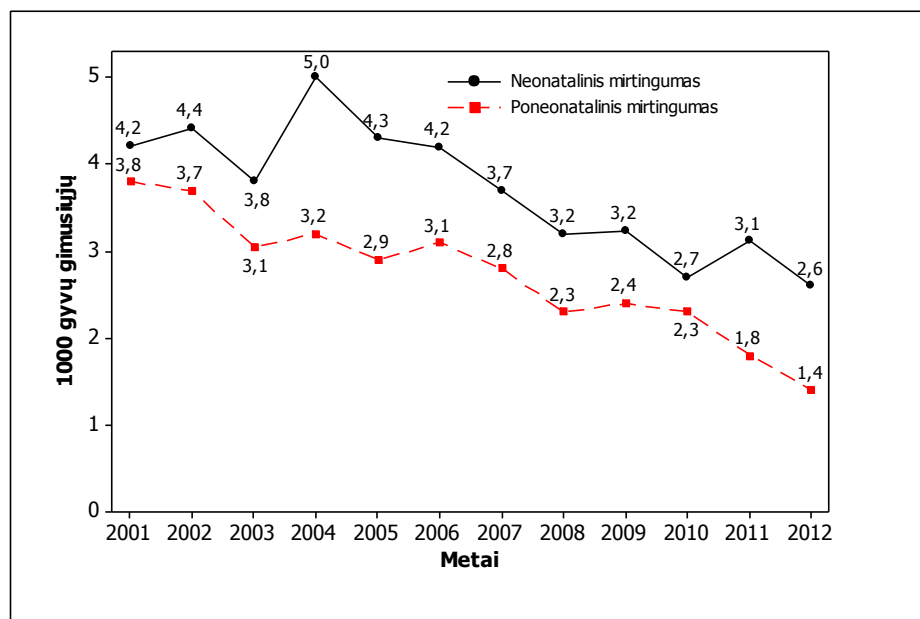


4.2 pav. 1000 gimusiųjų tenka mirusių kūdikių 2001–2012 m.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Islandijoje, Norvegijoje, Šveicarijoje ir Europos Sąjungos šalyse (išskyrus Bulgariją), įgyvendinamas “EURO-PERISTAT“ (angl. *European Perinatal Health*) projektas, kuriuo siekiama sveikatos priežiūros specialistams, sveikatos politiką formuojantiems asmenims, pateikti palyginamus duomenis apie nėščiųjų ir kūdikių sveikatą Europoje. Šiuo projekto tikslas sukurti kokybiškų rutiniškai renkamų duomenų sistemą, užtikrinti pilną geografinį duomenų pateikimą, atsižvelgti į tikslinių grupių poreikius ir prisidėti prie motinos ir kūdikio sveikatos priežiūros gerinimo. Projekto 2010 m. ataskaitoje, kurioje analizuojami perinatalinio periodo rodikliai nuo 2004 m. iki 2010 m., nurodoma, kad vaisiaus, naujagimių ir kūdikių mirtingumas šalyse vidutiniškai sumažėjo 19 proc. (svyravo nuo 0 proc. iki 38 proc.). Didžiausias mirtingumo sumažėjimas analizuotu laikotarpiu nustatytas Baltijos šalyse.

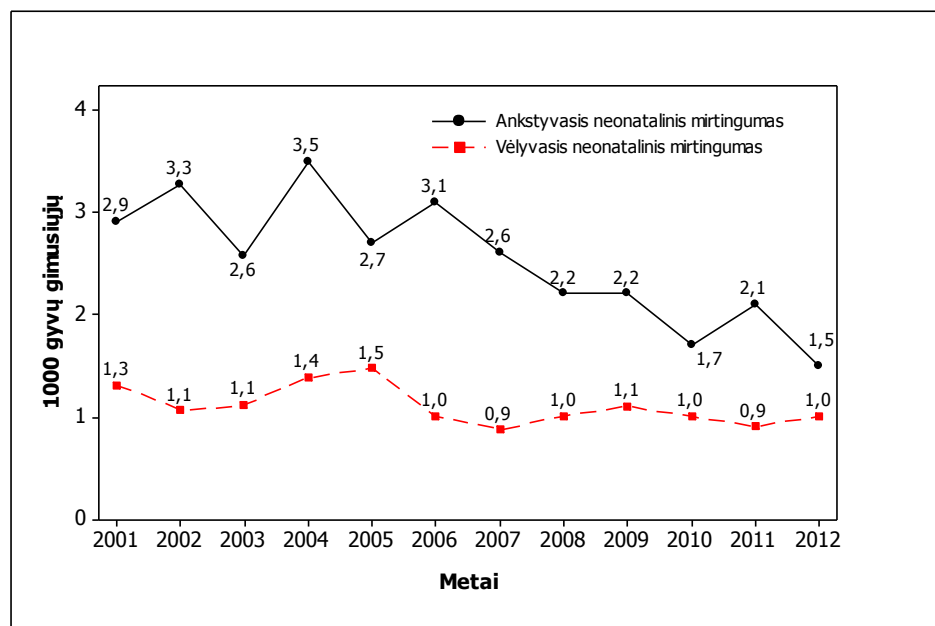
Lietuvoje neonatalinis mirtingumas yra 1,8 karto didesnis nei poneonatalinis mirtingumas (4.3 pav.). Neonatalinis mirtingumo rodiklis nuo 2001 m. iki 2012 m. statistiškai reikšmingai mažėjo. 2001 m. 1000 gyvų gimusiųjų teko 4,2 tokio amžiaus (0–27 d.) mirę naujagimiai. Rodiklis 2005 m. buvo didžiausias per analizuojamą laikotarpį (5,0/1000 gyvų gimusiųjų). 2012 m. rodiklis buvo 2,6/1000 gyvų gimusiųjų. Poneonatalinis mirtingumo rodiklis, kuris apima mirtis nuo 28 gyvenimo dienos iki vienerių metų amžiaus, nuo 2001 m. (3,8/1000-čiai gyvų gimusiųjų) iki 2012 m. sumažėjo 2,5 karto (1,5/1000-čiai gyvų gimusiųjų). 2012 m. Lietuvoje mirė 44 tokio amžiaus kūdikiai.



4.3 pav. Neonatalinis ir poneonatalinis mirtingumas 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

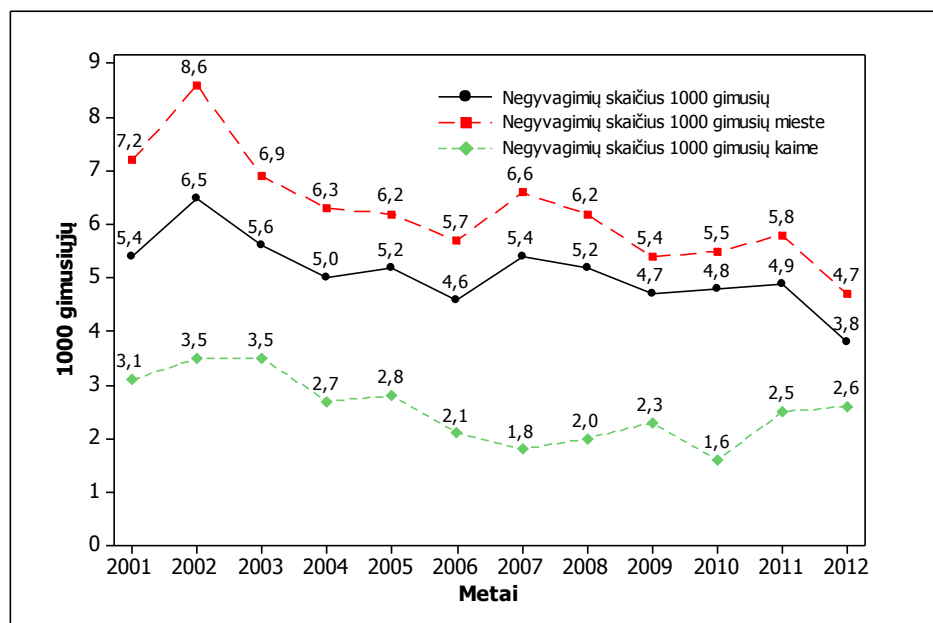
Perinatalinis mirtingumo periodas, leidžiantis įvertinti ankstyvos diagnostikos kokybę, apima laikotarpį nuo 22-os pilnos intrauterinio vaisiaus gyvenimo savaitės ir baigiasi 7-tą pilną gyvenimo dieną po gimimo. Šis rodiklis nuo 2001 m. (8,2/1000 gimusiųjų) iki 2012 m. (5,3/1000 gimusiųjų) sumažėjo 1,5 karto. 2012 m. negyvagimių ir naujagimių, mirusių 0–7 parų amžiaus, skaičius buvo 162 naujagimiai. Perinatalinio mirtingumo struktūroje dažniausia perinatalinių mirčių priežastis buvo vaisiaus hipoksija (37,0 proc.). Sumažėjo mirčių dėl vaisiaus asfiksijos gimdymo metu (26,1 proc.), tačiau padaugėjo dėl įgimtų formavimosi ydų (18,0 proc.). Analizuojant neonatalinį mirtingumą išsamiau, skiriami du neonatalinio mirtingumo periodai: ankstyvasis ir vėlyvasis. Ankstyvojo neonatalinio mirtingumo rodiklis nuo 2001 m. (2,9) iki 2012 m. statistiškai reikšmingai mažėjo ir 2012 m. 1000-čiui gimusiųjų teko 1,5 mirę (45 naujagimiai) tokio amžiaus (0–6 d.) kūdikiai (4.4 pav.). 2011 m. ankstyvasis neonatalinis mirtingumas buvo 2,1/1000 gyvų gimusiųjų. Vėlyvojo neonatalinio mirtingumo metu, kuris apima mirtis laikotarpiu nuo 7 iki 28 pilnos gyvenimo dienos, 2012 m. mirė 29 kūdikiai. Rodiklis nuo 2001 m. (1,3/1000 gyvų gimusiųjų) iki 2012 m. sumažėjo iki 1,0/1000 gyvų gimusiųjų.



4.4 pav. Ankstyvasis neonatalinis mirtingumas bei vėlyvasis neonatalinis mirtingumas 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Negyvagimių skaičius mieste 2012 m. buvo 4,7/1000 gimusiųjų, t.y. 1,2 karto mažesnis už bendrą šalies rodiklį (3,8/1000 gimusiųjų) ir 1,5 karto didesnis už kaimo gyventojomsgimusių negyvų skaičių (2,6/1000 gimusiųjų) (4.5 pav.). Nuo 2001 m. 1000-čiui gimusiųjų tenkantis mirusių kūdikių rodiklis iki 2012 m. mieste sumažėjo 1,5 karto – nuo 7,2/1000 gimusiųjų (2001 m.) iki 4,7/1000 gimusiųjų (2012 m.). Kaime negyvų gimusių skaičius nuo 2001 m. (3,1/1000 gimusiųjų) iki 2012 m. (2,6/1000 gimusiųjų) sumažėjo 1,19 karto. Bendras šalies gimusių negyvų rodiklis 1000-čiui gimusiųjų sumažėjo nuo 5,4/1000 gimusiųjų (2001 m.) iki 3,8/1000 gimusiųjų (2012 m.). Laikotarpyje nuo 2001 m. iki 2012 m. negyvagimių skaičius mieste buvo vidutiniškai 2,5 karto didesnis negu kaime. Tokį negyvagimių rodiklio pasiskirstymą gali lemti tai, kad miesto gimdyvių yra vidutiniškai 1,9 karto daugiau negu kaimo gimdyvių.

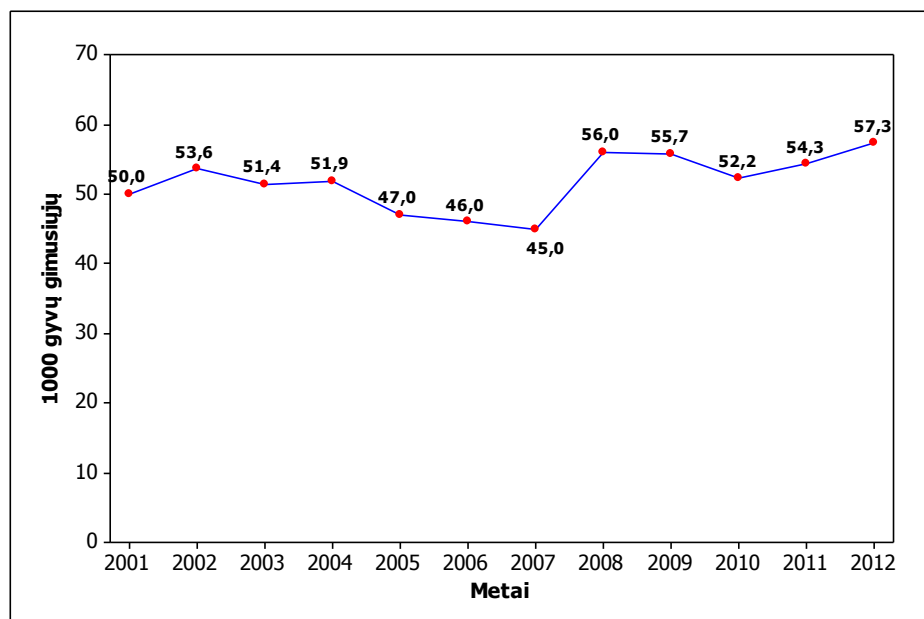


4.5 pav. Negyvagimių skaičius pagal gyvenamąją vietą 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Neišnešioti kūdikiai, gimę 22–36 nėštumo savaitę turi didesnę riziką susisirgti ar turėti augimo ir vystymosi sutrikimų nei tie kūdikiai, kurie gimė laiku. Jiems suaugus, didėja rizika susirgti lėtinėmis ligomis, todėl kiekviena valstybė turi būti suinteresuota ir formuoti sveikatos politiką taip, kad neišnešiotų naujagimių skaičius kiekvienais metais vis mažėtų[10]. Mūsų šalyje neišnešiotų naujagimių skaičius, tenkantis 1000 gyvų gimusių 2001–2012 m. laikotarpyje kito nežymiai

(4.6 pav). 2001 m. 1000 gyvų gimusiųjų teko 50,0 neišnešiotų naujagimių, 2012 m. – 57 naujagimiai. Nuo 2001 m. (50/1000 gyvų gim.) iki 2007 m. (45,0/1000 gyvų gim.) rodiklis mažėjo, o nuo 2007 m. iki 2012 m. – didėjo.

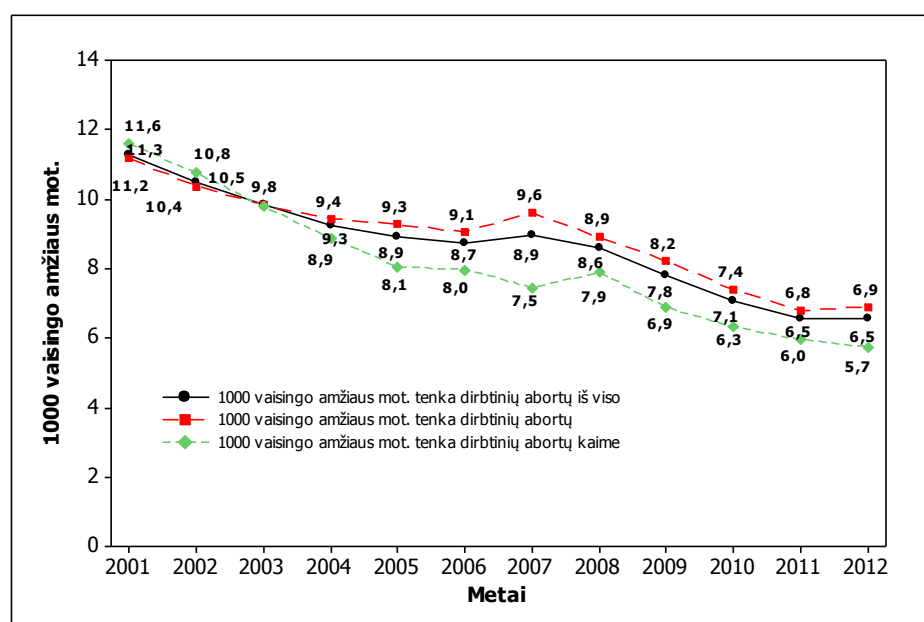


4.6 pav. Neišnešiotų naujagimių skaičius 2001–2012 metais

Šaltinis: HI SIC

### 4.3 Abortai

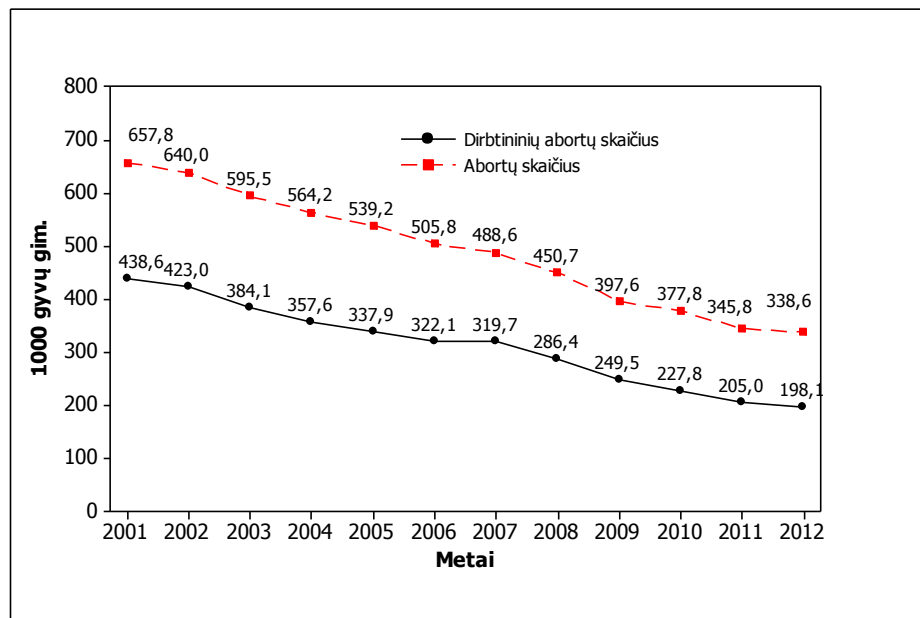
Per pastaruosius metus stebimas statistiškai reikšmingas dirbtinių abortų skaičiaus sumažėjimas 1000-čiui vaisingo amžiaus moterų tiek mieste, tiek kaime (4.7 pav.). 1000-čiui vaisingo amžiaus moterų dirbtinių abortų skaičius mieste nuo 2001 m. (11,2/1000 vaisingo amžiaus moterų) sumažėjo iki 6,9/1000 vaisingo amžiaus moterų (2012 m.). Kaime gyvenančių moterų dirbtinių abortų rodiklis nuo 2001 m. (11,6/1000 vaisingo amžiaus moterų) iki 2012 m. (5,7/1000 vaisingo amžiaus moterų) sumažėjo 2 kartus.



4.7 pav. Dirbtinių abortų skaičius pagal gyvenamąją vietą 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Nuo 2001 m. (438,6/1000 gyvų gim.) iki 2012 m. (198,1/1000 gyvų gim.) statistiškai reikšmingai mažėjo 1000 gyvų gimusių tenkantis dirbtinių abortų skaičius (4.8 pav.). Rodiklis per pastaruosius dvylika metų sumažėjo 2,2 karto. Abortų skaičius, tenkantis 1000 gyvų gimusių, nuo 2001 m. (657,8/1000 gyvų gim.) iki 2012 m. (338,6/1000 gyvų gim.) sumažėjo 1,9 karto.



4.8 pav. Abortų ir dirbtinių abortų skaičius 2001–2012 m.

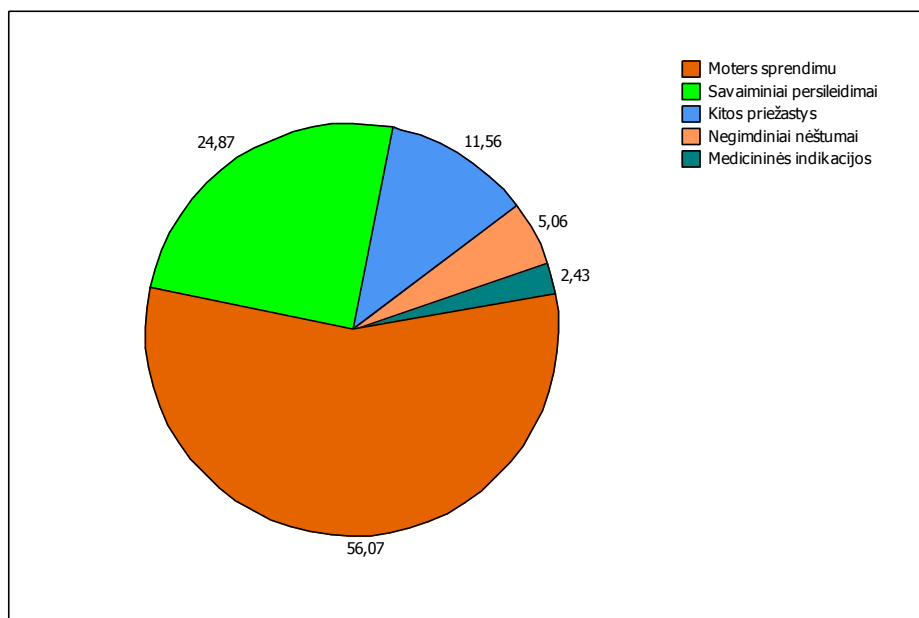
Šaltinis: HI SIC

Nagrinėjant abortus pagal priežastis, dažniausia priežastis nutraukti nėštumą yra moters apsisprendimas. Nuo 2001 m. iki 2012 m. abortų moters sprendimu dalis tarp visų abortų mažėjo nuo 66,24 proc. iki 56,07 proc. 2012 m. savaiminiai persileidimai, sudarantys vidutiniškai ketvirtadalį visų abortų, nuo 2001 m. (24,66 proc.) iki 2012 m. (24,87 proc.) pakito nežymiai. 2001 m. abortai dėl medicininių indikacijų siekė 0,43 proc., tuo tarpu 2012 m. – 2,43 proc., negimdinių nėštumų procentas nuo 2004 m. (3,92 proc.) didėjo – 2012 m. siekė 5,06 proc. Susirūpinimą kelia kiekvienais metais didėjantis abortų skaičius dėl „kitų priežasčių“, kurios yra neįvardinamos. 2001 m. kitos priežastys sudarė 4,02 proc. visų abortų priežasčių, o 2012 m. kitos priežastys buvo trečioje vietoje pagal abortų skaičių (4.1 lentelė). Kitų abortų priežasčių dalies didėjimą abortų struktūroje galima būtų paaiškinti medicininių dokumentų pildymo kokybe.

4.1 lentelė. Abortų struktūra pagal priežastis

Šaltinis: HI SIC

Metai	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Abortų priežastys												
Moters sprendimu	66,24	65,38	64,05	62,89	62,16	62,94	64,47	62,45	61,70	58,90	57,74	56,07
Savaiminiai persileidimai	24,66	25,46	26,79	28,09	28,13	26,80	23,26	23,94	24,19	26,27	26,53	24,87
Medicininės indikacijos	0,43	0,70	0,44	0,48	0,51	0,73	0,95	1,10	1,04	1,40	1,55	2,43
Negimdiniai nėštumai	4,02	4,37	4,53	3,92	4,07	4,21	4,33	4,38	4,74	4,68	4,78	5,06
Kitos priežastys	4,65	4,08	4,18	4,61	5,13	5,32	6,98	8,13	8,33	8,75	9,40	11,56

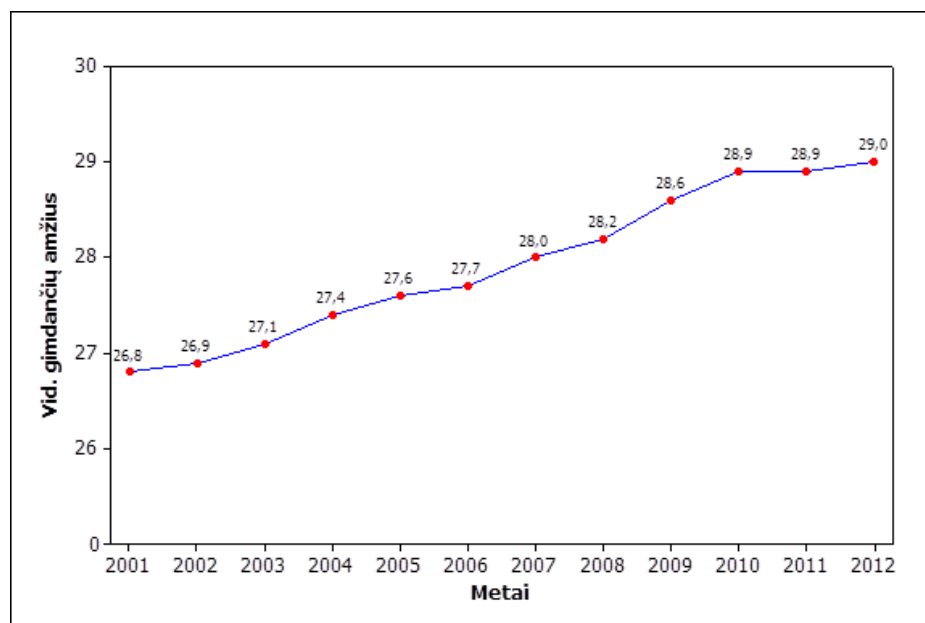


4.9 pav. Abortų struktūra pagal priežastis (proc.) 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

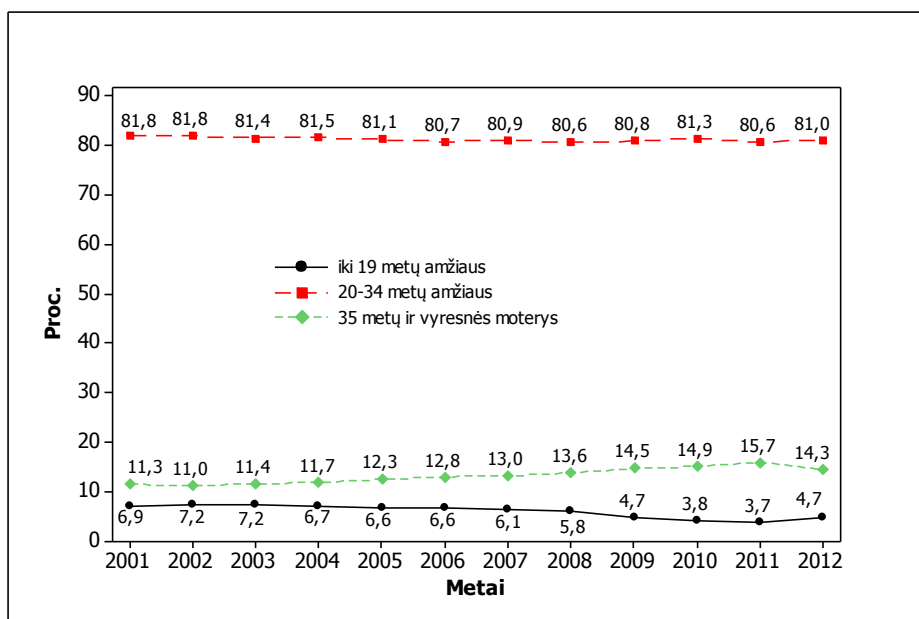
#### 4.4 Gimdyvės

Analizuojant gimdyvių amžių, Lietuvoje nuo 2001 m. gimdo vis vyresnės moterys (4.10 pav.). Moterų amžiaus vidurkis 2012 m. siekė 29,0 m., o 2001 m. gimdyvių amžiaus vidurkis buvo 26,8 m. Dažniausiai gimdė 20-34 m. amžiaus moterys (81,0 proc.). Jaunesnių negu 19 metų gimdyvių buvo 4,7 proc. Nuo 2001 m. (11,3 proc.) iki 2012 m. (14,3 proc.) 1,27 karto padaugėjo gimdyvių, kurios gimdė būdamos vyresnės negu 35 metai (4.11 pav.).



4.10 pav. Vidutinis gimdančių moterų amžius 2001–2012 m.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

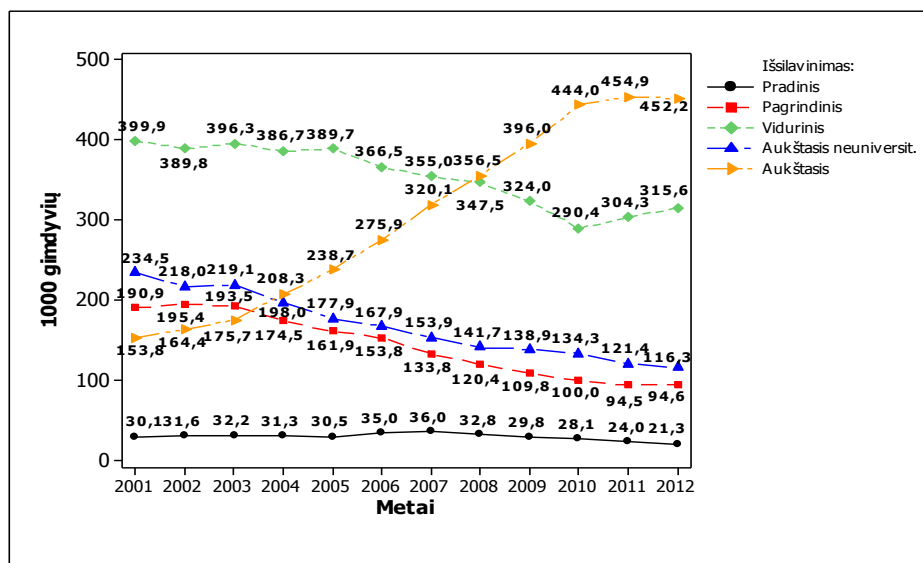


4.11 pav. Gimdžiusių moterų amžius pagal amžiaus grupes 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Remiantis gimimų medicininiais duomenimis, 2001 m. daugiausiai gimdžiusių moterų turėjo vidurinį išsilavinimą (399,9/1000 gimdyvių) (4.12 pav.). Per dvyliką metų situacija pasikeitė – 2012 m. daugiausiai gimdyvių turėjo aukštąjį išsilavinimą (452,2/1000 gimdyvių). Pradinį išsilavinimą turinčių gimdyvių dalis išlieka pati mažiausia visoje gimdyvių išsilavinimo struktūroje. Nuo 2001 m. (30,1/1000 gimdyvių) iki 2012 m. (21,3/1000 gimdyvių) pradinį išsilavinimą turinčių gimdyvių dalis sumažėjo 1,41 karto. Pagrindinį išsilavinimą turinčių gimdyvių dalis nuo 2001 m. (190,9/1000 gimdyvių) iki 2012 m. (94,6/1000 gimdyvių) sumažėjo 2 kartus. Vidurinį išsilavinimą

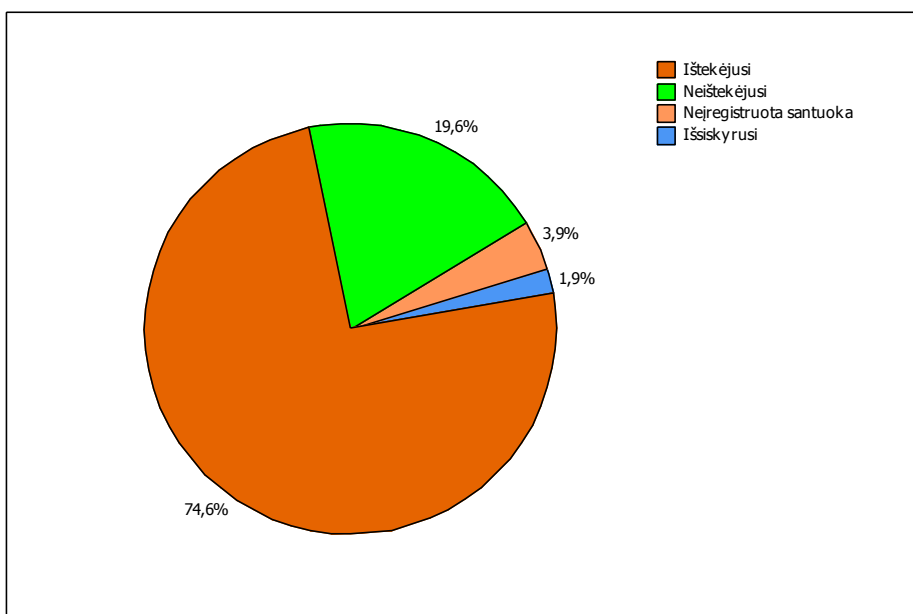
turinčių gimdyvių (399,9/1000 gimdyvių) 2012 m. buvo 1,43 karto mažiau nei aukštąjį išsilavinimą turinčių.



4.12 pav. Gimdyvių išsilavinimas 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Analizuojamu laikotarpiu Lietuvoje daugiausiai gimdė ištekęsios moterys. 2012 m. 74,6 proc. gimdyvių buvo ištekęsios, 19,6 proc. gimdyvių – netekėjusių, išsiskyrusių – 1,9 proc., o santuokos neįregistravusių – 3,9 proc. (4.13 pav). Santuokos neįregistravusių gimdyvių dalis per 2001–2012 m. laikotarpį nesikeitė: 2001 m. – 3,88 proc. gimdyvių, o 2012 m. – 3,9 proc. gimdyvių nebuvo įregistravusios santuokos.

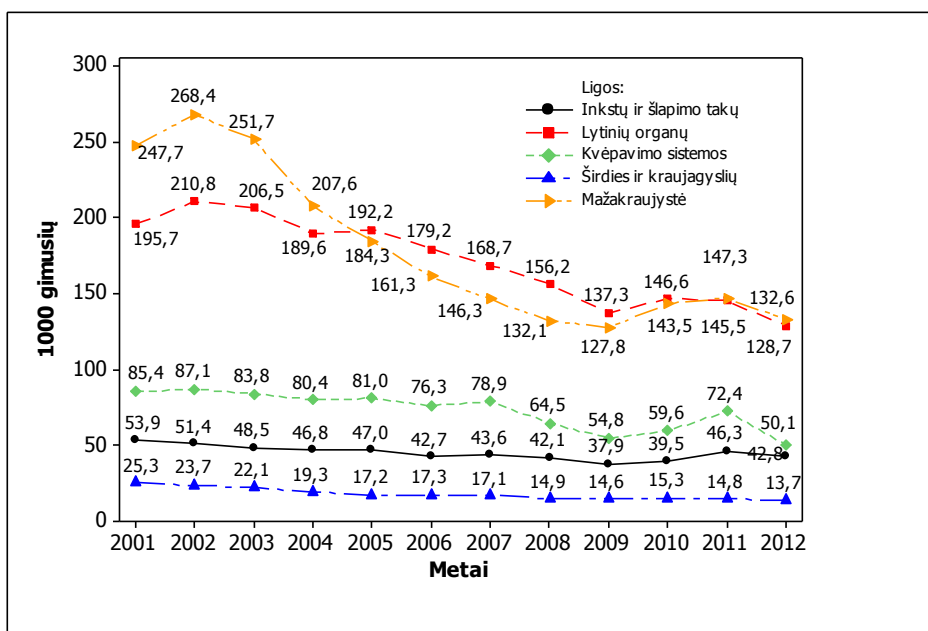


4.13 pav. Gimdžiusių moterų šeiminė padėtis 2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Analizuojant gimimų medicininius duomenis, nuo 2001 m. iki 2011 m. pastebima, jog nėštumo metu moterys dažniausiai sirgo mažakraujyste bei lytinių organų ligomis (4.14 pav.). 2001 m. 250,2/1000 gimdyvių sirgo mažakraujyste, o iki 2011 m. šis rodiklis sumažėjo 1,7 karto – 149,0/1000 gimdyvių.

Lytinių organų ligomis sergančių moterų skaičius 2001–2012 m. laikotarpyje statistiškai reikšmingai mažėjo. Lytinių organų ligomis 2001 m. nėštumo metu sirgo 195,7/1000 gimusių, o 2012 m. – 128,7/1000 gimusių. Kvėpavimo sistemos organų ligos užima trečią vietą nėščiųjų ligų struktūroje nėštumo metu. Jų rodiklis kito nuo 85,4/1000 gimusių (2001 m.) iki 50,1/1000 gimusių (2012 m.). Nuo 2001 m. (3,8/1000 gimusių) iki 2012 m. (18,5/1000 gimusių) statistiškai reikšmingai didėja rodiklis gimdyvių, kurioms nėštumo laikotarpiu nustatomas gestacinis (nėščiųjų) diabetas. Sergančių inkstų ir šlapimo takų (2001 m. – 53,9/1000 gimusių; 2012 m. – 42,8/1000 gimusių) bei širdies ir kraujagyslių ligomis (2001 m. – 25,3/1000 gimusių; 2012 m. – 13,7/1000 gimdyvių) dalis analizuojamu laikotarpiu kito nežymiai.

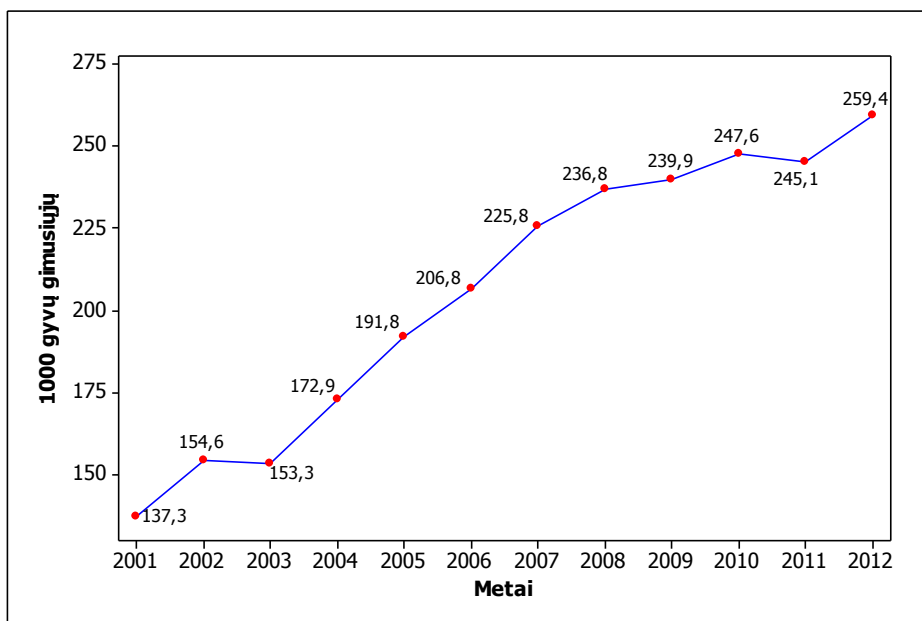


4.14 pav. Nėščiųjų ligų dinamika per nėštumą 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Nėščiųjų ir gimdyvių mirtingumas dėl priežasčių susijusių su nėštumu ir gimdymu 2001-2012 m. laikotarpiu kito nežymiai. 2001 m. nėščiųjų ir gimdyvių mirčių rodiklis buvo 12,8/100 000 gyvų gim. (4 mirtys). 2002 m. buvo registruotos 6 nėščiųjų ir gimdyvių mirtys (20,3/100 000 gyvų gim.). 2012 m. rodiklis buvo 3,3/100 000 gyvų gim. (1 mirtis).

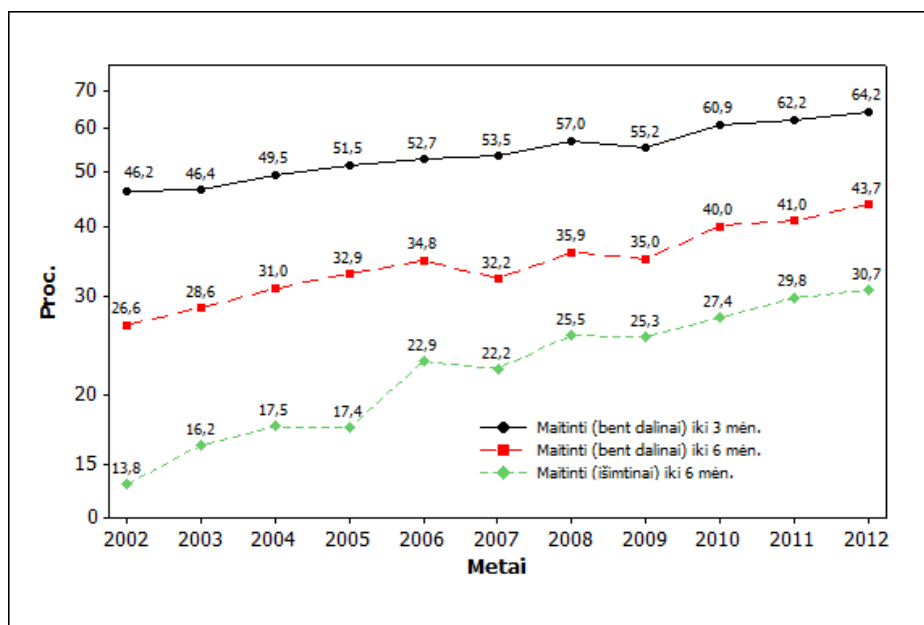
Cezario pjūvių operacijų skaičius 2001–2012 m. laikotarpiu nuolat didėjo ir ateityje gali pasiekti Europos Sąjungos vidurkį, kuris 2011 m. PSO duomenimis buvo 268,4/1000 gyvų gimusiųjų. Lietuvoje nuo 2001 m. (137,3/1000 gyvų gimusiųjų) iki 2012 m. (259,4/1000 gyvų gimusiųjų) tokio tipo operacijų skaičius padidėjo 1,8 karto (4.15 pav.).



4.15 pav. Cezario pjūvių skaičius 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) yra patvirtinusi pasaulinę visuomenės sveikatos rekomendaciją, kuria siekiama užtikrinti kūdikių optimalų augimą, vystymąsi ir sveikatą, todėl jie turėtų būti išimtinai žindomi pirmus šešis gyvenimo mėnesius. Išimtinis žindymas suprantamas toks kūdikių maitinimas, kai jiems duodamas tik motinos pienas, neprimaitinant kitais produktais ir neduodant gerti kitų skysčių (įskaitant vandenį, arbatas ir sultis). Sulaukus 6 mėnesių amžiaus kūdikiams turi būti pradėtas duoti maistingas papildomas maistas ir jie toliau gali būti žindomi iki 2 metų ar ilgiau [11]. Remiantis duomenimis iš metinių statistinių ataskaitų, 2012 m. Lietuvoje krūtimi savo kūdikius bent dalinai iki 3 mėnesių maitino 64,2 proc. moterų (4.16 pav.). Bent iš dalies iki 6 mėnesių maitino 43,7 proc. moterų, o išimtinai (be papildomo primaitinimo) iki 6 mėnesių krūtimi maitino 30,7 proc. žindyvių. Kiekvienais metais krūtimi maitinančių moterų dalis (proc.) didėja.

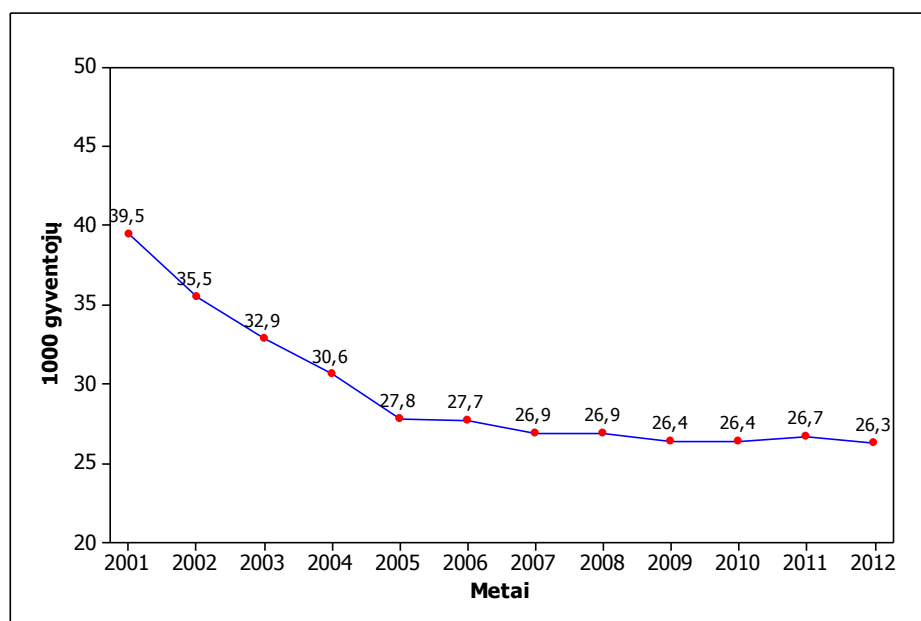


4.16 pav. Kūdikių, maitintų krūtimi (bent dalinai) iki 3 mėnesių, (bent iš dalies) iki 6 mėnesių bei maitintų krūtimi (išimtinai) iki 6 mėnesių, dalis (proc.) 2002–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

#### 4.5 Sveikatos priežiūros išteklių nėščiosioms ir gimdyvėms

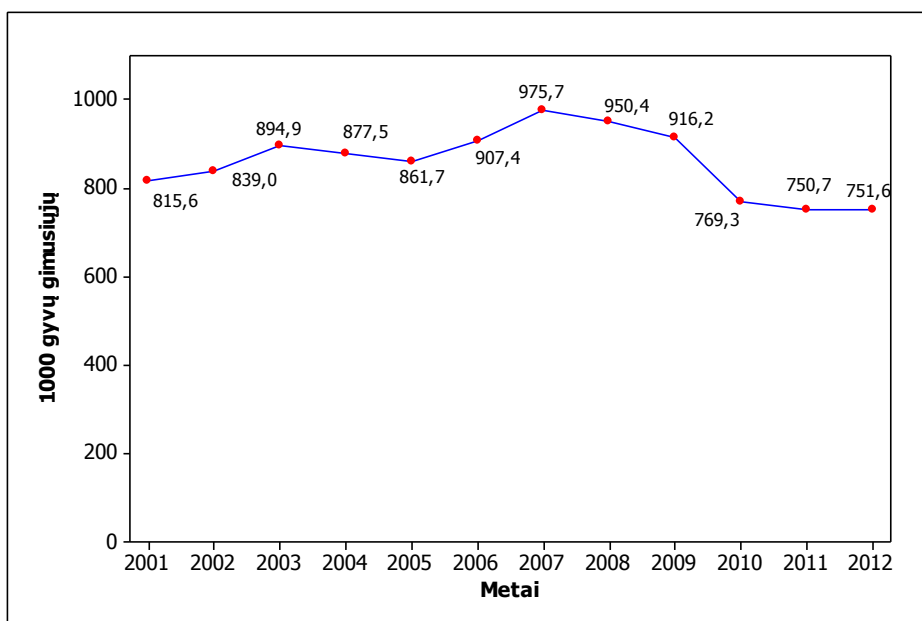
Akušerijos lovų skaičius tenkantis 1000 gyv. nuo 2001 m. iki 2012 m. statistiškai reikšmingai kiekvienais metais mažėjo (4.17 pav.). 2001 m. rodiklio vertė buvo 39,5/1000 gyv., o 2012 m. – 26,3/1000 gyv. Akušerijos lovų skaičius 1000 gyv. nuo analizuojamo laikotarpio pradžios iki pabaigos 2012 m. sumažėjo 1,5 karto.



4.17 pav. Akušerijos lovų skaičius 2001-2012 m.

Šaltinis: HI SIC

Analizuojamu laikotarpiu kito akušerinių chirurginių operacijų skaičius 1000 gyvų gimusių (4.18 pav.). Nuo 2001 m. (815,6/1000 gyvų gim.) iki 2003 m. (894,9/1000 gyvų gim.) rodiklis didėjo. Paskui buvo mažėjimo periodas, kuris tęsėsi iki 2005 m. (861,7/1000 gyvų gim.). 2007 m. (975,7/1000 gyvų gim.) akušerinių chirurginių operacijų rodiklis buvo didžiausias. Nuo 2007 m. iki 2012 m. stebimas mažėjimo periodas. 2012 m. 1000 gyvų gimusiųjų teko 751,6 akušerinių chirurginių operacijų.



4.18 pav. Akušerinių chirurginių operacijų skaičius 2001–2012 m.

Šaltinis: HI SIC

## 5. RODIKLIŲ KITIMO TENDENCIJOS

Apskaičiuota naudojant linijinės regresijos modelį. Interpretuojant vidutinio metinio pokyčio rodiklį, būtina atkreipti dėmesį į priekyje esantį simbolį. Jei vidutinio metinio pokyčio rodiklis yra su minuso ženklu („-“), tai rodo rodiklio sumažėjimą, o jei nėra jokio ženklo, t.y. suprantamas kaip teigiamas skaičius, tai – padidėjimą.

– statistiškai reikšminga tendencija, t.y.  $p \leq 0,05$

### 5.1 Sveikatos priežiūros ištekliai

Pav. /lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
	<b>1.1. Sveikatos priežiūros personalas</b>					
1.1	Universitetus baigusiųjų sk.	abs. sk.	664	1424	+86,7	<0,001
1.1	Kolegijas baigusiųjų sk.	abs. sk.	950	1283	+8,1	>0,05
1.4	Gydytojų sk.	vnt./10000 gyv.	40,6	45,6	+0,439	<0,001
1.4	Praktikuojančių gydytojų sk.	vnt./10000 gyv.	36,5	42,4	+0,495	<0,001
1.4	Nepraktikuojančių gydytojų dalis	proc.	10,2	7,0	-0,215	<0,01
1.5	Specialistų, turinčių aukštąjį ar aukštesnįjį medicinos išsilavinimą, (ne gydytojų) sk.	vnt./10000 gyv.	104,8	104,7	+0,090	>0,05
1.6	Slaugytojų (įsk. akušerius) sk.	vnt./10000 gyv.	80,4	79,7	+0,052	>0,05
1.6	Praktikuojančių slaugytojų (įsk. akušerius) sk.	vnt./10000 gyv.	80,0	79,4	+0,044	>0,05
1.6	Nepraktikuojančių slaugytojų (įsk. akušerius) dalis	proc.	0,6	0,5	+0,0107	>0,05
1.7	Odontologų sk.	vnt./10000 gyv.	7,2	9,3	+0,183	<0,01
1.7	Praktikuojančių odontologų sk.	vnt./10000 gyv.	7,0	9,0	+0,181	<0,01
1.7	Nepraktikuojančių odontologų dalis	proc.	3,1	2,9	-0,0459	>0,05
1.8	Šeimos gydytojų sk.	vnt./10000 gyv.	2,6	6,4	+0,296	<0,001
1.8	Vidaus ligų gydytojų sk.	vnt./10000 gyv.	5,2	3,1	-0,150	<0,05
1.8	Vaikų ligų gydytojų sk.	vnt./10000 vaikų	19,9	20,6	+0,128	>0,05
1.8	Gydytojų chirurgų sk.	vnt./10000 gyv.	2,4	2,9	+0,0423	<0,001
1.9	Anesteziologų sk.	vnt./10000 gyv.	1,63	2,38	+0,0718	<0,001
1.9	Akušerių ginekologų sk.	vnt./10000 gyv.	2,34	2,31	-0,00265	>0,05
1.9	Psichiatrų sk.	vnt./10000 gyv.	1,60	1,84	+0,0184	<0,01
1.10	Ortopedų traumatologų sk.	vnt./10000 gyv.	0,88	1,17	+0,0267	<0,001
1.10	Oftalmologų sk.	vnt./10000 gyv.	1,03	1,22	+0,0141	<0,01
1.10	Otorinolaringologų sk.	vnt./10000 gyv.	0,87	0,96	+0,0079	<0,01
1.11	Vaistininkų sk.	vnt./10000 gyv.	6,6	10,3	+0,362	<0,001
1.11	Farmakotechnikų (vaistininkų padėjėjų) sk.	vnt./10000 gyv.	5,6	5,4	+0,0823	>0,05
1.12	Privačių sveikatos pr. įst. darbuotojų sk.	abs. sk.	5906	16172	+838	<0,001
	<b>1.2. Stacionaro lovos</b>					
1.13	Stacionaro lovų sk.	vnt./10000 gyv.	92,9	91,1	-0,053	>0,05
1.13	Stacionaro lovų sk.	vnt./10000 gyv.	83,4 (2006 m.)	91,1	+1,12	<0,001
1.13	Stacionaro lovų (be slaugos) sk.	vnt./10000 gyv.	83,7	74,7	-0,775	<0,01

Pav. /lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
1.13	Aktyvaus gydymo stacionaro lovų sk.	vnt./10000 gyv.	63,1	54,0	-0,775	<0,01
1.14	Reabilitacijos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	2,1	5,5	+0,222	<0,001
1.14	Slaugos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	9,2	16,4	+0,726	<0,001
1.15	Vidaus ligų lovų sk.	vnt./10000 gyv.	23,8	21,4	-0,02	<0,05
1.15	Chirurgijos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	11,9	11,1	-0,0607	>0,05
1.15	Vaikų ligų lovų sk.	vnt./10000 vaikų	24,3	26,1	+0,315	<0,05
1.16	Ortopedijos traumatologijos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	4,4	3,7	-0,0675	<0,001
1.16	Akušerijos ginekologijos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	7,1	4,7	-0,196	<0,001
1.16	Oftalmologijos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	1,1	1,0	-0,00481	>0,05
1.16	Otorinolaringologijos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	1,6	0,9	-0,0524	<0,001
1.17	Psichiatrijos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	12,3	11,1	-0,0495	>0,05
1.17	Onkologijos lovų sk.	vnt./10000 gyv.	3,3	2,1	-0,124	<0,001
1.18	Infekcinių ligų lovų sk.	vnt./10000 gyv.	2,5	1,5	-0,0910	<0,001
1.18	Tuberkuliozės lovų sk.	vnt./10000 gyv.	6,1	3,8	-0,182	<0,01
<b>1.3. Sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės</b>						
1.19	Privačių sveikatos pr. įst. sk.	abs. sk.	1922 (2002 m.)	2675	+80,3	<0,001
1.20	Vaistinių sk.	abs. sk.	766	1133	+39,6	<0,001
1.4. Sveikatos priežiūros finansavimas ir išlaidos			2004	2011		
1.21	Sveikatos pr. išlaidos	Lt/1-am gyv.	1058,3	2419,6	+195	<0,01
1.22	Einamosios išlaidos – iš viso	mln. Lt	3467	7014	+531,34	<0,01
1.22	Einamosios išlaidos – gydymo paslaugos	proc. nuo visų einamųjų išlaidų	46,5	49,6	+0,439	<0,05
1.22	Einamosios išlaidos – reabilitacinė priežiūra	proc. nuo visų einamųjų išlaidų	4,2	4,2	-0,08929	>0,05
1.22	Einamosios išlaidos – ilgalaikė slauga	proc. nuo visų einamųjų išlaidų	3,6	8,0	+0,8464	<0,01
1.22	Einamosios išlaidos – pagalbinė sveikatos priežiūra	proc. nuo visų einamųjų išlaidų	4,3	5,9	+0,25595	<0,01
1.22	Einamosios išlaidos – medicinos prekės ambulatoriniams ligoniams	proc. nuo visų einamųjų išlaidų	37,3	29,0	-1,3583	<0,01
1.22	Einamosios išlaidos – prevencija ir visuomenės sveikatos paslaugos	proc. nuo visų einamųjų išlaidų	1,8	1,1	-0,12143	<0,05
1.22	Einamosios išlaidos – sveikatos priežiūros administravimas ir sveikatos draudimas	proc. nuo visų einamųjų išlaidų	2,4	2,1	+0,00833	>0,05
1.23	Bendrosios išlaidos – iš viso	mln. Lt	3574	7327	+543	<0,01
1.24						
1.23	Bendrosios išlaidos – ligoninės	proc. nuo visų bendrųjų išlaidų	35,3	38,7	+0,2262	>0,05
1.23	Bendrosios išlaidos – slaugos ir rezidentinės priežiūros įstaigos	proc. nuo visų bendrųjų išlaidų	1,8	1,5	-0,02262	>0,05
1.23	Bendrosios išlaidos – ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai	proc. nuo visų bendrųjų išlaidų	19,7	23,2	+0,6060	<0,01
1.23	Bendrosios išlaidos – mažmeninės prekybos įmonės ir kitų medicininių prekių teikėjai	proc. nuo visų bendrųjų išlaidų	36,0	27,9	-1,2333	<0,01
1.23	Bendrosios išlaidos – visuomenės sveikatos programų administravimas	proc. nuo visų bendrųjų išlaidų	1,2	0,6	-0,117	<0,05

Pav./lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
1.23	Bendrosios išlaidos – bendrasis sveikatos priežiūros administravimas ir draudimas	proc. nuo visų bendrųjų išlaidų	4,3	2,3	-0,240	>0,05
1.23	Bendrosios išlaidos – kitos veiklos rūšys	proc. nuo visų bendrųjų išlaidų	1,7	5,7	+0,7583	<0,01
1.23	Bendrosios išlaidos – kitos šalys	proc. nuo visų bendrųjų išlaidų	0,0	0,2	+0,0226	<0,01
1.24	Valdžios sektorius	mln. Lt	2414	5067	+399	<0,01
	Valdžios sektorius, neįskaitant socialinio draudimo fondų	mln. Lt	308,3	753,4	+68,3	>0,05
	Socialinio draudimo fondai	mln. Lt	2106	4313	+330	<0,01
1.24	Privatus sektorius	mln. Lt	1159,5	2026,2	+118	<0,01
	Privatus draudimas	mln. Lt	14,2	44,6	+4,89	<0,001
	Privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos	mln. Lt	1141,4	1980,5	+113	<0,01
	Ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas namų ūkiams	mln. Lt	0,4	0,4	-0,0452	>0,05
	Bendrovės	mln. Lt	3,5	0,8	-0,290	>0,05
	Kitos šalys	mln. Lt	0,3	234,1	+26,5	<0,05

## 5.2 Ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų veikla

Pav./lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
2.1	Bendras apsilankymų skaičius Lietuvoje	Aps. sk./1-am gyv.	6,6	8,0	+0,12065	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pirminėje grandyje	Aps. sk./1-am gyv.	4,1	5,3	+0,097149	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius antrinėje grandyje	Aps. sk./1-am gyv.	2,4	2,7	+0,02510	<0,05
2.2	Apsilankymų skaičius mieste	Aps. sk./1-am gyv.	8,5	10,2	+0,134	<0,01
2.2	Apsilankymų skaičius kaime	Aps. sk./1-am gyv.	5,1	6,2	+0,0860	<0,001
2.2	Apsilankymų skaičius mieste (I lygis)	Aps. sk./1-am gyv.	4,6	5,8	+0,0930	<0,001
2.2	Apsilankymų skaičius kaime (I lygis)	Aps. sk./1-am gyv.	3,8	4,8	+0,0797	<0,001
2.2	Apsilankymų skaičius mieste (II lygis)	Aps. sk./1-am gyv.	3,9	4,4	+0,0297	>0,05
2.2	Apsilankymų skaičius kaime (II lygis)	Aps. sk./1-am gyv.	1,3	1,4	+0,00455	>0,05
2.3	Profilaktiniai apsilankymai (nuo visų apsilankymų)	Proc.	12,1	12,4	+0,0147	>0,05
2.3	Profilaktiniai apsilankymai pas šeimos gydytoją (nuo visų apsilankymų pas ŠG)	Proc.	10,4	13,8	+0,251	<0,001
2.3	Vaikų profilaktiniai apsilankymai (nuo visų vaikų apsilankymų pas gydytojus)	Proc.	15,4	22,9	+0,617	<0,001
2.3	Suaugusiųjų profilaktiniai apsilankymai (nuo visų suaugusiųjų apsilankymų)	Proc.	10,8	9,5	-0,0965	<0,01
2.4	Apsilankymai namuose bendrai (nuo visų apsilankymų)	Proc.	5,5	2,2	-0,321	<0,001

Pav./ lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	P reikšmė
			2001	2012		
2.4	Šeimos gydytojo apsilankymai namuose (nuo visų apsilankymų pas ŠG)	Proc.	8,1	3,6	-0,415	<0,001
2.4	Apsilankymai namuose pas vaikus (nuo visų vaikų apsilankymų)	Proc.	10,0	2,0	-0,812	<0,001
2.4	Apsilankymai namuose pas suaugusiuosius (nuo visų suaugusiųjų apsilankymų)	Proc.	3,6	2,2	-0,127	<0,001
2.5	Mokami apsilankymai bendrai (nuo visų apsilankymų)	Proc.	3,9	3,1	-0,0748	<0,01
2.5	Mokami apsilankymai pas šeimos gydytoją (nuo visų apsilankymų pas ŠG)	Proc.	1,6	2,0	+0,0343	<0,05
2.5	Vaikų mokami apsilankymai (nuo visų vaikų apsilankymų pas gydytojus)	Proc.	0,7	1,0	+0,0319	<0,001
2.5	Suaugusiųjų mokami apsilankymai (nuo visų suaugusiųjų apsilankymų pas gydytoją)	Proc.	5,2	3,6	-0,150	<0,001
2.6	Apsilankymų skaičius pas šeimos gydytoją	Aps. sk./100-ui gyv.	87,8	334,2	+20,7	<0,001
2.6	Apsilankymų skaičius pas vidaus ligų gydytoją (I lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	110,8	55,5	-4,79	<0,001
2.7	Apsilankymų skaičius pas chirurgą (I lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	27,4	18,9	-0,952	<0,001
2.7	Apsilankymų skaičius pas akušerį-ginekologą (I lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	26,9	24,5	-0,306	<0,01
2.7	Apsilankymų skaičius pas psichiatrą (I lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	16,5	22,9	+0,488	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas oftalmologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	30,2	29,5	-0,0625	>0,05
2.1	Apsilankymų skaičius pas neurologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	24,0	25,4	+0,144	<0,05
2.1	Apsilankymų skaičius pas otorinolaringologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	26,3	21,4	-0,371	<0,01
2.1	Apsilankymų skaičius pas traumatologą-ortopedą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	15,8	20,4	+0,351	<0,01
2.1	Apsilankymų skaičius pas kardiologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	8,3	19,4	+1,03	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas dermatovenerologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	16,9	15,7	-0,0147	>0,05
2.1	Apsilankymų skaičius pas endokrinologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	8,8	15,1	+0,581	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas akušerį-ginekologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	5,3	11,9	+0,617	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas chirurgą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	5,8	11,0	+0,494	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas onkologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	6,1	10,0	+0,433	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas urologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	4,8	8,5	+0,357	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas vidaus ligų gydytoją (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	5,5	8,2	+0,291	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas pulmonologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	2,5	7,8	+0,590	<0,001

Pav./lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
2.1	Apsilankymų skaičius priėmimo skyriuje (skubi pagalba), 2006 – 2012 m. (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	5,5*	5,4	-0,0337	>0,05
2.1	Apsilankymų skaičius pas gastroenterologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	2,2	4,5	+0,220	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas vaikų ligų gydytoją (II lygis)	Aps. sk./100-ui vaikų	6,4	4,1	-0,195	<0,01
2.1	Apsilankymų skaičius pas reumatologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	2,3	3,4	+0,106	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas infektologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	1,7	2,5	+0,0952	<0,001
2.1	Apsilankymų skaičius pas alergologą (II lygis)	Aps. sk./100-ui gyv.	1,4	2,4	+0,0919	<0,001
-	Apsilankymų skaičius pas odontologą	Aps. sk./1-am gyv.	1,26	1,15	-0,0152	<0,05
2.9	Laboratorinių tyrimų skaičius Lietuvoje	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	131,7	78,3	-3,13	<0,05
2.9	Laboratorinių tyrimų skaičius mieste	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	137,4	85,5	-2,21	>0,05
2.9	Laboratorinių tyrimų skaičius kaime	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	124,9	68,8	-4,26	<0,001
2.10	Hematologiniai tyrimai	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	55,6	19,1	-2,39	<0,01
2.10	Citologiniai tyrimai	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	0,6	0,3	-0,0381	<0,001
2.10	Biocheminiai tyrimai	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	9,2	21,3	+1,10	<0,001
2.10	Imunologiniai tyrimai	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	2,2	2,0	+0,0017	>0,05
2.10	Rentgenologiniai tyrimai	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	9,5	12,0	+0,207	<0,001
2.10	Funkcinės diagnostikos tyrimai	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	5,6	5,7	-0,0122	>0,05
2.10	Fizioterapinės procedūros, 2001 – 2005 m.	Lab.tyr.sk./100-ui aps.	16,2	15,0**	-0,230	>0,05
2.11	Greitosios medicinos pagalbos suteiktų paslaugų skaičius, 2001 – 2011 m.	GMP paslaugų sk./1000-čiui gyv.	234,3	205,9	-4,22	<0,01

\* Rodiklis pateiktas nuo 2006 metų. \*\* Rodiklis pateiktas iki 2005 metų.

### 5.3 Stacionarines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų veikla

Pav./lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
<b>Hospitalizuotų ligonių skaičius:</b>						
3.1	Su slaugos ir palaikomojo gydymo ligoniais	Ligonių sk. 1000 gyv.	241,1	275,4	+3,50	<0,001
3.1.	Be slaugos ir palaikomojo gydymo ligonių	Ligonių sk. 1000 gyv.	234,2	266,0	+3,15	<0,001
3.1	Aktyvaus gydymo lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	218,0	245,6	+2,82	<0,001
3.2	Hospitalizuotų ligonių skaičius Vaikų ligų lovos	Ligonių sk. 1000 vaikų	83,4	119,2	+4,30	<0,001
<b>Hospitalizuotų ligonių skaičius:</b>						
3.3	Vidaus ligų lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	68,6	76,9	+0,728	<0,01

Pav./ lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
3.3	Chirurgijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	41,2	55,1	+ 1,47	<0,001
3.3	Ortopedijos – traumatologijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	15,2	15,1	- 0,006	>0,05
3.3	Oftalmologijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	5,7	9,7	+ 0,374	<0,001
3.3	Otorinolaringologijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	7,7	6,1	- 0,120	<0,01
3.4	Akušerijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	13,9	13,4	- 0,020	>0,05
3.4	Ginekologijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	16,2	13,4	- 0,276	<0,001
3.4	Psichiatrijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	10,8	12,6	+ 0,186	<0,001
3.4	Onkologijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	8,8	7,7	- 0,094	>0,05
3.4	Odontologijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	0,7	2,5	+ 0,174	<0,001
3.5	Infekcinių ligų lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	9,0	7,8	- 0,062	>0,05
3.5	Tuberkuliozės lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	3,2	1,5	- 0,149	<0,001
3.5	Slaugos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	6,9	9,4	+ 0,352	<0,001
3.5	Reabilitacijos lovos	Ligonių sk. 1000 gyv.	2,2	6,3	+ 0,303	<0,001
3.6	Dienos stacionaro atvejai	Ligonių sk. 1000 gyv.	2,24	24,95	+ 2,22	<0,001
3.7	Dienos operacijų dalis	proc.	1,7	15,8	+ 1,59	<0,001
<b>Dienos operacijų dalis:</b>						
3.8	Nervų sistemos	proc.	0,89	7,71*	+ 0,888	<0,001
3.8	Ausų, nosies, gerklės	proc.	0,92	10,34*	+ 1,23	<0,01
3.8	Inkstų ir šlapimtakių	proc.	0,05	4,92*	+ 0,528	<0,001
3.8	Kaulų ir raumenų sistemos	proc.	1,32	7,77*	+ 0,851	<0,001
3.9	Kraujagyslių	proc.	0,39	15,87*	+ 1,77	<0,001
3.9	Vyrų lyties organų	proc.	0,16	27,66*	+ 4,18	<0,001
3.9	Moters lyties organų	proc.	5,55	29,98*	+ 2,77	<0,001
3.9	Akušerinės	proc.	2,62	12,21*	+ 1,34	<0,001
3.10	Veido ir žandikaulių	proc.	0,44	7,69*	+ 1,03	<0,001
3.10	Pilvo ertmės organų	proc.	0,15	5,01*	+ 0,620	<0,001
3.10	Regėjimo organų	proc.	0,22	18,29*	+ 2,20	<0,001
3.10	Krūties	proc.	0,07	13,12*	+ 1,57	<0,001
3.10	Odos ir poodinio sluoksnio	proc.	1,87	48,35*	+ 5,54	<0,001
* – 2010 m.						
<b>Stacionaro ligonių skaičius (be dienos stacionaro):</b>						
3.13	Įskaitant sanatorių stacionarinės reabilitacijos ligonius	Ligonių sk. 1000 gyv.	250,74	263,01	+ 1,48	<0,01
3.13	Be sanatorių stacionarinės reabilitacijos ligonių	Ligonių sk. 1000 gyv.	239,25	253,57	+ 1,59	<0,01
3.13	Be slaugos ir palaikomojo gydymo ligonių (be sanatorių stacionarinės reabilitacijos ligonių)	Ligonių sk. 1000 gyv.	232,28	243,09	+ 1,14	<0,01
3.13	Aktyvaus gydymo lovos (be sanatorių stacionarinės reabilitacijos ligonių)	Ligonių sk. 1000 gyv.	215,73	221,33	+ 0,745	>0,05
<b>Lovos funkcionavimas:</b>						
3.19	Su slaugos ir palaikomojo gydymo ligoniais	Dienų skaičius	277,5	280,4	- 0,22	>0,05
3.19	Be slaugos ir palaikomojo gydymo ligonių	Dienų skaičius	274,7	267,0	- 0,774	>0,05
3.19	Aktyvaus gydymo lovos	Dienų skaičius	270,5	264,8	- 0,804	>0,05
<b>Lovos funkcionavimas pagal įstaigų tipus:</b>						
3.20	Bendro pobūdžio ligoninės	Dienų skaičius	272,40	272,72	- 0,251	>0,05
3.20	Specializuotos ligoninės	Dienų skaičius	286,76	278,58	- 0,368	>0,05
3.20	Privačios ligoninės	Dienų skaičius	146,73	280,76	+ 9,87	<0,05

Pav./ lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
3.21	Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės	Dienų skaičius	299,59	333,31	+ 2,74	<0,05
3.21	Reabilitacijos ligoninės	Dienų skaičius	282,06	284,32	+ 3,30	>0,05
<b>Losvos funkcionavimas specializuotose ligoninėse:</b>						
3.22	Infekcinių ligų ligoninės	Dienų skaičius	275,68	294,64	+ 4,00	<0,05
3.22	Tuberkuliozės ligoninės	Dienų skaičius	295,17	289,90	+ 0,34	>0,05
3.23	Onkologijos ligoninės	Dienų skaičius	287,25	298,31	+ 1,23	>0,05
3.23	Psichiatrijos ligoninės	Dienų skaičius	285,59	271,18	- 1,22	>0,05
3.23	Priklausomybių ligų centrai	Dienų skaičius	255,26	258,20	- 1,24	>0,05
<b>Losvos funkcionavimas pagal lovų grupes:</b>						
3.24	Vidaus ligų lovos	Dienų skaičius	285,5	298,0	+ 0,417	>0,05
3.24	Vaikų ligų lovos	Dienų skaičius	258,3	240,4	- 1,28	>0,05
3.24	Chirurgijos lovos	Dienų skaičius	276,8	249,9	- 2,23	<0,01
3.25	Ortopedijos traumatologijos lovos	Dienų skaičius	283,3	235,5	- 3,60	<0,001
3.25	Ginekologijos lovos	Dienų skaičius	242,1	209,1	-451	<0,001
3.25	Akušerijos lovos	Dienų skaičius	194,2	218,3	+1,09	>0,05
3.25	Oftalmologijos lovos	Dienų skaičius	280,5	197,7	- 8,08	<0,001
3.25	Otorinolaringologijos lovos	Dienų skaičius	236,7	238,8	+ 0,76	>0,05
3.26	Psichiatrijos lovos	Dienų skaičius	287,5	274,6	- 1,36	>0,05
3.26	Onkologijos lovos	Dienų skaičius	283,4	295,3	+ 0,717	>0,05
3.26	Odontologijos lovos	Dienų skaičius	325,1	252,9	- 9,19	<0,001
3.27	Infekcinių ligų lovos	Dienų skaičius	260,9	260,0	+ 0,525	>0,05
3.27	Tuberkuliozės lovos	Dienų skaičius	292,4	291,1	+ 1,09	>0,05
3.28	Slaugos lovos	Dienų skaičius	302,2	341,5	+ 3,18	<0,01
3.28	Reabilitacijos lovos	Dienų skaičius	298,7	257,0	- 1,77	>0,05
<b>Vidutinė gulėjimo trukmė:</b>						
3.29	Su slaugos ir palaikomojo gydymo ligoniais	Trukmė, dienomis	10,9	9,2	- 0,163	<0,001
3.29	Be slaugos ir palaikomojo gydymo ligonių	Trukmė, dienomis	10,0	7,4	- 0,245	<0,001
3.29	Aktyvaus gydymo lovos	Trukmė, dienomis	8,0	5,8	- 0,208	<0,001
<b>Vidutinė gulėjimo trukmė pagal įstaigų tipus:</b>						
3.30	Bendro pobūdžio ligoninės	Trukmė, dienomis	8,27	7,09	-0,114	<0,001
3.30	Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės	Trukmė, dienomis	41,62	58,19	+1,18	<0,001
3.30	Specializuotos ligoninės	Trukmė, dienomis	25,15	21	-0,504	<0,001
3.30	Reabilitacijos ligoninės	Trukmė, dienomis	23,87	19,6	-0,402	<0,001
3.30	Privačios ligoninės	Trukmė, dienomis	8,93	5,23	-0,416	<0,05
<b>Vidutinė gulėjimo trukmė specializuotose ligoninėse:</b>						
3.31	Infekcinių ligų ligoninės	Trukmė, dienomis	8,05	5,87	-0,115	>0,05
3.31	Tuberkuliozės ligoninės	Trukmė, dienomis	55,39	74,43	+1,83	<0,001
3.31	Onkologijos ligoninės	Trukmė, dienomis	12,18	8,00	-0,513	<0,001
3.31	Psichiatrijos ligoninės	Trukmė, dienomis	35,55	26,14	-0,839	<0,001
3.31	Priklausomybių ligų centrai	Trukmė, dienomis	14,14	14,87	+0,060	>0,05
<b>Vidutinė gulėjimo trukmė pagal lovų grupes:</b>						
3.32	Vidaus ligų lovos	Trukmė, dienomis	9,4	7,9	-0,161	<0,001
3.32	Vaikų ligų lovos	Trukmė, dienomis	7,2	5,0	-0,213	<0,001
3.32	Chirurgijos lovos	Trukmė, dienomis	7,9	4,9	-0,297	<0,001
3.33	Ortopedijos traumatologijos lovos	Trukmė, dienomis	8,1	5,7	-0,206	<0,001
3.33	Ginekologijos lovos	Trukmė, dienomis	4,8	3,2	-0,159	<0,001
3.33	Akušerijos lovos	Trukmė, dienomis	5,8	4,3	-0,150	<0,001
3.33	Oftalmologijos lovos	Trukmė, dienomis	5,8	2,0	-0,337	<0,001
3.33	Otorinolaringologijos lovos	Trukmė, dienomis	5,2	3,7	-0,137	<0,001
3.34	Psichiatrijos lovos	Trukmė, dienomis	32,4	22,8	-0,835	<0,001
3.34	Onkologijos lovos	Trukmė, dienomis	11,1	8,2	-0,320	<0,001

Pav./ lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
3.34	Odontologijos lovos	Trukmė, dienomis	6,7	4,2	-0,218	<0,001
3.35	Infekcinių ligų lovos	Trukmė, dienomis	7,1	4,6	-0,237	<0,001
3.35	Tuberkuliozės lovos	Trukmė, dienomis	54,4	70,6	+1,91	<0,001
3.35	Slaugos lovos	Trukmė, dienomis	40,7	52,7	+0,679	<0,01
3.35	Reabilitacijos lovos	Trukmė, dienomis	27,2	20,4	-0,594	<0,001
<b>Losvos apyvarta:</b>						
3.36	Su slaugos ir palaikomojo gydymo ligoniais	Ligonių skaičius	25,5	30,6	+0,487	<0,001
3.36	Be slaugos ir palaikomojo gydymo ligonių	Ligonių skaičius	27,5	35,9	+0,814	<0,001
3.36	Aktyvaus gydymo lovos	Ligonių skaičius	33,7	45,5	+1,12	<0,001
<b>Losvos apyvarta pagal įstaigų tipus:</b>						
3.37	Bendro pobūdžio ligoninės	Ligonių skaičius	32,88	38,47	+0,499	<0,001
3.37	Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės	Ligonių skaičius	7,2	5,73	-0,101	<0,001
3.37	Specializuotos ligoninės	Ligonių skaičius	11,4	13,27	+0,244	<0,001
3.37	Reabilitacijos ligoninės	Ligonių skaičius	11,81	14,51	+0,393	<0,01
3.37	Privačios ligoninės	Ligonių skaičius	16,42	53,68	+11,8	<0,05
<b>Losvos apyvarta specializuotose ligoninėse:</b>						
3.38	Infekcinių ligų ligoninės	Ligonių skaičius	34,23	50,22	+1,64	<0,05
3.38	Tuberkuliozės ligoninės	Ligonių skaičius	5,33	3,89	-0,130	<0,001
3.38	Onkologijos ligoninės	Ligonių skaičius	23,59	37,28	+1,67	<0,001
3.38	Psichiatrijos ligoninės	Ligonių skaičius	8,03	10,37	+0,200	<0,001
3.38	Priklausomybių ligų centrai	Ligonių skaičius	18,05	17,36	-0,160	>0,05
<b>Losvos apyvarta pagal lovų grupes:</b>						
3.39	Vidaus ligų lovos	Ligonių skaičius	30,4	37,8	+0,712	<0,001
3.39	Vaikų ligų lovos	Ligonių skaičius	36,1	47,9	+1,33	<0,001
3.39	Chirurgijos lovos	Ligonių skaičius	35,0	50,5	+1,60	<0,001
3.40	Ortopedijos traumatologijos lovos	Ligonių skaičius	34,9	41,2	+0,649	<0,001
3.40	Ginekologijos lovos	Ligonių skaičius	50,1	65,1	+1,27	<0,001
3.40	Akušerijos lovos	Ligonių skaičius	33,3	50,6	+1,54	<0,001
3.40	Oftalmologijos lovos	Ligonių skaičius	48,0	99,6	+4,47	<0,001
3.40	Otorinolaringologijos lovos	Ligonių skaičius	45,3	65,3	+2,01	<0,001
3.41	Psichiatrijos lovos	Ligonių skaičius	8,9	12,1	+0,264	<0,001
3.41	Onkologijos lovos	Ligonių skaičius	25,6	35,9	+1,10	<0,001
3.41	Odontologijos lovos	Ligonių skaičius	48,9	60,5	+0,412	>0,05
3.42	Infekcinių ligų lovos	Ligonių skaičius	36,6	56,6	+2,12	<0,001
3.42	Tuberkuliozės lovos	Ligonių skaičius	5,4	4,1	-0,127	<0,001
3.42	Slaugos lovos	Ligonių skaičius	7,4	6,5	-0,031	>0,05
3.42	Reabilitacijos lovos	Ligonių skaičius	11,0	12,6	+0,226	<0,01
<b>Letališkumas:</b>						
3.43	Su slaugos ir palaikomojo gydymo ligoniais	proc.	1,85	2,52	+0,062	<0,001
3.43	Be slaugos ir palaikomojo gydymo ligonių	proc.	1,42	1,78	+0,028	<0,01
3.43	Aktyvaus gydymo lovos	proc.	1,47	1,88	+0,032	<0,01
<b>Letališkumas pagal įstaigų tipus:</b>						
3.44	Bendro pobūdžio ligoninės	proc.	1,56	2,23	+0,066	<0,001
3.45	Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės	proc.	16,14	18,99	+0,183	>0,05
3.44	Specializuotos ligoninės	proc.	1,05	1,79	+0,068	<0,001
3.45	Reabilitacijos ligoninės	proc.	0,03	0,08	+0,0003	>0,05
3.44	Privačios ligoninės	proc.	0,29	0,33	-0,016	>0,05
<b>Letališkumas specializuotose ligoninėse:</b>						

Pav./ lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
3.46	Infekcinių ligų ligoninės	proc.	0,34	0,36	+0,008	>0,05
3.46	Tuberkuliozės ligoninės	proc.	2,62	5,01	+0,185	<0,01
3.46	Onkologijos ligoninės	proc.	1,86	3,21	+0,131	<0,01
3.46	Psichiatrijos ligoninės	proc.	0,5	0,58	+0,012	<0,05
3.46	Priklausomybių ligų centrai	proc.	-	0,04		
<b>Letališkumas pagal lovų grupes:</b>						
3.47	Vidaus ligų lovos	proc.	1,59	2,28	+0,050	<0,01
3.47	Vaikų ligų lovos	proc.	0,06	0,01	-0,002	>0,05
3.47	Chirurgijos lovos	proc.	0,84	0,64	-0,019	<0,01
3.47	Ortopedijos – traumatologijos lovos	proc.	0,24	0,25	-0,001	>0,05
3.48	Akušerijos lovos	proc.	0	0,01		
3.48	Ginekologijos lovos	proc.	0,02	0,06	+0,003	<0,001
3.48	Oftalmologijos lovos	proc.	0,02	0,00	-0,0009	>0,05
3.48	Otorinolaringologijos lovos	proc.	0,002	0,02	-0,0009	>0,05
3.49	Psichiatrijos lovos	proc.	0,39	0,38	+0,003	>0,05
3.49	Onkologijos lovos	proc.	1,75	3,32	+0,167	<0,001
3.49	Odontologijos lovos	proc.	0,04	0,01	+0,00115	>0,05
3.49	Infekcinių ligų lovos	proc.	0,23	0,22	-0,00161	>0,05
3.49	Tuberkuliozės lovos	proc.	2,6	4,47	+0,151	<0,05
3.49	Slaugos lovos	proc.	16,31	21,45	+0,368	<0,01
3.49	Reabilitacijos lovos	proc.	0,12	0,1	-0,00661	>0,05
3.40	Autopsijos visų mirusiųjų	proc.	29,6	18,6	-1,20	<0,001
3.40	Mirusiųjų stacionare	proc.	20,6	7,6	-1,16	<0,001
3.51	Bendras pooperacinis letalumas	proc.	0,62	1,85	+0,117	<0,001
3.52	Laboratoriniai tyrimai	Procedūrų sk. 1 stacionaro ligoniui	21,9	15,2	-0,299	>0,05
3.52	Rentgenologiniai tyrimai	Procedūrų sk. 1 stacionaro ligoniui	1,1	1,1	+0,0042	>0,05
3.52	Funkcinės diagnostikos procedūros	Procedūrų sk. 1 stacionaro ligoniui	1,1	0,8	-0,0301	<0,001

#### 5.4 Nėščiųjų ir gimdyvių priežiūra

Pav./ lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
4.1	1000 gyventojų tenka gimusių	1000 gyventojų	9,0	10,2	+0,153	<0,01
4.2	1000 gimusiųjų tenka mirusių kūdikių	1000 gimusių	7,9	3,9	-2,407	<0,01
4.3	Neonatalinis mirtingumas	1000 gyvų gimusių	4,2	2,6	-0,174	<0,01
4.3	Poneonatalinis mirtingumas	1000 gyvų gimusių	3,8	1,4	-0,192	<0,01
4.4	Ankstysis neonatalinis mirtingumas	1000 gyvų gimusių	2,9	1,5	-0,142	<0,001
4.4	Vėlyvasis neonatalinis mirtingumas	1000 gyvų gimusių	1,3	1,0	-0,037	0,030
9 psl.	Perinatalinis mirtingumas	1000 gimusių	8,2	5,3	-0,276	0,001
4.5	Negyvagimiai 1000 gimusių iš viso	1000 gimusių	5,4	3,8	-3,51	<0,01
4.5	Negyvagimiai 1000 gimusių mieste	1000 gimusių	7,2	4,7	-0,231	<0,01

Pav./ lent. nr.	Rodiklis	Vienetai	Metai		Vidutinis metinis pokytis	p reikšmė
			2001	2012		
4.5	Negyvagimiai 1000 gimusių kaime	1000 gimusių	3,1	2,6	-0,114	<0,05
4.6	Neišnešiotų naujagimių skaičius	1000 gyvų gimusių	50,0	57,3	+0,383	>0,05
4.7	1000 vaisingo amžiaus moterų tenka dirbtinių abortų iš viso	1000 vaisingo amžiaus moterų	11,3	6,5	-0,402	<0,01
4.7	1000 vaisingo amžiaus moterų tenka dirbtinių abortų mieste	1000 vaisingo amžiaus moterų	11,2	6,9	-0,359	<0,01
4.7	1000 vaisingo amžiaus moterų tenka dirbtinių abortų kaime	1000 vaisingo amžiaus moterų	11,6	5,7	-0,499	<0,01
4.8	Abortų skaičius	1000 gyvų gimusių	657,8	338,6	-0,032	<0,01
4.8	100 gyvų gimusių tenka dirbtinių abortų	1000 gyvų gimusių	438,6	198,1	-0,044	<0,01
4.10	Vidutinis gimdyvių amžius		26,8	28,9	+0,227	<0,01
4.12	Pradinis gimdyvių išsilavinimas	1000 gimdžiusių moterų	30,1	21,3	-0,502	<0,05
4.12	Pagrindinis gimdyvių išsilavinimas	1000 gimdžiusių moterų	190,9	94,6	-0,089	<0,01
4.12	Vidurinis gimdyvių išsilavinimas	1000 gimdžiusių moterų	399,9	315,6	-0,087	<0,01
4.12	Aukštesnysis gimdyvių išsilavinimas	1000 gimdžiusių moterų	234,5	116,3	-0,087	<0,01
4.12	Aukštasis gimdyvių išsilavinimas	1000 gimdžiusių moterų	153,8	452,2	+0,031	<0,01
4.12	Medicininėje statistinėje formoje nenurodytas gimdyvių išsilavinimas	1000 gimdžiusių moterų	0,9	0,0	+0,79	>0,05
4.15	I tipo cukrinis diabetas nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	0,8	1,9	+7,34	<0,01
4.15	II tipo cukrinis diabetas nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	0,03	0,4	+20,8	<0,01
4.15	Gestacinis (nėščiąjų) diabetas nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	3,8	18,5	+0,777	<0,001
4.15	Inkstų ir šlapimo takų ligos nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	53,9	42,8	-0,597	<0,001
4.15	Lytinių organų ligos nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	195,7	128,7	-0,122	<0,01
4.15	Kvėpavimo organų ligos nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	85,4	50,1	-0,248	<0,01
4.15	Kitos infekcinės ligos nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	8,4	2,0	-0,697	>0,05
4.15	Širdies ir kraujagyslių ligos nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	25,3	13,7	-0,876	<0,01
4.15	Mažakraujystė nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	247,7	132,6	-0,063	<0,01
4.15	Kitos ligos nėštumo laikotarpiu	1000 gimusių	46,1	24,3	-0,185	<0,05
4.16	Cezario pjūvių skaičius	1000 gyvų gimusių	137,3	259,4	+11,6	<0,01
19 psl.	Nėščiąjų ir gimdyvių mirtingumas (dėl priežasčių susijusių su nėštumu ir gimdymu)	100 000 gyvų gimusių	12,8	3,3	-1,03	>0,05
4.17	Akušerijos lovų skaičius	1000 gyventojų	39,5	26,3	-0,716	<0,01
4.18	Akušerinių chirurginių operacijų skaičius	1000 gyvų gimusių	815,6	751,6	-6,47	>0,05

## ŠALTINIAI

1. Murauskienė I., Janonienė R., Veniūtė M., Van Ginneken E., Karanikolas M. Health systems in Transition. Lithuania Health System Review. Vol. 15:2, 2013.
2. LR Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. Nr. 335 nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“.
3. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.
4. Viešosios politikos ir vadybos institutas. Lietuvos integracijos į ES poveikis kvalifikuotų Lietuvos viešojo sektoriaus darbuotojų išvykimui dirbti į užsienį. Vilnius, 2006.
5. Starkienė L. Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2012.
6. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2001–2012 m.
7. Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema  
Internetinė prieiga: [[sic.hi.lt/html/srs.htm](http://sic.hi.lt/html/srs.htm)]
8. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Vilnius, 2010.
9. Valstybinė ligonių kasa. Dienos chirurgija: geriau pacientui ir gydymo įstaigai.  
Internetinė prieiga: [[www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat\\_id=1&date=2008-04-21&item\\_id=1622](http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2008-04-21&item_id=1622)]
10. European Perinatal Health Report "Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010".  
Internetinė prieiga: [[www.europeristat.com/images/doc/Peristatproc.202013proc.20V2.pdf](http://www.europeristat.com/images/doc/Peristatproc.202013proc.20V2.pdf)]
11. World Health Organization. Unicef. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.  
Internetinė prieiga: [[www.whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf](http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf)]
12. OECD Health Data 2012. June 2012.  
Internetinė prieiga: [[www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)]
13. Lietuvos statistikos departamento rodiklių duomenų bazė.  
Internetinė prieiga: [[db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1920](http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1920)]

14. LR Vyriausybės 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 64-1842).
15. Boerma W.G. W. Profiles of General Practice in Europe. An International Study of Variation in the Tasks of General Practitioners. NIVEL, 2003.
16. LR SAM įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo (2007 m. vasario 28 d. Nr. V-126).
17. LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymas Nr. V-713 „Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei Krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 114-4179)
18. Valstybinė ligonių kasa. Dienos stacionaro gydymo paslaugų – vis daugiau.  
Internetinė prieiga: [[www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat\\_id=1&date=2010-10-01&item\\_id=1830](http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2010-10-01&item_id=1830)]
19. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Gimimų medicininiai duomenys 2001-2011 m.
20. Health at a Glance Europe 2012.  
Internetinė prieiga  
[[www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf)]