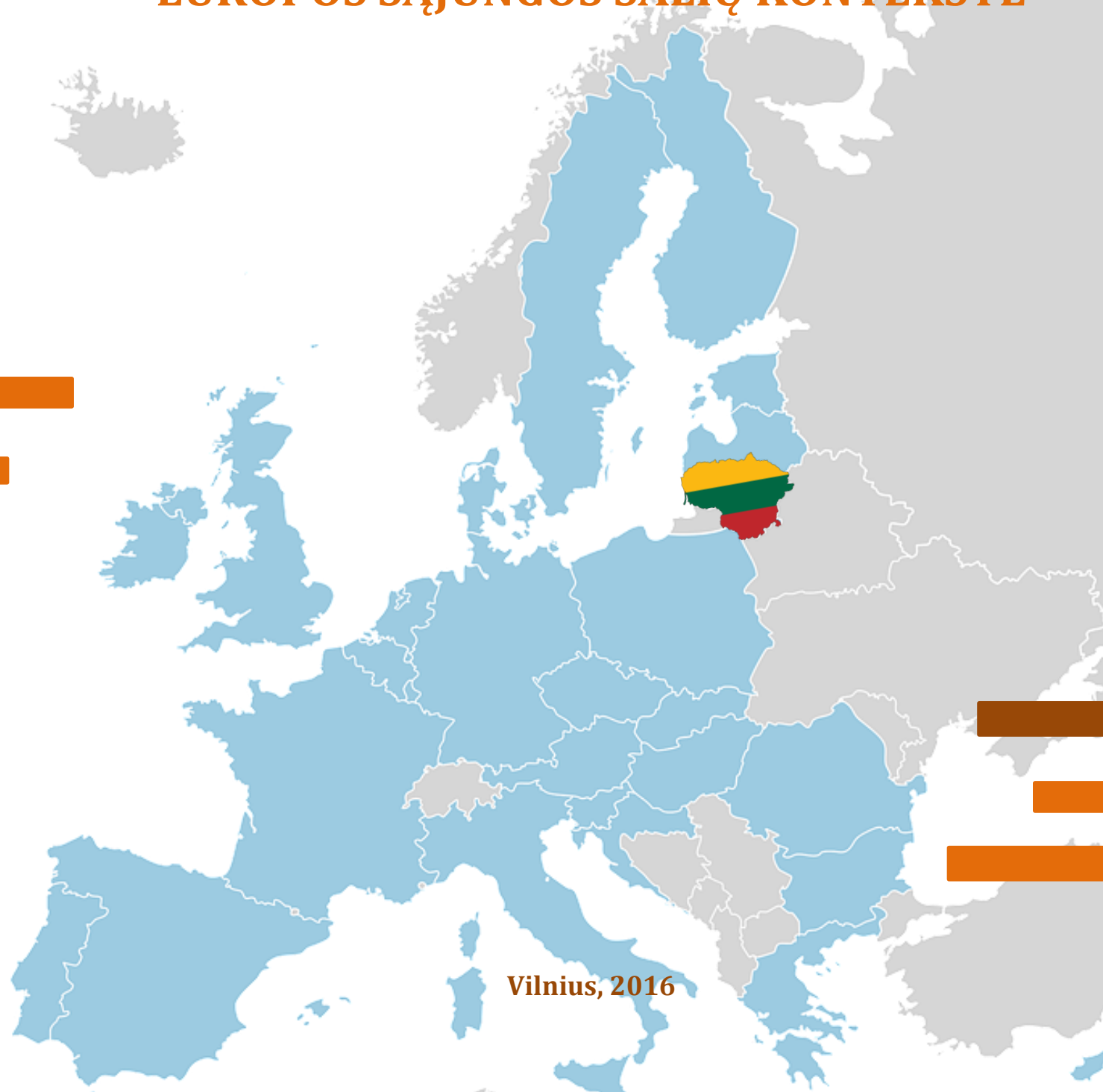




HIGIENOS INSTITUTAS
SVEIKATOS INFORMACIJOS CENTRAS

LIETUVOS GYVENTOJŲ SVEIKATOS BŪKLĖ EUROPOS SAJUNGOS ŠALIŲ KONTEKSTE



Vilnius, 2016

Higienos instituto Sveikatos informacijos centras
Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius
Tel. (8-5) 277 3302
Faksas (8-5) 262 4663
www.hi.lt

Leidinių parengė:

Žilvinė Našlėnė, zilvine.naslene@hi.lt
Rūta Ustinavičienė, ruta.ustinaviciene@hi.lt
Aušra Želvienė, ausra.zelviene@hi.lt

PRATARMĖ

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro parengtas leidinys skirtas šalies sveikatos politikos formuotojams, sveikatos sistemos dalyviams, visuomenės sveikatos specialistams bei visiems, besirūpinantiems Lietuvos žmonių visuomenės sveikata.

Ruošiant leidinį, remtasi sveikatos būkle bei sveikatos sistemos veiklą apibūdinančiais rodikliais, kurie buvo nagrinėti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) 2015m. ir 2016 m. leidiniuose „*OECD: Health at a Glance 2015*“ bei „*OECD: Health at a Glance: Europe 2016*“.

Pateiktuose grafikuose atsispindi Lietuvos situacija Europos Sąjungos (toliau – ES) šalių kontekste, lyginama mūsų šalies situacija su Baltijos šalimis (Latvija, Estija) bei kaimynine Lenkija, taip pat nagrinėjamos rodiklių tendencijos 5 metų laikotarpyje. Skelbiami naujausi prieinami duomenys (2015 m. ir ankstesni) iš Pasaulio sveikatos organizacijos, EBPO, Eurostato bei kitų šaltinių.

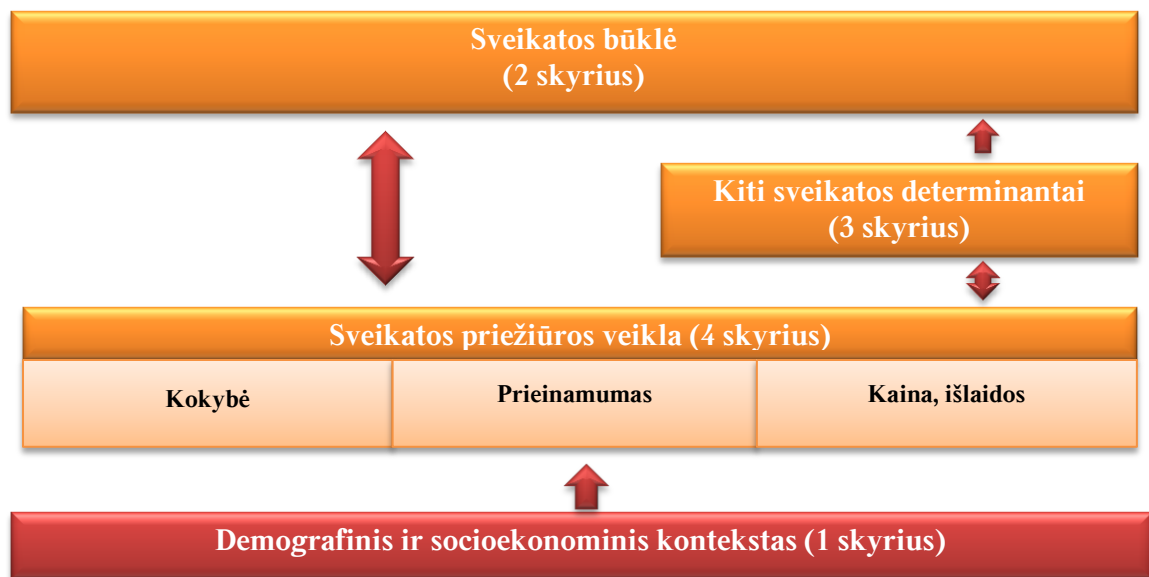
TURINYS

| | |
|---|-----------|
| Įvadas..... | 6 |
| 1 skyrius. Europos Sąjungos šalių demografija ir socioekonominis kontekstas..... | 8 |
| 1.1 Demografija..... | 8 |
| - Gyventojų skaičius..... | 8 |
| - 0–14 m. amžiaus gyventojų dalis..... | 9 |
| - 65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų dalis..... | 10 |
| - Gyvų gimusiųjų skaičius 1000 gyv. | 11 |
| - Mirtingumas 1000 gyv..... | 12 |
| 1.2 Socioekonominė situacija..... | 13 |
| - Nedarbo lygis (proc.)..... | 13 |
| - Mokyklinio amžiaus vaikų, nesimokančių mokyklose, dalis..... | 14 |
| - Asmenų, esančių ties skurdo riba ar socialine atskirtimi, dalis..... | 15 |
| - Mirtingumas dėl tyčinių nužudymų 100 000 gyv..... | 16 |
| 2 skyrius. Lietuvos ir kitų Europos Sąjungos šalių gyventojų sveikatos būklė..... | 18 |
| 2.1 Vidutinė tikėtina ir sveiko gyvenimo trukmės..... | 18 |
| - Vyrų ir moterų VTGT (metais)..... | 18 |
| - Vyrų ir moterų VTGT sulaukus 65 m. (metais)..... | 19 |
| - Vyrų ir moterų SGT (metais)..... | 20 |
| - Vyrų ir moterų SGT sulaukus 65 m. (metais)..... | 22 |
| 2.2 Sergamumas ir ligotumas..... | 24 |
| - Asmenų savo sveikatos vertinimas..... | 24 |
| - Sergamumas piktybiniais navikais 100 000 gyv..... | 25 |
| - Sergamumas tuberkulioze 100 000 gyv..... | 26 |
| - Ligotumas cukriniu diabetu (proc.)..... | 26 |
| - Naujagimių, gimusių per mažo svorio, dalis iš visų gyvų gimusiųjų (proc.)..... | 27 |
| - Ligotumas lėtine obstrukcine plaučių liga (proc.)..... | 28 |
| - Ligotumas psichikos sveikatos sutrikimais (proc.)..... | 29 |
| 2.3 Mirtingumas..... | 30 |
| - Standartizuotas mirtingumas nuo ŠKL 100 000 gyv..... | 30 |
| - Standartizuotas mirtingumas nuo piktybinių navikų 100 000 gyv..... | 31 |
| - Tikimybė mirti nuo ŠKL, piktybinių navikų, diabeto, lėtinių kvėpavimo sistemos ligų 30–70 m. amžiuje (proc.)..... | 32 |
| - Standartizuotas mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių 100 000 gyv..... | 32 |
| - Standartizuotas mirtingumas dėl savižudybių 100 000 gyv..... | 33 |
| - Standartizuotas mirtingumas dėl transporto įvykių 100 000 gyv..... | 34 |
| - Naujagimių mirtingumas 1000 gyvų gimusiųjų..... | 35 |
| 3 skyrius. Rizikos veiksniai..... | 38 |
| - Standartizuotas mirtingumas dėl su rūkymu susijusių priežasčių 100 000 gyv..... | 38 |
| - Tabako vartojimas tarp suaugusiųjų..... | 39 |
| - Standartizuotas mirtingumas dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių 100 000 gyv..... | 40 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Alkoholio vartojimas tarp suaugusiųjų..... | 40 |
| - | Gryno alkoholio kiekis, tenkantis vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui (litrais)..... | 41 |
| - | Vaisių ir daržovių vartojimas tarp suaugusiųjų..... | 42 |
| - | Nutukusių asmenų dalis tarp suaugusiųjų (proc.)..... | 42 |
| 4 | skyrius. Sveikatos priežiūros veikla..... | 45 |
| 4.1. | <i>Sveikatos priežiūros prieinamumas.....</i> | <i>45</i> |
| - | Gydytojų skaičius 100 000 gyv..... | 45 |
| - | Slaugytojų skaičius 100 000 gyv..... | 46 |
| - | Slaugytojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui..... | 47 |
| - | Dirbančių gydytojų dalis (proc.)..... | 48 |
| - | Šeimos gydytojų skaičius 100 000 gyv..... | 49 |
| - | Odontologų skaičius 100 000 gyv..... | 50 |
| - | Asmenų, įgijusių medicininių-gydytojo išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv..... | 51 |
| - | Asmenų, įgijusių slaugytojo išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv..... | 52 |
| - | Asmenų, įgijusių odontologo išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv..... | 53 |
| - | Stacionaro ligonių skaičius 100 gyv..... | 54 |
| - | Stacionaro ligonių skaičius 100 gyv. (aktyvus gydymas)..... | 55 |
| - | Stacionaro lovų skaičius 100 000 gyv..... | 55 |
| - | Aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius 100 000 gyv..... | 56 |
| - | Vidutinis gulėjimo laikas (dienomis)..... | 57 |
| - | Vidutinis gulėjimo laikas (aktyvus gydymas) (dienomis)..... | 58 |
| - | Lovos užimtumas (proc.) (aktyvus gydymas)..... | 59 |
| - | Gydytojų konsultacijų skaičius, tenkantis 1 gyv..... | 60 |
| - | Cezario operacijų skaičius 1000 gyvų gimusių..... | 61 |
| - | Nepatenkintų dėl medicininės priežiūros asmenų dalis (proc.)..... | 62 |
| - | Nepatenkintų odontologine priežiūra asmenų dalis (proc.)..... | 63 |
| 4.2. | <i>Sveikatos priežiūros išlaidos ir finansavimas.....</i> | <i>66</i> |
| - | Sveikatos priežiūros išlaidos asmeniui (perkamosios galios paritetas doleriais)..... | 66 |
| - | Sveikatos priežiūros išlaidos procentais nuo BVP..... | 67 |
| - | Sveikatos priežiūros išlaidos pagal funkciją (proc.)..... | 68 |
| - | Išlaidų vaistams dalis iš visų sveikatos priežiūros išlaidų (proc.)..... | 69 |
| - | Valdžios sektoriaus išlaidų vaistams dalis iš visų išlaidų vaistams (proc.)..... | 70 |
| 4.3. | <i>Sveikatos priežiūros kokybė.....</i> | <i>72</i> |
| - | Išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv..... | 72 |
| - | Išvengiamos hospitalizacijos (proc.)..... | 73 |
| - | Gimdos kaklelio vėžio profilaktinių patikrinimų apimtys (proc.)..... | 74 |
| - | Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 100 000 gyv..... | 75 |
| - | Krūties vėžio profilaktinių patikrinimų apimtys (proc.)..... | 75 |
| - | Mirtingumas nuo krūties vėžio 100 000 gyv..... | 76 |
| - | Vaikų skiepijimų apimtys (proc.)..... | 76 |
| - | 65 m. ir vyresnių asmenų dalis, paskiepyta nuo gripo (proc.)..... | 78 |

Išvadas

Lietuva – nors ir nedidelė ES valstybė, tačiau kai kuriais aspektais yra pakankamai stipri ir gali būti lygiavertė didžiausioms ir ekonomiškai stipriausioms šalims. Kiekvienoje ES šalyje vyrauja panašios sveikatos priežiūros problemos. Visose šalyse aktualus kokybės, efektyvumo ir prieinamumo gerinimas sveikatos priežiūroje, taip pat siekiama, kad sveikatos priežiūra būtų prieinama bet kurio amžiaus tarpsnio ir socialinės padėties gyventojui bei būtų palanki inovacijoms. Tik veikianti kaip visuma sistema gali mažinti sveikatos netolygumus bei gerinti visų gerovę. Tokios sistemos tikslas – pagerinti populiacijos sveikatos būklę, tačiau jai įtaką daro daug veiksnių – taip pat ir tokie, kurie patenka už sveikatos priežiūros sistemos ribų. Tai fizinė aplinka, kurioje žmonės gyvena bei individualus gyvenimo būdas ir elgesys. Visgi akivaizdu, kad populiacijos sveikatos būklę lemia ir pačios sveikatos priežiūros sistemos veikla, todėl būtina nagrinėti ją sudarančius veiksnius (1 pav.).



1 pav. Gyventojų sveikatą veikiantys veiksniai (adaptuota pagal EBPO)¹

Sveikatos priežiūros sistemos veiklos sėkmė taip pat priklauso nuo sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų, teikiančių paslaugas bei jų žinioje esančios įrangos. Galiausiai, daug kontekstinių faktorių veikia populiacijos sveikatos būklę (sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir pasiūla, demografinis kontekstas, ekonominis ir socialinis šalies išsivystymo lygis).² Todėl naudinga nagrinėti Lietuvos sveikatos ir jos priežiūros rodiklius ne tik Lietuvos lygmeniu, tačiau ir kitų ES šalių kontekste, kadangi taip lengviau gali būti pastebėtos silpnosios bei stipriosios grandys Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veikloje.

Europos šalys lyginamos daugelio organizacijų: EBPO, Pasaulio Sveikatos Organizacijos (toliau – PSO), Eurostato, privačių įmonių (kaip *Health Consumer Powerhouse*). Daugelyje minėtų

¹ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care*, 2006; 18:5-13.

² OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

organizacijų palyginimų, Lietuva užima žemas pozicijas, todėl svarbu nagrinėti esamą situaciją, rasti problemines sritis ir pasirinkti tinkamus sprendimo būdus, galinčius pagerinti sveikatos apsaugos paslaugų kokybę ir tuo pačiu – gyventojų sveikatą.

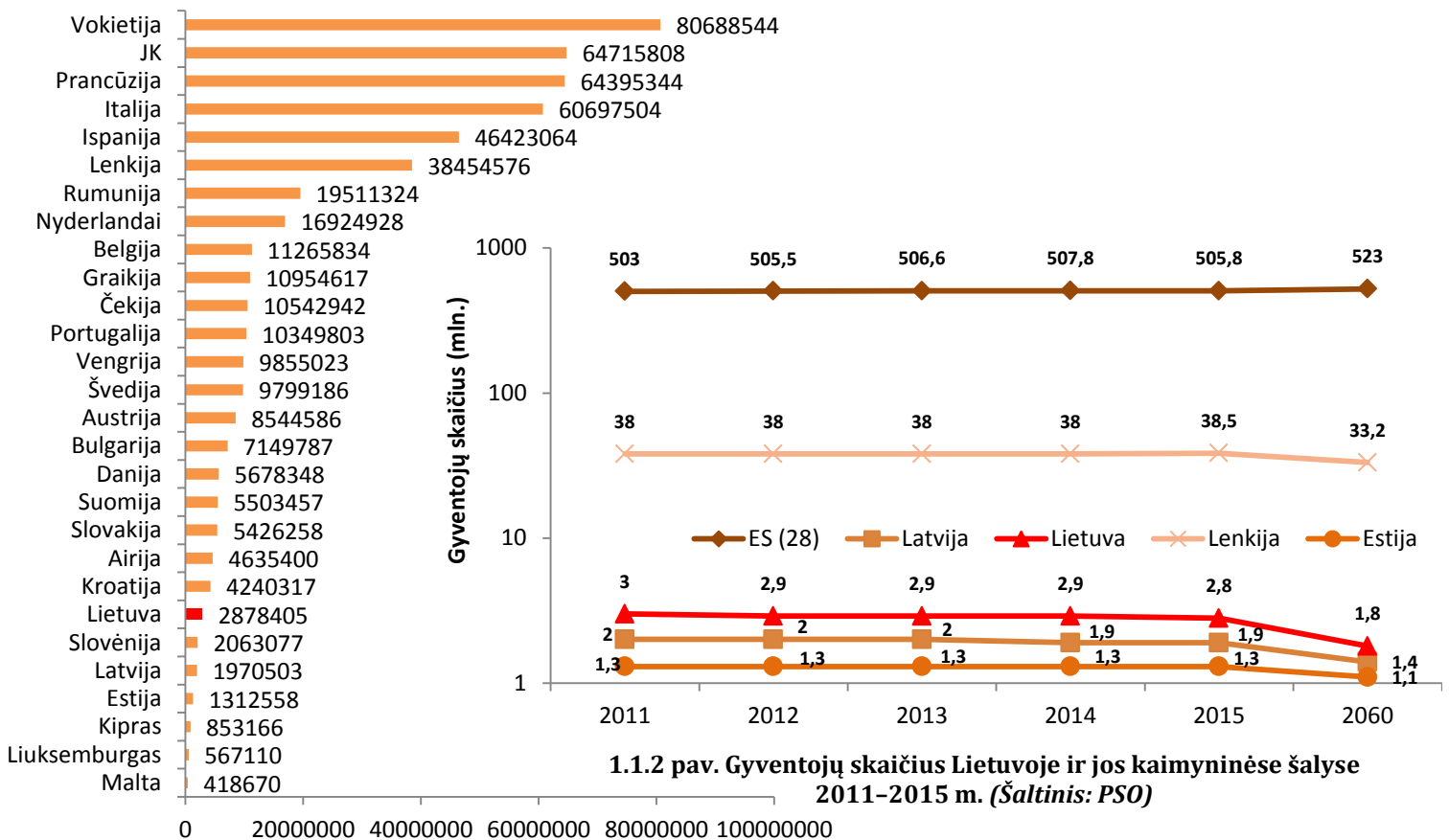
Kiekvienas iš 1 paveiksle pavaizduotų aspektų toliau aptariamas leidinyje pateikiant Lietuvos bei kitų ES šalių gyventojų paskutinius prieinamus sveikatos ir jai darančių įtaką veiksmų duomenis.

1. Europos Sąjungos šalių demografija ir socioekonominis kontekstas

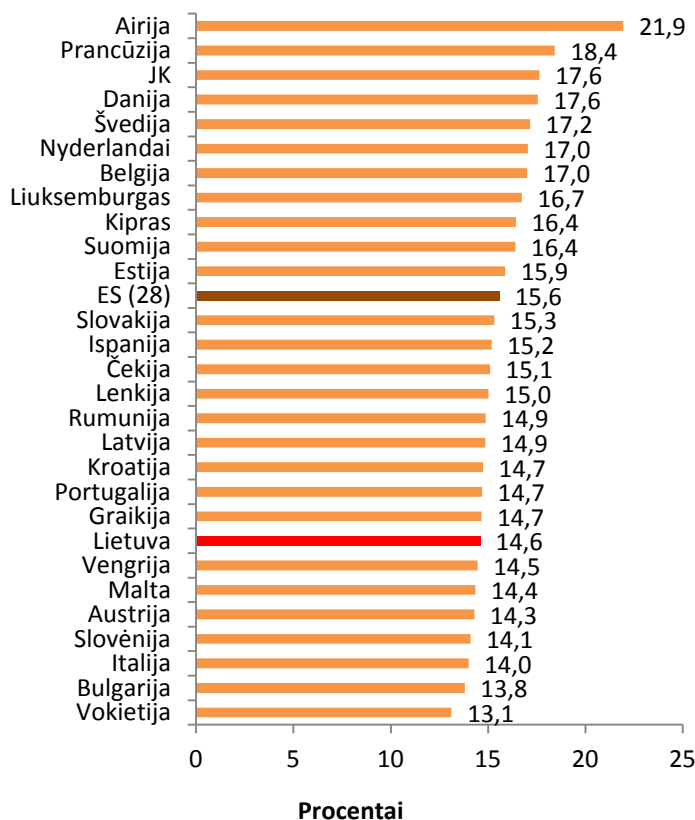
1.1 Demografija

Gyventojų skaičius. Europos Komisija prognozuoja, kad Europos populiacijos dydis iki 2060 m. didės 3 proc., tačiau 65–79 m. amžiaus žmonių bus daugiau 3,3 proc. punktais, 80 m. ir vyresnių – 6,7 proc. punktais. Lietuvai, Latvijai prognozuojamas populiacijos mažėjimas daugiau kaip 20 proc. Prognozuojama, kad 2060 m. Lietuvoje 80 m. ir vyresni žmonės sudarys 11,4 proc. (2013 m. – 4,9 proc.). Lietuvos kaimynėms Estijai ir Lenkijai gresia šiek tiek mažesnis populiacijos mažėjimas – 13–15 proc. Tuo tarpu Švedijai, Jungtinei Karalystei, Belgijai atvirkščiai – prognozuojamas populiacijos didėjimas daugiau kaip 20 proc.³

Lietuva ES kontekste yra viena iš mažesniųjų šalių ir 2015 m. užėmė 7-ą poziciją tarp mažiausiųjų pagal gyventojų skaičių (1.1.1 pav.).



³ http://ec.europa.eu/economy_finance/graphs/2015-05-18_ageing_report_en.htm

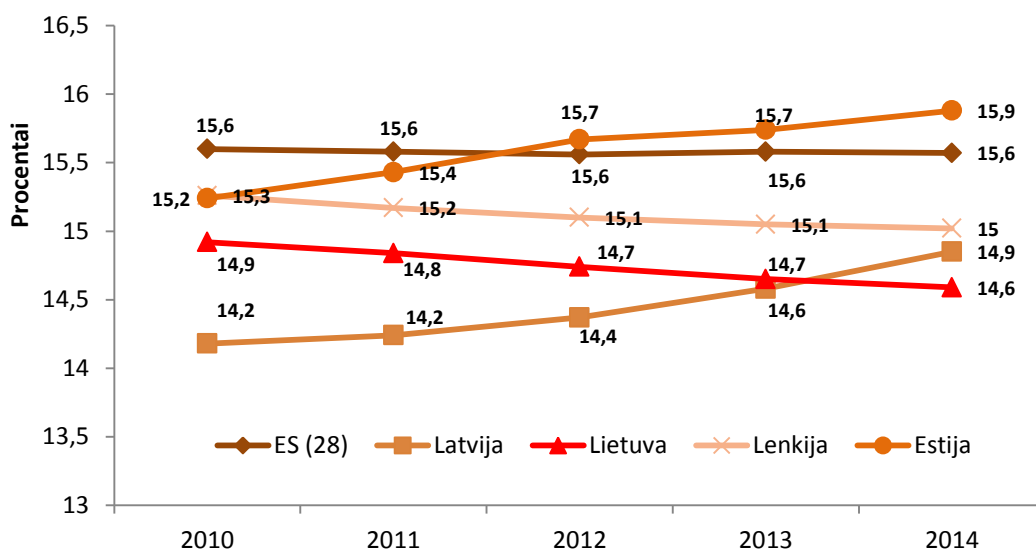


1.1.3 pav. 0–14 m. amžiaus gyventojų dalis (proc.) ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prienami duomenys) (Šaltinis: PSO)

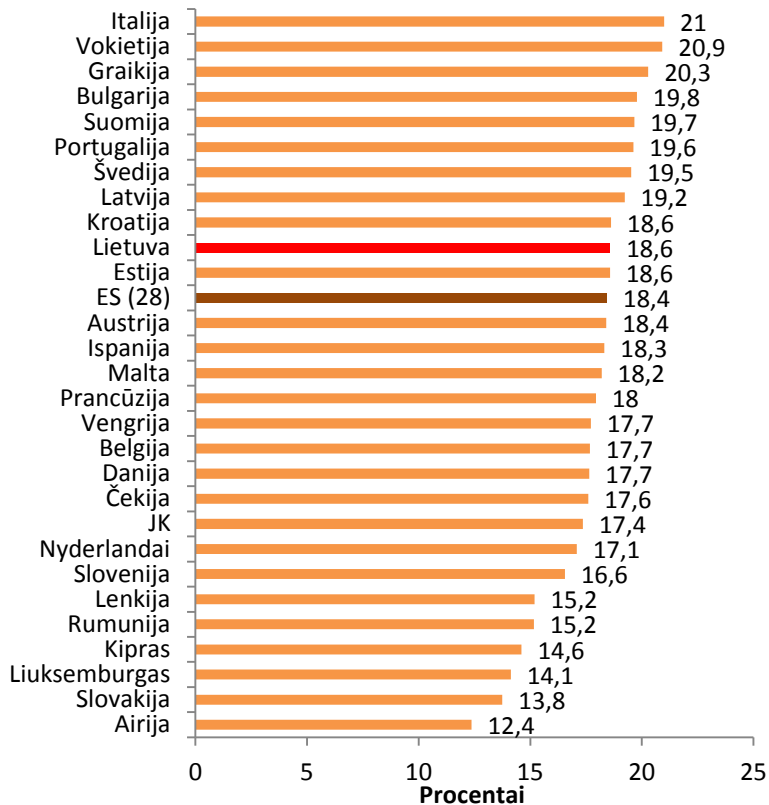
Lietuvoje, lyginant su kaimyninėmis Baltijos šalimis Latvija ir Estija, gyventojų skaičius 2015 m. buvo didžiausias, tačiau ir gyventojų skaičiaus mažėjimas mūsų šalyje yra sparčiausias – per pastarąjį penkmetį gyventojų skaičius sumažėjo 4,9 proc. Tuo tarpu Latvijoje – 4,3 proc., Estijoje – 1,1 proc. (1.1.2 pav.). Lenkijoje gyventojų skaičius nors ir nežymiai, tačiau ne mažėjo, o didėjo: nuo 2011 m. padidėjo 1 proc.

0–14 m. amžiaus vaikų dalis. Lietuva yra tarp šalių, kurių 0–14 m. amžiaus vaikų dalis yra mažesnė už ES šalių vidurkį (1.1.3 pav.).

Lietuvoje per pastarąjį penkmetį 0–14 m. amžiaus vaikų dalis sumažėjo 0,3 proc. punktais ir 2014 m. buvo 14,6 proc. Tuo tarpu Latvijoje ir Estijoje, kitaip nei Lenkijoje, vaikų dalis nuo 2010 m. padidėjo – 0,7 proc. punktais. Lenkijoje vaikų dalis sumažėjo 0,3 proc. punktais. ES šalių vidurkis nekito – nuo 2010 m. 0–14 m. amžiaus vaikai sudarė 15,6 proc. Vaikai didžiausią gyventojų dalį, lyginant tik kaimynines šalis, sudarė Estijoje – 15,9 proc. ir viršijo ES šalių vidurkį (1.1.4 pav.).



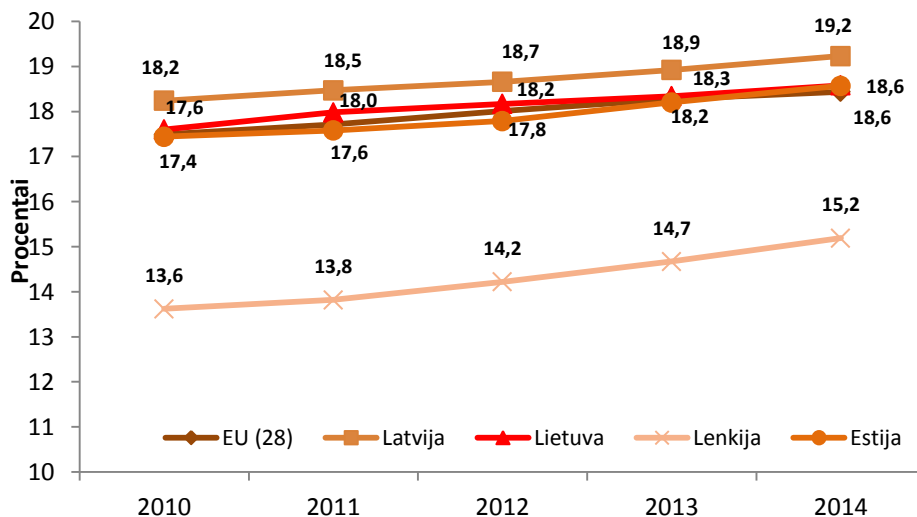
1.1.4 pav. 0–14 m. amžiaus gyventojų dalis (proc.) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)



1.1.5 pav. 65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų dalis (proc.) ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prienami duomenys) (Šaltinis: PSO)

65 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų dalis. Žvelgiant į Lietuvą ES šalių kontekste, Lietuvoje 2014 m. 18,6 proc. sudarė vyresnio amžiaus gyventojai ir tai truputėlį viršijo ES šalių vidurkį (18,4 proc.) (1.1.5 pav.). Analizuojant 65 ir vyresnio amžiaus gyventojų dalies pokytį 2010–2014 m., matyti didėjimo tendencija Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse. Iš pastarųjų šalių išsiskyrė tik Lenkija, nes šioje šalyje 65 m. amžiaus ir vyresni 2014 m. sudarė 15,2 proc., tuo tarpu ES šalių vidurkis siekė 18,4 proc. Tačiau ir Lenkijoje (kaip ir kitose kaimyninėse šalyse) stebimas vyresnių žmonių dalies didėjimas (1.1.6 pav.). ES šalyse vyresnių žmonių skaičius nuo 2010 m. padidėjo beveik 1 proc. Senstanti visuomenė yra aktuali problema Europoje. PSO skelbia, kad beveik visose šalyse stebimas 60 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų skaičiaus didėjimas. Tam įtakos turi ilgėjanti vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė bei nedidėjantis gimstamumas.

Nors europiečiai gyvena ilgiau nei kada nors anksčiau, tačiau ES šalių gimstamumo rodiklis palaipsniui mažėja. Tai reiškia, kad per ateinančius kelis dešimtmečius vyresnių bei pensinio amžiaus žmonių daugės darbingo amžiaus žmonių sąskaita⁴.



1.1.6 pav. 65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų dalis (proc.) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

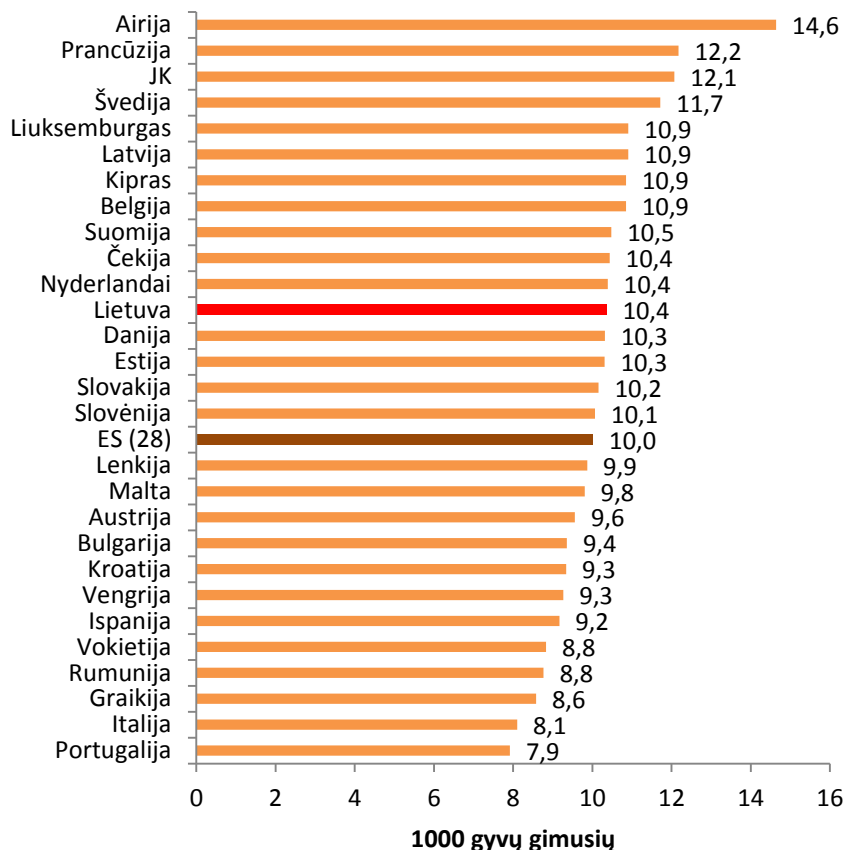
⁴ http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/demography/index_en.htm

Gyvų gimusiųjų skaičius.

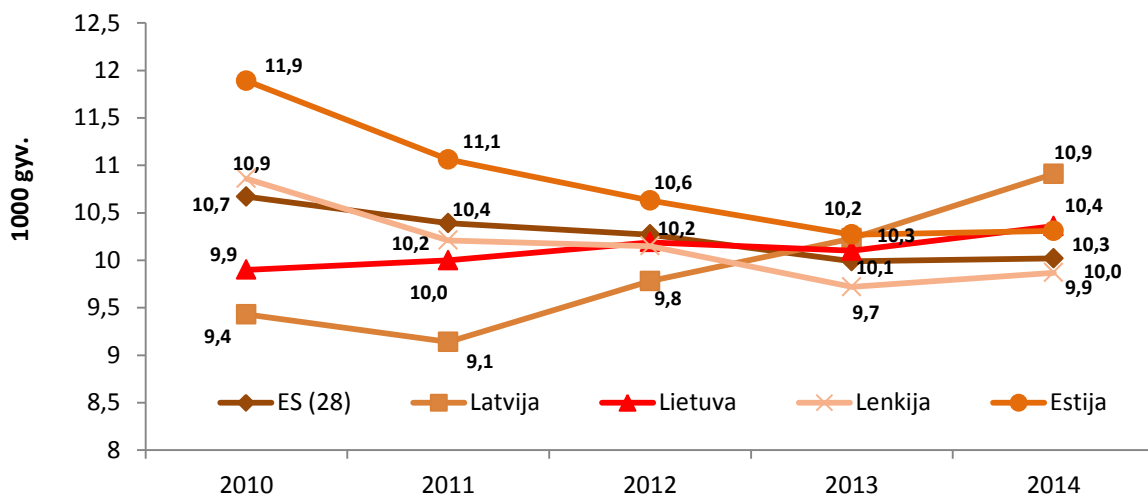
Analizuojant gimstamumą, svarbus gyvų gimusiųjų kūdikių, kurie iš karto po gimdymo parodo pirmuosius gyvybės požymius, skaičius.

Analizuojant ES šalis, Baltijos šalys neišsiskyrė iš bendros šalių tendencijos. Didesniais rodikliais išsiskyrė Šiaurės ir Vakarų Europos šalys (1.1.7 pav.).

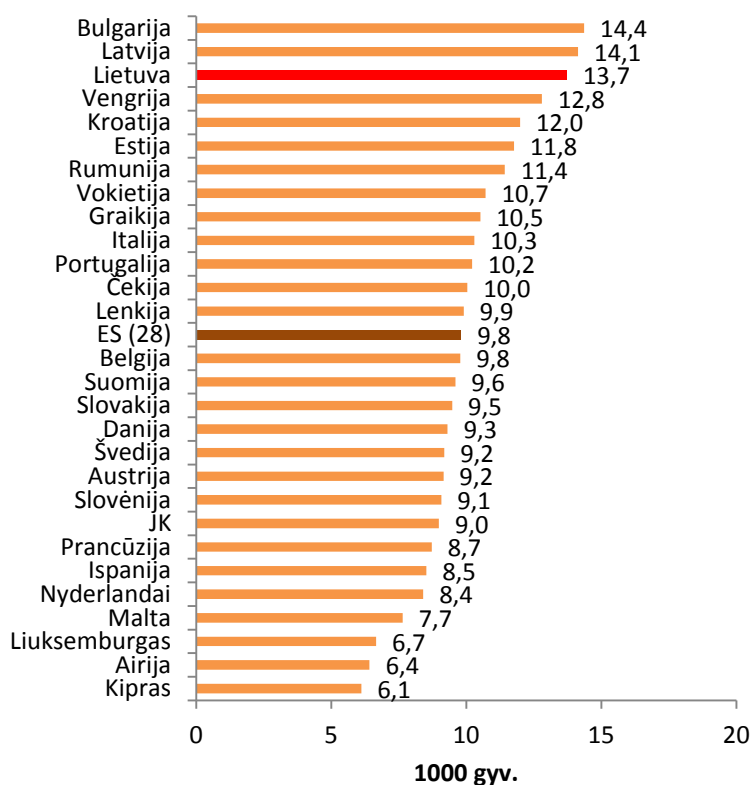
Gimstamumo rodiklis ES šalyse per paskutinius penkerius metus sumažėjo nuo 10,7 (2010 m.) iki 10/1000 gyv. (2014 m.). Tam įtakos turi didėjantis moterų išsilavinimas ir darbingumas, poreikis išsaugoti darbo vietą ir pajamas, nepakankama parama derinant darbą ir vaikų auginimą³. Gyvų gimusių skaičius 1000 gyv. taip pat mažėjo Lenkijoje bei Estijoje, tuo tarpu Lietuvoje padidėjo 5 proc., Latvijoje – 16 proc. (1.1.8 pav.).



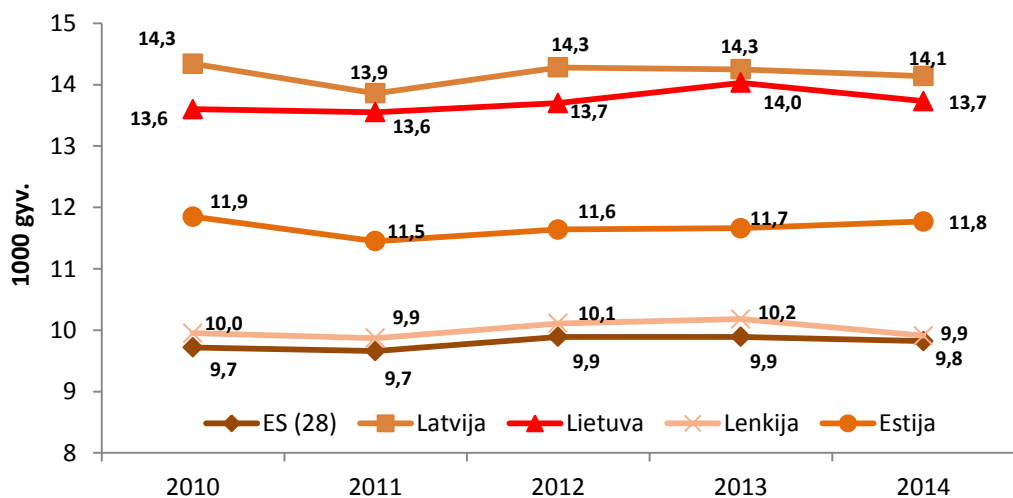
1.1.7 pav. Gyvų gimusiųjų skaičius 1 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: PSO)



1.1.8 pav. Gyvų gimusių skaičius 1 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)



1.1.9 pav. Mirtingumas 1 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prienami duomenys) (Šaltinis:PSO)



1.1.10 pav. Mirtingumas 1 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Mirtingumas – vienas iš demografijos rodiklių, parodantis mirčių intensyvumo lygį. Bendrasis mirtingumo rodiklis sąlyginai pagal intensyvumo lygį yra skiriamas į mažą (mažiau 9), vidutinį (9–15) ir didelį (daugiau kaip 15 mirusiųjų 1000-čiui gyventojų per metus)⁵.

Europoje didžiausias mirtingumo rodiklis 2014 m. buvo Baltijos šalyse (išskyrus Estiją), Rytų Europos šalyse ir kai kuriose Vidurio Europos šalyse. 1000-iai Lietuvos gyventojų 2014 m. teko 13,7 mirusiųjų. Šis rodiklis užėmė trečią vietą bendroje ES šalių diagramoje (1.1.9 pav.).

Mirtingumas Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse, taip pat ES šalyse per paskutinius penkerius metus buvo pakankamai stabilus. Didžiausi mirtingumo rodikliai iš kaimyninių šalių 2010–2014 m. buvo Latvijoje, nors visos kaimyninės šalys (Latvija, Estija ir Lenkija ir Lietuva) viršijo ES šalių vidurkį (1.1.10 pav.).

⁵ Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Vilnius, 2010.

1.1 skyrelio „Demografija“ apibendrinimas

| <i>Paveikslas Nr.</i> | <i>Rodiklis⁶</i> | <i>LT</i> | <i>ES</i> |
|---------------------------|---|--------------|--------------|
| 1.1.3 | 0–14 m. amžiaus gyventojų dalis | 14,6 (proc.) | 15,6 (proc.) |
| 1.1.5 | 65 m. amžiaus ir vyresnių gyventojų dalis | 18,6 (proc.) | 18,4 (proc.) |
| 1.1.7 | Gyvų gimusiųjų skaičius 1000 gyv. | 10,4 | 10 |
| 1.1.9 | Mirtingumas 1000 gyv. | 13,7 | 9,8 |

Išanalizavus Lietuvos ir ES šalių pagrindinius demografinius rodiklius, galima dar kartą atkreipti dėmesį į gyventojų skaičiaus mažėjimą ir gyventojų senėjimo problemą (gyventojų skaičius per pastaruosius 5 metus sumažėjo beveik 5 proc.). Lietuvoje gyventojų amžiaus struktūra kinta: 0–14 m. amžiaus vaikų dalis sumažėjo 0,3 proc. per paskutinius 5 metus, o vyresnio amžiaus gyventojų dalis išaugo 1 proc. Lietuvoje gimstamumo rodiklis per paskutinius 5 metus padidėjo 5 proc., tačiau ES šalyse pastarasis 2010–2014 m. sumažėjo 6,5 proc., o vyresnio amžiaus žmonių dalis padidėjo 5 proc.

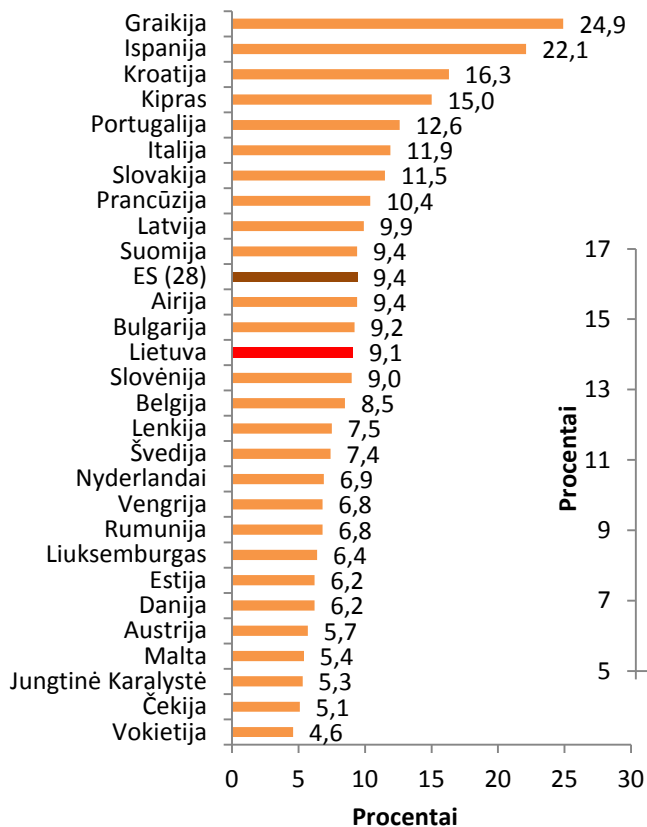
Lietuvoje visuomenės senėjimui skiriamas didelis dėmesys. Siekiama pagerinti vyresnių žmonių gyvenimo kokybę, kad senatvė būtų sveikesnė (Nacionalinė mokslo programa „Sveikas senėjimas“, Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas).

Dar viena ryški problema Lietuvoje – stabiliai aukštas mirtingumo rodiklis. Lietuvos sveikatos 2014–2025 strategijoje numatyta sumažinti mirtingumą nuo tam tikrų konkrečių priežasčių.

1.2 Socioekonominė situacija

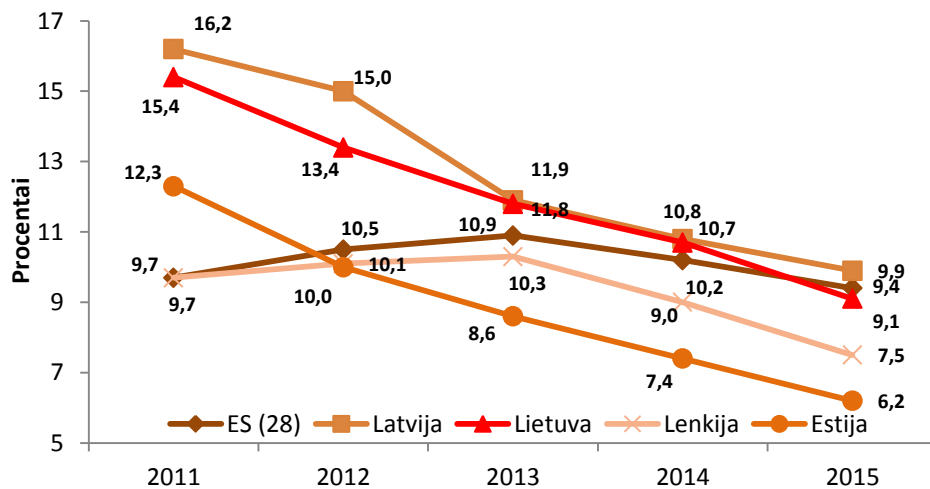
Nedarbo lygis. Lietuvoje 2015 m. nedarbo lygis buvo 9,1 proc. ir šiuo atžvilgiu neviršijo ES šalių vidurkio, kuris buvo 9,4 proc. (1.2.1 pav.). Lietuvoje ir kitose Baltijos šalyse nedarbo lygis nuo 2011 m. tolygiai kasmet mažėjo ir 2015 m. buvo mažesnis už ES šalių vidurkį. Pastarasis 2015 m., lyginant su 2011 m. buvo sumažėjęs, tačiau 2013 m. buvo pakankamai aukštas ir siekė 10,9 proc. Didžiausias nedarbo lygis 2011–2015 m. buvo Latvijoje, Lietuvoje nežymiai žemesnis. 2015 m. žemiausias nedarbo lygis buvo Estijoje – 6,2 proc. (1.2.2 pav.).

⁶ Lentelėse žalia spalva pažymėti tie rodikliai, kurių reikšmės yra geresnės, nei ES vidurkis, geltona – kurių panaši, o raudona – rodikliai, kurie rodo prastesnę situaciją, nei ES vidurkis.

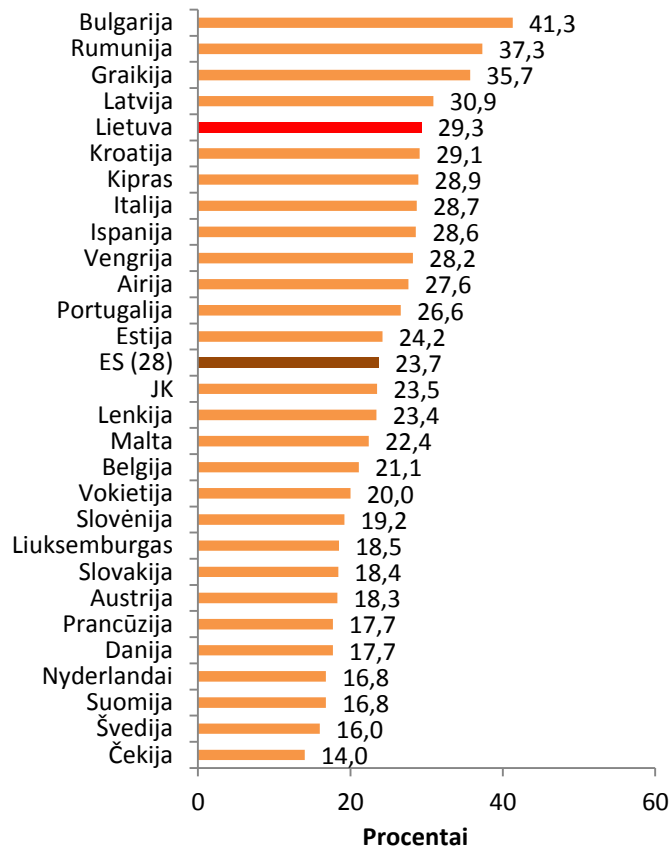


1.2.1 pav. Nedarbo lygis (proc.) ES šalyse 2015 m. (Šaltinis: Eurostatas)

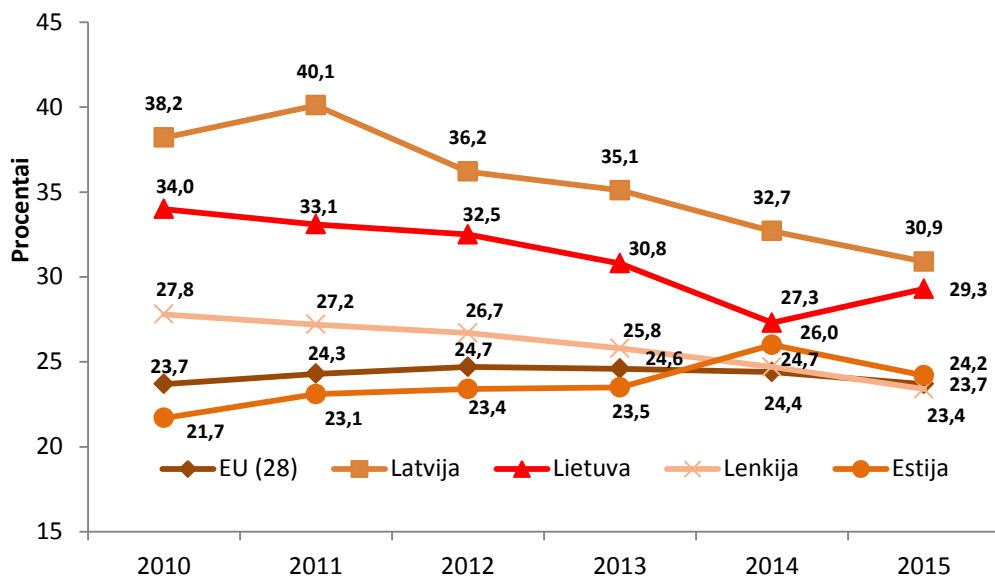
Asmenų, esančių ties skurdo riba skaičius. Pajamos yra socialinės ir ekonominės padėties rodiklis. Didesnes pajamas gaunantys asmenys gali daugiau dėmesio skirti sveikatos stiprinimui ir gerinimui. Atitinkamai, labai mažas pajamas gaunantys asmenys ne visada gali tinkamai pasirūpinti savo sveikata. Analizuojant skurdo rodiklį Europos mastu, matyti, kad Lietuva 2015 m. buvo prie pirmaujančių šalių blogąją prasme. Šiaurės Europos šalyse buvo mažiau skurstančiųjų – 16–17 proc. (1.2.3 pav.). Didžiausia dalis asmenų nuo visos populiacijos, esančių ties skurdo riba 2015 m. buvo Latvijoje, lyginant Lietuvą su kaimyninėmis šalimis, tačiau nuo 2010 m. sumažėjęs 4,4 proc. Lietuva nedaug atsiliko nuo Latvijos – abi šalys ES šalių vidurkį 2015 m. viršijo apie 6–7 proc., kuris buvo 23,7 proc. Lietuvoje per pastarąjį penkmetį asmenų, esančių ties skurdo riba sumažėjo 4,7 proc. punktais. 2010–2014 m. nuosekliai mažėjo, bet 2015 m. vėl pakilo iki 29,3 proc. (1.2.4 pav.)



1.2.2 pav. Nedarbo lygis Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2011–2015 m. (Šaltinis: Eurostatas)



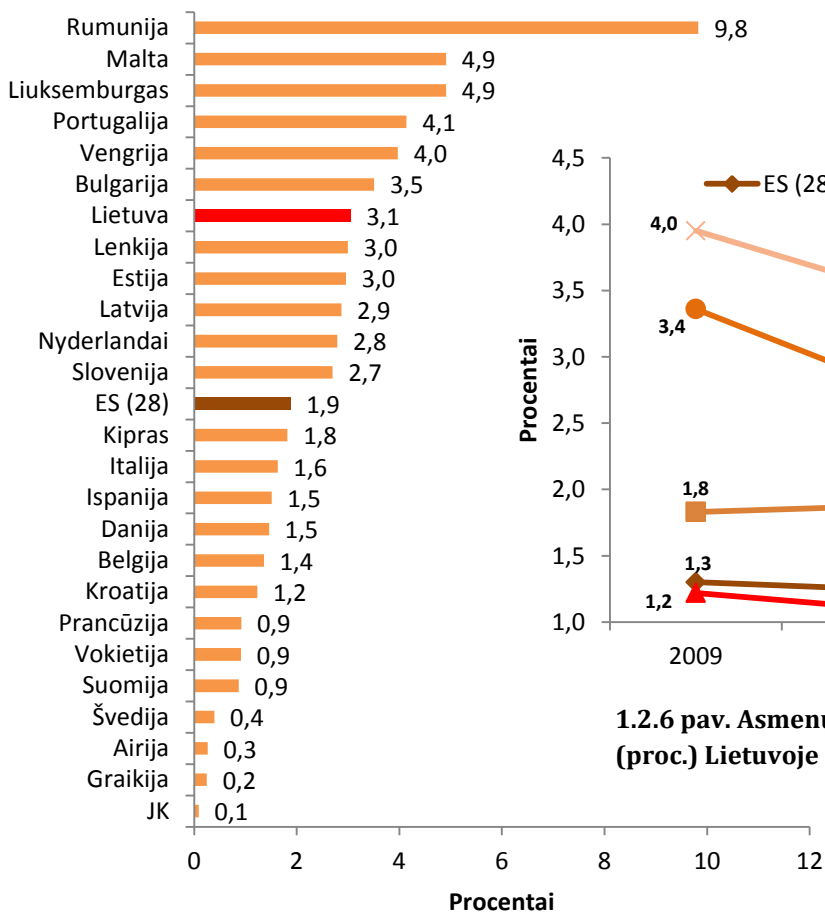
1.2.3 pav. Asmenų, esančių ties skurdo riba ar socialine atskirtimi, dalis (proc.) ES šalyse 2015 m. (ar paskutiniai prienami duomenys) (Šaltinis: Eurostatas)



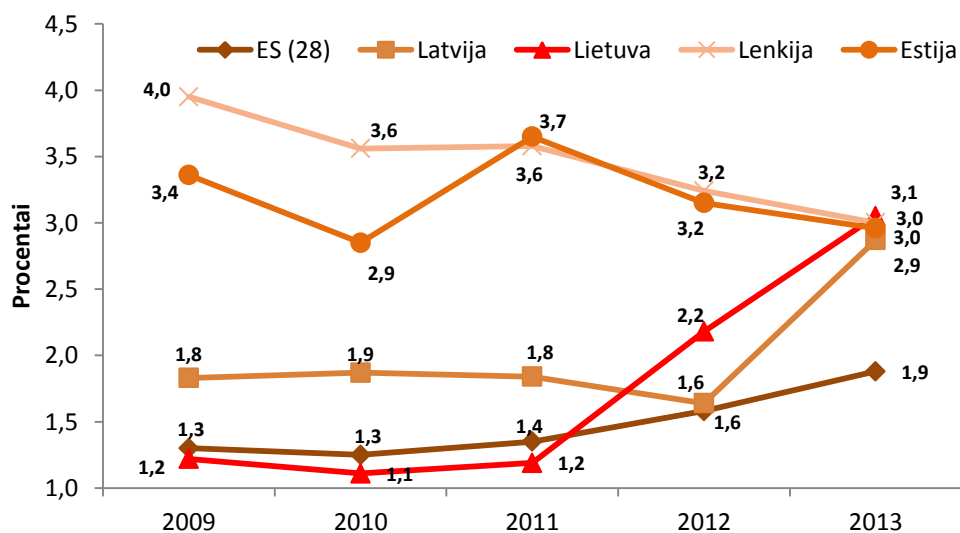
1.2.4 pav. Asmenų, esančių ties skurdo riba ar socialine atskirtimi, dalis (proc.) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2009–2013 m. (Šaltinis: PSO)

Mokyklinio amžiaus vaikai, nelankantys mokyklos.

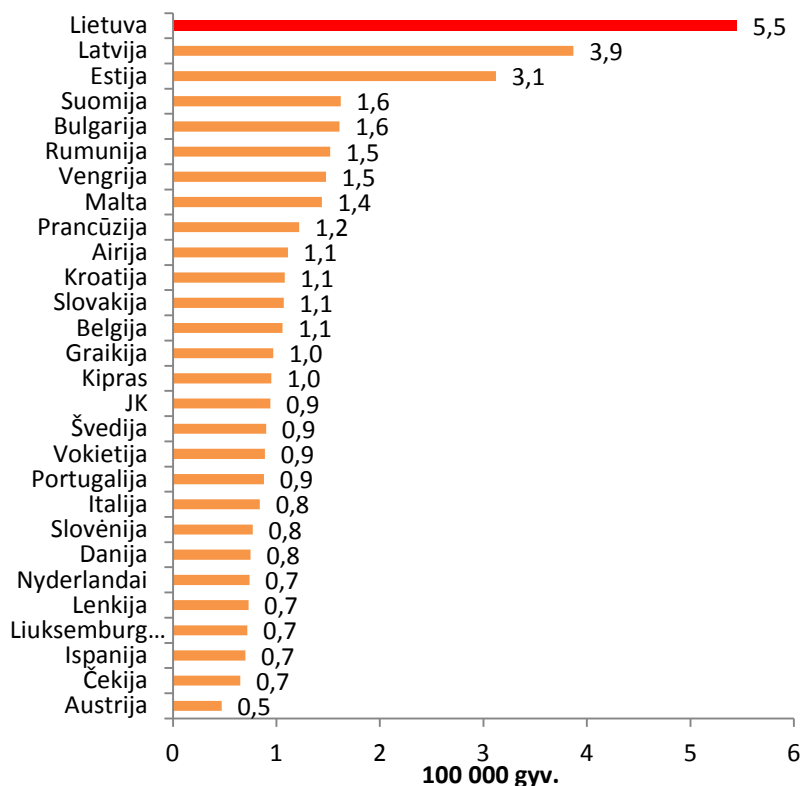
Lietuva šiuo aspektu užėmė 6 vietą tarp ES šalių (1.2.5 pav.). Lietuvoje 2013 m. pastarasis rodiklis nuo 2009 m. didėja ir 2013 m. buvo didžiausias, lyginant su kaimyninėmis šalimis ir ES šalių vidurkiu, tačiau iš esmės Lietuva ir kaimyninės šalys šiuo aspektu buvo panašios – visos viršijo ES vidurkį (1.2.6 pav.).



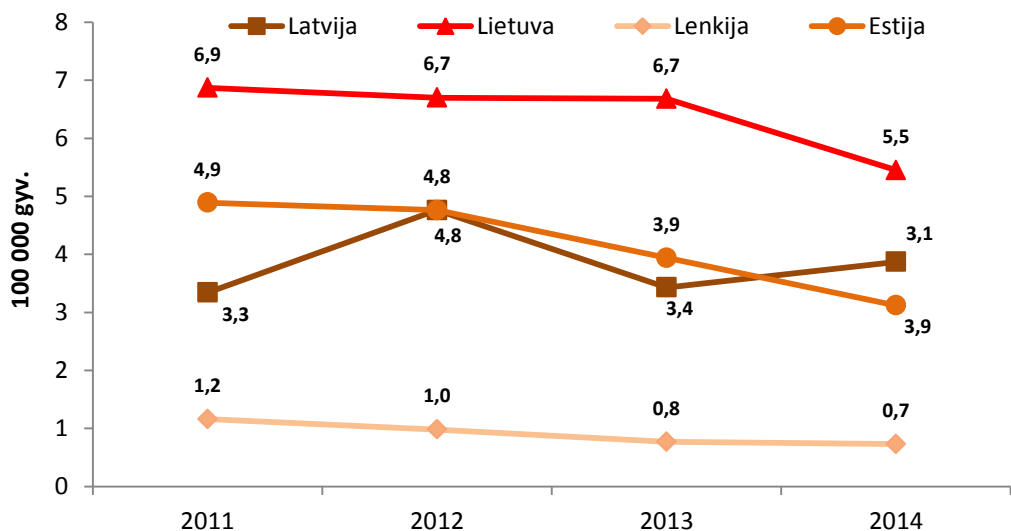
1.2.5 pav. Mokyklinio amžiaus vaikų, nesimokančių mokyklose, dalis ES šalyse 2013 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



1.2.6 pav. Asmenų, esančių ties skurdo riba ar socialine atskirtimi, dalis (proc.) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2009–2013 m. (Šaltinis: PSO)



1.2.7 pav. Mirtingumas dėl žmogžudysčių 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys)
(Šaltinis: United Nations Statistics Division)



1.2.8 pav. Mirtingumas dėl žmogžudysčių 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys)
(Šaltinis: United Nations Statistics Division)

Mirtingumas dėl tyčinių nužudymų. Šis rodiklis plačiai naudojamas nacionaliniu bei tarptautiniu lygiu siekiant įvertinti aukščiausią smurtinių nusikaltimų formą, taip pat vertinant saugumą valstybėje. Apsauga nuo smurto turi būti užtikrinta kiekvienoje šalyje, kad žmonės galėtų saugiai, laisvai ir aktyviai kurti visuomeninę bei ekonominę naudą. Tyčinių nužudymų įvyksta visose pasaulio šalyse, todėl ši problema aktuali visiems⁷. Analizuojant šį rodiklį ES šalyse, visos trys Baltijos šalys 2014 m. buvo pirmose pozicijose (Lietuva (159 nužudymo atvejai), Latvija (77 atvejai), Estija (41 atvejis)). (1.2.7 pav.).

Lietuvoje mirtingumas dėl tyčinių nužudymų, kaip ir dėl savižudybių, yra opi problema ir lyginamojoje diagramoje užėmė pirmąsias vietas tiek tarp kaimyninių šalių bei visų ES šalių. Ir nors nuo 2011 m. stebimas šio rodiklio mažėjimas, tačiau 2014 m. buvo vis dar aukštas – 5,5/100 000 gyv. ir netgi aukščiausias, lyginant su kaimyninėmis šalimis (1.2.8 pav.). Estijoje bei Lenkijoje taip pat mažėjo tyčinių nužudymų skaičius, Latvijoje – kol kas rodiklis kinta nepastoviai.

⁷<http://unstats.un.org/sdgs/report/2016/The%20Sustainable%20Development%20Goals%20Report%202016.pdf>

1.2 skyrelio „Socioekonominė situacija“ apibendrinimas

| <i>Paveikslas Nr.</i> | <i>Rodiklis</i> | <i>LT</i> | <i>ES</i> |
|-----------------------|--|-----------|-----------|
| 1.2.1 | Nedarbo lygis (proc.) | 9,1 | 9,4 |
| 1.2.3 | Asmenų, esančių ties skurdo riba ar socialine atskirtimi, dalis (proc.) | 29,3 | 23,7 |
| 1.2.5 | Mokyklinio amžiaus vaikų, nesimokančių mokyklose, dalis (proc.) | 3,1 | 1,9 |
| 1.2.7 | Mirtingumas dėl tyčinių nužudymų 100 000 gyv. | 5,5 | 1,3 |

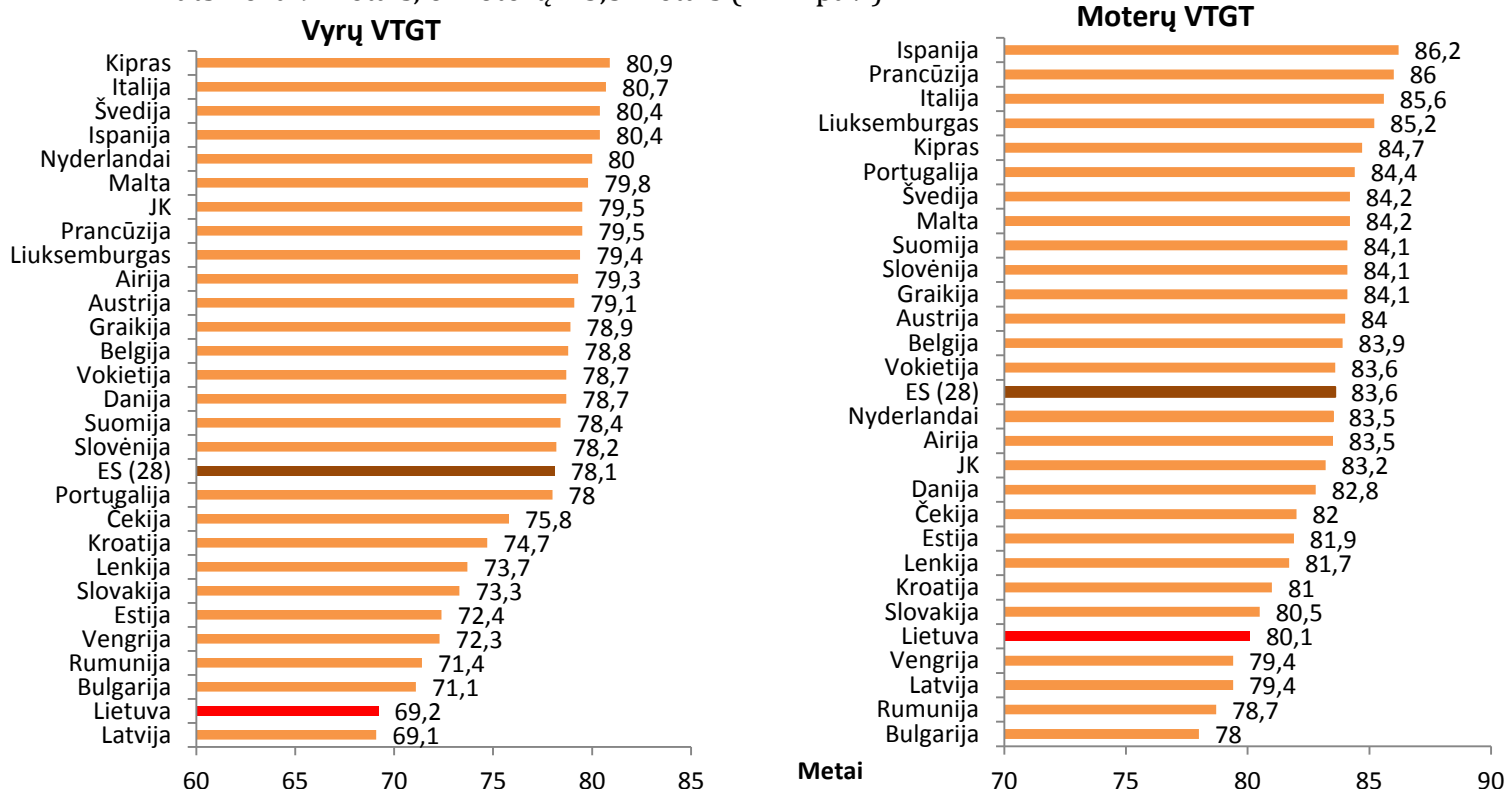
Socioekonominė situacija Lietuvoje nėra gera. Nors per paskutinį penkmetį Lietuvoje sumažėjo nedarbo lygis 6,3 proc. punktais, asmenų, esančių ties skurdo riba ar socialine atskirtimi sumažėjo 4,7 proc. punktais, mirtingumas dėl tyčinių nužudymų sumažėjo 20 proc. punktų, tačiau ES kontekste šie rodikliai išlieka aukšti. Skurdo ir socialinės atskirties mažinimas kelia iššūkių, nes pajamų nelygė yra viena didžiausių ES⁸. Mokyklinio amžiaus vaikų, nesimokančių Lietuvos mokyklose, dalis pastaruoju laikotarpiu išaugo 1,9 proc. punktais (ES šalyse – 0,6 proc. punktais), tačiau tai didele dalimi nulemta emigracijos įtakos, kadangi Lietuvoje 2014–2015 m. 79 proc. nelankė mokyklos dėl to, kad buvo išvykę iš šalies (iš 14785 nelankančiųjų 11679 buvo išvykę iš šalies).

⁸ Komisijos tarnybų darbinis dokumentas. Šalies ataskaita, Lietuva 2016. Briuselis, 2016 02 26 SWD(2016) 83 final.

2. Lietuvos ir kitų Europos Sąjungos šalių gyventojų sveikatos būklė

2.1. Vidutinė tikėtina ir sveiko gyvenimo trukmės

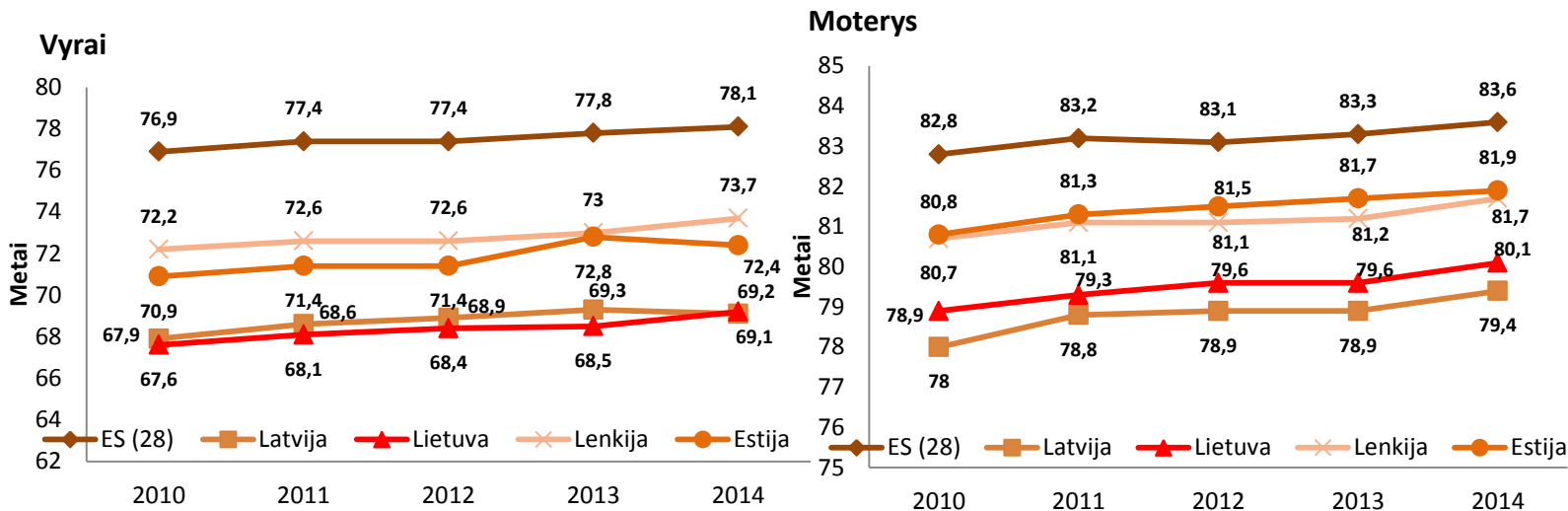
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė⁹ (VTGT) yra svarbus rodiklis vertinant šalies gyventojų sveikatą. 2014 m. Lietuvos ir Latvijos vyrų VTGT buvo labai panaši ir trumpiausia ES šalyse, o moterų – viena iš trumpiausių. Lietuvos vyrų vidurkio reikšmė nuo ES šalių vidurkio atsilieka 9 metais, o moterų – 3,5 metais (2.1.1 pav.).



2.1.1 pav. Vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė metais ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

Kiekviena valstybė siekia, kad VTGT ilgėtų. Toks tikslas numatytas ir Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse paskutinį penkmetį (2010–2014 m.) vyrų ir moterų VTGT ilgėjo (išskyrus 2014 m. Estijos ir Latvijos vyrų VTGT). Lenkijoje ir Estijoje buvo mažesnis VTGT rodiklių atotrūkis nuo Europos Sąjungos (ES) šalių vidurkio, nei Lietuvoje ir Latvijoje (2.1.2 pav.).

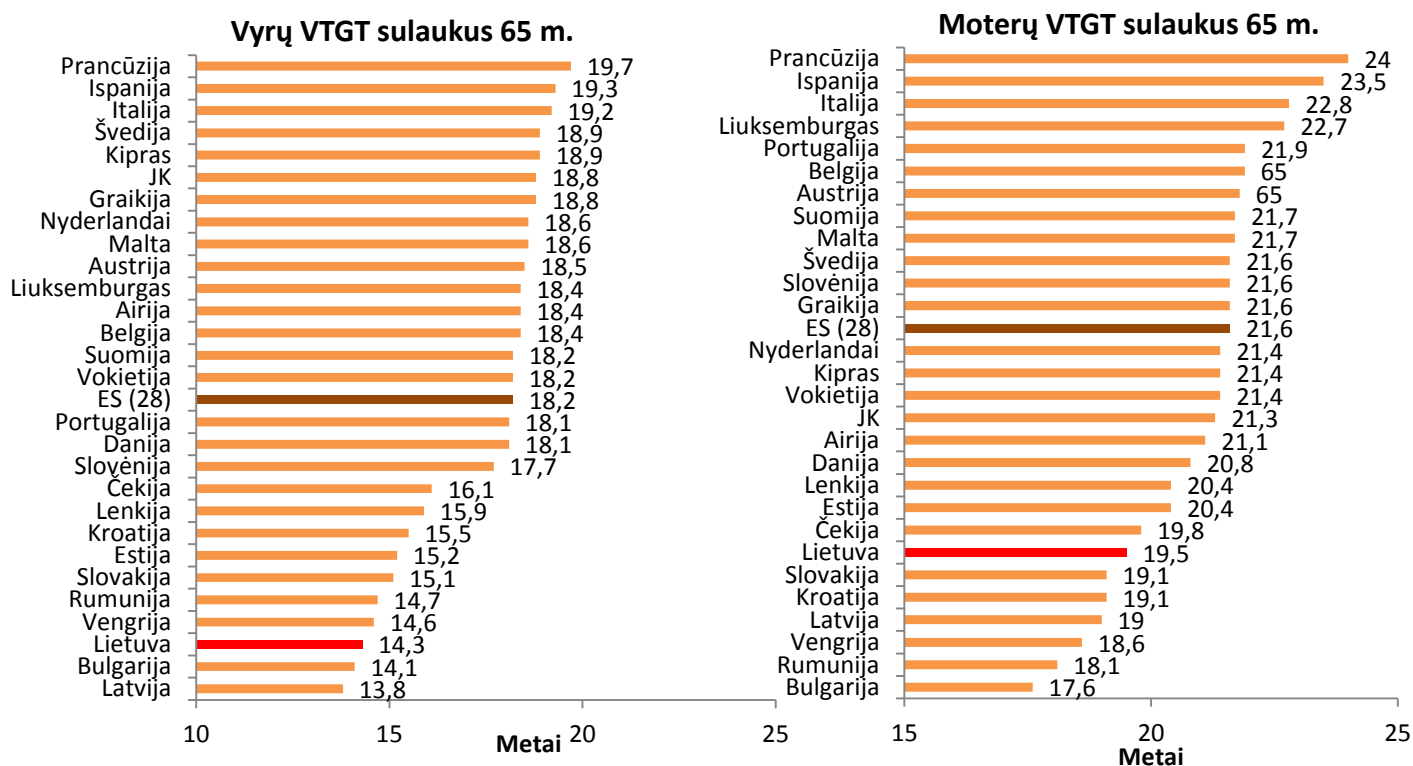
⁹ Tikimybinis rodiklis, rodantis, kiek vidutiniškai metų gyvens kiekvienas gimęs žmogus, jeigu visą būsimą tiriamos kartos gyvenimą mirtingumo lygis kiekvienoje gyventojų amžiaus grupėje nekis.



2.1.2 pav. Vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

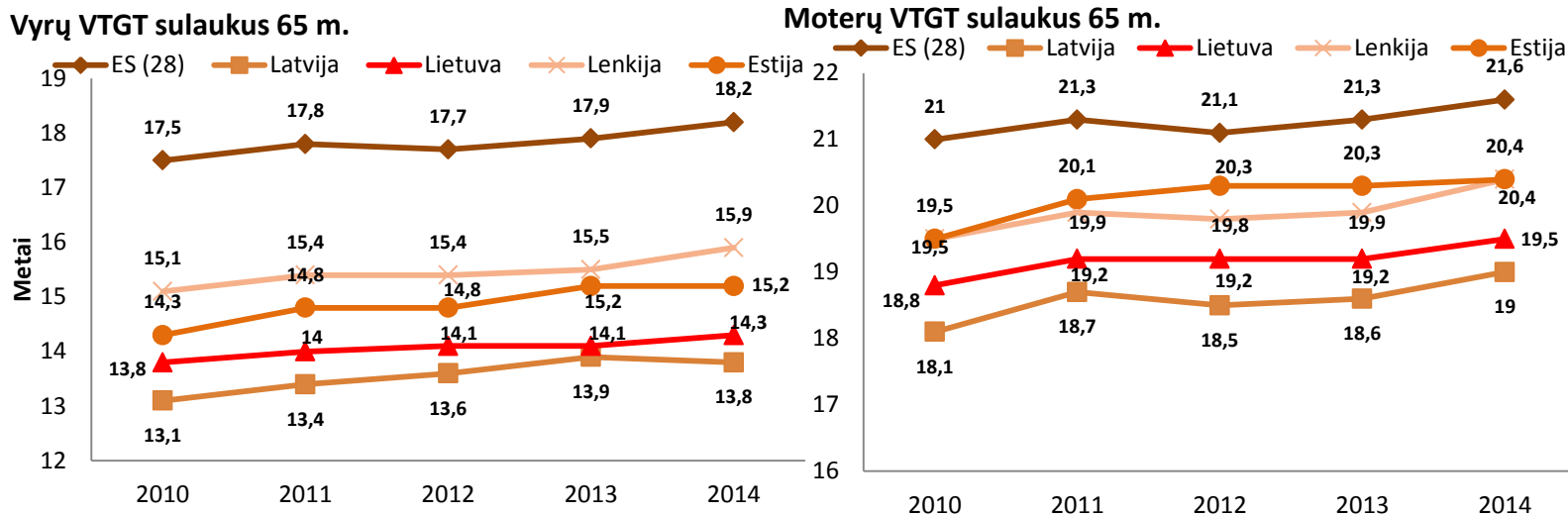
Nors ES šalyse VTGT ilgėja, tačiau vis dar išlieka dideli skirtumai tarp vyrų ir moterų VTGT – 2014 m. ES šalių vidurkis buvo 5,5 metų. Lietuvoje šis skirtumas buvo didžiausias tarp visų ES šalių – 10,9 metų. Labiausiai tai lėmė mažas vyrų VTGT rodiklis.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. VTGT nuo gimimo rodiklį sumažina ankstyvos mirtys (transporto traumos, infekcijos, savizudybės ir kt.), todėl žmogaus, išgyvenusio iki 65 m. ir išvengusio šių mirtingumo priežasčių, bendra VTGT pailgėja (t.y. jei vyrų VTGT nuo gimimo 69,2 metai, tai VTGT sulaukus 65 m. – 14,3 m., taigi iš viso būtų 79,3 m.). VTGT sulaukus 65 m. atspindi, kiek dar gali tikėtis gyventi žmogus, jei išvengs ankstyvos mirties. Vyrų ir moterų VTGT sulaukus 65 m. skiriasi kiek daugiau nei 5 metais (vyrų – 14,3 metų, moterų – 19,5 metų). Šių rodiklių reikšmės yra vienos mažiausių (prasčiausia situacija) ES šalyse – vyrų rodiklio reikšmė 3 vietoje, moterų – 7 vietoje (2.1.3 pav.).



2.1.3 pav. Vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

ES šalyse vyrų ir moterų VTGT sulaukus 65 m. paskutinį penkmetį pailgėjo (vyrų – 0,7 metais, moterų – 0,6 metais). Panaši tendencija pastebima ir Baltijos šalyse bei Lenkijoje (2.1.3 pav.).

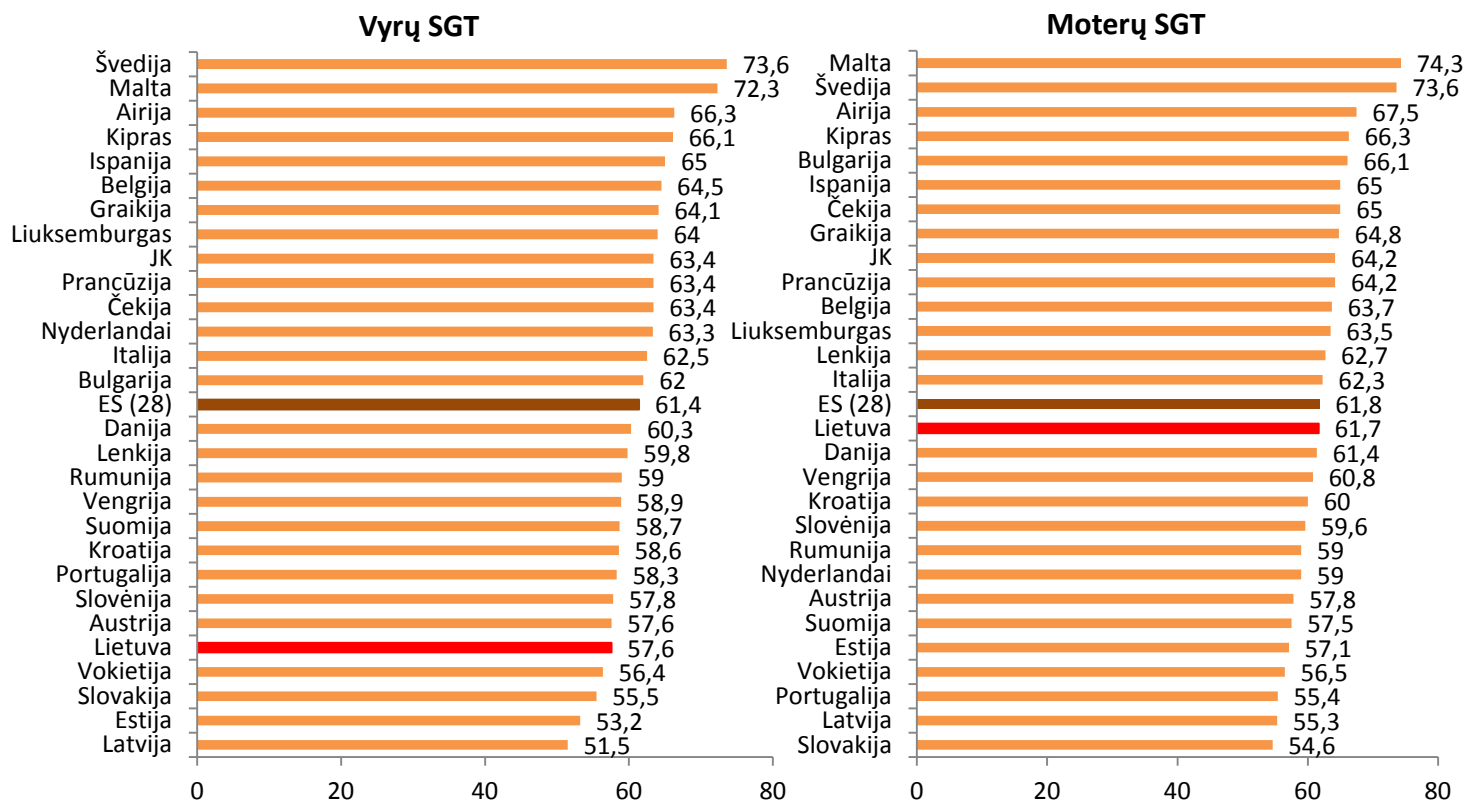


2.1.4 pav. Vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

Sveiko gyvenimo trukmė. Nepakanka siekti, kad gyvenimo trukmė ilgėtų, kadangi ilgėjant gyvenimo trukmei ir esant blogos sveikatos, susiduriama su problemomis – reikalinga ilgalaikė priežiūra, slauga, medicininės priemonės, procedūros ir kt. – kenčia ne tik žmogaus gyvenimo kokybė, tačiau taip pat didėja finansinė našta valstybei. Norint nustatyti, ar ilgesnė tikėtina gyvenimo trukmė yra susijusi su ilgiau trunkančia gera (sergamumo mažėjimas) ar bloga (sergamumo didėjimas) žmogaus sveikata, buvo sukurtas sveikos gyvenimo trukmės¹⁰ (SGT) rodiklis. SGT rodiklis dalija žmogaus gyvenimą į tam tikrus sveikatos etapus – šitaip prie gyvenimo kiekybės rodiklio pridedamas kokybės matas.

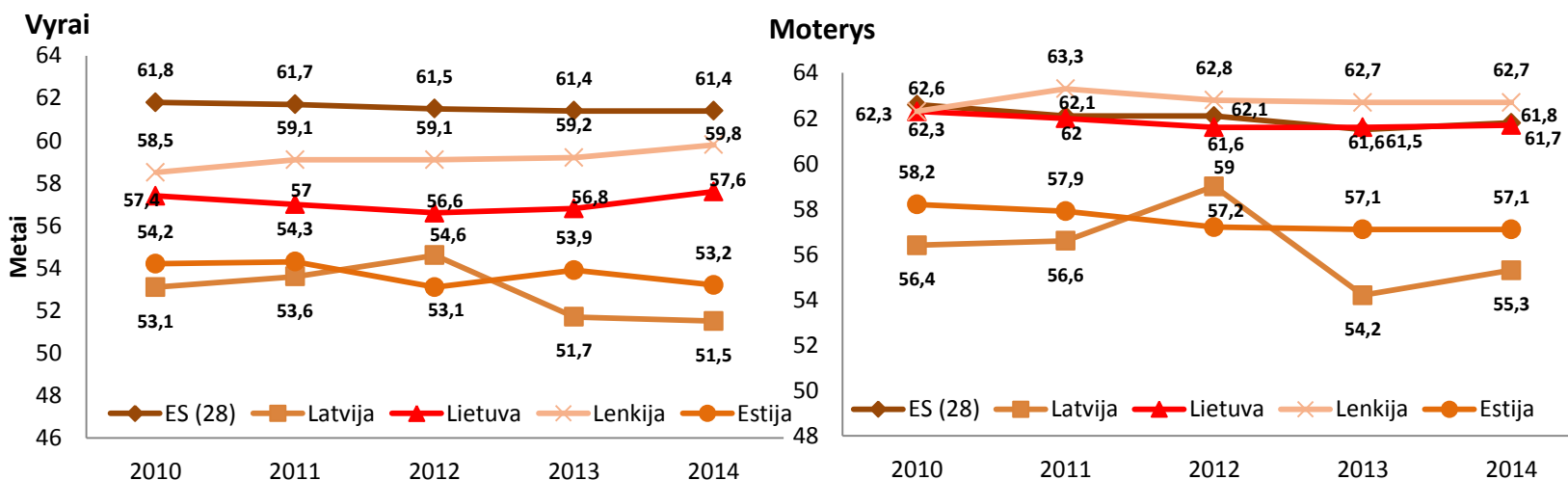
Lietuvos vyrų SGT 2014 m. pateko į penketą trumpiausių ES šalyse (57,6 m.). Vyrų VTGT buvo 69,2 metai, taigi iš jų vidutiniškai 11,6 m. (t.y. 16,8 proc. savo gyvenimo) vyrai pragyvens būdami blogos sveikatos ir sirgdami lėtinėmis ligomis (pagal savo sveikatos vertinimą). Moterų SGT buvo panašus į ES šalių vidurkį – 61,7 metai (gerai vertinant savo sveikatą ir nesergant lėtinėmis ligomis), tačiau jos vidutiniškai net 18,4 savo gyvenimo metų (23 proc. viso tikėtino gyvenimo) buvo blogos sveikatos ir sirgo lėtinėmis ligomis (2.1.5 pav.).

¹⁰ Remiantis vidutine tikėtina gyvenimo trukme ir apklausų rezultatais, apskaičiuojama, kiek, tikėtina, asmuo gyvens gerai vertindamas savo sveikatą ir nesirgdamas lėtinėmis ligomis.



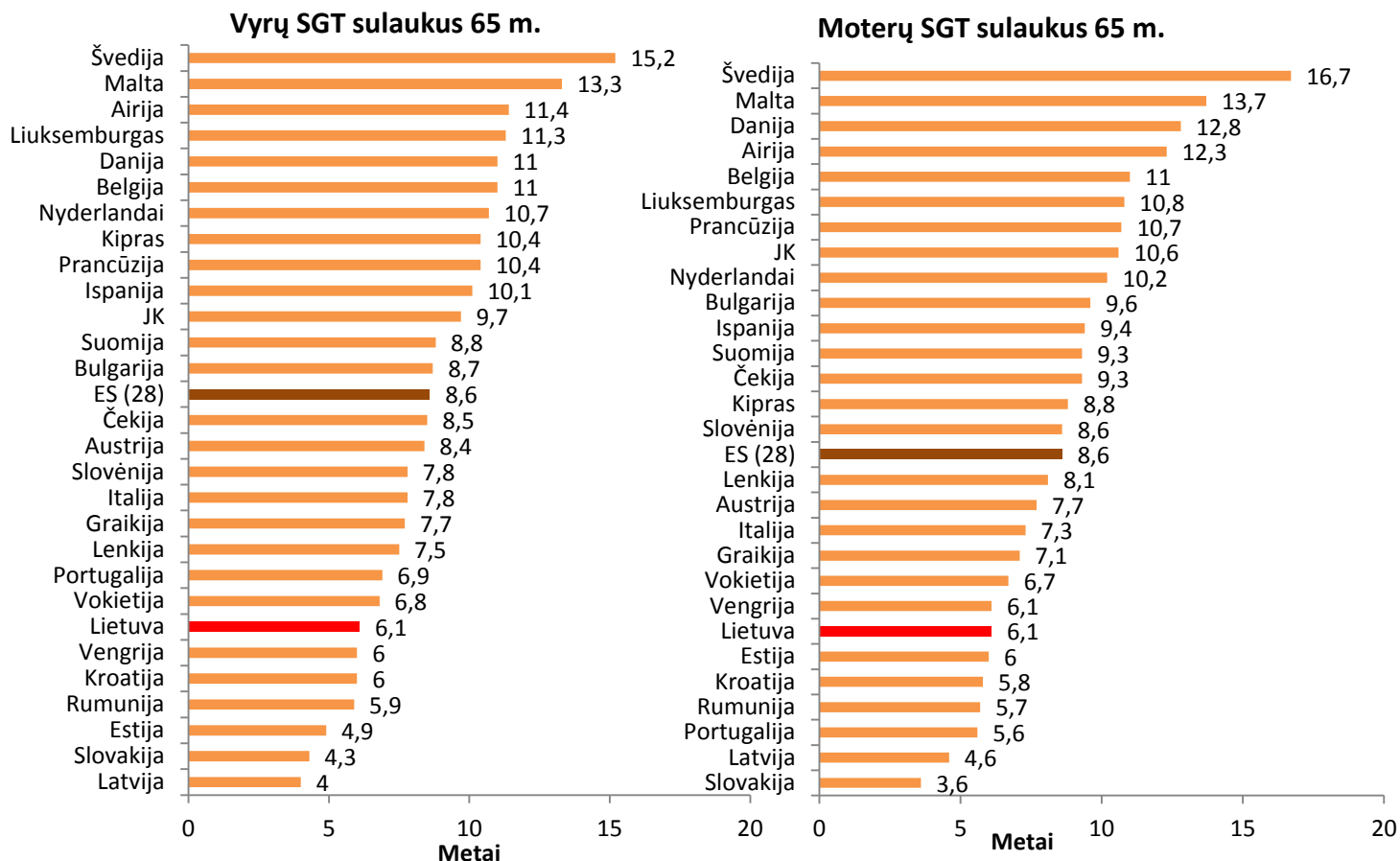
2.1.5 pav. Vyrių ir moterų sveiko gyvenimo trukmė metais ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

Vidutinė ES šalių SGT, priešingai nei VTGT, nuo 2010 m. iki 2014 m. trumpėjo. Lietuvoje vyrų ir moterų SGT trumpėjo iki 2012 m., tačiau 2014 m. buvo kiek ilgesnės lyginant su prieš tai buvusiomis rodiklių reikšmėmis (2.1.6 pav.).



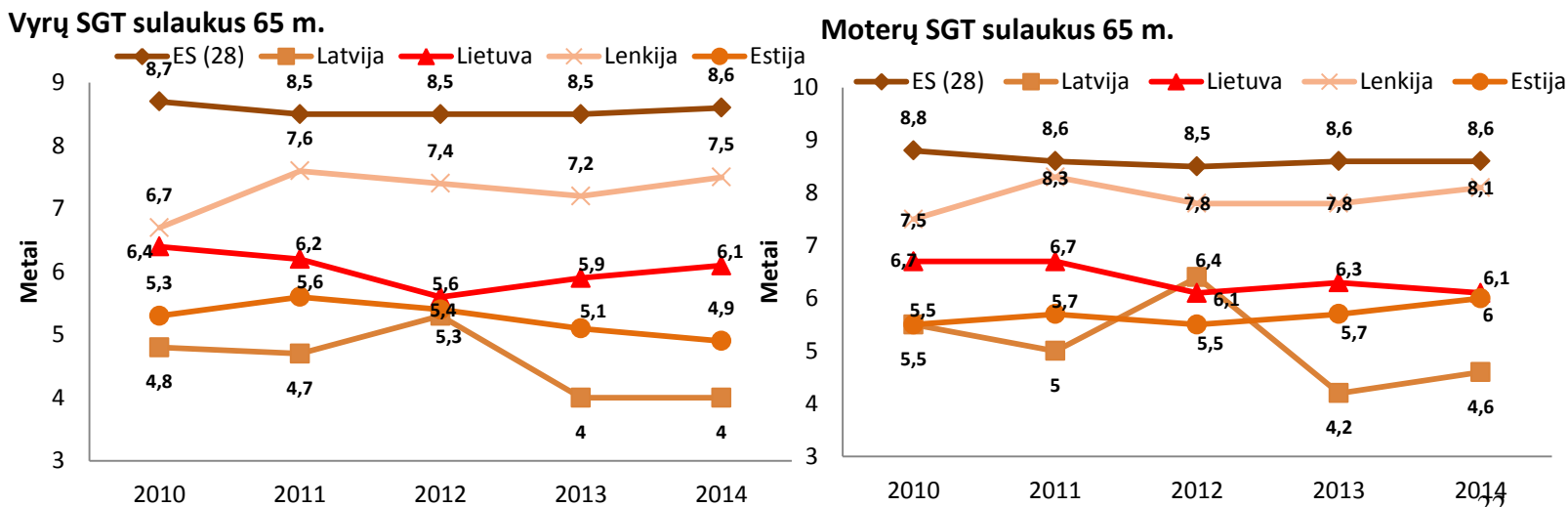
2.1.6 pav. Vyrių ir moterų sveiko gyvenimo trukmė metais Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

Sveiko gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. Lietuvoje vyrų ir moterų SGT sulaukus 65 m. nesiskyrė (6,1 metai). Vidutiniškai ES šalių vyrai ir moterys nuo 65 m. gerai vertindami sveikatą gyveno 1,4 karto ilgiau, nei Lietuvos gyventojai (2.1.7 pav.).



2.1.7 pav. Vyrų ir moterų sveiko gyvenimo trukmė metais sulaukus 65 m. ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

Vyrų ir moterų SGT sulaukus 65 m. 2010–2014 m. kito netolygiai. 2014 m. Lenkijoje vyrų ir moterų, o Estijoje – moterų SGT sulaukus 65 m. kiek pailgėjo lyginant su 2010 m. Kitose šalyse šių rodiklių reikšmės sumažėjo (2.1.8 pav.).



2.1.8 pav. Vyrų ir moterų sveiko gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

2.1 skyrelis „Vidutinė tikėtina ir sveiko gyvenimo trukmės“ apibendrinimas

| <i>Paveikslas Nr.</i> | <i>Rodiklis</i> | <i>LT</i> | <i>ES</i> |
|---------------------------|---|-----------|-----------|
| 2.1.2 | Vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (metais) | 69,2 | 78,1 |
| 2.1.2 | Moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (metais) | 80,1 | 83,6 |
| 2.1.3 | Vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. (metais) | 14,3 | 18,2 |
| 2.1.3 | Moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. (metais) | 19,5 | 21,6 |
| 2.1.5 | Vyrų sveiko gyvenimo trukmė (metais) | 57,6 | 61,4 |
| 2.1.5 | Moterų sveiko gyvenimo trukmė (metais) | 61,7 | 61,8 |
| 2.1.7 | Vyrų sveiko gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. (metais) | 6,1 | 8,6 |
| 2.1.7 | Moterų sveiko gyvenimo trukmė sulaukus 65 m. (metais) | 6,1 | 8,6 |

PSO Europos regiono strateginiame politikos dokumente „Sveikata 2020“ numatyta, kad VTGT Europos regione turi ilgėti. 2014 m. Lietuvos vyrų VTGT (nuo gimimo) atotrūkis nuo ES vidurkio reikšmės buvo 9 metai, VTGT sulaukus 65 m. – 4 metai. Moterų atitinkamai 3,5 m. ir 2 metai. Nors atrodytų, kad VTGT sulaukus 65 m. skiriasi nuo ES vidurkio mažiau, tačiau šio rodiklio situacija nėra gera (vyrų VTGT (nuo gimimo) mažesnis už ES vidurkį 11,4 proc., o VTGT sulaukus 65 m. – net 21,4 proc.). Kad VTGT turi ilgėti, o VTGT skirtumas tarp vyrų ir moterų – trumpėti (2020 m. turėtume pasiekti 9,5 metų reikšmę), numatyta Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje (LSS). Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse paskutinį penkmetį VTGT ilgėjo, tačiau vis dar išlieka dideli skirtumai tarp vyrų ir moterų VTGT – 2014 m. Lietuvoje šis skirtumas buvo didžiausias visoje ES (10,9 metų), tačiau skiriant šiai problemai daugiau dėmesio, įmanoma pasiekti LSS užsibrėžtą 2020 m. tikslą.

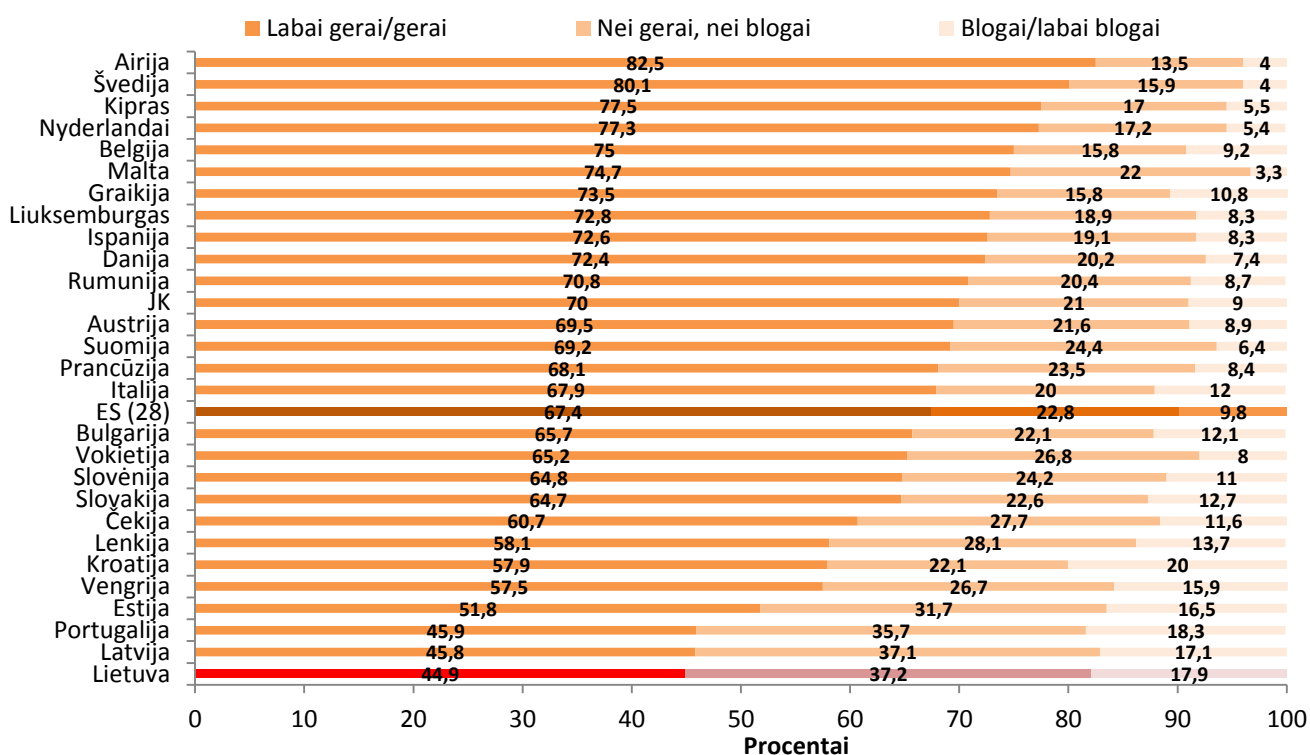
Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ vienas iš numatytų pažangos rodiklių – SGT reikšmės pokytis teigiama linkme (2020 m. tikslas – užimti 15 vietą ES). Lietuvos vyrų SGT 2014 m. pateko į penketą trumpiausių ES šalyse (24 vieta), o moterų buvo panašus į ES šalių vidurkį (15 vieta), todėl norint pasiekti planuojamą reikšmę, ypatingai daug dėmesio vertėtų skirti vyrų SGT. Nors moterų rodiklis buvo panašus į ES šalių vidurkį, tačiau jos vidutiniškai net 18,4 savo gyvenimo metus (23 proc. viso gyvenimo) buvo blogos sveikatos ir sirgo lėtinėmis ligomis, vyrai – 11,6 metus (16,8 proc. savo gyvenimo). Vidutinė ES šalių SGT, priešingai nei VTGT, nuo 2010 m. iki 2014 m. trumpėjo.

2.2 Sergamumas ir ligotumas

Sergamumo ir ligotumo rodikliai yra svarbūs norint įvertinti asmenų sveikatą bei sveikatos priežiūros veiklą, todėl šiame skyrelyje apžvelgiami rodikliai, kuriems EBPO skyrė daugiausiai dėmesio „Health at a Glance 2015“ ir „Health at a Glance 2016“ leidiniuose. Lietuvos sveikatos duomenų bazėse galima rasti daugiau informacijos apie sergamumą ir ligotumą įvairiomis ligomis, tačiau nėra galimybės visų rodiklių palyginti su kitomis šalimis, kadangi tik nedidelė jų dalis prieinama tarptautinėse duomenų bazėse.

Asmenų savo sveikatos vertinimas. Sveikatos būklę galima įvertinti objektyviais ir subjektyviais rodikliais. Vienas iš subjektyvių rodiklių, kuomet asmenų klausiama, kaip jie bendrai vertina savo sveikatą. Išlieka nemažai tarptautinį palyginimą komplikuojančių aspektų – socialiniai bei kultūriniai skirtumai, amžiaus struktūros ypatumai (ten, kur didesnė dalis vyresnio amžiaus asmenų, sveikatos būklė gali būti įvertinta prasčiau) bei tai, jog atsakymams įtakos galėjo turėti skirtinga klausimo formuluotė, tačiau nepaisant to, savo sveikatos vertinimo rodiklis yra svarbus, nes padeda geriau nuspėti ateities medicininių paslaugų poreikį ir mirtingumą.¹¹

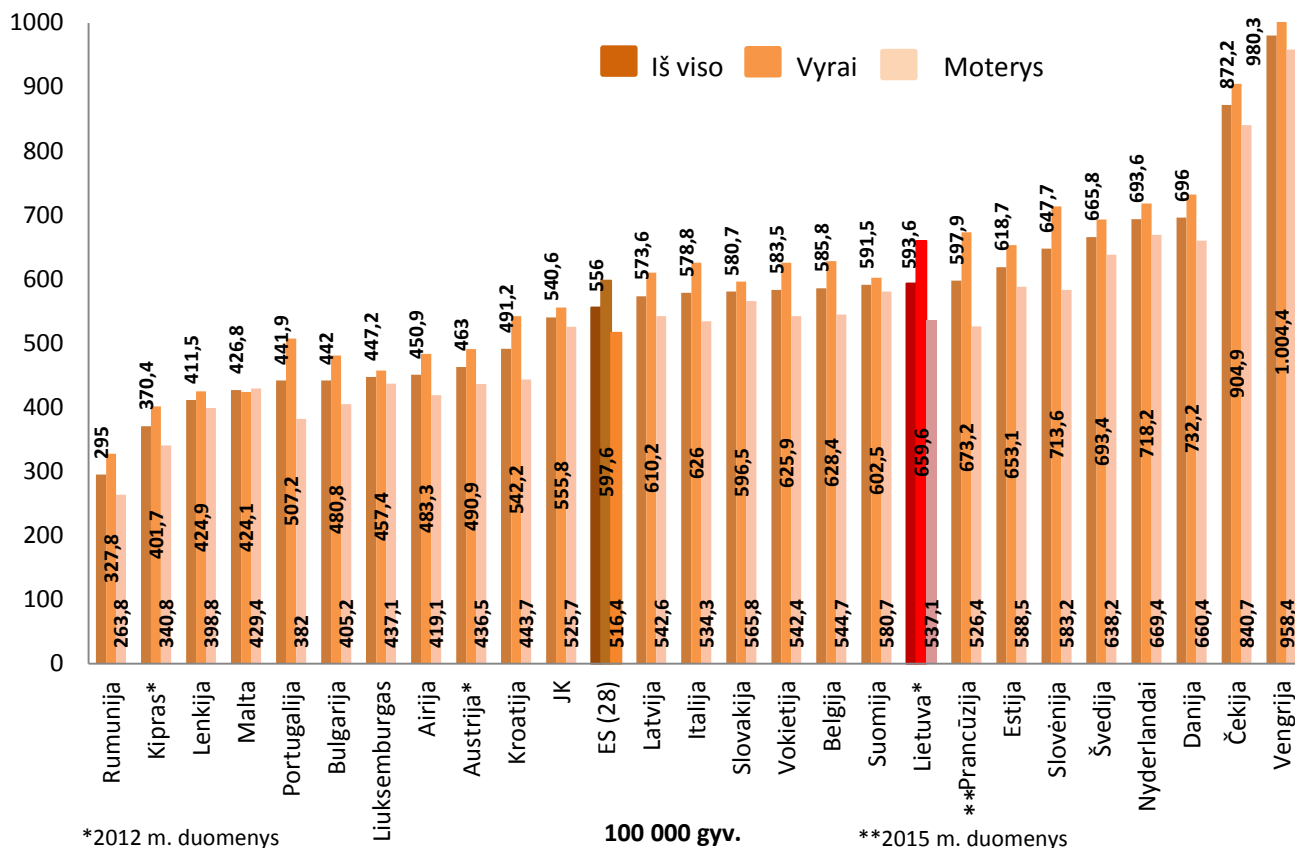
2014 m. ES šalyse vidutiniškai 67,4 proc. asmenų savo sveikatą įvertino labai gerai arba gerai, beveik 23 proc. – nei gerai, nei blogai ir kiek mažiau nei 10 proc. – blogai ir labai blogai. Lietuvoje mažiausiai žmonių (beveik 45 proc.) iš visų ES valstybių savo sveikatą apibūdino kaip gerą arba labai gerą bei daugiausiai žmonių (po Kroatijos) savo sveikatą įvertino kaip blogą arba labai blogą (beveik 18 proc.) (2.2.1 pav.).



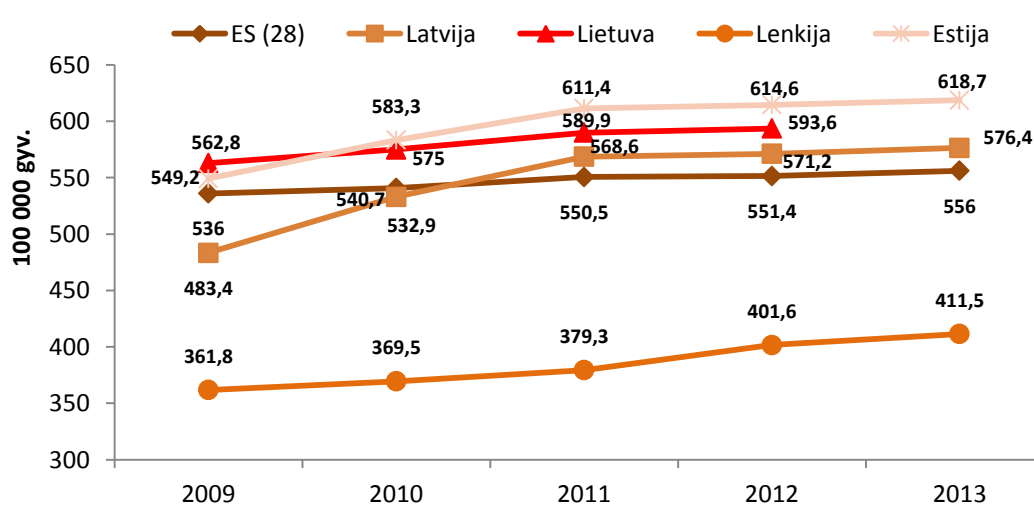
2.2.1 pav. ES šalių gyventojų savo sveikatos vertinimas 2014 m. (proc.) (Šaltinis: Eurostatas)

¹¹ OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Sergamumas piktybiniais navikais. 2013 m. ES šalyse vidutiniškai 556 iš 100 000 gyventojų buvo naujai diagnozuoti susirgimai piktybiniais navikais. Visose šalyse vyrai susirgdavo dažniau nei moterys (vyrų ES vidurkis – 597,6/100 000 gyv., moterų – 516,4/100 000 gyv.). Lietuva pateko į dešimtuką ES šalių (9 vieta), kuriose sergamumas piktybiniais navikais buvo vienas didžiausių (593,6/100 000 gyv.) (2.2.2 pav.).



2.2.2 pav. Vyrų ir moterų sergamumas piktybiniais navikais 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



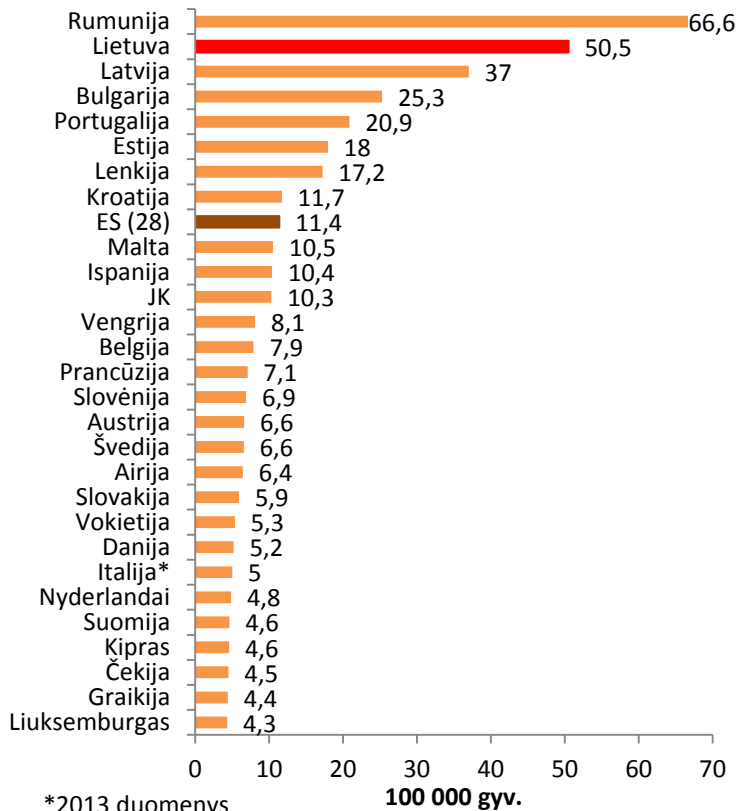
2.2.3 pav. Sergamumas piktybiniais navikais 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2009–2013 m. (Šaltinis: PSO)

Vidutinis ES šalių sergamumas piktybiniais navikais nuo 2009 iki 2013 metų kasmet didėjo 0,9–9,8 naujai susirgusiais asmenimis, tenkančiais 100 000 gyv. Panaši tendencija pastebima ir Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje bei Lenkijoje (2.2.3 pav.).

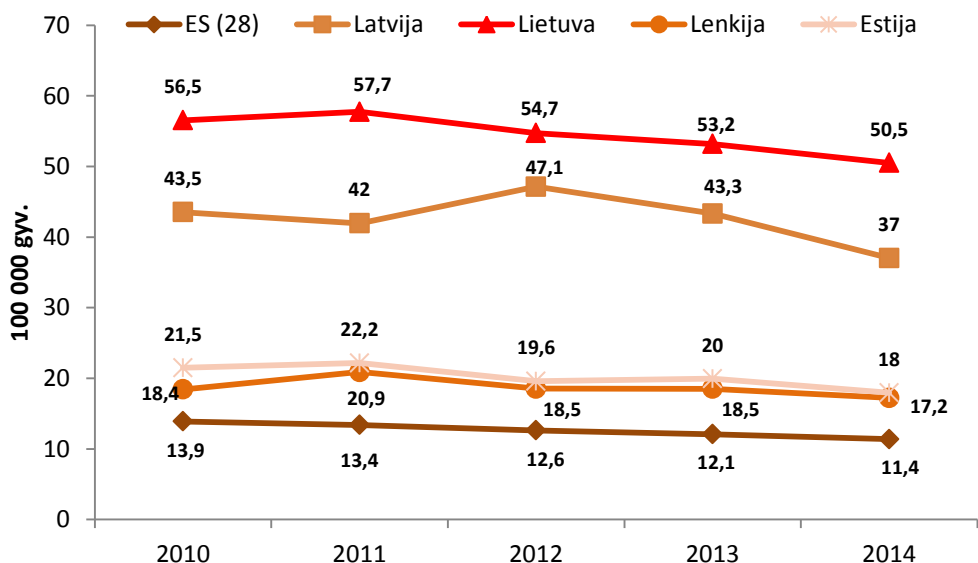
Sergamumas tuberkulioze (TB).

Lietuva 2014 m. buvo viena iš šalių, kurioje sergamumas TB didžiausias ES (po Rumunijos) – 50,5/100 000 gyv. ES šalių vidurkis buvo 4,4 karto mažesnis už Lietuvos rodiklį (2.2.4 pav.).

Estijos ir Lenkijos gyventojų sergamumas TB mažiau skyrėsi nuo ES šalių vidurkio, nei Lietuvos ir Latvijos. Visose 4 minėtose šalyse sergamumas šia liga per penkmetį (2010–2014 m.) sumažėjo, o daugiausiai – Estijoje (kiek daugiau nei 16 proc.) (2.2.5 pav.).



2.2.4 pav. Sergamumas tuberkulioze 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: PSO)

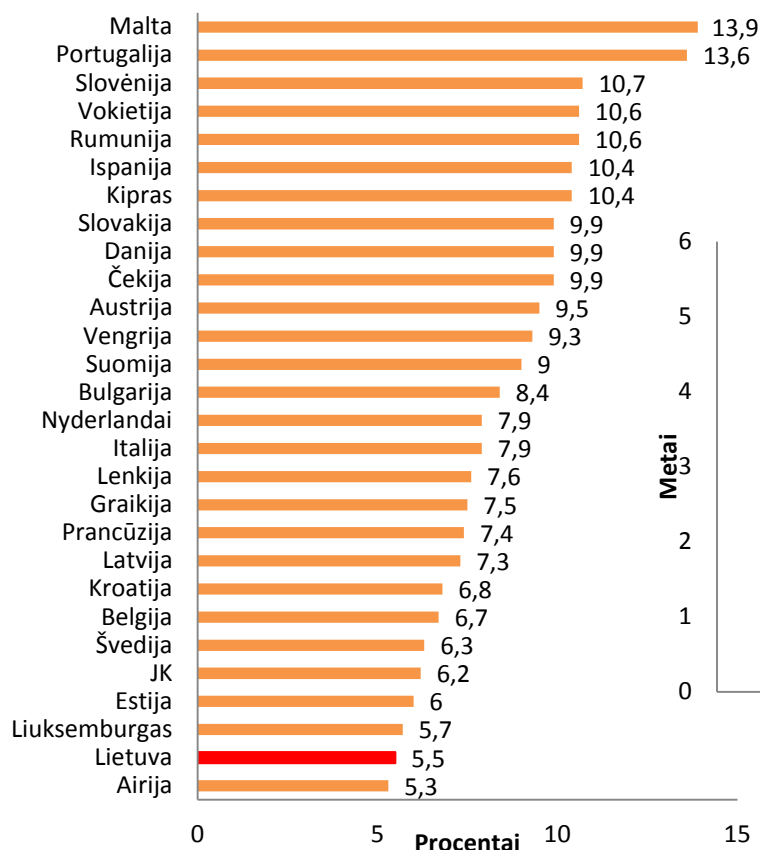


2.2.5 pav. Sergamumas tuberkulioze 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Ligotumas cukriniu diabetu. Vis daugiau asmenų suseraga cukriniu diabetu (CD) dėl to, kad daugėja žmonių su antsvoriu, nutukusių, nesveikai besimaitinančių, per mažo fizinio aktyvumo bei patiriančių socialinių–ekonominių sunkumų. Diabetas – našta ne tik asmeniui, sergančiam šia liga, bet ir valstybių ekonomikai bei sveikatos sistemai.¹² PSO prognozuoja, kad iki 2030 metų diabetas taps 7-tąja dažniausia mirties priežastimi.¹³ Liga būdinga visų amžiaus grupių žmonėms.

¹² <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/04/world-health-day-2016-diabetes>

¹³ <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/event/en/>



2.2.6 pav. Ligtumas cukriniu diabetu (proc.) ES šalyse 2015 m.

(Šaltinis: International Diabetes Federation, Diabetes atlas 7th edition, 2015)

Mažo svorio naujagimiai.

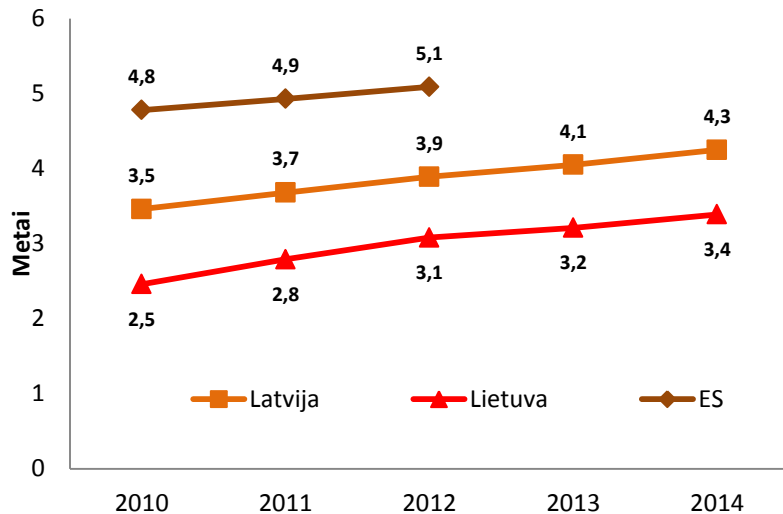
Mažo svorio naujagimiai (2500 g ar mažiau) turi didesnę riziką būti prastesnės sveikatos ar mirti, taip pat jiems reikalingas ilgesnis hospitalizacijos laikotarpis po gimimo bei yra didesnė tikimybė išsivystyti negaliai.¹⁴

Lietuvoje 2013 m. 4,6 proc. gyvų gimusiųjų naujagimių gimė per mažo svorio (mažiau nei 2500 g). Tai buvo vienas iš mažiausių rodiklių ES (2.2.8 pav.).

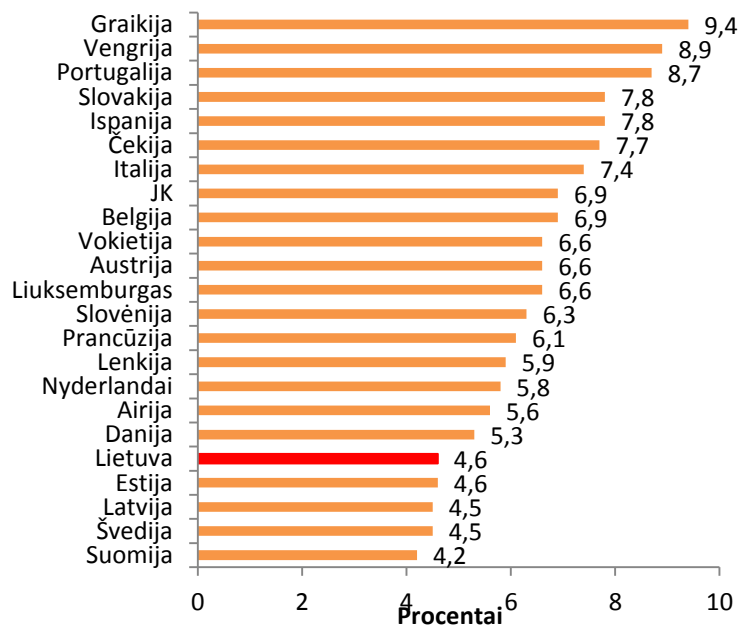
Naujagimių, gimusių mažo svorio, dalis Baltijos šalyse 2009–2013 m. buvo panaši, kiek daugiau per mažo svorio naujagimių gimdavo Lenkijoje (2.2.9 pav.).

¹⁴ OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

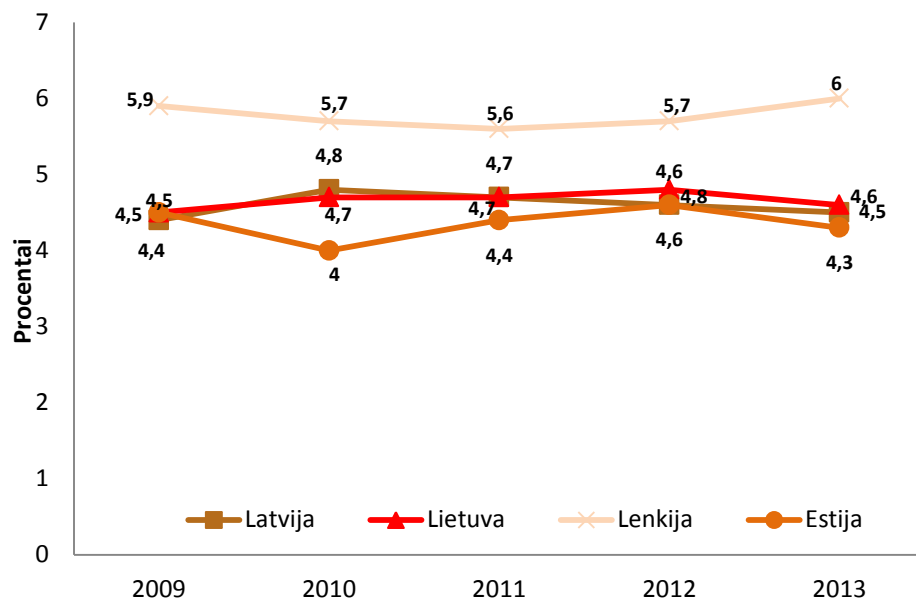
Lietuvoje ligotumas CD 2015 m. buvo vienas mažiausių visoje ES (2.2.6 pav.), tačiau kasmet didėja tiek vidutinė ES reikšmė, tiek Lietuvos bei Latvijos rodiklių reikšmės (2.2.7 pav.).



2.2.7 pav. Ligtumas cukriniu diabetu (proc.) Lietuvoje ir Latvijoje 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

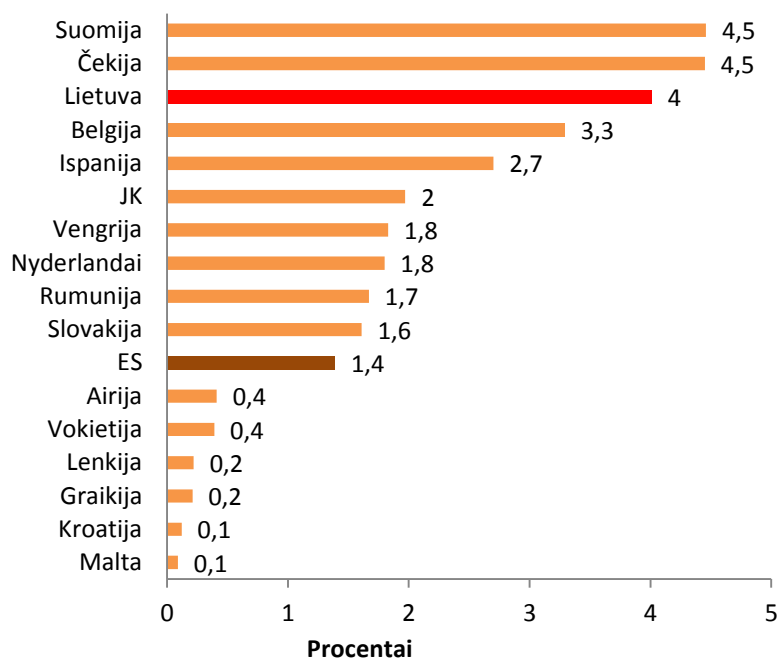


2.2.8 pav. Naujagimių, gimusių mažo svoriu (≤2500 g), dalis (proc.) iš visų gyvų gimusiųjų ES šalyse 2013 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: EBPO)



2.2.9 pav. Naujagimių, gimusių mažu svoriu (≤ 2500 g), dalis (proc.) iš visų gyvų gimusiųjų Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2009–2013 m. (Šaltinis: EBPO)

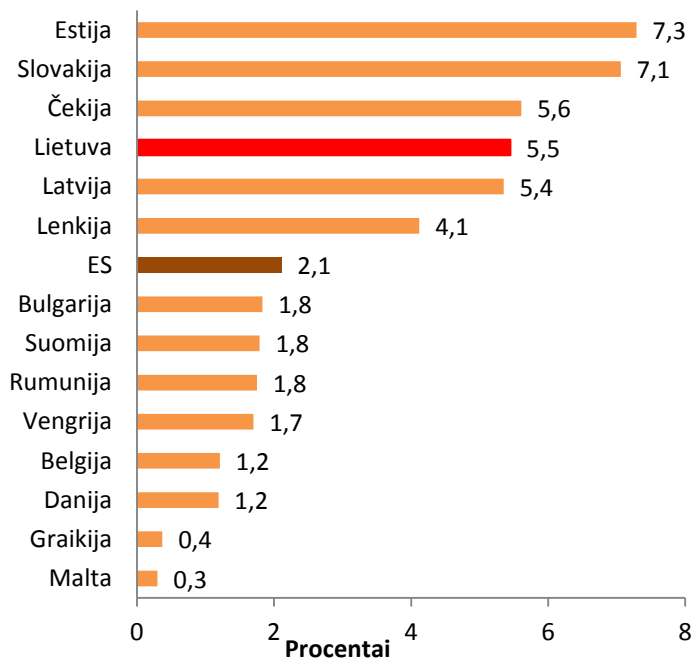
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL) dažniausiai išsivysto dėl rūkymo bei yra viena iš ligų, kuri ne tik sukelia neįgalumą, pablogina gyvenimo kokybę, bet ir sukelia problemų dėl didelių išlaidų¹⁵. Lietuvoje 2014 m. šia liga sirgo 4 proc. gyventojų – tai viena iš didžiausių ES šalių rodiklių reikšmių (ES šalių vidurkis – 1,4 proc.) (2.2.10 pav.).



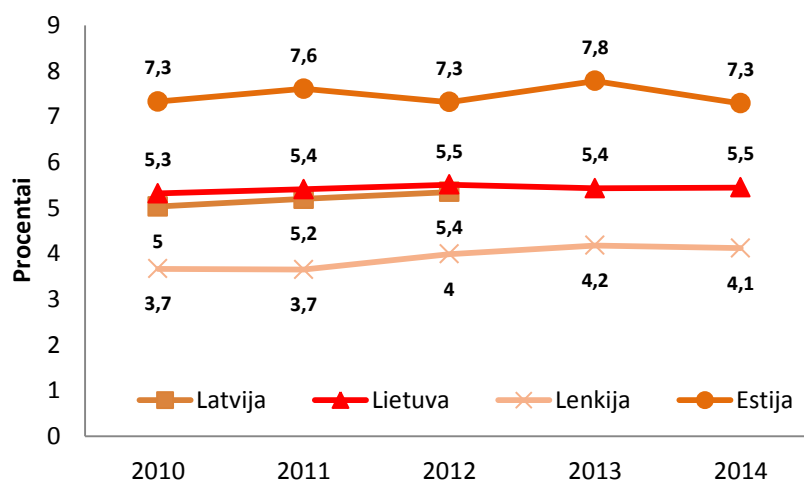
2.2.10 pav. Ligtumas lėtine obstrukcine plaučių liga (proc.) ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

¹⁵ OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

2014 m. Lietuvoje **psichikos sveikatos sutrikimais** sirgo 5,5 proc. gyventojų. Šis rodiklis daugiau nei 2,5 karto viršijo ES šalių vidurkį (2.2.11 pav.). Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse sergančiųjų šiais sveikatos sutrikimais dalis 2010–2014 m. kito nedaug (2.2.12 pav.).



2.2.11 pav. Ligtumas psichikos sveikatos sutrikimais (proc.) ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



2.2.12 pav. Ligtumas psichikos sveikatos sutrikimais (proc.) Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

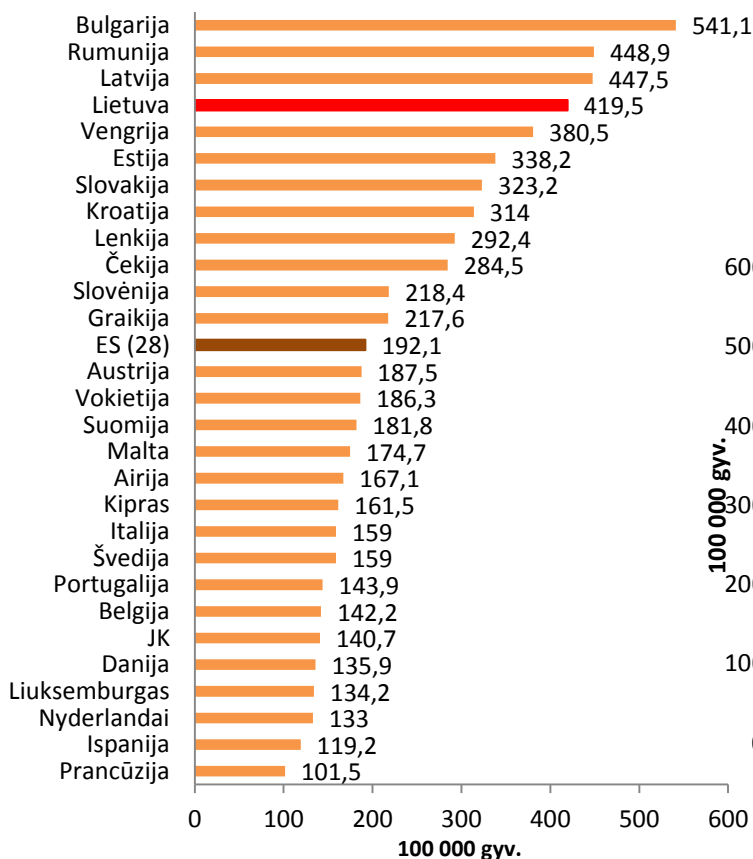
2.2 skyrelio „Sergamumas ir ligtumas“ apibendrinimas

| Paveikslo Nr. | Rodiklis | LT | ES |
|---------------|---|-------|------|
| 2.2.1 | Asmenų dalis, įvertinusių savo sveikatą gerai arba labai gerai (proc.) | 44,9 | 67,4 |
| 2.2.2 | Sergamumas piktybiniais navikais 100 000 gyv. | 593,6 | 556 |
| 2.2.4 | Sergamumas tuberkulioze 100 000 gyv. | 50,5 | 11,4 |
| 2.2.6 | Ligtumas cukriniu diabetu (proc.) | 5,5 | - |
| 2.2.8 | Naujagimių, gimusių per mažo svorio, dalis iš visų gyvų gimusiųjų (proc.) | 4,6 | - |
| 2.2.10 | Ligtumas lėtine obstrukcine plaučių liga (proc.) | 4 | 1,4 |
| 2.2.11 | Ligtumas psichikos sveikatos sutrikimais (proc.) | 5,5 | 2,1 |

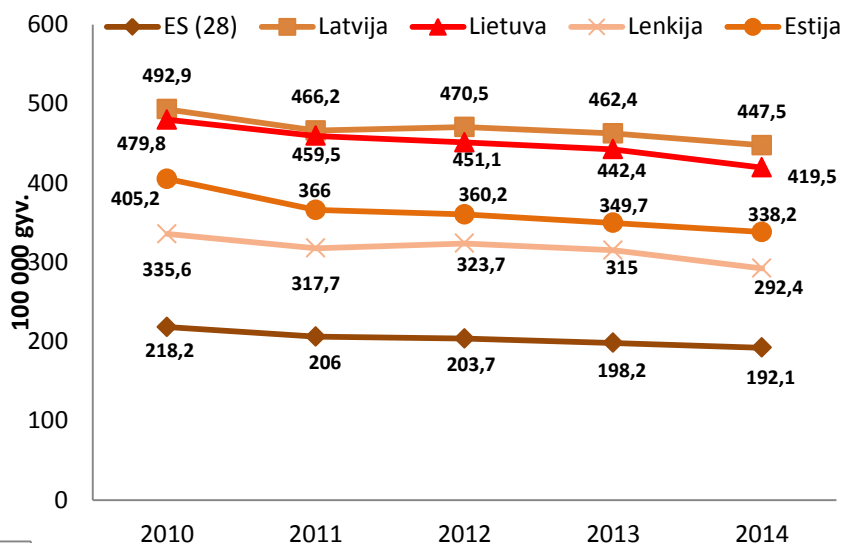
LSS pagrindinis iškeltas tikslas – pasiekti, kad iki 2025 m. pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. 2014 m. Lietuvos gyventojų sergamumas vėžiu, TB, ligotumas LOPL, psichikos sveikatos sutrikimais, buvo vieni didžiausių ES šalyse, savo sveikatos vertinimas – vienas prasčiausių. Tai yra vienos iš sričių, kuriose turėtume siekti geresnių rezultatų. Tačiau ne visų rodiklių reikšmės rodė prastą situaciją. Ligtumo CD bei naujagimių, kurie gimė per mažo svorio, dalies iš visų gyvų gimusiųjų rodiklių reikšmės – vienos mažiausių ES.

2.3. Mirtingumas

Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL) mažėja daugumoje ES šalių, tačiau nepaisant to, šios ligos vis dar išlieka pagrindine mirtingumo priežastimi. Lietuvoje 2014 m. mirtingumas nuo ŠKL buvo vienas didžiausių ES šalyse ir daugiau nei 2 kartus viršijo ES vidurkį (2.3.1 pav.).



2.3.1 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



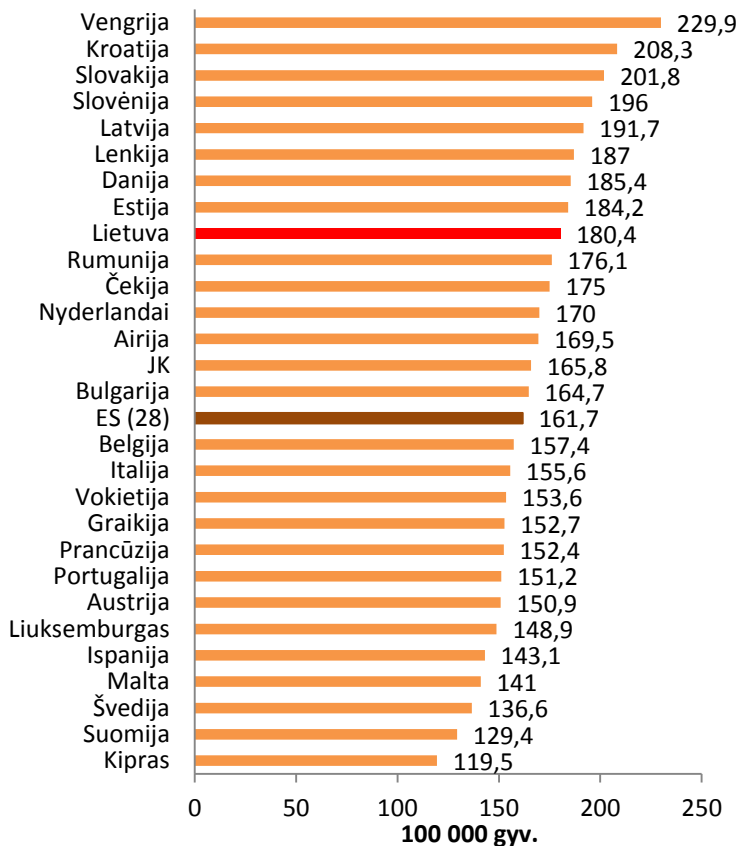
2.3.2 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Mirtingumas nuo ŠKL mažėjo tiek Lietuvoje, tiek kitose Baltijos šalyse ir Lenkijoje. Panašiausi rodikliai buvo Lietuvoje bei Latvijoje. Daugiausiai mirtingumo rodiklio reikšmės nuo 2010 m. iki 2014 m. sumažėjo Estijoje (16,5 proc.) (2.3.2 pav.).

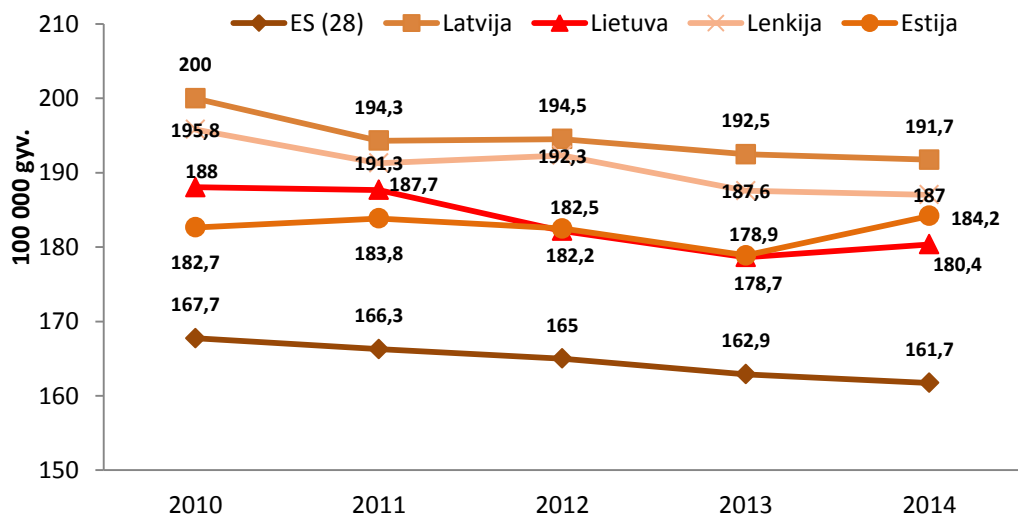
Mirtingumas nuo piktybinių navikų. Antra dažniausia mirties priežastis yra piktybiniai navikai. Lietuvoje mirtingumas nuo piktybinių navikų buvo didesnis nei ES šalių vidurkis (161,7/100 000 gyv.) ir siekė 180,4/100 000 gyv. (2.3.3 pav.).

Daugiausiai ES šalių gyventojų mirė nuo trachėjos, bronchų bei plaučių vėžio (vyrai – beveik 3 kartus dažniau, nei moterys).

Lietuvos, Latvijos, Estijos ir Lenkijos gyventojų mirtingumas nuo piktybinių navikų 2010–2014 m. buvo panašus ir kiek didesnis nei ES šalių vidurkis. Minėtose šalyse per penkmetį mirtingumas kiek sumažėjo, išskyrus Estijoje (2.3.4 pav.).

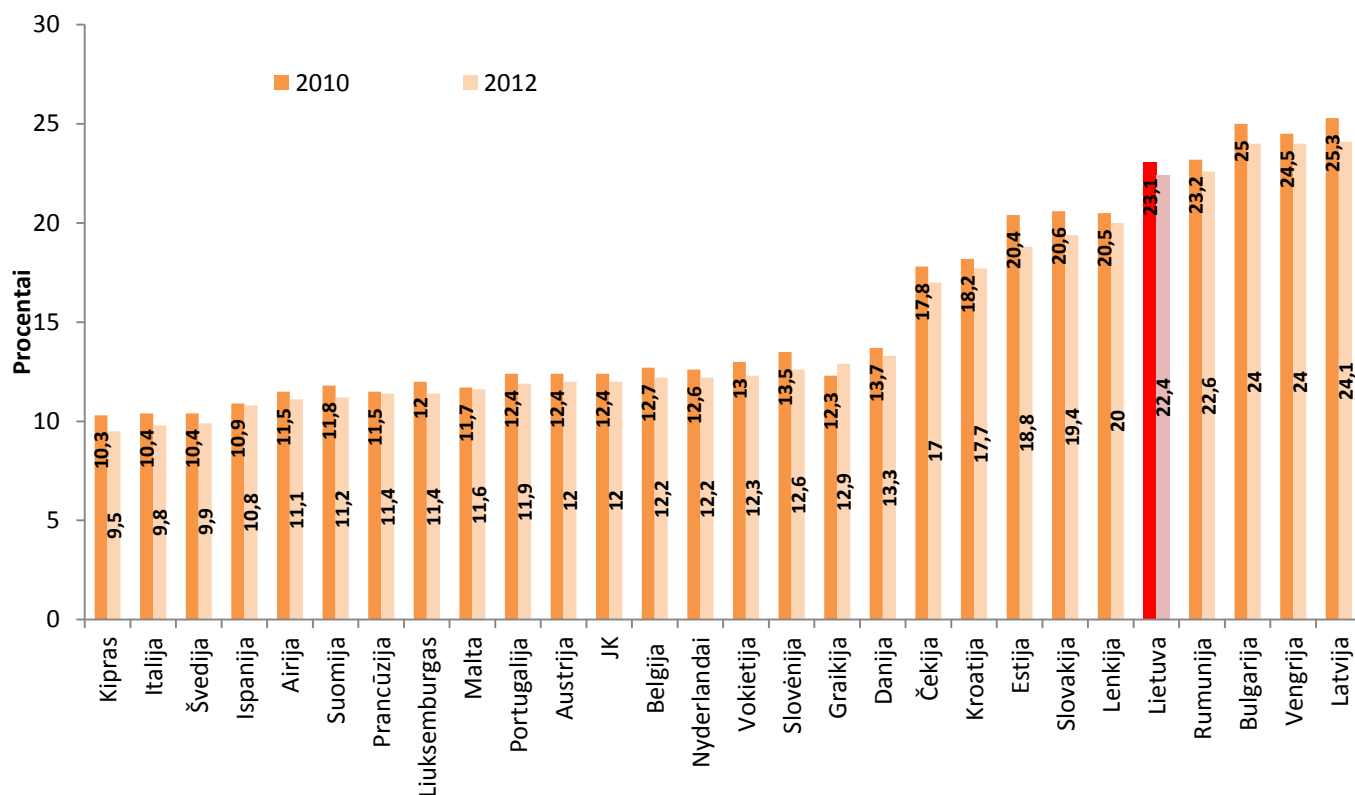


2.3.3 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo piktybinių navikų 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



2.3.4 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo piktybinių navikų 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Pasak PSO, tikimybė mirti nuo ŠKL, piktybinių navikų, diabeto ar lėtinių kvėpavimo sistemos ligų 30–70 m. amžiuje nuo 2010 iki 2012 m. sumažėjo beveik visose ES šalyse. Lietuvos rodiklis 2012 m. buvo vienas didžiausių – siekė 22,4 proc. Didžiausias rodiklis kaimyninėje šalyje Latvijoje – 24,1 proc. (2.3.5 pav.).

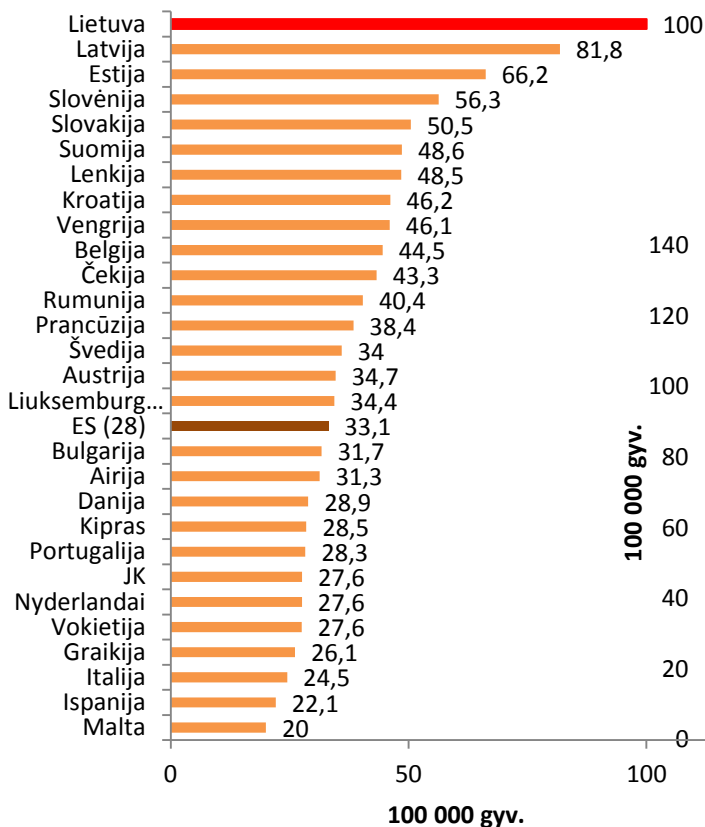


2.3.5 pav. Tikimybė mirti nuo širdies–kraujagyslių ligų, piktybinių navikų, diabeto ar lėtinių kvėpavimo sistemos ligų 30–70 m. amžiuje 2012 m. ir 2014 m. (proc.)
(Šaltinis: Global status report on noncommunicable diseases 2014, PSO)

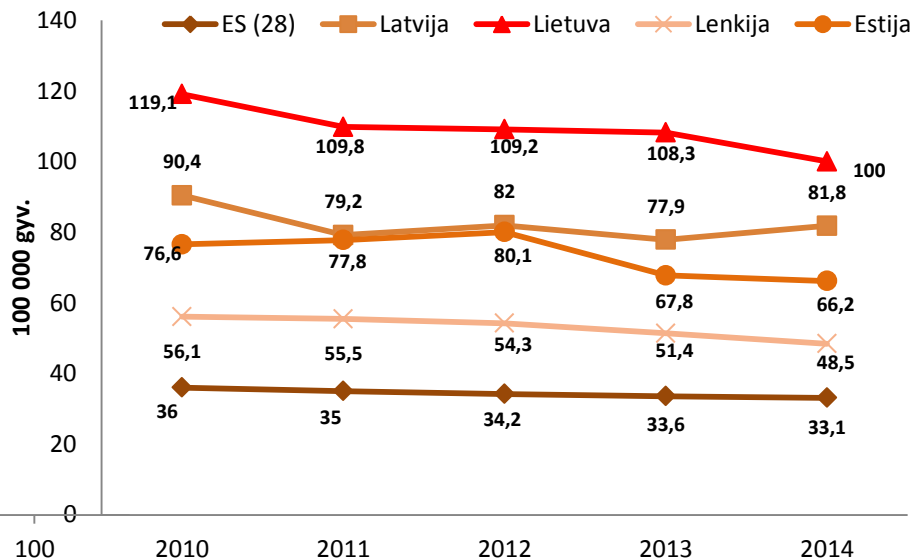
Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių yra svarbi problema, kadangi daug tokių mirčių galima išvengti. Sužalojimai gali būti tyčiniai ir netyčiniai. ES apie 2/3 sužalojimų – netyčiniai, 1/3 – tyčiniai.

Lietuvoje 2014 m. buvo didžiausia standartizuoto mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių reikšmė visoje ES ir 3 kartus viršijo ES šalių vidurkį. Antroje ir trečioje vietoje – kitos Baltijos šalys (2.3.6 pav.).

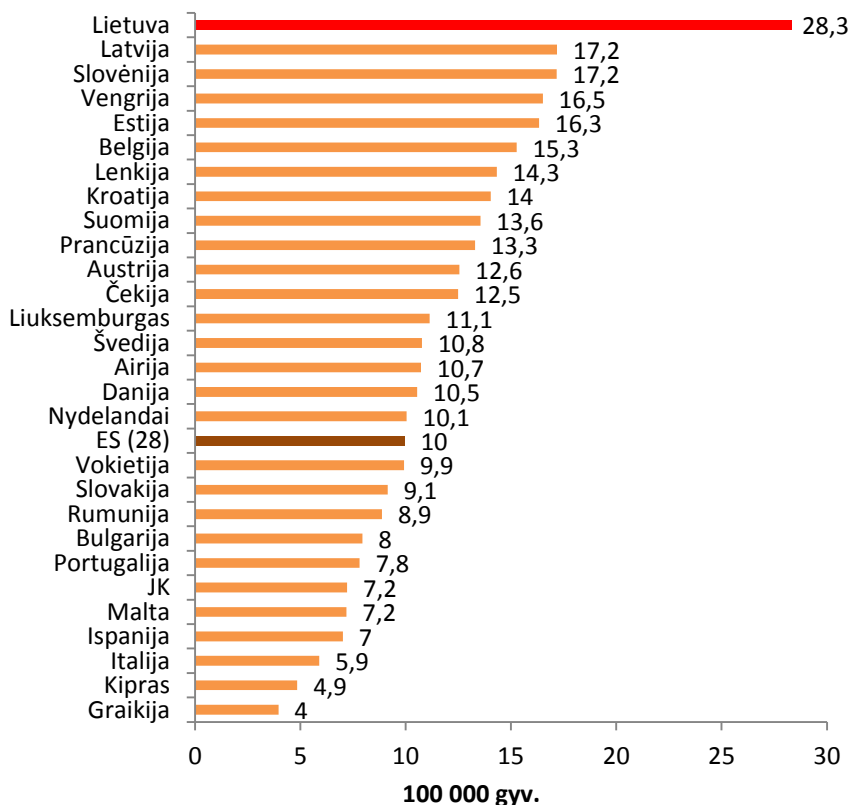
Estijoje nuo 2010 m. iki 2012 m. mirtingumas dėl šių priežasčių didėjo, tačiau vėliau ėmė mažėti. Latvijoje 2010–2014 m. standartizuoto mirtingumo reikšmės kito netolygiai, o Lietuvoje ir Lenkijoje tuo pačiu laikotarpiu kasmet mažėjo (2.3.7 pav.).



2.3.6 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių 100 000 gyv. ES 2014 m. (arba paskutiniai prieinami) (Šaltinis: PSO)



2.3.7 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

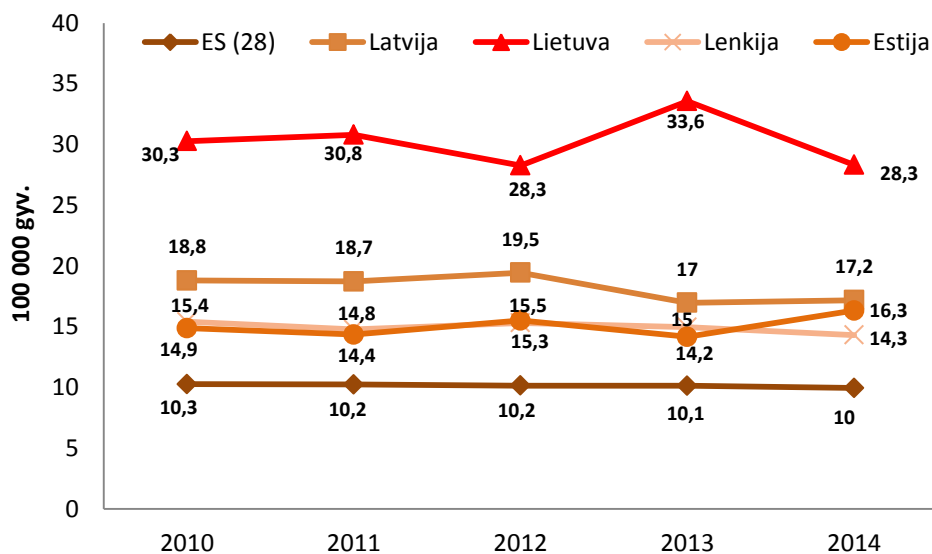


2.3.8 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl savižudybių 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: PSO)

Mirtingumas dėl savižudybių.

Pagrindinė tyčinių sužalojimų mirties priežastis yra savižudybė. Lietuvos standartizuoto mirtingumo nuo savižudybių rodiklis nuo 1993 m. vis dar išlieka didžiausias visoje ES. 2014 m. jis 2,8 karto viršijo ES šalių vidurkį (2.3.8 pav.).

Lenkijoje standartizuoto mirtingumo dėl savižudybių rodiklių reikšmės 2010–2014 m. mažėjo, Baltijos šalyse kito netolygiai. Lietuvoje didžiausia reikšmė minėtuoju laikotarpiu buvo 2013 m. – 33,6/100 000 gyv. (2.3.9 pav.).



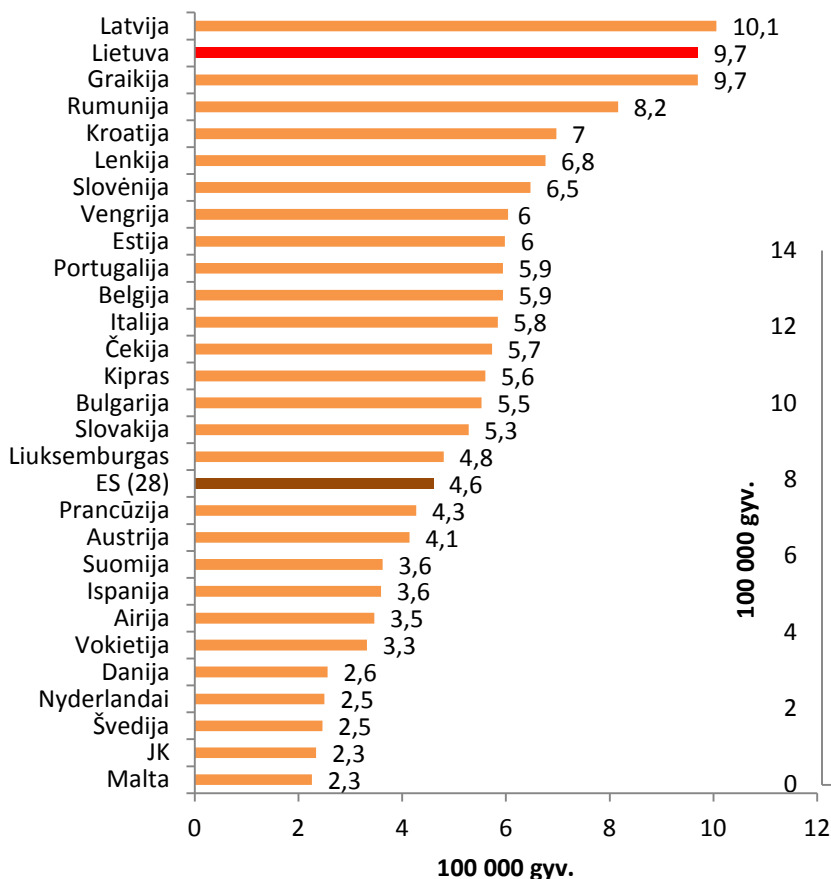
2.3.9 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl savižudybių 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Mirtingumas dėl transporto įvykių. Pastaraisiais dešimtmečiais saugumas keliuose padidėjo dėl kelių sistemos tobulinimo, mokymų ir prevencijos programų, pačių transporto priemonių tobulėjimo. Taip pat teigiamos įtakos turėjo naujų įstatymų bei reglamentų priėmimas, kurie apsprendžia tokius aspektus kaip greičio limitai, saugos diržų naudojimas, vairavimas išgėrus.¹⁶ Visa tai lėmė, kad per pastarąjį dešimtmetį mirčių skaičius (tenkantis 100 000 gyv.) dėl transporto įvykių sumažėjo visose ES šalyse.

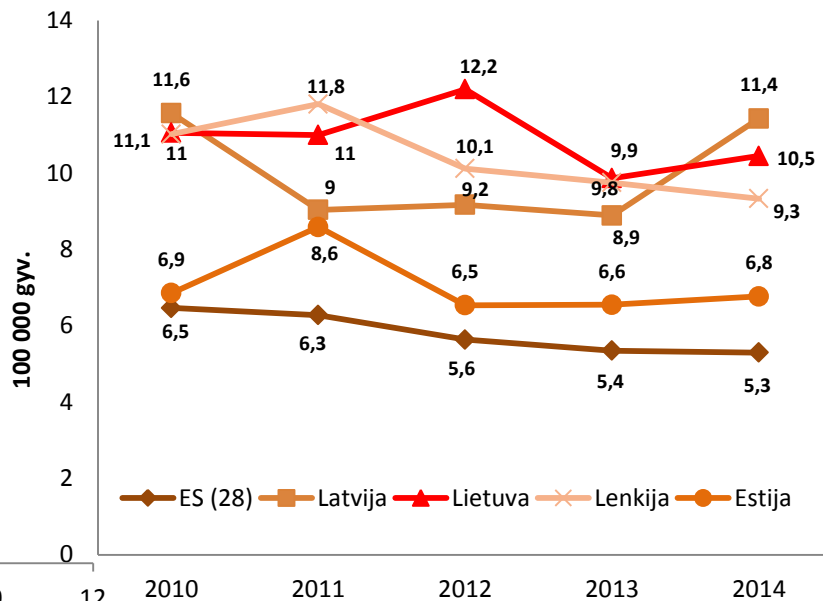
2014 m. Lietuvos standartizuoto mirtingumo dėl transporto įvykių rodiklio reikšmė buvo antra pagal dydį ES (9,7/100 000 gyv.) ir kiek daugiau nei 2 kartus viršijo ES šalių vidurkį (4,6/100 000 gyv.) (2.3.10 pav.).

Nuo 2010 m. iki 2014 m. mirtingumas dėl transporto įvykių sumažėjo visose Baltijos šalyse ir Lenkijoje, tačiau visą šį laikotarpį rodiklio reikšmės kito netolygiai, tuo tarpu ES mažėjo tolygiai. Lietuvoje didžiausia rodiklio reikšmė buvo 2012 m. – 12,2/100 000 gyv. (2.3.11 pav.).

¹⁶ OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en



2.3.10 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl transporto įvykių 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



2.3.11 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl transporto įvykių 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusiųjų. Pagrindinės kūdikių¹⁷ mirtingumo priežastys yra nelaimingi atsitikimai ir infekcijos. Kūdikių mirtingumo rodiklis labiau koreliuoja su socialiniais veiksniais, nei naujagimių¹⁸ mirtingumas. Taip pat šis rodiklis padeda įvertinti medicininės priežiūros ir prevencijos kokybę.¹⁹

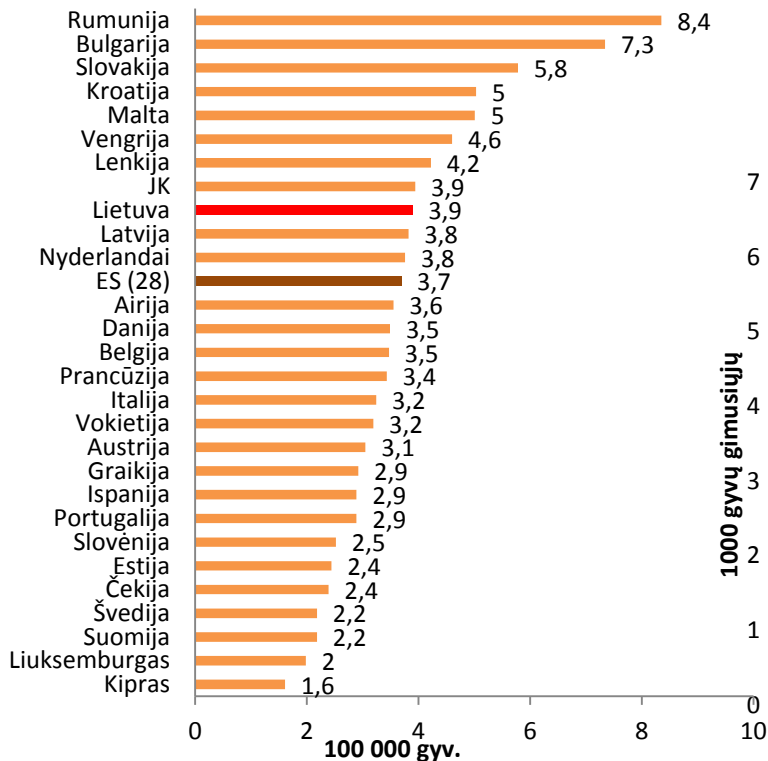
2014 m. Lietuvoje iš 1000 gyvų gimusiųjų, mirė 4 kūdikiai. ES šalyse šis rodiklis svyravo nuo 1,6 iki 8,4/1000 gyvų gimusiųjų. Lietuvoje rodiklis buvo panašus į ES vidurkį (3,7/1000 gyvų gimusiųjų), tačiau reiktų atkreipti dėmesį, kad net 19-oje šalių rodiklis buvo mažesnis ir tik 7-iose didesnis, nei Lietuvoje (2.3.12 pav.).

Lietuvoje kūdikių mirtingumas mažėjo iki 2013 metų, tačiau 2014 nežymiai padidėjo. Lenkijoje mirtingumas mažėjo 2010–2014 m., Latvijoje – metais vėliau. Estijoje kūdikių mirtingumas kito netolygiai. Tam įtakos galėjo turėti mažas atvejų skaičius (kadangi mirčių valstybės mastu nebuvo daug, todėl kiekviena jų galėjo turėti įtakos rodiklio dydžiui) (2.3.13 pav.).

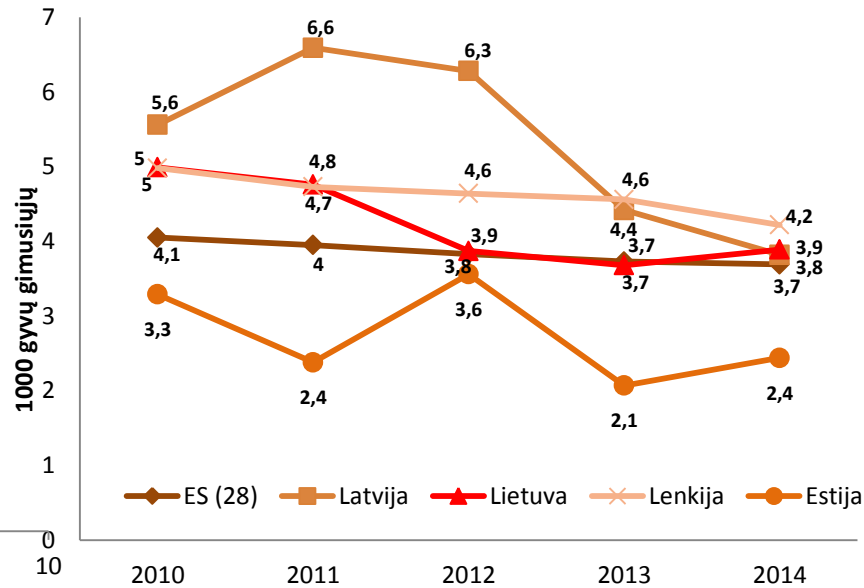
¹⁷ Vaikai iki 1 metų amžiaus.

¹⁸ Kūdikiai iki 28 dienos.

¹⁹ European perinatal health report. Health and care of pregnant woman and babies in Europe in 2010. Euro-Peristat.



2.3.15 pav. Kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusiųjų ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



2.3.16 pav. Kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusiųjų Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

2.3 skyrelio „Mirtingumas“ apibendrinimas

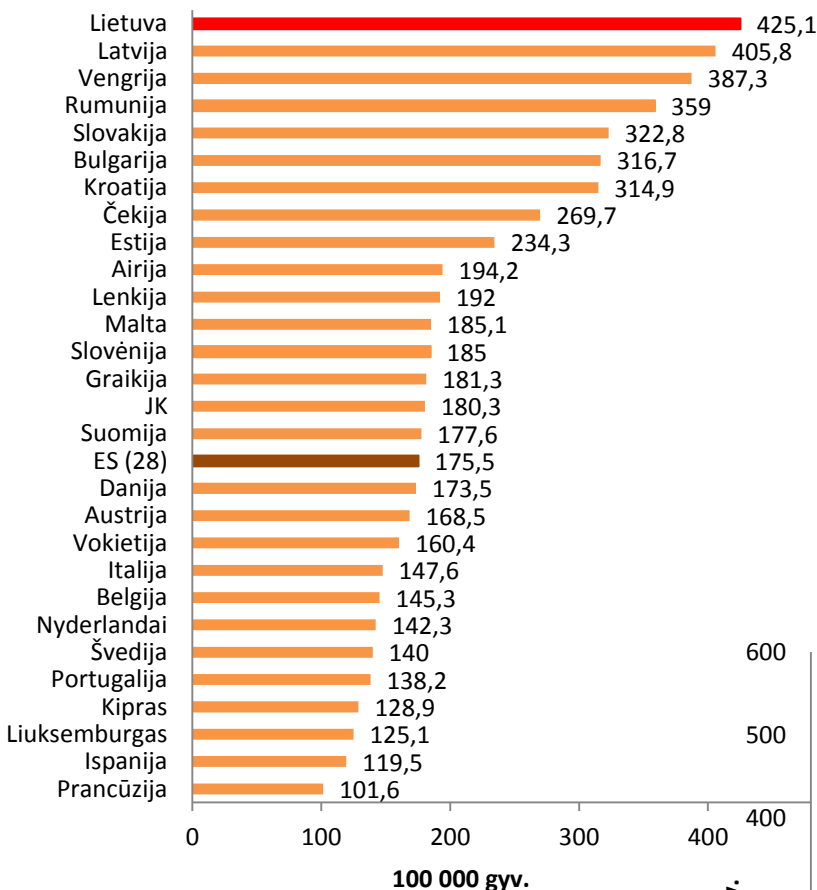
| Paveikslas Nr. | Rodiklis | LT | ES |
|----------------|--|-------|-------|
| 2.3.1 | Standartizuotas mirtingumas nuo ŠKL 100 000 gyv. | 419,5 | 192,1 |
| 2.3.3 | Standartizuotas mirtingumas nuo piktybinių navikų 100 000 gyv. | 180,4 | 161,7 |
| 2.3.5 | Tikimybė mirti nuo ŠKL, piktybinių navikų, diabeto ar lėtinių kvėpavimo sistemos ligų 30–70 m. amžiuje (proc.) | 22,4 | - |
| 2.3.6 | Standartizuotas mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių 100 000 gyv. | 100 | 33,1 |
| 2.3.8 | Standartizuotas mirtingumas dėl savižudybių 100 000 gyv. | 28,3 | 10 |
| 2.3.10 | Standartizuotas mirtingumas dėl transporto įvykių 100 000 gyv. | 9,7 | 4,6 |
| 2.3.12 | Kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusiųjų | 3,9 | 3,7 |

Europos regionas patiria didžiausią neužkrečiamųjų ligų naštą – trys ketvirtadalius mirtingumo priežasčių sudaro ŠKL ir piktybiniai navikai. Jungtinės tautos (JT) yra numačiusios 17 darnaus vystymosi tikslų, iš kurių trečiasis – užtikrinti sveiką gyvenimą ir skatinti gerovę bet kurio amžiaus žmonėms. Jam įgyvendinti išskirtos priemonės, iš kurių viena – iki 2030 m. trečdaliu sumažinti priešlaikinį mirtingumą nuo neužkrečiamųjų ligų taikant prevenciją ir gydymą. Norint sumažinti Lietuvos mirtingumo rodiklius nuo pagrindinių neužkrečiamųjų ligų, reikia veiksmingesnių prevencinių priemonių ir didesnės jų apimties, nei buvo iki šiol, kadangi 2014 m. Lietuvos mirtingumo nuo ŠKL rodiklis buvo 4 vietoje ES, nuo piktybinių navikų – 9 vietoje. Kita numatyta priemonė – iki 2020 m. mirtis ir sužeidimus dėl transporto įvykių sumažinti per pusę. 2014 m. Lietuvoje mirtingumas dėl išorinių priežasčių buvo didžiausias visoje ES (dėl savižudybių – 1 vietoje, dėl transporto įvykių – 2 vietoje).

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje numatyta sumažinti šalies gyventojų mirtingumą dėl savižudybių, navikinių ir kraujotakos sistemos ligų, dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, todėl tai yra vienos iš sričių, kurioms mūsų šalyje skiriamas didelis dėmesys. Pasaulyje ir Lietuvoje taip pat nemažai dėmesio skiriama motinos ir vaiko sveikatai, todėl numatytos priemonės motinų bei kūdikių mirtingumo mažinimui. LSS nurodyta, kad 2020 m. Lietuva turėtų pasiekti ES šalių vidurkį. 2014 m. kūdikių mirtingumo rodiklis buvo nežymiai didesnis, nei vidutinė ES reikšmė, todėl LSS siekis gali būti įgyvendintas.

3. Rizikos veiksniai

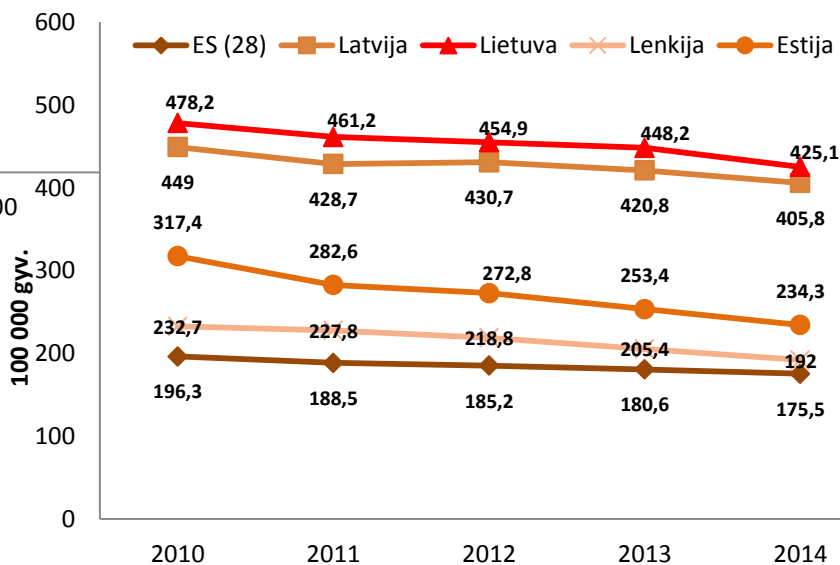
Gyventojų sveikatos netolygumus nulemia daugelis priežasčių, kurios gali būti susijusios su sveikatos priežiūros veikla ar su ja nesusijusios (kiti veiksniai). Su sveikatos priežiūros veikla nesusiję veiksniai – gyvensena, fizinė aplinka, socioekonominė padėtis (aptarta 1.2 skyrelyje). Nustatyta, kad 10 pagrindinių žmonių mirtingumo priežasčių apie 10 proc. nulemia medicininė priežiūra, po 20 proc. – socialinė, fizinė aplinka ir genetiniai veiksniai ir net apie 50 proc. – žmogaus gyvenimo būdas.²⁰



3.1 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl su rūkymu susijusių priežasčių 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

Standartizuotas mirtingumas dėl su rūkymu susijusių priežasčių 2010–2014 m. mažėjo visose Baltijos šalyse ir Lenkijoje. Labiausiai – Estijoje (1,4 karto) (3.2 pav.).

Mirtingumas dėl su rūkymu susijusių priežasčių. Dėl tabako vartojimo pasaulyje kasmet miršta apie 6 milijonai žmonių, iš kurių daugiau nei 5 milijonai – dėl tiesioginio vartojimo bei daugiau nei 600 000 – dėl pasyvaus rūkymo.²¹ Tabakas yra pagrindinis rizikos veiksnys mažiausiai 2 pagrindinėms mirtingumo priežastims – ŠKL ir piktybiniais navikams (didėja rizika mirti nuo miokardo infarkto, insulto, plaučių, gerklų ir burnos, kasos vėžių). 2014 m. dėl su rūkymu susijusių priežasčių Lietuvoje mirė 425,1/100 000 gyv. Tai buvo didžiausias rodiklis visoje ES (3.1 pav.).

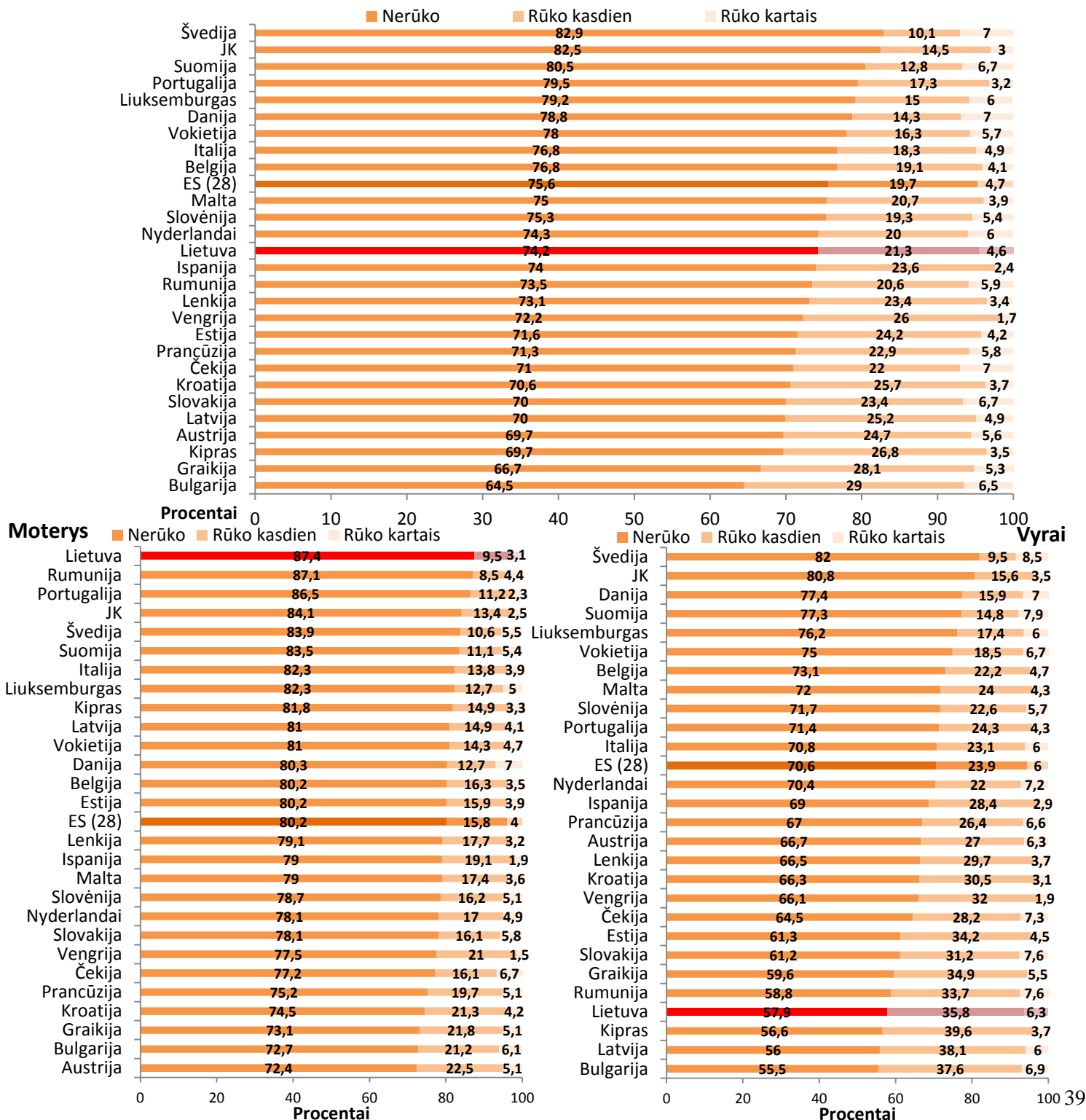


3.2 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl su rūkymu susijusių priežasčių 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

²⁰ U.S. Department of health, education and welfare. Healthy people: The surgeon general report on health promotion and disease prevention. 1979.

²¹ Kvėpavimas tabako dūmais užterštu oru. 1 val. būvimą prirūkytoje patalpoje galima prilyginti 1 surūkytai cigaretei.

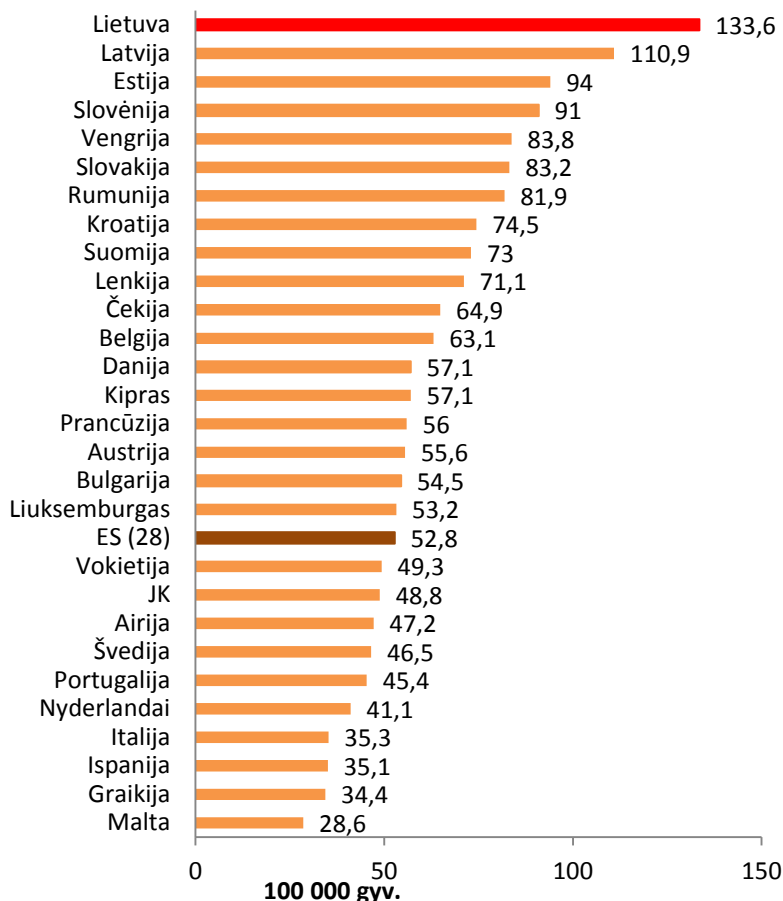
Tabako vartojimas vis dar išlieka labiausiai išvengiamu rizikos veiksniu sveikatai. 2014 m. EHIS (*angl. European health interview survey*) apklausos duomenimis, Lietuvoje nerūkė 74,2 proc. gyventojų (kiek mažiau, nei vidutiniškai ES šalyse – 75,6 proc.), o rūkė kasdien 21,3 proc. Pastebimi ryškūs skirtumai tarp lyčių – visoje ES didžiausia dalis nerūkančių moterų buvo Lietuvoje, o vyrų šis rodiklis buvo vienas mažiausių ES. Kasdien rūkančių vyrų rodiklis buvo 4 vietoje tarp mažiausiai rūkančių (3.3 pav.).



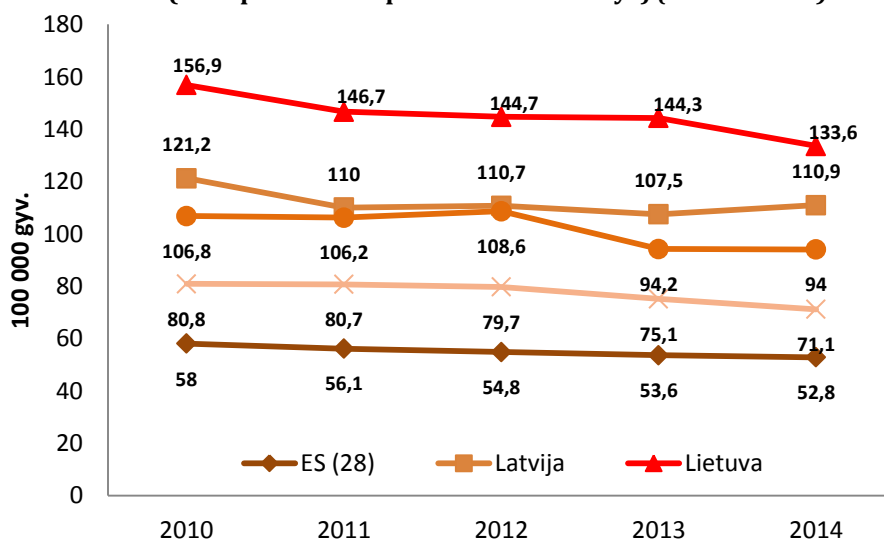
3.3 pav. ES šalių gyventojų rūkymo įpročiai tarp suaugusiųjų 2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

Mirtingumas dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių. Žalingas alkoholio vartojimas yra siejamas su daugeliu ligų (tokių kaip įvairių lokalizacijų vėžiai, insultas, kepenų cirozė, naujagimiui – įgimtos ydos bei protinis atsilikimas), taip pat su mirtimis ir neįgalumu dėl transporto avarių, traumų, užpuolimų, smurto, žmogžudysčių bei savizudybių. Dėl alkoholio vartojimo kasmet pasaulyje miršta apie 3,3 mln. žmonių.²² Lietuvoje 2014 m. dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių mirė 133,6/100 000 gyv. Tai buvo didžiausia rodiklio reikšmė tarp visų ES šalių ir 2,5 karto viršijo ES vidurkį (3.4 pav.). Remiantis Lietuvos mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis, 2015 m. dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių mirė 731 15 m. ir vyresnis asmuo.

Standartizuotas mirtingumas dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių 2010–2014 m. mažėjo visose Baltijos šalyse ir Lenkijoje, o daugiausiai – Lietuvoje (sumažėjo beveik 15 proc.) (3.5 pav.).

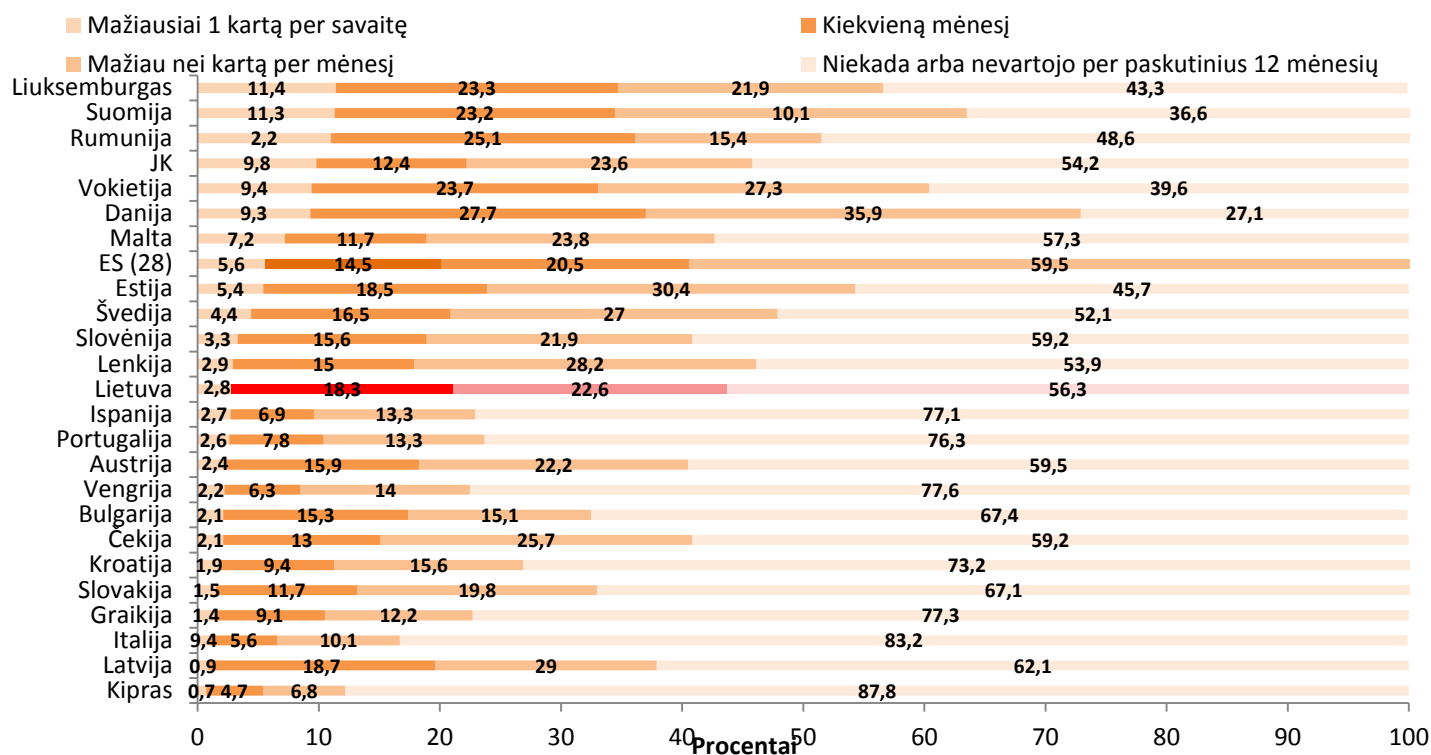


3.4 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

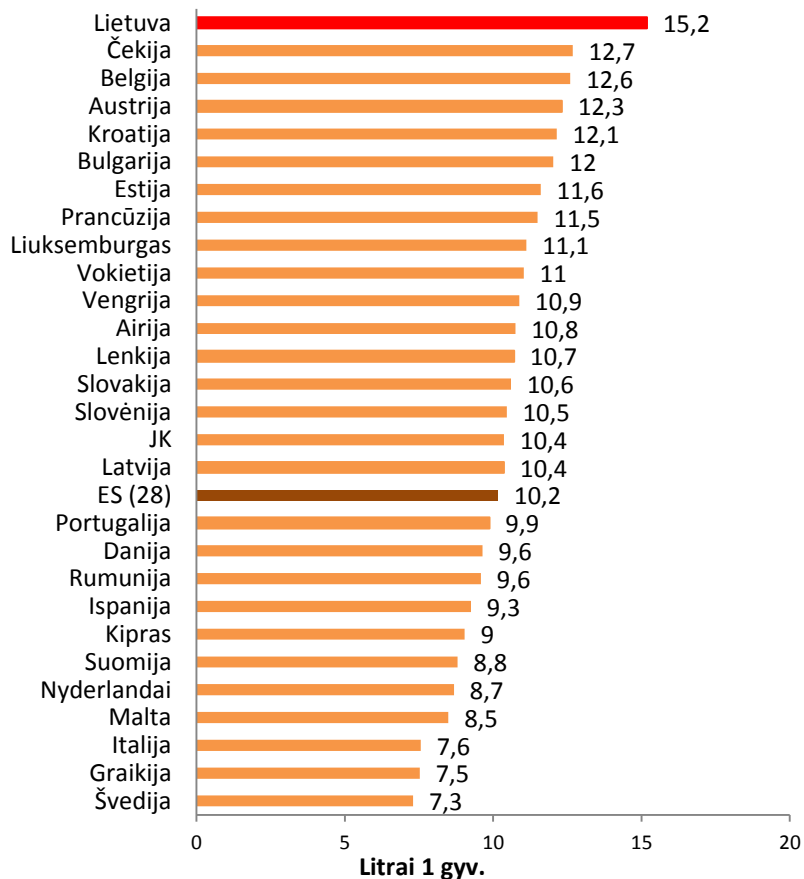


3.5 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

²² OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en



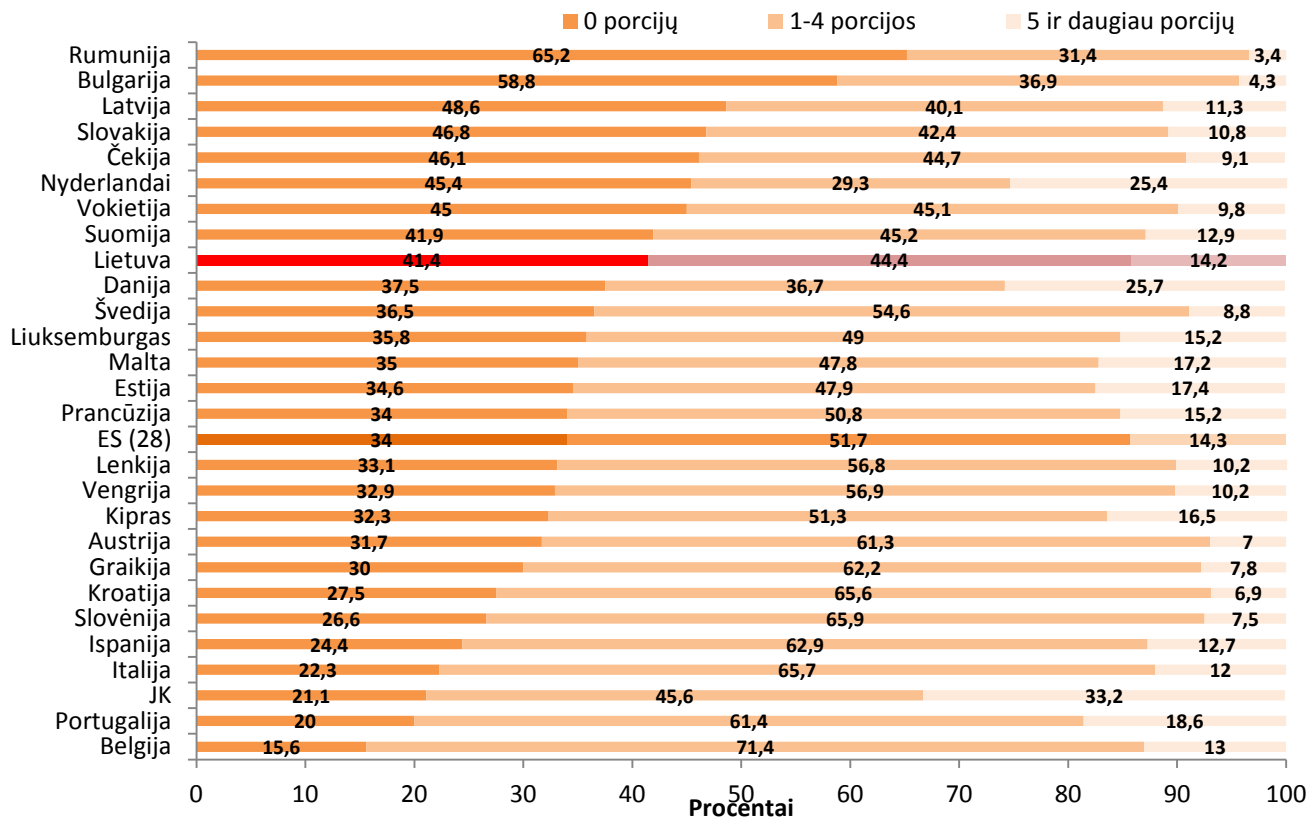
3.6 pav. ES šalių gyventojų alkoholio vartojimo įpročiai tarp suaugusiųjų 2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)



3.7 pav. Gryno alkoholio kiekis (litrais), tenkantis vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

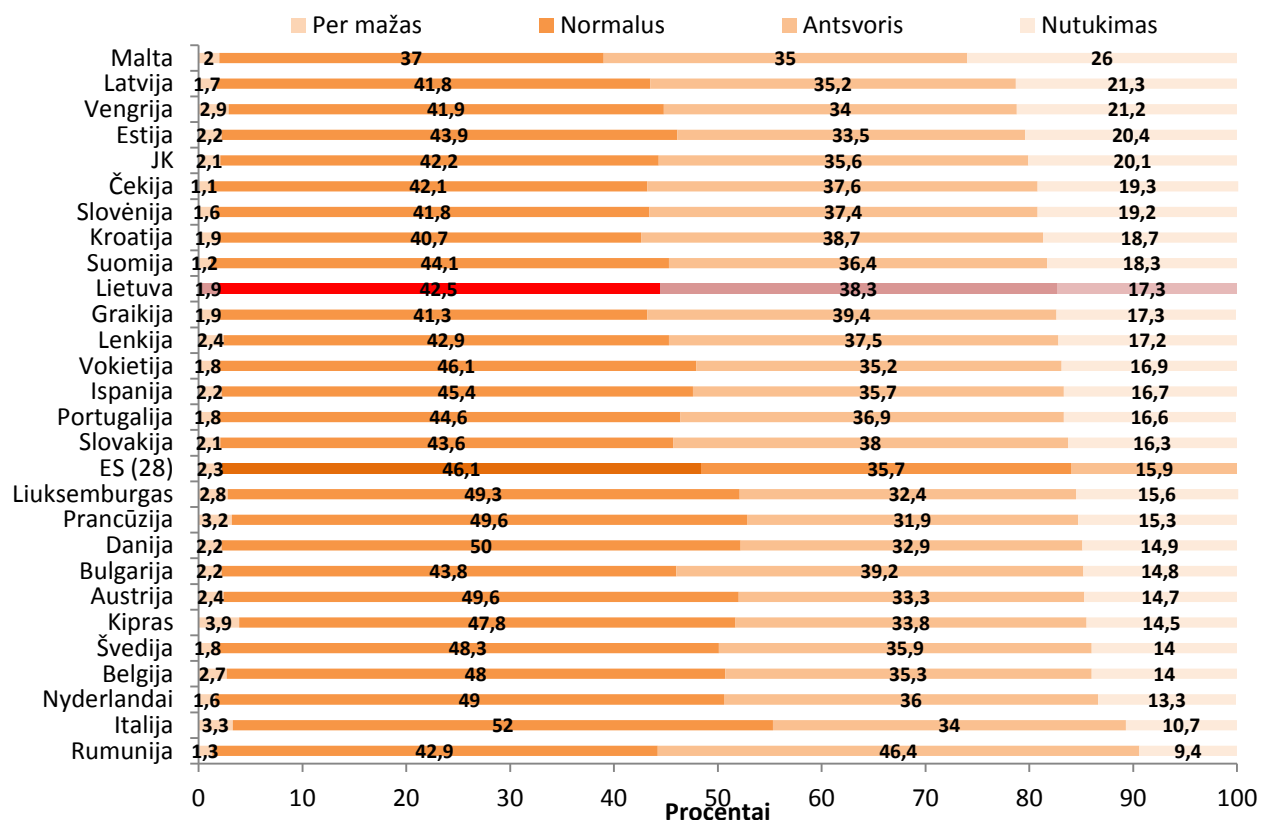
Remiantis EHIS apklausa atrodytų, jog alkoholio vartojimo situacija Lietuvoje nėra prasčiausia ES, tačiau mirtingumo rodiklis dėl alkoholio sąlygotų priežasčių – didžiausias. Reiktų turėti omenyje, kad alkoholio vartojimo duomenys buvo surinkti apklausos būdu, tačiau dažnai nutinka taip, kad daugiausiai vartojantys asmenys apklausose nedalyvauja. Todėl naudinga panagrinėti dar vieną rodiklį – gryno alkoholio kiekį, tenkantį vienam gyventojui. Skaičiuojant šį rodiklį remiamasi alkoholinių gėrimų pardavimų duomenimis. Lietuvoje vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui tenka 15,2 l gryno alkoholio. Šis rodiklis viršijo ES vidurkį 1,5 karto ir buvo didžiausias ES šalyse (3.7 pav.).

Vaisių ir daržovių vartojimas tarp suaugusiųjų. Sveika mityba yra labai svarbus veiksnys sveikatai, nuo kurio gali priklausyti daugelio ligų atsiradimas. Tinkamai maitindamasis žmogus gali sumažinti galimybę sirgti ŠKL, 2 tipo cukrinio diabetu ir kt. ligomis. PSO rekomenduoja per dieną suvartoti apie 400 g daržovių ir vaisių. 2014 m. Lietuvoje nevartojančių daržovių ir vaisių asmenų buvo 41,4 proc. (vidutiniškai ES – 34 proc.), tačiau 5 ir daugiau porcijų vartojusių asmenų skaičius buvo panašus (14,2 proc.), kaip ir ES (14,3 proc.) (3.8 pav.). Reiktų turėti omenyje, kad vaisių ir daržovių vartojimui įtakos turi sezoniškumas, todėl apklausos rezultatams įtakos turi jos atlikimo laikas.



3.8 pav. Vaisių ir daržovių vartojimas tarp suaugusiųjų ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

Nutukusių asmenų dalis. Nutukimas smarkiai padidina riziką susirgti hipertenzija, diabetu, ŠKL, kvėpavimo sistemos ligomis, artritu ir kitomis jungiamojo audinio, raumenų bei skeleto ligomis, didina riziką turėti padidėjusį cholesterolio kiekį kraujyje. 2014 m. Lietuvoje nutukę žmonės sudarė 17,3 proc. populiacijos (ES šalių vidurkis – 15,9 proc.) (3.9 pav.).



3.9 pav. Nutukusių asmenų dalis (proc.) tarp suaugusiųjų ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)

3 skyriaus „Rizikos veiksniai“ apibendrinimas

| Paveikslas Nr. | Rodiklis | LT | ES |
|----------------|--|-------|-------|
| 3.1 | Standartizuotas mirtingumas dėl su rūkymų susijusių priežasčių 100 000 gyv. | 425,1 | 175,5 |
| 3.3 | Nerūkančių asmenų dalis (proc.) | 74,2 | 75,6 |
| 3.3 | Nerūkančių vyrų dalis (proc.) | 57,9 | 70,6 |
| 3.3 | Nerūkančių moterų dalis (proc.) | 87,4 | 80,2 |
| 3.3 | Kasdien rūkančių asmenų dalis (proc.) | 21,3 | 19,7 |
| 3.3 | Kasdien rūkančių vyrų dalis (proc.) | 35,8 | 23,9 |
| 3.3 | Kasdien rūkančių moterų dalis (proc.) | 9,5 | 15,8 |
| 3.4 | Standartizuotas mirtingumas dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių 100 000 gyv. | 133,6 | 52,8 |

| | | | |
|-----|--|------|------|
| 3.6 | Asmenų dalis, vartojusių alkoholinių gėrimus kiekvieną mėnesį (proc.) | 18,3 | 14,5 |
| 3.7 | Gryno alkoholio kiekis, tenkantis vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui (litrais) | 15,1 | 10,2 |
| 3.8 | Vaisių ir daržovių vartojimas tarp suaugusiųjų (0 porcijų per dieną) (proc.) | 41,4 | 34 |
| 3.8 | Vaisių ir daržovių vartojimas tarp suaugusiųjų (5 ir daugiau porcijų per dieną) (proc.) | 14,2 | 14,3 |
| 3.9 | Nutukusių asmenų dalis tarp suaugusiųjų (proc.) | 17,3 | 16,9 |

Žmogaus gyvenimo būdas daro labai didelę įtaką jo sveikatai, t.y. vien tik nuo asmens elgsenos priklauso tiek pat, kiek nuo socialinės, fizinės aplinkos, genetinių veiksnių bei medicininės priežiūros kartu sudėjus, todėl šiai sričiai reikėtų skirti ypatingai daug dėmesio siekiant sumažinti rizikos veiksnių poveikį, žalingus įpročius keičiant tinkamai.

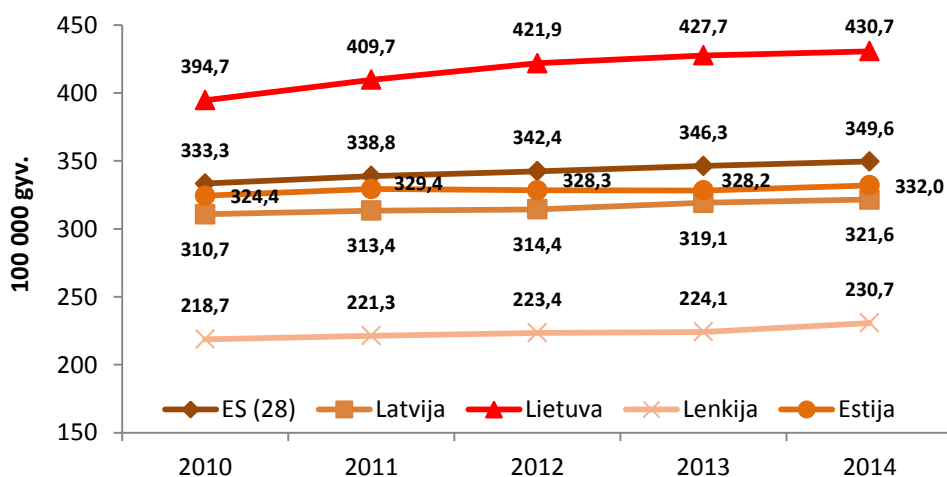
Lietuvoje prekyba alkoholiniais gėrimais bei tabako gaminiiais, jų vartojimas yra reguliuojami įstatymų. Nuo 2003 m. Lietuvoje įsigaliojo PSO tabako kontrolės pagrindų konvencija, kurios tikslas – sukurti pagrindus tabako kontrolės priemonėms, kurias reikia taikyti nacionaliniu, regioniniu ir tarptautiniu lygiu, siekiant nuolat ir sparčiai mažinti tabako vartojimą bei priverstinį kvėpavimą tabako dūmais. Tabako ir alkoholio vartojimo mažinimas yra sudėtingai valdoma sritis, ypatingai tuomet, kai šalyje tabako bei alkoholio gamybos ir prekybos verslas yra laikomi naudingais šalies ekonomikai dėl gaunamų mokesčių. Lietuvoje 2014 m. standartizuotas mirtingumas dėl su rūkymu susijusių priežasčių bei dėl su alkoholio vartojimu susijusių priežasčių buvo didžiausias visoje ES. Galima pasidžiaugti tuo, kad ES didžiausia dalis nerūkančių moterų buvo Lietuvoje, tačiau su vyrų rūkymo įpročiais situacija priešinga – Lietuvos vyrai vieni iš labiausiai rūkančių. Gryno alkoholio kiekis, tenkantis vienam gyventojui, jau 5 metus iš eilės yra didžiausias visoje ES. Remiantis 2015 m. Europos sveikatos apsaugos paslaugų naudotojų indeksu (*angl. Euro health consumer index*), rūkymo prevencija Lietuvoje buvo įvertinta kaip vidutiniška, o alkoholio – prasta.

2005 m. kovą buvo pradėta Europos veiklos programa, skirta tinkamai mitybai, fiziniam aktyvumui ir sveikatai skatinti. Veiklos programos tikslas – aktyvinti savanorišką įmonių, visuomenės ir viešojo sektoriaus veiklą visoje ES. Programoje dalyvauja pagrindiniai ES lygio maisto pramonės, mažmeninės prekybos, maitinimo įstaigų, reklamos verslo, vartotojų organizacijų ir sveikatos NVO atstovai. Tais pačiais metais Europos Bendrijų komisija išleido žaliąją knygą „Sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimas: antsvorio, nutukimo ir chroniškų ligų prevencija Europos Sąjungoje“, kurioje aptariama, kokie veiksmai galėtų ir turėtų būti daromi siekiant pagerinti situaciją šiuo klausimu. Lietuvos žmonių taisyklingos mitybos bei nutukimo situacija nėra blogiausia ES, tačiau gan prasta. Lietuvoje 1,2 karto didesnė dalis asmenų, nevalgančių per dieną daržovių ir vaisių, nei vidutiniškai ES, vartojančių šiuos maisto produktus 5 ir daugiau kartų per dieną rodiklis buvo panašus į vidutinį. 2014 m. Lietuvoje turinčių antsvorį ir nutukusių asmenų dalis buvo kiek didesnė, nei ES. Šiame skyriuje aptartų rodiklių reikšmės rodo, kad sveiko gyvenimo būdo skatinimui Lietuvoje reikia skirti daugiau dėmesio ir imtis efektyvesnių priemonių.

4. Sveikatos priežiūros veikla

4.1. Sveikatos priežiūros prieinamumas

Gydytojų skaičius (praktikuojantys gydytojai). Lietuva nedaug atsiliko nuo pirmaujančių šalių šiuo aspektu 2014 m., tačiau ES šalių vidurkis buvo žymiai mažesnis. 100 000 Lietuvos gyventojų teko 430,7 gydytojai, tuo tarpu ES šalių vidurkis buvo 349,6/100 000 gyv. (4.1.1 pav.). Gydytojų skaičius, tenkantis 100 000 gyv., lyginant Lietuvos ir kaimyninių šalių rodiklius, 2010–2014 m. didžiausias buvo Lietuvoje, mažiausias – Lenkijoje. Kaimyninėse Lietuvos šalyse 2014 m. gydytojų skaičius buvo artimesnis ES šalių vidurkiui, Lietuvoje gydytojų buvo žymiai daugiau, lyginant tiek su ES šalimis, tiek su kaimyninėmis šalimis (4.1.2 pav.).



4.1.2 pav. Gydytojų skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

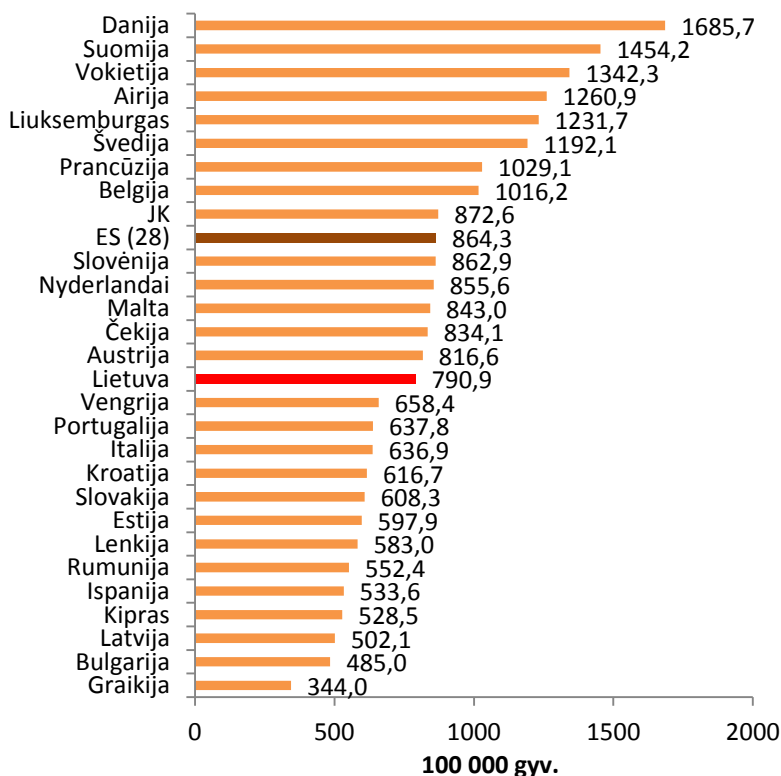
4.1.1 pav. Gydytojų skaičius 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

Nors šiuo laikotarpiu šiose šalyse ir stebimas gydytojų skaičiaus, tenkančio 100 000 gyv. didėjimas, tačiau gydytojų skaičius Lietuvoje didėjo tik iki 2013 m. (2013 m. buvo 12650 praktikuojančių gydytojų), vėliau 2013–2015 m. ėmė mažėti ir 2015 m. buvo 12605 praktikuojantys gydytojai. Prognozuoti gydytojų poreikį ir pasiūlą ateityje yra sunku dėl darbo valandų

neapibrėžtumo, taip pat dėl gydytojų poreikio kaitos visuomenei senstant²³.

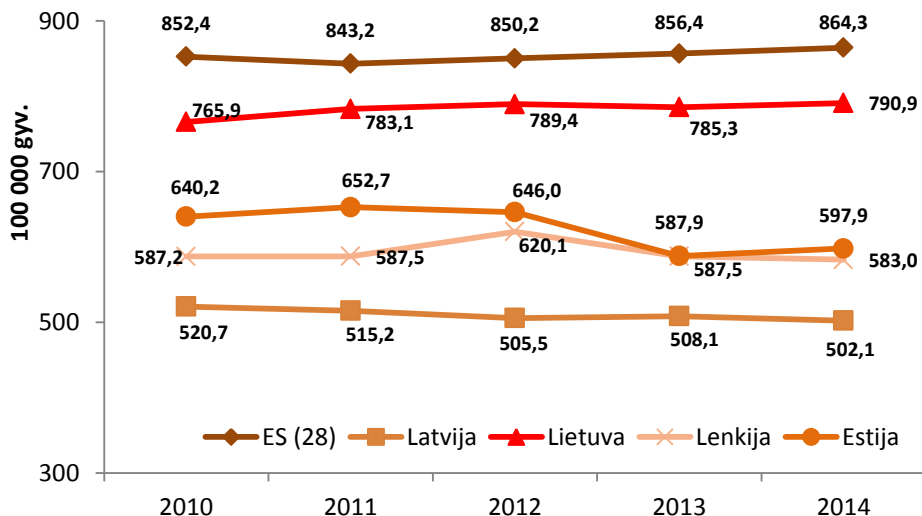
²³ Health at a Glance 2013

Slaugytojų skaičius 100 000 gyv. Slaugytojos atlieka ganėtinai svarbias funkcijas ne tik prižiūrint ligonius stacionaruose ar ilgalaikės priežiūros įstaigose, bet taip pat pirminėje priežiūroje bei slaugant ligonius namuose²⁴. Beveik visose ES šalyse slaugytojų skaičius, tenkantis 100 000 gyv. buvo didesnis nei gydytojų skaičius. Lietuvoje, lyginant su kaimyninėmis šalimis, slaugytojų skaičius 2014 m. buvo didžiausias, tačiau ES šalių kontekste slaugytojų skaičius Lietuvoje yra ganėtinai mažas (4.1.3 pav.).



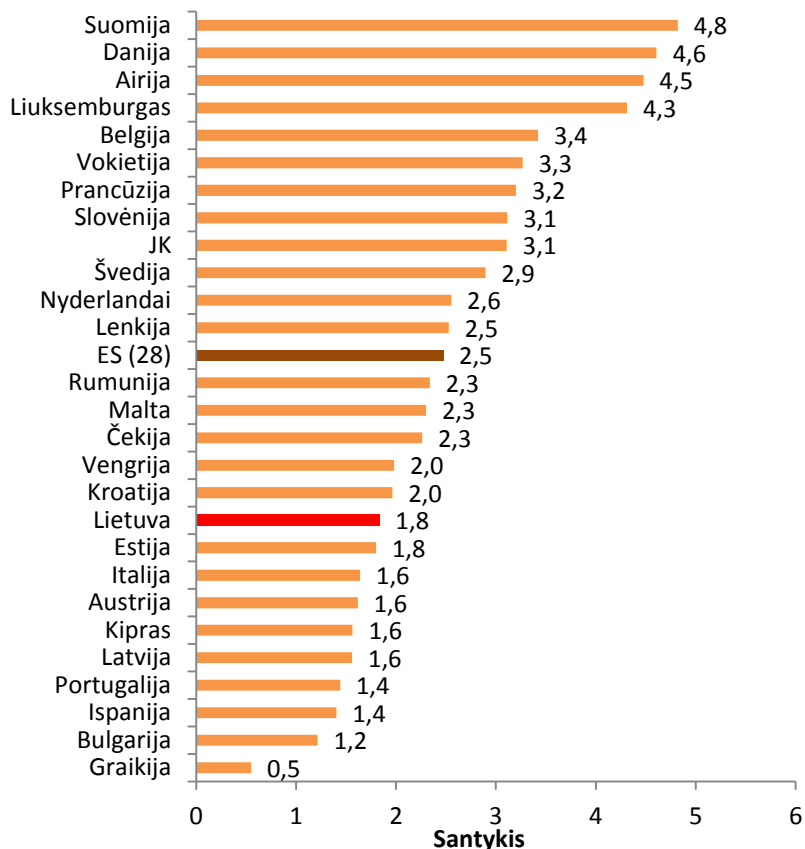
2010–2014 m. slaugytojų skaičiaus ryškaus pokyčio nematyti ir šiuo laikotarpiu buvo gana stabilus Lietuvoje, Latvijoje ir ES šalyse, tik Estijoje ir Lenkijoje nuo 2012 m. sumažėjo (4.1.4 pav.).

4.1.3 pav. Slaugytojų skaičius 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



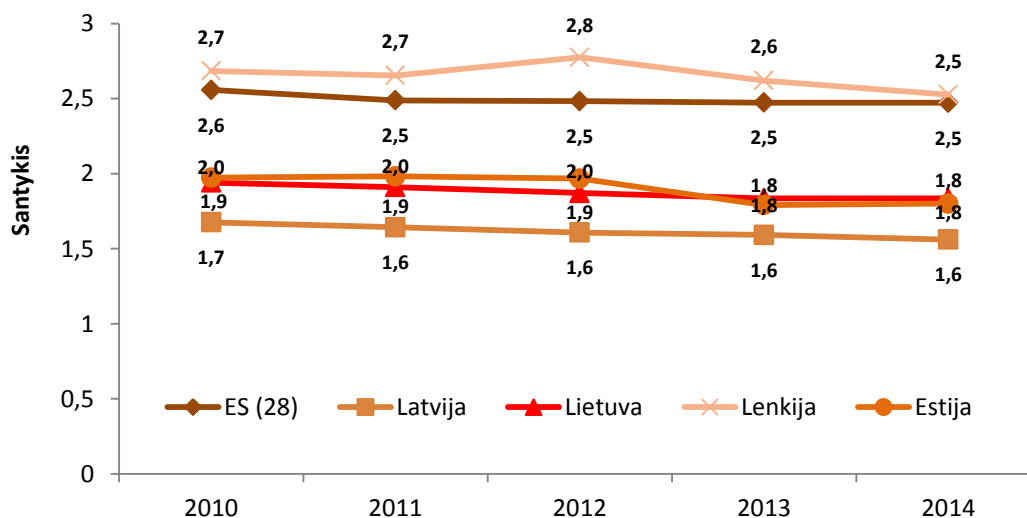
4.1.4 pav. Slaugytojų skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

²⁴ Health at a Glance 2015



4.1.5 pav. Slaugytojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui ES šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

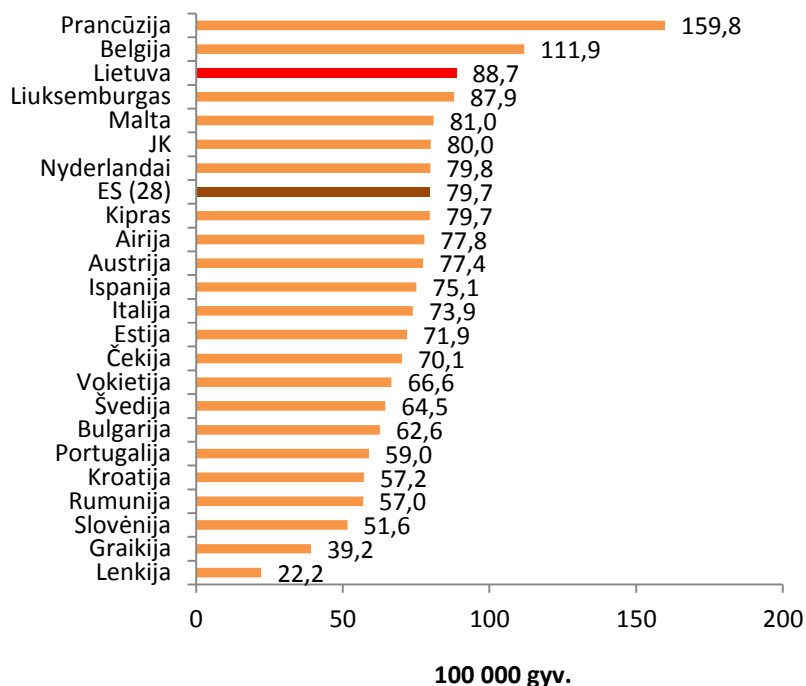
Slaugytojai ir akušeriai sudaro sveikatos priežiūros specialistų daugumą Europoje ir tokiu būdu vaidina pagrindinį vaidmenį, siekiant sėkmingai įgyvendinti sveikatos priežiūros paslaugas.²⁵ Nors Europos regionas šiuo metu susiduria su kvalifikuotų slaugytojų trūkumu, slaugytojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui, Lietuvoje buvo mažas dėl mažo slaugytojų skaičiaus. Taip pat skirtingose šalyse nevienodai gydytojams ir slaugytojams dalijamos funkcijos, pareigos ir atsakomybė dėl sveikatos priežiūros sistemos savitumo. Slaugytojai jau seniai nėra tik gydytojų padėjėjai, o jų atliekamos funkcijos metų bėgyje išsiplėtė ir dalis gydytojo darbų patikima slaugytojams. Lietuvos, Latvijos bei Estijos slaugytojų ir gydytojų santykis buvo mažesnis už ES šalių vidurkį, kuris 2014 m. buvo 2,5. Tuo tarpu Lenkijoje 2014 m. šis santykis buvo lygus ES šalių vidurkiui, o ankstesniais (2010, 2011, 2012 ir 2013) metais buvo net aukštesnis už ES bei Baltijos šalių slaugytojų skaičių, tenkantį vienam gydytojui (4.1.5, 4.1.6 pav.).



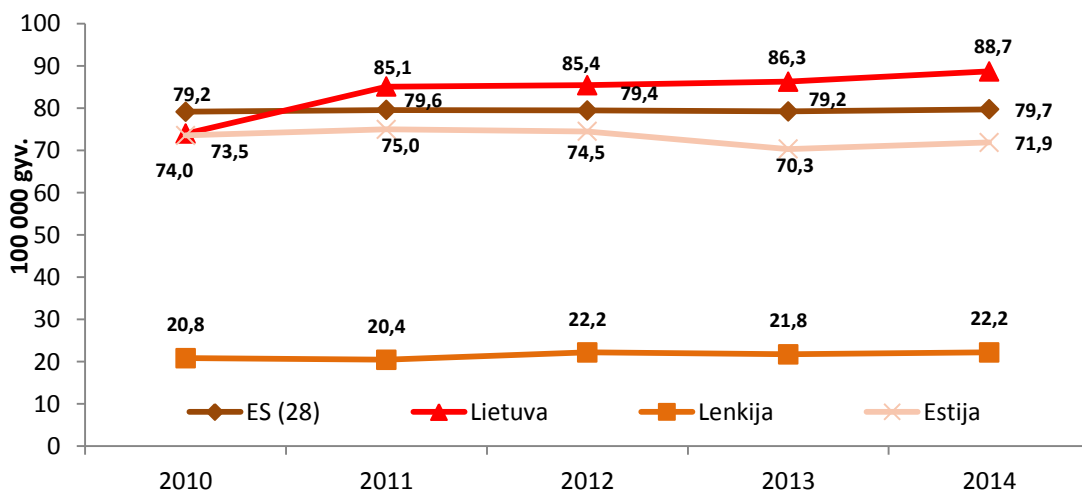
4.1.6 pav. Slaugytojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

²⁵ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/nursing-and-midwifery>

Šeimos gydytojų skaičius. Lietuva, lyginant su ES šalimis, 2014 m. buvo trečioje vietoje pagal šeimos gydytojų skaičių, tenkantį 100 000 gyv (4.1.7 pav.). 2014 m. 100 000 Lietuvos gyventojų teko 88,7 šeimos gydytojai ir tai yra 20 proc. daugiau nei 2010 m. Lietuvoje šeimos gydytojų skaičius buvo didžiausias ne tik lyginant su kaimyninėmis šalimis, bet ir su ES šalių vidurkiu, kuris 2014 m. buvo 79,9/100 000 gyv. Šis rodiklis ES nuo 2010 m. išliko beveik stabilus (4.1.8 pav.). Tuo tarpu Lenkijoje šeimos gydytojų skaičius buvo gerokai mažesnis nei Baltijos šalyse ar ES šalių vidurkis – 22,2/100 000 gyv. Ir tai yra mažiausias rodiklis visoje ES.

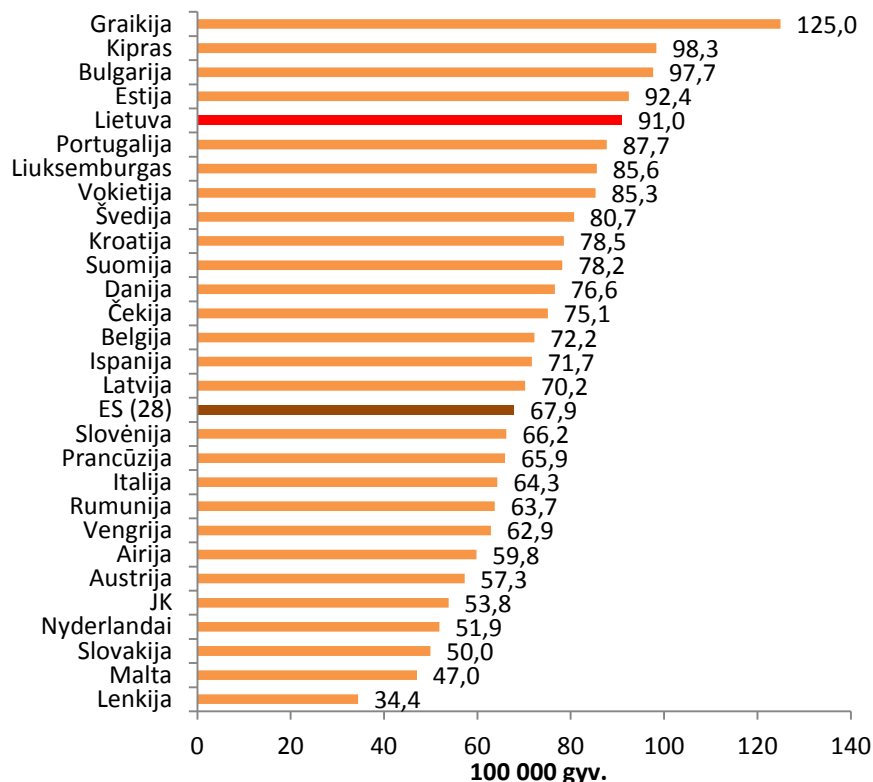


4.1.7 pav. Šeimos gydytojų skaičius 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



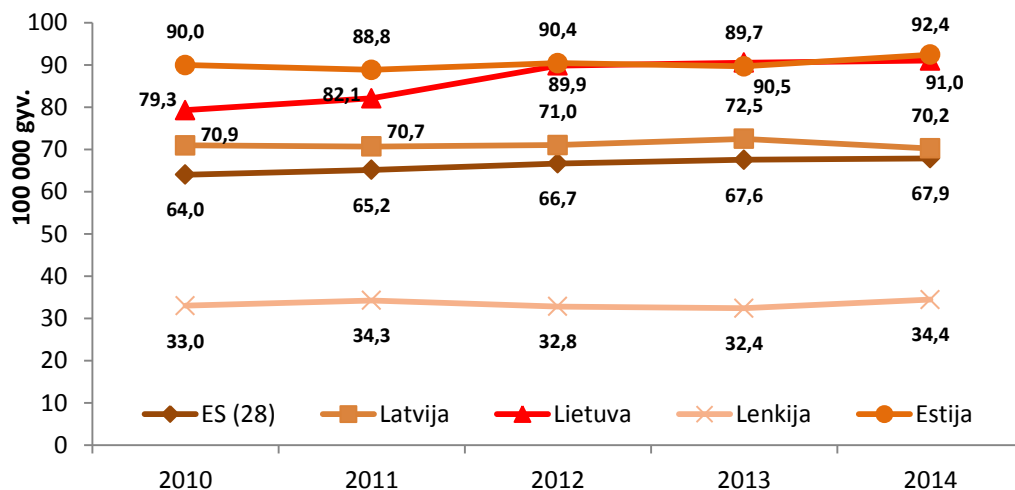
4.1.8 pav. Šeimos gydytojų skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Odontologų skaičius (praktikuojantys gydytojai). Europoje didžioji dalis šalių 2014 m. viršijo vidutinį praktikuojančių odontologų skaičių, kuris ES šalyse 2014 m. buvo 67,9/100 000 gyv. Tarp mažiausių odontologų skaičių turinčių ES šalių pateko Lietuvos kaimynė Lenkija (34,3/100 000 gyv.), Lietuva 2014 m. buvo penktoje vietoje (4.1.9 pav.).

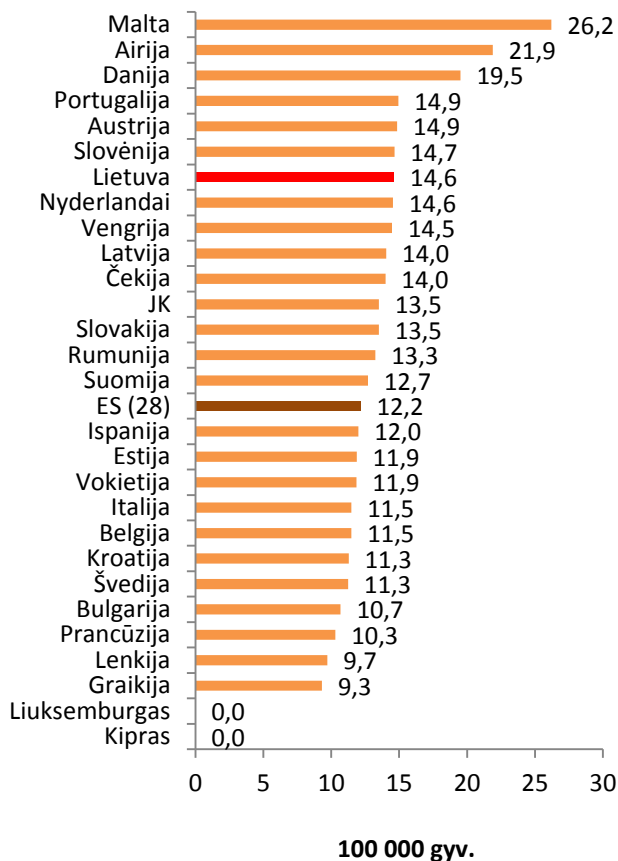


Lietuvoje nuo 2010 m. odontologų skaičius 100 000 gyv. padidėjo 14,8 proc. ir buvo didesnis už kaimyninių šalių (išskyrus Estiją) rodiklį ir ES šalių vidurkį (4.1.10 pav.). ES šalių vidurkis ne taip sparčiai didėjo, kaip Lietuvoje – nuo 2010 m. padidėjo 6 proc. Lietuvoje 2015 m. buvo 2723 aktyvūs odontologai, iš jų didžioji dalis, t. y. 2644 – praktikuojantys. Apie 60 proc. aktyvių odontologų dirbo privačiose įstaigose kaip pagrindiniame darbe. Nuo 2010 m. pastarųjų padidėjo 21,8 proc. (291 asmeniu).

4.1.9 pav. Odontologų skaičius 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



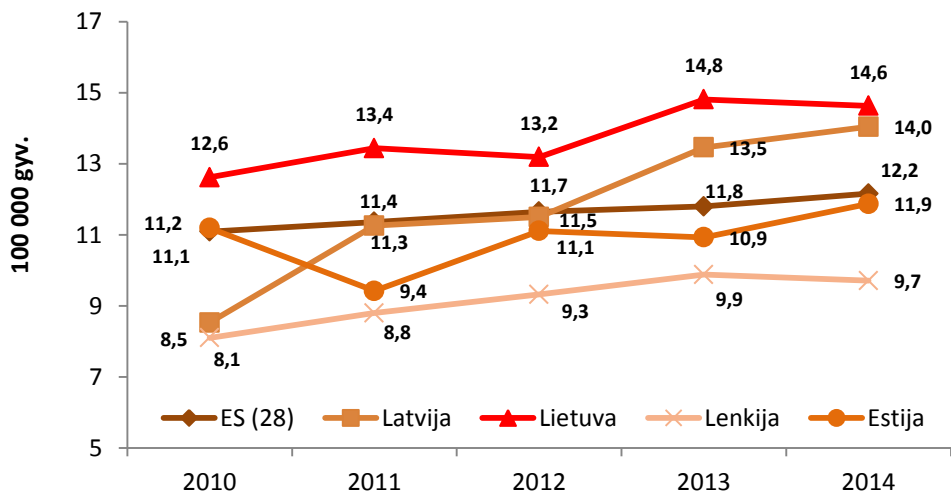
4.1.10 pav. Odontologų skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)



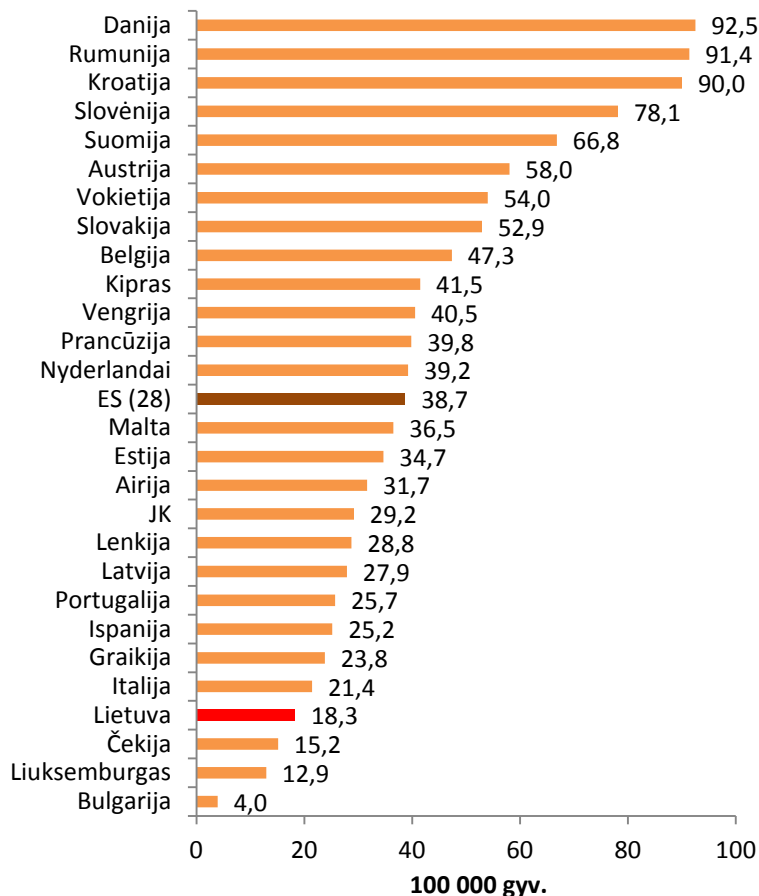
Asmenų, įgijusių medicininių (gydytojo) išsilavinimą, skaičius – tai asmenų (studentų), baigusių medicinos studijas einamaisiais metais (neįtraukiami baigę farmacijos, odontologijos, visuomenės sveikatos, epidemiologijos studijas, taip pat kurie baigė doktorantūros medicinos studijas).

Lietuvoje 2014 m., lyginant su ES šalimis, asmenų, įgijusių medicininių (gydytojo) išsilavinimą buvo žymiai daugiau – 14,6/100 000 gyv., tuo tarpu ES šalyse – 12,2/100 000 gyv. (4.1.11 pav.). Lietuvoje, lyginant su kaimyninėmis šalimis bei ES (28) vidurkiu, tokių asmenų skaičius 100 000 gyv. buvo didžiausias 2010–2014 m. laikotarpiu. Asmenų, įgijusių medicininių išsilavinimą, skaičius didėja Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse bei ES šalyse. Labiausiai baigusiųjų mediciną padidėjo Latvijoje: nuo 2010 m. – 64,7 proc. (4.1.12 pav.).

4.1.11 pav. Asmenų, įgijusių medicininių (gydytojo) išsilavinimą skaičius 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



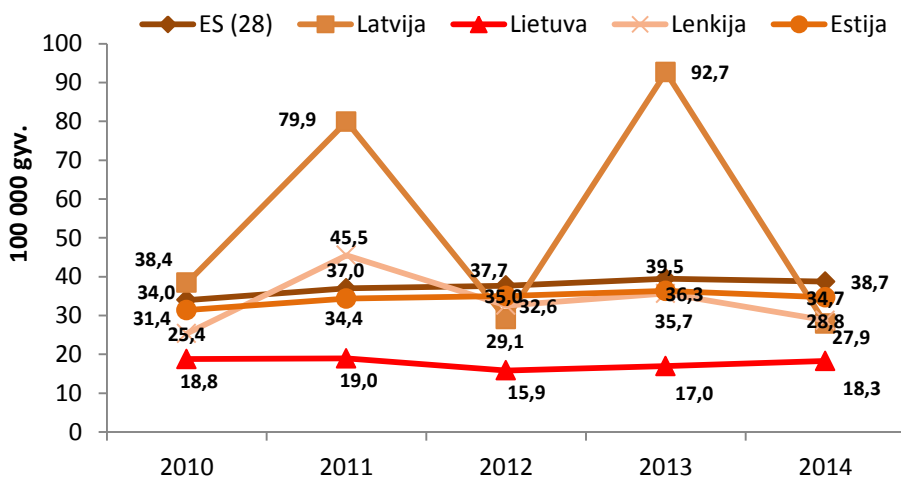
4.1.12 pav. Asmenų, įgijusių medicininių (gydytojo) išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)



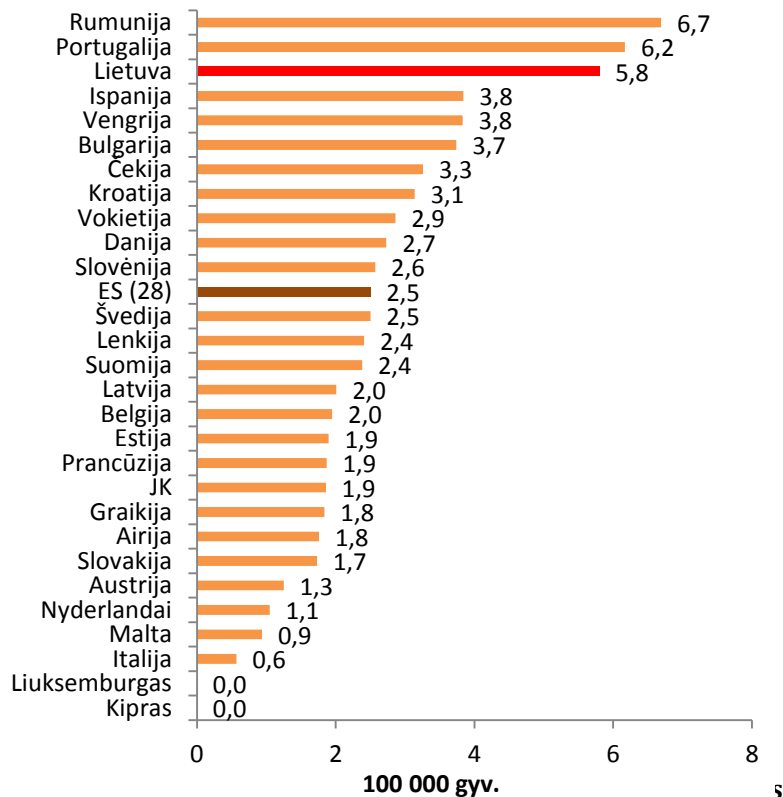
Asmenų, įgijusių slaugytojo išsilavinimą, skaičius Lietuvoje 2014 m., lyginat su ES šalimis, buvo palyginus nedidelis – 18,3/100 000 gyv. Tuo tarpu ES šalyse – 2 kartus didesnis (4.1.13 pav.). Panašu, kad Lietuvoje slaugytojo profesija išlieka ne tokia patraukli kaip kitose ES šalyse, nes baigusiujų slaugą palaipsniui mažėjo, rodiklis svyravo 15,9–19,0/100 000 gyv. ribose. Tuo tarpu 2010–2014 m. ES šalyse šis rodiklis palaipsniui didėjo. Tačiau ateityje slaugytojų poreikis bus dar didesnis dėl senstančios visuomenės.

ES šalių vidurkio 2014 m. nebuvo pasiekusi Lietuva ir kaimyninės šalys. Lenkijoje ir Latvijoje pastarasis rodiklis buvo netolygus (4.1.14 pav.).

4.1.13 pav. Asmenų, įgijusių slaugytojo išsilavinimą skaičius 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

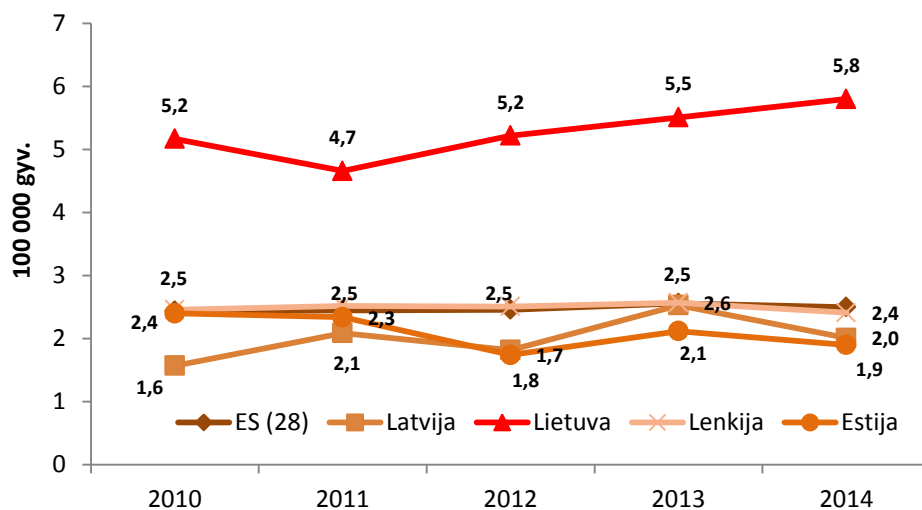


4.1.14 pav. Asmenų, įgijusių slaugytojo išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

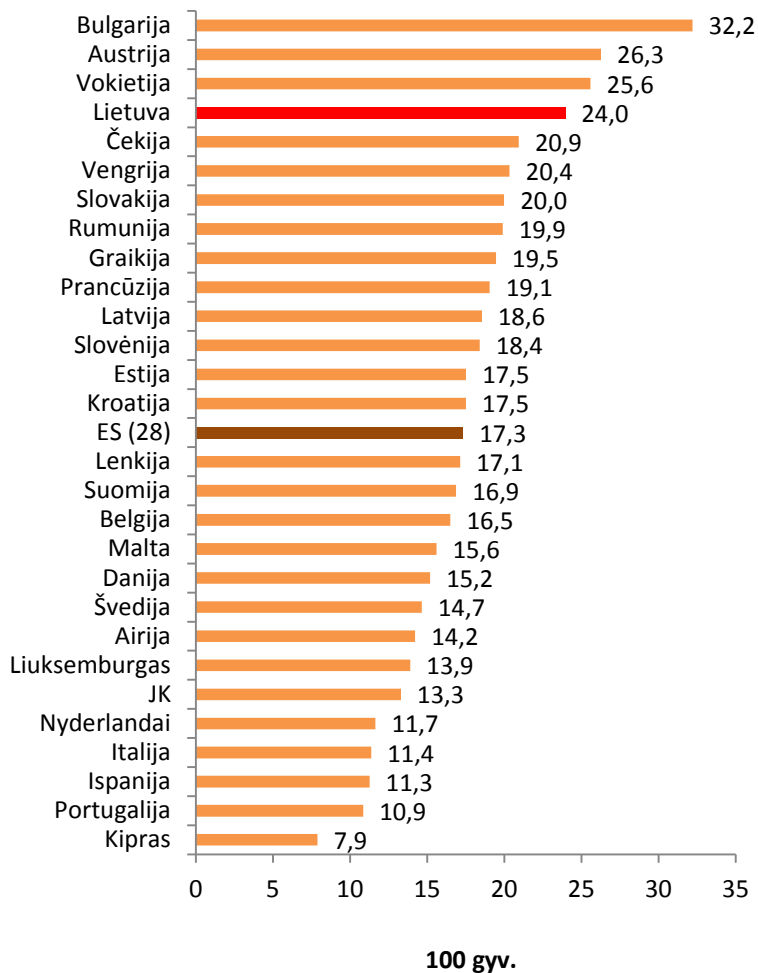


100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

Asmenų, įgijusių odontologo išsilavinimą, skaičius. Odontologo profesija Lietuvoje 2014 m. buvo gana paklausi ir patraukli, nes Lietuvos rodiklis buvo 3 pagal dydį rodiklis ES šalyse. Mūsų šalyje asmenų, baigusių šią specialybę buvo 5,8/100 000 gyv. ES šalių vidurkis buvo daugiau nei 2 kartus mažesnis – 2,5/100 000 gyv. (4.1.15 pav.). 2014 m. Lietuvoje asmenų, įgijusių odontologo išsilavinimą buvo daugiausiai, lyginant su kaimyninėmis šalimis bei ES šalių vidurkiu – 5,8/100 000 gyv., be to nuo 2011 m. rodiklis didėjo: per paskutinį penkmetį – 11,5 proc. ES šalių vidurkis 2010–2014 m. buvo daugiau nei du kartus mažesnis nei Lietuvos, bet stabilus – 2,4–2,6/100 000 gyv. Panaši situacija buvo ir Lenkijoje – 2,4/100 000 gyv. (4.1.16 pav.).



4.1.16 pav. Asmenų, įgijusių odontologo išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

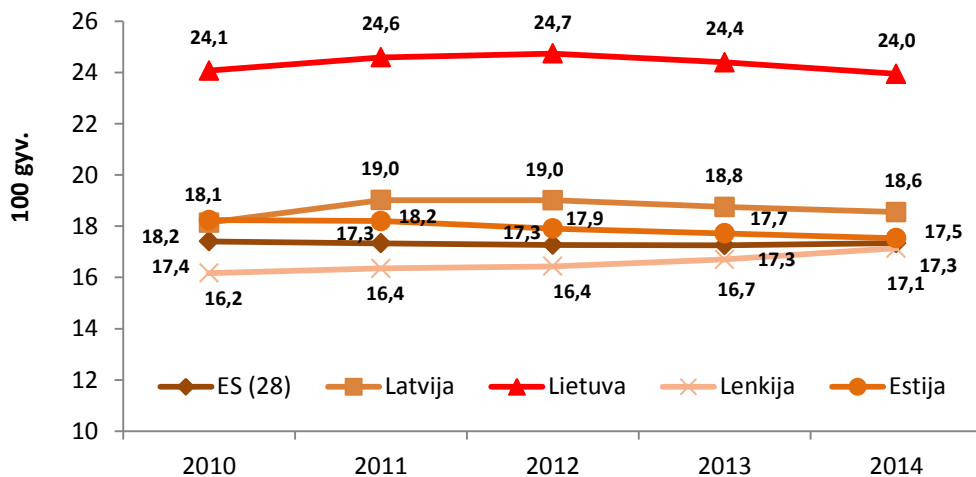


Stacionaro ligonių skaičius. Šis rodiklis apibūdina formaliai išrašytų iš stacionaro į namus, perkeltų į kitą gydymo įstaigą arba mirusių ligonių skaičių. Tai vienas iš sveikatos priežiūros veiklos statistinių rodiklių, kuris kartu su kitais rodikliais, pateiktais šiame skyriuje, padeda stebėti ir vertinti Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų apimtį, jomis besinaudojančių gyventojų skaičių ir pan.²⁶ 2014 m. 100 Lietuvos gyventojų teko 24 stacionaro ligoniai. Šis rodiklis pakankamai didelis, lyginant su kitomis ES šalimis, kadangi Lietuva buvo 4-oje pozicijoje ES (4.1.17 pav.).

Lietuvoje 2010–2014 m., lyginant su kaimyninėmis šalimis ir ES šalių vidurkiu, stacionaro ligonių skaičius buvo didžiausias – 24,0–24,7/100 gyv., tačiau po truputį mažėjo ir išliko 38,7 proc. didesnis už ES šalių vidurkį 2014 m., kuris analizuojamu laikotarpiu buvo mažai kintantis (4.1.18 pav.).

4.1.17 pav. Stacionaro ligonių skaičius 100 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

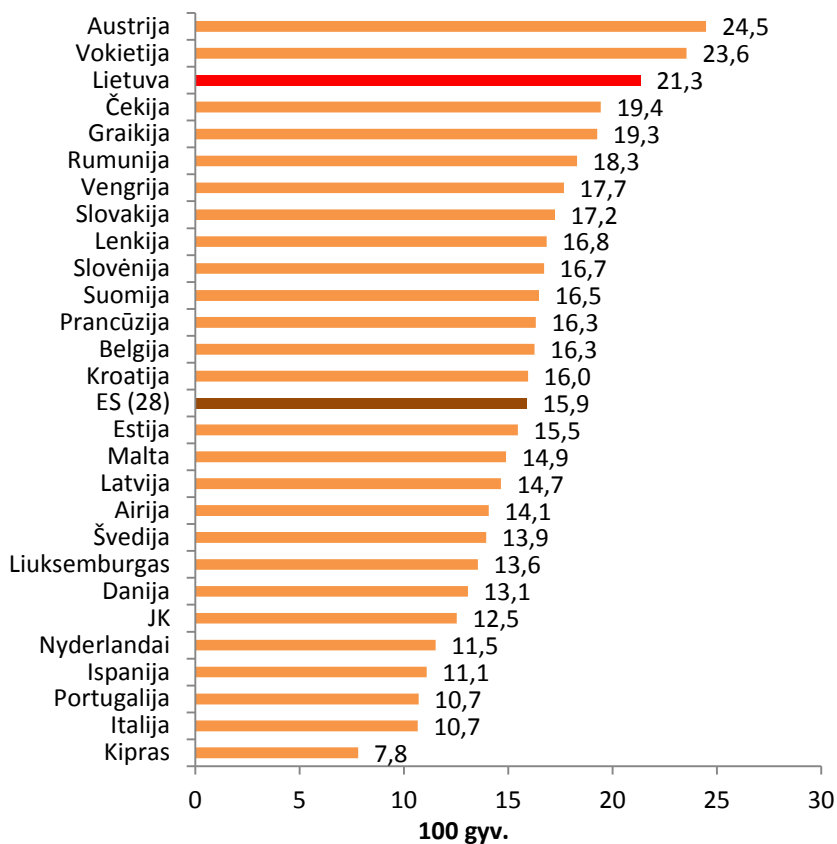
Stacionaro aktyvumas/efektyvumas priklauso nuo įvairių veiksnių, tokių kaip stacionaro pajėgumas gydyti pacientus, pirminės sveikatos priežiūros gebėjimas išvengti nereikalingų hospitalizacijų bei galimybė teikti rehabilitaciją ir ilgalaikę priežiūrą po ūmių ligų/būklių ir traumų²⁷.



4.1.17 pav. Stacionaro ligonių skaičius 100 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

²⁶ www.stat.gov.lt

²⁷ Health at a Glance 2014

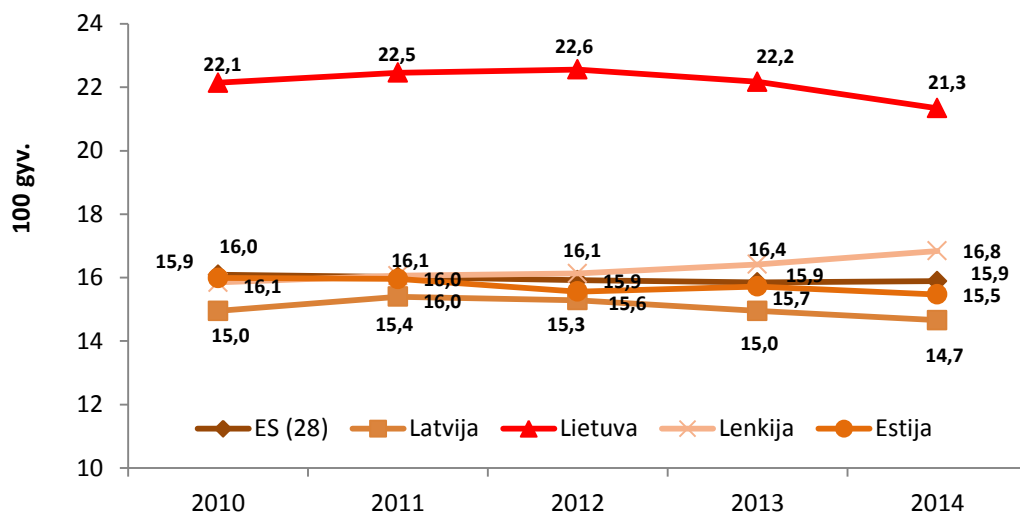


4.1.19 pav. Stacionaro ligonių skaičius 100 gyv. (aktyvus gydymas: be slaugos, psichiatrijos ir tuberkuliozės gydymo) ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

Aktyvaus stacionaro ligonių gydymo skaičius.

Aktyvaus gydymo paslaugos – tai paslaugos, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ar sužalojimo. Teikiant šias paslaugas reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis, ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis.²⁸

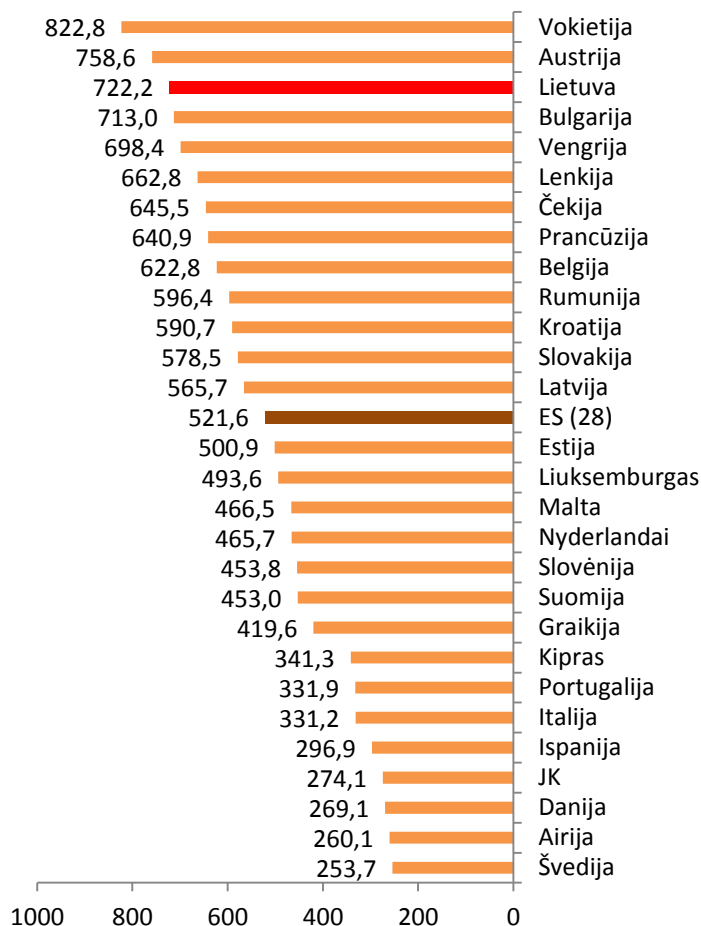
Aktyvaus gydymo stacionaro ligonių skaičius Lietuvoje 2014 m. užėmė trečią vietą tarp ES šalių, kurių vidurkis 2014 m. buvo 15,9/100 gyv. Pastarąjį viršijo daugiau kaip pusė ES šalių (4.1.19 pav.). Aktyvių stacionaro ligonių skaičius 100 gyv. taip pat buvo didžiausias Lietuvoje, lyginant su kaimyninėmis šalimis ir ES šalių vidurkiu 2010–2014 m., tačiau nuo 2013 m. pradėjo lėtai mažėti. Lietuvos kaimyninių šalių bei ES šalių rodikliai 2010–2014 m. buvo apie 30–40 proc mažesni ir mažai kintantys 14,7–16,8/100 gyv. ribose (4.1.20 pav.).



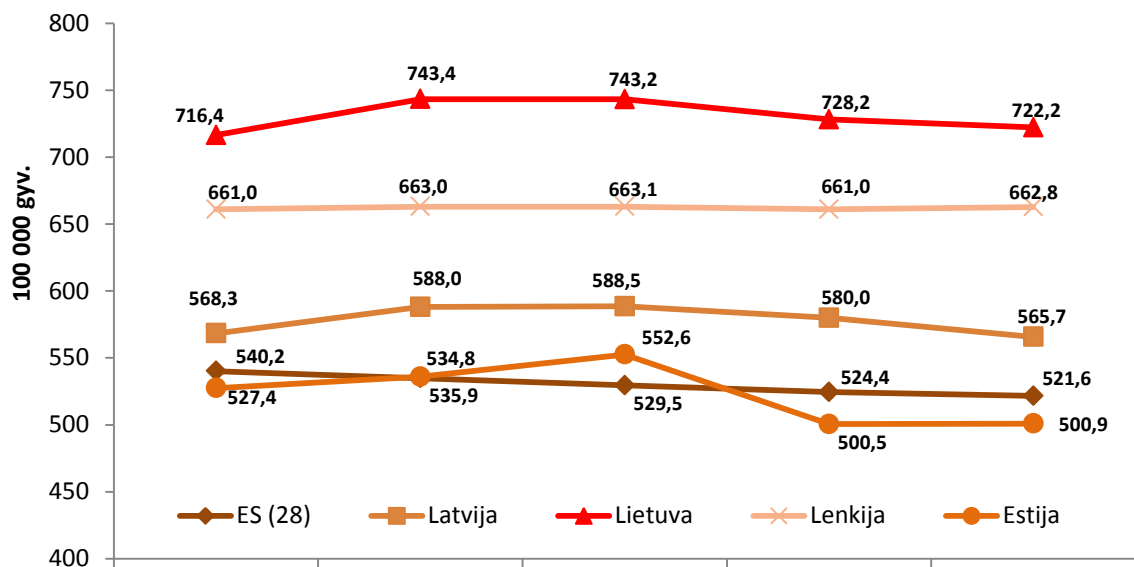
4.1.20 pav. Stacionaro ligonių skaičius 100 gyv. (aktyvus gydymas: be slaugos, psichiatrijos gydymo) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

²⁸ www.vlk.lt

Stacionaro lovų skaičius. Į 2014 m. aukščiausio rodiklio trejetuką vėl pateko Lietuva (4.1.21 pav.). Lyginant su kaimyninėmis šalimis bei ES šalių vidurkiu 2010–2014 m. stacionaro lovų skaičiaus rodiklio reikšmė tiriamuoju laikotarpiu didžiausia buvo Lietuvoje, – 716,4–722,2/100 000 gyv. Mažiausias stacionaro lovų skaičius buvo Estijoje (4.1.22 pav.). Daugumoje ES šalių, siekiant padidinti lovos užimtumo rodiklį, stacionaro lovų skaičių siekiama sumažinti.²⁹

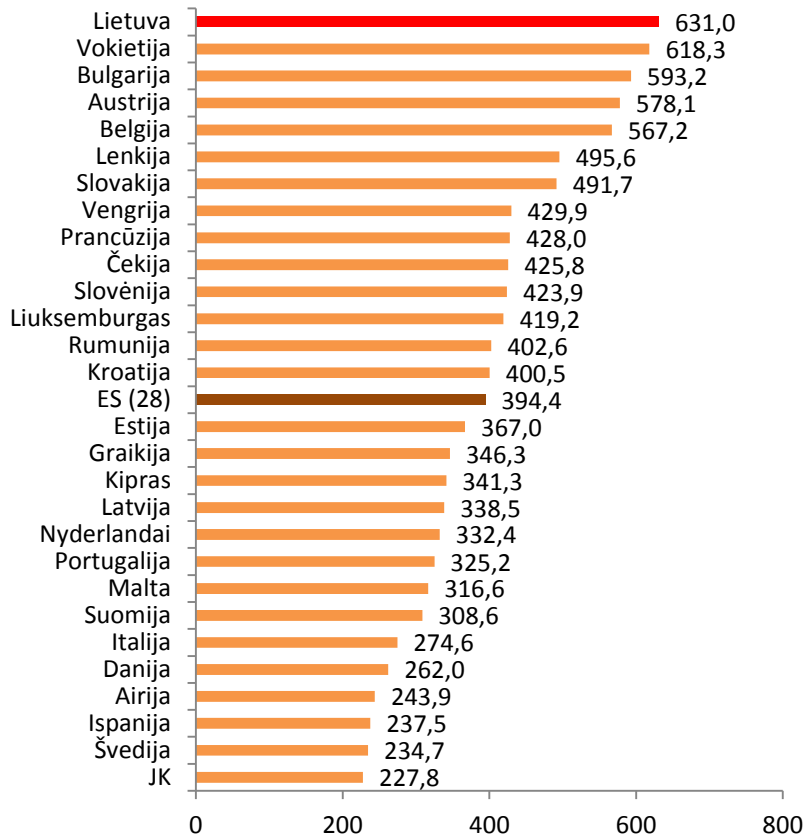


4.1.21 pav. Stacionaro lovų skaičius 100 000 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



4.1.22 pav. Stacionaro lovų skaičius 100 000 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

²⁹ OECD

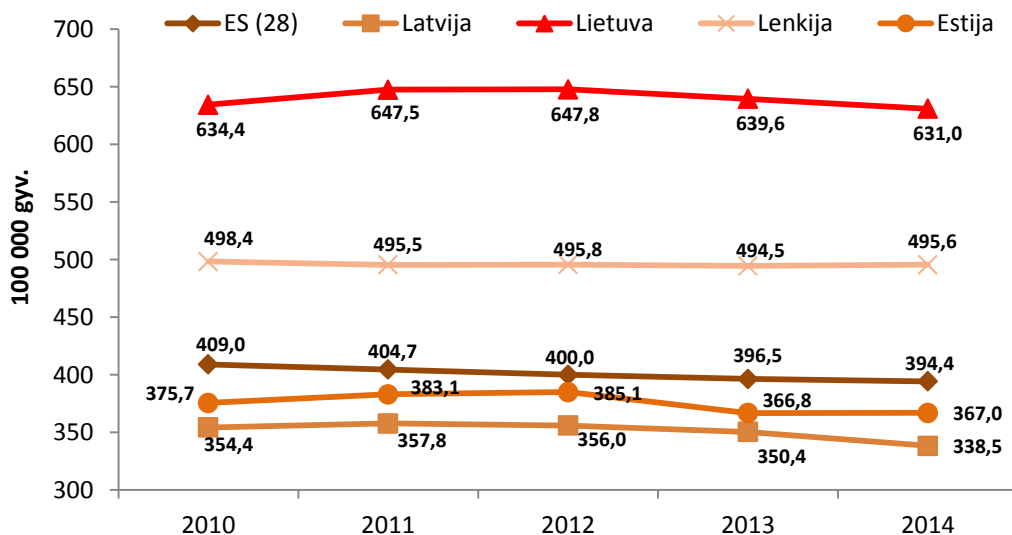


Analizuojant tik **aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičių**, t. y. neįtraukiant slaugos, psichiatrijos, reabilitacijos lovų, Lietuva buvo geroje pozicijoje. Lyginant su visomis ES šalimis, Lietuvos aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius buvo didžiausias 2014 m. – 631/100 000 gyv. Tuo tarpu ES šalių vidurkis buvo 1,5 karto mažesnis – 394,4/100 000 gyv. (4.1.23 pav.).

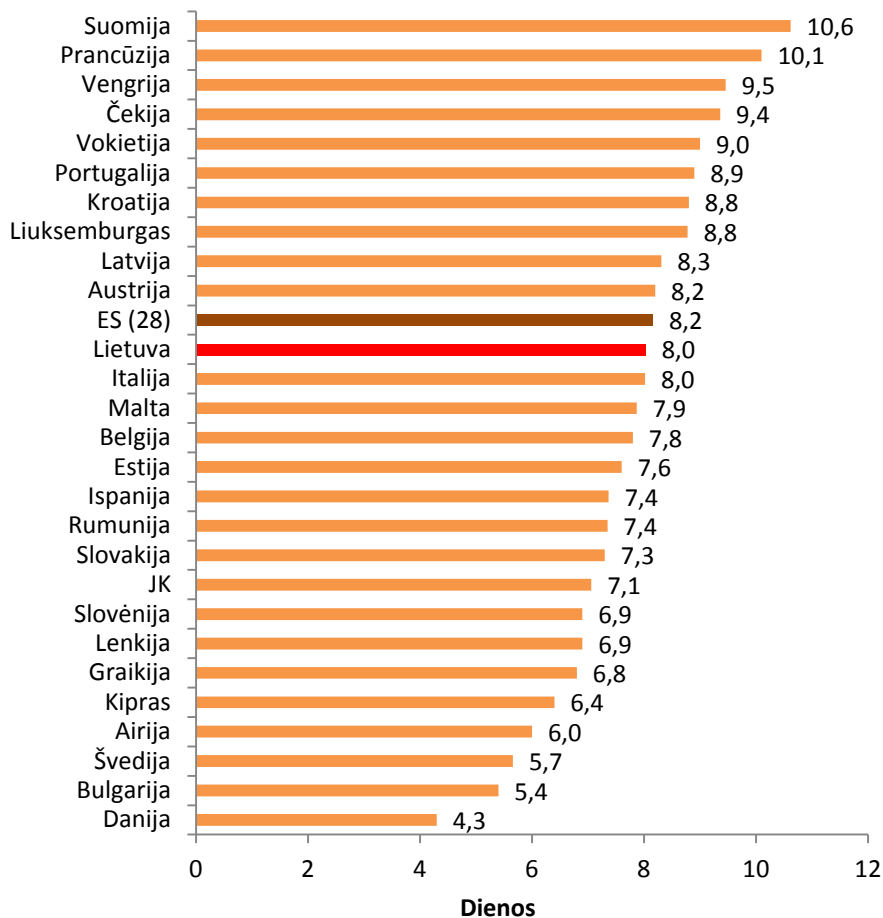
Lyginant su kaimyninėmis šalimis, Lietuvos aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius 2010–2014 m. taip pat buvo didžiausias ir pakankamai stabilus – 634,4–647,8/100 000 gyv. Šiek tiek artimesnis Lietuvai aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius buvo Lenkijoje, kuris 2010–2014 m. taip pat mažai kito: 494,5 – 498,4/100 000 gyv. (4.1.24 pav.).

100 000 gyv.

4.1.23 pav. Stacionaro lovų skaičius 100 000 gyv. (aktyvus gydymas) ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



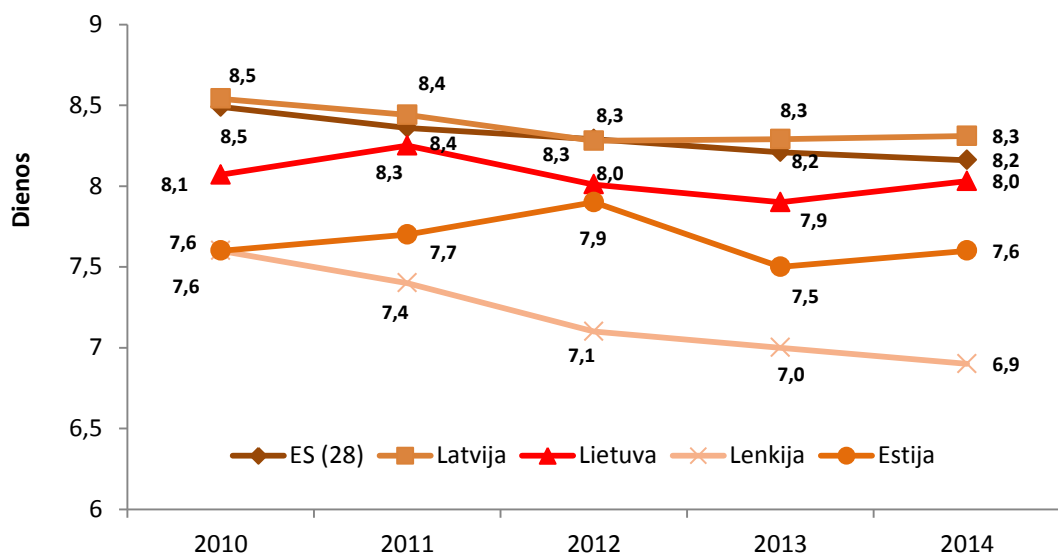
4.1.24 pav. Stacionaro lovų skaičius 100 000 gyv. (aktyvus gydymas) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



Vidutinis gulėjimo laikas (dienomis) – tai vidutinis dienų skaičius, kurias ligoniai gulėjo ligoninėje. Pastarasis rodiklis dažnai naudojamas ligoninių efektyvumui vertinti. Ir jei kiti stacionaro rodikliai būtų geri, trumpesnis gulėjimo laikas padėtų sumažinti stacionaro išlaidas, kadangi stacionare ligonį išlaikyti yra brangiau nei suteikti reabilitacinį gydymą. Tačiau per trumpas gulėjimo laikas gali turėti įtakos sveikatos pokyčiams ar tiesiog sumažinti komfortą ligoniui.³⁰

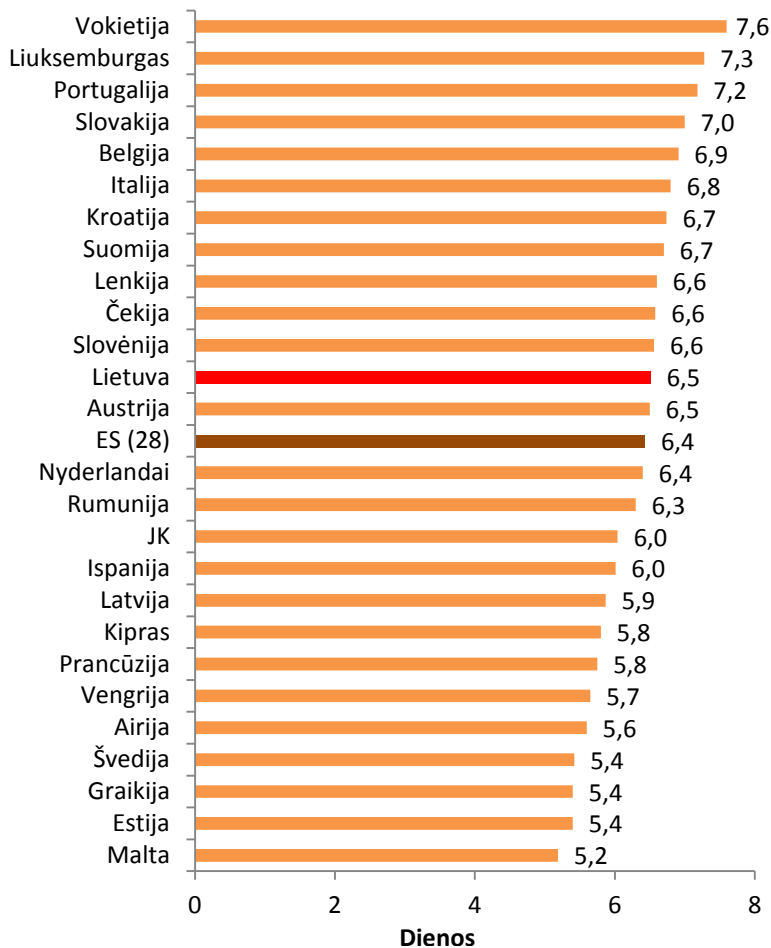
Lietuvoje 2014 m. vidutinis gulėjimo laikas buvo apie 8 dienas. ES šalių vidurkis buvo panašus – 8,2 dienos (4.1.25 pav.). Kaimyninėse bei ES šalyse vidutinio gulėjimo laikas nuo 2010 m. nežymiai sumažėjo (4.1.26 pav.).

4.1.25 pav. Vidutinis gulėjimo laikas ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



4.1.26 pav. Vidutinis gulėjimo laikas Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

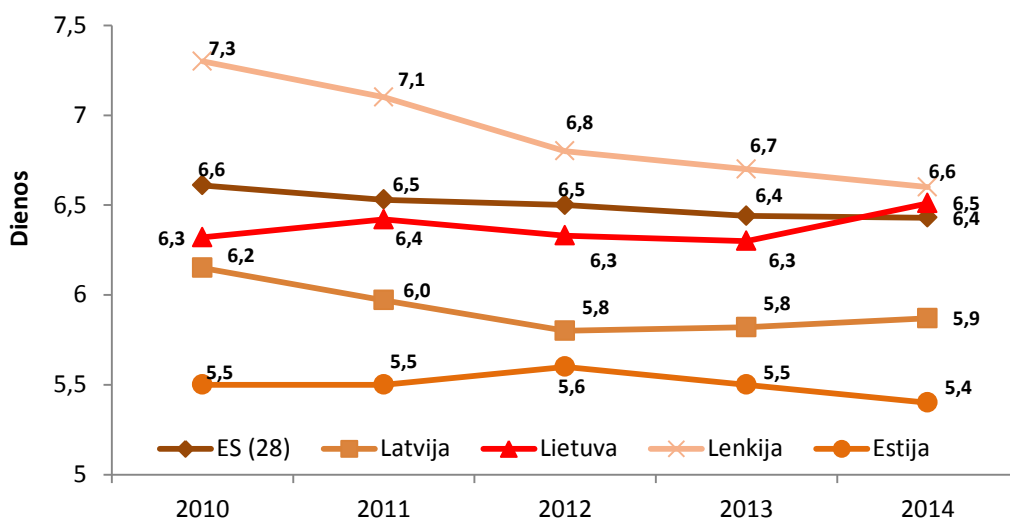
³⁰ Health at a Glance 2015



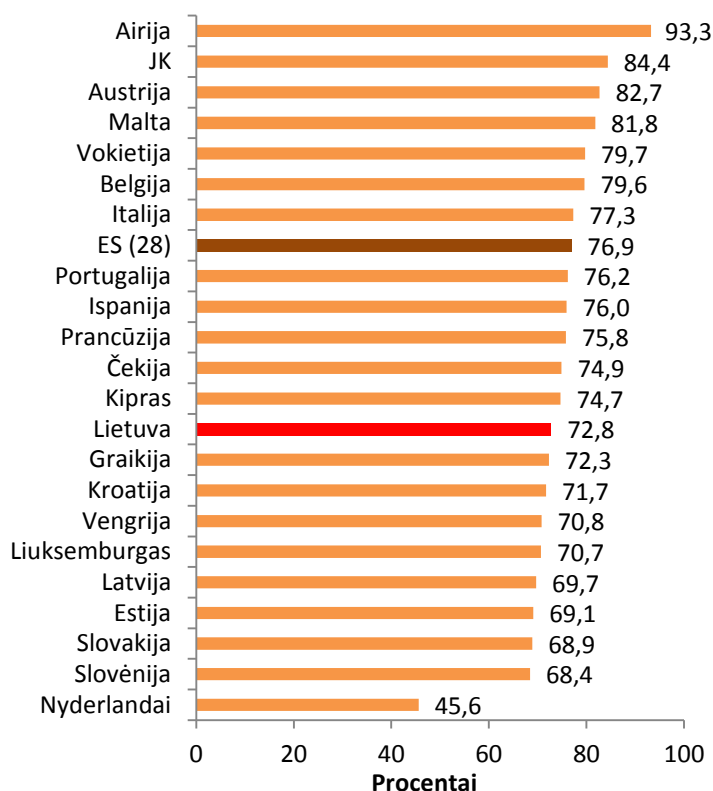
4.1.27 pav. Vidutinis gulėjimo laikas (aktyvus gydymas) ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

Aktyvaus gydymo vidutinis gulėjimo laikas Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2014 m. buvo panašus – 5,4–6,5 dienos. Nors dauguma šalių stengiasi sumažinti vidutinį gulėjimo laiką siekiant pagerinti sveikatos priežiūros kokybę, pusė ES šalių 2014 m. viršijo ES šalių vidurkį, tarp jų ir Lietuva (4.1.27 pav.).

ES šalyse vidurkis 2014 m. buvo 6,4 dienos, kuris nuo 2010 m. beveik nepakito (4.1.28 pav.). Lietuvos aktyvaus gydymo gulėjimo laikas 2010–2014 m. šiek tiek padidėjo, tuo tarpu kitose kaimyninėse šalyse šis rodiklis turi mažėjimo tendenciją, ypač Lenkijoje – nuo 2010 m. sumažėjo 9,6 proc. (4.1.28 pav.).



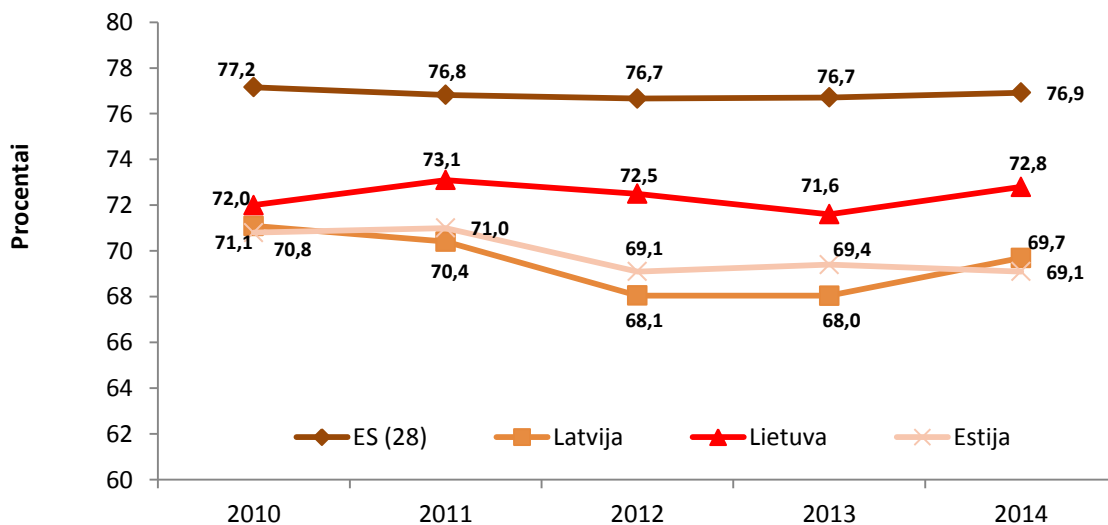
4.1.28 pav. Vidutinis gulėjimo laikas (aktyvus gydymas) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)



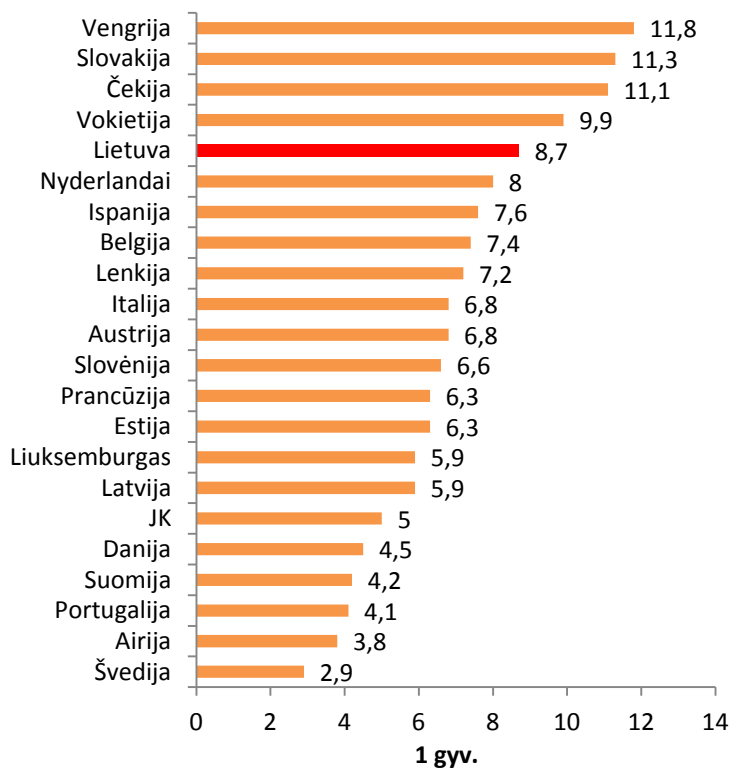
Aktyvaus gydymo lovų užimtumas parodo, kiek vidutiniškai dienų per metus lova buvo užimta ligonių aktyviam gydymui. Lietuvoje 2014 m. stacionaro lovos buvo užimtose 72,8 proc. Didžioji dalis (15) ES šalių, tarp jų ir Lietuva 2014 m. buvo žemiau ES šalių vidurkio, t. y. žemiau 76,9 proc. ribos (4.1.29 pav.).

Lyginant su 2010 m., pastarasis rodiklis šiek tiek padidėjo Lietuvoje. Latvijoje ir Estijoje 2014 m. lovos užimtumas buvo šiek tiek mažesnis – 69,1–69,7 proc., tačiau lyginant su 2010 m., nustatytas nežymus lovos užimtumo mažėjimas. Visų trijų Baltijos šalių lovos užimtumas buvo mažesnis nei ES šalių vidurkis, kuris 2014 m. buvo 76,9 proc. (4.1.30 pav.).

4.1.29 pav. Lovos užimtumas (proc.) (aktyvus gydymas) ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



4.1.30 pav. Lovos užimtumas (proc.) (aktyvus gydymas) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)



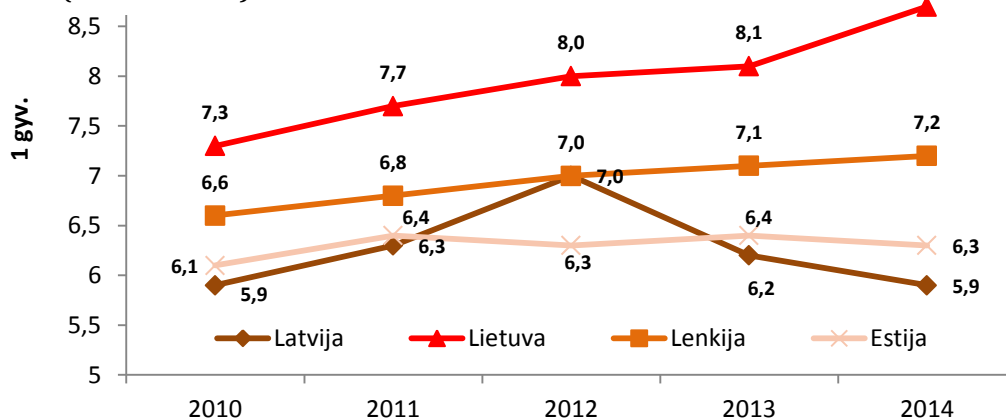
Gydytojų konsultacijų skaičius.

Lietuva ES kontekste šiuo atžvilgiu 2014 m. buvo 5-oje vietoje (8,7 konsultacijos 1 gyv.) (4.1.31 pav.). Didelis gydytojų konsultacijų skaičius gali būti paaiškinamas tuo, kad slaugytojai ir kitas profesionalus medicinos personalas nevisiškai atlieka tokį vaidmenį teikiant pirminę sveikatos priežiūrą pacientams, kuris sumažintų gydytojų darbo krūvį.³¹ Lietuvoje gydytojų konsultacijų skaičius, tenkantis 1 gyventojui, 2010–2014 m. pamažu didėjo: nuo 2010 m. 7,3 konsultacijų/1 gyv. 2014 m. padidėjo iki 8,7 konsultacijų/1 gyv. Kitose, kaimyninėse šalyse, konsultacijų skaičius 2010–2014 m. buvo mažesnis: Latvijos 1 gyv. teko 5,9 konsultacijos, Estijos – 6,3, Lenkijos – 7,2 konsultacijos (4.1.32 pav.).

EBPO atliktame tyrime nustatyta, kad didesnes pajamas gaunantys gyventojai yra linkę dažniau lankytis pas šeimos gydytojus nei gaunantys mažesnes pajamas.³²

4.1.31 pav. Gydytojų konsultacijų skaičius, tenkantis 1 gyv. ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys)

(Šaltinis: EBPO)



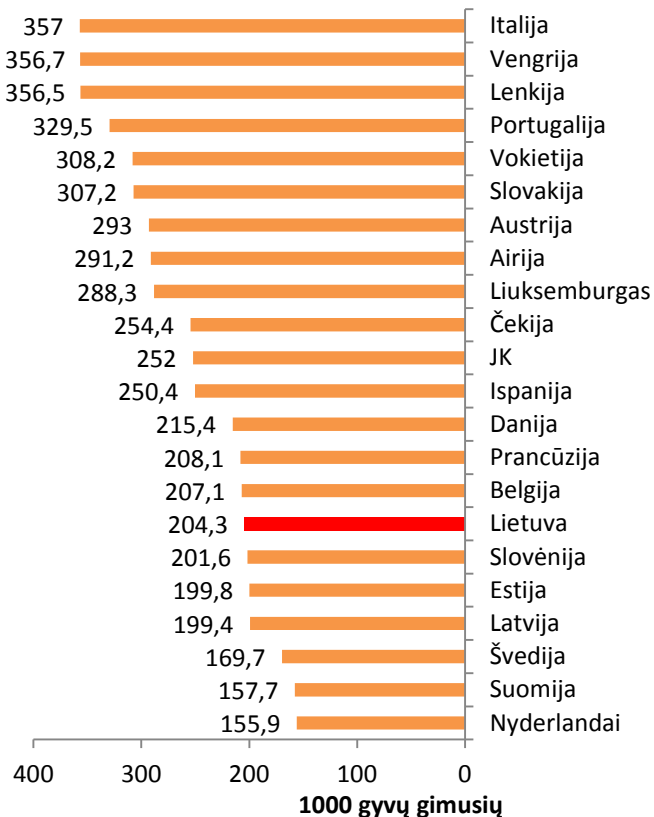
4.1.32 pav. Gydytojų konsultacijų skaičius, tenkantis 1 gyv. Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: EBPO)

³¹ Health at a Glance 2015

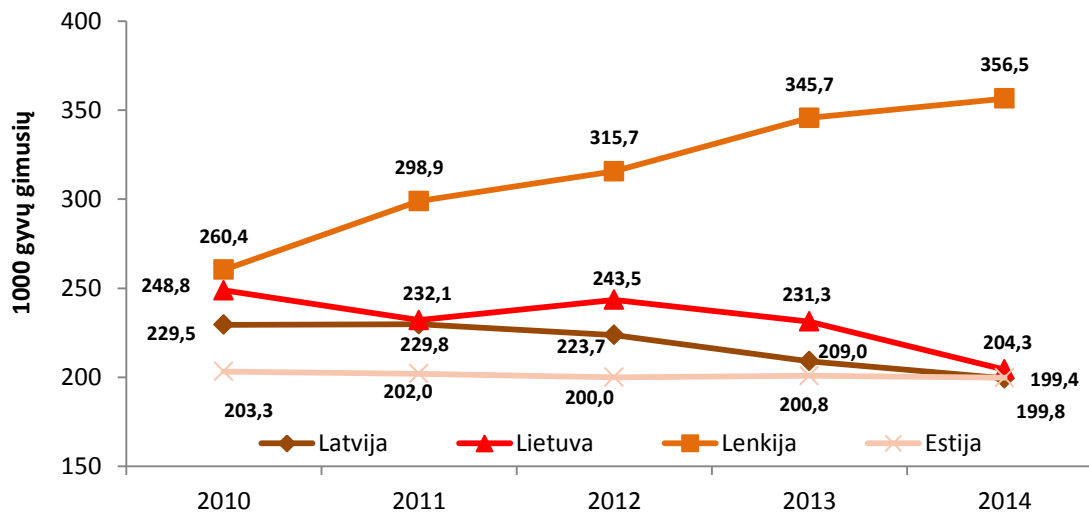
³² Devaux M, de Looper M. Income-related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries. OECD Health Working Papers, 2012. No. 58, OECD Publishing, Paris.

Cezario operacijų skaičius Lietuvoje, lyginant su ES šalimis, nebuvo didelis (4.1.33 pav.). Daugumoje šalių atliktų Cezario operacijų skaičius yra išaugęs. Tam įtakos turėjo tai, kad pirmieji moterų gimdymai įvyksta vis vyresniame amžiuje, taip pat Cezario operacijų prireikia operuojant dvynius ar daugiau vaikų dėl pagalbinių apvaisinimo, moterų pageidavimų atlikti operaciją ir dėl planavimo patogumo tiek gydytojams, tiek ir pacientėms³³.

Baltijos šalyse 2010–2014 m. Cezario operacijų skaičius mažėjo, kitaip nei Lenkijoje. Šioje šalyje Cezario operacijų skaičius 2010–2014 m. buvo didžiausias ir vis didėjantis. Lietuvoje nuo 2010 m. šių operacijų skaičius sumažėjo 17,9 proc. ES šalyse pastarasis rodiklis taip pat mažėjo, tačiau šiek tiek mažesniu tempu – per paskutinį penkmetį sumažėjo 13 proc.

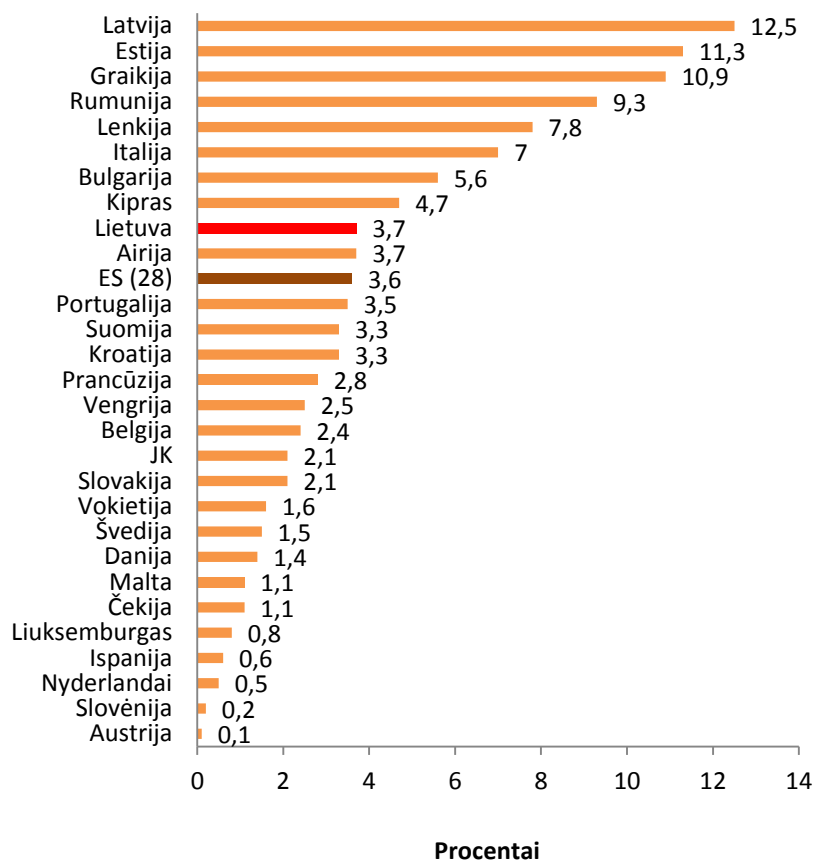


4.1.33 pav. Cezario operacijų skaičius 1000 gyvų gimusių ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: EBPO)



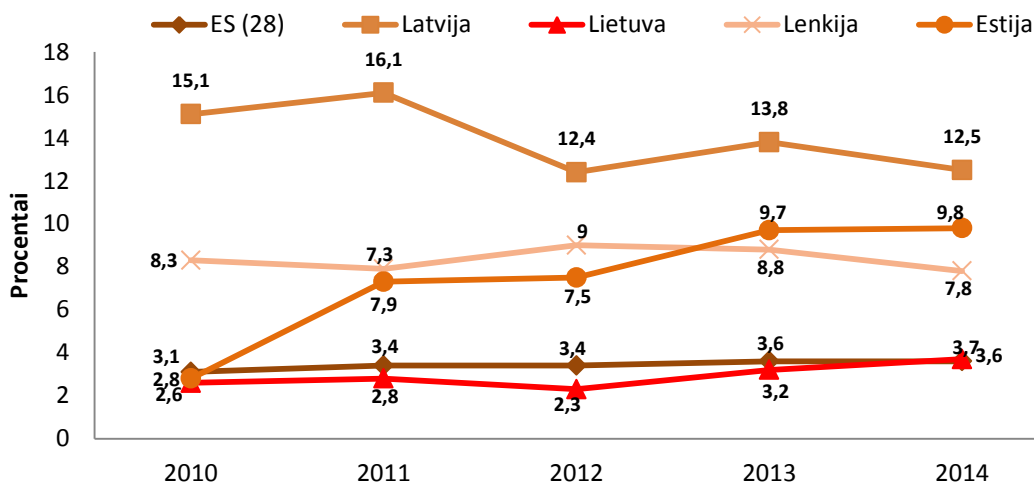
4.1.34 pav. Cezario operacijų skaičius 1000 gyvų gimusių Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: EBPO)

³³ Health at a Glance 2015

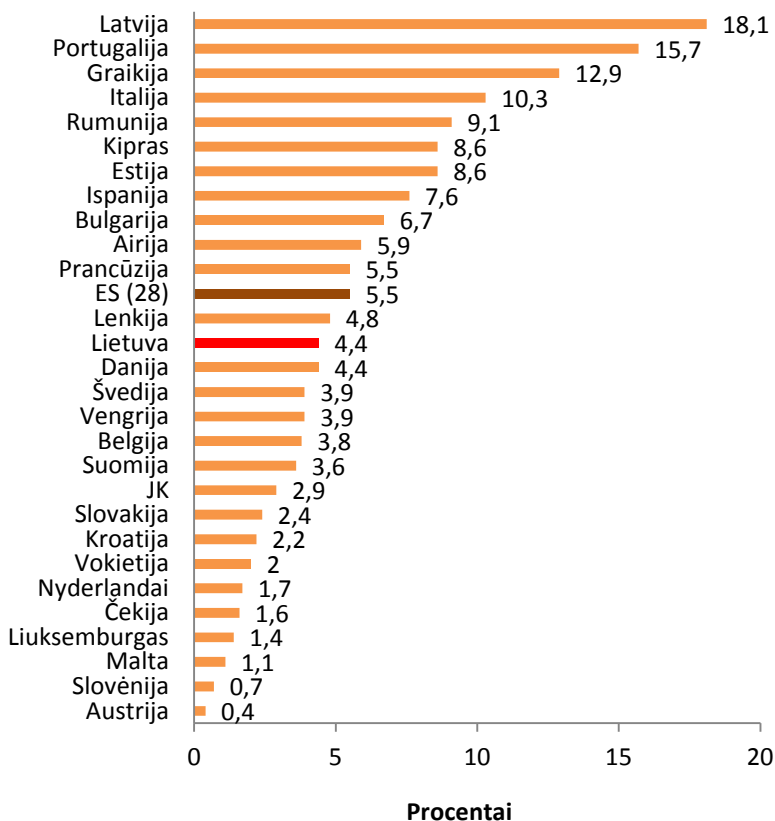


4.1.35 pav. Nepatenkintų medicinine priežiūra asmenų dalis (proc.) ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: Eurostatas)

Nepatenkintų asmenų dėl medicininės priežiūros dalis. Lietuva šiuo atžvilgiu maža dalimi lenkė ES šalių vidurkį (4.1.35 pav.). Didžiausia nepatenkintų asmenų dėl medicininės priežiūros dalis 2010–2014 m. buvo Latvijoje lyginant Lietuvos kaimynines šalis, tačiau per paskutinį penkmetį sumažėjo 17,2 proc. Ši nepatenkintų asmenų dalis žymiai viršijo ES vidurkį, kuris 2010–2014 m. buvo 3,1–3,7 proc. Lietuvoje šiuo laikotarpiu nepatenkintų asmenų dalis buvo dar mažesnė nei ES šalyse – 2,3–3,6 proc., tačiau, lyginant su 2010 m., 2014 m. šiek tiek padidėjo. Ryškus nepatenkintų asmenų padidėjimas stebimas ir Estijoje – nuo 2010 m. buvusių 2,8 proc., 2014 m. padidėjo iki 9,8 proc. (4.1.36 pav.). Estijoje 2014 m. buvo viena didžiausių nepasitenkinusių medicinine priežiūra asmenų dalis visoje ES – 11,3 proc., šią šalį lenkė tik jos ir Lietuvos kaimynė – Latvija. Joje 2014 m. 12,5 proc. asmenų buvo nepatenkinti medicinine priežiūra.



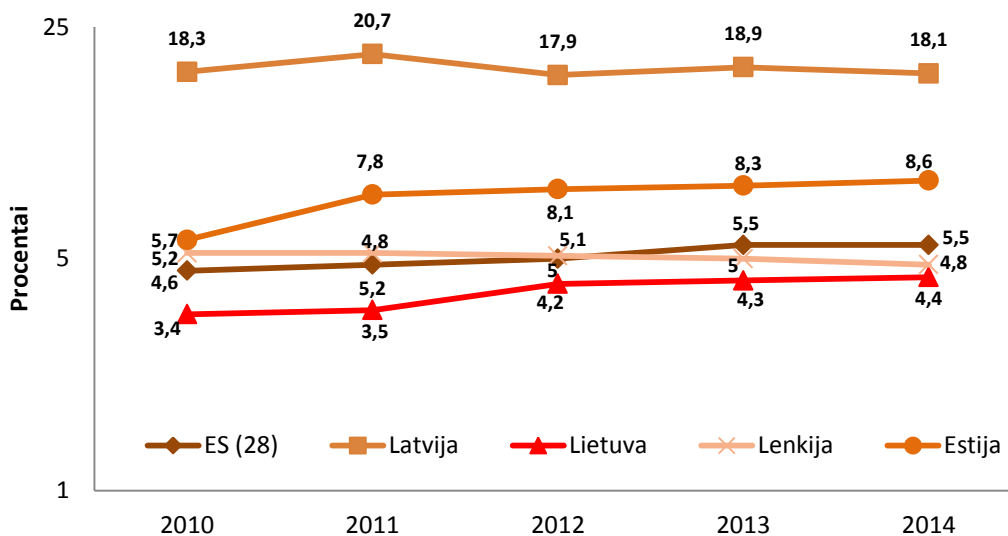
4.1.36 pav. Nepatenkintų medicinine priežiūra asmenų dalis (proc.) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)



Nepatenkintų odontologine priežiūra asmenų dalis 2014 m. Lietuvoje buvo didesnė nei nepatenkintų medicinine priežiūra – 4,4 proc. Lietuvoje nepatenkintų asmenų buvo 1,1 proc. punktu mažiau nei ES šalyse. Latvijoje 2014 m. buvo didžiausia dalis nepasitenkinusiųjų odontologine priežiūra visoje ES – 18,1 proc. (4.1.37 pav.).

Lietuvoje nuo 2010 m. nepatenkintų asmenų dalis palaipsniui didėjo, tačiau Lietuvoje šių asmenų dalis buvo mažiausia lyginant su kaimyninėmis šalimis. ES šalių vidurkis buvo linkęs didėti: nuo 2010 m. 4,6 proc. padidėjo iki 5,5 proc. 2014 m. Estijoje nepatenkintų odontologine priežiūra asmenų dalis 2010–2014 m. buvo didesnė ir linkusi didėti (4.1.38 pav.).

4.1.37 pav. Nepatenkintų odontologine priežiūra asmenų dalis (proc.) Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: Eurostatas)



4.1.38 pav. Nepatenkintų odontologine priežiūra asmenų dalis (proc.) ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: Eurostatas)

4.1 skyrelio „Sveikatos priežiūros prieinamumas“ apibendrinimas

| Paveikslas Nr. | Rodiklis | LT | ES |
|----------------|---|-------|-------|
| 4.1.1 | Gydytojų skaičius 100 000 gyv. | 430,7 | 349,6 |
| 4.1.3 | Slaugytojų skaičius 100 000 gyv. | 790,9 | 864,3 |
| 4.1.5 | Slaugytojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui | 1,8 | 2,5 |
| 4.1.7 | Šeimos gydytojų skaičius 100 000 gyv. | 88,7 | 79,7 |
| 4.1.9 | Odontologų skaičius 100 000 gyv. | 91,0 | 67,9 |
| 4.1.11 | Asmenų, įgijusių medicininių (gydytojo) išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv. | 14,6 | 12,2 |
| 4.1.13 | Asmenų, įgijusių slaugytojo išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv. | 18,3 | 38,7 |
| 4.1.15 | Asmenų, įgijusių odontologo išsilavinimą, skaičius 100 000 gyv. | 5,8 | 2,5 |
| 4.1.17 | Stacionaro ligonių skaičius 100 gyv. | 24,0 | 17,3 |
| 4.1.19 | Stacionaro ligonių skaičius 100 gyv. (aktyvus gydymas) | 21,3 | 15,9 |
| 4.1.21 | Stacionaro lovų skaičius 100 000 gyv. | 722,2 | 521,6 |
| 4.1.23 | Aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius 100 000 gyv. | 631,0 | 394,6 |
| 4.1.25 | Vidutinis gulėjimo laikas | 8,0 | 8,2 |
| 4.1.27 | Vidutinis gulėjimo laikas (aktyvus gydymas) | 6,5 | 6,4 |
| 4.1.29 | Lovos užimtumas (proc.) (aktyvus gydymas) | 72,8 | 76,9 |
| 4.1.31 | Gydytojų konsultacijų skaičius, tenkantis 1 gyv. | 8,7 | |
| 4.1.33 | Cezario operacijų skaičius 1000 gyvų gimusių | 204,3 | |
| 4.1.35 | Nepatenkinti medicininės priežiūros poreikiai | 3,7 | 3,6 |
| 4.1.37 | Nepatenkinti odontologinės priežiūros poreikiai | 4,4 | 5,5 |

Iš viso asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros bei sveikatos valdymo ir mokymo įstaigose Lietuvoje 2015 m. dirbo apie 80 tūkst. darbuotojų.³⁴ Dalis rodiklių, apibūdinančių sveikatos priežiūros prieinamumą, 2010–2014 m. kito teigiama linkme. Per paskutinius penkerius metus gydytojų, slaugytojų, šeimos gydytojų, odontologų skaičius didėjo, taip pat ir asmenų, įgijusių medicininių išsilavinimą nuo 2010 m. padidėjo 15,9 proc. Gydytojų skaičius 100 000 gyv. nuo 2010 m. padidėjo 9,1 proc. Aktyvių gydytojų skaičius nuo 2010 m. padidėjo 2,2 proc., šeimos gydytojų skaičius – 11,5 proc. Taip pat per pastarąjį penkmetį padidėjo šeimos gydytojų dalis nuo visų gydytojų. Nuo to, ar šalyje yra pakankamas gydytojų skaičius ir ar užtikrinamas reikiamo jų skaičiaus rengimas, didžiąja dalimi priklauso sveikatos sistemos funkcionavimas tiek esamu momentu, tiek ateityje.³⁵

³⁴ www.stat.gov.lt

³⁵ L. Starkienė „Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos“

Lietuvoje tęsiantis sveikatos priežiūros reformai vis didesnis dėmesys yra skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai, nes didėja pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugų poreikis – Lietuvoje stebima gyventojų senėjimo tendencija, o kartu ir slaugos bei bendrosios praktikos gydytojų teikiamų paslaugų poreikis. Lietuva laikoma viena iš nedaugelio ES šalių, kuri parengia pakankamą gydytojų skaičių savo sveikatos priežiūros sistemai. Palyginimui, Jungtinėje Karalystėje virš 30 proc. gydytojų yra atvykę iš kitų šalių. Didesnė problema – netolygus gydytojų pasiskirstymas tarp miesto ir kaimo, didesnis kai kurių specialybių gydytojų poreikis.³⁶

Įvertinus iki šiol vykusią restruktūrizavimo etapų rezultatus ir neįvykdytas priemones bei atlikus išsamią ir detalią Lietuvos sveikatos sistemos dabartinės būklės analizę Lietuvoje, Sveikatos apsaugos ministerija išskiria aktyvaus gydymo lovų pertekliaus problemą, kur gyventojų skaičius nedidelis, taip pat išskirtas perteklinis ligonių gydymas stacionare, kai pagal indikacijas tai nėra būtina arba stacionarizuojama dėl socialinių priežasčių. Kaip viena iš priemonių yra numatoma atsisakyti perteklinių lovų, siekiant lovos užimtumą padidinti iki 300 d. per metus., hospitalizacijų sumažinti nuo 20,21 iki 19,11 atvejų ir pan.³⁷ Jau nuo 2010 m. buvo planuota mažinti stacionariųjų paslaugų apimtį, o atsilaisvinusias lėšas nukreipti į pirminę sveikatos priežiūrą, ambulatorinę pagalbą, dienos stacionaro bei slaugos paslaugas.³⁸ Cezario operacijų skaičiumi Lietuva nėra tarp pirmaujančių valstybių. 2015 m. ES sveikatos apsaugos paslaugų kokybės indekso vertinimo ataskaitoje (*EHCI*) Lietuvoje Cezario operacijų skaičius, tenkantis 1000 gyvų gimusių, buvo įvertintas vidutiniškai, taip pat ir kitose Baltijos šalyse – Latvijoje bei Estijoje.

Taigi, senstant visuomenei būtina sutelkti ir plėtoti ilgalaikės sveikatos priežiūros paslaugas bei personalą. Naudodama ES lėšas Lietuva kuria ir modernizuoja savo ilgalaikės priežiūros infrastruktūrą (pvz., dienos priežiūros centrus), steigia naujus bendruomeninės globos namus pagyvenusiems žmonėms ir plėtoja socialinės ir slaugos priežiūros namuose paslaugas. EBPO šalyse, apie 30 proc. ilgalaikės sveikatos priežiūros personalo sudaro slaugytojai, 70 proc. – asmens priežiūros darbuotojai (slaugytojų padėjėjai, kiti pagalbinių darbuotojai institucijose ar prižiūrint ligonius namuose). Dauguma EBPO šalių turi nustatytus išsilavinimo reikalavimus šiems darbuotojams, nes nuo jų darbo įgūdžių, sugebėjimo suteikti pagalbą, priklauso sergančio žmogaus gyvenimo kokybė. Augant tokio personalo paklausai, taip pat būtina gerinti įdarbinimo politiką, gerinti darbuotojų darbo sąlygas bei darbo užmokestį. 2015 m. ES sveikatos apsaugos paslaugų kokybės indekso vertinimo ataskaitoje (*EHCI*) Lietuvos slauga namuose ir vyresnių žmonių priežiūros lovos buvo įvertintos vidutiniškai.

³⁶ www.sam.lt

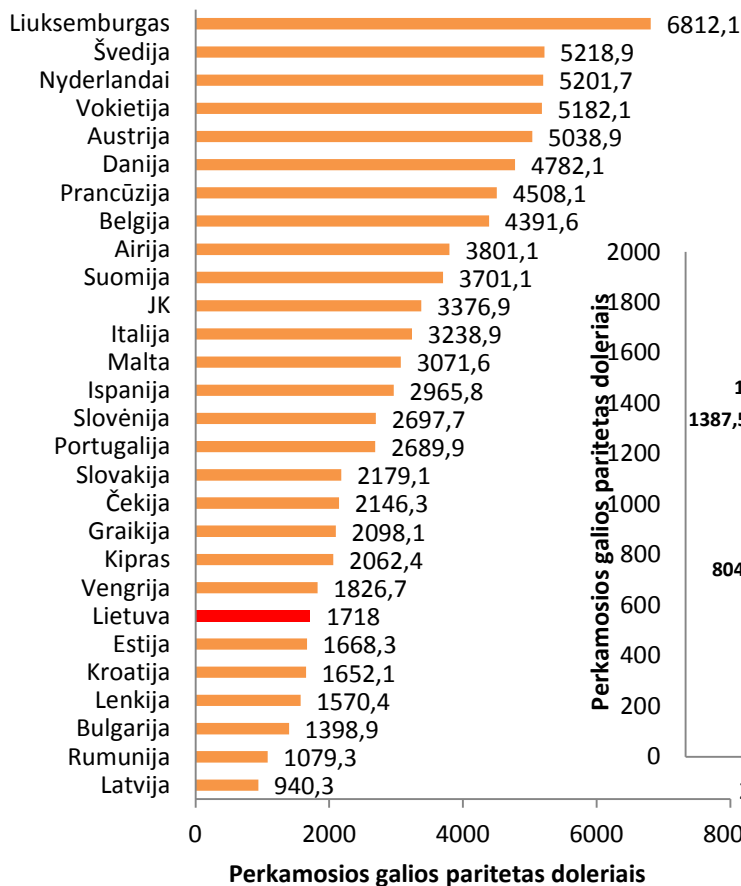
³⁷ www.sam.lrv.lt

³⁸ www.vlk.lt

4.2 Sveikatos priežiūros išlaidos ir finansavimas

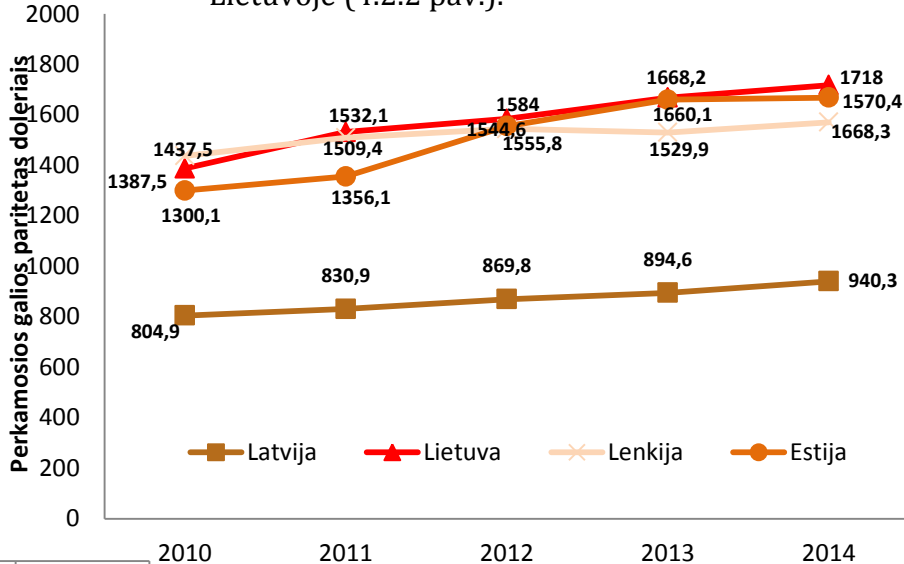
Pinigų kiekis, kuris yra išleidžiamas sveikatos priežiūrai ir tai, kaip jis kinta metų bėgyje, nėra nulemtas vien tik gerėjančios ar prastėjančios žmonių sveikatos, didelės naujų technologijų kainos. Tam daug įtakos turi socioekonominiai veiksniai, finansavimo, organizacinės struktūros bei šalies sveikatos priežiūros sistemos ypatumai.³⁹

Sveikatos priežiūros išlaidos asmeniui. Išlaidos sveikatos priežiūrai skirtingose šalyse gali skirtis kelis kartus. Norint įvertinti patiriamas išlaidas vienam gyventojui, geresniam palyginamumui taikomas metodas, kuomet apskaičiuojamas skirtingų valiutų tarpusavio kursas ir pašalinamas kainų skirtumas – apskaičiuojamas perkamosios galios paritetas, kuris rodo, kiek konkrečios šalies valiutų vienetų reikia, kad būtų galima įsigyti tą patį prekių ir paslaugų rinkinį, kurį galima įsigyti už kitos šalies bazinės valiutos vienetą arba už šalių grupės bendros išvestinės valiutos vienetą. 2014 m. Lietuvoje vidutiniškai vienam asmeniui buvo išleidžiama 1718 dolerių. Išlaidos sveikatos priežiūrai tarp valstybių 2014 m. skyrėsi net iki 7,2 karto (4.2.1 pav.).



4.2.1 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui (išreiktos perkamosios galios paritetu doleriais) ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: PSO)

Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui per penkmetį (2010–2014 m.) išaugo visose Baltijos šalyse ir Lenkijoje, daugiausiai – Lietuvoje (4.2.2 pav.).

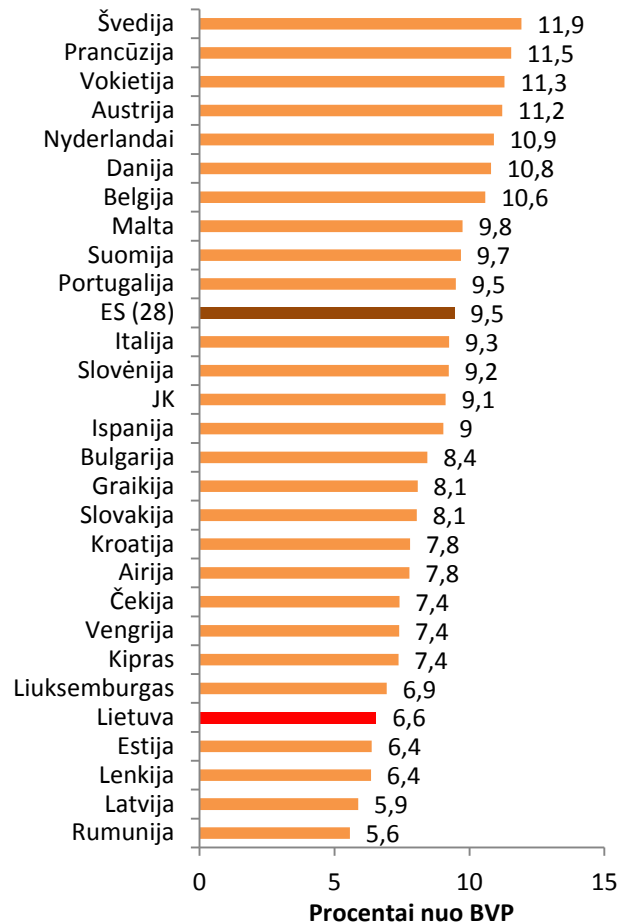


4.2.2 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui (išreiktos perkamosios galios paritetu doleriais) Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010 – 2014 m. (Šaltinis: PSO)

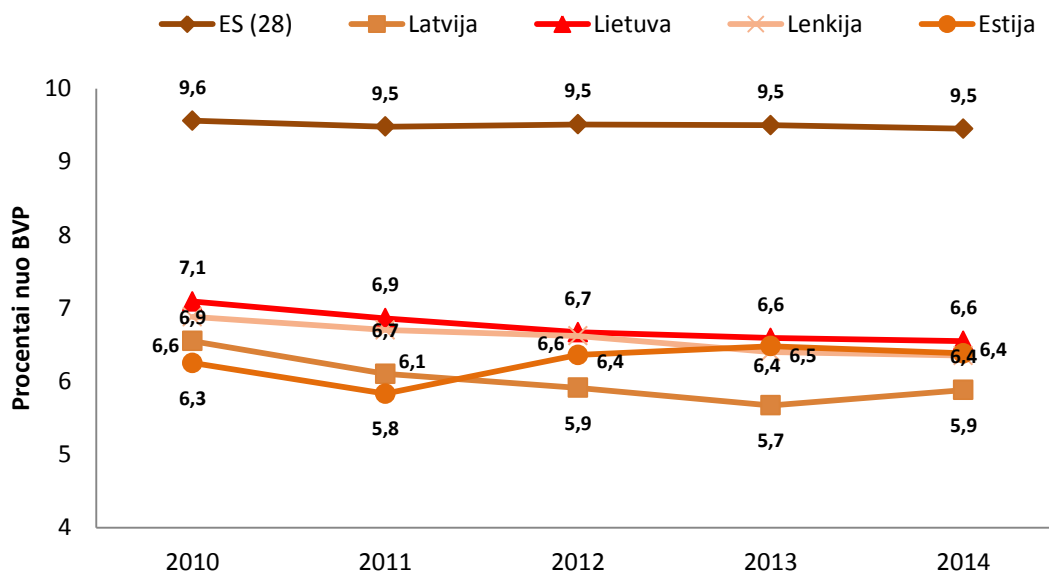
³⁹ OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Sveikatos priežiūros išlaidų dalies nuo bendro vidaus produkto (BVP) rodiklis priklauso ne tik nuo pačių išlaidų dydžio, tačiau ir nuo ekonomikos augimo. 2014 m. Lietuva sveikatos priežiūrai išleido 6,6 proc. BVP, ES vidurkis buvo 9,5 proc. (4.2.3 pav.).

2010–2014 m. ES šalių vidurkio reikšmė išliko stabili, tačiau Latvijoje, Lietuvoje ir Lenkijoje sveikatos priežiūros išlaidos nuo BVP 2014 m. buvo mažesnės, nei 2010 m. (4.2.4 pav.).



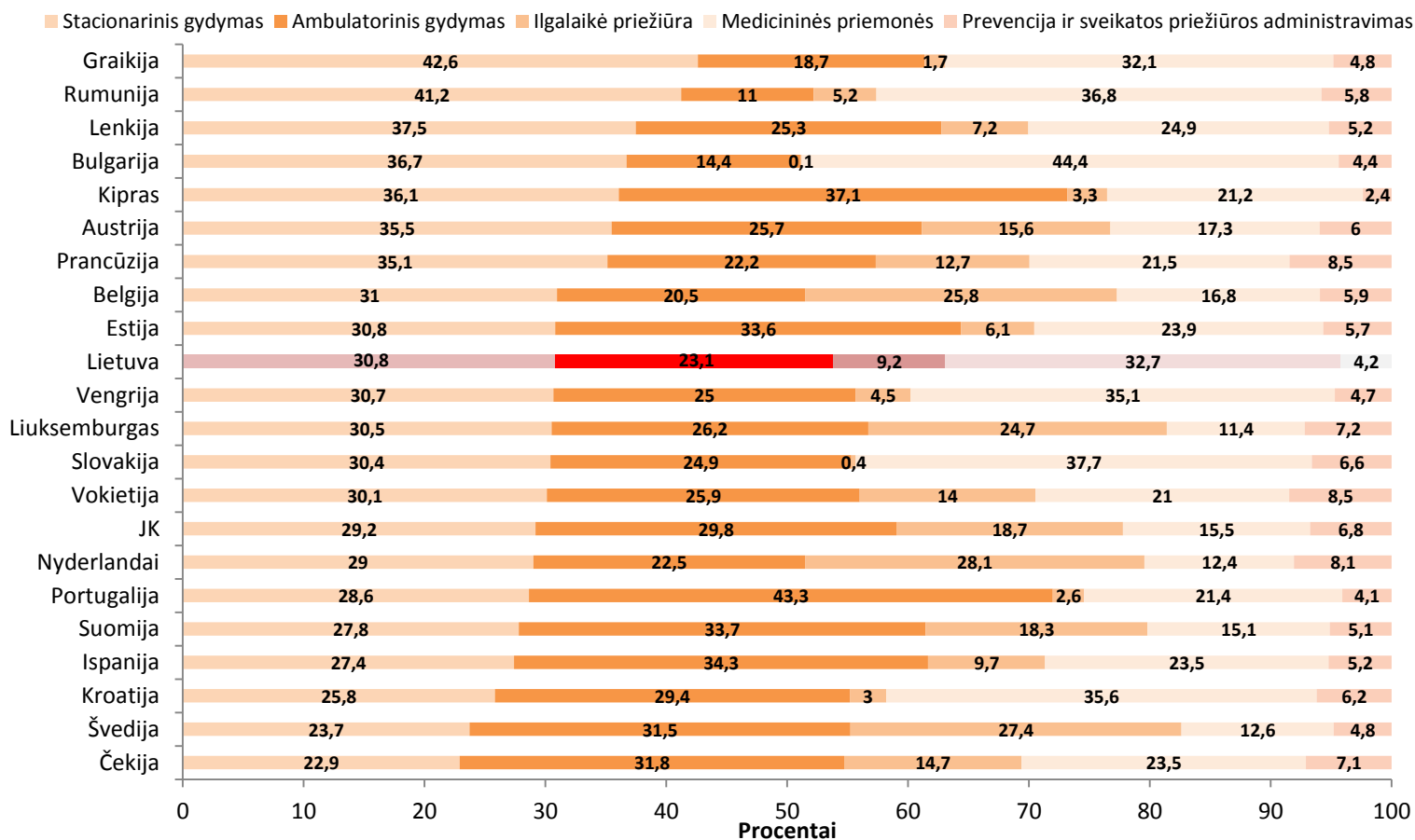
4.2.3 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos nuo BVP (proc.) ES šalyse 2014 m. (Šaltinis: PSO)



4.2.4 pav. Sveikatos priežiūros išlaidos nuo BVP (proc.) Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Sveikatos priežiūros išlaidos pagal funkciją. Dažniausiai didžiausią dalį sveikatos priežiūros išlaidų sudaro stacionarinis ir ambulatorinis gydymai. Kitaip nei daugelyje kitų ES

šalių, Lietuvoje 2014 m. didžiausią dalį einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų sudarė išlaidos medicininėms priemonėms (32,7 proc.). Prevencijos ir sveikatos priežiūros administravimo išlaidos sudarė 4,2 proc., mažesnes nei Lietuva išlaidas šiai sričiai turėjo tik 2 šalys (vidutiniškai buvo išleidžiama 5,8 proc.) (4.2.5 pav.).*



4.2.5 pav. Einamosios sveikatos priežiūros išlaidos pagal funkciją* ES šalyse 2014 m.
(Šaltinis: Eurostatas)

*Į stacionarinį gydymą įeina stacionaro gydomoji ir reabilitacinė priežiūra, dienos stacionaro gydomoji ir reabilitacinė priežiūra (*angl. inpatient curative and rehabilitative care, day curative and rehabilitative care*),

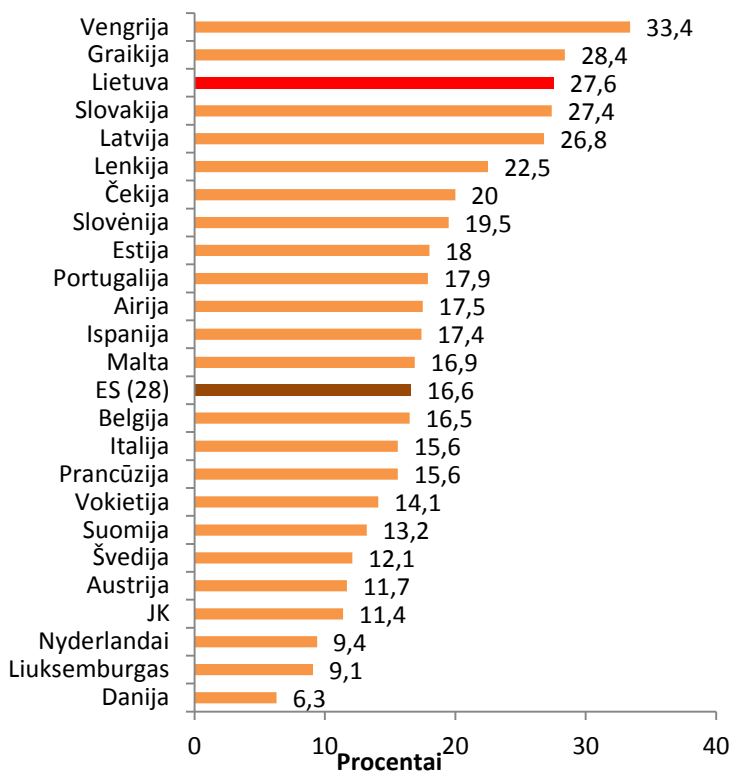
į ambulatorinį gydymą įeina ambulatorinė gydomoji ir reabilitacinė priežiūra, namuose vykdoma gydomoji ir reabilitacinė priežiūra (*angl. outpatient curative and rehabilitative care, home-based curative and rehabilitative care*).

Prevencija ir sveikatos priežiūros administravimas apima prevencinę priežiūrą (*angl. preventive care*) ir sveikatos priežiūros administravimą (*angl. governance and health system and financing administration*).

Ilgalaikė priežiūra (*angl. long-term care*) bei medicininės priemonės (*angl. medical goods*) apima po vieną Eurostat duomenų bazėje pateiktą klasifikatorių.

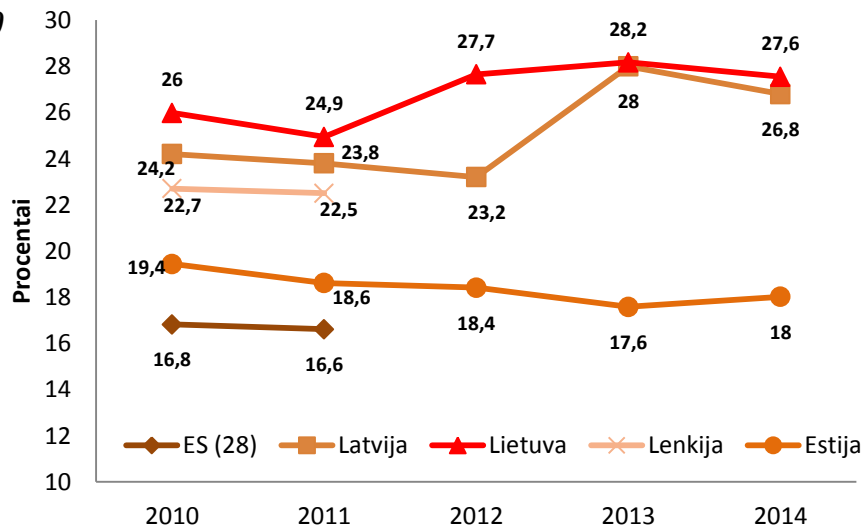
Grafike išskirtos išlaidos pagal funkcijas sudaro didžiąją dalį, tačiau ne visas einamąsias sveikatos priežiūros išlaidas, taigi dalis išlaidų lieka neįskaičiuotos. Stacionarinio, ambulatorinio gydymo, ilgalaikės priežiūros, medicininių priemonių bei prevencijos ir sveikatos priežiūros administravimo išlaidos sudėtos ir prilygintos 100 proc.

Išlaidų vaistams dalis iš visų sveikatos priežiūros išlaidų. Tinkamai sveikatos priežiūrai yra būtini vaistai, todėl turi būti išlaikyta pusiausvyra tarp naujų, efektyvių vaistų prieinamumo pacientams bei riboto sveikatos priežiūros biudžeto.⁴⁰ Lietuvoje 2014 m. vaistams buvo išleista nemaža dalis visų sveikatos priežiūros išlaidų (valstybinių ir privačių) – 27,6 proc., kuomet vidutiniškai ES šios išlaidos siekė 16,6 proc. (4.2.6 pav.).



Patiriamų išlaidų vaistams dalis nuo 2010 m. iki 2014 m. kiek padidėjo Lietuvoje bei Latvijoje, o Estijoje – sumažėjo. Mažiausiai iš kaimyninių šalių nuo ES šalių vidurkio skyrėsi Estijos rodiklių reikšmės (4.2.7 pav.).

4.2.6 pav. Išlaidų vaistams dalis iš visų sveikatos priežiūros išlaidų (proc.) ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)

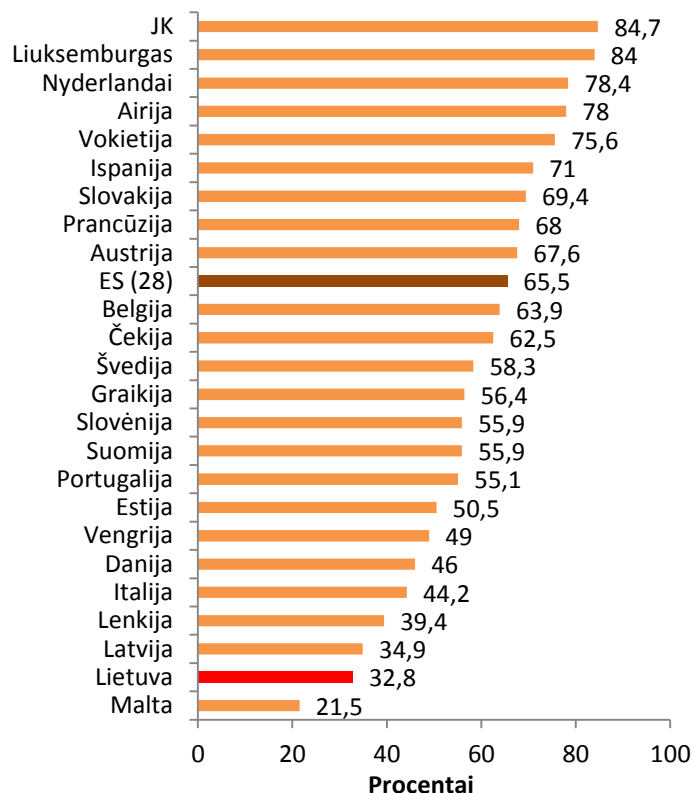


4.2.7 pav. Išlaidų vaistams dalis iš visų sveikatos priežiūros išlaidų (proc.) Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

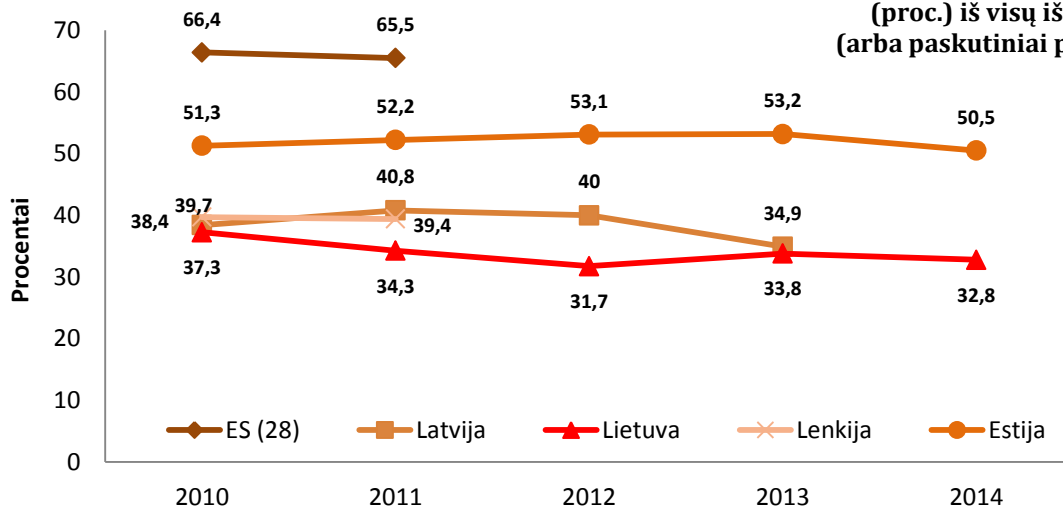
⁴⁰ OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Valdžios sektoriaus išlaidos vaistams. Vaistai yra finansuojami valstybinėmis ir privačiomis lėšomis. Daugumoje šalių mokestinės sistemos bei privalomieji sveikatos draudimai, kartais papildomai prisidedant privatiesiems draudimams, padengia didžiąją dalį kompensuojamų vaistų kainos (pacientui taip pat tenka susimokėti dalį kainos, išskyrus kai kuriuos atvejus). Lietuvoje 2014 m. valdžios sektoriaus išlaidos vaistams sudarė beveik trečdalį visų išlaidų vaistams. Tai buvo vienas mažiausių rodiklių ES (4.2.8 pav.).

Estijoje nuo 2010 m. iki 2013 m. valdžios sektoriaus išlaidos vaistams didėjo, tačiau 2014 m. šiek tiek sumažėjo. Lietuvoje ir Latvijoje valdžios išlaidos vaistams taip pat sumažėjo (4.2.9 pav.).



4.2.8 pav. Valdžios sektoriaus išlaidų vaistams dalis (proc.) iš visų išlaidų vaistams ES šalyse 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



4.2.9 pav. Valdžios sektoriaus išlaidų vaistams dalis (proc.) iš visų išlaidų vaistams Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

4.2 skyrelio „Sveikatos priežiūros išlaidos ir finansavimas“ apibendrinimas

| <i>Paveikslas Nr.</i> | <i>Rodiklis</i> | <i>LT</i> | <i>ES</i> |
|-----------------------|--|-----------|-----------|
| 4.2.1 | Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui (perkamosios galios paritetas doleriais) | 1718 | - |
| 4.2.3 | Sveikatos priežiūros išlaidos (proc.) nuo BVP | 6,6 | 9,5 |
| 4.2.5 | Išlaidų ambulatoriniam gydymui dalis (proc.) iš einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų | 23,1 | - |
| 4.2.6 | Išlaidų vaistams dalis (proc.) iš visų sveikatos priežiūros išlaidų | 27,6 | 16,6 |
| 4.2.8 | Valdžios sektoriaus išlaidos vaistams (proc.) iš visų išlaidų vaistams | 32,8 | 65,5 |

Sveikatos priežiūros finansavimas ir efektyvus jo paskirstymas yra svarbus klausimas kiekvienai valstybei, tačiau tai yra viena iš sričių, kuomet palyginimas tarp valstybių yra gana sudėtingas. Nėra paprasta pasakyti, kurią dalį lėšų skirti sveikatos priežiūrai yra pakankama, o kiek jau nebe. LSS numatyta iki 2025 m. didinti bendrąsias sveikatos priežiūros išlaidas nuo BVP, valdžios sektoriaus išlaidų dalį tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų ir išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalį tarp einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų.

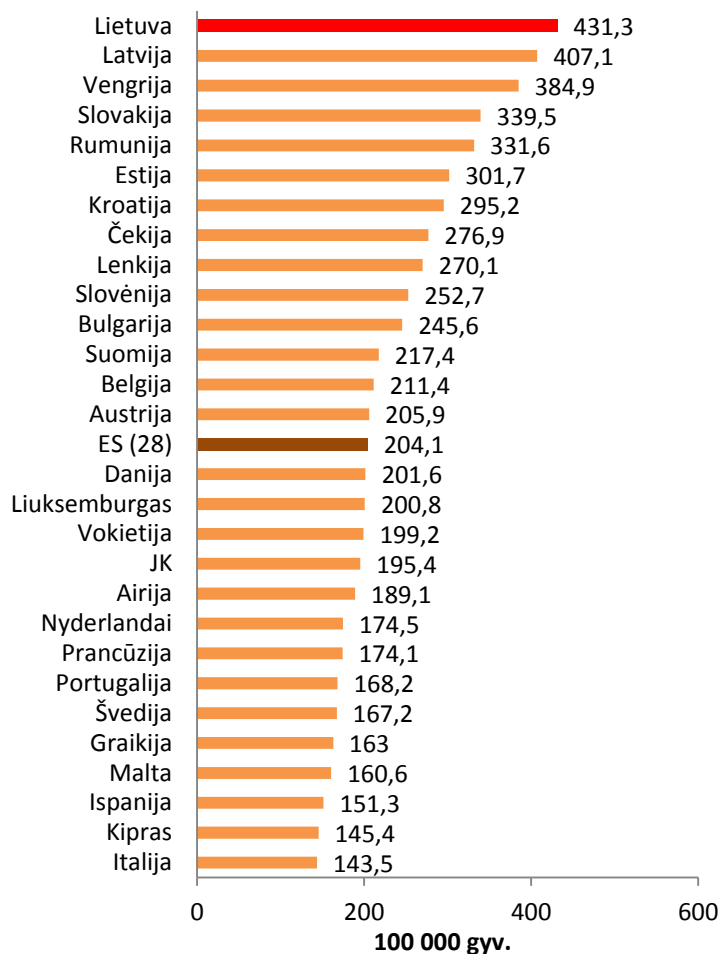
2014 m. vidutiniškai vienam gyventojui sveikatos priežiūrai Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse buvo išleista mažiau lėšų, nei kitose ES šalyse. Sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui 2010–2014 m. išaugo visose Baltijos šalyse ir Lenkijoje. Taip pat minėtose valstybėse buvo vienos mažiausių sveikatos priežiūros išlaidų (proc.) nuo BVP. Kitaip nei daugelyje kitų ES šalių, Lietuvoje 2014 m. didžiausią dalį einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų sudarė išlaidos medicininėms priemonėms (32,7 proc., kitose šalyse didžiausią dalį dažniausiai sudarė stacionarinis gydymas). Patiriamų išlaidų vaistams (valstybinių ir privačių) dalis iš visų sveikatos priežiūros išlaidų 1,7 karto viršijo ES rodiklio vidurkį, tačiau valdžios sektoriaus išlaidos vaistams atvirkščiai – buvo 2 kartus mažesnės, nei ES vidurkis.

4.3 Sveikatos priežiūros kokybė

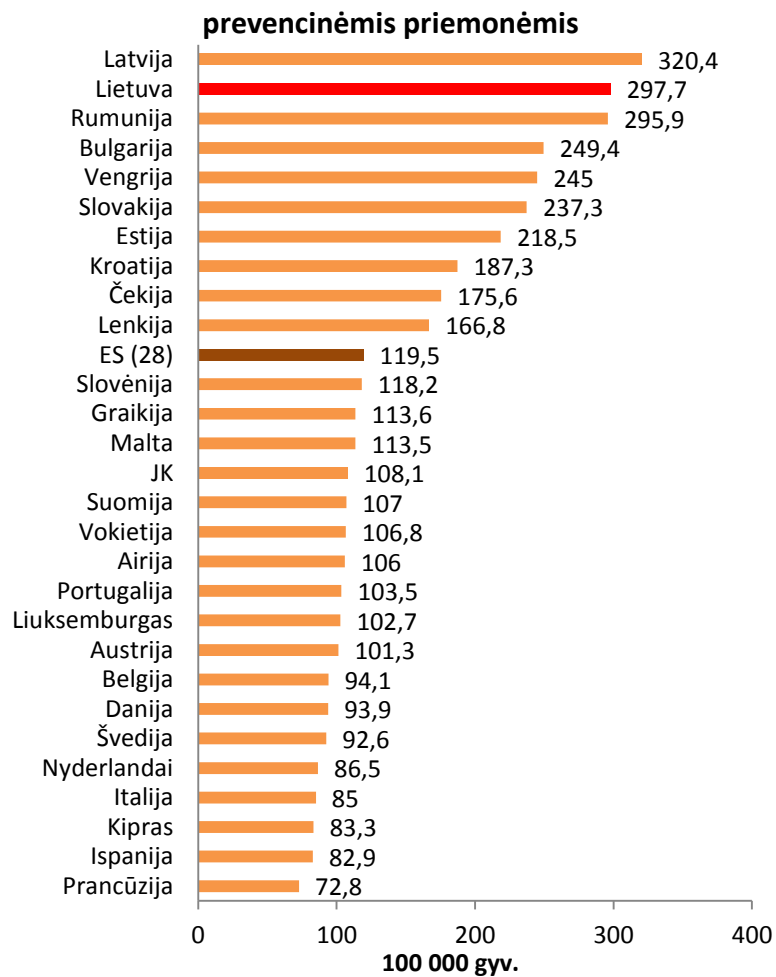
Pagrindinis prioritetas ES šalyse yra gerinti visuomenės sveikatą ir sveikatos priežiūros sistemos veiklą. Vienas iš būdų įvertinti bendrą visuomenės sveikatos ir sveikatos priežiūros programų, strategijų veiksmingumą yra apskaičiuoti potencialiai **išvengiamą mirtingumą**. Ši sąvoka apima mirtis, kurių galima buvo išvengti per efektyvias prevencines strategijas arba suteikus optimaliai kokybišką sveikatos priežiūrą. Geresnė prevencijos ir sveikatos priežiūros politika turėtų atsispindėti tiek išvengiamų mirčių nuo ligų (būklių), kurių galima išvengti prevencinėmis priemonėmis skaičiaus, tiek išvengiamų mirčių nuo pagydomų ligų skaičiaus sumažėjime.⁴¹

2013 m. Lietuvoje išvengiamas mirtingumas nuo pagydomų ligų buvo didžiausias ES šalyse ir du kartus viršijo ES vidurkį. Išvengiamas mirtingumas nuo ligų (būklių), kurių galima buvo išvengti prevencinėmis priemonėmis – 2,5 karto didesnis už ES šalių vidurkį (4.3.1 pav.).

Nuo pagydomų ligų



Nuo ligų (būklių), kurių galima išvengti



4.3.1 pav. Išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv. ES šalyse 2013 m. (Šaltinis: Eurostatas)

⁴¹ OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

Remiantis Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis, Lietuvoje 2015 m. galima buvo išvengti 675 mirčių nuo hipertenzinių ligų ir smegenų kraujagyslių ligų, 133 mirčių nuo tuberkuliozės bei 149 mirčių dėl perinatalinio laikotarpio (0–6 dienos ir negyvagimiai) ligų (minėtos ligos yra vienos iš ligų, sudarančių išvengiamą mirtingumą nuo pagydomų ligų). Prevencinėmis priemonėmis galima buvo išvengti 594 mirčių nuo kepenų cirozės, 485 mirčių nuo trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikų bei 193, kurios buvo sukeltos traumų, susijusių su transporto įvykiais.

Lietuvoje ir jos kaimyninėse šalyse abiejų tipų išvengiamo mirtingumo rodikliai per tris metus sumažėjo (1 lentelė).

1 lentelė. Išvengiamas mirtingumas 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2011–2013 m. (Šaltinis: Eurostatas)

| Šalis/rodiklis | Išvengiamas mirtingumas nuo pagydomų ligų 100 000 gyv. | | | Išvengiamas mirtingumas nuo ligų (būklių), kurių galima buvo išvengti prevencinėmis priemonėmis 100 000 gyv. | | |
|----------------|--|-------|-------|--|-------|-------|
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Lietuva | 313,9 | 306,7 | 297,7 | 452,5 | 440,7 | 431,3 |
| Latvija | 337,5 | 324,7 | 320,4 | 416,3 | 410,9 | 407,1 |
| Estija | 231,6 | 229,2 | 218,5 | 324,5 | 331,5 | 301,7 |
| Lenkija | 179,1 | 174,5 | 166,8 | 278,1 | 277,3 | 270,1 |
| ES vidurkis | 125,2 | 122,9 | 119,5 | 210 | 207,1 | 204,1 |

Iš Lietuvos sveikatos išvengiamo mirtingumo rodiklių reikšmių pokyčių per paskutinį penkiasdešimtmetį (1967–2011 m.), galima daryti išvadą, kad stacionarinė sveikatos priežiūra pagerėjo, tačiau pirminės sveikatos priežiūros paslaugos dar atsilieka savo kokybe. Tabako kontrolės ir nelaimingų atsitikimų prevencijos priemonės šalyje dar neveikia taip efektyviai, kad būtų pastebima analizuojant mirtingumą.⁴²

Išvengiamos hospitalizacijos (IH) skaičiuojamos ligoms, kurios galėtų būti efektyviai gydomos pirminiame sveikatos priežiūros lygyje (pvz. išeminė širdies liga (IŠL) ir kitos kraujotakos sistemos ligos, hipertenzija, bronchitas ir lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL), gripas, pneumonija, ausų, nosies, gerklės infekcijos, cukrinis diabetas ir kt.)^{43,44}

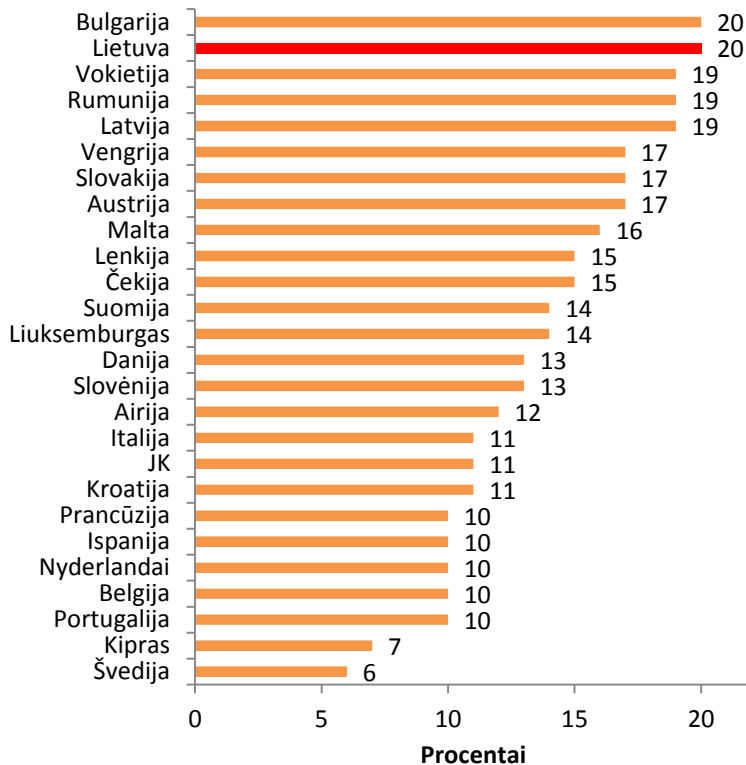
Lietuva hospitalizuoja sistemingai ir gerokai daugiau pacientų vienam gyventojui, nei kitos ES šalys. Be to, kad tai yra brangu, neigiamai veikia sveikatos priežiūros kokybę, kadangi šalys su didesniu hospitalizacijų skaičiumi vienam gyventojui yra linkusios turėti didesnę dalį IH. ES daugiau nei 6 milijonai (7–8 proc.) visų gydomosios priežiūros hospitalizacijų gali būti išvengtos, o Lietuvoje – net apie 20 proc. (4.3.2 pav.)⁴⁵

⁴² S. Mekšriūnaitė, A. Želvienė. Išvengiamas mirtingumas: ką jis sako apie sveikatos sistemos veiklą? Visuomenės sveikatos netolygumai. 2014; 3(7):1-7.

⁴³ OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

⁴⁴ Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann Ch, Augustin U, Faisst C. Which hospitalizations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. Health Policy 119; 2015. 1415–1423.

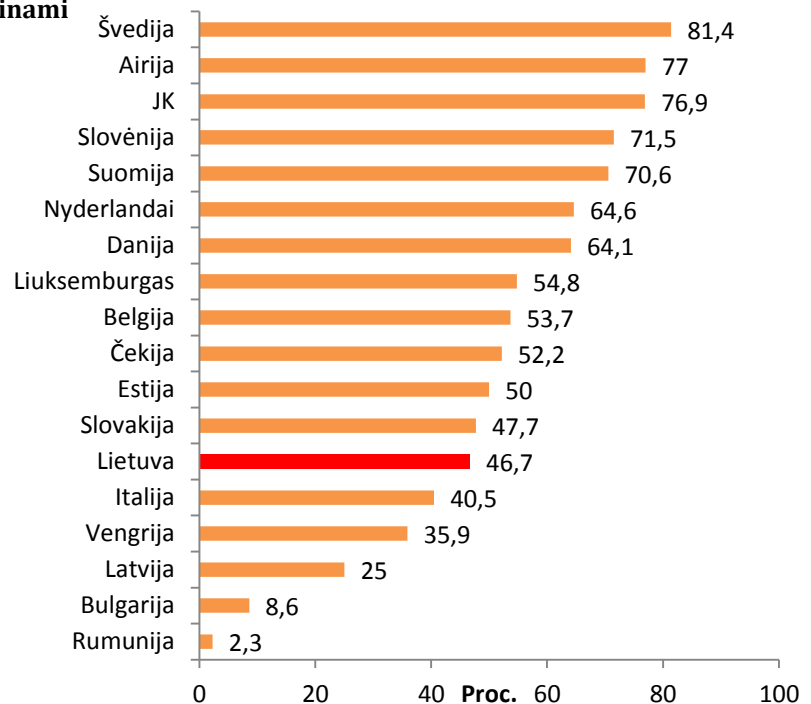
⁴⁵ Schwierz Ch. Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union. European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs.



4.3.2 pav. Išvengiamų hospitalizacijų dalis (proc.) iš visų hospitalizacijų ES šalyse 2014 m. (ar paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: Europos Komisija)

Gimdos kaklelio vėžio profilaktinių patikrinimų apimtys. Gimdos kaklelio vėžio galima išvengti, jei priešvėžiniai pokyčiai aptinkami anksti ir pradėti gydyti prieš tai, kai jie pradeda progresuoti. Dėl gimdos kaklelio vėžio profilaktiškai turėtų pasitikrinti 75–80 proc.⁴⁷ tikslinės populiacijos, tačiau Lietuvoje 2011 m. Eurostato duomenimis gimdos kaklelio vėžio profilaktinėje patikrinimo programoje dalyvavo tik 46,7 proc. 20–69 m. amžiaus moterų. Tai yra mažas rodiklis ir reiktų siekti, kad patikros apimtys būtų žymiai didesnės. Higienos instituto sveikatos informacijos centro (HI SIC) duomenimis, Lietuvoje 2013–2015 m. pasitikrino (1 kartą per 3 metus) 50,2 proc. Taigi patikros apimtys padidėjo, tačiau vis dar yra ne tokios, kokių norėtūsi (4.3.3 pav.).

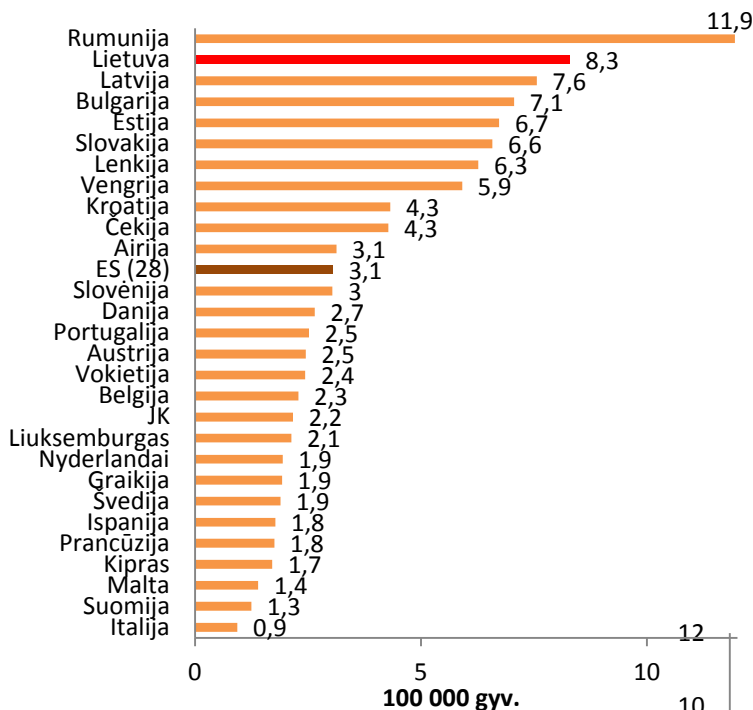
IH laikomos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo indikatoriumi, todėl būtina analizuoti šiuos rodiklius. 2015 m. Higienos instituto duomenimis, hospitalizacijų, kurių galima buvo išvengti, Lietuvoje buvo daugiau kaip 97 tūkstančiai (daugiausiai dėl pneumonijos, stazinio širdies nepakankamumo bei cukrinio diabeto ir jo komplikacijų). Ypač daug dėmesio reiktų skirti didėjantiems rodikliams: IH dėl ausų, nosies ir gerklės infekcijų, LOPL, pneumonijos ir pielonefrito. Tai, jog didėja šių IH skaičiai rodo, kad ambulatorinėje sveikatos priežiūroje dirbantys specialistai tikriausiai nėra pajėgūs susitvarkyti su minėtomis sveikatos problemomis, todėl sistemą reiktų stiprinti būtent šiose srityse.⁴⁶



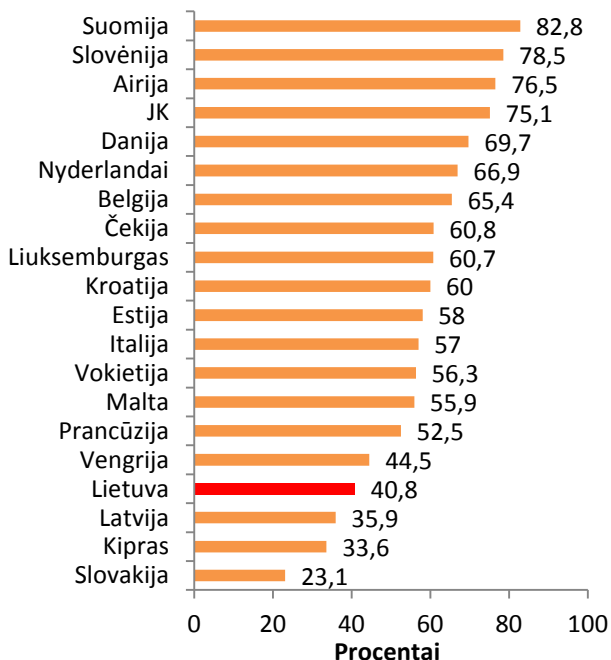
4.3.3 pav. Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje dalyvavusių 20–69 m. moterų dalis (proc.) 2015 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: Eurostatas)

⁴⁶ Sandra Mekšriūnaitė. Išvengiamos hospitalizacijos: Ar “neserga” ambulatorinė sveikatos priežiūra? Visuomenės sveikatos netolygumai. 2016; 6(19):1-5.

⁴⁷ <http://www.health.alberta.ca/documents/PMD-Cervical-Cancer-Screening-Participation-Rate.pdf>



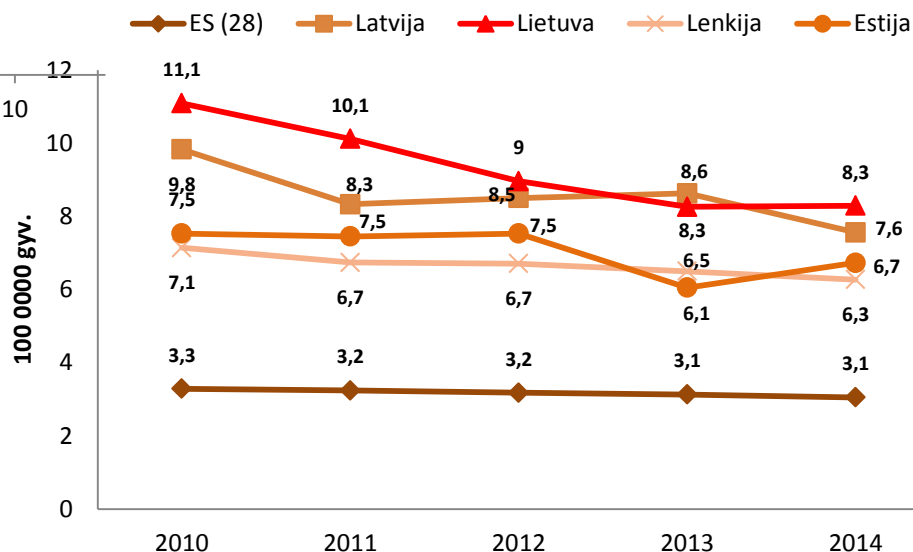
4.3.4 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 100 000 gyv. 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



4.3.6 pav. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programoje dalyvavusių 50–69 m. moterų dalis (proc.) 2015 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: Eurostatas)

Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio.

Mažos Lietuvoje atliekamų profilaktinių patikrinimų nuo gimdos kaklelio vėžio apimtys lėmė tai, kad šalyje 2014 m. mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio buvo vienas didžiausių visoje ES (8,3/100 000 gyv.). ES šalių vidurkis siekė 3,1 mirtis iš 100 000 gyv. (4.3.4 pav.). Nuo 2010 m. kiek sumažėjo mirtingumas dėl šios priežasties Lietuvoje (mažėjimas buvo tolygus) ir jos kaimyninėse šalyse (4.3.5 pav.).



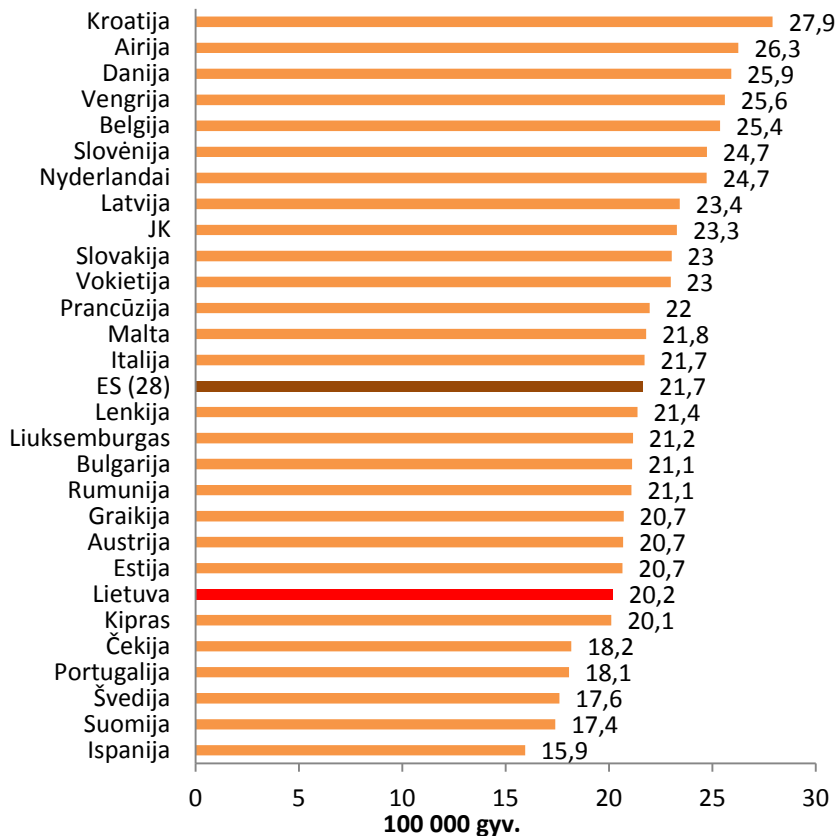
4.3.5 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Krūties vėžio profilaktinių patikrinimų apimtys.

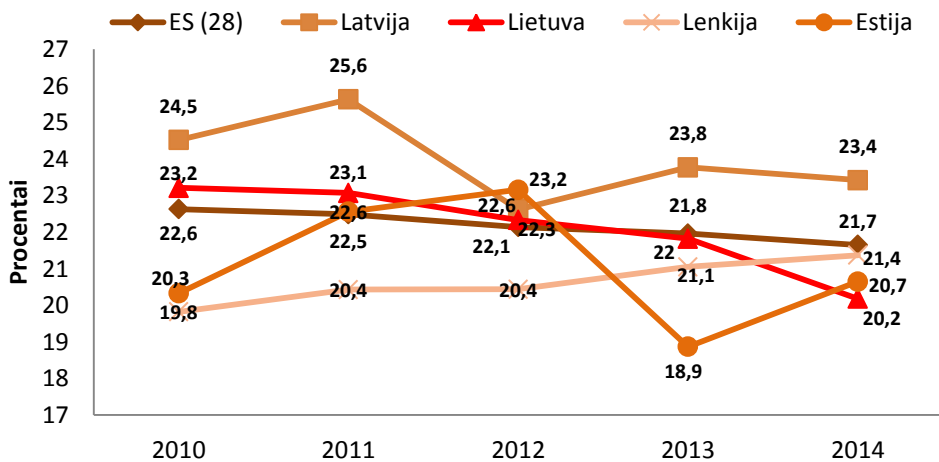
Išgyvenamumas nuo krūties vėžio padidėjo dėl ankstyvos diagnostikos. Dauguma ES šalių pradėjo taikyti krūties vėžio profilaktinės patikros programas.⁴⁸ Lietuvoje atrankinės mamografijos patikra 2013 m. Eurostato duomenimis buvo atlikta 40,8 proc. 50–69 m. moterims. Tai vienas mažiausių rodiklių ES. Lietuva ir kitos ES šalys turėtų siekti, kad krūties vėžio profilaktinių patikrinimų programoje dalyvautų bent 75 proc. tikslinės populiacijos⁴⁹ (4.3.6 pav.).

⁴⁸ OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

⁴⁹ Altobelli E, Lattanzi A. Breast cancer in European Union: An update of screening programmes as of March 2014 (Review). International journal of oncology. 2014; 45(5):1785-1792.



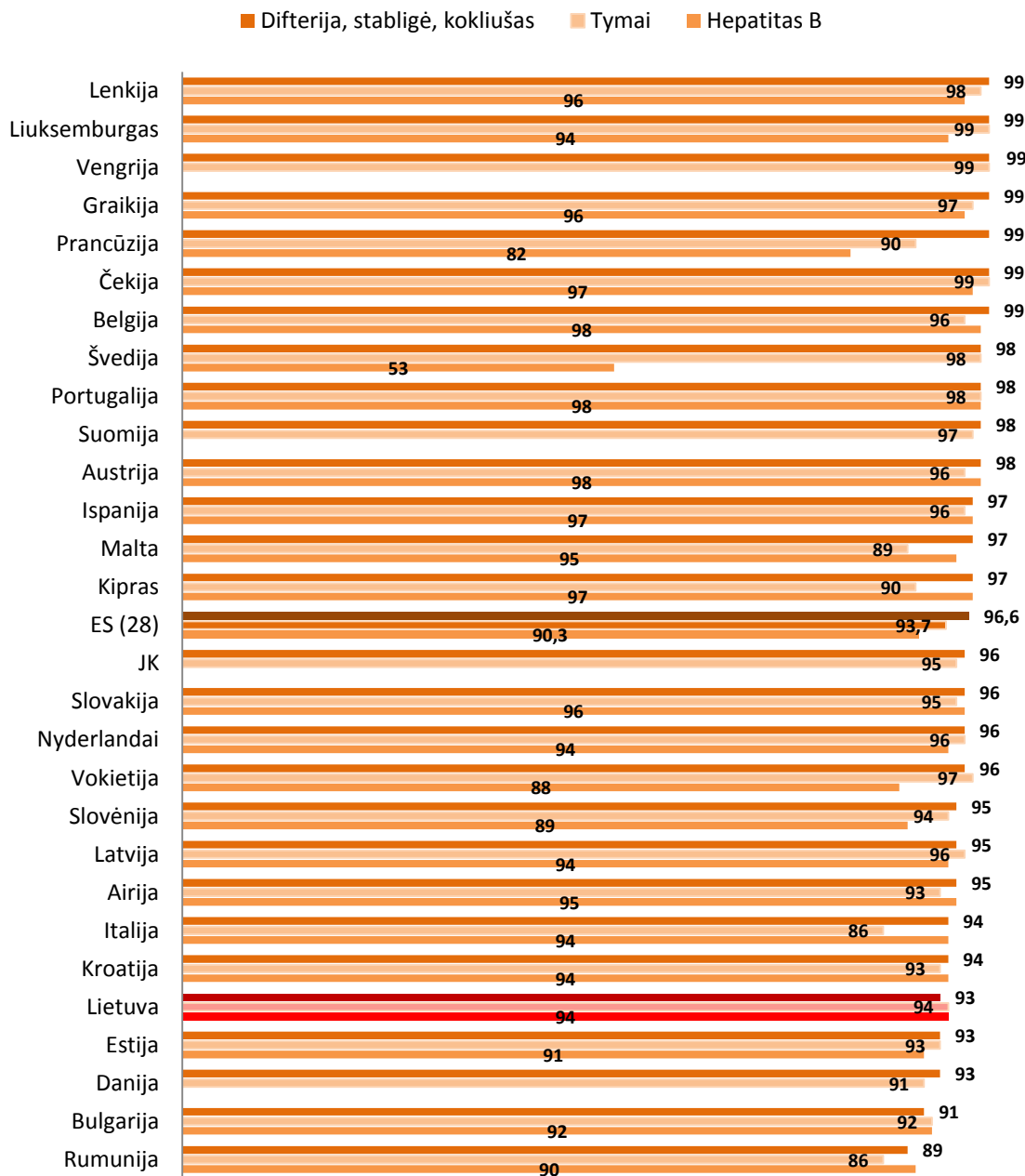
4.3.7 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo krūties vėžio 100 000 gyv. 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



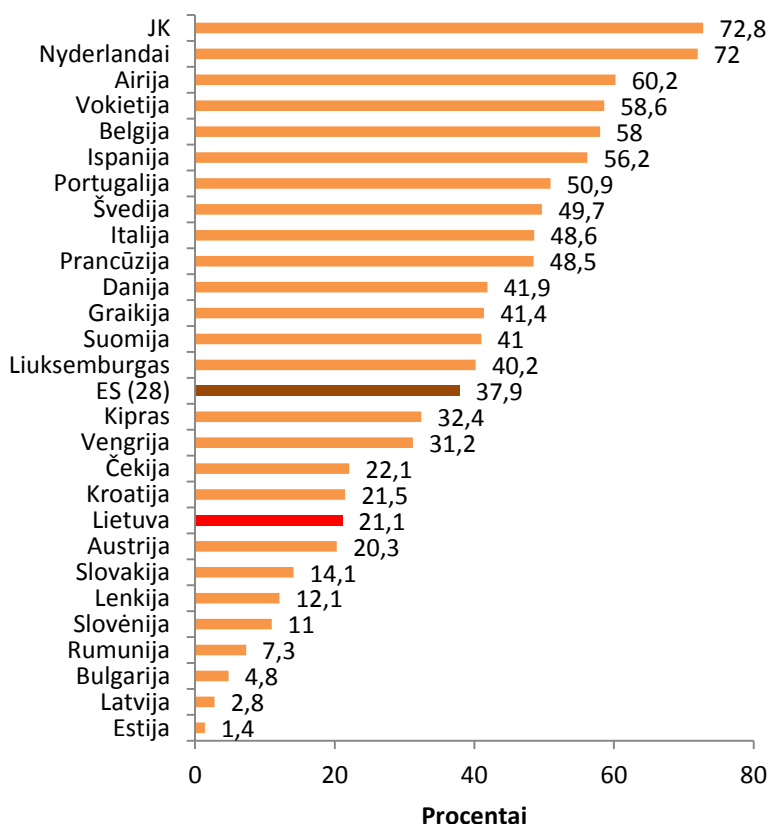
4.3.8 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 100 000 gyv. Lietuvoje ir kaimyninėse šalyse 2010–2014 m. (Šaltinis: PSO)

Mirtingumas nuo krūties vėžio. Lietuvoje 2014 m. mirtingumas nuo krūties vėžio (20,2/100 000 gyv.) buvo kiek mažesnis, nei ES šalių vidurkis (21,7/100 000 gyv.) (4.3.7 pav.). Lietuvoje ir Latvijoje nuo 2010 m. iki 2014 m. mirtingumas dėl šios priežasties nežymiai sumažėjo, o Lenkijoje ir Estijoje – padidėjo (4.3.8 pav.).

Vaikų skiepimų apimtys. Visos ES šalys yra numačiusios vakcinavimo programas, paremtas ligų epidemiologija ir vakcinų saugumu bei veiksmingumu. Pagal Lietuvos vaikų profilaktinio skiepavimo kalendorių vaikai nemokamai skiepjami 8 vakcinomis nuo 12 ligų. Nuo difterijos, stabligės ir kokliušo Lietuvoje buvo paskiepyta 94 proc. vaikų (3 dozės iki 1 metų amžiaus), vidutinė ES reikšmė mažesnė – 90,3 proc. 11 šalių rodikliai buvo geresni, nei Lietuvos. 94 proc. Lietuvos vaikų buvo paskiepyti nuo tymų. ES vidurkis panašus – 93,7 proc. Nuo hepatito B Lietuvoje buvo paskiepyta mažiau vaikų, nei vidutiniškai ES (Lietuvoje – 93 proc., ES – 96,6 proc.) (4.3.9 pav.).



4.3.9 pav. Vaikų skiepimų apimtys (proc.) nuo difterijos, stabligės, kokliušo, tymų ir hepatito B 2014 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: PSO)



4.3.10 pav. 65 m. ir vyresnių asmenų skiepimų apimtys (proc.) nuo gripo 2015 m. (arba paskutiniai prieinami duomenys) (Šaltinis: Eurostatas)

65 m. ir vyresnių asmenų dalis, paskiepyta nuo gripo. Gripas yra infekcinė liga, kuria užsikrečia 5–10 proc. suaugusiųjų ir 20–30 proc. vaikų. Apie 15 000–70 000 Europos piliečių kasmet miršta dėl su gripu susijusių priežasčių. Vyresnio amžiaus asmenys turi didelę riziką susirgti rimtomis ligomis dėl gripo, todėl PSO rekomenduoja vykdyti šios grupės asmenų profilaktinį skiepimą. Lietuvoje 2014 m. buvo paskiepyta 21,1 proc. 65 m. ir vyresnių asmenų, o vidutiniškai ES – 37,9 proc. Mažiausia dalis tikslinės populiacijos buvo paskiepyta Estijoje – tik 1,4 proc., tačiau tokią nedidelę skiepimų apimtį paaiškina tai, jog gripo vakcina vyresniems asmenims Estijoje yra rekomenduojama, bet mokama (4.3.10 pav.).

Nuo 2010 m. Lietuvoje vyresnio amžiaus asmenų skiepimų apimtys padidėjo (2010 m. – 17,3 proc., 2014 m. – 21,1 proc.). ES rodiklis nuo 2010 iki 2012 m. mažėjo (2010 m. – 41,3 proc., 2012 – 37,9 proc.).

4.3 skyrelio „Sveikatos priežiūros kokybė“ apibendrinimas

| Paveikslo Nr. | Rodiklis | LT | ES |
|---------------|---|-------|-------------------|
| 4.3.1 | Išvengiamas mirtingumas nuo pagydomų ligų 100 000 gyv. | 431,3 | 204,1 |
| 4.3.1 | Išvengiamas mirtingumas nuo ligų (būklių), kurių galima išvengti prevencinėmis priemonėmis 100 000 gyv. | 297,7 | 119,5 |
| 4.3.2 | Išvengiamų hospitalizacijų dalis (proc.) iš visų hospitalizacijų | 20 | 7–8 ⁵⁰ |

⁵⁰ Schwierz Ch. Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union. European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs.

| | | | |
|---------------|---|-------------|-------------|
| 4.3.3 | Gimdos kaklelio vėžio profilaktinių patikrinimų apimtys (proc.) | 46,7 | - |
| 4.3.4 | Standartizuotas mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 100 000 gyv. | 8,3 | 3,1 |
| 4.3.6 | Krūties vėžio profilaktinių patikrinimų apimtys (proc.) | 40,8 | - |
| 4.3.7 | Standartizuotas mirtingumas nuo krūties vėžio 100 000 gyv. | 20,2 | 21,7 |
| 4.3.9 | Vaikų skiepimų nuo difterijos, stabligės ir kokliušo apimtys (proc.) | 94 | 90,3 |
| 4.3.9 | Vaikų skiepimų nuo tymų apimtys (proc.) | 94 | 93,7 |
| 4.3.9 | Vaikų skiepimų nuo hepatito B apimtys (proc.) | 93 | 96,6 |
| 4.3.10 | 65 m. ir vyresnių asmenų dalis (proc.), paskiepyta nuo gripo | 21,1 | 37,9 |

Lietuvos Respublikos Vyriausybė kaip vieną iš 2016 m. veiklos prioritetų numatė didinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Šie aspektai dalinai atspinti skyrelyje aptartuose rodikliuose. Iš pateiktų rodiklių reikšmių galima matyti, kad lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis, Lietuvoje yra dideli išvengiamo mirtingumo bei išvengiamų hospitalizacijų skaičiai (išvengiamas mirtingumas nuo ligų (būklių), kurių galima išvengti prevencinėmis priemonėmis – 2,5 karto didesnis, nei vidutinė ES reikšmė, išvengiamas mirtingumas nuo pagydomų ligų – 2 kartus, o išvengiamų hospitalizacijų dalis apie 2,5 karto viršijo ES vidurkį). Jaučiama didelė spraga prevencinių priemonių taikyme. Efektyviai laiku priešvėžinius pakitimus arba ankstyvos stadijos auglių padedančios nustatyti profilaktinių patikrinimų programų apimtys vis dar nepakankamos tam, kad būtų išvengta maksimalaus mirčių skaičiaus – neapima net 50 proc. tikslinės grupės. Vaikų skiepimų apimtys panašios kaip ir visoje ES, tačiau nuo hepatito B paskiepijama kiek mažiau, nei vidutiniškai ES. 2003 m. šalys, dalyvavusios Pasaulio Sveikatos Asamblėjos (PSA) sesijoje, kaip vieną iš tikslų numatė, kad iki 2006 m. bent 50 proc. vyresnio amžiaus asmenų turi būti paskiepyti nuo gripo, o iki 2010 – bent 75 proc.^{51,52}, todėl vyresnio amžiaus žmonės nuo gripo profilaktiškai turėtų būti skiepijami daugiau tiek Lietuvoje, tiek ir kitose ES šalyse.

Reikėtų ieškoti efektyvesnių būdų, kaip sumažinti išvengiamą mirtingumą bei hospitalizacijas, padidinti prevencinių programų apimtį.

⁵¹ OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

⁵² OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>