

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrui
Arūnui Dulkiui

Kopija:
Lietuvos Respublikos vyriausybei

**DĖL 2021 METŲ COVID MIRČIŲ (PAGAL 1 APIBRĖŽIMĄ) IR COVID LOVŲ
UŽIMTUMO ĮTAKOS PERTEKLINĖMS MIRTIMS**

2021 m. lapkričio 12 d., Vilnius

Bet kokia infekcija pavojinga tiek, kiek:

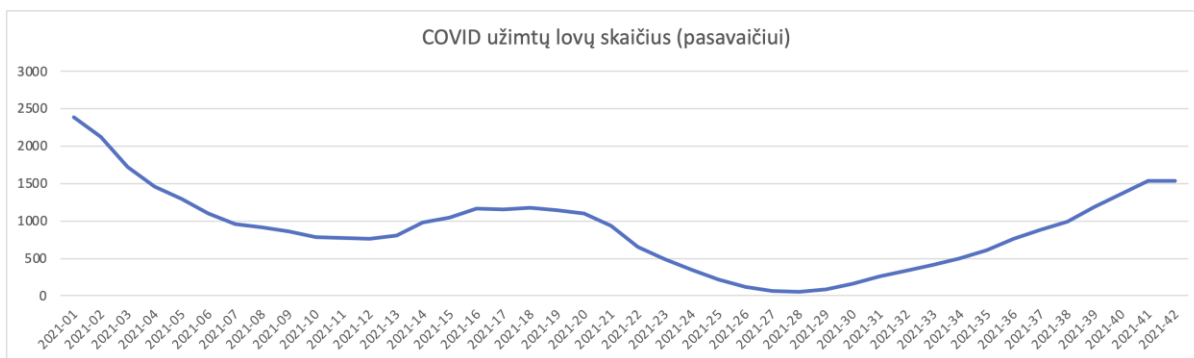
- a) sukelia negalią, paralyžių ar kitas sunkias pasekmes sveikatai, tačiau žmogus lieka gyvas;
- b) padidėja mirčių kiekis:
 - tiesiogiai dėl infekcijos įtakos;
 - netiesiogiai dėl ligoninių apkrovimo sumažėjus planinių paslaugų teikimui (mirčių nuo kitų ligų padidėjimas).

Jei infekcija nesukelia negalios, paralyžiaus, kitų sunkių padarinių sveikatai bei tiesioginių ir netiesioginių perteklinių mirčių, ji nėra pavojinga.

Kadangi viešai prieinamų duomenų dėl sukeltos negalios, paralyžiaus ar kitų sunkių pasekmių nėra, Sveikatos teisės institutas išanalizavo 2021 m. mirtis palyginant jas su 2020 m. bei 2016–2019 m. vidurkiu. Atsižvelgiant į tai, kad:

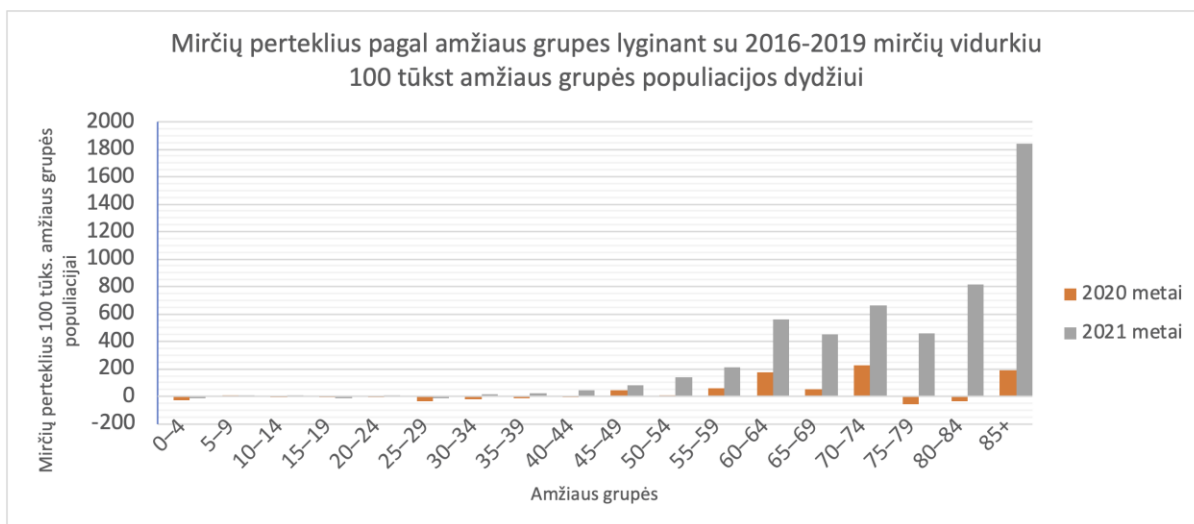
- a) vyresnėse amžiaus grupėse natūraliai miršta daugiau žmonių, analizė atlikta suskirsčius pagal amžiaus grupes (kas 5 metus iki 85+ grupės);
- b) kiekvienais metais populiacijos dydis amžiaus grupėse skiriasi, mirtys analizuojamos išskaičiuojant 100 tūkst. tos amžiaus grupės populiacijos dydžiui lyginamų metų pradžioje;
- c) laike infekcijos įtaka mirtims ir užsikrėtimų skaičiui buvo skirtinga, imami savaitiniai mirčių duomenys.

Kadangi perteklinių mirčių skaičius gali būti susijęs su COVID lovų užimtumu, žemiau pateikiama statistika COVID lovų užimtumo pasavaičiui.



Matyti, kad lyginant su pirmąją savaitę fiksuotu pikų, nuo 6 savaitės lovų užimtumas nukrito daugiau kaip du kartus, o tarp 23 ir 35 savaitės buvo nukritęs daugiau nei 4 kartus. Tai rodo, kad lyginant su pikų pirmosiomis metų savaitėmis, planinių paslaugų prieinamumas turėjo būti padidintas, nes planinės paslaugos turėjo mažiau konkuruoti su COVID pacientų lovomis.

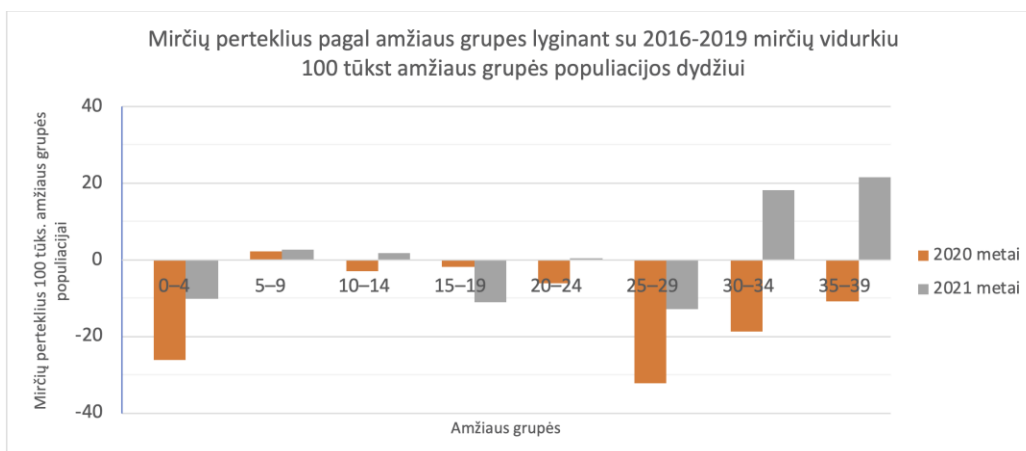
Nagrinėjant mirčių perteklių visų pirma nustatyta, kaip sumoje susiformavo mirčių perteklius pagal amžiaus grupes, tenkantis 100 tūkst. gyventojų už 01–42 atitinkamų metų savaites.



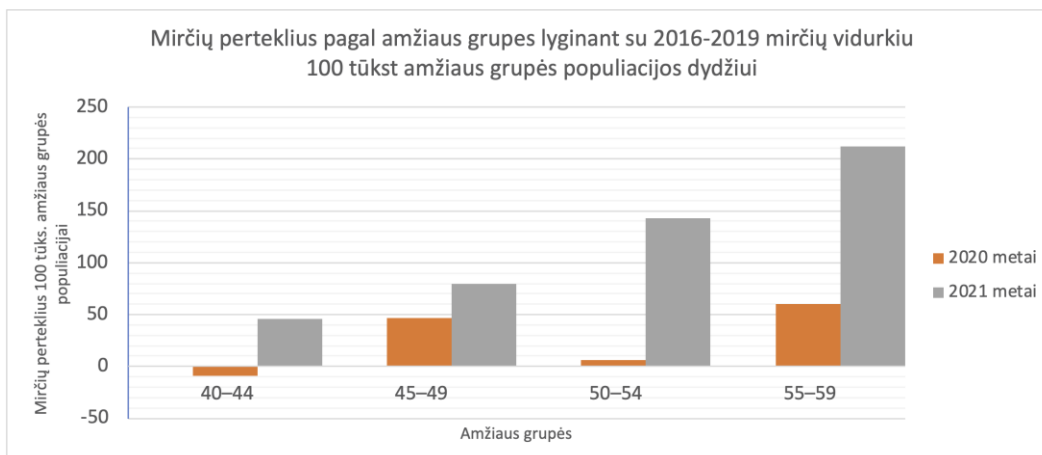
Mažesnės už „0“ reikšmės rodo sumažėjusį mirčių skaičių 100 tūkst. amžiaus grupės populiacijos dydžiui, didesnės už „0“ – padidėjusį mirčių skaičių 100 tūkst. amžiaus grupės populiacijos dydžiui.

Iš šio grafiko matyti, kad susiformuoja keturios grupės:

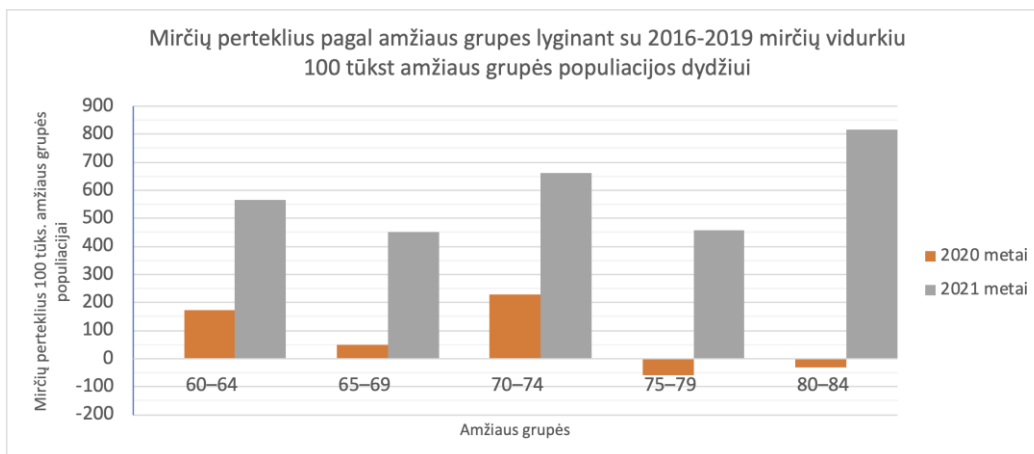
– 0–39 amžiaus grupėje perteklinių mirčių 100 tūkst. amžiaus grupėse skaičiai statistiškai nėra dideli ir svyruoja tiek į mažesnę, tiek į didesnę pusę. Ši grupė sudaro 44,94 proc. visos 2021 m. pradžioje buvusios populiacijos. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad 2020 m. perteklinių mirčių iki 42 savaitės buvo sukaupta tik 5–9 metų grupėje. Visose kitose amžiaus grupėse mirčių skaičių lyginant su 2016–2019 metų vidurkiu buvo sumažėjęs.



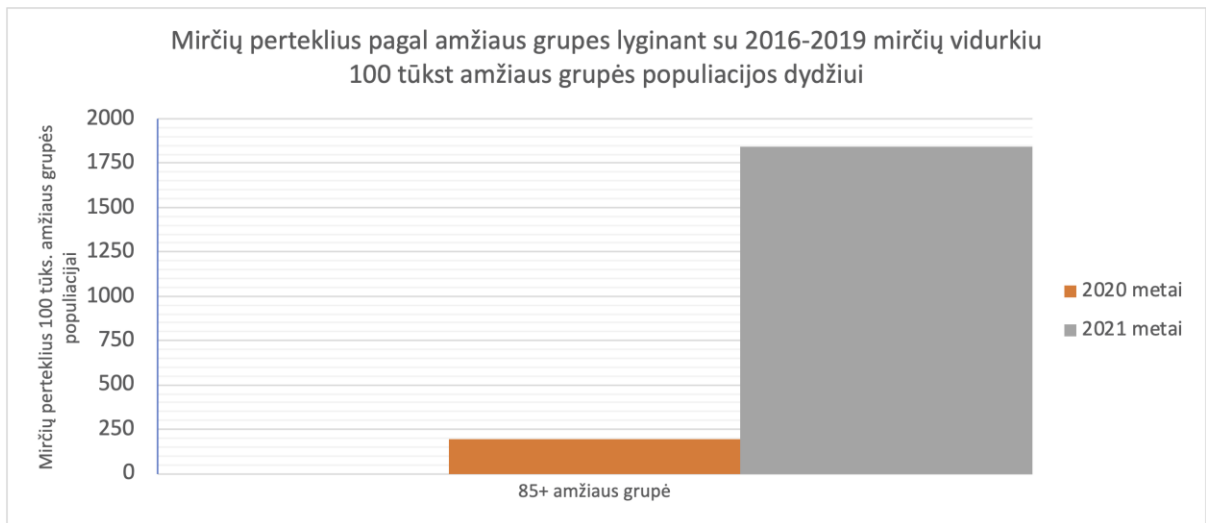
– 40–59 amžiaus grupė, kurioje mirčių perteklius 100 tūkst. yra didesnis nei pirmos grupės. Ši grupė sudaro 27,83 proc. visos 2021 m. pradžioje buvusios populiacijos. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad 2020 m. per 42 savaites 40–44 metų grupėje buvo sukaupta mažiau mirčių nei buvo 2016–2019 m. vidurkis, o likusiose amžiaus grupėse bei ypač 50–54 amžiaus grupėje mirčių 100 tūkst. amžiaus grupės gyventojų buvo sukauptas mažesnis perteklius nei 2021 metais.



– 60–84 amžiaus grupė, kurioje mirčių perteklius 100 tūkst. yra ženklus. Ši grupė sudaro 24,54 proc. visos 2021 m. pradžioje buvusios populiacijos. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad 2020 m. 75–79 ir 80–84 amžiaus grupėje mirčių buvo sukaupta mažiau nei 2016–2019 m. vidurkiu, o likusiose amžiaus grupėse fiksuota mažiau mirčių 100 tūkst. amžiaus grupės gyventojų nei 2021 metais.

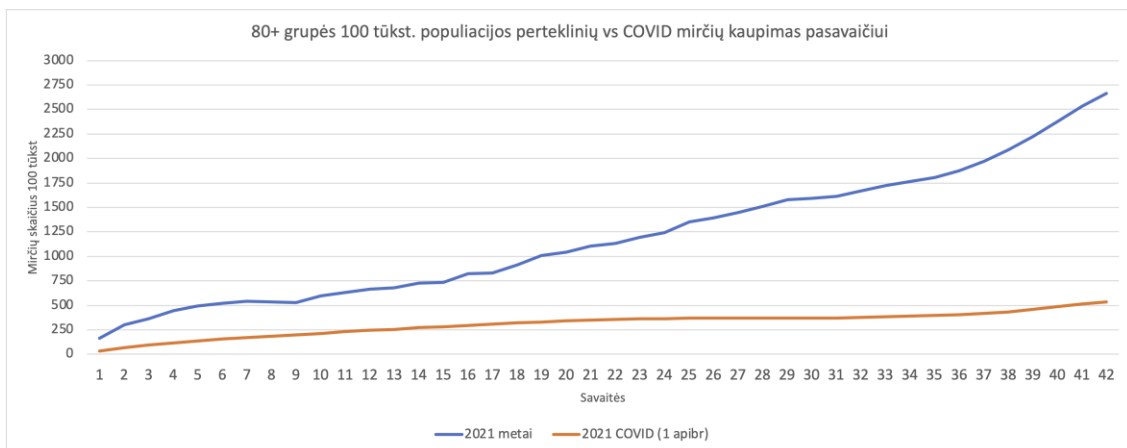


– 85+ amžiaus grupė, kurioje mirčių perteklius 100 tūkst. yra išskirtinai didelis. Ši grupė sudarė 2,69 proc. visos 2021 m. pradžioje buvusios populiacijos. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad per 42 savaites 2020 metais buvo sukaupta apie 9 kartus mažiau mirčių nei 2021 metais.



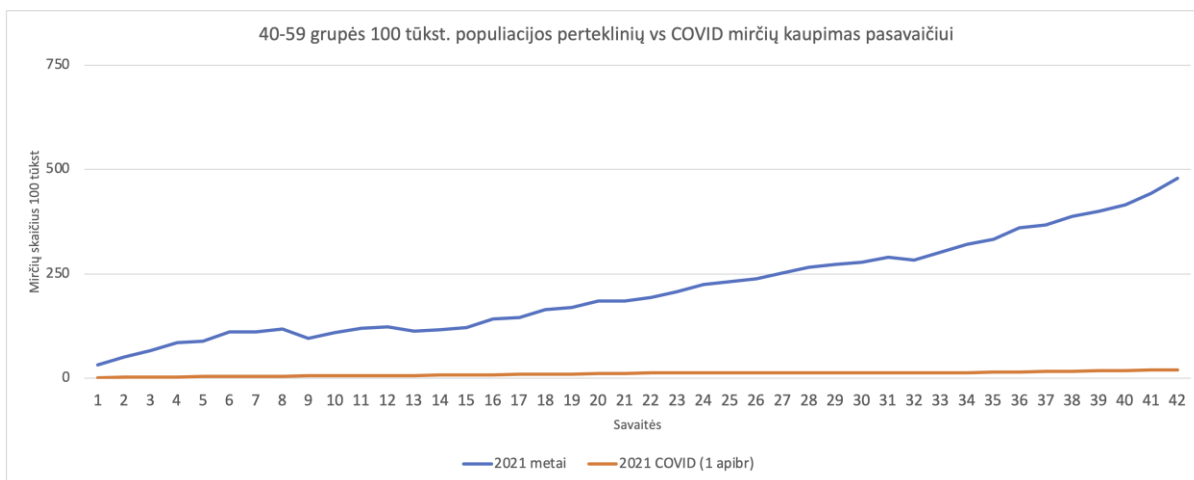
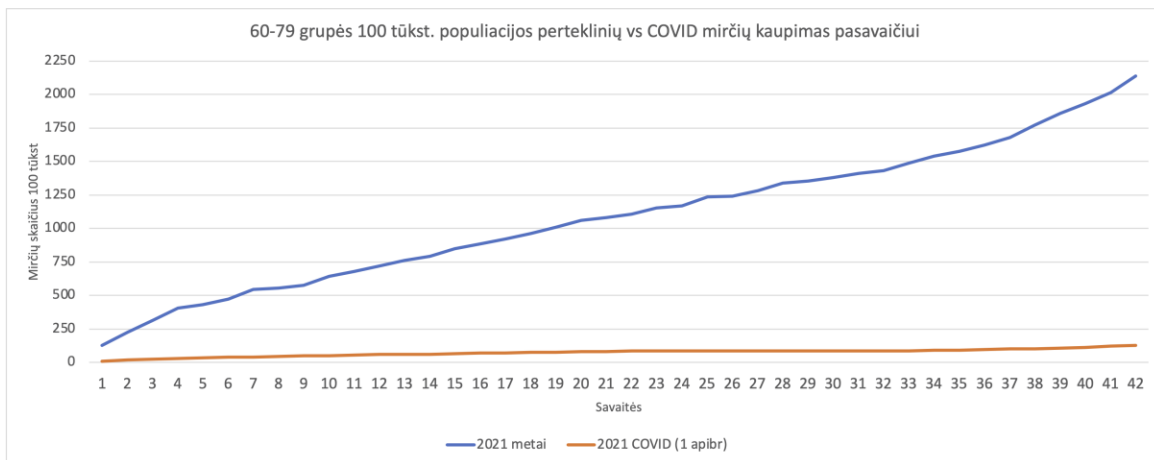
Atsižvelgiant į aptartus duomenis kyla klausimas, kaip perteklinės mirtys koreliuoja su mirtimis nuo COVID-19 (pagal 1 apibrėžimą) ir su COVID lovų užimtumu ligoninėse.

Kadangi mirtys nuo COVID-19 pateikiamos sugrupuotos kas 10 metų, perteklinių mirčių palyginimą atliekamas apjungus 80+ grupę. 2021 m. ir 2016–2019 m. vidurkio palyginimą daromas pasavaičiui sugretinant su COVID 1 apibrėžimo mirtimis.



Iš grafiko matyti, kad 80+ grupėje mirčių perviršis augo sparčiau nei COVID 1 apibrėžimo mirtys. Taip pat atkreiptinas dėmesys, kad mirčių perteklius augo ir 23–35 savaitėmis, nors tuo metu COVID lovų užimtumas buvo mažiausias ir tik nuo 37 savaitės būtų galima sieti didesnį perteklinių mirčių augimą su didėjančiu COVID lovų užimtumu, tačiau tai neatsako į klausimą,

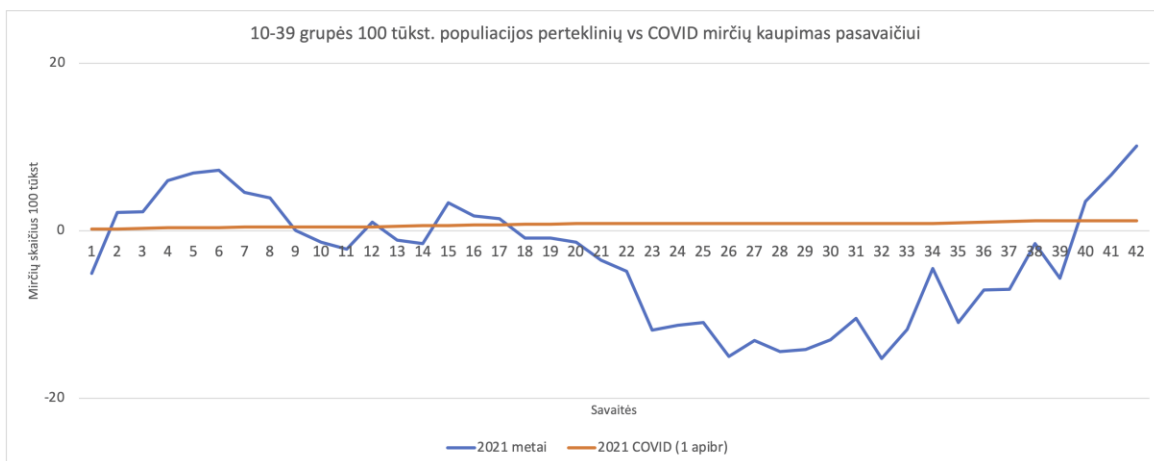
kodėl mirčių perteklius augo 23–35 savaitėmis. Iš to darytina išvada, kad **mirčių pertekliaus augimui COVID lovų ATLAISVĖJIMAS įtakos neturėjo.**



Analogiška situacija yra 60–79 bei 40–59 amžiaus grupėse – mirčių perteklius augo ir 23–35 savaitėmis, nors tuo metu COVID lovų užimtumas buvo mažiausias ir tik nuo 37 savaitės būtų galima sieti didesnį perteklinių mirčių augimą su didėjančiu COVID lovų užimtumu, tačiau tai neatsako į klausimą, kodėl mirčių perteklius augo 23–35 savaitėmis. Iš to darytina išvada, kad **mirčių pertekliaus augimui COVID lovų ATLAISVĖJIMAS įtakos neturėjo.**

Papildomai reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad šiose amžiaus grupėse sukauptas COVID mirčių skaičius (pagal 1 apibrėžimą), tenkantis 100 tūkst. amžiaus grupės gyventojų, yra statistiškai labai nereikšmingas, todėl neturėtų būti siejamas su perteklinių mirčių augimu.

Tačiau 0–39 metų grupėje pastebima visiškai kitokią situaciją:



Šiuo atveju pastebimas iki 10 mirčių, tenkančių 100 tūkst. tos grupės gyventojams, kurias, kaip bebūtų galima jauno amžiaus žmonių, reikėtų prilyginti statistiniams svyravimams.

Viešumoje sklindančios prielaidos:

1. Planinės paslaugos stabdomos dėl COVID-19 pacientų užimtų lovų.

Ši prielaida būtų logiška, jei 2021 metų 23–35 savaitėmis perteklinių mirčių skaičius mažėtų arba būtų užfiksuotas 22 savaitės lygyje.

2. Į gydymo įstaigas bijoma kreiptis ir važiuoti dėl baimės užsikrėsti COVID-19.

Tokiam pagrindimui reikėtų atlikti apklausą, tačiau jos rezultatai turėtų skirtis priklausomai nuo amžiaus grupės. Tokia baimė greičiausiai būtų pasireiškusi vyresnėse amžiaus grupėse, bet nepaaiškintų 40–59 amžiaus grupės mirčių augimo ir ypač tuo metu, kai buvo COVID-19 atoslūgis.

Atsižvelgiant į tai, kad 40–59 amžiaus grupė iš šios prielaidos turėtų atkristi, greičiausiai kažkokia dalis likusių amžiaus grupių bus tenkinanti šią prielaidą, kita dalis – ne.

3. Lietuvos gyventojų sveikata buvo ir yra viena prasčiausių ES.

Verta prisiminti, kad perteklinių mirčių palyginimas atliktas lyginant su 2016–2019 metų vidurkiu 100 tūkst. gyventojų pagal amžiaus grupes.

Kadangi gyventojų sveikata **buvo** viena iš prasčiausių ES, darytina išvada, kad ji turėjo būti bloga ir 2016–2019 m. ir dėl to nuokrypis 2020 ir 2021 m. neturėjo būti ženklus arba turėjo susidengti su COVID mirtimis pagal 1 apibrėžimą, nes tai vienintelė išskirtinė sąlyga lyginant su 2016–2019 metais.

Vis dėlto nuo pat metų pradžios ir net nepriklausomai nuo COVID užimtų lovų (sunkesnės formos COVID-19 ligonių) fiksuojamas mirčių pertekliaus augimas, todėl darytina išvada, kad gyventojų sveikata nėra pagrindinė priežastis, dėl kurios kaupiasi mirčių perteklius, o įtaką gali daryti tik pasikeitęs sveikatos sistemos prieinamumas.

4. „1/12“ apmokėjimas už paslaugas gydymo įstaigoms nepriklausomai nuo suteiktų paslaugų.

Ši prielaida gali paaiškinti mirčių augimo įtaką, nes iki tol buvusi prasčiausia Lietuvos gyventojų sveikata, kuriai 2016–2019 m. buvo teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, taikant fiksuotą „1/12“ apmokėjimą gydymo įstaigoms ir joms teikiant mažiau paslaugų, sveikatos priežiūros paslaugos galėjo būti suteiktos mažesniai žmonių skaičiui ir dėl to galėjo padaugėti mirčių. Šiai prielaidai patikrinti reiktų viešai prieinamo gydymo įstaigų suteiktų paslaugų skaičiaus lyginant su finansavimu, todėl toks palyginimas paliekamas Sveikatos apsaugos ministerijos diskrecijai.

Tačiau net ir toks finansavimas neatsako į klausimą, kodėl paslaugos nebuvo suteiktos 100 proc. tuo periodu, kai COVID lovų užimtumas buvo nykstamai mažas ir vertinant tai, kad medikams rūpi žmonių gyvybės. Šioje vietoje gaunamas neatitikimas:

a) arba teisės aktai neleidžia medikams teikti 100 proc. paslaugų net ir tuo metu, kai COVID lovų užimtumas yra mažas;

b) arba ne visiems medikams rūpi žmonių gyvybės ir gaudami „1/12“ finansavimą nepriklausomai nuo suteiktų paslaugų, nesistengiama ieškoti būdų, kaip tas paslaugas suteikti.

Apibendrinimas:

Norint suprasti problemą, negalima paaimti vienos dëlionės detalės ir pagal ją vertinti viso vaizdo. Bûtina matyti visas dëlionės dalis. Taip pat ir norint suprasti, kas daro įtaką mirčių pertekliui reikia žiūrėti ne vien į mirtis nuo COVID-19, o į visas mirtis bendrai.

Bendras perteklinių mirčių palyginimas parodo, kad koreliacijos su COVID pirmo apibrėžimo mirtimis nėra. Taip pat mirčių pertekliaus augimas nesusijęs su COVID lovų atlaisvinimu – net ir krentant COVID užimamų lovų skaičiui mirčių skaičius vis tiek auga.

Todėl Sveikatos apsaugos ministerijos prašome atsakyti, kuo ypatingos 2021 metų 23–35 savaitės, kad nukritus COVID pacientų lovų skaičiui, perteklinių mirčių skaičius vis tiek augo?

Taip pat prašome pateikti gydymo įstaigų 23–35 savaitėmis suteiktų paslaugų statistiką:

- a) gydymo įstaiga;
- b) asmens sveikatos priežiūros įstaigos ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutarties įvykdymo procentas;
- c) šeimos gydytojo ar jo komandos nario suteiktų konsultacijų skaičius iš viso;
- d) iš jų – nuotolinių konsultacijų;
- e) gydytojų specialistų suteiktų konsultacijų skaičius iš viso;
- f) iš jų – nuotolinių konsultacijų.

Pagarbiai

Direktorius

Doc. dr. Rimas Jankūnas