

PB grupės Lietuvai parengta
Socialinių sektorių visuomeninių išlaidų apžvalga (projektas)
Sveikatos dalis
(neoficialus vertimas, NEPILNAS)

SVEIKATA

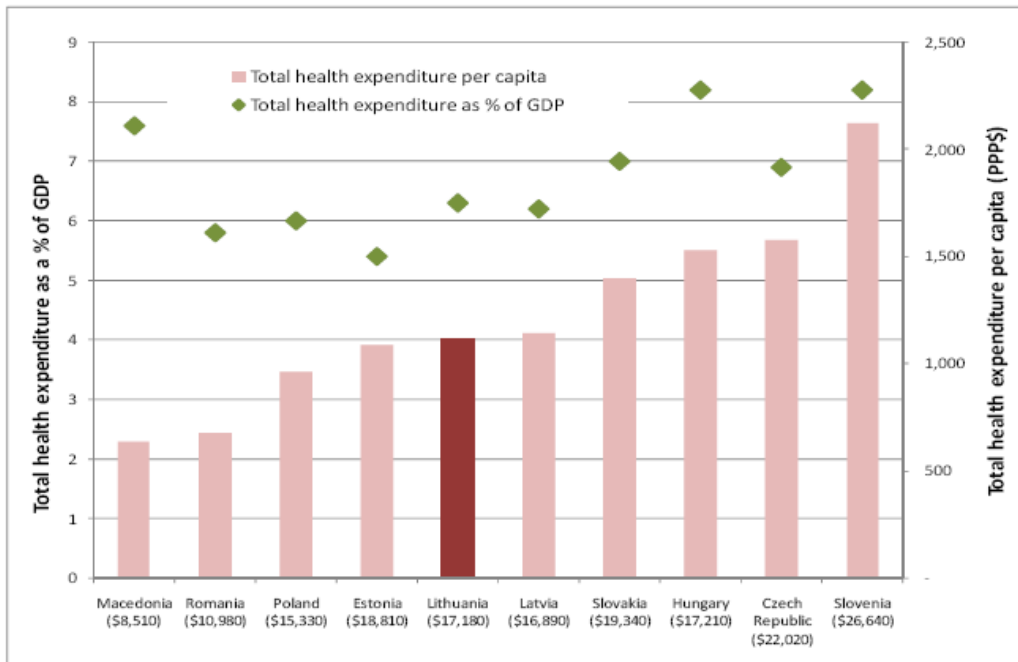
Esminiai apibendrinimai:

1. **Nors stebima didelė pažanga nuo pereinamojo laikotarpio, akivaizdžiai yra galimybių pagerinti sveikatos sistemos veiklą ir efektyvumą.** Vadovaujantis tarptautiniais standartais, Lietuva sveikatai leidžia pakankamai. Tačiau, sveikatos rodikliai yra blogi, lyginant su kitomis panašiomis šalimis, leidžiančiomis sveikatai maždaug tiek pat, be to - sveikatos rodikliai negerėja. Tai rodo, kad yra daug erdvės sveikatos sistemos, kurios pagrindą sudaro stacionarinė priežiūra, efektyvumo tobulinimui (sistemos pagrindą turėtų sudaryti kaštų prasme efektyvi prevencija ir pirminė priežiūra). Dar daugiau, lietuviai yra nepatenkinti sveikatos sistema, kurią jie laiko labai korumpuota, todėl ypatingai turėtų būti sustiprinta atskaitomybė už veiklos rezultatus, o kalbant plačiau – turėtų veikti stipri monitoravimo ir poreikių įvertinimo sistema.
2. **Siekiant įveikti dabartinio laikmečio iššūkius, kur kas geriau būtų vykdyti vidutinės ir ilgalaikės trukmės reformas, nei taikyti trumpalaikę priemonę – išlaidų mažinimą,** kadangi pastarosios priemonės galimybės yra labai ribotos. VLK šiuo metu turi menkai „plusinį“ biudžetą, ir tikisi baigti šiuos metus be deficito, tačiau įmokų surinkimo scenarijus dar gali keistis. Yra sudaryta darbo grupė, kad patartų, kur dar galima sutaupyti (trumpalaikė priemonė), bet šios darbo grupės rezultatai dar nėra žinomi.
3. **Sveikatos darbuotojų atlyginimai, o ypatingai – gydytojų algos, kilo labai sparčiai ir dabar yra santykinai aukštesni, nei kitų visuomeninėmis lėšomis išlaikomų darbuotojų, taip pat yra didesni, nei atitinkamų privataus sektoriaus darbuotojų atlyginimai, tačiau – šioje srityje būtų sunku įgyvendinti kokius nors pakeitimus.** Grubiais paskaičiavimais, sumažinus 10% gydytojų pajamas, per metus būtų sutaupyta 60 mln. LTL. Svarbu pabrėžti, kad atlyginimų mechanizmas (jei būtų mažinami atlyginimai), yra labai sudėtingas: VLK perka paslaugas (tuo pačiu atiduodama ir atlyginimams skirtą dalį), o sprendimai dėl atlyginimo dydžio priimami ASPĮ. Jei būtų sumažinta paslaugos *kaina* (kas sumažintų ir išlaidas), tai nebūtinai reiškia, kad sumažėtų ir darbo užmokestis, be to – gali nukentėti kiti paslaugos teikimui reikalingi išteklių ir procesai. Kadangi per pastaruosius metus visuomeninės išlaidos augo kur kas lėčiau, nei atlyginimai, tai biudžeto lėšų dalis (paslaugos kainos struktūroje), skiriama kitai, nei medikų atlyginimai daliai, t.y. skiriamai pačiai paslaugai, santykinai mažėjo, o tai gali reikšti, kad pacientams tenka pirkti vaistus ir kitas priemones, kas iš tikrųjų turėtų būti suteikiama nemokamai ASPĮ.
4. **Dabartiniu laikotarpiu turėtų būti vykdoma ligoninių restruktūrizacija, siekiant sumažinti stacionarinę infrastruktūrą.** Tai leistų sutaupyti lėšų ir ženkliai pagerintų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Svarbiausias dalykas yra pagerinti ASPĮ atskaitomybę, o ypač – stacionariųjų ASPĮ. Turi būti įgyvendinta akreditacija ir kokybės užtikrinimo sistema, taip pat turi būti vertinamos sveikatos priežiūros technologijos. Turi būti renkama visa prieinama informacija apie ASPĮ veiklą ir plačiai skleidžiama visuomenei. Visuomenės informavimas sustiprins pačią visuomenę ir, tuo pačiu – padidins atskaitomybės poreikį. Su visomis šiomis priemonėmis reiktų susieti apmokėjimo ir sutarčių sudarymo procesus.
5. **Ir pabaigai - sveikatos sektoriui reikalinga visiškai nauja selektyvi sveikatos politika, turinti gerą monitoravimo ir įvertinimo sistemą ir aiškiai susijusi su sveikatos prioritetais (neinfekcinių ligų prevencija).** Tam reikia solidaus žmoniškųjų išteklių potencialo, nes sistemą reikia parengti patenkinti senėjančios populiacijos poreikius. Tokios naujos politikos suformavimas turėtų vykti plataus konsultavimo aplinkoje.

Sveikatos sistema ir jos veikla.

Bendros išlaidos sveikatai koreliuoja su Lietuvos pajamų lygiu (pav. 33). 2007m. Lietuva leido 6,3% nuo BVP arba 1115 PPP\$ ir atrodė panašiai, kaip ir lyginamosios šalys.

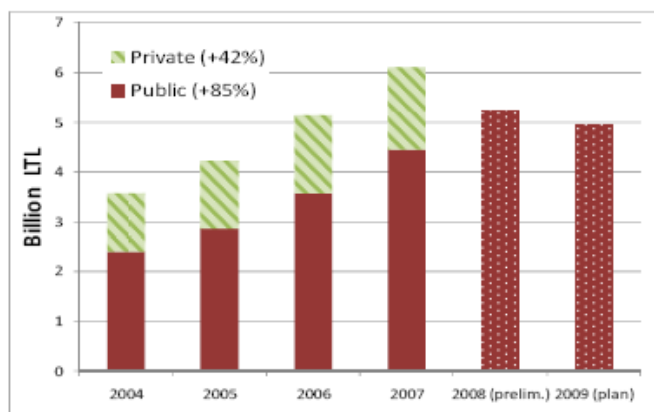
Figure 33: Health expenditure in Lithuania and comparable European countries (2007)



Note: In parenthesis below the country's name, GNI per capita \$PPP 2007, source: DDB, World Bank. Health expenditure data from WHO NHA (<http://www.who.int/nha/en/>).

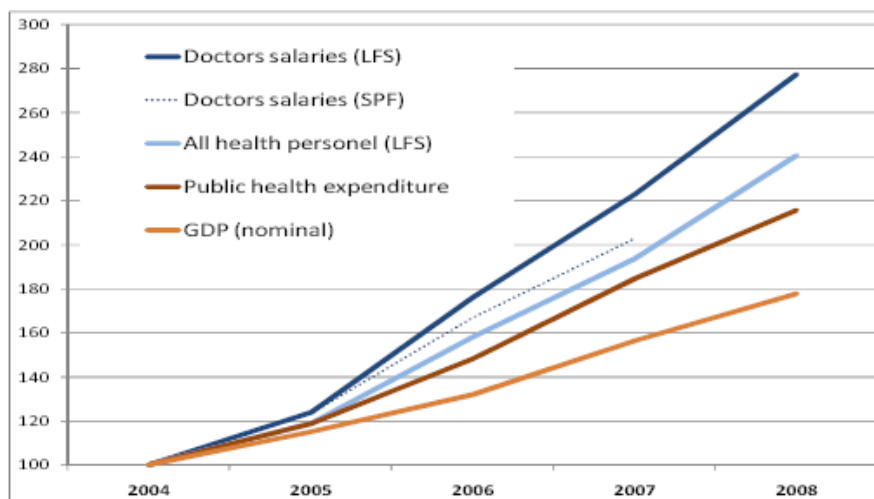
Išlaidos sveikatai pastaraisiais metais didėjo labai ženkliai, daugiausiai – dėl gydytojų atlyginimų didinimo. 2004-2007 metais išlaidų sveikatai augimas buvo didesnis nei 70% (34 pav.). 35pav. rodo, kad išlaidos sveikatai augo spartesniais tempais, nei BVP. Gydytojų atlyginimai 2004-2008m. laikotarpiu padidėjo 120%.

Figure 34: Public and private health spending in Lithuania (2004-2007), current prices



Sources: 2004-07: *National Health Accounts, Statistikos Departamentas*.
2008 and 2009: *Public expenditure only MoF, no estimate available for private expenditure*.

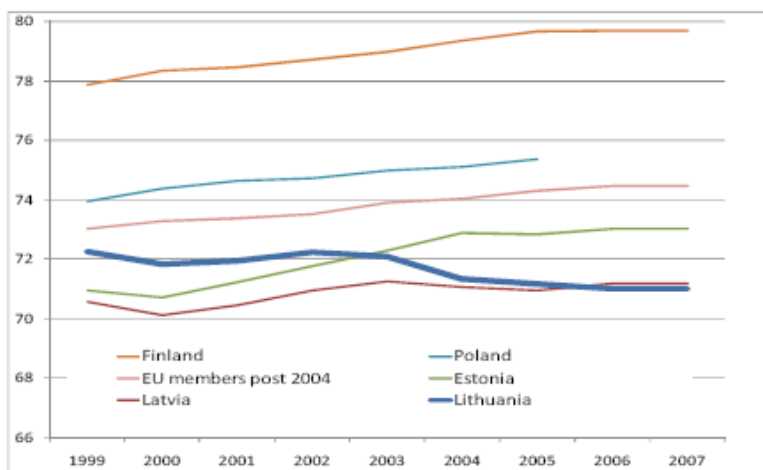
Figure 35: Increase in health workers salaries compared with other variables (2004-08)



Sources: *Labor Force Survey, State Patient Fund*

Lietuva, lyginant su kitomis šalimis, atsilieka, vertinant sveikatos būklės rodiklius, kurie pastaraisiais metais blogėja, o tai rodo, kad dar yra daug rezervų pokyčiams. Pvz.: naujų TBC atvejų skaičius 70% didesnis, nei naujų ES šalių vidurkis. Gimdyvių ir kūdikių mirtingumas yra kiek žemesnis už vidurkį, bet ypač didelis mirtingumas nuo cirkulatorinės sistemos ligų (išeminės širdies ligos), kuris yra blogiausias regione. Mirtingumas dėl išorinių priežasčių taip pat yra labai didelis, o savižudybių skaičius yra didžiausias visoje Europoje ir Centrinėje Azijoje. Su alkoholio vartojimu susijęs mirtingumas yra 2 kartus didesnis, nei ES naujų šalių vidurkis, o su rūkymu susijęs mirtingumas yra didžiausias tarp visų lyginamųjų šalių. Daugelio išvengtinių mirčių galima išvengti, taikant įvairias visuomenės sveikatos intervencines priemones, prevenciją, ankstyvą diagnostiką ir gydymą PSP lygyje, kas yra santykinai neišvystyta. Tai taip pat rodo, kad Lietuva gali pasiekti geresnių rezultatų su esamomis sveikatos priežiūros investicijomis.

Figure 36: Trends in Life Expectancy



Source: European Health for all Database. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Table 17: Health status in Lithuania and European countries (2007 or latest available)

	Life expectancy at birth (years)	TB incidence per 100000	Standardized Death Rate (per 100,000)						Maternal deaths per 100000 live births
			Malignant neoplasms	Circulatory system	Ischemic heart disease	External cause	Alcohol related causes	Smoking related causes	
Croatia	76	21	210	418	160	53	87	365	9.7
Czech Rep.	77	8	204	371	186	52	76	335	2.6
Estonia	73	34	197	498	264	116	158	449	-
Finland	80	6	138	231	134	68	94	230	1.7
Hungary	73	15	237	502	261	68	129	491	8.2
Latvia	71	54	194	566	299	115	147	514	25.8
Lithuania	71	66	197	550	338	147	201	534	6.2
Poland	75	21	210	372	111	61	89	275	2.9
Romania	73	105	178	578	201	55	104	461	15.4
Slovakia	74	12	208	509	268	56	91	414	5.6
Slovenia	79	11	202	259	67	66	101	191	15.1
EU members post 2004	74	39	200	468	178	63	99	373	7.3
EU	79	15	176	252	96	40	64	225	5.8

Source: European Health for all Database. <http://www.euro.who.int/HFADB>

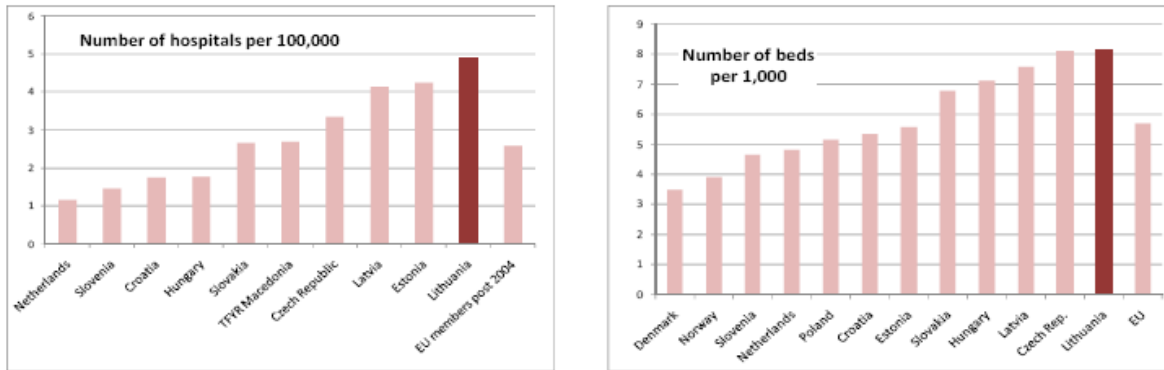
Lietuviai yra nepatenkinti sveikatos sistema, daugiausiai – dėl korupcijos šioje srityje. Faktiškai, lietuviai yra labiau nepatenkinti, nei kitų šalių gyventojai.

Visai tai rodo, kad išlaidų sveikatai didinimas pastaraisiais metais nepagerino sistemos, nes nebuvo nukreiptas į gyventojų poreikių tenkinimą.

Stacionarai.

Nepaisant įvykusių teigiamų pokyčių, Lietuvos stacionarių ASPJ infrastruktūra yra ryškiai per didelė, todėl turėtų būti pertvarkyta, atsižvelgiant į gyventojų poreikius. Ligoninių skaičius yra du kartus didesnis, nei ES vidurkis. 53 stacionarai turi po mažiau, nei 50 lovų, o dar 25 ligoninės turi po mažiau, nei 100 lovų. Net ir mažiausios ligoninės turi gana didelius fiksuotus išlaikymo kaštus. Dar daugiau, ligoninė, turinti mažiau, nei 200 lovų yra laikoma per maža, kad užtikrintų plataus profilio stacionarines paslaugas. Kadangi atstumai Lietuvoje nedideli, yra daug galimybių pagerinti stacionarių ASPJ infrastruktūra, nepabloginant prieinamumo. Tuo pačiu, būtų galima geriau tenkinti gyventojų poreikius. Pvz.: tuberkuloze sergantieji gali būti gydomi ambulatoriškai, bet 2 pacientų priežiūrai tenka 1 stacionarinė lova; vienai akušerinei lovai vidutiniškai tenka 20 gimdymų, kas neužtikrina paslaugos kokybės ir pacientų saugumo.

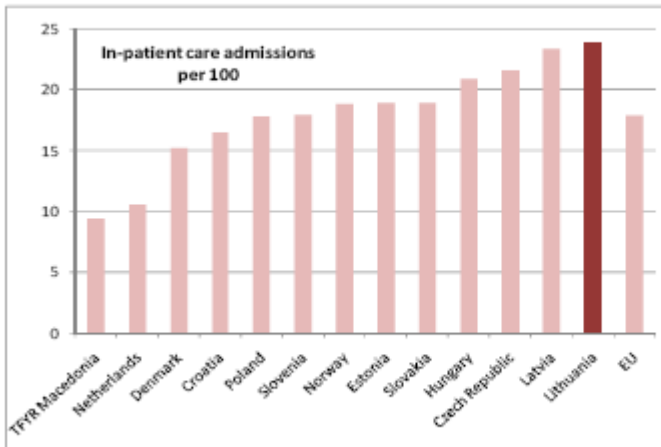
Figure 37: Hospital infrastructure in Lithuania and other European countries (2007)



Source: European Health for all Database. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Surinkti duomenys leidžia teigti, kad stacionarų produktyvumas yra pakankamo lygio, tačiau daugiau pacientų turėtų būti gydoma už stacionaro ribų – Lietuva turi didžiausius stacionarizavimo rodiklius Europoje. Vidutinė gydymo trukmė yra artima OECD šalims, lovos funkcionavimo rodiklis yra toks pats, kaip ir ES šalių vidurkis, vis tik stacionarinėje sistemoje yra daug trūkumų. Daugiau pacientų turėtų būti gydomi ambulatoriškai. SAM vertina, kad: „dabar 80% problemų yra sprendžiama stacionare, o siekis turėtų būti - 50%). Jau nuo 2006m. VLIK dirba ša linkme, skatindama dienos chirurgijos paslaugas ir yra pasiekusi neblogų rezultatų (stacionarinių atvejų skaičius sumažėjo 11% 2006m., o 2008m. – 1,2%), tad tokią veiklą reikia tęsti, tačiau ji nebus sėkminga, jei vyks be stacionarų infrastruktūros mažinimo ir PSP vystymo, kas geriau tenkintų pacientų poreikius.

Figure 38: Admission rates in Lithuania and other European countries (2007)



Source: European Health for all Database. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Dar viena grupė susirūpinimą keliančių priežasčių ligoninių sistemoje yra susijusi su bloga vadyba/blogu valdymu ASPĮ ir skaidrumo trūkumu. Dauguma ligoninių yra ne pelno įstaigos, kurių steigėjas – vietos valdžia. Kaip jau buvo minėta, korupcija jose laikoma didele problema. Dauguma sveikatos sistemos valdininkų teigia, kad yra:

- nepakankamas ligoninės valdymo korporatyvumas ir vadyba
- stacionarai nėra tiesiogiai atskaitingi už gaunamas lėšas ir teikiamas paslaugas, be to -
- stacionarai yra labai įtakingi sveikatos sistemos valdyme, nes praktiškai įtakoja įvairių jiems palankių sprendimų priėmimą.

Atsižvelgiant į visa tai, labai sunku vykdyti restruktūrizaciją, kontroliuoti išlaidas brangių technologijų įsigijimui. 18 lentelė rodo, kad Lietuvoje (palyginti mažoje šalyje) yra kur kas daugiau brangios įrangos, nei kitose palyginamose valstybėse.

Table 18: CT Scan and MRIs per million population

	Lithuania	Czech Rep.	Hungary	Poland	Mexico
MRI	3.2	3.8	2.6	1.9	1.4
CT scan	14.2	13.1	7.2	9.2	3.6

Kokybės valdymas ir kontrolė praktiškai neegzistuoja.

...SAM rengia paslaugų aprašymo standartus, o VLK leidžia (?) vaistų išrašymo rekomendacijas, tačiau šių dokumentų vykdymas nėra monitoruojamas. Nevyksta sveikatos priežiūros technologijų vertinimas, kuris užtikrintų investicinių sprendimų ekonominį efektyvumą ir atitikimą poreikiams, ypač kalbant apie brangias technologijas.

Taigi, egzistuoja kai kurie kokybės užtikrinimo elementai, tačiau jie fragmentiški ir neefektyvūs.

...ASPĮ neatsiskaito už kokybinius veiklos rezultatus, taigi, galima teigti, kad nėra jokių įrodymų, jog esama informacija apie ASPĮ veiklą yra išsami, pakankamai žinoma (išplatinta), arba kad ja efektyviai naudojasi priimant sprendimus.

Stacionariųjų paslaugų apmokėjimo sistema turi būti peržiūrėta, taip pat turi būti sustiprintas strateginis paslaugų pirkimas. Už stacionarines paslaugas VLK moka „už atvejį“, papildomai apmokėdama tam tikras brangias paslaugas ir procedūras. Visi sutinka, kad esamos kainos nebūtinai atitinka sąnaudas, todėl stacionarai turi daug erdvės „manipuliacijoms, apeinančioms sistemą“. VLK planuoja įdiegti DRG, kuri skatina stacionarus efektyviau dirbti ir mažinti stacionariųjų atvejų skaičių. Apokėjimo sistemos pakeitimas ir tobulinimas yra būtini, bent vien to nepakanka, kad VLK galėtų vykdyti strateginį paslaugų pirkimą. Reikia suteikti įgaliojimus VLK atsirinkti sutarčių partnerius arba leisti VLK nepirkti visų paslaugų, kurias gali suteikti ASPĮ.

Laukiančios stacionarinės priežiūros reformos ir visuomenės pasitikėjimo atkūrimas pareikalaus sutelktos politinės paramos bei suderintų tarp SAM ir VLK veiksmų plano. Toliau turi būti vykdoma ligoninių restruktūrizacija, o mažesnės įstaigos turėtų teikti tik tam tikras (ribotą kiekį) paslaugas, kad saugiai tenkintų pacientų poreikius. Turi būti peržiūrima paslaugų apmokėjimo sistema ir skatinamos iniciatyvos, didinančios vienos dienos chirurgijos paslaugų skaičių. Ypatingai reikia sustiprinti ligoninių atsiskaitomybę, atsižvelgiant į pacientų poreikius ir, siekiant pagerinti paslaugų kokybę. Akreditavimą reikia pradėti kuo skubiau, o paslaugų apmokėjimo sistema galėtų tokį procesą skatinti. Jau dabar turėtų būti pradėti rinkti prieinama informacija apie įvairius stacionarinės veiklos rodiklius (įskaitant finansinius), šie duomenys turi būti analizuojami ir plačiai skleidžiami per media ir pan., į juos turi būti atsižvelgiama priimant sprendimus dėl sutarčių sudarymo, paslaugų apmokėjimo, ligoninių vadovų priėmimo į darbą ar atleidimo.

PSP ir žmoniškieji ištekliai.

Turėtų būti skatinamos pastangos sustiprinti PSP. Dabar 25% gydytojų dirba PSP (Prancūzijoje – atitinkamai 50%). 2007m. 23% PSP prisirašiusiųjų buvo prirašyti privačiose ASPĮ. Vis tik, nors 23 proc. gydytojų deklaruoja tam tikrą dalį privačios veiklos, tik 8% deklaruoja, kad jų pagrindinis darbas yra privati praktika.

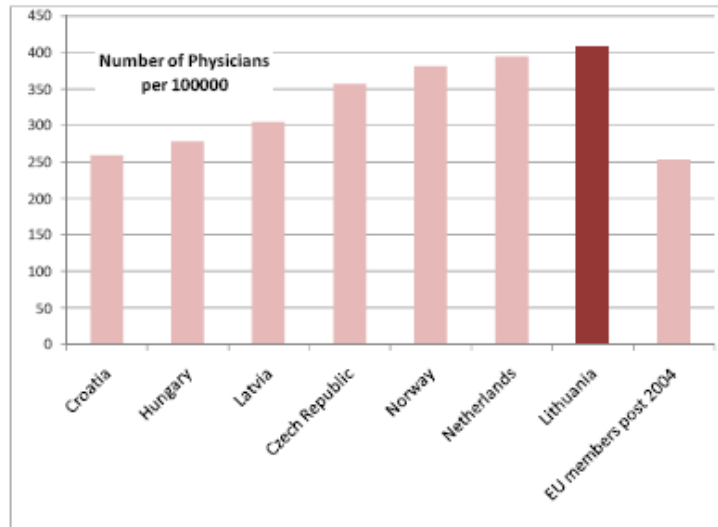
PSP turi teikti daugiau paslaugų, nei teikia dabar. PSP gydytojai siunčia pacientus specialistams/į stacionarus dažniau, nei turėtų. Taip yra dėl įvairių priežasčių, bet ir dėl to, kad nepakanka motyvacijos, įrangos, pajėgumų, kompetencijos gydyti pacientus PSP lygyje. VLK sako, kad planuoja įdiegti apokėjimo elementus, susijusius su PSP veiklos rodikliais. Tai yra teisingas žingsnis. Veiklos rodikliai turi būti esminiai, priimant sprendimus dėl prevencinių paslaugų apokėjimo bei skatinant siuntimų specializuotai priežiūrai sumažinimą.

Esminis prioritetas vidutinės ir ilgalaikės trukmės planuose turėtų būti skiriamas sveikatos sektoriaus žmogiškųjų išteklių strategijai.

Šiuo metu gydytojų skaičius vidutiniškai tenkantis vienam gyventojui yra 60% didesnis nei ES šalių vidurkis (39 pav.). Yra 242 pediatrai 100 tūkst. gyventojų, kai JAV ir Prancūzijoje yra apie 100, akušeriui ginekologui per metus tenka 40 gimdymų ir tai yra labai žemas rodiklis. Taigi, dabar dirbančių gydytojų

produktyvumas yra labai žemas, nors jų atlyginimai nuo 2004 metų daugiau nei padvigubėjo. Papildomai pažymėtina, kad gydytojui tenka tik 1,8 slaugytojos, o minimaliu rodikliu laikomas santykis 2:1 (OECD šalių vidurkis yra 3:1), kai tuo tarpu ekonomiškai efektyvios ir kokybiškos priežiūros rodikliu laikomas santykis 4:1. Neoptimalus gydytojų skaičius, jų darbo apmokėjimo sistema, kompetencijų padalijimas, gydytojų ir slaugytojų santykis, taip pat selektyvaus (atrankinio) sutarčių sudarymo nebuvimas, ligoninių finansavimo sistema, kuri neskatina efektyvumo ir gerų veiklos rodiklių, taip pat finansinės ASPJ atskaitomybės trūkumas ir apmokėjimo struktūra nėra susiję su veiklos rodikliais. SAM bendradarbiaudama su universitetais turėtų parengti žmogiškųjų išteklių vystymo planą tam, kad užtikrintų darbo jėgos geresnį atsaką į senėjančios populiacijos poreikius.

Figure 39: Number of physicians per capita in Lithuania and Europe (2007)

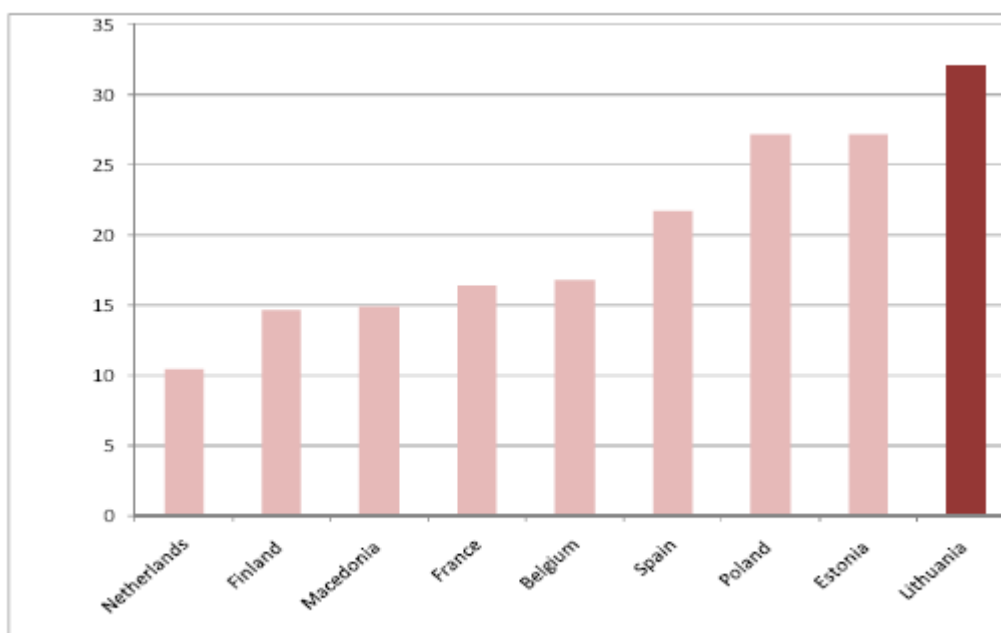


Source: European Health for all Database. <http://www.euro.who.int/HFADB>

Preliminarūs duomenys leidžia manyti, kad išlaidos vaistams yra gana didelės.

Informacija apie išlaidas vaistams nėra publikuojama ir iš anksto prieinama, bet kai kurie duomenys rodo, kad šiam tikslui leidžiama daug. Pavyzdžiui OECD šalyse vaistų rinka sudaro apie 1% nuo BVP, o Lietuvoje – 1,7% nuo BVP. Nors, duomenys apie Lietuvą yra preliminarūs, 40 pav. rodo, kad Lietuva vaistams santykinai leidžia daugiau nei eilė ES šalių bendroje sveikatos priežiūros išlaidų struktūroje. VLK mano, kad Lietuvos išlaidos yra didžiausios tarp Baltijos šalių, o jos kompensacijų už vaistus lygis auga greitais žingsniais (16% nuo 2006 iki 2007 metų). Yra įgyvendintos kaip kurios kaštų valdymo priemonės (vaistai kompensuojami pagal referentinę kainą, gydytojų prašoma išrašinėti generinius vaistus, ir t. t.), bet šių priemonių efektyvumas nebuvo vertintas. Tam, kad nustatyti problemas ir pasiūlyti pagrįstas kaštų valdymo priemones visuomeniniam sektoriui, reikalinga atlikti farmacinės rinkos detalią analizę, taip pat reiktų įvertinti vaistų kainų nustatymo ir pirkimo kompensavimo mechanizmus, receptų išrašymą ir mažmeninę prekybą, o taip pat pacientų, kaip vartotojų, elgseną. Papildomai pažymėtina, kad išlaidų vaistams kontrolė turėtų tiesiogiai pagerinti populiacijos gerovę: tiek Latvijoje, tiek Estijoje, išlaidos vaistams turi ženklia, skurdinančią įtaką namų ūkio išlaidoms.

Figure 40: Share of pharmaceutical in total health expenditure (circa 200:



Source: *European Health for all Database*. <http://www.euro.who.int/HFADB>