



SVEIKATOS SISTEMOS REFORMŲ ANALIZĖS

ATLIKIMAS

(GALUTINĖ ATASKAITA)

Projektas įgyvendinamas vykdant 2007–2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veikslių programos 4 prioriteto „Administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas“ įgyvendinimo priemonę VP1-4.2-VRM-05-V „Geresnis Europos Sąjungos politikų įgyvendinimas“. Projektas finansuojamas Europos Sąjungos ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšomis.

Vilnius, 2011

Rengėjai	Ekspertų grupė
VšĮ „Sveikatos priežiūros vertinimo nepriklausoma agentūra“ ir UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu ” pagal 2011 m. sausio 17 d. pasirašytą paslaugų viešojo pirkimo-pardavimo sutartį Nr. S-3.	Vilius Jonas Grabauskas Romualdas Buivydas, Gediminas Černiauskas, Romualdas Gurevičius, Danguolė Jankauskienė, Jonas Kairys, Romas Lazutka, Rimantas Pečiūra, Dalia Zeleckienė

TURINYS

SUTRUMPINIMAI	4
6.1. 1998-2010 METAIS LIETUVOJE VYKDYTŲ SVEIKATOS SISTEMOS REFORMŲ ANALIZĖ.....	6
1. <i>Lietuvos sveikatos programos parengimo aplinkybės</i>	7
1.1. Lietuvos gyventojų sveikata 1994-1997 metais.....	7
1.2. Lietuvos socialinė-ekonominė situacija 1994-1997 metais	9
1.3. Sveikatos sutrikimų struktūra ir pagrindinių sveikatai įtaką darančių veiksnių dinamika 1994-1997 metais.....	13
1.4. Tarptautinės Lietuvos sveikatos programos parengimo aplinkybės.....	16
1.5. Sveikatos priežiūros raida ir pagrindinės sveikatos priežiūros politikos kryptys 1994-1997 metais.....	19
2. <i>Teisiniai Lietuvos sveikatos programos pagrindai</i>	21
2.1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas	21
2.2. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas	22
3. Lietuvos sveikatos programos turinys.....	24
3.1. Programos tikslas -VGT ilgėjimas - ir kiekybinė jo išraiška.....	24
3.2. LSP įgyvendinimo mechanizmas. Tikslinės sveikatos programos kaip integrali LSP dalis.....	26
3.3. Pagrindiniai veiksniai, turintys lemti Lietuvos gyventojų sveikatos lygio augimą.....	27
3.4. LS Programoje numatyti ištekliai	30
3.5. LSP įgyvendinimo stebėsenos mechanizmas	35
4. Programos tikslų ilginti vidutinę gyvenimo trukmę ir mažinti mirtingumą dėl pagrindinių prižasčių įgyvendinimas 1998-2010 metais	36
4.1. Programos tikslai ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodikliai. Bendrieji tikslai ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodikliai. Gyventojų mirtingumo sumažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės prailginimas.....	37
5. Pagrindiniai veiksniai, lėmę Lietuvos gyventojų sveikatą 1998–2010 metais	44
5.1. Šalies ekonomikos raida bei sveikatinimo išteklių (Sveikatos sistemos visuomeninis finansavimas, gyventojų išlaidos sveikatos prekėms ir paslaugoms, gyventojų ir ūkio subjektų veikla stiprinanti sveikatą) dinamika.....	44
5.2. Sveikatos veiksnių dinamika	49
5.3. Tikslinių sveikatos programų kokybė bei jų įgyvendinimo poveikis šalies gyventojų sveikatai	91
5.4. Pagrindiniai teisės aktai/reformos reikšmingai veikę gyventojų sveikatą	101
6. Išvados ir rekomendacijos.....	102
Rekomendacijos	103
6.2. PSO/EURO REGIONO IR ES POLITIKOS BEI JOS VERTYBINIŲ NUOSTATŲ SVEIKATOS SRITYJE APŽVALGA	106
1. PSO/EURO sveikatos vertybės, kuriomis nuo 1990 m. remiasi Lietuvos sveikatos politika	107
2. PSO/EURO regiono ir ES politikos dokumentų apžvalga bei jos vertybinės nuostatos sveikatos srityje.....	110
1 PRINCIPAS. BENDROMIS SVEIKATOS VERTYBĖMIS PAGRĮSTA STRATEGIJA	124
2 PRINCIPAS. „SVEIKATA YRA DIDŽIAUSIAS TURTAS”	128
3 PRINCIPAS. SVEIKATOS ASPEKTAI VISOSE POLITIKOS SRITYSE (SAVP).....	132
4 PRINCIPAS. ES ĮTAKOS SPRENDŽIANT SVEIKATOS PROBLEMAS PASAULINIŲ MASTŲ STIPRINIMAS	133
3. Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 m. metmenys.....	135
4. Apibendrinimas	137

6.3. LIETUVOS VISUOMENĖS SVEIKATOS SVARBIAUSIOS PROBLEMOS IR JŲ SPRENDIMŲ PRIORITETINĖS KRYPTYS	138
6.3.0. LIETUVOS VISUOMENĖS SVEIKATOS SVARBIAUSIOS PROBLEMOS.....	139
6.3.1. Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas.....	139
6.3.2. Sveikatos santykių teisumas	145
6.3.3. Gyvenimo kokybės pagerinimas	146
6.3.4. Visuomenės sveikatos prioritetai.....	149
6.3.5. Lietuvos sveikatos programos '2020 prioritetai.....	162
Lėtinės ligos – didžiausias iššūkis šalies gyventojų sveikatai	167
6.4. EUROPOS ŠALIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIORITETŲ ĮGYVENDINIMO IR TARPSEKTORINIO BENDRADARBIAVIMO GEROS PRAKTIKOS PAVYZDŽIŲ ANALIZĖ	171
6.4.1. EUROPOS ŠALIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIORITETŲ ĮGYVENDINIMO IR TARPSEKTORINIO BENDRADARBIAVIMO GEROS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI	172
6.5. LIETUVOS GYVENTOJŲ POŽIŪRIO Į SIŪLOMUS VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIORITETUS ANALIZĖ	180
Tyrimo metodika	181
Gyventojų atsakymai į reprezentatyvios apklausos klausimus.....	182
APIBENDRINIMAS IR IŠVADOS	193
6.6. LIETUVOS GYVENTOJŲ LIETUVOS SVEIKATOS BŪKLĘ ATSPINDINČIŲ 1998-2010 M. VĒLIAUSIŲ PRIEINAMŲ EPIDEMIOLOGINIŲ RODIKLIŲ STATISTINIS VERTINIMAS PAGAL SIŪLOMUS PRIORITETUS.....	194
Įvadinė dalis	195
Lietuvos gyventojų sveikatos būklę atspindinčių 1998-2010 m. vėliausių prieinamų epidemiologinių rodiklių statistinis vertinimas, siekiant nustatyti pagrindines prioritetines kryptis	196
Lietuvos gyventojų sveikatos būklę atspindinčių 1998-2010 m. vėliausių prieinamų epidemiologinių rodiklių statistinis vertinimas pagal siūlomus prioritetus.....	209
Rekomendacijų rengimo dėl Lietuvos sveikatos programos (LSP 2020) siektinų rodiklių metodika	252
APIBENDRINIMAS IR IŠVADOS	261
6.7. LIETUVOS VISUOMENĖS SVEIKATOS SVARBIAUSIŲ PROBLEMOS IR JŲ SPRENDIMŲ PRIORITETINĖS KRYPTYS	263
1. VISUOMENĖS SVEIKATOS TIKSLŲ BEI UŽDAVINIŲ IDENTIFIKAVIMAS	264
VISUOMENĖS SVEIKATOS TIKSLŲ BEI UŽDAVINIŲ IDENTIFIKAVIMO LOGINIO MODELIO APIBŪDINIMAS.....	265
PRIEDAI	267
Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 metų Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių.....	268

SUTRUMPINIMAI

Sutrumpinimas	Paiškinimas
ASPĮ	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BPG	Bendrosios praktikos gydytojas
ES/EU	Europos Sąjunga
HISIC	Higienos instituto Sveikatos informacijos centras
ICD-10/TLK-10	Tarptautinė ligų klasifikacija, 10 peržiūra
LNSS	Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
LSP	Lietuvos sveikatos programa
LR	Lietuvos Respublika
LRV	LR Vyriausybė
NSS	Nacionalinės sveikatos sąskaitos (NHA)
NST	Nacionalinė sveikatos taryba
PSDF	Privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSDT	Privalomojo sveikatos draudimo taryba
PSO	Pasaulinė sveikatos organizacija (WHO)
PSP	Pirminė sveikatos priežiūra
SADM	LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija
SAM	LR Sveikatos apsaugos ministerija
„Sveidra“	Valstybinė ligonių kasa kompiuterizuota informacinė sistema
SPĮ	Sveikatos priežiūros įstaiga
STV	Sveikatos technologijų vertinimas
TLK	Teritorinė ligonių kasa
VGT	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė
VIP	Valstybės investicijų programa
VLK	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos
VRM	LR Vidaus reikalų ministerija
VSB	Visuomenės sveikatos biurai
VSC	Visuomenės sveikatos centras
VSDF	Valstybinis socialinio draudimo fondas

6.1. 1998-2010 METAIS LIETUVOJE VYKDYTŲ SVEIKATOS SISTEMOS REFORMŲ ANALIZĖ

Parengta pagal atvirojo konkurso sąlygų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos viešojo pirkimo komisijos posėdžio 2010 m. spalio 28 d. protokolu Nr. 3-D perkamų paslaugų techninėje specifikacijoje (1 priedas) numatytą sąlygą:

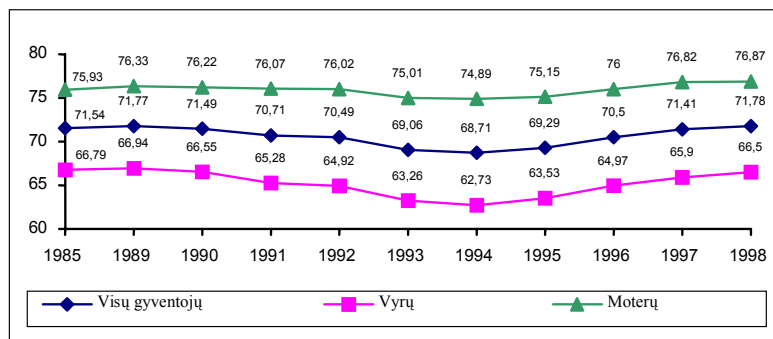
6.1. Atlikti 1998–2010 metais Lietuvoje vykdytų sveikatos sistemos reformų analizę, atsižvelgiant į tęstinius visuomenės sveikatos prioritetus ir įvertinant 1998–2010 metų LSP prioritetų įgyvendinimo sėkmės veiksnius bei kliūtis.

1. Lietuvos sveikatos programos parengimo aplinkybės

1.1. Lietuvos gyventojų sveikata 1994-1997 metais

1989-1994 metų laikotarpis buvo didžiųjų socialinių transformacijų ir jų sukeltos socialinės šalies gyvenimo dezintegracijos laikotarpis. Lietuvos gyventojų sveikata šiuo laikotarpiu nuolat prastėjo ir 1994 metais pasiekė prasčiausią nuo 1970 metų lygį (matuojant VGT). 1994 metai yra laikytini lūžio metais - po jų daugelis sveikatos rodiklių pradėjo keistis teigiama linkme.

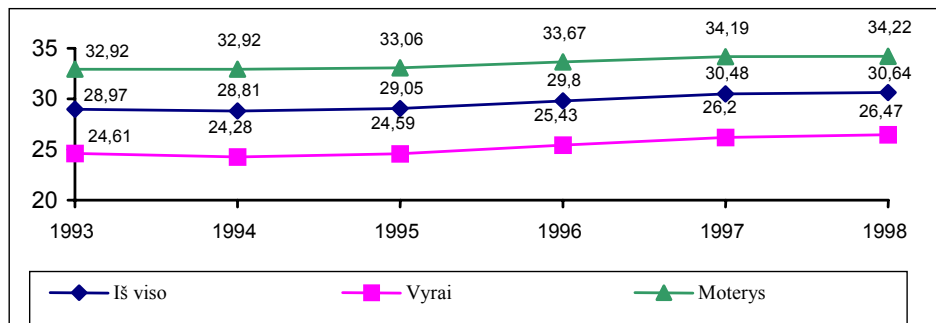
1 paveikslas. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1985–1998 metais



Šaltinis: Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. Sveikatos ekonomikos centras. Vilnius. 2000, p. 60.

Nuo 1995 metų pasireiškė tiek visos populiacijos, tiek atskirai vyrų bei moterų, ir beveik visų amžiaus grupių žmonių VGT ilgėjimo tendencijos (1 ir 2 pav.) bei mažėjo mirtingumo dėl daugelio mirties priežasčių rodikliai (3 pav.).

2 paveikslas. Sulaukusiujų 45 metų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1993–1998 metais



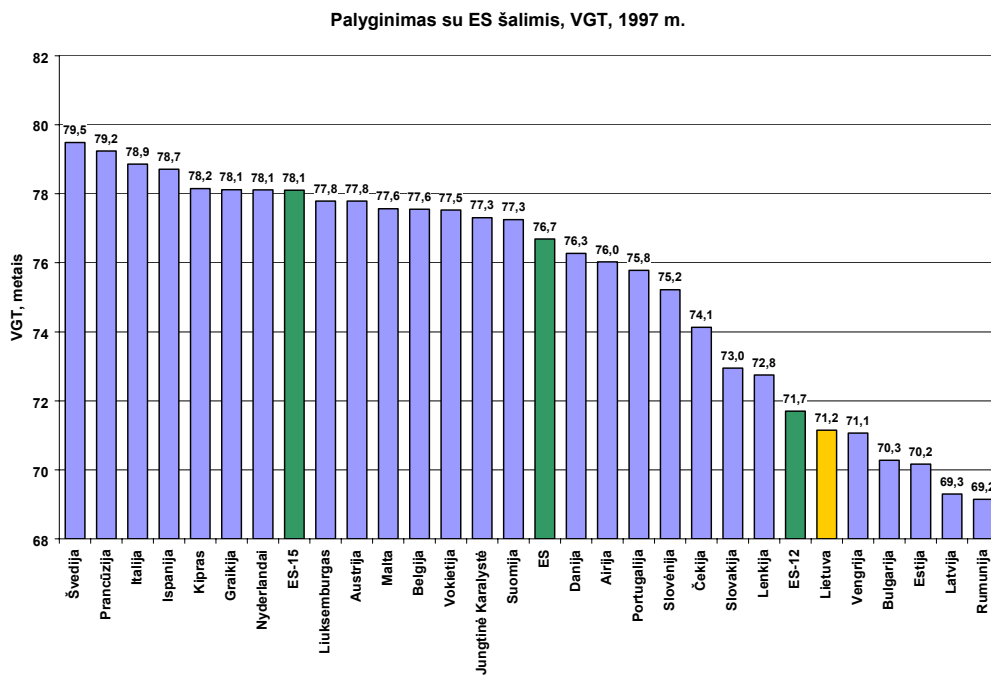
Šaltinis: Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste. Sveikatos ekonomikos centras. Vilnius. 2000, p. 61.

1994-1998 metais gerėję Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai parodė, kad pradėjo duoti vaisius Lietuvos nepriklausomybės priešaušryje sukurta ir 1991 metais įteisinta nacionalinė sveikatos koncepcija bei jos pagrindu plėtojama Lietuvos sveikatos sistemos pertvarka, kad reikalinga tolimesnė šios pertvarkos plėtra. Lietuvos medikų bendruomenė ir sveikatos politikai 1995-1998 metais įkvėpimo sėmėsi ir iš savųjų pasiekimų, ir iš gerosios tarptautinės praktikos. Aptariamuoju laikotarpiu Lietuva jau buvo įsitvirtinusi Europos šalių, kurių pasiekimai stiprinant sveikatos apsaugą yra nenuginčijami, bendrijoje ir turėjo iš ko mokytis (1997 metų duomenys apie Europos šalių gyventojų sveikatos būklę pateikti 3 pav.).

1 lentelė. Lietuvos gyventojų pagrindinių mirties priežasčių sukkelto mirtingumo rodiklių kaita LSP rengimo laikotarpiu (1994-2000 m., amžius 0-64 m.)

Priežastis	Pokytis procentais per metus	
	Vyrai	Moterys
Bendras mirtingumas	-6.9 (p=0.07)	-6.3 (p=0.02)
Visos kraujotakos sistemos ligos	-6.6 (p=0.04)	-8.1 (p=0.03)
Ischeminė (koronarinė) širdies liga	-10.0 (p=0.02)	-15.6 (p=0.01)
Piktybiniai navikai	-2.7 (p=0.04)	-0.3 (n.s)
Išorinės priežastys	-6.5 (p=0.01)	-6.1 (p=0.02)

3 paveikslas. Europos Sąjungos šalių VGT



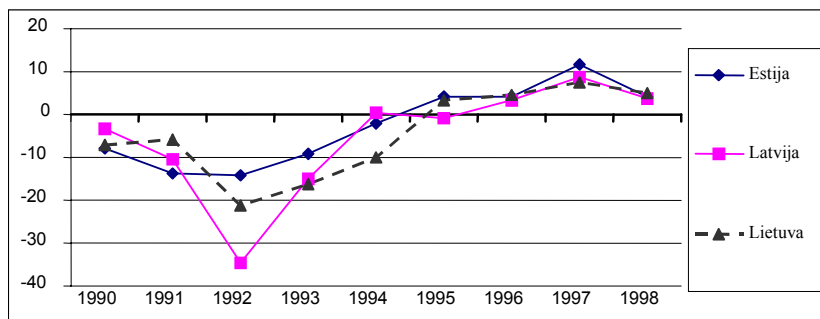
Šaltinis: PSO duomenų bazė

Lietuvos situacijos palyginimas su situacija kaimyninėse šalyse prasmingas tiek formuluojant bendruosius vystymosi tikslus, tiek ir pasirenkant šių tikslų įgyvendinimo priemones bei užtikrinant pusiausvyrą tarp integralių sveikatinimo proceso dalių - sveikatos stiprinimo, sveikatos sutrikimų prevencijos, ligų diagnostikos, ligų ir kitų priežasčių sukeltų sveikatos sutrikimų gydymo, medicininės ir socialinės pacientų reabilitacijos.

1.2. Lietuvos socialinė-ekonominė situacija 1994-1997 metais

1994 -1995 metais baigėsi Lietuvos ir kitų Baltijos valstybių ekonomikos nuosmukis, vykęs 1989-1993 metais.

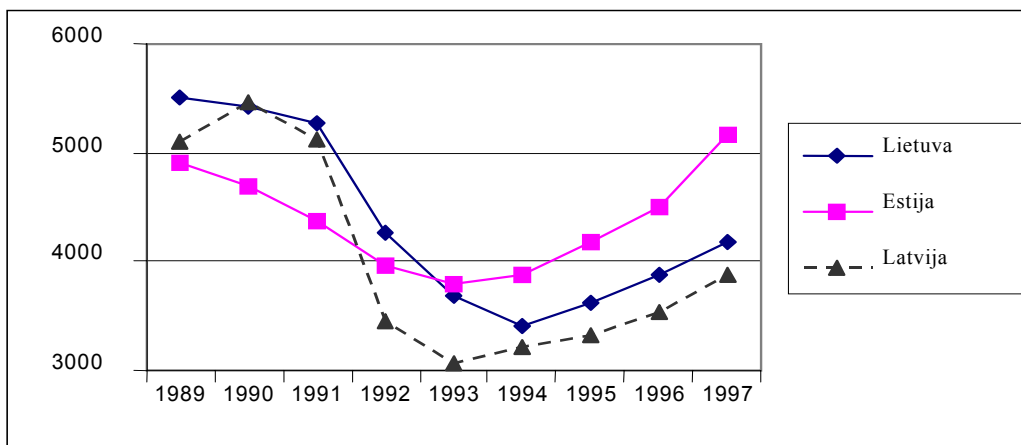
4 paveikslas. BVP metinio augimo tempai Baltijos valstybėse



Šaltinis: Business Central Europe (BCE)

Teigiamas ekonomikos augimas sukūrė prielaidas laipsniškam gamybos lygio, buvusio 1989 metais atstatymui.

5 paveikslas. Baltijos valstybių BVP 1 gyventojui (JAV dol. Pagal PPP metodiką) kitimas



Šaltinis: EIU.

Visos Baltijos valstybės reformos pradžioje pergyveno nuosmukį. Lietuvoje jis užtruko vieneriais metais ilgiau nei kaimyninėse valstybėse. Estijai būdingas mažiausias nuosmukis ir vėliau prasidėjęs sparčiausias augimas, leidęs 1997 metais pasiekti lygį, buvusį prieš reformą (skaičiuojant pagal PPP metodiką).

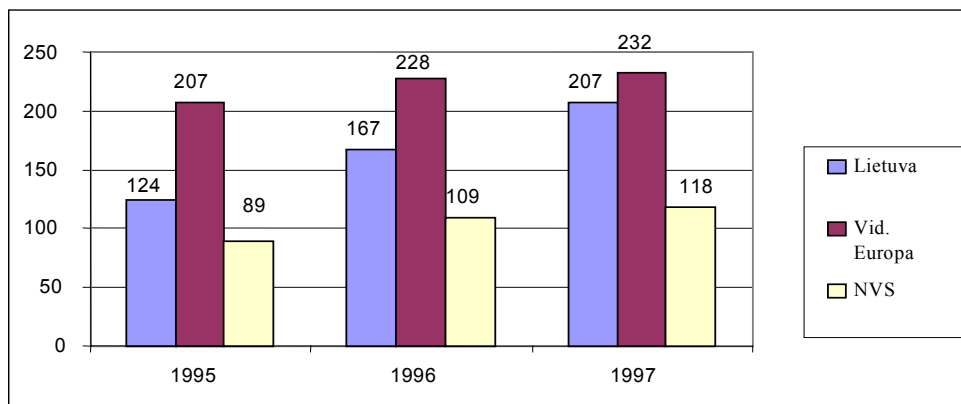
Atsigaunanti ekonomika kūrė prielaidas gyventojų vartojimo lygio augimui.

Asmeninio gyventojų vartojimo kitimas

	1994	1995	1996	1997	1998
BVP kitimas palyginamosiomis kainomis	-9,8	3,3	4,7	7,3	5,1
Realusis mėnesinis darbo užmokestis	14,2	3,2	3,3	13,4	12,8
Realī senatvės pensija	12,9	-2,8	3,1	16,6	11,3
Realī mažmeninė prekių apyvarta	0,4	6,2	4,6	10,8	6,1

Pagal vartojimo rodiklius Lietuva 1995-1997 metais sparčiai artėjo prie Vidurio ir Rytų Europos rodiklių ir tolo nuo NVS.

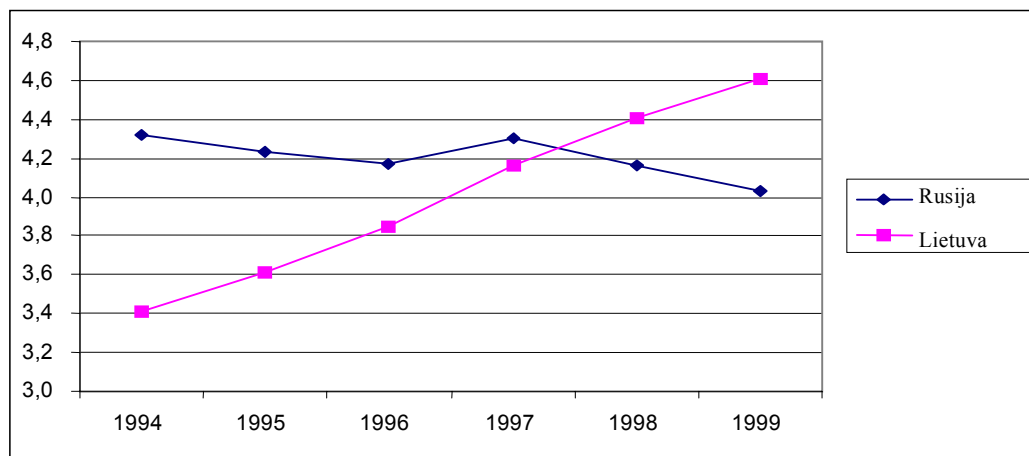
6 paveikslas. Vidutinio darbo užmokesčio kitimas postkomunistiniame regione pagal šalių grupes (JAV dol. per mėnesį)



Šaltinis: Business Central Europe (BCE).

Aptariamoju laikotarpiu vienu iš Lietuvos gyventojų pasitikėjimo savo ekonomika aspektu buvo gamybos efektyvumo augimas lyginant su kaimynais

7 paveikslas. Lietuvos ir Rusijos BVP 1 gyventojui pagal PPP metodiką (1000 JAV dol.)



Šaltinis: EIU.

Nagrinėjamu laikotarpiu Lietuvoje formavosi saikingai liberalus išlaidų perskirstymo per biudžetą modelis.

1997 metais tikimybė, kad Lietuva bei daugelis Rytų ir Vidurio Europos valstybių po kelerių metų įsilies į ES buvo vertinama gana skeptiškai. Žemiau pateikiamas šalių transformuojančių planinę

ekonomiką į rinkos ekonomiką viešųjų finansų apimties ir subalansuotumo palyginimas. Postsovietinės šalys pagal valstybės dalyvavimo perskirstant sukurtą produkciją mastus 1997 metais buvo susiskirsčiusios į 3 grupes. Vengrijoje, Slovakijoje ir Lenkijoje buvo perskirstoma apie 50 procentų BVP. Kitose Vidurio ir Rytų Europos bei slaviškose NVS valstybėse perskirstoma apie 30-45 procentus BVP. Užkaukazėje ir Vidurinės Azijos valstybėse perskirstoma apie 15-30 procentų BVP.

BVP dalis, kurią sudaro valstybės išlaidos ir biudžeto balansas 1997 metais

	BVP dalis, kurią sudaro valstybės išlaidos	Balansas % nuo BVP
Vengrija	52,9	-4,9
Slovakija	51	-3,8
Lenkija	48,1	-3,1
Baltarusija	46,8	-2,1
Slovėnija	45,7	-1,1
Čekijos Respublika	41,6	-2,1
Moldova	41,8	-7,5
Rusija	40,7	-7,4
Latvija	38,2	1,4
Estija	37,4	2,2
Ukraina	34,8	-5,6
Lietuva	34,7	-1,8
Rumunija	34,3	-3,6
Bulgarija	33,4	-2,1
Armėnija	24,5	-6,3
Azerbaidžanas	21,4	-1,7
Kazachstanas	20,3	-3,7
Gruzija	14,4	-3,8

Šaltinis: EBRD

Lietuva 1997 metais turėjo biudžeto balansavimo problemų, bet biudžeto deficitas buvo santykinai mažesnis nei daugumoje rinkos ekonomiką kuriančių valstybių.

1.3. Sveikatos sutrikimų struktūra ir pagrindinių sveikatai įtaką darančių veiksnių dinamika 1994-1997 metais

Lietuvos gyventojų mirtingumo ir sergamumo struktūra antroje XX amžiaus pusėje iš esmės atitiko išvystytų šalių rodiklius. Daugiausiai buvo fiksuojama mirčių dėl kraujotakos sistemos ligų, mirčių dėl onkologinių susirgimų skaičius. Specifinis buvusios sovietinės erdvės bruožas - trečioje vietoje pagal mirčių skaičių - mirtys dėl išorinių mirties priežasčių. Santykinis regiono gyventojų sveikatos rodiklius jau septintajame dešimtmetyje blogino perteklinio alkoholio vartojimo bei nesaugios ir socialiai nesubalansuotos gyvenamosios aplinkos lemto mirtys. Aštuntajame dešimtmetyje stebimą sveikos gyvenamosios aplinkos tendenciją nustelbė devintojo dešimtmečio pradžioje vykusių transformacijos, lėmusios drastišką Lietuvos gyventojų sveikatos lygio smukimą. VGT smuko nuo 72,3 metų (1986 metais) iki 68,7 metų (1994 metais).

Nuo 1994 metų prasidėjo santykinio Lietuvos gyventojų sveikatos gerėjimo laikotarpis. Aptariamojo laikotarpio gyventojų sveikatos rodiklius įvertinus pagal tarptautiniu mastu pripažįstamus kriterijus, galima teigti, kad vyravo teigiamos tendencijos:

- *Kūdikių mirtingumas*, skaičiuojant 1000 gimusių gyvų, sumažėjo nuo 14,2 (1994 metais) iki 10,3 (1997 metais). 1997 metais analogiški rodikliai Estijoje ir Latvijoje buvo 10,1 ir 15,1. Pagrindinė priežastis teigiamai paveikusi Lietuvos rodiklius - nuo 1994 metų įgyvendinama kompleksinė Motinos ir vaiko sveikatos programa, apimanti nėščiąjų ir kūdikių ligų profilaktiką (NST, 1998, p. 14).
- *Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT)* išaugo nuo 68,7 metų (1994 metais) iki 71,4 metų (1997 metais) ir buvo atstatytas 1990 metais buvęs lygis. Aptariamuoju laikotarpiu mažėjo bendrojo mirtingumo rodikliai tiek mieste, tiek kaime bei daugumos gyventojų grupių mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų, nelaimingų atsitikimų ir traumų, kvėpavimo problemų, stabilizavosi mirtingumas nuo piktybinių navikų.

Priežastys, lėmusios VGT išaugimą 1994 -1997 metais:

- Santykinai *sumažėjęs alkoholio vartojimas* ir išaugusi alkoholinių gėrimų kokybė lėmė standartizuoto mirtingumo dėl piktnaudžiavimo alkoholiu sumažėjimą nuo 209/100000 iki 159/100000 (NST, 1998, p. 28).
- Santykinai *sumažėjęs tabako vartojimas* ir išaugusi tabako kokybė lėmė standartizuoto mirtingumo dėl rūkymo sumažėjimą nuo 180/100000 iki 125/100000 (NST, 1998, p. 29).
- *Atsigaunanti po kelerius metus trukusio nuosmukio Lietuvos ekonomika* (ekonomikos augimas 1994-1997 metais siekė apie 18 procentų), tikėtina, sumažino stresą, kuriuos gyventojai dėl gyvenimo lygio smukimo, nedarbo bei nusikalstamumo augimo patyrė 1990-1994 metais.

- Šalies ūkio pajėgumo augimas bei padidėjęs visuomenės dėmesys sveikatos problemoms lėmė *augantį sveikatos priežiūros finansavimą*. Einamųjų metų kainomis visuomeninis sveikatos apsaugos sistemos finansavimas padidėjo nuo 751 milijonų litų (1994 metais) iki 1871 milijonų litų (1997 metais). Visuomeninio finansavimo augimas 1994-1997 metais pastoviosiomis kainomis siekė 31 procentą.
- Augantis realusis Lietuvos valiutos kursas užtikrino tai, kad šalies gamyba vienam gyventojui doleriais augo sparčiau nei realusis BVP.

2 lentelė. BVP vienam Lietuvos gyventojui, JAV doleriais.

	1994 m.	1995 m.	1996 m.	1997 m.
BVP to meto kainomis	1162	1855	2340	2833

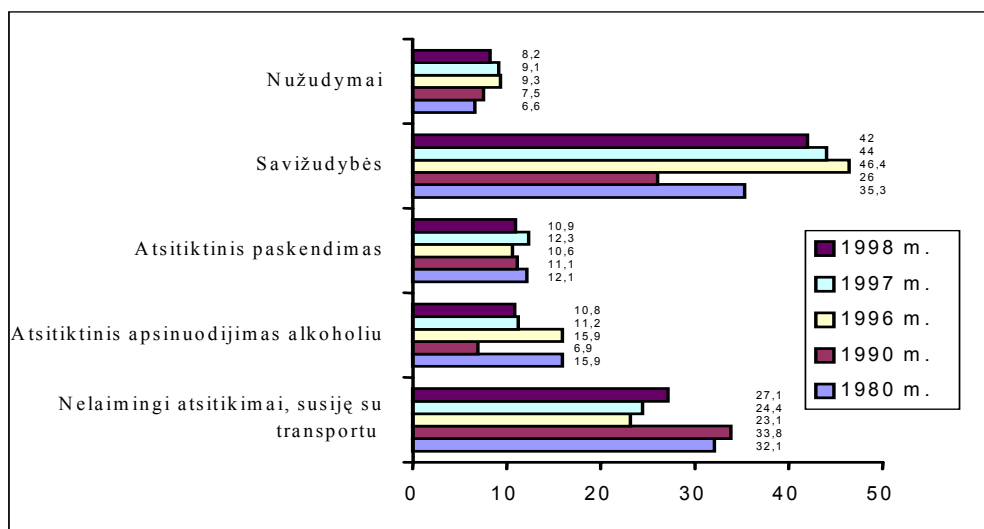
Per trejus metus daugiau nei du kartus išaugusi (matuojant užsienio valiuta) šalies gamybos apimtis lėmė kokybinius pokyčius aprūpinant Lietuvos sveikatos sistemą moderniomis gydymo technologijomis (pavyzdžiui, vaistų importas į Lietuvą išaugo nuo 75 milijonų JAV dolerių 1994 metais iki 176 milijonų JAV dolerių 1997 metais).

Medikų bendruomenė aptariamąjį laikotarpį išgyveno emocinį pakilimą dėl to, kad: nuo diskusijų apie sveikatos reforma pereita prie darbų; aukščiausiu valstybės lygmeniu pasiektas sutarimas dėl sveikatos įstaigų valdymo (viešųjų įstaigų statuso suteikimas), sveikatos finansavimo (sveikatos draudimo įteisinimas), regioninio sveikatos sistemos planavimo (savivaldybių, apskričių, valstybės funkcijų, sprendžiant sveikatinimo dalykus, nustatymas); po daugelio finansavimo mažėjimo metų Lietuvos medicinos situacija pradėjo gerėti.

VGT rodiklio atžvilgiu 1997 metais tarp Baltijos valstybių Lietuva pirmavo, nors atsilikimas nuo ES ir Šiaurės Europos šalių vidurkio išliko labai žymus. VGT atsilikimo nuo to paties išvysčių Europos šalių rodiklio pagrindinės priežastys: 4-15 kartų didesnis nei Skandinavijos valstybėse mirtingumas dėl apsinuodijimo alkoholiu, augantis savižudybių skaičius, augantis rūkančiųjų skaičius.

LSP rengimo momentu laikyta kad, norint pagerinti šalies gyventojų sveikatą, *didžiausias dėmesys turi būti skiriamas dėl rizikingos gyvenamos atsirandančių sveikatos sutrikimų ir mirčių mažinimui bei mirčių dėl išorinių mirties priežasčių mažinimui*.

8. paveikslas. Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių (nelaimingų atsitikimų keliuose, atsitiktinių apsinuodijimų alkoholiu, atsitiktinių paskendimų, savižudybių, nužudymų) 100 000 gyventojų 1980–1998 metais.



Šaltinis. Pirmasis reformų dešimtmetis

LSP rengimo laikotarpiu NST ekspertų atlikti skaičiavimai rodė, kad galimas vyrų VGT pailgėjimas, atmetus mirtingumą dėl rūkymo 15-64 metų amžiaus grupėje, 1997 metais **siektų 2,5 metus, o galimas vyrų VGT pailgėjimas, atmetus mirtingumą dėl alkoholio 15-64 metų amžiaus grupėje, – 3,5 metus** (NST, 1998, p. 29).

Aptariamoju laikotarpiu antruoju esminiu šalies gyventojų sveikatos gerinimo rezervu laikytas modernių medicinos technologijų diegimas. Pirmaisiais nepriklausomybės metais buvusiai TSRS būdingas technologinis atsilikimas nuo Vakarų valstybių išaugo dar labiau, nes 1990-1995 metais nei besiformuojanti nacionalinė ekonomika, nei besikurianti tarptautinė pagalbos sistema negalėjo užtikrinti finansinių išteklių moderniai diagnostinei aparatūrai ir farmacinėms technologijoms pirkti.

Santykinai ribotas spartaus technologinį sveikatos sektoriaus aprūpinimo moderniomis gydymo technologijomis galimybes buvo siekiama papildyti efektyvesniu jau turimų sveikatos išteklių (visų pirma, darbo jėgos ir išplėto sveikatos priežiūros tinklo) valdymu. Trečiasis esminis šalies gyventojų sveikatos gerinimo rezervas - Sveikatos įstaigų tinklo valdymo reforma buvo projektuojama kaip dviejų atstojamųjų - medikų ir sveikatos institucijų iniciatyvumo skatinimo bei programinio prado ir šalies ūkio sektorių, nacionalinės ir municipalinės politikos integralumo valstybės sveikatos politikoje stiprinimo - sąveika.

1.4. Tarptautinės Lietuvos sveikatos programos parengimo aplinkybės

Atkuriamasis LR Seimas 1991 m. spalio 30 d. nutarimu patvirtino Lietuvos Nacionalinę sveikatos koncepciją, kuri, buvo parengta pagal Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) strateginio dokumento "Sveikata visiems" principus. Dar iki Nacionalinės sveikatos koncepcijos parengimo Lietuvos mokslininkai turėjo gerus tarptautinius ryšius su Pasaulio sveikatos organizacija, rinko ir sistemino duomenis apie Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių tendencijas ir prognozavo jų pokyčius.

Sveikatos politikos formavimas Nepriklausomoje Lietuvoje prasidėjo įtvirtinant PSO sveikatos apibrėžimą, pripažįstant *sveikatą kaip visapusišką individo bei visuomenės fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligų ar fizinių defektų nebuvimą*. Tai atvėrė kelią šiuolaikinės modernios visuomenės sveikatos sampratos formavimui. Tuo pačiu *sveikatos politika buvo apibrėžta kaip sveikatos ir jos apsaugos reikalų valstybinio tvarkymo teorija bei praktika ir įteisinta kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine ir ekonomine vertybe*. Šie pagrindiniai tarptautiniai apibrėžimai ir teisingas nacionalinės sveikatos politikos suformavimas ir buvo pagrindas realiam tarpžinybiniam bendradarbiavimui tautos sveikatos tikslais, sudarant, koordinuojant ir įgyvendinant nacionaliniu mastu atitinkamas socialines programas. Valstybė, visuomenė ir pats žmogus savo sveikatai gali padaryti gerokai daugiau negu visos medicinos tarnybos kartu, net jei jos funkcionuotų efektyviai. Pasaulio Sveikatos Organizacijos duomenimis 70% visuomenės sveikatos priklauso nuo aplinkos ir žmogaus gyvensenos, 20% atsakomybės tenka paveldimumui, o medicinos tarnybų funkcionavimas sąlygoja tik 10% gyventojų sveikatos būklės.

Aktyviai Lietuvos nacionalinei sveikatos politikai formuoti buvo remiamasi Pasaulio Sveikatos Organizacijos doktrina "Sveikata visiems", kurioje apibrėžti šie principai:

- socialinės ir ekonominės garantijos piliečių sveikatai;
- aktyvus informuotos sveikatos klausimais visuomenės dalyvavimas, valdant sveikatos sistemą;
- kiekvienas pilietis aktyviai siekia sveikatos, o pareiga saugoti sveikatą įteisinama Konstitucijoje. Socialinį sveikatos poreikį valstybė skatina ekonominėmis priemonėmis;
- darbdavys atsako už sveikų darbo sąlygų sudarymą, dalyvauja sveikatos draudime bei rūpinasi socialinių garantijų įgyvendinimu, - tai įteisina Lietuvos Respublikos įstatymai;
- valstybė įteisina ir įgyvendina ekonominių paskatų ir sankcijų sistemą, skatinančią sveikatai palankią ekonominių subjektų veiklą;
- prielaidas sveikatai išsaugoti, mažinant sveikatos pakenkimo riziką fizinėje, ekonominėje ir socialinėje aplinkoje, užtikrina tarpžinybinis bendradarbiavimas, - tuo

pasirūpina Vyriausybė, realizuodama Sveikatos sistemos įstatymą ir racionaliai naudodama sveikatos bei kitus resursus;

- sprendžiant sveikatos problemas, plėtojamas tarptautinis bendradarbiavimas.

Vystant sveikatos sistemą ir diagnozuojant susirgimus ir gydant ligonius visada laikomasi pagrindinio principo - nepakenkti. Visa medicinos pagalbos sistema orientuojama į kaip galima mažiausiai pavojingų žmogaus organizmui diagnostikos ir gydymo metodų paiešką ir įdiegimą, tenkinantis tik būtiniaisiais ir racionaliaisiais.

Užtikrindamas gyventojų aprūpinimas efektyviais ir saugiais medikamentais, kaip vieną iš svarbiausių socialinių garantijų, valstybė vykdo nacionalinę vaistų politiką ir ją garantuoja:

- gyventojų aprūpinimą būtiniais vaistais;
- racionalaus vaistų naudojimo skatinimą;
- nacionalinės farmacinės produkcijos gamybos plėtojimą.

"SVEIKATOS VISIEMS" STRATEGIJA buvo pagrindinis Lietuvos sveikatos programos rengimo tarptautinis dokumentas¹. Šiame dokumente apibrėžtos nuostatos buvo perkeltos ne tik į Lietuvos sveikatos programos, bet ir į kitus Lietuvos sveikatos sistemos teisinius dokumentus. Šios nuostatos ir prioritetai buvo tokie:

1. Optimalios sveikatos būklės užtikrinimo prielaida yra visos sveikatos sistemos harmoningas plėtojimas, apimantis sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, ligų profilaktiką, savalaikį ligų išaiškinimą, gydymą bei sergančiųjų reabilitaciją.
2. Pagrindinė nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo strateginė kryptis yra sveikatos išsaugojimo, jos stiprinimo bei ligų profilaktikos prioritetas. Šios sistemos dalies efektyvų funkcionavimą užtikrina valstybė, įtraukdama šiam tikslui įgyvendinti visas socialines-ekonomines struktūras ir tuo sudarydama būtinas sąlygas visuomenei bei kiekvienam jos nariui sveikai gyventi.
3. Pirminės grandies sveikatos apsaugos plėtojimas – tai prioritetinga praktinės sveikatos apsaugos kryptis. Esant gerai išvystytai ir funkcionuojančiai pirminės grandies medicinos pagalbai, galima išspręsti iki 80-90% medicinos pagalbos problemų. Todėl, reformuojant sveikatos apsaugos tarnybų struktūrą bei jų funkcionavimą, prioritetingas finansavimas teikiamas pirminės grandies medicinos įstaigų bazei stiprinti, šios grandies medicinos personalo kvalifikacijai kelti, jų suinteresuotumui efektyviai dirbti, tam tikslui panaudojant ekonominius švertus.

¹ Health for all targets, Updated edition, September 1991, World Health Organization Regional office for Europe, Copenhagen. European Health for all series, No. 4.

4. Specializuota medicinos pagalba teikiama atitinkamose klinikose bei centruose. Šių įstaigų profilis bei skaičius nustatomas, glaudžiai bendradarbiaujant Lietuvos gydytojų sąjungai, Sveikatos apsaugos ministerijai bei savivaldybių atstovams.

5. Sveikatos strategijai įgyvendinti sudaromas valstybinių programų kompleksas, kuriam vykdyti suformuojamas atitinkamas biudžetas, numatomi valdymo bei kiti realizavimo mechanizmai.

Rengiant atskirų sveikatos sistemos vystymo sričių strategijas buvo vadovautasi ir kitais PSO dokumentais. Alma Atos deklaracija - tai dokumentas, apibūdinantis pirminę sveikatos priežiūrą ir jos vaidmenį sveikatos sistemoje. 1978 Alma Atoje Pasaulio sveikatos organizacija organizavo konferenciją, skirtą Pirminės sveikatos priežiūros, kaip pirmosios ir svarbiausios sveikatos sistemos grandies, su kuria susiduria pacientai, mokslo įrodymų paieškai ir pagrindimui². Jos metu susiformavo naujas apibrėžimas, kuris sutrumpintai galėtų būti pateikiamas taip:

„Pirminė sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos priežiūros sistemos, kurios pagrindu ji yra, ir bendros socialinės bei ekonominės šalies raidos dalis. Ji yra pirminė individų, šeimų ir bendruomenės kontakto su nacionaline sveikatos sistema grandis, priartinanti sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų, pirmasis nenutrūkstamo sveikatos priežiūros proceso elementas. Pirminė sveikatos priežiūra užsiima pagrindinėmis bendruomenės sveikatos problemomis, teikdama reikalingas profilaktikos, gydymo, išsaugojimo bei rehabilitacijos paslaugas.“

Sveikatos stiprinimo idėja, kaip bendroji koncepcija buvo pasiūlyta 1986 m. Otavos konferencijoje. Jos apibrėžimas teigia: „Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją stiprinti“. Šie principai, išskelti Otavos chartijoje, rodo, kad sveikatos stiprinimo veiklos sfera labai plati, ir ją kartais sunku konkretinti.

1996 Liublijanos chartija buvo priimta Slovėnijoje³. Jos būtinumą padiktavo Centrinės ir Rytų Europos šalių vyriausybės reikalavimas Pasaulio sveikatos organizacijai ieškoti naujų mokslo įrodymų reformų vykdymui pereinant į rinkos ekonomikos sąlygas. Todėl PSO mokslininkai ir praktikai suformulavo pagrindinius principus, kuriuos rekomendavo naudoti šalių vyriausybėms planuojant ir vykdančioms sveikatos reformas. Chartijoje išvardinti svarbiausi sveikatos reformų proceso elementai: struktūriniai pertvarkymai, o ne paprasti evoliuciniai pasikeitimai, nauji sveikatos politikos tikslai pertvarkant institucijas, ne atsitiktiniai pokyčiai ar vienkartinė „iš viršaus į apačią“ nukreipta politika, bet dėsninga, patikima ir ilgalaikė pertvarka. Be to, pabrėžiama, kad ją turi remti nacionalinės, regioninės ir vietos valdžios struktūros.

² Alma-Ata 1978: primary health care.// Health for all series. WHO, Geneva. 1978. Vol. 1.

³ The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, WHO, 1996. <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care.-1996>, žiūrėta: 2011.04.01

1997 m. Džakartoje vykusioje ketvirtojoje tarptautinėje sveikatos stiprinimo konferencijoje priimta deklaracija, kuri laikoma XXI amžiaus sveikatos stiprinimo vizija⁴. Džakartos deklaracijoje numatyti XXI amžiaus sveikatos stiprinimo veiklos prioritetai: stiprinti socialinę atsakomybę už sveikatą, didinti investicijas į sveikatos stiprinimą, plėsti bendradarbiavimą sveikatos stiprinimo srityje, didinti bendruomenės ir individo galimybes, garantuoti sveikatos stiprinimo infrastruktūrą.

Prieš pat Lietuvos sveikatos programos priėmimą 1998m. gegužės mėn.⁵ buvo priimta Pasaulinė sveikatos deklaracija „Sveikata visiems XXI amžiuje“. Ji priimta Pasaulio sveikatos bendrijos penkiasdešimt pirmoje Pasaulio sveikatos asamblėjoje.

Pasaulio sveikatos organizacijos valstybės narės dar kartą patvirtino savo įsipareigojimus, išdėstytus PSO konstitucijoje, kad *siekis būti kuo geresnės sveikatos – viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių*. Todėl ir toliau skatinama gerbti ir vertinti kiekvieną žmogų, turintį lygias teises bei pareigas ir besidalijantį atsakomybe už visuomenės sveikatą.

“Patvirtiname, kad rūpinsimės sveikata, stengdamiesi sudaryti būtinas sveikatos priežiūros sąlygas. Žinodami esamus pasaulio sveikatos pokyčius, sieksime, kad “Sveikatos visiems XXI a.” politika būtų kuo efektyvesnė. Todėl ir toliau tobulinsime regionų ir nacionalinę sveikatos politiką ir strategiją. Mūsų pareiga – stiprinti, adaptuoti ir reformuoti sveikatos priežiūros sistemas. Ketiname užtikrinti pagrindinius pirminės sveikatos priežiūros principus, kurie buvo pateikti Alma-Atos deklaracijoje ir išplėtoti naujoje programoje. Mes, pasaulio sveikatos organizacijos nariai, iškeldami bei puoselėdami teises ir principus, veiksmus ir pareigas, išdėstytus šioje deklaracijoje, derindami veiksmus, visuotinę narystę ir bendradarbiavimą, kviečiame visus žmones ir organizacijas pasidalyti XXI a. visuomenės sveikatos vizija, perspektyva ir stengtis kartu ją įgyvendinti.”

Taigi, tokių PSO valstybių narių įsipareigojimų išvakarėse buvo priimta Lietuvoje Lietuvos sveikatos programa.

1.5. Sveikatos priežiūros raida ir pagrindinės sveikatos priežiūros politikos kryptys 1994-1997 metais

1994-1997 metų laikotarpis - tai pagrindinių Lietuvos sveikatą reglamentuojančių teisės aktų parengimo bei jų įgyvendinimo pradžios laikotarpis.

Priėmimo data	Teisės aktas
1991 m. sausis	Farmacinės veiklos įstatymas

⁴ The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. WHO, 1997

⁵ Sveikata visiems XXI amžiuje. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, 1999

1991 m. gegužė	Valstybinio socialinio draudimo įstatymas
1991 m. spalio	Patvirtinta Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija
1994 m. liepa	Sveikatos sistemos įstatymas
1995 m. balandis	Alkoholio kontrolės įstatymas
1995 m. birželis	Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas
1995 m. gruodis	Tabako kontrolės įstatymas
1996 m. kovas	Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas
1996 m. gegužė	Sveikatos draudimo įstatymas
1996 m. birželis	Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas
1996 m. rugsėjis	Gydytojo medicinos praktikos įstatymas
1996 m. rugsėjis	Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas
1996 m. spalio	Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas
1996 m. spalio	Ekonominių sankcijų už visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų pažeidimus įstatymas
1996 m. lapkritis	Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas
1996 m. lapkritis	Vaistų įstatymas
1996 m. lapkritis	Kraujo donorystės įstatymas
1997 m. sausis	Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas
1997 m. kovas	Narkologinės priežiūros įstatymas
1997 m. kovas	Žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių įstatymas
1998 m. sausis	Narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas
1998 m. liepa	Lietuvos sveikatos programa
1999 m. kovas	Profesinės sveikatos priežiūros įstatymas
2000 m. balandis	Maisto įstatymas
2002 m. gegužė	Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas
2002 m. liepa	Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas

Pateikti lentelėje duomenys rodo, kad pamatiniai sveikatinimo procesą reglamentuojantys įstatymai buvo priimti 1994-1998 metais. Pradedant 1999 metais, iš esmės, vyko jau priimtų teisės aktų tikslinimas bei priimtų politinių sprendimų įgyvendinimas.

2. Teisiniai Lietuvos sveikatos programos pagrindai

2.1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas

Pirmaisiais nepriklausomybės metais formavosi Lietuvos Respublikos sveikatos teisė, įtvirtinusi šalies sveikatos sistemos valdymo pamatinius principus. Lietuvos sveikatos programos vaidmenį sveikatinimo procese apibrėžia Sveikatos sistemos įstatymas⁶ (1994 m.), o šio vaidmens sampratą visuomenės sveikatos kontekste plėtoja Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (2002 m.).

Sveikatos sistemos įstatymas jau preambulėje apibrėžia pagrindinius šalies gyventojų sveikatos veiksnius:

„Sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą.“

Įstatyme apibrėžiamas sveikatą lemiančių veiksnių ratas atitinka modernų požiūrį į sveikatinimo procesą kaip sveikatos stiprinimo, susirgimų prevencijos, gydymo ir reabilitacijos integralumą. Remiantis Pasaulinės sveikatos organizacijos nuostata įstatyme naudojamas išplėstinis sveikatos apibrėžimas:

„Sveikata - asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė.“

Plačiau, kaip asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra, apibrėžiama ir sveikatinimo veikla:

„Sveikatinimo veikla - asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla“.

Formuojant sveikatinimo tikslus yra pabrėžiamas būtinumas siekti tiek bendrųjų sveikatos rodiklių pagerėjimo, tiek ir socialinės diferenciacijos mažėjimo. Teisumo principų įtvirtinimas sveikatos dalykuose yra viena kertinių šio įstatymo bei visos Lietuvos teisės nuostatų. Lietuvos Respublikos Konstitucijoje teigiama:

„Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“.

Sveikatos sistemos įstatyme teigiama:

4 straipsnis. Sveikatinimo veiklos tikslai

Sveikatinimo veiklos tikslai:

⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231, Nr. 1998, Nr. 112-3099)

- 1) mažinti atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio;
- 2) saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir neįgalumo;
- 3) ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę;
- 4) didinti gyvenimo ekonominį ir socialinį našumą.

Įstatymas numato, kad pagrindinis ilgalaikio sveikatinimo veiklos planavimo dokumentas yra *Lietuvos sveikatos programa*, kurios nuostatos turi būti įgyvendinamos nacionaliniu ir savivaldybių lygmenimis. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad *Lietuvos sveikatos programos* uždaviniai turi būti atspindimi ir žemesnio lygio sveikatos programose, ir kituose socialinės ir ekonominės plėtros dokumentuose.

46 straipsnis. Sveikatinimo veiklos planavimas

1. Seimas Vyriausybės teikimu tvirtina Lietuvos sveikatos programą, kurioje nurodomi sveikatinimo veiklos tikslai, valstybės siekiamo sveikatos lygio rodikliai ir sveikatinimo veiklos strategijos jiems pasiekti.

2. Lietuvos sveikatos programoje nustatytiems uždaviniams įgyvendinti Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos, savivaldybės organizuoja valstybės ir savivaldybių sveikatos programų ir įstatymų nustatytų planavimo dokumentų rengimą bei jų įgyvendinimą arba numato šių uždavinių įgyvendinimo priemones kitose socialinio ir ekonominio plėtojimo programose.

2.2. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas

Nuostatos dėl ilgalaikio sveikatinimo veiklos planavimo įstatymo leidėjo lygmeniu buvo vystomos 2002 metais priimant Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymą (VSP įstatymas)⁷.

Šis įstatymas reglamentuoja sveikatos sistemos įstatyme minimas papildomas sąvokas, pvz.:

„Visuomenės sveikata – gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė“.

VSP įstatyme pateiktas apibrėžimas yra siauresnis už Sveikatos sistemos įstatyme pateiktą Sveikatos sąvokos apibrėžimą (nekalbama apie visuomenės gerovę), bet jam labai artimas. VSP įstatymas reglamentuoja vienos iš sveikatinimo veiklos rūšių (visuomenės sveikatos priežiūros) planavimą:

10 straipsnis. Valstybės ir savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros strateginis planavimas ir įgyvendinimas.

⁷ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (Žin., 2002, Nr. 56-2225)

1. Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros politikos tikslus ir uždavinius, gyventojų sveikatos lygio siekiamus rodiklius nustato Seimas, patvirtindamas Lietuvos sveikatos programą.
2. Lietuvos sveikatos programai įgyvendinti Vyriausybė tvirtina Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją.
3. Valstybės institucijos, įgyvendindamos Lietuvos sveikatos programą, įtraukia Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos nuostatas į rengiamas socialines ekonomines programas, planus ir regionų plėtros programas.

VSP įstatymo 10 straipsnio 2 paragrafas įteisina Lietuvos sveikatos programą papildantį planavimo instrumentą - Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją. Trečiasis aptariamojo straipsnio paragrafas numato, kad būtent VSP strategija (o ne LSP) yra dokumentas, turintis tiesioginį poveikį žemesnio lygio visuomenės sveikatos priežiūros plėtros planavimo dokumentams.

Priėmus VSP įstatymą, Sveikatos sistemos įstatymo nuostatos nebuvo keičiamos, vadinasi, Lietuvoje dabartiniu metu yra įtvirtintas dvilypis požiūris į sveikatinimo veiklos planavimą.

- LSP išlieka pagrindiniu tiesioginio veikimo dokumentu planuojant asmens sveikatos priežiūros ir kitų sveikatinimo veiklų (išskyrus VSP) plėtrą.
- LSP veikia visuomenės sveikatos priežiūros plėtrą ne tiesiogiai, o per VSP strategiją.

2002-2010 metais LR Seimas sveikatinimo planavimo plėtros klausimais turėjo dvi alternatyvas:

- a) plėtoti VSP įstatyme numatytą kryptį (jei ši kryptis pasiteisina) ir įteisinti ne tik VSP bet ir asmens sveikatos priežiūros plėtros bei kitų sveikatinimo veiklų plėtros strategijas. Pasirinkus šią alternatyvą LSP taptų „skėtiniu“ dokumentu, numatančiu bendruosius uždavinius, kurių detalizavimas pavedamas Vyriausybei;
- b) įvertinti VSP įstatyme įteisintos planavimo krypties efektyvumą ir (jei VSP įstatyme numatyta kryptis nepasiteisina) atsisakyti VSP įstatymo 10 straipsnio 2 ir 3 paragrafų nuostatų bei papildyti Sveikatos sistemos įstatymo 46 straipsnį tikslesniu Vyriausybės pareigų ir teisių reglamentavimu.

Kadangi nė viena iš aptartų alternatyvų nebuvo pasirinkta, 2011 metų pradžioje tenka konstatuoti egzistuojant nuostatų dėl ilgalaikio sveikatinimo veiklos planavimo nesuderinamumą įstatymų leidėjo lygmeniu. Ekspertų požiūriu aukščiau aptarta „b“ alternatyva labiau atitinka sveikatinimo procesų integralumo užtikrinimo poreikius ir yra perspektyvesnė šalies gyventojų sveikatos lygio didinimo požiūriu. Toliau skaidant planavimo dokumentus (pasirinkus a alternatyvą)

sveikatinimo veiklos valdymas taptų sudėtingesnis ir brangesnis, bet mažai tikėtina, kad taptų efektyvesnis.

Sveikatinimo veiklos planavimo integralumo klausimas turi tiesioginį poveikį rengiamai LSP. Jei darytume prielaidą, kad nesikeis dabartiniu metu teisės aktuose įtvirtintas dvilypis požiūris į sveikatinimo veiklos planavimą, tada LSP turėtų tapti dokumentu, numatančiu bendriausias sveikatinimo veiklos kryptis, bet priemonių ir išteklių lygmeniu daugiausiai akcentuojančiu asmens sveikatos priežiūros plėtrą ir kitų sveikatinimo veiklų (išskyrus VSP) plėtrą. Jei darytume prielaidą, kad ilgainiui LSP taps tik „skėtiniu“ dokumentu, tada jame turėtų vyrauti vertybinės nuostatos. *Ekspertų požiūriu visuomenės sveikatos priežiūros eliminavimas iš LSP numatomų priemonių sąrašo susilpnintų rengiamos programos poveikį šalies gyventojų sveikatai. 1994 metais Sveikatos sistemos įstatyme įteisintas ir 1998 metais LSP programoje įgyvendintas siekis visų pagrindinių sveikatinimo veiklų raidą planuoti viename integraliame dokumente pasiteisino ir turi būti tęsiamas.*

3. Lietuvos sveikatos programos turinys

3.1. Programos tikslas -VGT ilgėjimas - ir kiekybinė jo išraiška

Kiekybinė pagrindinio Lietuvos sveikatos programos (LSP) tikslo išraiška – per 13 programos metų numatyta vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę (VGT) prailginti 1,85 metų, nuo 71,2 metų (1994 metais) iki 73 metų (2010 metais). Siekdami išsiaiškinti, kaip šis tikslas atitiko tuo metu galiojusią tarptautinę praktiką arba, kitaip tariant, LSP programoje numatyto vidutinės gyvenimo trukmės prailginimo tikslo pasiekiamumą ir ambicingumą, 3 lentelėje pateikiame ES šalių, 1970–2005 metais sėkmingai išsprendusių analogišką uždavinį, apžvalgą. Antrojoje lentelės eilutėje pateikti duomenys rodo, kad Vakarų Europai atstovaujančios referentinės šalys šį uždavinį, iš esmės, išsprendė aštuntąjį, o Vidurio ir Rytų Europos valstybės – paskutinįjį, XX amžiaus dešimtmetį. Uždavinio įgyvendinimui prireikė nuo penkerių iki devynerių metų.

Trečiojoje lentelės eilutėje yra pateikti referentinių šalių duomenys apie jų gyventojų VGT pokytį per 13 metų, skaičiuojant nuo tų metų, kai jų gyventojų VGT rodiklis siekė 71,2 metus (Lietuvos gyventojų VGT 71,2 metus siekė 1997 metais). Statistiniai skaičiai rodo, kad per 13 metų VGT išaugo nuo 2,45 metų (Airija) iki 3,92 (Lenkija). Aritmetinis referentinių šalių gyventojų VGT pailgėjimo vidurkis yra 3,35 metų.

3 lentelė. Vidutinė gyvenimo trukmė gimus (VGT), metais (vertintas 1970-2009 m. duomenys)

	Airija	Austrija	Belgija	Čekija	Italija	Ispanija	Jungtinė Karalystė	Lenkija	Portugalija	Prancūzija	Suomija	Vengrija	Vidurkis
Metai, per kuriuos įvyko toks - nuo 71,2 m. iki 73 m. – VGT pokytis	1973 - 1982 9	1973 - 1981 8	1971 - 1979 8	1986 - 1993 7	1970 - 1976 6			1992 - 1998 6	1980 - 1985 5		1973 - 1979 6	1999 - 2005 5	6,67
VGT pokytis per 13 metų nuo tų metų, kai VGT buvo 71,2 m.	2,45	3,47	3,21	3,8	3,09			3,92	3,4		3,42		3,35
Per 10 metų pasiektas VGT rodiklis, nuo tų metų, kai VGT buvo 73 m.	75,4 5	76,0 5	75,7 9	75,4	76,0 5	75,7 6	74,9 5	75,7 3	75,3 4	75,0 3	75,1 1		75,5 1

Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Apibendrinant tarptautinio palyginimo rezultatus galima teigti, kad LSP numatytas VGT prailginimo tikslas buvo realistiškas, pasiekiamas bei saikingai ambicingas.

Ši išvada dėl pagrindinio VGT tikslo pasiekiamumo ir ambicingumo taikytina ir daugeliui kitų VGT numatytų tikslų. Programos rengėjai optimistiškai vertino Lietuvos gyventojų sveikatos didinimo potencialą ir tikėjosi saikingo, bet nenutrūkstamo pagrindinių sveikatos rodiklių gerėjimo.

3.2. LSP įgyvendinimo mechanizmas. Tikslinės sveikatos programos kaip integrali LSP dalis

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 46 straipsnio „Sveikatinimo veiklos planavimas“ antras punktas teigia: „Lietuvos sveikatos programoje nustatytiems uždaviniams įgyvendinti Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos, savivaldybės organizuoja valstybės ir savivaldybių sveikatos programų ir įstatymų nustatytų planavimo dokumentų rengimą bei jų įgyvendinimą arba numato šių uždavinių įgyvendinimo priemones kitose socialinio ir ekonominio plėtojimo programose.“

Įgyvendinant šią įstatymo nuostatą LSP buvo numatytos programinio sveikatos valdymo kryptys:

- Motinos ir vaiko sveikatos apsaugos;
- Sveikatos politikos;
- Sveikatos priežiūros reformos;
- Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės;
- Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės;
- Aplinkos ir sveikatos.

Įgyvendinant šią įstatymo nuostatą LSP buvo numatytos tikslinės sveikatinimo programos:

- AIDS profilaktikos programa;
- Alkoholio kontrolės programa;
- Kūdikių ir vaikų iki 3 metų mitybos gerinimo programa;
- Psichikos ligų profilaktikos programa;
- Sveikos gyvensenos įtvirtinimo ugdymo institucijose programa;
- Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa;
- Sveikatos propagandos programa;
- Sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos programa;
- Širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programa;
- Traumatizmo profilaktikos programa;
- Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa;
- Vaikų dantų edukacijos profilaktikos programa;
- Lytinių keliu plintančių ligų profilaktikos programa.
- Valstybinė darbų saugos ir darbo medicinos programa.

Numatant tikslinių sveikatos programų vaidmenį bendrųjų nacionalinių sveikatinimo tikslų siekime LSP buvo akcentuojamas tarpžinybinis jų pobūdis ir būtinybė derinti veiksmus nacionaliniu ir teritoriniu lygmenimis.

Citata: “Sveikatos programų rengimu siekiama:

- 1) įgyvendinti sveikatos sektoriaus tikslus užtikrinant valstybės siekiamą gyventojų sveikatos lygį;
- 2) suderinti įvairių institucijų- ministerijų, tarnybų, departamentų, įstaigų, įmonių ir organizacijų, savivaldos organų, visuomeninių organizacijų, turinčių ar galinčių turėti įtakos sveikatos problemų sprendimui, veiklą bei tarpusavio sąveiką;
- 3) įtraukti visuomenę į sveikatos politikos formavimą.

Valstybinės sveikatos programos privalomos vykdyti tiek nacionaliniu, tiek teritoriniu lygiu.

Savivaldos institucijos:

- 1) įgyvendindamos valstybės deleguotas funkcijas, siekia įgyvendinti patvirtintas valstybines sveikatos programas savo teritorijose;
- 2) atlieka teritorijos gyventojų sveikatingumo būklės probleminę analizę ir jos pagrindu rengia kitas su sveikatinimo veikla susijusias programas, numatančias specifinių tos teritorijos problemų sprendimą;
- 3) rengia ir įgyvendina savivaldybių sveikatos programas.“

Atsižvelgiant į tai, kad dauguma LSP nuostatų Lietuvos sveikatinimo praktiką veikia ne tiesiogiai, bet per tikslines programas, galima teigti, kad *tikslinių programų įgyvendinimo sėkmės ir nesėkmių istorija yra ir LSP sėkmės ir nesėkmių istorija*. Plačiau bus analizuojamos tos tikslinės programos, kurios LSP rengėjų nuomone privalėjo žymiai prisidėti prie gyventojų sveikatos lygio augimo (pvz., Motinos ir vaiko sveikatos apsaugos programa, Alkoholio kontrolės programa) ir tos, kurios prie šio augimo realiai žymiai prisidėjo (pvz., Traumatizmo profilaktikos programa, Motinos ir vaiko programa).

3.3. Pagrindiniai veiksniai, turintys lemti Lietuvos gyventojų sveikatos lygio augimą

1998 metais Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime buvo pateikta Lietuvos žmonių sveikatos būklės analizė. Pagrindinė šios analizės išvada yra tokia: „<...>būtent socialinės sąlygos yra susijusios su padidėjusia sergamumo bei mirtingumo rizika, nes <...> mažiau socialiai apsaugoti žmonės daugiau rūko, vartoja alkoholio, jų mityba nesubalansuota, jie mažiau rūpinasi burnos sveikata...>“. Analizėje teigiama, kad pagrindinis vidutinės trukmės Lietuvos gyventojų sveikatos pagerėjimo rezervas būtų realizuotas „<...>jei valstybės mastu pavyktų apriboti sveikatą žalojančių faktorių – tabako ir alkoholio – įtaką visuomenės sveikatai.“ (9 psl.).

Pateiktose citatose atspindėtos to meto teorinės nuostatos dėl esminių gyventojų sveikatą lemiančių veiksnių. Tais pačiais 1998 metais LR Seimo patvirtintoje LSP programoje yra teigiama, kad LSP tikslus galima pasiekti optimaliai derinant tris integruotus poveikio sveikatai būdus.

1. Sudarant sąlygas sveikai gyvensenai:
 - tabako vartojimo mažinimui,
 - alkoholio vartojimo mažinimui,
 - narkotikų vartojimo profilaktikai,
 - sveikai mitybai,
 - fizinio aktyvumo didinimui.
2. Gerinant aplinkos kokybę:
 - vandens ir oro kokybę,
 - maisto saugumą,
 - fizinės ir socialinės aplinkos palankumą,
 - darbo aplinkos priežiūrą.
3. Organizuojant tinkamą sveikatos priežiūrą, kad ji būtų:
 - priimtina, prieinama, tinkama bei grindžiama teismo principais,
 - aprūpinta ištekliais,
 - struktūriškai subalansuota,
 - efektyviai valdoma.

Sprendžiant pagal kiekvienam iš būdų skirtą LSP apimtį galima daryti prielaidą, kad LSP rengėjai maždaug 50 procentų sveikatos gerinimo rezervų matė sveikos gyvensenos plėtroje, maždaug 20 procentų aplinkos kokybės gerinime (t.y., pagrindinis dėmesys turėjo būti skirtas priešasčių turinčių neigiamą poveikį gyventojų sveikatai mažinimui) ir 30 procentų sveikatos priežiūros stiprinime.

Žemiau pateikiami pavyzdžiai rodo, kaip ir dėl kokių priešasčių 1997-2010 metų laikotarpiu turėjo keistis gyventojų sveikatą įtakojantys veiksniai/sveikatos determinantės ir kaip šių pokyčių pasėkoje turėjo keistis gyventojų sveikatingumo parametrai.

Sveika gyvensena. Alkoholio ir tabako vartojimo mažinimas

Tikslas. Iki 2010 m. sumažinti alkoholio vartojimą 25 proc.

Pagrindinė tikslo pasiekimo priemonė - nuosekliai didinti akcizus alkoholiui.

Pasekmės gyventojų sveikatai:

- o mirtingumas nuo kepenų cirozės turi mažėti 15 proc.
- o mirtingumas nuo nelaimingų atsitikimų turi mažėti 30 proc.

- o mirtingumas nuo nelaimingų atsitikimų, susijusių su alkoholio vartojimu, turi mažėti 25 proc.
- o Iki 2010 m. sumažinti vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio 15 proc.

Kokybiška aplinka. Palanki fizinė ir socialinė aplinka

Tikslas.

- o Iki 2010 m. sumažinti traumatizmo atvejų, invalidumo ir mirtingumo dėl traumų ir nelaimingų atsitikimų skaičių 30 proc. Pagrindinė tikslo pasiekimo priemonė - nuosekliai mažinti avaringumą bei kitas traumų priežastis.
- o Iki 2010 m. sumažinti savižudybių skaičių iki vidutinių Europos šalių rodiklių, t. y. iki 25 iš 100 000 gyventojų. Pagrindinės tikslo pasiekimo priemonės yra mažinti alkoholio vartojimą ir stiprinti psichinę sveikatą.

Tinkama sveikatos priežiūra

Tikslas.

- o Iki 2010 m. sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc. Pagrindinė tikslo pasiekimo priemonė - nuosekliai plėsti sveikatos pagalbą motinai ir vaikui.
- o Sumažinti sergamumą su hospitalinėmis infekcijomis susijusiomis ligomis.
- o Iki 2010 m. sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc.

Šis tikslas turėjo būti įgyvendinamas tame tarpe ir pertvarkant sveikatos sistemą:

- o Gerinant sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą, didinant teikiamų paslaugų asortimentą ir periodiškai akredituojant šias įstaigas.
- o Įgyvendinant Valstybines ir savivaldybių sveikatos programas.
- o Įgyvendinant pirminę asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą, tobulinant sveikatos draudimo sistemą bei keliant sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikaciją.

Sveikatos santykių teisumas

Vienas iš pagrindinių deklaruotų Lietuvos sveikatos programos tikslų buvo sveikatos santykių teisumo stiprinimas:

“Kiekvienas asmuo turi teisę siekti kuo aukštesnio savo sveikatos lygio. Bet sveikatos santykių teisumas reiškia, kad kiekvienas asmuo, siekdamas kuo aukštesnio savo sveikatos lygio, nepažeistų tokių pačių kito asmens teisių arba nesiektų šios teisės kito asmens ar

visuomenės sąskaita. Todėl sveikatos santykių teisumas yra susijęs su lygiomis galimybėmis siekti sveikatos ir su maksimaliu skirtumu tarp jos siekiančiųjų sumažinimu.”

Šis tikslas turėjo būti įgyvendinamas:

- o Mažinant atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių bendrųjų ir grynųjų pajamų skirtumus ir nedarbo riziką, gerinant gyventojų išsilavinimą ir kvalifikacijos kėlimą;
- o Skatinant sveiką gyvenimo būdą ir sprendžiant nepalankių sveikatai gyvenimo ir darbo sąlygų problemas;
- o Gerinant sveikatos priežiūros prieinamumą, priimtinumą ir tinkamumą;
- o Įgyvendinant Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatas;

Lietuvos sveikatos programoje buvo akcentuojama, kad:

“Vykdant šią programą turi būti teisiškai reglamentuota ministerijų, kitų valstybės įstaigų, savivaldos vykdomųjų institucijų, apskričių viršininkų, įmonių, įstaigų ir organizacijų atsiskaitomybė Vyriausybei už sveikatos priežiūros teismo didinimą.”

Konkretūs siektini sveikatos santykių teismo rodikliai LSP detalai nebuvo aprašyti. Sveikatos santykių teismą galima vertinti, pavyzdžiui, pagal VGT (ar standartizuoto mirtingumo) skirtumus tarp vyrų ir moterų, miesto ir kaimo, o taip pat pagal paslaugų (ir/ar sveikatos sistemos išteklių) prieinamumą. 1997 m. situaciją sveikatos santykių teismo aspektu galima vertinti remiantis šiais rodikliais:

- o vyrų ir moterų vidutinės gyvenimo trukmės skirtumas siekė apie 11 m.;
- o vienam šalies gyventojui tenkančių namų ūkių išlaidų skirtumas siekė apie 8,5 karto (santykis tarp turtingiausiųjų ir neturtingiausiųjų šalies gyventojų decilių);
- o gyventojų apsilankymų skaičius per metus ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose miestuose buvo lygus 8 apsilankymai/gyventojui, kaimuose – 5,1 apsilankymo/gyventojui.
- o gydytojų skaičiaus pasiskirstymo 100 tūkst. gyventojų regioninis netolygumas buvo didesnis nei 2,5 karto.

3.4. LS Programoje numatyti ištekliai

Nagrinėjant sveikatinimo veiklos išteklius yra tikslinga juos išskirti į dvi grupes:

1. sveikatos priežiūros įstaigose ir įmonėse apskaitomus sveikatinimo veiklos išteklius;
2. šalies gyventojų, privataus verslo ir viešojo sektoriaus veiklos išteklius.

1. Sveikatos priežiūros įstaigose ir įmonėse apskaitomi sveikatinimo veiklos ištekliai tai

- Statistikos departamento apskaitomos bendrosios sveikatinimo išlaidos paslaugoms ir prekėms pirkti.

LSP rengta 1996-1998 metais, tuo metu, kai šalies ekonomika jau buvo pradėjusi augti, bet dar nebuvo pasiekusi 1990 metų lygio. Aptariamuoju laikotarpiu nei Lietuvą konsultavusieji tarptautiniai ekspertai (Pasaulio Banko, ES, Pasaulinės sveikatos organizacijos), nei mūsų šalies ekspertai nenumatė spartaus ekonomikos augimo. Pagrindiniai to laikotarpio ūkio plėtros scenarijai buvo grindžiami nuostata, kad realių sveikatinimo plėtrai skirtų išteklių augimas artimiausiais metais yra mažai tikėtinas. Dalis tarptautinių ekspertų *siūlė ne tik kad nedidinti, bet net mažinti sveikatinimo veiklai naudojamų išteklių apimtį. Pasaulio Banko rekomendacijose Lietuvai buvo kalbama apie tikslingumą mažinti gydytojų ir ligoninių skaičių, riboti sveikatos paslaugų ir prekių paklausą, didinant gyventojų dalinius mokėjimus už paslaugas.*

LS programoje nebuvo raginimų riboti sveikatos priežiūros įstaigose apskaitomus sveikatinimo veiklos išteklius, bet ir apie šių išteklių didinimą beveik nekalbėta. Daryta prielaida, kad šalies sveikatingumo rodikliai išaugs ne dėl išteklių apimties padidėjimo, bet dėl efektyvesnio turimų išteklių panaudojimo. Du pagrindiniai efektyvumo didinimo būdai: pirminės sveikatos priežiūros (toliau tekste – PSP) reformos rėmuose optimizuoti sveikatos paslaugų struktūrą ir privalomojo sveikatos draudimo (toliau tekste – PSD) reformos pagrindu paskatinti medikus intensyviau ir kokybiškiau dirbti.

Numatytas *PSP reformos* poveikio mechanizmas:

- PSP atskiriama nuo antrinio lygio paslaugų;
- dalis pacientams teikiamų paslaugų ir žmogiškųjų bei finansinių išteklių iš antrinio lygio permetama į pirminį;
- sustiprėjusi PSP grandis greičiau, kompleksiščiau ir efektyviau aptarnauja pacientus;
- gyventojams suteikiama daugiau profilaktinių paslaugų, susirgimai diagnozuojami greičiau ir tiksliau, prie pacientų namų priartintas gydymas greičiau atstato sveikatą;
- šalies gyventojai tampa sveikesni.

Numatytas *PSD reformos* poveikio mechanizmas:

- biudžetinis gydymo įstaigų finansavimas keičiamas mokėjimu už paslaugas;
- dėl pinigų ir pacientų konkuruojantys medikai pradeda dirbti intensyviau ir kokybiškiau;
- intensyviau dirbant pacientai gydomi greičiau ir geriau;
- su tais pačiais ištekliais suteikiama daugiau paslaugų;
- šalies gyventojai tampa sveikesni.

2. Šalies gyventojų, privataus verslo ir viešojo sektoriaus veikla, kurios Statistikos departamentas neapskaito kaip sveikatinimo veiklos išteklių, bet jie daro teigiamą arba neigiamą įtaką gyventojų sveikatai.

LS programoje numatyta, kad, net sparčiai neaugant šalies ekonomikai, egzistuoja galimybės gerokai pozityviai pakoreguoti gyventojų pastangas stiprinti sveikatą keičiant jų gyvenimą (gyvensenos reforma), skatinant SAM nepavaldžius viešojo sektoriaus segmentus ir privatų verslą padidinti investicijas į sveikatą (tarpsektorinio bendradarbiavimo reforma).

Gyvosenos reforma

- Gyventojai pradeda vartoti mažiau alkoholio ir tabako gaminių.
Mažiau žalodami savo sveikatą tampame sveikesni ir atpalaiduojam dalį sveikatos sektoriaus išteklių kokybiškesniam gydymui ir slaugai. *Mažesnės šalies gyventojų išlaidos alkoholiui ir tabakui prilygsta maždaug 300 milijonų litų investicijai į sveikatą.*
- Gyventojai pradeda geriau balansuoti savo mitybą, gyvulinius riebalus keičia augaliniais.
Taupomi namų ūkių pinigai, *stiprėja sveikata – tai prilygsta dar apie 100 milijonų litų investicijai į sveikatą.*
- Gyventojai tampa fiziškai aktyvesni.
Papildoma valanda mankštos 1 šalies gyventojui per savaitę yra tolygu *papildomam 20 milijonų dienų darbui vardan sveikatos per metus arba pinigine išraiška 1 milijardo litų investicijai į sveikatą.*

Šiais trimis būdais namų ūkiams padidinus investicijas į sveikatą *apie 1,4 milijardo litų - šalies gyventojų sveikata pagerėtų.*

Tarpsektorinio bendradarbiavimo reforma

- Išauga verslo rūpestis darbo sauga.
Investicijos į darbo saugą yra investicijos į sveikatą. Verslas draudžia savo darbuotojus papildomuoju sveikatos draudimu. Tai galėtų *būti papildomi 200 milijonų litų.*
- LR ministerijos sutartinai dirba šalies gyventojų sveikatos labui.
Susisiekimo ministerija gerina saugą keliuose. Vidaus reikalų ministerija – saugą keliuose ir buityje, mažina nusikaltimų prieš asmenį skaičių. Aplinkos apsaugos ministerija užtikrina oro ir vandens švarą, būstų kokybę. Švietimo ministerija numato

papildomas valandas sveikatos mokymui ir kūno kultūros ugdymui, užtikrina, kad mokiniai mokyklose būtų maitinami sveikai.

Visa tai - papildoma 400 milijonų litų investicija į sveikatą.

Šiais būdais ūkio sektoriams padidinus kasmetines investicijas į sveikatą *apie 600 milijonų litų – šalies gyventojai taptų sveikesni.*

Bendrieji Lietuvos sveikatinimo išteklių 1997-2010 metais

- Sveikatos priežiūros įstaigose ir įmonėse apskaitomi sveikatinimo veiklos išteklių išlieka tie patys, bet auga jų panaudojimo efektyvumas.
- Gyventojai, kiti ūkio sektoriai ir verslas padidina išteklius sveikatai maždaug 2 milijardais litų per metus.
- Gausesni ir efektyviau naudojami išteklių užtikrina LSP numatytą gyventojų sveikatos augimą.

Ar buvo racionalu galvoti, kad sveikatos sektoriui neaugant kiti sektoriai ir gyventojai į sveikatą investuos žymiai daugiau? Lėšų investicijų iš kitų sektorių pritraukimo valdymui (programų katalizatorių valdymui) beveik neskirta; neveikė ir tų skirtųjų efektyvaus panaudojimo valdymo mechanizmas.

Žemiau pateikiamas bendrųjų Lietuvos išlaidų sveikatai sumos 2008 metais apskaičiavimas.

Namų ūkių išlaidos, kurias gyventojai sieja su sveikatos pokyčiais, 2008 metai, mln. Lt.

	Visos išlaidos	Išlaidų dalis, siejama su sveikata	Išlaidos sveikatai
01 Maistas ir nealkoholiniai gėrimai	10938	0,5	5816
03 Apranga ir avalynė	2673	0,3	784
04 Būstas, vanduo, elektra, dujos ir kitas kuras	3968	0,5	1909
05 Būsto apstatymo, namų ūkio įranga ir kasdieninė namų priežiūra	1580	0,2	360
06 Sveikata	1548	1,0	1548
07 Transportas	3085	0,3	1067
08 Ryšiai	1453	0,3	443
09 Poilsis ir kultūra	1497	0,3	457
10 Švietimas	174	0,2	41
11 Restoranai ir viešbučiai	1731	0,1	183
Visos gyventojų išlaidos	28647		12608

Išlaidos sveikatai yra apskaičiuotos naudojantis namų ūkių tyrime fiksuota išlaidų pagal išlaidų straipsnius apimtimi ir išlaidų dalies, siejamos su sveikata *koeficientu*. *Pastarieji koeficientai gauti reprezentatyvios apklausos atliktos 2011 metų birželio mėnesį pagrindu.*

Gyventojai buvo prašomi atsakyti į klausimą: „Jūsų nuomone, kokią įtaką šios Jūsų vartojimo išlaidos turi Jūsų sveikatai?“

Išlaidos (piniginės ir natūrinės vartojimo išlaidos)	Didelę įtaką	Vidutinę įtaką	Mažą įtaką	Neturi įtakos	Sunku pasakyti
Maistui, nealkoholiniams gėrimams					
Alkoholiniams gėrimams					
Tabako gaminiams					
Drabužiams ir avalynei					
Būstui, vandeniui, elektrai, dujoms, kitam kurui					
Baldams/buitinei technikai					
Sveikatos priežiūrai					
Transportui					
Ryšio paslaugoms					
Poilsui ir kultūrai					
Švietimui					
Viešbučiams, kavinėms					

Atsakymų pagrindu buvo nustatytas išlaidų dalies, siejamos su sveikata koeficientas. Nustatant koeficientą, atsakymai, kuriose teigta, kad įtaka didelė, vertinti kaip galimybė sveikatinimo veiklai priskirti 75 procentus išlaidų; atsakymai, kuriose teigta, kad įtaka vidutinė, vertinti kaip galimybė sveikatinimo veiklai priskirti 50 procentų išlaidų; atsakymai, kuriose teigta, kad įtaka maža, vertinti kaip galimybė sveikatinimo veiklai priskirti 25 procentus išlaidų; kiti atsakymai vertinti kaip galimybė sveikatinimo veiklai išlaidų nepriskirti.

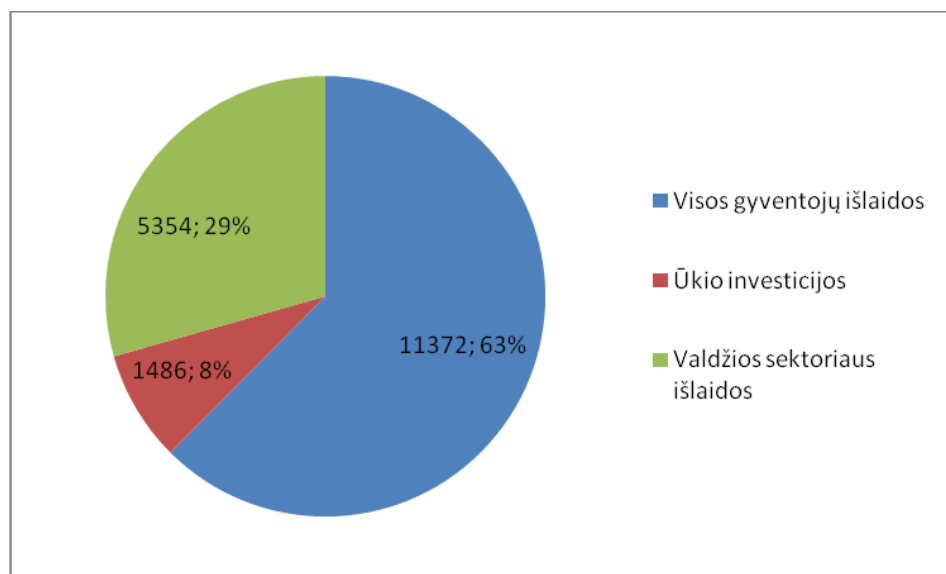
2008 metais gyventojai deklaravo, kad išleido alkoholiui ir tabakui 1236 mln. Lt. Darant prielaidą, kad šis vartojimas kenkė sveikatai, bendrą gyventojų indėlį į sveikatos stiprinimą ir atstatymą galima atitinkamai sumažinti, ganant vertinimą, kad gyventojų išlaidos sveikatai 2008 metais sudarė 11372 mln. Lt.

Aukščiau aptarti koeficientai buvo panaudoti ir Lietuvoje už sveikatos apsaugos sektoriaus ribų daromų investicijų priskyrimui sveikatinimo veiklai.

	Viso išlaidos	Išlaidų dalis, siejama su sveikata	Išlaidos sveikatai
Investicijos į transportą ir ryšius, mln. Lt	2323	0,3	697
Investicijos į elektros, dujų ir vandens tiekimą	1579	0,5	790
Ūkio investicijos	3902		1486

Bendroji išlaidų sveikatai 2008 metais metinė suma pateikta paveiksle.

9 paveikslas. Lietuvos bendrosios išlaidos sveikatai 2008 m., milijonais litų



Šaltinis: Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

Bendrosios Lietuvos išlaidos sveikatai 2008 metais sudarė maždaug 18 milijardų litų iš kurių tik maždaug 29 procentai yra statistikos apskaitomi kaip valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai.

3.5. LSP įgyvendinimo stebėsenos mechanizmas

Siekiant, kad būtų įgyvendinti LSP numatyti uždaviniai, buvo numatyta sukurti kompleksinį sveikatinimo veiklos stebėsenos mechanizmą, kuris leistų:

- nustatyti gyventojų sveikatos būklės pokyčius;

- išsiaiškinti tokių pokyčių priežastis;
- prognozuoti, kokie gyventojų sveikatos būklės pakitimai galimi įgyvendinus atitinkamas sveikatos politikos priemones;
- stebėti, kokie priimami politikų sprendimai turi įtakos gyventojų sveikatai;
- įvertinti, koks esti realus įgyvendinamos sveikatos politikos efektas.

LSP yra grindžiama principine nuostata, kad

- Sveikatos reformos žingsniai turi būti nuolat vertinami mokliškai pagrįstais metodais.
- Svarbus kiekvienos atskiros valstybinės sveikatos programos vertinimas, koordinavimas ir koregavimas.
- Palyginamoji kitų šalių sveikatos reformų analizė būtina reformos sėkmei.

4. Programos tikslų ilginti vidutinę gyvenimo trukmę ir mažinti mirtingumą dėl pagrindinių priežasčių įgyvendinimas 1998-2010 metais

Atliekant Lietuvos sveikatos programos tikslų įgyvendinimo vertinimą buvo taikoma tokia vertinimo skalė:

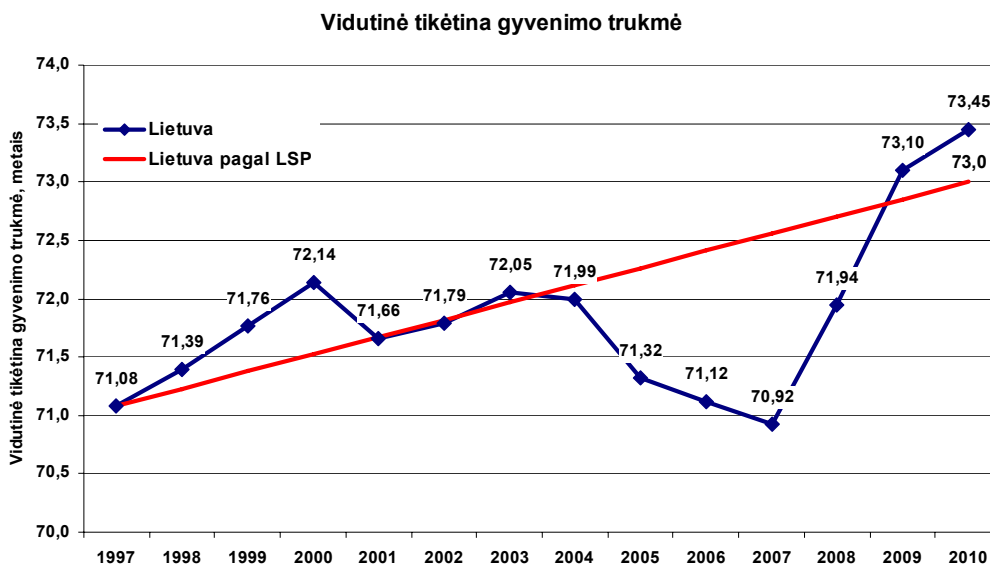
- Pasiektas rodiklis daugiau nei 20 proc. mažesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas nepasiektas**;
- Pasiektas rodiklis nuo 10 iki 20 proc. mažesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas iš dalies pasiektas**;
- Pasiektas rodiklis mažiau nei 10 proc. mažesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas beveik pasiektas**;
- Pasiektas rodiklis lygus arba ne daugiau nei 10 didesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas pasiektas**;
- Pasiektas rodiklis yra nuo 10 iki 20 proc. didesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas viršytas**;
- Pasiektas rodiklis yra daugiau nei 20 proc. didesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas žymiai viršytas**;

Pradinei analizei ir palyginimams su kitomis ES šalimis naudojami Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) statistiniai duomenys, pagrindiniai standartizuoto mirtingumo rodikliai (SDR). Atliekant detalesnę atskirų ligų analizę ir siekiant išvengti statistinių su matematiniu duomenų apdorojimu susijusių

netikslumų, dažniausiai bus naudojami absoliutūs mirtingumo duomenys. Sergamumo ir ligotumo vertinimui bus naudojami ligonių kasų SVEIDROS (2001-2009 m.), Higienos instituto Sveikatos informacijos centro (HISIC) ir PSO duomenys.

4.1. Programos tikslai ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodikliai. Bendrieji tikslai ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodikliai. Gyventojų mirtingumo sumažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės prailginimas.

Tikslas. Prailginti Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 metų.

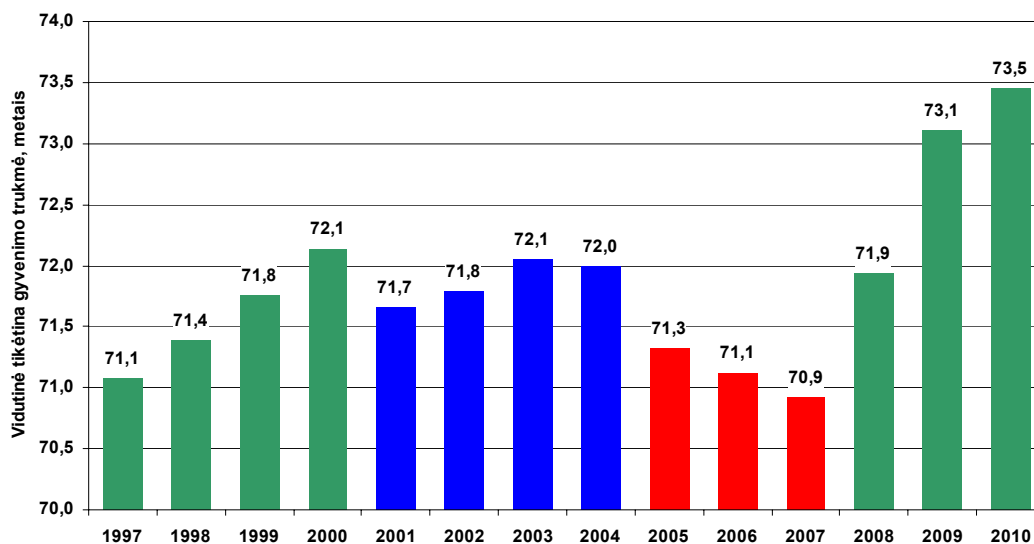


10 paveikslas. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT)

Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Tikslas - prailginti Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 metų - pasiektas, 2010 m. VGT buvo 73,45 metai. Vertint tikslo pasiekimą ne tik pagal 2010 metų, bet ir pagal viso 13 metų periodo rodiklius, matom lėtesnį nei projektuota LSP gyventojų sveikatos lygio augimą. LSP rengėjai, tikėtina, neabejojo siekiu, kad Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai augtų tolygiai (tiesiogiai šis siekis nebuvo įvardintas). Faktiniai duomenys (žr. 11 paveikslą) rodo, kad gyventojų sveikatos rodiklių netolygumas 1997-2010 metais buvo viena didžiausių šalies sveikatingumo problemų.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, 1997-2010



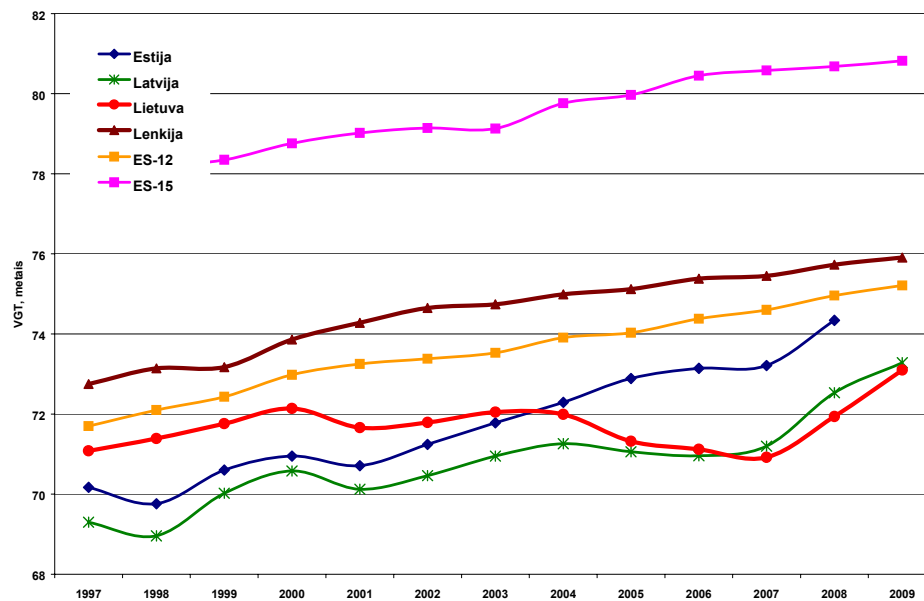
11 paveikslas. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT), ciklas

Šaltinis. PSO

Paveiksle žali stulpeliai rodo, kad vidutinės gyvenimo trukmės rodikliai kito teigiama linkme. 1997-2000 metais bei 2008-2010 metais. Mėlyni stulpeliai rodo, kad 2001–2004 metais sveikatos rodikliai buvo beveik stabilūs (VGT svyravo apie 72 metus). Raudoni stulpeliai rodo, kad 2005-2007 metais VGT trumpėjo. Ataskaitoje pateikiama mirtingumo ir sveikatos determinančių analizė aiškina sveikatos rodiklių netolygumo priežastis.

12 paveikslas rodo, kaip LSP veikimo laikotarpiu keitėsi Lietuvos sveikatos rodikliai, palyginus ES šalių rodikliais. 1997-2008 metais ES šalių VGT pailgėjo 2,8 metais (nuo 76,7 iki 79,5), Lietuvos – 2 metais (nuo 71,2 iki 73,2). Lėtesnis nei kitų ES šalių sveikatos lygio augimas lėmė, kad Lietuva, 1997 metais pagal VGT lenkusi Bulgariją, Estiją, Latviją, Rumuniją ir Vengriją, 2009 metais buvo paskutinėje vietoje tarp visų ES šalių..

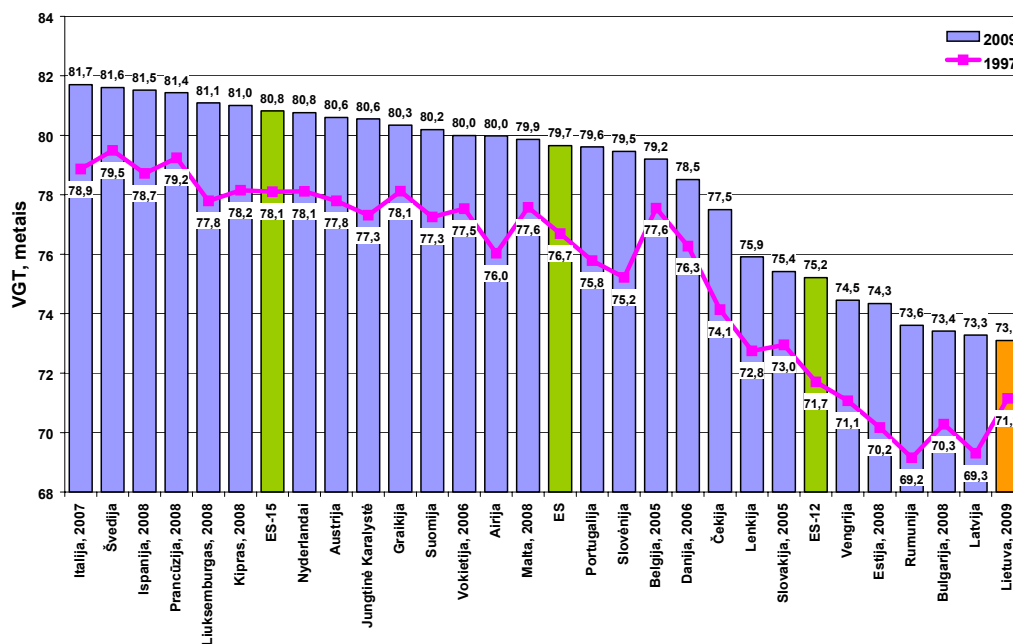
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė



12 paveikslas. Europos gyventojų VGT

Šaltinis: PSO

Palyginimas su ES šalimis, VGT, 2009 m.

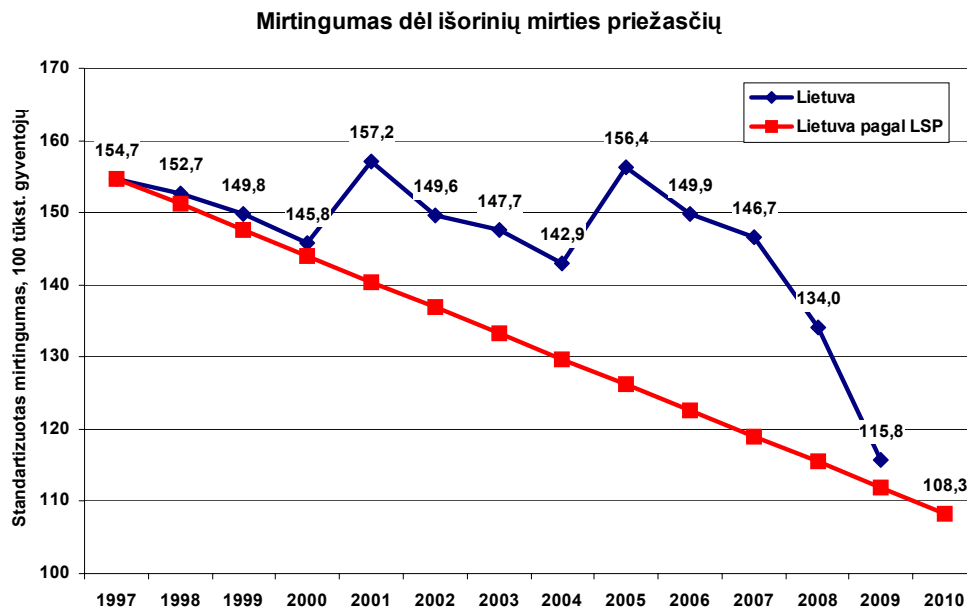


13 paveikslas. VGT, palyginimas su ES šalimis

Šaltinis: PSO

Santykinio atsilikimo nuo kaimyninių valstybių augimas bei sveikatos rodiklių netolygumas 1996 -2009 metais parodo didžiulius sveikatinimo rezervus Lietuvoje.

Tikslas. Sumažinti mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc.



14 paveikslas. Mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių

Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Tikslas - sumažinti mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc. iš dalies pasiektas (sumažėjo apie 25 proc.)

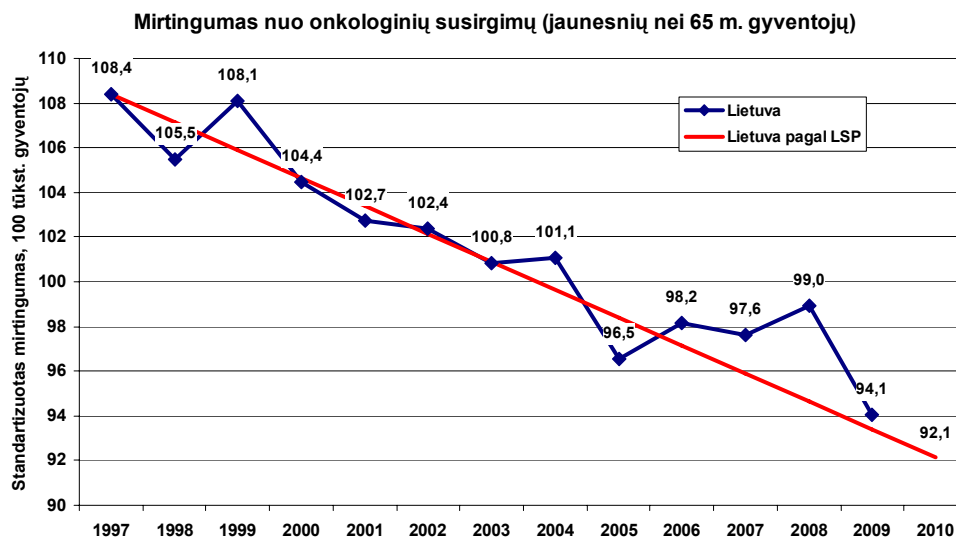
Pastebėtina, kad kaip ir VGT atveju mirtingumo rodikliai kito netolygiai. Iki 2007 metų standartizuotas mirtingumas dėl išorinių priežasčių svyravo apie 150 mirčių 100 000 gyventojų. Spartus mirtingumo dėl išorinių priežasčių mažėjimas įvyko tik 2008-2009 metais.

Tikslas. 15 proc. sumažinti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų

Tikslas - 15 proc. sumažinti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų - nepasiektas (sumažėjo tik 5,6 proc.). Tikslas - sumažinti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo piktybinių navikų - iš dalies pasiektas (sumažėjo apie 13 proc.).

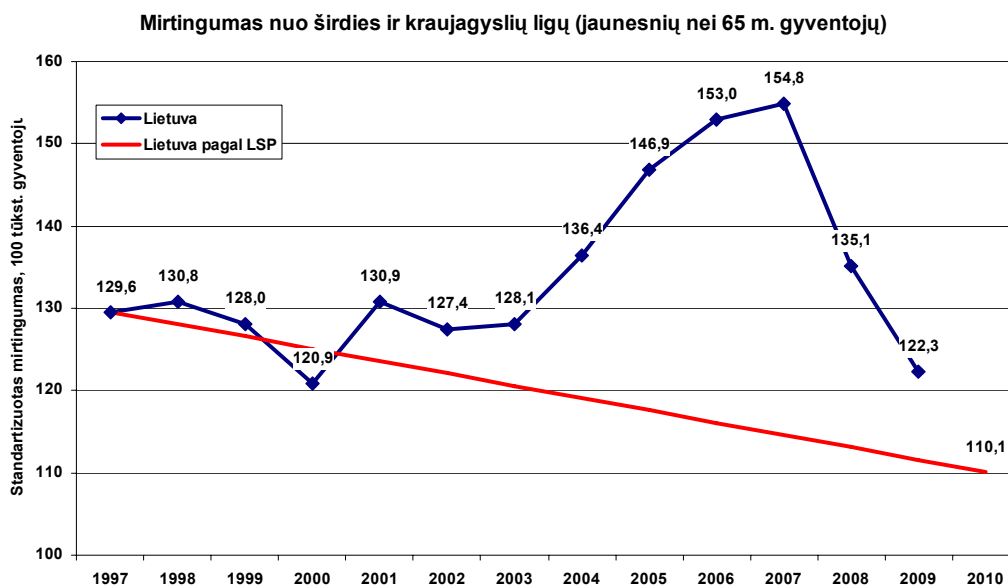
Mirtingumo dėl širdies ir kraujagyslių ligų dinamika iš esmės atkartoja VGT dinamikoje fiksuotą ciklą (1997–2000 m. ir 2008-2009 m. mirtingumas mažėja, 2001-2003 m. – nesikeičia, o 2004-2007 m. – mirtingumas didėja).

15 paveikslas. Mirtingumas nuo onkologinių susirgimų



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

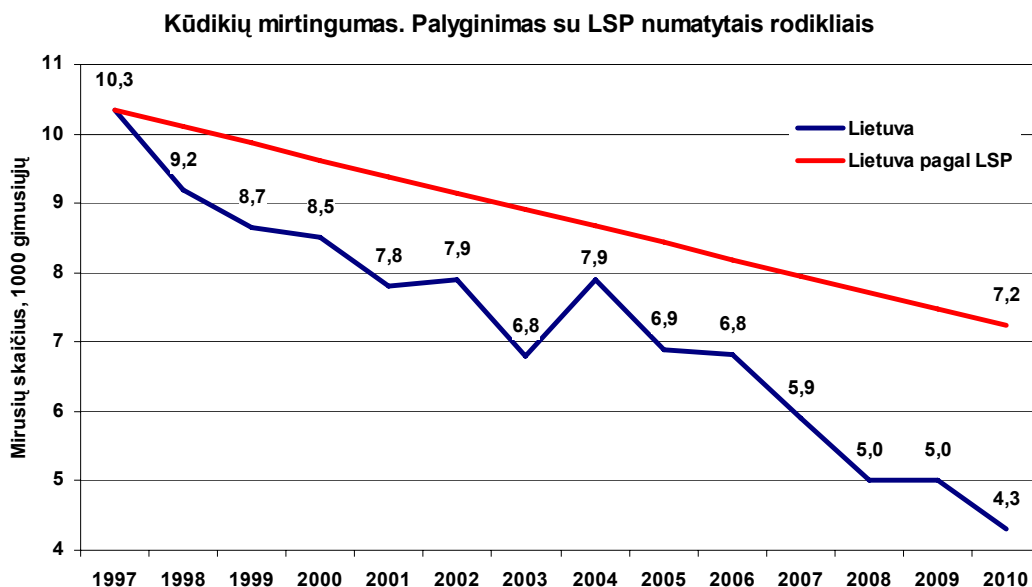
16 paveikslas. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Tikslas. Iki 2010 m. sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc.

Tikslas - iki 2010 m. sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc. - pasiektas ir žymiai viršytas. Mirtingumas sumažėjo daugiau nei du kartus.



17 paveikslas. Kūdikių mirtingumas

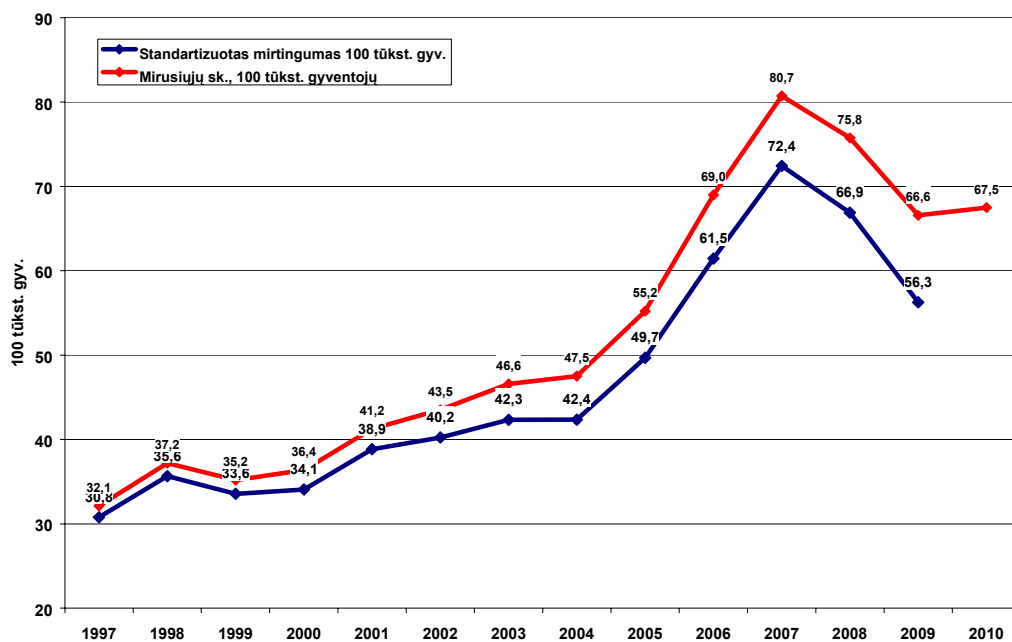
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Kūdikių mirtingumo dinamika buvo ženkliai geresnė nei buvo prognozuota rengiant LSP. Vaiko ir motinos programos sėkmės istorijai būdingas ne tik reikšmingas kūdikių mirtingumo mažėjimas, bet ir proceso tolygumas (per 13 metų laikotarpį tik 2004 metais fiksuotas mirtingumo rodiklio didėjimas) bei tai, kad pagal šį rodiklį Lietuva išliko viena geriausių tarp naujųjų ES šalių ir priartėjo prie ES senbuvių (17 paveikslas).

Virškinimo sistemos ligos (LSP rengimo laikotarpiu laikytos santykinai nereikšmingomis) nebuvo nagrinėjamos LSP. Nagrinėjamoju laikotarpiu išaugo žmogiškieji nuostoliai dėl virškinimo ligų, taip nutiko dėl sergamumo ir mirtingumo dėl virškinimo sistemos ligų veiksnių nepalankios sąveikos. 2009 metais dėl šių priežasčių mirė beveik 1000 žmonių daugiau nei 1997 metais. Pastaraisiais metais Lietuvos mirtingumo struktūroje virškinimo sistemos ligos aplenkė kvėpavimo sistemos ligas ir įsitvirtino ketvirtojoje pozicijoje (18 paveikslas). Dauguma mirčių dėl virškinimo sistemos ligų yra išvengiamos. Ši problema nagrinėtina 2011-2020 metų LSP.

18 paveikslas. Virškinimo sistemos ligos

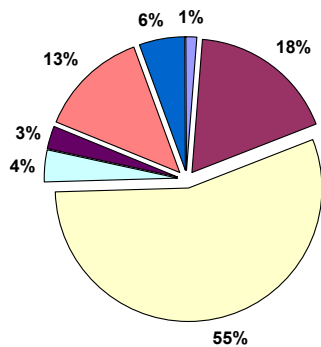
Mirtingumas 100 tūkst. gyv. Virškinimo sistemos ligos



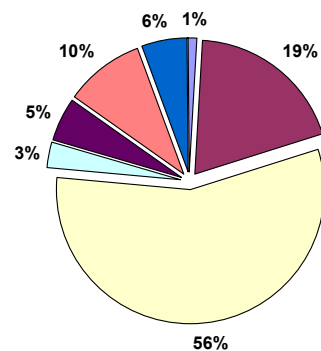
Šaltinis. PSO

Kaip galima matyti iš patektų diagramų 1997-2009 m. mirčių pagal priežastis struktūra pasikeitė nedaug. Pagrindinis skirtumas – jau minėtas išaugęs mirtingumas dėl virškinimo sistemos ligų (tapo ketvirtąją pagal skaičių mirties priežastimi) ir sumažėjęs mirtingumas dėl išorinių mirties

Mirčių struktūra pagal priežastis, 1997 m.



Mirčių struktūra pagal priežastis, 2010 m.



priežasčių.

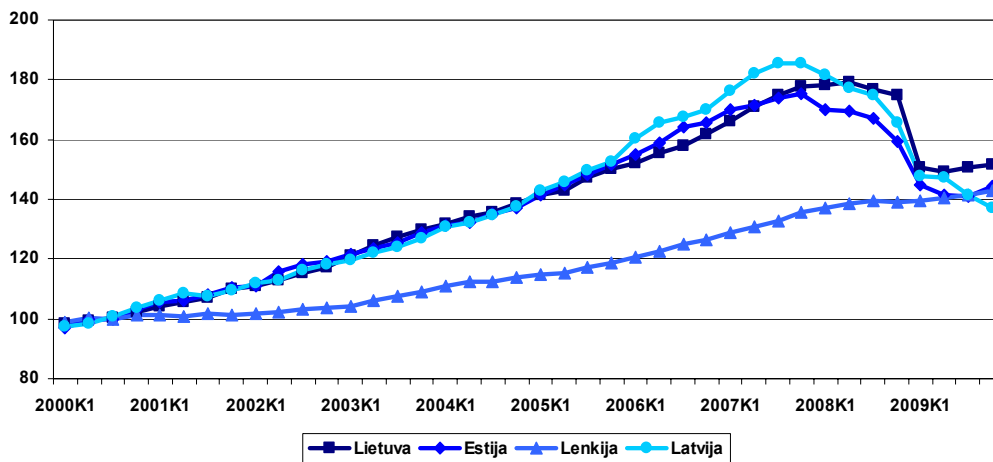
19 paveikslas. Mirčių pagal priežastis struktūra

Plačiau apie statistinį Lietuvos gyventojų sveikatos būklę atspindinčių 1998-2009 m. ir 2010 m. vėliausiai prieinamų epidemiologinių rodiklių vertinimą žiūrėkite prieduose.

5. Pagrindiniai veiksniai, lėmę Lietuvos gyventojų sveikatą 1998–2010 metais

5.1. Šalies ekonomikos raida bei sveikatinimo išteklių (Sveikatos sistemos visuomeninis finansavimas, gyventojų išlaidos sveikatos prekėms ir paslaugoms, gyventojų ir ūkio subjektų veikla stiprinanti sveikatą) dinamika

20 paveikslas. Pabaltijo valstybių ir Lenkijos BVP apimtis 2000–2009 metų ketvirčiais (2000 = 100, prekių kiekis)



Šaltinis: Eurostat

LSP įgyvendinimo laikotarpis sutapo su Lietuvoje kaip ir daugelyje kaimyninių valstybių vykusiu sparčiu ekonomikos augimu, pristabdytu 2008-2009 metų nuosmukio.

Sveikatos apsauga visuose ES šalyse pastaruosius metus yra viena iš integralių valstybės funkcijų. Bendras daugumai ES šalių ekonomikos augimo ir gyventojų sveikatos lygio sąsajos modelis yra grindžiamas sekančiu algoritmu:

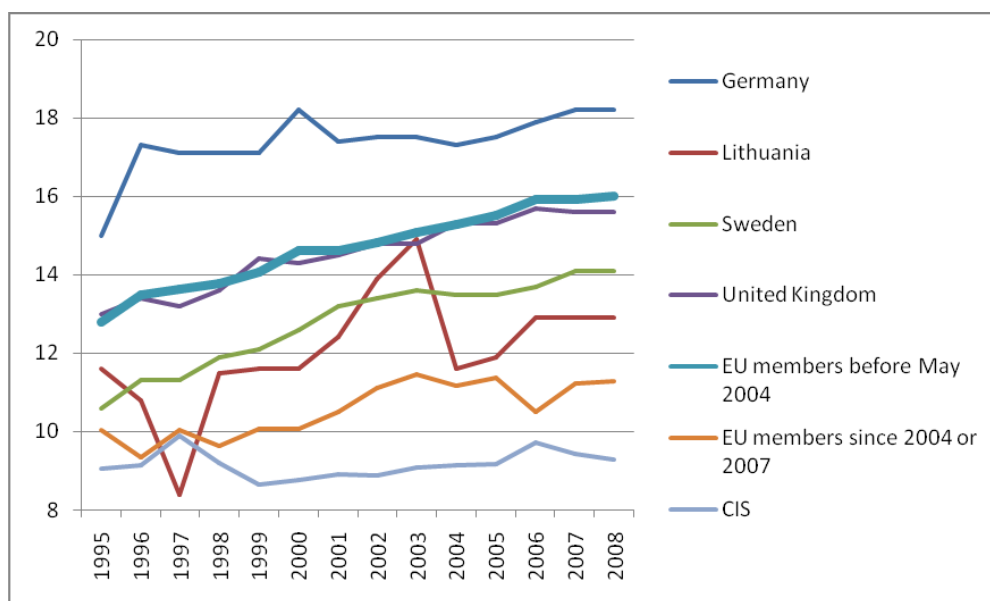
1. Augant ekonomikai didėja galimybė daugiau lėšų perskirstyti per valstybės ir socialinio draudimo biudžetus. Auga valstybių finansai.
2. Augant valstybės finansams, auga absoliuti suma skirta sveikatinimui. *Kaip taisyklė, sveikatinimo veiklos išteklių dalis valstybės finansuose auga.* Sveikatos išlaidų dalis viešosiose finansuose Vakarų Europoje padidėjo nuo 13 procentų 1995 metais iki 16

procentų 2008 metais. Padidėjimas vyko tiek šalyse, naudojančiose „Bismarko“, tiek ir „Beveridžo“ modelius. Nagrinėjant gyventojų sveikatos rezultatus skirtumų tarp Vakarų Europos šalių beveik nebuvo. Auga sveikatos finansai.

3. Pastoviai didėjančios lėšų apimties sveikatai rezultate yra sprendžiami aktualiausi sveikatinimo klausimai (diegiamos naujos sveikatinimo technologijos, plečiamas sveikatinimo paslaugų prieinamumas) ir tai gerina gyventojų sveikatą. Auga gyventojų sveikata.

Augant BVP gyventojų sveikata gerėja

Lietuvoje 1995-2008 metais nebuvo išlaikytas antrasis algoritmo žingsnis. Skirtingai nei daugumoje ES valstybių Lietuvos sveikatos finansavimas kito labai nenuosekliai.

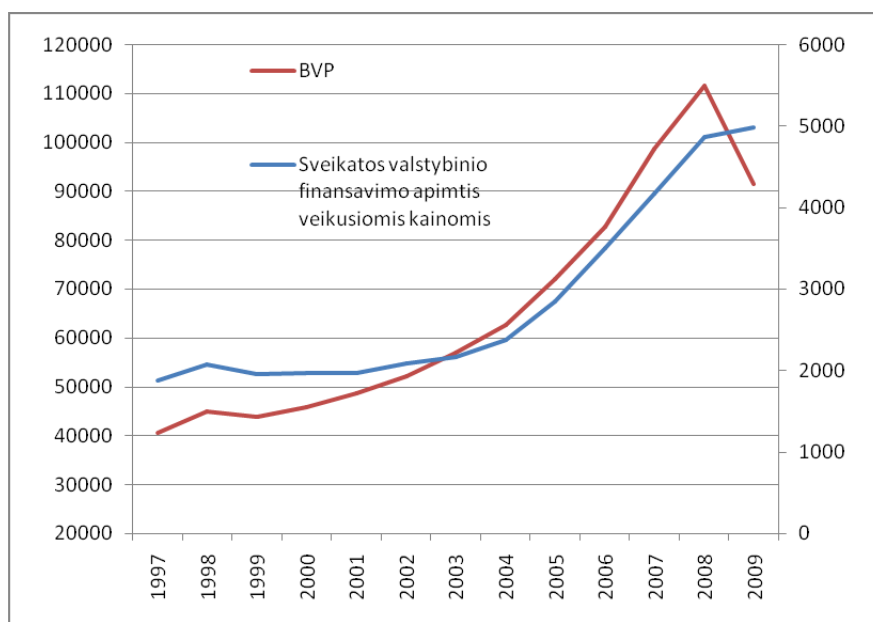


21 paveikslas. Visuomeninių išlaidų sveikatai dalis viešuosiuose finansuose, procentais

Šaltinis. PSO

Nesilaikant ES šalims būdingo sveikatinimo veiklos finansavimo modelio sveikatos finansavimas kito skirtingai nei BVP

21 paveikslas BVP (skalė kairėje) ir sveikatos (skalė dešinėje) finansavimo dinamika 1997-2009

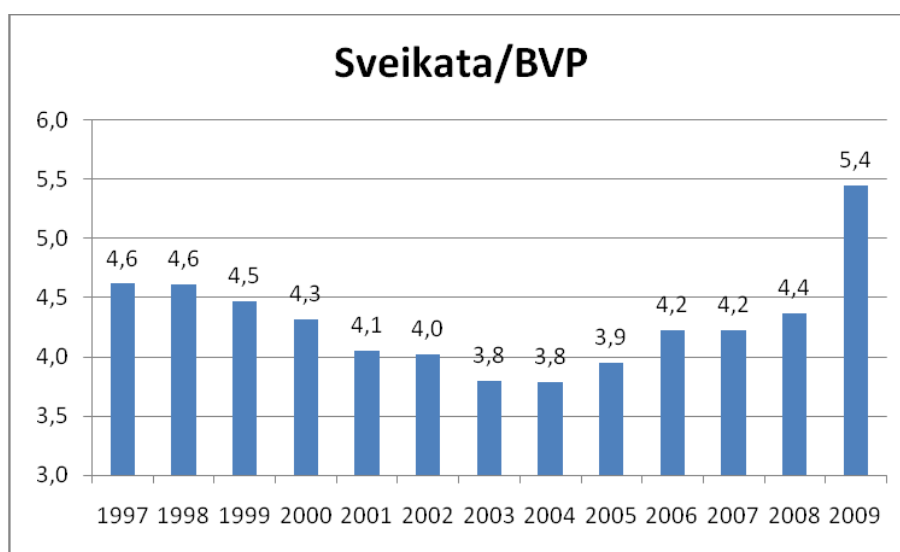


metais (einamosiomis kainomis, milijonais litų)

Šaltinis. Statistikos departamentas

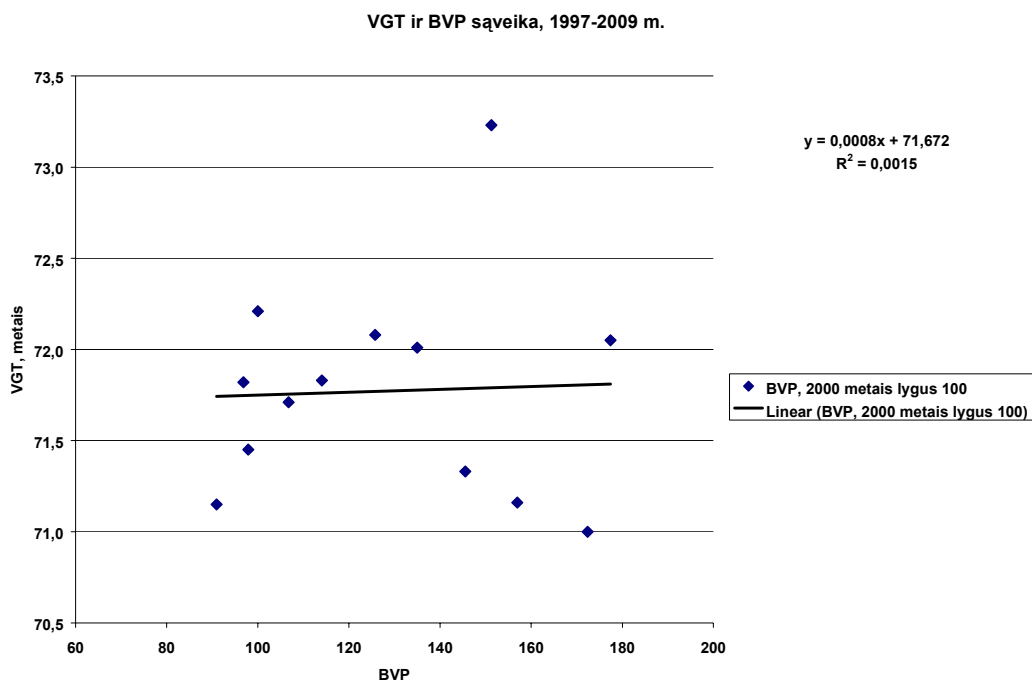
Pastebėtina, kad nuo 1998 iki 2003 metų šalies ekonomikai augant valstybinis sveikatos finansavimas nedidėjo.

22 paveikslas. BVP ir sveikatos finansavimo augimo dinamikos neatitikimas pasireiškė Sveikatos finansų lyginamojo svorio BVP svyravimu



Šaltinis. Statistikos departamentas

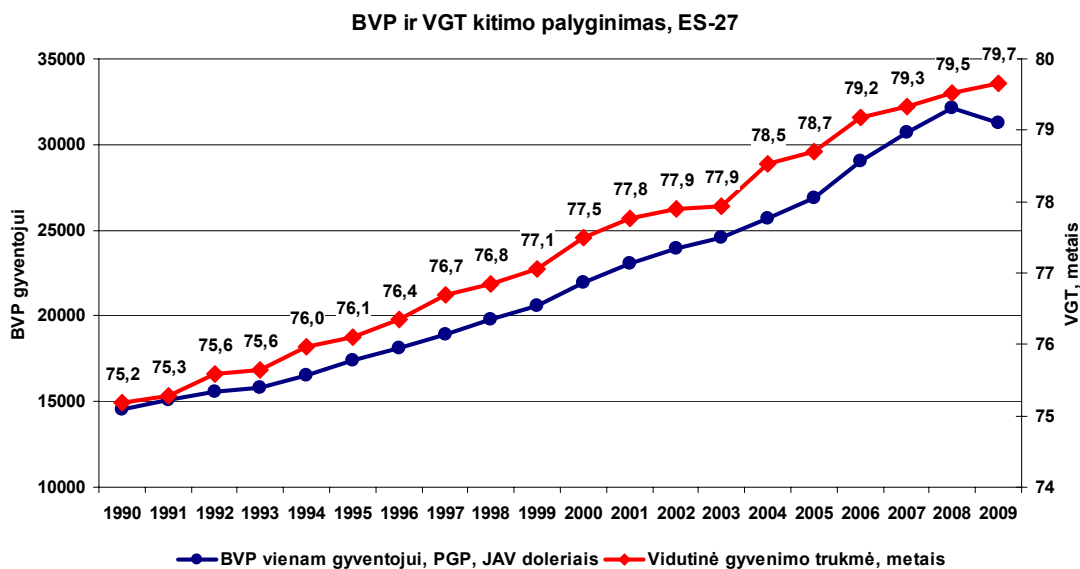
22 paveikslas. BVP ir VGT sąveika



Šaltinis: SD, SEC apskaičiavimai

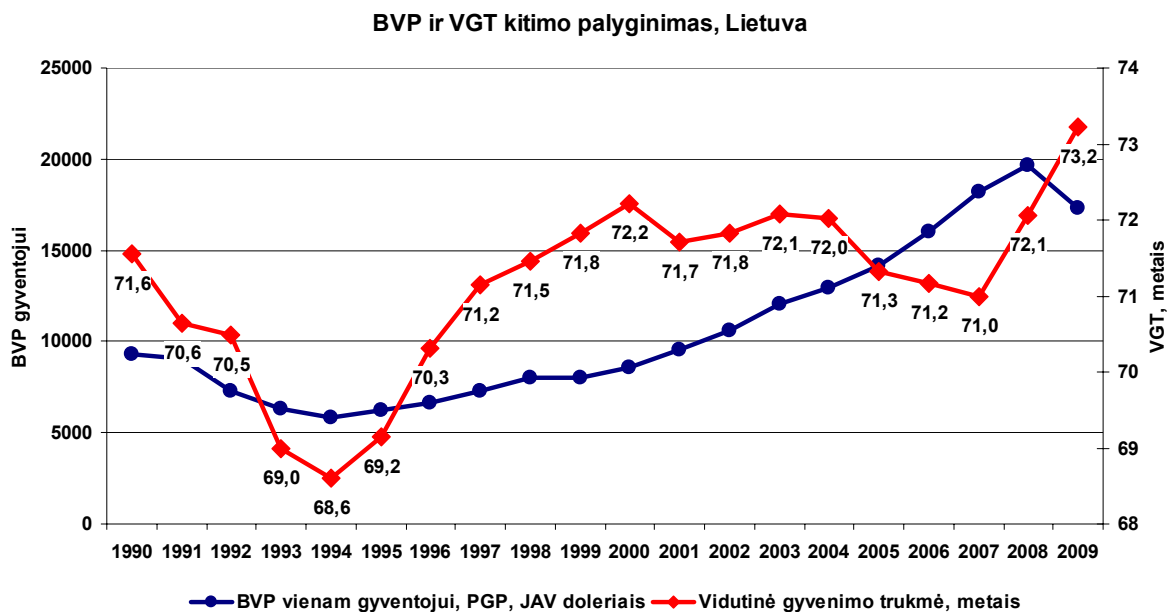
Iš esmės 1997-2009 metais neveikęs senajai Europai būdingas sąveikos tarp ekonomikos raidos ir sveikatos finansavimo modelis, tikėtina lėmė tai, kad statistiškai patikimai išmatuojamo ryšio tarp BVP dinamikos ir gyventojų sveikatos aptariamuoju laikotarpiu nebuvo.

Šalies išsivystymo ir gyventojų sveikatos lygio sąveika, ES valstybėse



Šaltinis: PSO

Šalies išsivystymo ir gyventojų sveikatos lygio sąveika, Lietuvoje

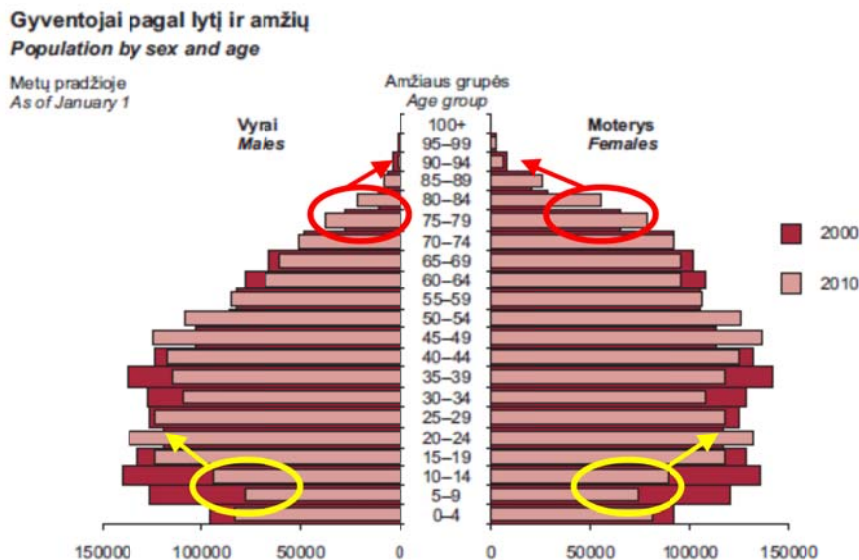


Šaltinis: PSO

Demografija

2011 metų pradžioje Lietuvoje gyveno 3244,6 tūkst. gyventojų - 1547,7 tūkst. (46,5%) vyrų ir 1781,3 tūkst. (53,5%) moterų. Miestuose gyveno 2229,5 tūkst. (67%) šalies gyventojų, kaimo gyvenamosiose vietovėse – 1099,5 tūkst. (33%). 2011 metų pradžioje vyresnių nei 64 metai gyventojų skaičius buvo apie 535,7 tūkst. arba 16,5 proc. visų šalies gyventojų. Visuomenė sensta, t. y. palyginti su bendru gyventojų skaičiumi, didėja pagyvenusių žmonių dalis - nuo 2001 iki 2011 metų pensinio amžiaus gyventojų skaičius išaugo daugiau nei 50 tūkstančių. Nuo 1993 metų pradėjo žymiai mažėti naujagimių skaičius – 2002 metais jis siekė tik 8,6/1000 gyventojų. Nuo 2003 metų naujagimių skaičius pradėjo augti - 2010 metais gimė 35,6 tūkst. naujagimių arba 10,8/1000 gyventojų. Suminis gimstamumo rodiklis 2010 m. buvo 1,55 (2000 m. – 1,39), jis vertintinas kaip gana žemas, neužtikrinantis demografinės pusiausvyros ir kartų kaitos. Gyventojų reprodukcijai užtikrinti šis rodiklis turėtų būti ne mažesnis nei 2,1.

Gyventojų amžiaus struktūra ir prognozuojami pokyčiai



Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

2010 metais Lietuvos mirė 42120 gyventojų ir, nors nuo 2008 metų mirtingumas pradėjo mažėti, bet 2010 metais natūrali gyventojų kaita Lietuvoje buvo neigiama - mirė 6494 gyventojų daugiau nei gimė.

Pirmaisiais metais po nepriklausomybės atkūrimo Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimui įtakos turėjo dalies gyventojų emigracija į Rusiją, o vėlesniu laikotarpiu - į Vakarų Europos šalis. Statistikos departamento duomenimis per dvidešimties metų laikotarpį daugiausiai žmonių iš Lietuvos emigravo 2010 metais – 83,2 tūkst. gyventojų.

Naujagimių skaičiaus mažėjimas bei emigracija lemia ir lems populiacijos senėjimą. Remiantis Europos Sąjungos statistikos tarnybos (Eurostato) demografinėmis prognozėmis, 2060 m. pradžioje Lietuvoje gyvens 2 mln. 676 tūkst. gyventojų, t. y. beveik 570 tūkst. mažiau negu 2011 m. pradžioje. Prognozuojama, kad 2020 metais Lietuvoje bus apie 17,3 proc. vyresnių nei 65 metų amžiaus gyventojų.

5.2. Sveikatos veiksnių dinamika

5.2.1.1. Sveika gyvensena. Alkoholinių gėrimų gaminių ir tabako vartojimo mažinimas

LSP Tikslas. Iki 2010 m. sumažinti alkoholio vartojimą 25 proc.

Pagrindinė tikslo pasiekimo priemonė - nuosekliai didinti akcizus alkoholiui.

Pasekmės gyventojų sveikatai:

- o mirtingumas nuo kepenų cirozės turi mažėti 15 proc.;

- o mirtingumas nuo nelaimingų atsitikimų turi mažėti 30 proc.;
- o mirtingumas nuo nelaimingų atsitikimų, susijusių su alkoholio vartojimu, turi mažėti 25 proc.

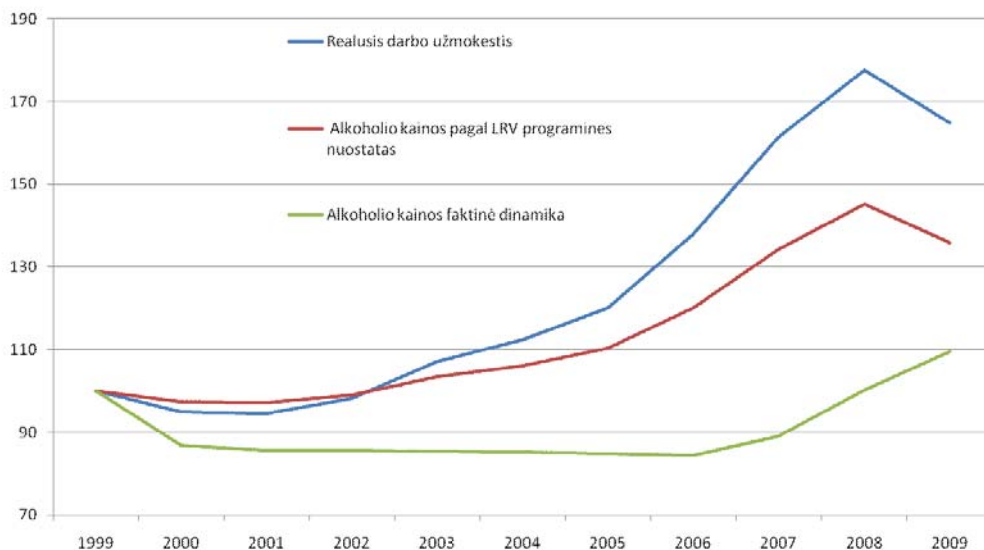
1998-2010 metais vykę procesai

Alkoholinių gėrimų vartojimas

Akcizų didinimo politika pagal LSP ir Alkoholio kontrolės programą.

Kad suvartojamų alkoholinių gėrimų kiekis vienam gyventojui nedidėtų, šių gėrimų kaina turėtų būti didinama taip: alkoholinių gėrimų kainų prieaugis procentais turi būti lygus laukiamo vartojimo kainų prieaugio procentais ir 50 procentų laukiamo gyventojų pajamų prieaugio sumai. Žemiau pateikta alkoholio kainų dinamika (raudona linija), kuri atitiktų Alkoholio programos nuostatas bei faktinis realiųjų pajamų augimas (mėlyna linija). Žalia linija atspindi faktinę alkoholinių gėrimų kainų dinamiką.

23 paveikslas. Alkoholinių gėrimų vartojimo dinamika



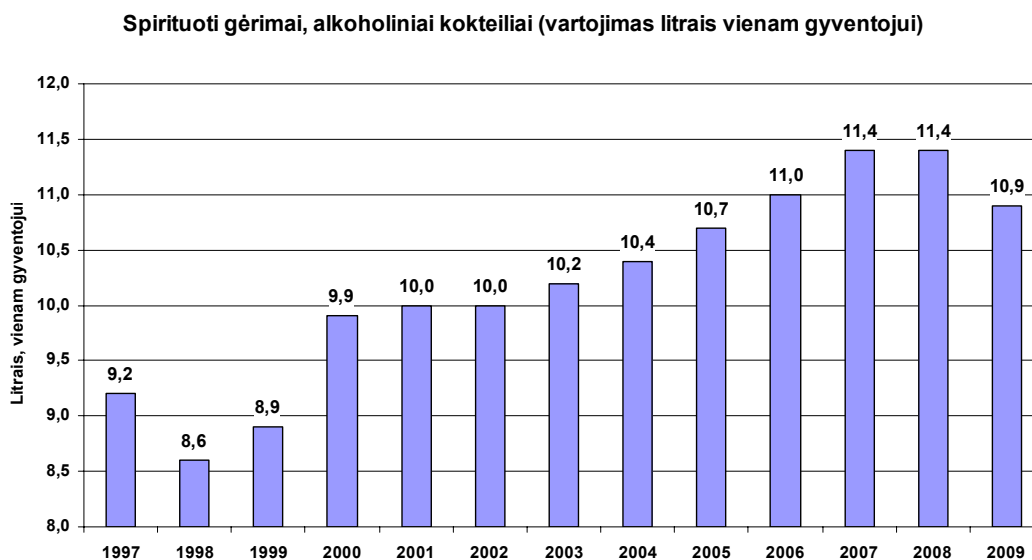
Šaltinis. Statistikos departamentas

LR Vyriausybė Alkoholio kontrolės programą patvirtino 1999 m. vasario 25 d. Tų pačių metų pabaigoje Vyriausybė sumažino akcizus alkoholiui (priešingai nei turėjo elgtis, siekdama mažinti alkoholio vartojimą) ir akcizų apimtis išliko nepakitusios iki 2007 metų vidurio. Realusis šalies gyventojų darbo užmokestis augo nuo 2001 metų. Realiojo darbo užmokesčio ir alkoholinių gėrimų

kainos dinamikos palyginimas rodo, kad šalies kainų politika 1999–2006 metais skatino alkoholio vartojimą.

Taikytų alkoholio paklausos valdymo priemonių poveikis alkoholio vartojimui atitiko ekonomikos teorijos išvadas - jei augant pajamoms prekės kaina mažėja arba nesikeičia, prekės paklausa ir vartojimas auga, bet prieštaravo sveikatos politikos tikslui - mažinti alkoholio vartojimą.

24 paveikslas. Alkoholinių gėrimų vartojimas



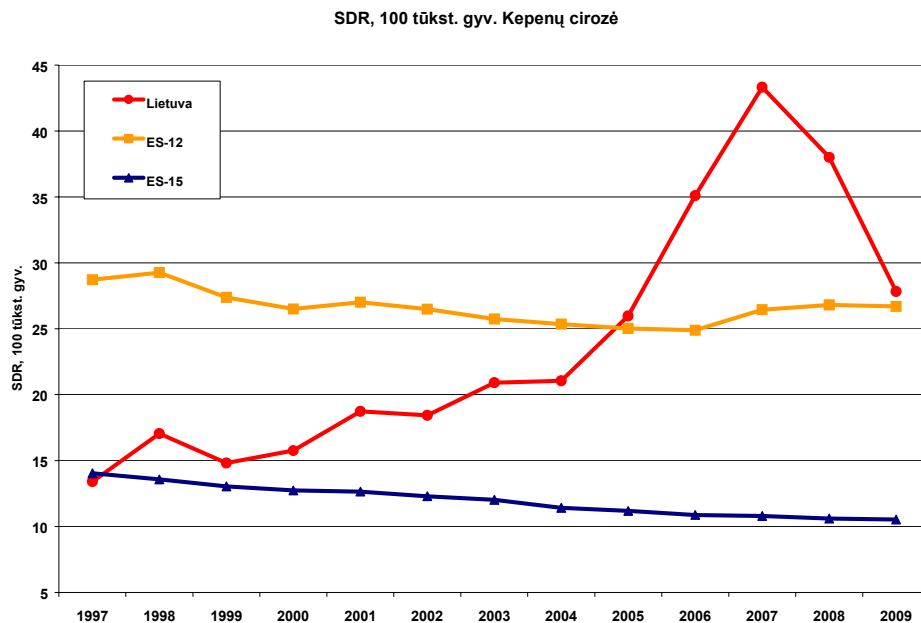
Šaltinis. Statistikos departamentas

Statistikos departamento duomenimis Lietuvoje nuo 1998 iki 2007 metų alkoholio vartojimas pastoviai augo ir pasiekė 11,4 litro grynojo alkoholio 1 šalies gyventojui rodiklį per metus. Vartojimo išaugimas 1998-2007 metais siekė 2,8 litro vienam gyventojui. Lyginant su 1997 metais augimas sudarė 2,2 litrus arba 24 procentus. LSP buvo numatyta sumažinti alkoholio vartojimą 25 procentais.

Alkoholio vartojimo dinamikos poveikis gyventojų sveikatai yra kompleksinis ir atsispindi daugelio susirgimų dinamikoje. 25 paveikslas pateikia mirtingumo dėl kepenų cirozės dinamika Lietuvoje ir Europoje. Palyginus alkoholio vartojimo ir mirčių dėl kepenų cirozės rodiklius matomas ryšys tarp jų. Staigus mirčių dėl cirozės padidėjimas, kaip ir staigus alkoholio vartojimo augimas, įvyko tais pačiais 2005 metais. Aptariamoju laikotarpiu Europos regione masinių mirtingumo

pokyčių dėl cirozės nepastebėta. Staigus mirčių dėl cirozės mažėjimas, kaip ir alkoholio vartojimo stabilizacija, prasidėjo tais pačiais 2008 metais.

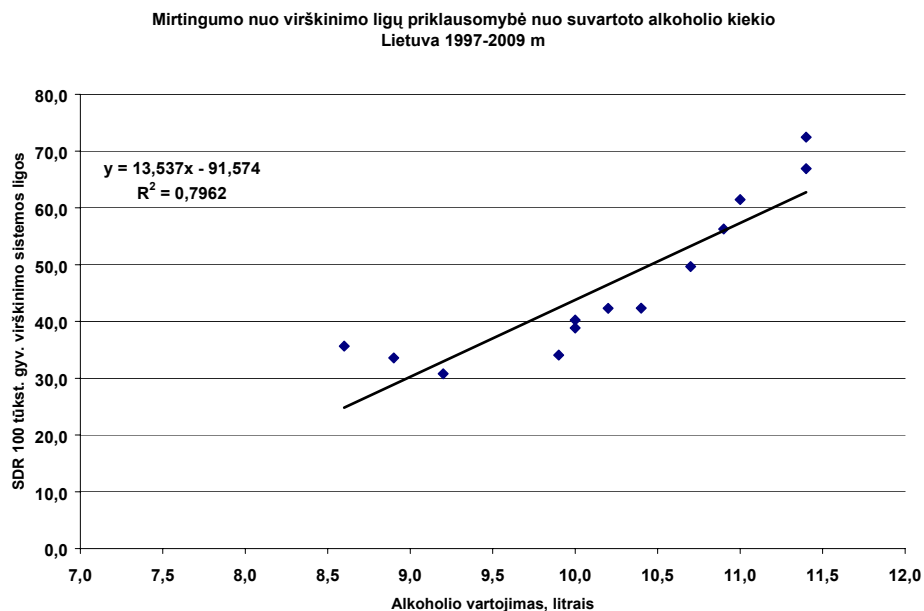
25 paveikslas. Mirtingumas nuo kepenų cirozės



Šaltinis. PSO

Matematinė mirtingumo dėl virškinimo ligų priklausomybė nuo suvartoto alkoholio kiekio (apskaičiuota remiantis 1997-2009 metų duomenimis) yra pavaizduota 26 paveiksle.

26 paveikslas. Matematinė mirtingumo dėl virškinimo ligų priklausomybė nuo suvartoto alkoholio kiekio



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Regresijos lygtis, atspindinti alkoholio vartojimo poveikį mirtims dėl virškinimo ligų, rodo, jei alkoholio vartojimas vienam gyventojui per metus padidėja 1 litru, tai mirčių skaičius 100 000 gyventojų padidėja 13,5. Šalies mastu 1 litru per metus išaugus alkoholio vartojimui, mirčių skaičius išauga 445 mirtimis. 1997-2007 metais alkoholio vartojimas išaugo 2,2 litro padidindamas mirčių skaičių 980 mirtimis per metus (jei tiksliai regresijos lygtis).

Apibendrinant galima teigti, kad 1997–2006 metais Lietuvoje nebuvo nuoseklios alkoholio vartojimo mažinimo politikos, o 2007-2010 metais prasidėję teigiami perteklinio alkoholio vartojimo pokyčiai buvo per menki, kad būtų atstatyta 1997 metų situacija. Alkoholio vartojimo augimas neigiamai veikė gyventojų sveikatą. Ataskaitoje pateikiamas esminio alkoholio vartojimo mažinimo instrumento (stabdančiosios akcizų politikos) taikymo 1997-2010 metais vertinimas. Papildomieji paklausos mažinimo instrumentai (alkoholio reklamos ribojimas, alkoholio paslaugų prieinamumo ribojimas) kaip ir stabdančioji akcizų politika buvo taikomi nenuosekliai. Iki 2007 metų šalyje plėtėsi alkoholio reklama, didėjo alkoholiu prekiaujančių įmonių kiekis, mažai ribota naktinė prekyba alkoholiu, buvo menkai plėtojama socialinė reklama, nukreipta į alkoholio vartojimo mažinimą. 2007-2009 metais papildomųjų paklausos mažinimo priemonių panaudojimo intensyvumas išaugo. Šis pokytis neišsėmė visų su alkoholio vartojimo mažinimu susijusių galimybių, bet, tikėtina, 2008-2009 metais sumažino alkoholio vartojimą.

Tabako gaminių vartojimas

Rūkymo paplitimo ir reguliavimo srityje pasiekta nemaža pažanga. Pagal atliktą gyventojų apklausą, apie 25 proc. Lietuvos gyventojų – rūko. 2010 m. kasdien rūkė 34,2 proc. vyrų ir 15 proc. moterų. Niekada nerūkė 30,4 proc. vyrų ir 62,2 proc. moterų. Metusių rūkyti vyrų buvo 19 proc., moterų- 12 proc. Nuo 2000 m. iki 2010 m. rūkančių vyrų dalis sumažėjo 1,5 karto, o rūkančių moterų dalies skaičiaus dinamika išliko didėjančios tendencijos.

Aukštesnio išsilavinimo vyrai ir moterys rūko rečiau. Mieste gyvenančių rūkančių moterų dalis yra didesnė, kaime – atvirkščiai.

Dirbančių prirūkytose patalpose aukštojo išsilavinimo vyrų ir moterų dalis mažėja, o vidurinio ir žemesnio išsilavinimo - nesikeičia.

5.2.1.2. Sveika gyvensena.

Gyventojų fizinis aktyvumas

Ikimokyklinio amžiaus vaikų fizinis aktyvumas.

1998 metais buvo konstatuota, kad Lietuvos ikimokyklinio ir jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų optimalią rekomenduojamą fizinio aktyvumo normą (3-4 val. kasdien) pasiekia vos 9-16 proc. vaikų. Deja, praėjus dešimtmečiui, šeimų apklausos rodo, kad maždaug 40 proc. darželinio mažiaus vaikų mankštinimosi dažnis yra nepakankamas⁸.

Mokyklinio amžiaus vaikų fizinis aktyvumas.

Mūsų šalies kaip ir viso pasaulio vaikams tampa būdingas sėslus gyvenimo būdas. Nepakankamas fizinis aktyvumas (mažiau negu 7 dienos per savaitę) vienuolikmečių amžiaus grupėje yra būdingas 73 proc. berniukų ir 80 proc. mergaičių, trylikamečių amžiaus grupėje - 78 proc. berniukų ir 87 proc. mergaičių, penkiolikmečių amžiaus grupėje - 81 proc. berniukų ir 87 proc. mergaičių (Tarptautinio moksleivių sveikatos ir gyvensenos tyrimo 2005-2006 metų duomenys). Sportuojančių ir besimankštinančių rečiau negu du kartus per savaitę moksleivių skaičius 11-15 metų amžiaus grupėje nuo 1994 metų nesikeičia ir išlieka 27 proc. tarp berniukų bei 54,4 proc. tarp mergaičių (Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2008). 2006 metų Švietimo ir mokslo ministerijos užsakymu atliktoje studijoje „11-12 klasių mokinių sveikata ir jos pokyčiai per penkis metus“ nustatyta, kad vyresnių klasių moksleivių fizinis aktyvumas mažėja. Palyginti su 2000 metais, mokinių fizinis aktyvumas sumažėjo 20 proc. Net 20 proc. mokinių pripažino, kad beveik niekada nesimankština, tarp jų mergaičių buvo daugiau.

Suaugusiųjų fizinis aktyvumas.

Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis (Kauno medicinos universiteto 1994-2006 metų duomenys) 1994-2000 metais besimankštinančių skaičius augo, o pastaraisiais metais Lietuvoje laisvalaikiu bent 30 min. keturias ir daugiau dienų per savaitę besimankštinančių žmonių skaičius mažėja: 2004 metais mankštinosi 27 proc. moterų ir 30 proc. vyrų, 2006 metais - tik 23 proc. vyrų ir tiek pat moterų, o 2008 metais – vos 22 proc. moterų ir tik 20 proc. vyrų. To paties tyrimo duomenimis, 1998 ir 2002 metais du kartus per savaitę taip, kad padažnėtų kvėpavimas ir suprakaituotų, mankštinosi tik 37 proc. 15-24 metų asmenų, tuo tarpu

⁸ Petrauskienė, Dregval, Petkutė, 2007

Suomijoje - 65 proc. šios amžiaus grupės žmonių; Lietuvoje du kartus per savaitę mankštinosi tik 30 proc. 25-34 metų amžiaus grupės asmenų, kai Suomijoje – 60 proc.; o 55-64 metų amžiaus grupėje taip mankštinosi 35 proc. asmenų, Suomijoje – 70 proc. 2006 metais laisvalaikiu taip, kad padažnėtų kvėpavimas ir suprakaituotų, kasdien mankštinosi tik 15,7 proc. dalyvavusiųjų tyrime. Šie rodikliai negali būti laikomi fiziniu aktyvumu, nes mankštinimasis yra tik fizinio aktyvumo dalis.

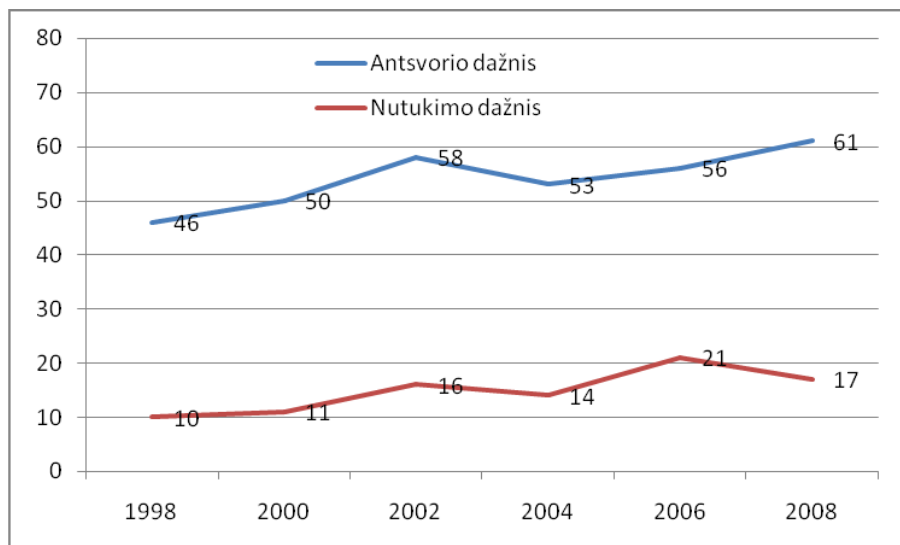
Senjorų fizinis aktyvumas.

Šalis neturi oficialios statistikos apie vyresnio amžiaus žmonių ir senjorų (65 metų ir vyresni) fizinį aktyvumą. 2009 metų Eurobarometro duomenimis, tik 15 proc. senjorų (≥ 70 metų) nuolat užsiima fiziniu aktyvumu (važiavimu dviračiu, darbu sode, ėjimu, šokiais ir kt.), kai ES 27 šalių vidurkis šioje amžiaus grupėje siekia 31 proc. 55-69 metų amžiaus grupėje šalyje fiziniu aktyvumu užsiima tik 28 proc. vyrų ir 16 proc. moterų, kai ES-27 vidurkis siekia atitinkamai 39 proc. ir 38 proc.

2000-2010 Lietuvos sveikatos programoje buvo teigiama, kad siekiant skatinti fizinio aktyvumo prieinamumą visiems gyventojų sluoksniams, reikia skatinti judėjimą „Sportas visiems“. Deja, „Sporto visiems“ judėjimas, dėl labai riboto finansavimo apsiribodavo renginių organizavimu, kurie įtraukdavo apytiksliai 6-10 proc. visų šalies gyventojų. Nors praeito dešimtmečio programoje buvo numatyta stiprinti žinybų bendradarbiavimą fizinio aktyvumo skatinimo srityje, tačiau nebuvo sukurta teisinė ir valdymo sistema, kuri turėjo užtikrinti tokio bendradarbiavimo būtinybę, koordinavimą ir atsakomybę.

Nepakankamas ar net mažėjantis fizinis aktyvumas kartu su ekonomikos augimo paskatintu maisto vartojimo augimu lėmė vyrų antsvorio problemos aštrėjimą.

27 paveikslas. Atsvorio ir nutukimo dažnis tarp Lietuvos 20-64 metų amžiaus vyrų



Šaltinis: *Suaugusiųjų Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2008, p. 19.*

Aptariamoju laikotarpiu moterų tarpe esminių pokyčių antsvorio ir nutukimo aspektais neįvyko.

Fizinio aktyvumo sąlygos.

Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 metų nebuvo užsiminta apie valstybės ir savivaldybių atsakomybę užtikrinti fiziniam aktyvumui palankias sąlygas. PSO rekomenduoja, kad norint efektyviai ir ilgam laikui padidinti šalies gyventojų fizinį aktyvumą, būtina skatinti ne tik mankštinimąsi, kuris laikomas natūralaus fizinio aktyvumo pakaitalu, bet skatinti spontanišką gyvenamoje aplinkoje realizuojamą fizinį aktyvumą, pvz.: važinimą dviračiu, vaikščiojimą parke, važinėjimą riedučiais, aplinkos tvarkymą, vaikams ir jaunimui – važinėjimą riedlentėmis, judriųjų žaidimų žaidimą aikštelėse, slidinėjimą, čiuožimą ir t.t. Toks požiūris užtikrinta fizinio aktyvumo prieinamumą visoms socialinėms grupėms, kadangi laiko ir finansų sąnaudos šiais atvejais yra žymiai mažesnės nei naudojantis sveikatingumo centrų paslaugomis. Tačiau šiai PSO rekomendacijai įvykdyti reikia fiziniam aktyvumui draugiškos aplinkos pokyčių; o to labiausiai buvo pasigendama per pastarąjį dešimtmetį – sutvarkytų vaikų žaidimų aikštelių, dviračių takų, parkų, žaliųjų zonų, savivaldybių dotuojamų ir vidutinės pajamas turinčioms šeimoms prieinamų santykinai pigių sveikatingumų centrų paslaugų.

Fizinio aktyvumo stebėseną.

Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 metų buvo numatyta Lietuvos gyventojų fizinei veiklai vertinti ir stebėti panaudoti nacionalinių mokslievių ir suaugusių gyventojų atsitiktinių atrankų nacionalinių tyrimų duomenis, fizinės veiklos vertinimui naudoti tarptautiniu lygiu pripažintas PSO metodikas. Įgyvendinant šį uždavinį Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas buvo tiriamas kaip sudėtinė gyvenimo dalis, atliekant biomedicinos srities ir sociologinius požiūrius į kūno kultūrą tyrimus. Klausimų apie fizinį aktyvumą integravimas į gyvenimo anketas reiškia, kad naudojami tiksliai fizinio aktyvumo neatspindintys instrumentai, o fizinio aktyvumo sąvoka dažnai susiaurinama tik iki mankštinimosi. Galima konstatuoti, kad nėra atlikta nė vieno nacionalinio biomedicinos srities suaugusiųjų šalies gyventojų populiacinio tyrimo, kuriame pagrindiniu tyrimo objektu būtų fizinis aktyvumas. Nesukurta Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo stebėsenos (monitoringo) sistema, o kartais gautus duomenis dėl skirtingų fizinio aktyvumo tyrimo instrumentų ir skirtingo tyrimų pobūdžio sunku interpretuoti ir lyginti su kitų šalių gyventojų fizinio aktyvumo rodikliais. Todėl, siekiant vertinti Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo efektyvumą, būtina pradėti tirti fizinį aktyvumą reprezentatyvia imtimi tarptautiniu mastu unifikuotais moksliai pagrįstais fizinio aktyvumo nustatymo instrumentais, tokiais kaip International Questionnaire of Physical Activity (www.ipaq/ki/se).

Teisinė sistema ir valdymas.

2002 metais įkurta Nacionalinė kūno kultūros ir sporto taryba prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos (2002 metų gegužės 13 d. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 666; Žin., 2002, Nr.48-1865). Ši taryba pagal jos veiklos reglamente numatytas kompetencijas nekoordinuoja bendradarbiavimo tarp sporto veiklą vykdančių institucijų. Kadangi ši taryba yra tik patariamojo pobūdžio, iš esmės minėto bendradarbiavimo rezultatų niekas nekoordinuoja, nekontroliuoja ir už juos neatsako. Lietuva iki 2011 metų kovo neturėjo jokio strateginio dokumento, kuris nubrėžtų tolesnes gaires su sveikata susijusio fizinio aktyvumo skatinimo srityje. 2011 metų kovą Seimo patvirtinta Valstybinė sporto strategija savo tikslais ir uždaviniais tas gaires nubrėžia, tačiau numatomos priemonės vis tiek išlieka labiau siejamos su didžiojo sporto, o ne su sveikata susijusio fizinio aktyvumo, plėtra. LR Sporto įstatyme nėra ne tik užuominų apie su sveikata susijusio fizinio aktyvumo plėtojimą, nėra net fizinio aktyvumo sąvokos, o mokyklose fizinį aktyvumą siekiama įtvirtinti prievartinėmis priemonėmis, prieštaraujančiomis įrodymais grįstam mokslui ir praktikai. LR Sporto įstatyme būtina numatyti savivaldybių ir kitų institucijų atsakomybę už fizinio aktyvumo sąlygų sudarymą gyventojams, įvesti su sveikata susijusio fizinio aktyvumo sampratą.

Kūno kultūra.

Taip ir liko nepasiektas Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 metų ir Kūno kultūros ir sporto įstatyme numatytas ambicingas uždavinys siekti, kad visose mokymo įstaigose vyktų ne mažiau kaip trys kūno kultūros pamokos per savaitę. Taip atsitiko dėl keleto priežasčių. Pirma, dažnai nei mokyklos vadovybė, nei mokyklų bendruomenės kūno kultūros dalyko nelaiko lygiaverčiu kitiems bendrojo lavinimo dalykams. Antra vertus, kūno kultūros pamoka į tvarkaraščius turi būti integruojama skirtingai negu teoriniai dalykai – daugelyje vakarų valstybių higienai skirtas laikas (trunkantis 30-45 min.) yra neatskiriama nuo kūno kultūros pamokos dalis. Trečia, neretai urbanizuotų regionų mokyklos nėra pasirengusios turėti tris kūno kultūros pamokas dėl inventorius, infrastruktūros ir žmogiškųjų išteklių stokos. Todėl, siekiant kūno kultūros pamokų kokybės, būtina remtis tarptautine patirtimi bei mokslu grįsta praktika ir peržiūrėti kūno kultūros integravimo į mokyklų tvarkaraščius tvarką bei higienos normas, reikalauti, kad mokyklos pasinaudotų ES struktūrinių fondų galimybėmis atnaujindamos savo fiziniam aktyvumui skirtą infrastruktūrą.

Žmogiškųjų išteklių plėtra.

Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 metų buvo numatyta paruošti ir įdiegti naują specialistų, taikančių fizinius pratimus asmens ir visuomenės sveikatai stiprinti, rengimo programą. Šis tikslas buvo pasiektas, kadangi nuo 2005 metų Lietuvos kūno kultūros akademijoje yra rengiami su sveikata susijusio fizinio aktyvumo treneriai (sporto bakalaurai), nuo 2006 metų – sveikatos ir fizinio aktyvumo specialistai (visuomenės sveikatos bakalaurai ir magistrai). LKKA, kasmet išleisdama per 40 šių sričių specialistų, yra visiškai pajėgi patenkinti šalies poreikius šioje srityje.

Gyventojų sveikatos ugdymas ir sveikatos stiprinimas su sveikata susijusio fizinio aktyvumo srityje.

Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 metų buvo numatyta formuoti teigiamą visuomenės nuomonę apie fizinį aktyvumą per judėjimo "Sportas visiems" plėtrą. Deja, šis uždavinys sunkiai įgyvendinamas, kadangi jam įveikti reikia nuoseklaus gyventojų švietimo fizinio aktyvumo, fizinio krūvio normų, intensyvumo valdymo ir kitais klausimais. Šį švietimą turėtų užtikrinti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Šie biurai savivaldybėse turėtų atlikti ne tik viešųjų paslaugų, bet ir administravimo funkcijas ir be kitų funkcijų būti atsakingi už bendruomenių fizinio aktyvumo stebėseną, bendruomenių fizinio aktyvumo skatinimo programų ir projektų rengimą, jų įgyvendinimą ir efektyvumo vertinimą, taip pat skatinti savivaldybes sudaryti gyventojams palankias sąlygas būti fiziškai aktyviems. Būtina rengti specializuotus sveikatos stiprinimo projektus senjorų ir neįgalųjų fizinio aktyvumo skatinimui.

1997–2010 metais Lietuvoje sveikatinimo renginiai dažniausiai apsiribodavo mažomis tikslinėmis grupėmis. Pavyzdžiui, „Sporto visiems“ judėjimas apsiribodavo renginių organizavimu, kurie įtraukdavo apytiksliai 6-10 proc. visų šalies gyventojų. Gyventojų fizinio aktyvumo dinamika šalyje yra matuojama epizodiškai. Turimi tyrimų duomenys leidžia teigti, kad *nagrinėjamu laikotarpiu jaunesniųjų klasių vaikų fizinis aktyvumas nepasikeitė, 11-12 klasių mokinių, tikėtina, - mažėjo. Suaugusiųjų fizinis aktyvumas augo 1994-2000 metais, o 2000-2008 - mažėjo.*

Darant prielaidą, kad 1 fizinio aktyvumo valanda yra lygi 10 litų investicijai į gyventojų sveikatą, fizinio aktyvumo sumažėjimas reiškė, kad dėl aptariamojo faktoriaus gyventojai 2008 metais į savo sveikatą investavo maždaug 1000 milijonų litų arba maždaug 400 milijonų litų mažiau nei 2000 metais.

Fizinio aktyvumo sumažėjimas, tikėtina, neigiamai veikė šalies gyventojų sveikatą tuo iš dalies galima paaiškinti šalies gyventojų sveikatos lygio (VGT) stabilumą 2000–2004 metais ir smukimą 2005-2007 metais.

Nesveika mityba

Nesveika mityba turi įtakos trims iš keturių pagrindinių mirties priežasčių bei didina riziką susirgti specifinėms ligoms, pvz.: TBC, diabetu. Viena iš netinkamos mitybos pasekmių – kūno atsvoris ir nutukimas, o kartu ir padidėjusi rizika susirgti širdies-kraujagyslių ligomis. Lietuvoje suaugusių gyventojų faktinės mitybos tyrimų duomenimis beveik 18 proc. vyrų ir 20 proc. moterų yra nutukę, o atsvorį turi daugiau kaip 45 proc. vyrų ir daugiau, kaip 34 proc. moterų.

Nors mitybos įpročiai Lietuvoje kinta teigiama linkme - vartojama daugiau daržovių, mažiau gyvulinės kilmės riebalų, daugiau aliejaus - suaugusių Lietuvos gyventojų mityba nesubalansuota: vartojama per daug riebalų, ypač sočiųjų riebalinių rūgščių, taip pat cholesterolio, cukraus. Moterys nepakankamai vartoja vitaminų D, B1, PP, B12, vyrai – vitamino B12. Tiek moterys, tiek vyrai su maistu gauna per daug natrio jonų, nepakankamai - kalcio ir jodo. Pažymėtina, kad moterys mažiau negu rekomenduojama vartoja maisto, turinčio magnio, geležies ir cinko. Lyginant Lietuvos ir Vakarų Europos gyventojų mitybos tyrimų rezultatus nustatyta, kad Lietuvos gyventojų vidutinio maisto davinio energinė vertė iš esmės panaši, tačiau lietuviai vartoja daugiau riebalinės kilmės kalorijų, o Vakarų Europos šalių gyventojai - daugiau angliavandenių kilmės kalorijų.

5.2.2. Aplinka. Palanki fizinė ir socialinė aplinka

Nepaisant to, kad didžiųjų planuojamų ūkinių veiklų, kurios gali daryti žymų poveikį aplinkai ir kurioms taikomos poveikio aplinkai vertinimo procedūros, skaičius kasmet didėja, tačiau pagrindinėms *aplinkosaugos rėmimo programoms* nuo 2009 m. lėšų skiriama vis mažiau.

Lietuva yra prisijungusi prie atmosferos taršai mažinti skirtų Jungtinių Tautų konvencijų ir į savo teisinę bazę yra perkėlus Europos Sąjungos aplinkos sektoriaus direktyvas, reguliuojančias *oro kokybę*. Lietuva laikosi savo įsipareigojimų ir leidžiamų į atmosferą išmesti teršalų kiekių neviršija. Pastaruosius kelerius metus oro kokybė Lietuvos miestuose buvo nebloga, t. y. per metus užfiksuotas viršijimų skaičius nebuvo didesnis už leidžiamų viršyti dienų skaičių, tačiau 2010 metais beveik visose oro kokybės tyrimų stotyse užfiksuota didesnė kietųjų dalelių vidutinė metinė koncentracija, kai kuriuose miestuose padidėjo sieros dioksido, azoto dioksido, anglies monoksido koncentracija ore.

Viena iš upių *vandens kokybės* problemų yra jų užterštumas maisto ir organinėmis medžiagomis, apie kurį liudija bendrojo azoto ir bendrojo fosforo padidėjusi koncentracija vandenyje. Didžiąją bendrojo azoto sudėties dalį sudaro nitratai, kita sudedamoji dalis – amonio azotas, kuris yra toksiškas vandens gyvūnijai. Pagrindiniai upių vandens taršos maisto medžiagomis šaltiniai yra žemės ūkio pasklidoji tarša ir miestų nuotekos. Siekiant geros vandens telkinių ekologinės būklės, būtina mažinti upių vandens užterštumą šiomis medžiagomis. Požeminis vanduo yra dinamiška, nuolat atsinaujinanti naudingoji iškasena, kuria Lietuva yra pakankamai turtinga. Tačiau, didėjant vandens išteklių vartojimui, būtina geriau saugoti ir tausoti požeminį vandenį.

Lietuva sėkmingai įgyvendino direktyvos 2002/49/EB pirmojo etapo įpareigojimus - Europos Komisija dėl *triukšmo* strateginio kartografavimo ir triukšmo prevencijos veiksnių planų parengimo Lietuvai pastabų nėra pateikusi.

5.2.2.1. LSP Tikslas. Iki 2010 m. sumažinti traumatizmo atvejų, invalidumo ir mirtingumo dėl traumų ir nelaimingų atsitikimų skaičių 30 proc.

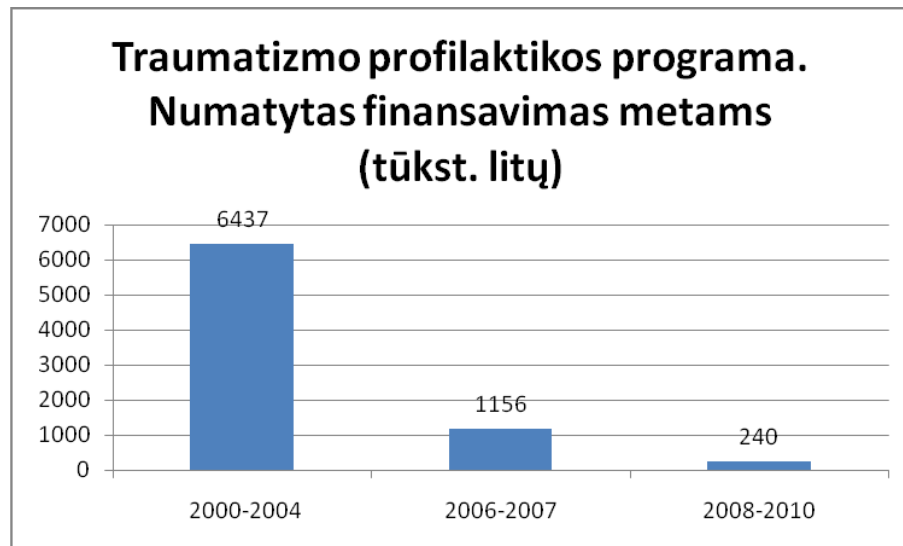
Pagrindinė tikslo pasiekimo priemonė - nuosekliai mažinti avaringumą bei kitas traumų priežastis.

1998-2010 metais vykę procesai

Įgyvendindama LSP nuostatas Lietuvos Vyriausybė periodiškai rengė SAM koordinuojamas traumatizmo profilaktikos programas. 28 paveiksle pateikti skaičiai rodo, kad aptariamoms programoms buvo tvirtinamos, bet jų biudžetas nuolat mažėjo. Mažėjantis finansavimas atspindi žemą šių

programų reikšmingumą 1998-2007 metais. 2000-2007 metais mirčių keliuose skaičius augo iš dalies paaškindamas VGT stagnacijos 2001-2004 m. ir smukimo 2005-2007 m. priežastis.

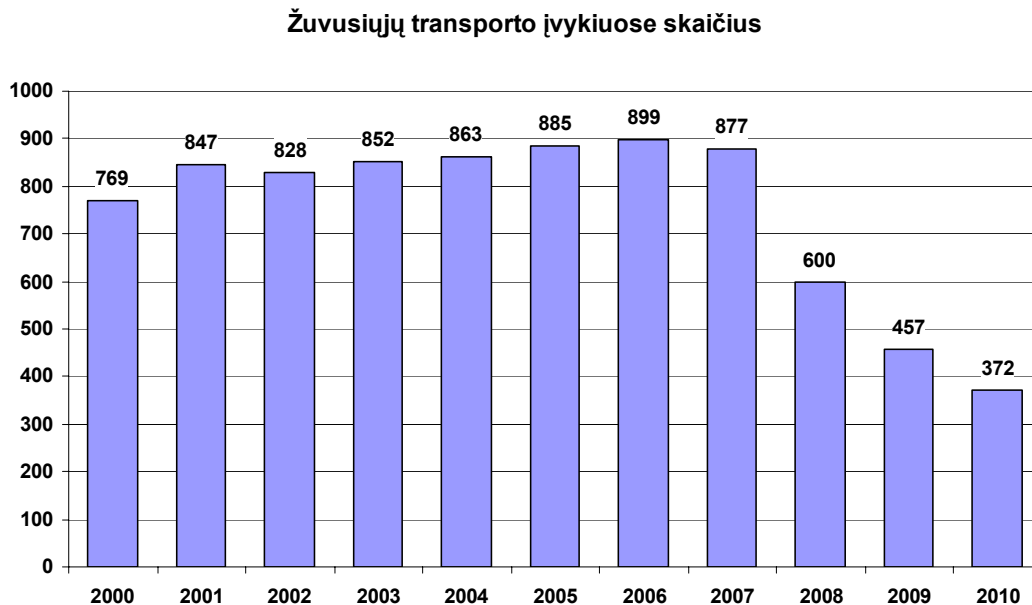
28 paveikslas. Traumatizmo profilaktika



Šaltinis. VLK

2007 metų pabaigoje įvykę tragiški auto įvykiai iš esmės pakeitė gyventojų ir valstybės valdymo institucijų nuostatas dėl „karo keliuose“. 2008-2010 metais vykdyta nuosekli avaringumo mažinimo programa, apimanti daugumą gerosios tarptautinės praktikos patvirtintų elementų - gyventojų švietimą, tikslines investicijas į efektyviausias avaringumo mažinimo priemones, atsakomybės už kelių pažeidimus griežtinimą, išskirtinį dėmesį jaunų vairuotojų vairavimo kokybei. Pradėtos taikyti priemonės davė labai gerus rezultatus.

29 paveikslas. Žuvusiųjų transporto įvykiuose skaičius



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

29 paveiksle pavaizduota mirčių dinamika. Realūs visuomenės pasiekimai yra gerokai didesni, nes mažėjo ne tik žuvusiųjų, bet ir sužeistųjų skaičius (per metus sužeistųjų būna apie 9 kartus daugiau nei mirusiųjų). Traumatizmo profilaktikos programos įgyvendinimo patirtis 2008-2010 metais rodo, kad turint patikimą informaciją, esant politinei valiai ir naudojantis tarptautine patirtimi, Lietuvos institucijos yra pajėgios spręsti visuomenės sveikatos stiprinimo uždavinius.

Avaringumo sumažėjimas paveikė ne tik žuvusiųjų, bet ir sužeistųjų (VRM duomenys) ir invalidų (daroma prielaida, kad invalidu tapo kas dešimtas sužeistasis) skaičių.

Bendra žmogiškųjų praradimų 2007-2010 metais dinamika ir pokyčiai (lyginant su 2007 metais) yra pateikti lentelėje.

Nukentėjusiųjų transporto įvykiuose skaičius

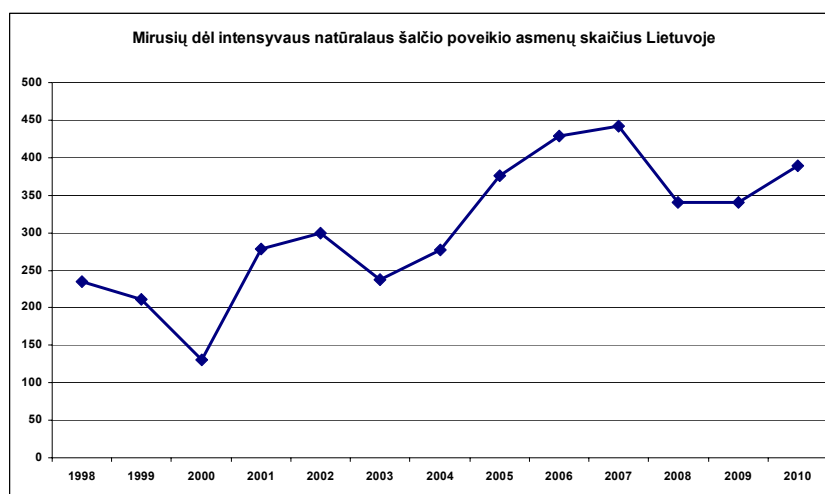
	2007	2008	2009	2010
Žuvusių skaičius	877	600	457	372
Pokytis, lyginant su 2007 metais	0	-277	-420	-505
Sužeistųjų skaičius	8043	5818	4456	4328
Pokytis, lyginant su 2007 metais	0	-2225	-3587	-3715
Invalidų skaičius	804	582	446	433
Pokytis, lyginant su 2007 metais	0	-222	-358	-371

Darant prielaidą, kad žuvusiųjų gyvenimas, o invalidų kokybiškas gyvenimas sutrumpėja 30 metų bei tai, kad per vienerius gyvenimo metus Lietuvoje sukuriama maždaug 40 000 litų produkcijos, o vieno sužeistojo gydymas kainuoja 2000 litų, traumatizmo profilaktikos programos rezultatai turi didžiulę teigiamą finansinę išraišką.

Traumatizmo profilaktikos programos rezultatai (pokyti, lyginant su 2007 metais)

	2008	2009	2010
Išsaugotų gyvenimo metų skaičius dėl mirtingumo sumažėjimo	8310	12600	15150
Išvengta PVP praradimų dėl mirčių sumažėjimo, tūkst. Lt	332400	504000	606000
Išsaugotų sveikų gyvenimo metų skaičius dėl invalidumo sumažėjimo	6666	10752	11136
Išvengta PVP ir socialinio draudimo išmokų praradimų dėl invalidumo sumažėjimo, tūkst. Lt	266640	430080	445440
Išvengta sveikatinimo išlaidų dėl sužeistųjų skaičiaus sumažėjimo	4450	7174	7430
Finansinis rezultatas, tūkst. Lt	603490	941254	1058870

Mirtys dėl sušalimų yra pavyzdys problemos, kuri yra statistiškai išmatuota (30 paveikslas), bet dar nepradėta spręsti.

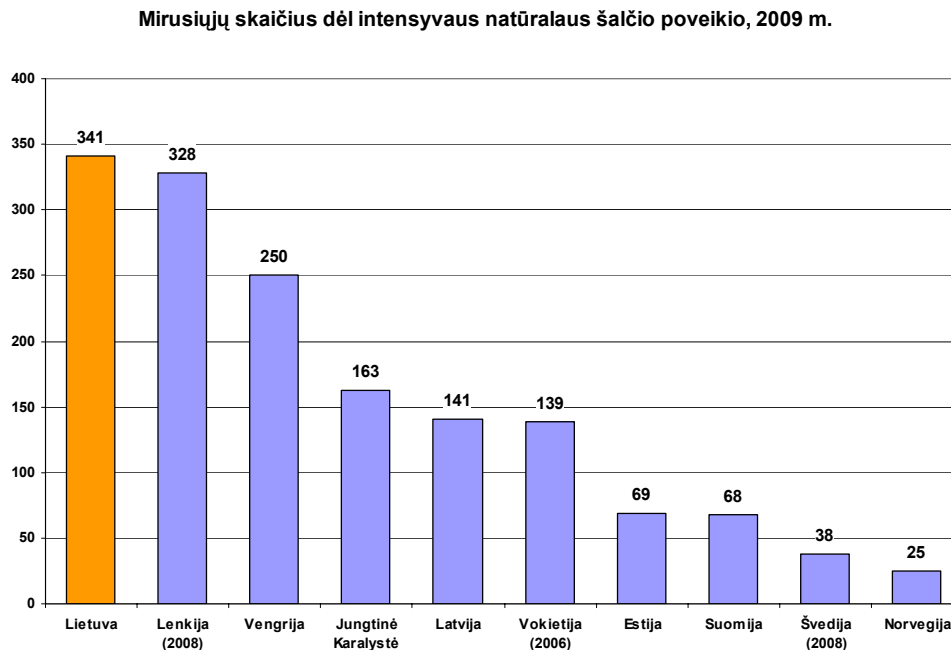


30 paveikslas. Mirusių dėl intensyvaus šalčio poveikio asmenų skaičius

Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

Mirusiųjų dėl intensyvaus natūralaus šalčio poveikio skaičius Lietuvoje kinta panašiai kaip ir VGT. Situacija gerėjo 1998-2000 metais, 2001-2004 metais - stabilizavosi, 2005-2007 metais – sušalusiuoju skaičius didėjo ir 2008-2009 metais – sušalusiuoju skaičius kiek sumažėjo. Statistinių rodiklių dinamika, tikėtina, atspindi alkoholio vartojimo ir socialinės nelygybės tendencijas Lietuvoje.

31 paveikslas. Mirusių dėl intensyvaus šalčio poveikio asmenų skaičius palyginimas tarp atskirų



ES valstybių

Šaltinis. PSO duomenų bazė

Tai, kad nagrinėjamu laikotarpiu veikia bendra situacijos blogėjimo (augo sušalusiuoju skaičius) tendencija, tikėtina, atspindi faktą, kad ši problema dar laukia šalies politikų ir atsakingų valstybės institucijų ir nevyriausybinų organizacijų dėmesio. Siekdami pritraukti reikiamą dėmesį, pateikiame Pasaulio sveikatos organizacijos teikiamus absoliučius skaičius (31 paveikslas). Faktas, kad Lietuvoje dėl šalčio poveikio miršta beveik tiek pat žmonių kiek 12 kartų daugiau gyventojų turinčioje Lenkijoje ir 5 kartus daugiau nei žymiai atšiauresnio klimato Suomijoje, rodo didžiulius neišnaudotus Lietuvos sveikatinimo rezervus.

5.2.2.2. Socialinė diferenciacija, kaip viena iš sveikatos determinančių.

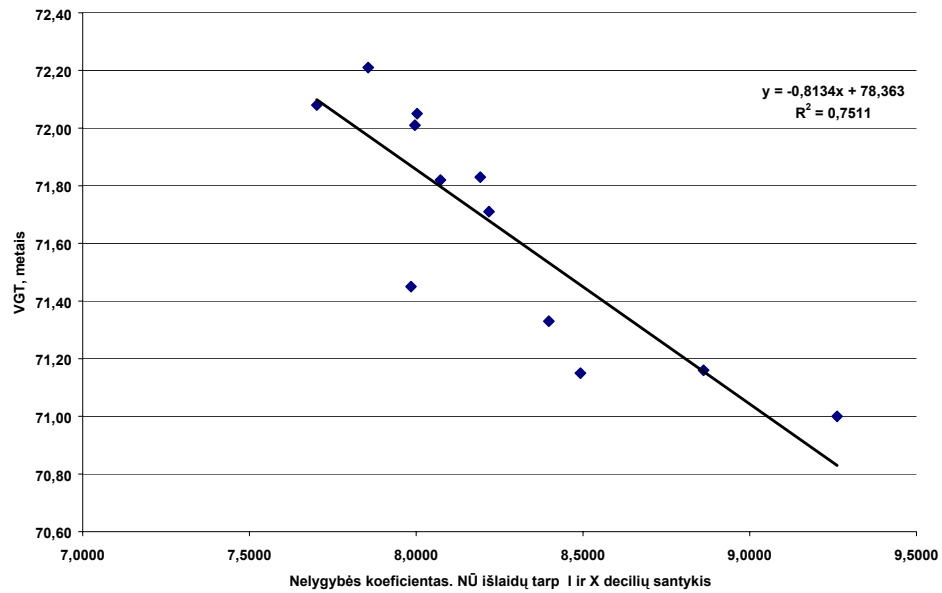
Skurdo ir kitų socialinės atskirties aspektų mažinimas išlieka vienas iš pagrindinių gyventojų sveikatos gerinimo rezervų. Pagrindinės neigiamos ekonominio nuosmukio socialinės pasekmės Lietuvoje pasireiškė darbo vietų praradimu bei pajamų sumažėjimu, ir toliau - ilgalaikio nedarbo, socialinės atskirties didėjimu. Šie reiškiniai skatino emigraciją bei šešėlinės ekonomikos augimą šalyje. Visa tai didino gyventojų skurdą, mažino darbo jėgos kokybę. Buvo prarandama kvalifikacija, mažėjo motyvacija dirbti, silpnėjo šalies ekonomikos augimo (atsigavimo) potencialas. Statistinių duomenų analizė parodė, kad ekonominio nuosmukio laikotarpiu, didėjant nedarbui bei mažėjant gyventojų pajamoms, šalyje didėjo nusikalstamumas. Lyginant su ankstesniais metais, išaugo nelegalaus alkoholio gamyba ir nusikaltimų, kuriuos padaro apsvaigę asmenys, skaičius. Ekonominio nuosmukio laikotarpiu didėja gyventojų emigracijos iš Lietuvos mastai. Emigracija veikia ir sveikatos priežiūros specialistų bendruomenę. Yra didelė rizika, kad artimiausiu metu sveikatos priežiūros įstaigose skaudžiai pasijus specialistų, ypač slaugytojų, stygius.

Mažesnes pajamas gaunančios moterys turi 3,2 kartus daugiau sveikatos problemų negu gaunančios didesnes pajamas. Tarp vyrų šis skirtumas siekia 2,3 karto. Visos šalies mastu skurdo lygis kaimo vietovėse daugiau negu pustrėčio karto didesnis negu miestuose, taigi tikimybė, kad mažas pajamas gaunantis suaugęs kaimo gyventojas bus prastesnės sveikatos, yra 3,9 kartus didesnė. Lietuvos gyventojų sveikatos ir socialinės bei ekonominės padėties netolygumai didėja ir yra vieni didžiausių Europos Sąjungoje. Todėl sveikatos santykių teisingumo siekis privalomai išlieka naujos sveikatos programos strateginė kryptis.

Mokslinėje literatūroje ir PSO dokumentuose socialinės diferenciacijos augimas šalyje yra įvardijamas kaip neigiamą įtaką tos šalies žmonių sveikatos lygiui darantis veiksnys. Viena iš matematinės VGT priklausomybės nuo namų ūkių vartojimo netolygumų išraiškų (apskaičiuota remiantis 1997-2008 metų Lietuvos duomenimis) yra pavaizduota 32 paveiksle. Netolygumai vertinti kaip 10 procentų turtingiausių ir 10 procentų skurdžiausių namų ūkių vartojimo apimčių santykis. Žemėjanti kreivė rodo, kad augant nelygybei, gyvenimo trukmė mažėja.

31 paveikslas. VGT ir pajamų netolygumai

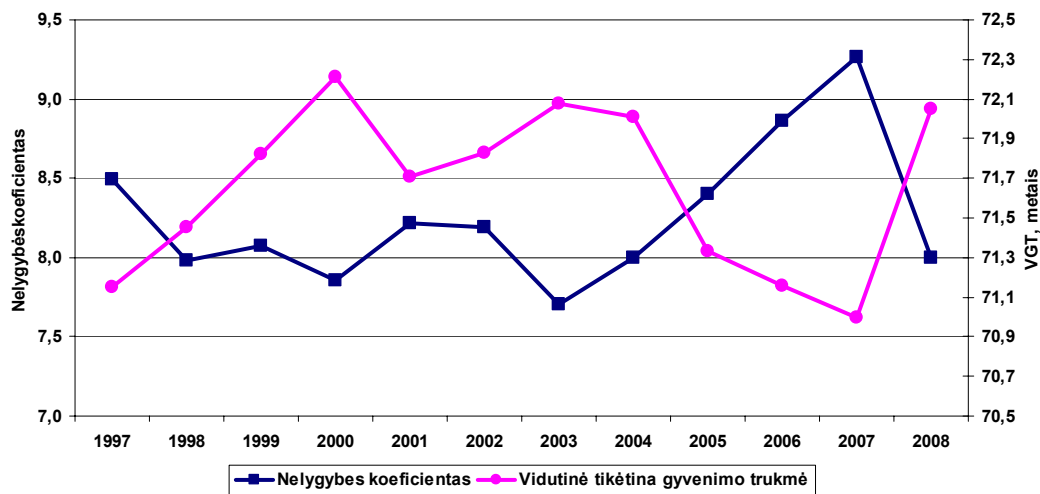
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT) ir pajamų nelygybė



Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

32 paveikslas. VGT ir pajamų netolygumai

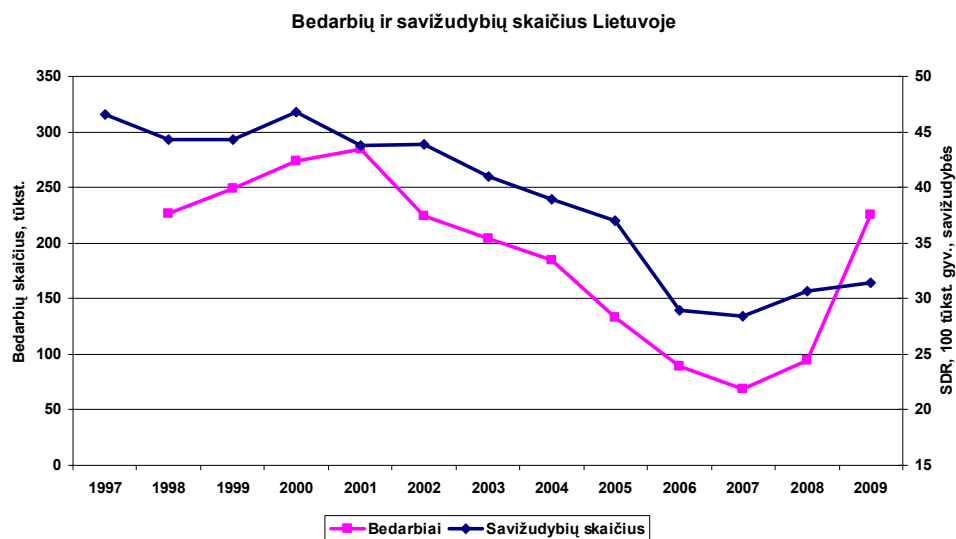
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ir namų ūkių pajamų/išlaidų nelygybė



Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

Socialinės diferenciacijos kitimas (socialiniai netolygumai) Lietuvoje glaudžiai siejasi su sveikatos lygio kitimu (sveikatos netolygumais) 1997-2008 metais (32 paveikslas). Spartaus

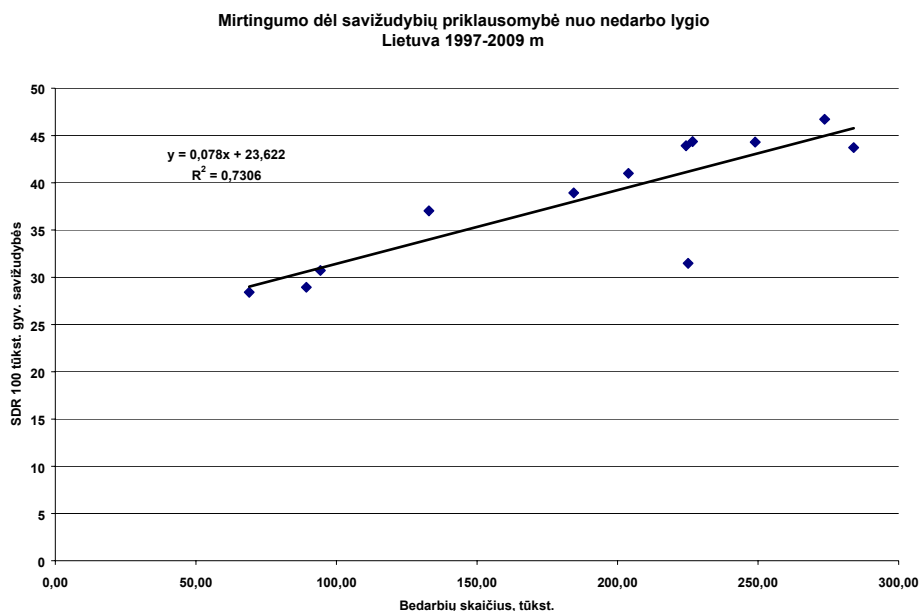
ekonomikos augimo metais (2003-2007 m.) šalies gyventojų socialinė diferenciacija augo. Tuo pačiu laikotarpiu VGT trumpėjo. Nagrinėjamas laikotarpis suteikia galimybę vertinti ne tik socialinės diferenciacijos (socialinių netolygumų), bet ir kitų socialinių parametų įtaką gyventojų sveikatai. Tikėtina, kad nedarbas buvo viena pagrindinių savižudybių dinamiką 1997-2009 metais paaiškinančių priežasčių (33 paveikslas).



33 paveikslas. Bedarbių ir savižudybių skaičius Lietuvoje

Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas

2002 – 2007 metais mažėjant nedarbo lygiui mažėjo ir savižudybių skaičius Lietuvoje, tačiau 2008 m., prasidėjus ekonominei krizei, vėl padidėjo savižudybių ir bandymų nusižudyti skaičius. Neigiama ekonomikos nuosmukio įtaka gyvenimo sąlygoms bei didėjantis nedarbas ir nesant esminių teigiamų pokyčių panaudojant socialinės apsaugos plėtrą sveikatos labui, neabejotinai dar labiau skatina šias tendencijas. Atlikta analizė papildoma savižudybių dinamikos priežastingumo analizę, atliktą rengiant 1998-2010 metų LSP. Pastarojoje tarp savižudybių skaičiaus augimo priežasčių įvardintos nepakankamos medicininės ir socialinės paslaugos bei alkoholio vartojimo augimas.



34 paveikslas. Savižudybės ir bedarbystė

Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

5.2.2.3. Švietimas

Pagrindinių su švietimo sektoriumi susijusių sveikatos determinančių kitimas 1998-2010 metais

Švietimo sektoriaus veikla ypatingai veikia sveikatos sektorių ir šių žinybų bendradarbiavimo kokybę lemia žmonių sveikatingumą. Apie 70 proc. žmonių sveikatos ir nesveikatos priklauso nuo gyvenamosios ypatumų būnant vaiko ir jaunuolio amžiaus⁹. Šiuo periodu įgyjamos pagrindinės žinios apie sveiką gyvenimą, susiformuoja požiūris, gyvenimo įgūdžiai ir gyvenamosios stilius. Todėl šeimos - svarbiausios ir nepakeičiamos institucijos, kurioje susiformuoja kiekvieno visuomenės nario moralinės vertybės ir socialaus elgesio bei sveikos gyvenamosios įgūdžiai – kita pagrindinė institucija yra mokykla, nuo joje gaunamų žinių labai priklauso visuomenės išprusimas sveikatos klausimais ir jos veikla daro reikšmingą įtaką visuomenės sveikatos rodikliams.

Sveikatos ir švietimo sektoriaus bendradarbiavimui ypatingai reikšminga buvo "Sveikos gyvenamosios įtvirtinimo ugdymo institucijose" programa¹⁰. Po Nepriklausomybės paskelbimo ši programa davė pirmąjį postūmį sveikatos ugdymui bei modernios visuomenės sveikatos politikos principų mokymui nuo jauno amžiaus. Priėmus šią programą sveikos gyvenamosios ir sveikatos ugdymas, atsižvelgiant į vaikų

⁹ Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005, ISSN 1648-7338

http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=697&p_k=1

¹⁰ Sveikos gyvenamosios įtvirtinimo ugdymo institucijose programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos kultūros ir švietimo bei Sveikatos apsaugos ministerijų kolegijos 1993 metų vasario 26 d. Nutarimu Nr. 9/3

amžių, buvo integruotas į daugelį mokyklų mokomųjų dalykų. Buvo parengti ne tik nauji vadovėliai, tačiau ir rengiami sveikatos mokytojai - valeologai, galintys metodiškai padėti Lietuvos mokytojams sveikatos ugdymo klausimais. Sveikatos ugdymas įgavo naują kokybę.

1993 metais Lietuvą pasiekė Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo projektas, koordinuojamas Europos Tarybos, Europos Bendrijos Komisijos, Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono komiteto, Tarptautinio planavimo komiteto. Ši veikla labai reikšminga praktiškai įgyvendinant priemones, leidžiančias sukurti sveikatai palankią aplinką mokyklose. Nors šis projektas Lietuvoje plečiasi, bet kol kas neapima visų tipų mokyklų, yra nepakankamai koordinuotas sisteminiu požiūriu ir nepakankamai integruotas į esamas struktūras nacionaliniu ir savivaldybių lygmenimis. Siekiant įvertinti tarptautinio sveikatą stiprinančių mokyklų projekto darbo efektyvumą, įsijungusiose į Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklose, atlikta keletas tyrimų. 1997 m. atliktas mokslinis tyrimas dvylikoje Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklų. Buvo nustatyta, kad mokytojai per pamokas dažniau nagrinėja sveikatos klausimus, taiko aktyvius mokymo metodus, organizuoja grupines diskusijas, naudoja žaidimų elementus dirbdami su jaunesniųjų klasių moksleiviais. Tyrime dalyvavusiose mokyklose pagerėjo mityba, į sveikos gyvensenos ir sveikatos ugdymo įtvirtinimo veiklą aktyviau įsitraukė mokinių tėvai, atsirado glaudesnis ryšys tarp medicinos darbuotojų ir mokytojų. Pagrindinės priežastys, trukdančios sveikai gyventi – didelis užimtumas, laiko bei valios stoka. Tyrimo rezultatai panaudoti sveikatą stiprinančių mokyklų projekto plėtrai Lietuvoje ir kitose šalyse, parengta metodinė medžiaga pedagogams ir sveikatos specialistams (Jociūtė A., 1998). Tyrimo rezultatai spausdinti „Visuomenės sveikatoje“ (1999), „Sveikatos moksluose“ (1999), „Acta medica Lithuanica“ (1999), Lietuvos ir tarptautinių konferencijų tezių rinkiniuose.

Siekiant įrodyti teigiamą fizinio aktyvumo skatinimo veiklos įtaką vaikų sveikatai 1998-1999 metais buvo atliktas mokslinis tyrimas dvidešimtyje Lietuvos vaikų daželių, iš jų 10 darželių – sveikos gyvensenos. Ištyrus beveik 3000 vaikų sveikatą nustatyta, kad tiriamojoje grupėje 63,6% vaikų buvo fiziškai harmoningai išsivystę, 30,2% – per mažo svorio ir 6,2% – per didelio svorio. Per mažo svorio vaikai statistiškai dažniau sirgo ūmiomis ligomis, skundėsi įvairiais negalavimais, prastu apetitu. Fizinio aktyvumo skatinimas sveikos gyvensenos darželiuose (SGD) turėjo teigiamą poveikį sveikatai ir fiziniam pasirengimui. Tai išryškėja vyresnių vaikų grupėse (6-7 metų). Atlikto tyrimo rezultatai suteikė mokslinį pagrindą sveikos gyvensenos darželių judėjimui, jo įteisinimui, nes SGD siūlomas judėjimo aktyvumo skatinimo modelis yra efektyvesnis nei tradicinės ugdymo sistemos, turi teigiamos įtakos vaikų sveikatai ir fiziniam pasirengimui, todėl yra propaguotinas ir skleistinas visoje šalyje. Siekiant įvertinti XI-XII klasių moksleivių, lankančių bendrojo lavinimo mokyklas, gimnazijas, ir mokyklas dalyvaujančias profilinio mokymo eksperimente sveikatą ir mokymo krūvius, 1999-2000 m. buvo anonimiškai apklaustas 1401 16-18 metų moksleivis iš dvylikos Lietuvos didžiųjų miestų mokyklų. Nustatyta, kad fizinės ir psichinės

sveikatos sutrikimai tarp XI-XII klasių moksleivių yra paplitę. Lėtinėmis ligomis sirgo 20,9% tiriamojo kontingento. Regos sutrikimus turėjo 32,8% moksleivių, ydingą laikyseną - 33,5%. Ūmiomis ligomis sirgo 9,9%, įvairius psichosomatinius negalavimus teigė patiriantys 65,0% respondentų. Mokymo-mokymosi krūvis daugumai moksleivių yra per didelis: XI-XII klasėse jis vidutiniškai sudaro 54 val. per savaitę. Nustatyta per didelio mokymo krūvio ir sveikatos priklausomybė. Profilinių mokyklų mokymosi krūviai buvo mažiausi ir tai turėjo teigiamos reikšmės moksleivių sveikatos būklei. Tyrimo rezultatai panaudoti rengiant Moksleivių sveikatos priežiūros ugdymo institucijose programą, faktinių mokymo krūvių įvertinimo metodiką, podiplominio mokymo programas.

Siekiant įvertinti profesinių mokyklų moksleivių sveikatos būklę, socialines ir ekonomines sąlygas, numatyti sveikatinimo priemones, 2002-2003 m. naudojant anonimines anketas apklausti 1466 moksleiviai keturiolikos Lietuvos profesinių mokyklų. Įvertinus profesinių mokyklų moksleivių sveikatos potencialą ir atsižvelgiant į dažną sergamumą ūmiomis ligomis (13,1%), dažnus psichosomatinius negalavimus (50,9%), dažną vaistų vartojimą (per pastaruosius metus vaistus nuo galvos skausmo yra vartoję 42,2%, nuo pilvo skausmo – 24,1%, migdomuosius ir nervus raminančius vaistus – 14,7% moksleivių), nepalankius psichoemocinės sveikatos rodiklius (nelabai laimingų ir nelaimingų vaikų – 27,3%, vienišų – 22,47%, patiriančių nerimą mokykloje - 23,0%, padidintos suicidinės rizikos – 10,6%, dažnai patiriančių pyktį, agresiją – 22,9%, nepalankaus elgesio -12,8% moksleivių), didelį lytinį nepilnamečių aktyvumą (lytinius santykius turėjo 56,2%), traumų paplitimą (31,0% per pastaruosius metus), menkas sveikatos žinias, plačiai paplitusius žalingus įpročius, nepakankamą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tirtasis kontingentas vertintinas kaip rizikos grupė. Atsižvelgiant į tirtosios populiacijos paauglių tėvų menką išsilavinimą (aukštąjį mokslą įgiję 12,1% tėvų ir 21,0% motinų) ir jų aukštą bedarbytės lygį (darbo neturi vienas iš tėvų – 25,1%, abu tėvai – 11,7%), nepakankamus vaikų išteklius būtinausių poreikių tenkinimui, nepalankią šeimų psichologinę aplinką profesinių mokyklų kontingentas vertintinas kaip specifinė jaunų žmonių grupė, kurioje yra didelė dalis socialiai apleistų vaikų. Palyginus profesinių ir bendrojo lavinimo mokyklų kontingentus nustatyta, kad profesinių mokyklų moksleiviai dažniau jaučia nerimą ir įtampą mokykloje, pasižymi mokinio taisyklėms prieštaraujančiu elgesiu, tarp jų yra didesnis dažnai rūkančių, vartojančių alkoholį ir narkotikus moksleivių paplitimas, tačiau tarp jų mažiau paplitę psichosomatiniai negalavimai, regos ir laikysenos sutrikimai, vaistų vartojimas.

Tačiau vis tik vaikų ir jaunimo ugdymo įstaigos, asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir kitos valstybės, visuomeninės ir privačios institucijos bei žiniasklaida turėtų aktyviai dalyvauti formuojant tinkamą piliečių požiūrį į sveikatą, didinti jų sveikatos raštingumą, įtvirtinti sveiką gyvenseną, užtikrinti sveiką aplinką, kontroliuoti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius. Svarbu teikti šioms įstaigoms rekomendacijas, pagrįstas šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo žiniomis ir Lietuvos gyventojų

sveikatos raidos duomenimis¹¹. Yra žinoma, kad pusės įvairių psichikos sutrikimų pradžia – 14 gyvenimo metai. Todėl mokyklos įtaka tik didėja, nes joje galima daryti poveikį bendrai vaikų ir paauglių sveikatai, o be to ir suaugusiųjų ir vaikų bendravimo kokybei.

Pastaruoju metu ypač išryškėjo smurto prieš vaikus problema. 2009 m. gruodį pradėtas tarptautinis smurto prevencijos projektas „Building Policy to Prevent Violence“, kurio pagrindinis tikslas – efektyvios smurto prevencijos diegimas, plėtojant tarpžinybinį ir tarptautinį bendradarbiavimą. Vykdamas projektą pirmiausia numatomas įgyvendinamų nacionalinių ir regioninių smurto prevencijos programų efektyvumo vertinimas. Pagrindinis projekto iniciatorius – Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), partneriai - PSO Smurto prevencijos grupė, Škotijos St. Andrews universiteto Visuomenės sveikatos mokykla bei Škotijos Nacionalinis smurto mažinimo skyrius, Pietų Afrikos Respublikos Vakarų kyšulio provincijos Sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvoje šį projektą koordinuos Higienos institutas, numatomas ir kitų partnerių dalyvavimas. Projekto metu numatoma išanalizuoti situaciją Lietuvoje ir identifikuoti smurto prevencijos poreikius, daugiausia dėmesio skiriant smurtui prieš vaikus. Taip pat projekto metu planuojama pateikti rekomendacijas smurto prevencijos programų rengimui, skatinti įvairių sektorių bendradarbiavimą, tobulinti pareigūnų ir specialistų žinias. Kitas Higienos institute vykdomas projektas yra „Sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo stiprinimo mokyklose nacionalinės politikos parengimas ir įgyvendinimas 2008-2011m.“ (angl. HEPS schoolkit- Development and implementation of a national policy for promoting healthy eating and physical activity for schools in Europe), kurio tikslas parengti, įgyvendinti ir įvertinti nacionalinės politikos efektyvumą bei plėtoti darnią praktiką dėl sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo mokyklose visose ES valstybėse, remti visapusišką, darnų ir įrodymais pagrįstų programų mokyklose parengimą ir įgyvendinimą ES valstybėse. Stengtis įveikti ir užkirsti kelią mokyklinio amžiaus vaikų atsivieniui atsirasti efektyviausiu būdu: parengiant ir įgyvendinant priemones, kurios skatintų vaikus sveikai maitintis ir gerintų jų fizinį aktyvumą mokykloje. Šis projektas bus pateiktas ir pristatytas tinklo „Mokyklos – europiečių sveikatai“ (MES) visoms narėms, tarp jų ir ES valstybėms per MES tinklą.

Nacionalinė sveikatos taryba nuolat nagrinėja sveikatos ir švietimo sektoriaus bendradarbiavimo problemas¹². 2005 metų NST metinis pranešimas Seimui buvo skirtas vaikų ir šeimos sveikatos problemoms. Ypač didelį susirūpinimą kelia sveikatą žalojanti gyvensena ir socialinė vaikų aplinka (rūkymas, alkoholio vartojimas, mažas fizinis aktyvumas, nesveika mityba, ankstyvi lytiniai

¹¹ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto mokslinė programa „Visuomenės sveikatos mokslai 2003-2007“ <http://naujas.kmu.lt/index.php?cid=1543>

¹² Nacionalinės sveikatos tarybos 2004 m. sausio 27 d. posėdis „Dėl vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros“, 2005 m. gruodžio 20 d. posėdis „Dėl vaikų sveikatos ugdymo įtakos visuomenės sveikatai“, 2005 m. gruodžio 20 d. posėdis „Dėl vaikų sveikatos ugdymo įtakos visuomenės sveikatai“, 2007 m. sausio 30 d. posėdis „Dėl valstybinės alkoholio kontrolės programos įgyvendinimo“, 2007 m. vasario 27 d. posėdis „Dėl valstybinės maisto ir mitybos strategijos įgyvendinimo“, 2008 m. lapkričio 26 d. posėdis „Dėl diabeto ir kitų lėtinių medžiagų apykaitos ligų kontrolės“, 2009 m. spalio 28 d. posėdis „Dėl psichikos sveikatos situacijos Lietuvoje. Savižudybės: pokyčiai, jų priežastys ir siūlomi sprendimai“, 2010 m. sausio 27 d. posėdis „Dėl fizinio aktyvumo – vieno iš svarbiausių sveikatos veiksnių skatinimo visuomenėje“

santykiai ir nėštumas, patyčios ir smurtas). Labai daugėja vaikų sveikatos rizikos veiksnių, nelaimingų atsitikimų ir traumų, jų nulemtų mirčių. Gyvensenos įpročiai skirtingai veikia įvairias socialines grupes: vaikus, kurie mokosi bendrojo lavinimo ir profesinėse mokyklose, ir globos namų auklėtinius. Skirtingas jų poveikis ir regionuose. Šeima, pedagogai ir medikai per mažai prisideda prie sveikos vaikų gyvensenos ugdymo. Vilniaus universiteto 2004 metais atliktas Lietuvos vaikų psichikos sveikatos epidemiologinis tyrimas parodė, kad su psichikos sveikata susijusių problemų turi 41,7 procento mokyklinio amžiaus vaikų, iš jų 13 procentų sutrikimų galima diagnozuoti kliniškai. Pedagoginio universiteto ir Higienos instituto 2006 metais atlikto tyrimo duomenimis, 11–12 klasių mokinių ugdymo krūvis per 5–6 metus sumažėjo (pagal mokinių pamokų ruošos trukmę, pačių mokinių subjektyvų vertinimą ir mokytojų atsiliepimus), tačiau daliai mokinių mokymosi krūvis vis dar per didelis ir daro esminį poveikį sveikatai. Tėvų ir mokytojų pasiūlymai dėl 11–12 klasių mokinių sveikatos gerinimo daugiausia susiję su mokymo krūvio mažinimu. Nepalankūs šeimos socialiniai veiksniai (menkesnis tėvų išsilavinimas, per maži ištekliai vaiko būtinausiems poreikiams tenkinti) ir bloga psichologinė aplinka taip pat gali lemti vaikų sveikatos sutrikimus. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis (2002 metai), Lietuvos ir kitų Baltijos valstybių blogi prievartos rodikliai. Lietuvoje, palyginti su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis, tyčiojimas paplitęs labiausiai: apie 70 procentų vaikų teigia patyrę šį reiškinį ir kaip aukos, ir kaip skriaudėjai. Tarptautinio moksleivių elgsenos tyrimo (HBSC – Health Behaviour in School-aged Children) 2001–2002 metų duomenimis, 6,8 procento mergaičių ir 6,2 procento berniukų turi viršsvorio. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, 2001–2006 metais dėl išorinių priežasčių mirė 1129 vaikai (nuo 0 iki 17 metų). Pagrindinė vaikų mirties priežastis pagal visas amžiaus grupes: 38 procentai žuvo per eismo nelaimės, 21 procentas nuskendo, 5 procentai apsinuodijo kenksmingosiomis medžiagomis.

Teikiant rekomendacijas Švietimo ir mokslo ir Sveikatos apsaugos ministerijoms Nacionalinėje sveikatos taryboje sutariama, kad reikalingas glaudesnis švietimo ir sveikatos specialistų bendradarbiavimas tobulinant švietimo strategiją ir siekiant, kad mokykloje pagrindinis dėmesys būtų skiriamas ne vien žinioms, bet ir sveikos gyvensenos įgūdžių formavimui, reikėtų suderinti faktologinių žinių apimtį su aukštosiomis mokyklomis, didesnę dėmesį skiriant moksleivio bendriesiems gebėjimams: asmenybės vystymui, kūrybiškumo, iniciatyvumo, kritiško mąstymo ugdymui, subalansuojant dvasinių vertybių ir asmeninių psichologinių savybių, psichologinio bendravimo įgūdžių ugdymą formaliojo ir neformaliojo mokymo priemonėse; būtina išryškinti kiekvienoje mokykloje svarbiausius vadybinius prioritetus, siekiant geresnės moksleivių sveikatos ir didesnio jų raštingumo sveikatos srityje.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2008 metais patvirtino *vaikų sveikatos stiprinimo 2008-2012 metų programą*, kurios paskirtis – tobulinti vaikų aplinkos sveikatinimą, sveikatos ugdymą, ligų ir traumų profilaktiką ir kontrolę. Programos priemonėmis yra siekiama ugdyti vaikams sveikos gyvensenos

įpročius, užtikrinti vaikų sveikatos stiprinimo prienamumą visoje šalyje, gerinti jo kokybę, tam vienyti valstybės ir savivaldybių institucijų, mokslo ir visuomenės pastangas¹³. Moksliniais tyrimais yra įrodytas teigiamas ryšys tarp gyventojų išsilavinimo ir jų sveikatos lygio 1998 metų NST metiniame pranešime nurodyta, kad Lietuvos gyventojų, turinčių aukštąjį išsilavinimą, standartizuotas mirtingumas yra 1,5 karto mažesnis nei pradinį ir žemesnį išsilavinimą turinčių asmenų (NST, 1998, p. 20). Vėlesni tyrimai rodo kad, tikėtina, egzistuoja sveikatos skirtumų tarp skirtingą išsilavinimą turinčių asmenų augimo tendencija (Kaledienė, LSSAS, p. 73).

2006 metais paskelbti mirtingumo statistinės informacijos tyrimo rezultatai rodo, kad aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys gyvena ilgiau. Pavyzdžiui, aukštąjį išsilavinimą turinčių 30 metų amžiaus vyrų VGT yra didesnė nei to paties amžiaus vyrų, turinčių žemesnį nei vidurinį išsilavinimą 11,29 metais. Moterų analogiškų grupių VGT skirtumai yra 6,88 metų.

Pastarąjį dešimtmetį Lietuvoje sparčiai augo studijuojančiųjų universitetuose skaičius. Universitetinių studijų plėtra užtikrina universitetinį išsilavinimą turinčių gyventojų skaičiaus lyginamojo svorio augimą, bet šis augimas beveik neįtakoja VGT (35 paveikslas).

Faktas, kad Lietuvos gyventojų išsilavinimo lygio pastovus augimas vyko netolygios šalies gyventojų sveikatos dinamikos fone (matematinio ryšio tarp išsilavinimo ir VGT prieštaravimas pateiktas paveiksle) rodo neišnaudotas Lietuvos galimybes sveikatinimo srityje bei, tikėtina, atspindi sveikatos rodiklių poliarizaciją (gerai išsilavinę gyvena sveikiau ir ilgiau, o žemą išsilavinimą turinčių asmenų sveikata prastėja). Hipotezę, kad Lietuvoje 1997-2010 metais egzistavo dviejų krypčių sveikatinimo procesas (išsilavinusiųjų ir santykinai pasiturinčiųjų sveikatos rodikliai augo, o menkai išsilavinusiųjų ir socialiai pažeidžiamųjų – mažėjo) turėtų patvirtinti arba paneigti papildomi tyrimai.

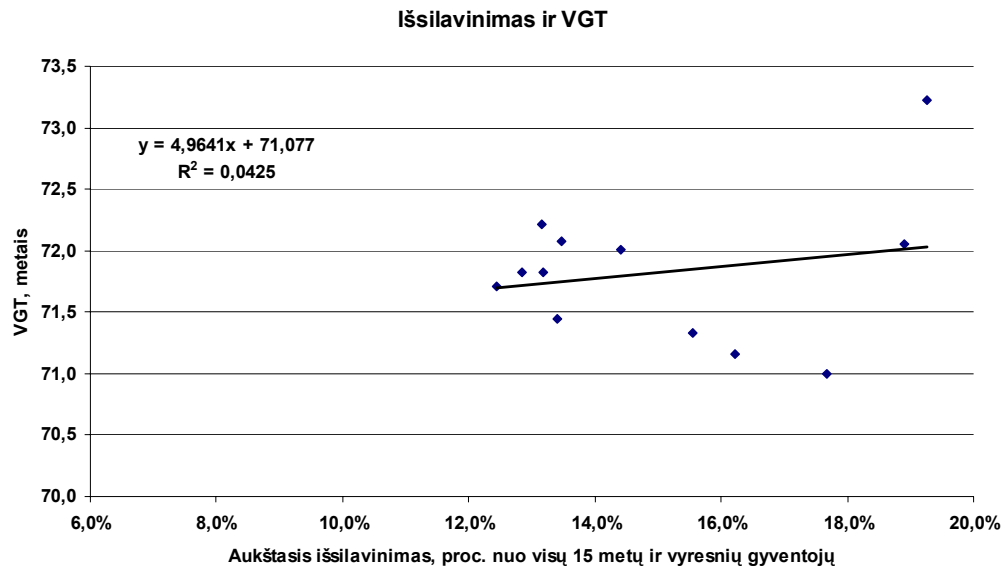
Lietuvos vyrų ir moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pagal išsilavinimą

	30 metų amžiaus gyventojai	
	Vyrai	Moterys
Aukštasis	45,46 (45,16–45,77)	52,39 (52,04–52,75)
Vidurinis	39,43 (39,27–39,60)	49,20 (49,05–49,35)
Žemesnis nei vidurinis	34,17 (33,91–34,43)	45,52 (45,19–45,85)
<i>Maks. ir min. skirtumas</i>	11,29	6,88
	60 metų amžiaus gyventojai	
Aukštasis	19,79 (19,51–20,07)	24,43 (24,08–24,78)
Vidurinis	17,17 (17,00–17,34)	22,26 (22,13–22,40)
Žemesnis nei vidurinis	15,19 (15,09–15,29)	21,32 (21,23–21,40)
<i>Maks. ir min. skirtumas</i>	4,60	3,12

Šaltinis. Lietuvos gyventojų mirtingumo sociodemografiniai skirtumai 2001-2004

¹³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. rugpjūčio 27 d. nutarimas Nr. 836 „Dėl vaikų sveikatos stiprinimo 2008-2012 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr.104-3979);

35 paveikslas. Išsilavinimas ir VGT



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Lietuvoje daugiau išsilavinę gyventojai gyvena sveikiau ir ilgiau, o žemesnį išsilavinimą turinčių asmenų sveikata yra santykinai prastesnė. Aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys gyvena vidutiniškai ilgiau 11,3 metų, negu viduriniojo išsilavinimo, ar neturintys viduriniojo išsilavinimo. Lietuvoje labiau išsilavinę, didesnes pajamas gaunantys, miestuose gyvenantys vyrai savo sveikatą vertina geriau, šioje gyventojų grupėje dažniau būdingas sveikatą tausojantis elgesys, ypač susijęs su rūkymu, alkoholio vartojimu ir mityba.

5.2.3. Tinkama sveikatos priežiūra. Tinkamos sveikatos priežiūros organizavimas, kaip LSP tikslas.

Tikslas.

- o Iki 2010 m. sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc. Pagrindinė tikslo pasiekimo priemonė - nuosekliai plėsti sveikatos pagalbą motinai ir vaikui.
- o Sumažinti sergamumą su hospitalinėmis infekcijomis susijusiomis ligomis.
- o Iki 2010 m. sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc.

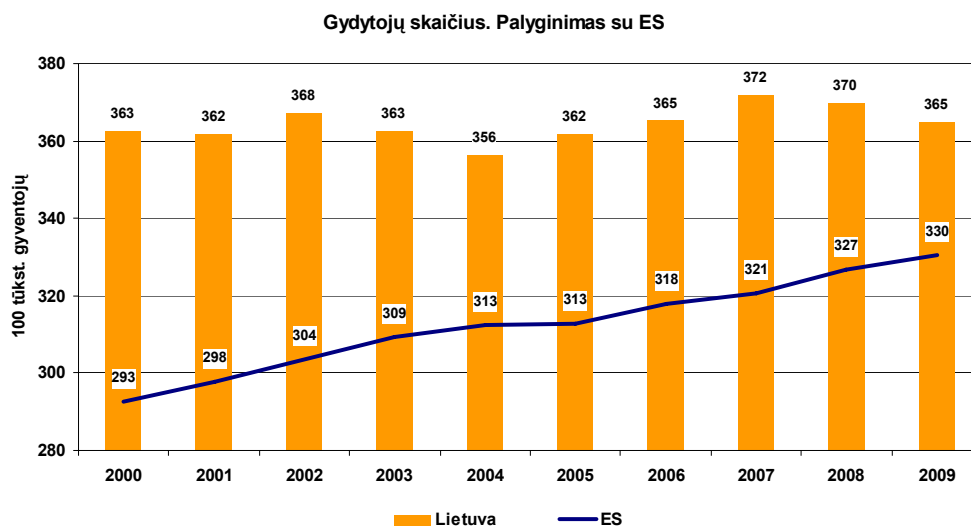
1998-2010 metais vykę procesai

Nors sveikatos sektoriaus valdyme įvyko nemažai teigiamų pokyčių (buvo decentralizuotas centralizuotas valdymas, įvyko SPĮ restruktūrizavimas, padidėjo sveikatos reformos priemonių, ligų profilaktikos ir kt. finansavimas) šalyje valstybės lygiu išliko nemažai valdymo problemų, pvz.: nebuvo įgyvendintas tikslinių sveikatinimo programų - skryningo, prevencinių, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo - monitoringas ir efektyvus valdymas.

Žmogiškieji ištekliai, kvalifikacija

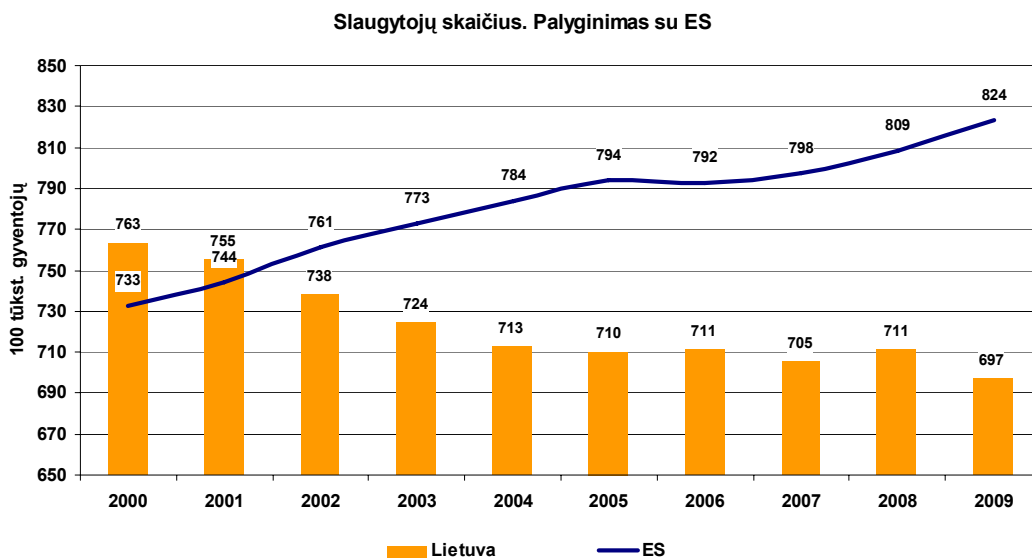
Nors Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti dabartinis aprūpinimas gydytojais ir slaugytojais yra pakankamas, gydytojai Lietuvos regionuose yra pasiskirstę labai netolygiai. Tačiau palyginus su ES šalių vidurkiu, gydytojų skaičius tenkantis 100 tūkst. gyventojų Lietuvoje yra santykinai didelis (apie 10 proc. viršija ES-27 šalių vidurkį), o slaugytojų – gana mažas (daugiau nei 15 proc. mažesnis už ES-27 šalių vidurkį).

36 paveikslas



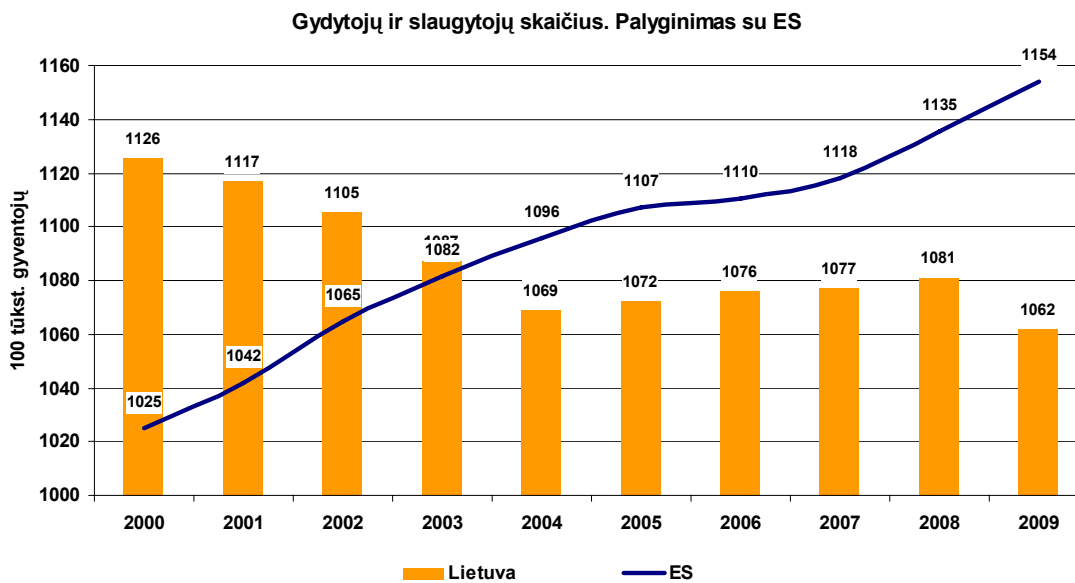
Šaltinis. HISIC

37 paveikslas



Dėl gydytojų/slaugytojų skaičiaus santykio disproporcijos, palyginus su ES-27 šalių vidurkiu, nuo 2004 m. (dėl slaugytojų skaičiaus sumažėjimo) bendras gydytojų ir slaugytojų skaičius tenkantis 100 tūkst. gyventojų Lietuvoje tapo mažesnis nei ES-27 vidurkis – 2009 m. šis skirtumas siekė apie 9 proc.

38 paveikslas



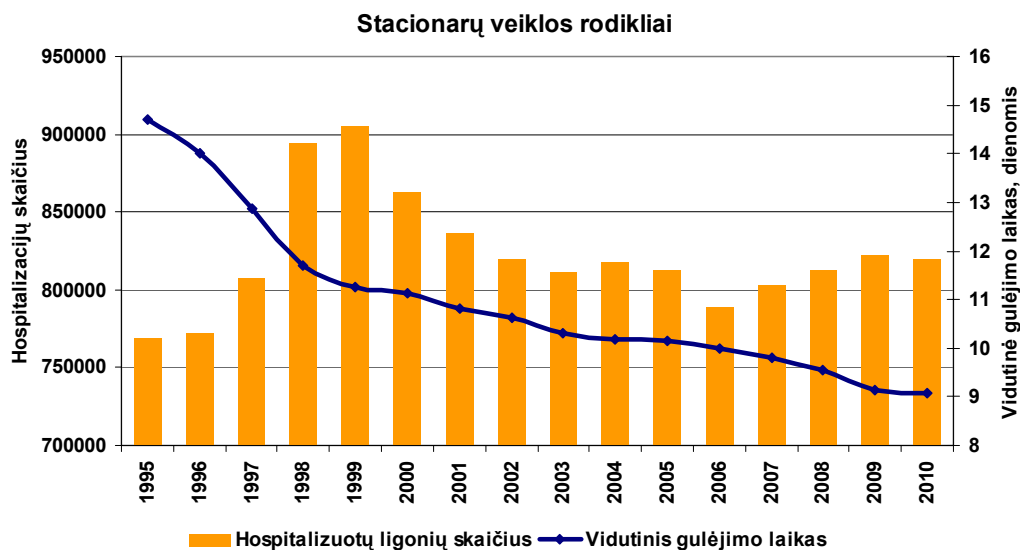
Šaltinis. HISIC

Vienas iš esminių iššūkių, su kuriuo dėl technologinės pažangos susiduria sveikatos priežiūros sistemos, yra didėjanti biofizikų, biochemikų, informatikų, vadybininkų ir kitų, nei asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros, specialistų paklausa.

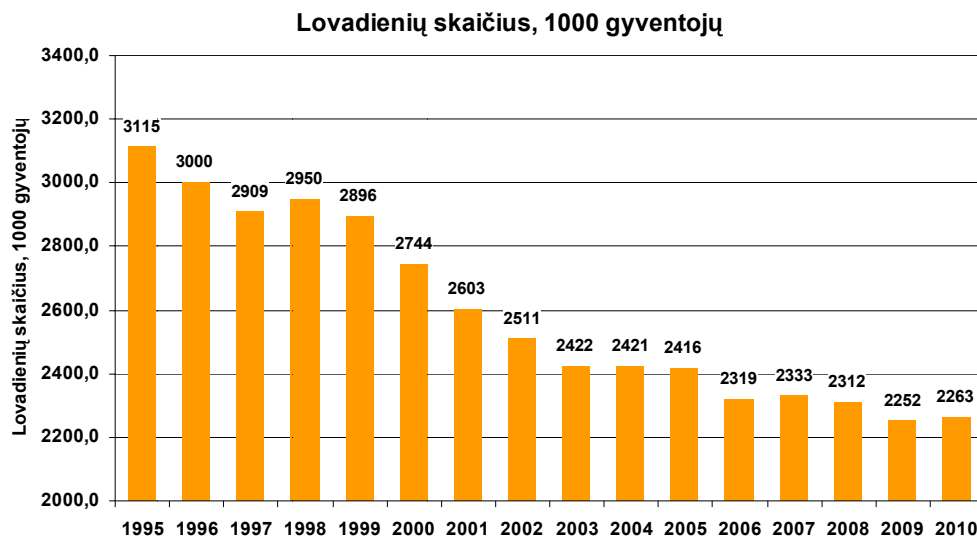
Sveikatos priežiūros paslaugos ir veiklos rodikliai

Kaip galima matyti iš pateikto paveikslo įdiegus sveikatos draudimo sistemą ir pradėjus ligoninėms mokėti “už atvejį”, t.y., už suteiktų paslaugų skaičių, hospitalizacijų skaičius 1995-1998 m. ženkliai išaugo, o vidutinė gydymosi stacionare trukmė pradėjo mažėti. Tik pradėjus taikyti paslaugų kiekio ribojimo politiką (prasidėjus 1999 krizei) hospitalizacijų skaičius vėl pradėjo mažėti ir nuo 2002 m. stabilizavosi. Stacionarų veiklos efektyvumo mažinant išlaidas didėjimas pagrindinai sietinas vidutiniu gulėjimo trukmės mažėjimu. Tai patvirtina ir atlikti lovdienių skaičiaus tenkančių 1000 gyventojų paskaičiavimai, kurie rodo, kad tik nuo 2000 m. galime stebėti ženklesnį lovdienių skaičiaus mažėjimą.

39 paveikslas



Šaltinis. HISIC

39 paveikslas

Šaltinis. HISIC

Greitosios medicinos pagalbos paslaugų apimtis, nors ir buvo deklaruojama, kad GMP teikia per daug PSP kompetencijai priskiriamų paslaugų, mažai keitėsi 1997-2007 m. laikotarpiu. Tik nuo 2008 m., prasidėjus krizei stebimas GMP teikiamų paslaugų mažėjimas. Tikėtina, kad tai ne tiek GMP sistemos reformos pasekmė, kiek paslaugų teikėjų noras mažinti išlaidas sumažėjus finansavimui iš PSDF.

40 paveikslas

Šaltinis. HISIC

41 paveikslas



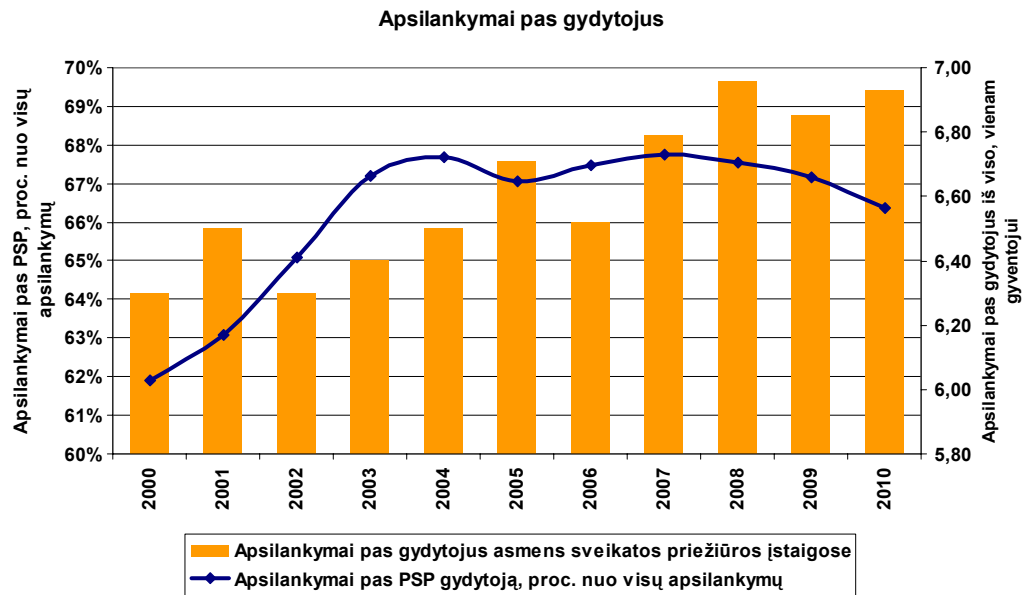
Šaltinis. VLK

Teigiamu pokyčiu sveikatos sistemos veikloje laikytinas auganti klubo ir kelio sąnario operacijų apimtis (nors ir stebimas sumažėjimas prasidėjus 2008 m. krizei) ir mažėjanti laukiančiųjų tokių operacijų asmenų procentinė dalis.

PSP reforma

Nors apsilankymų pas PSP gydytojus procentinė dalis nuo visų apsilankymų pas gydytojus 2000-2010 m. laikotarpiu išaugo nuo 62 proc. iki 66 proc., tačiau pirminės sveikatos priežiūros ir kitos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo grandies plėtra yra nepakankama. Išlieka nemažos eilės planine tvarka patekti pas šeimos gydytojus. Ypač didelės eilės išlieka laukiant vizito pas gydytojus konsultantus. Rajonuose ir kai kuriose apskrityse konsultacijų kabinetuose trūksta atskirų specialybių gydytojų. Ne visose ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose medicininė įranga yra tinkamo lygio.

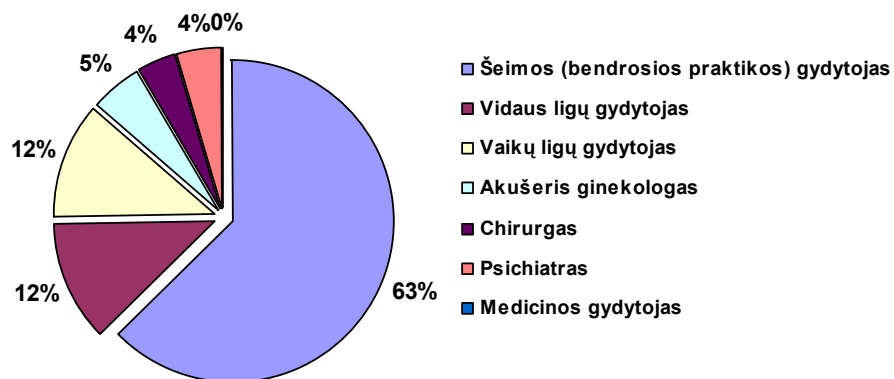
42 paveikslas



Šaltinis. HISIC

43 paveikslas

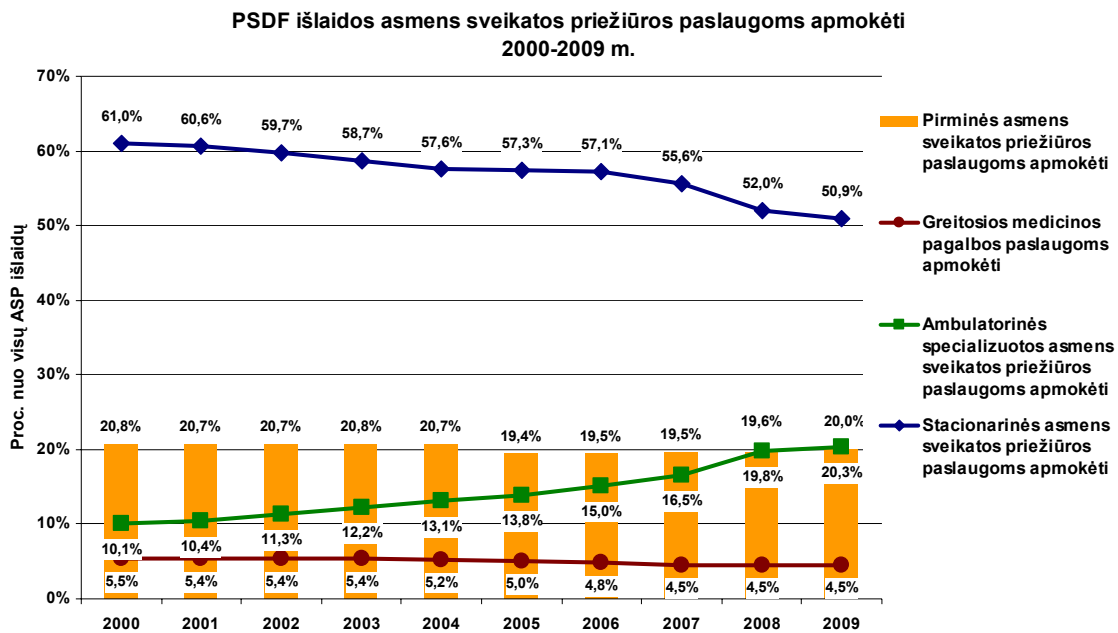
Apsilankymai pas pirmines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius gydytojus, 2010 m.



Šaltinis. HISIC

Kad PSP plėtra vis dar netapo tikru prioritetu patvirtina ir tai, kad PSP paslaugų finansavimo iš PSDF procentinė dalis nuo visų išlaidų paslaugoms apmokėti per 2000-2009 m. metus faktiškai visiškai nepadidėjo ir išliko 20 proc. ribose.

44 paveikslas



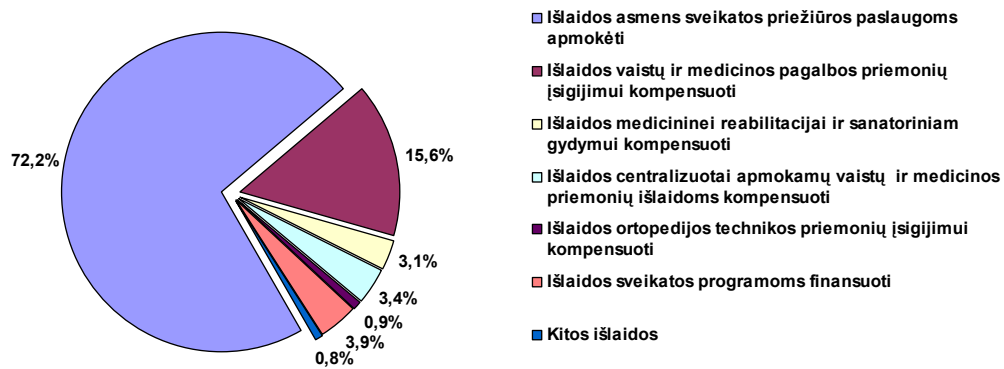
Šaltinis. VLK

Paslaugų finansavimas iš PSDF

Nors PSDF išlaidos 1998-2010 m. ženkliai išaugo, tačiau, kaip galima matyti iš anksčiau pateikto paveikslo paslaugų apmokėjimo iš PSDF struktūra 2000-2009 m. laikotarpiu beveik nepasikeitė (išlaidos PSP ir GMP beveik nepakito) ir nors sumažėjo procentinė išlaidų dalis tenkanti stacionarui, tačiau išaugo specializuotų ambulatorinių paslaugų dalis.

45 paveikslas

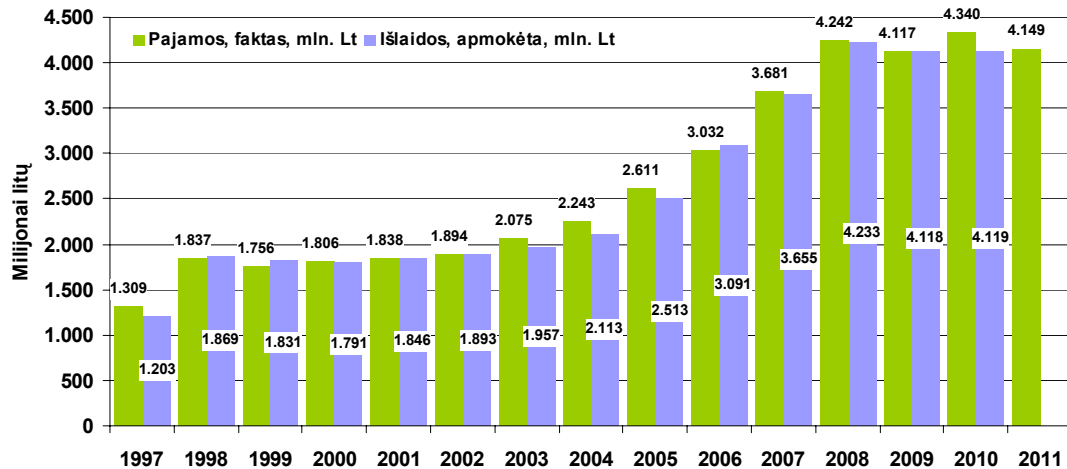
PSDF išlaidų struktūra, 2010 m.



Šaltinis. VLK

46 paveikslas

PSDF pajamos ir išlaidos, 1997-2011 m.

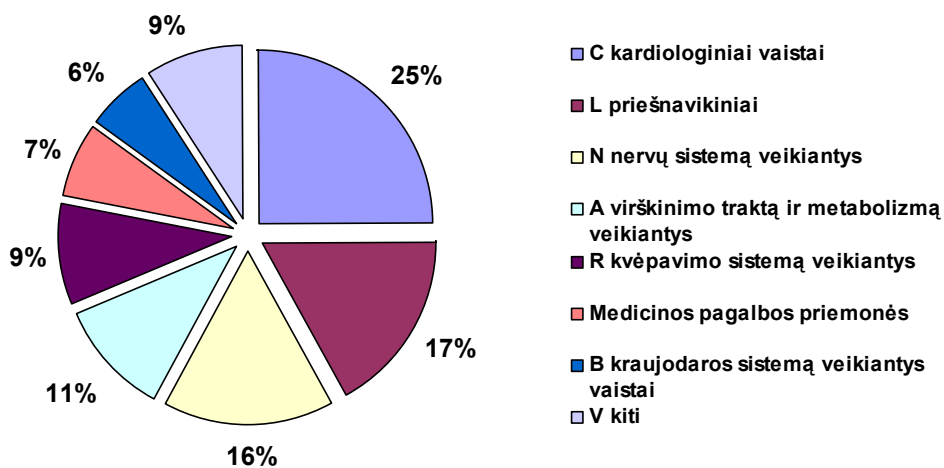


Šaltinis. VLK

Beveik nepasikeitė procentinė PSDF išlaidų skiriama vaitams (kiek sumažėjo išlaidų dalis kompensuojamiems vaistams, bet išaugo centralizuotai perkamų vaistų dalis). Tačiau, reikia atkreipti dėmesį, kad išlaidų vaistams struktūra atitinka gydymo poreikį pagal ligų grupes.

47 paveikslas

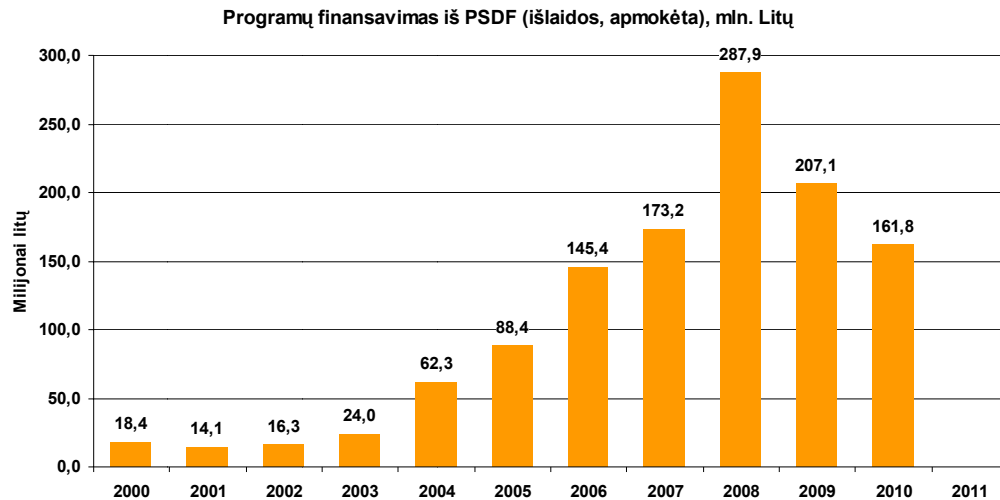
PSDF išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms pagal ligų grupes, 2010 m.



Šaltinis. VLK

Nors sveikatos reformų pradžioje vienu iš pagrindinių pertvarkos tikslų buvo deklaruojamas sveikatos stiprinimas, ligų prevencijos veiklų efektyvumo didinimas bei šiuolaikinės visuomenės sveikatos principų taikymas ir iš PSDF finansuojamų sveikatinimo programų finansavimo apimtis 2000-2010 m. laikotarpiu išaugo apie 10 kartų, tačiau šios sritys (išskyrus imunizaciją, motinos ir vaiko sveikatos apsaugą ir, pastaraisiais metais, alkoholio vartojimo mažinimo bei traumų keliuose prevenciją) vis dar nesusilaukia didesnio valstybės politikų ir sveikatos organizatorių dėmesio. Tai rodo ir vis mažesnė biudžeto išlaidų dalis, skiriama visuomenės sveikatai – 2009 metais ji, Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis, tesiekė 1,1 procento.

48 paveikslas



Šaltinis. VLK

Sveikatos priežiūros sistemos poveikis sveikatai

Aprašant sveikatos priežiūros poveikį sveikatos apsaugai buvo daroma prielaida, kad šis poveikis matuojamas paslaugų kokybės aspektu, kurį demonstruoja kūdikių mirtingumo dinamika, ir kiekybės aspektu, kurį pademonstruoja visuomeninio finansavimo kitimas. Visuomeninio finansavimo apimties dinamika (skaičiuojant pastoviomis 1993 metų kainomis) yra pateikta 49 paveiksle.

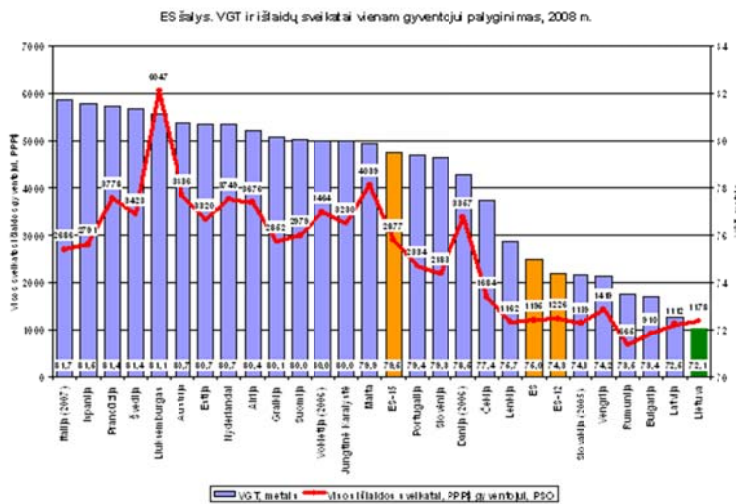
49 paveikslas. Visuomeninio finansavimo apimties dinamika (skaičiuojant pastoviomis 1993 metų kainomis)



Pateikta informacija rodo, kad sveikatos paslaugų finansavimas pirmaisiais LSP programos įgyvendinimo metais augo, nuo 1999 iki 2004 metų - išliko stabilus, 2005- 2007 metais vyko spartus finansavimo augimas, kuris sustojo dėl bendro ekonomikos nuosmukio 2009 metais.

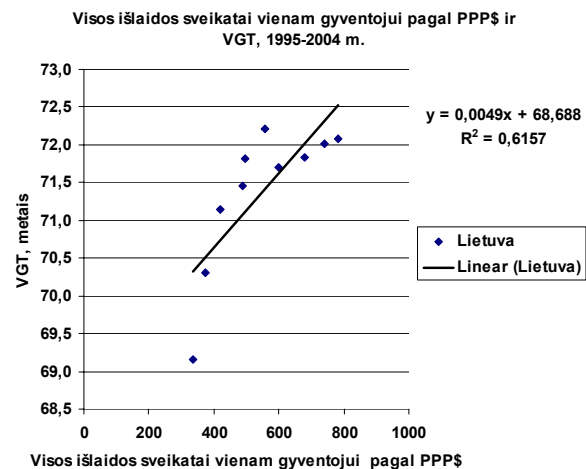
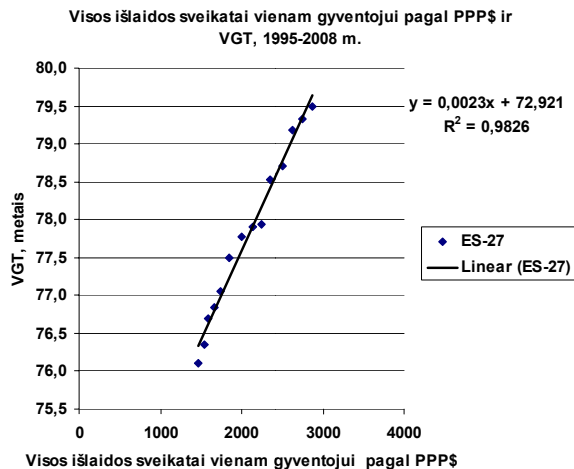
Daugumoje Europos valstybių pastebima tamprī priklausomybė tarp visuomeninio sveikatos finansavimo ir VGT (50 paveikslas). Tai, kad 1997-2009 metais Lietuvoje nebuvo senajai Europai būdingo sąryšio tarp ekonomikos raidos ir sveikatos finansavimo apimties pasireiškė tuo, kad visuomenės sveikatos lygio pokyčiai neatitiko nei sveikatos politikų, nei visuomenės lūkesčių.

50 paveikslas. VGT ir išlaidos sveikatai



Išanalizavus šių dviejų Lietuvos parametų sąveiką 1997-2004 metų laikotarpiu matome, kad ryšys tarp jų egzistuoja (51 paveikslas).

51 paveikslas



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

1997-2009 metų laikotarpiu statistiškai patikimo ryšio tarp sveikatos finansavimo ir VGT nerasta. Nuokrypį nuo daugumai ES valstybių būdingos priklausomybės iš dalies paaiškina konkrečios Lietuvai 2005-2007 metais būdingos aplinkybės - sveikatos finansavimas buvo didinamas:

- 2005-2007 metais sveikatos finansavimas daugiausiai buvo didinamas siekiant pakelti medikų darbo užmokestį. Ilguoju laikotarpiu ryšys tarp medikų algų ir gyventojų sveikatos egzistuoja (medikai gaudami aukštesnes algas neemigruoja, didesnis gydytojų skaičius didina sveikatos paslaugų kiekį ir kokybę, paslaugų kokybės augimas užtikrina sveikesnį ir ilgesnį pacientų gyvenimą), bet trumpuoju laikotarpiu ryšio tarp didesnių medikų algų ir ilgesnio pacientų gyvenimo beveik nėra;
- 2005-2007 metais lygiagrečiai su sveikatos finansavimo augimu vyko spartaus gyvenimo lygio augimo ir žemų kainų pakurstytas alkoholio vartojimo augimas. *Alkoholio vartojimo augimas eliminavo teigiamą pažangos sveikatos sektoriuje poveikį gyventojų sveikatai.*

5.2.4. Integruotas sveikatos determinančių poveikis gyventojų sveikatai.

Iki šiol buvo aprašomas atskirų sveikatos determinančių poveikis Lietuvos gyventojų sveikatai. Žemiau esančiose lentelėse pateiktas bandymas atlikti bendro šių determinančių poveikio VGT vertinimą analizuojant po 2 determinantes iš gyvensenos, aplinkos ir sveikatos priežiūros segmentų. Išskirti 4 laikotarpiai pagal VGT dinamikos tendencijas. Ženklas „+“ reiškia, kad determinantės pokytis palankiai veikė sveikatą (pvz., mažėjo alkoholio vartojimas, mažėjo nedarbas, augo sveikatos paslaugų finansavimas). Ženklas „-“ . reiškia, kad determinantės pokytis neigiamai veikė sveikatą (pvz., augo alkoholio vartojimas, augo nedarbas, augo sveikatos paslaugų finansavimas). Ženklas „+ -“ reiškia, kad determinantė nekito.

1 modelis. Integruoto sveikatos determinančių poveikio gyventojų sveikatai vertinimas

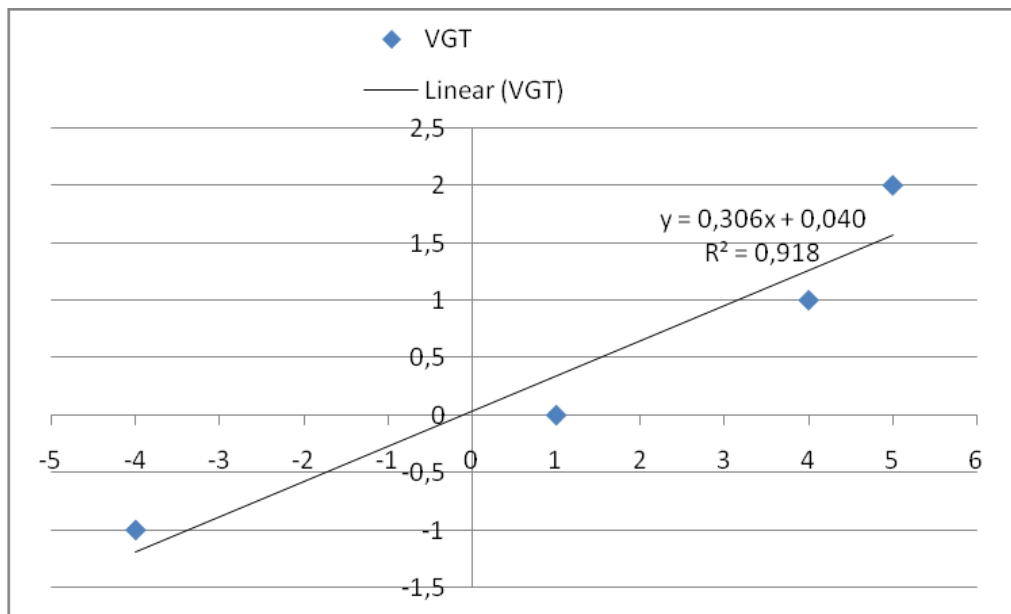
	1997-2000 m.	2001-2004 m.	2005-2007 m.	2008-2009 m.
Alkoholis	+	+ -	-	+
Fizinis aktyvumas	+	+-	-	
Traumatizmas	-	+-	-	+

keliuose				
Nedarbas	+ -	+ -	+	-
Socialinė nelygybė	+ -	+ -	-	+
Sveikatos finansavimas	+	+ -	+	+ -
Saugi kūdikystė	+	+	+	+
Balas	4	1	-1	3
VGT	+	+ -	-	+

2 modelis. Integruoto sveikatos determinančių poveikio gyventojų sveikatai vertinimas
Daroma prielaida, kad gyvenamos ir aplinkos poveikis sveikatai yra po 40 procentų, o sveikatos priežiūros - 20 procentų.

	1997-2000	2001-2004	2005-2007	2008-2009
Alkoholis	++	+ -	--	++
Fizinis aktyvumas	++	+ -	- -	
Traumatizmas keliuose	- -	+ -	- -	++
Nedarbas	+ -	+ -	++	-
Socialinė nelygybė	+ -	+ -	- -	++
Sveikatos finansavimas	+	+ -	+	+ -
Saugi kūdikystė	+	+	+	+
Balas	4	1	-4	5
VGT pokytis metais	+1	0	-1	+2

52 paveikslas



Integruotas sveikatos determinančių poveikio sveikatai modelis aiškina sveikatos lygio dinamiką 1997-2009 metais. Skaičiuota dviem variantais. 1-ame variante (be svorių), daryta prielaida, kad gyvensenos, aplinkos ir sveikatos paslaugų plėtra yra vienodai reikšmingos gyventojų sveikatai. 2-ame variante daryta PSO nuostatas atitinkanti prielaida, kad gyvensena ir aplinka yra maždaug 2 kartus reikšmingesni sveikatos veiksniai nei sveikatos priežiūros paslaugos. Modelis gali būti išplėstas, surinkus daugiau informacijos apie sveikatos determinančių kiekybinius pokyčius. Siekiant išlaikyti modelio proporcingumą, didinant nepriklausomųjų parametru skaičių yra tikslinga išlaikyti pradinis determinančių grupių svorius.

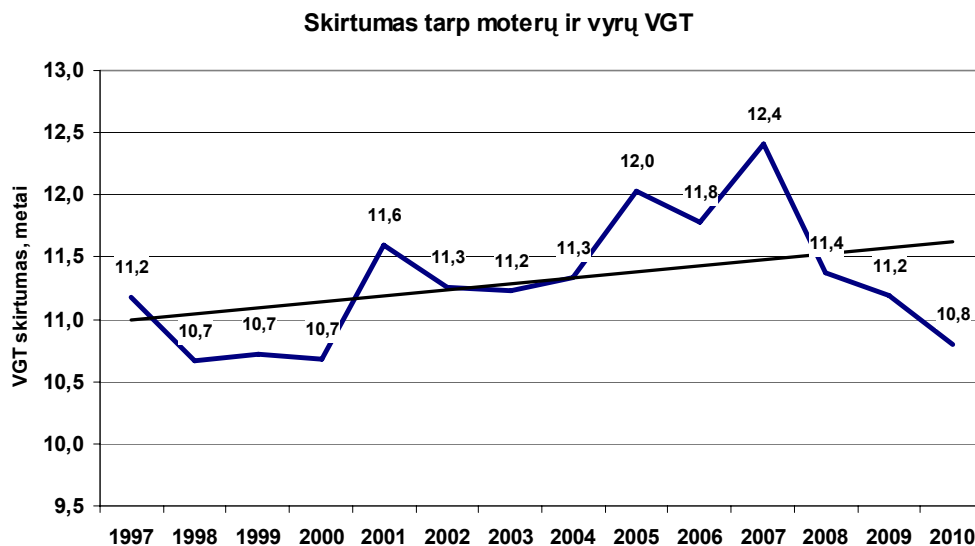
Sveikatos santykių teisumas

Kaip jau minėta, sveikatos santykių teisumas ir siektini rodikliai LSP detalai nebuvo aprašyti. Sveikatos santykių teisumą galima vertinti, pavyzdžiui, pagal VGT (ar standartizuoto mirtingumo) skirtumus tarp vyrų ir moterų, miesto ir kaimo, o taip pat pagal paslaugų prieinamumą. Šalyje nemažėjo sveikatos būklės skirtumai tarp vyrų ir moterų, miesto ir kaimo gyventojų, skirtingą išsilavinimą turinčių žmonių. Darbingo amžiaus gyventojų mirtingumas Lietuvoje yra antras pagal rodiklio dydį ES (po Latvijos), o mirtingumas 30 - 44 m. amžiaus grupėje, palyginti su kitomis ES šalimis, – didžiausias. Vidutinė vyrų gyvenimo trukmė yra vidutiniškai 11 metų trumpesnė, negu moterų, ir šis skirtumas

yra žymai didesnis, nei daugumoje kitų ES šalių. Du trečdaliai vyrų Lietuvoje miršta iki 75 m. amžiaus, du trečdaliai moterų miršta vyresnės, nei 75 m. amžiaus. Vidutinė gyvenimo trukmė gyvenančių miesto vietovėse yra vidutiniškai 3 m. ilgesnė, nei gyvenančių kaime.

1998-2010 m. Lietuvoje buvo stebimos šios demografinės ir socialinės-ekonominės tendencijos:

53 paveikslas. Skirtumas tarp vyrų ir moterų VGT



Šaltinis. Statistikos departamento duomenų bazė

- 2010 m. skirtumas tarp moterų ir vyrų VGT sumažėjo iki beveik 1998 m. lygio, nors ir išliko labai didelis – 10,8 metų;
- 1997-2009 metais nuo 1,7 iki 1,4 karto sumažėjo kaimo ir miesto gyventojų mirtingumo skirtumas; vyrų ir moterų mirtingumo skirtumas praktiškai nepakito ir išliko šiek tiek didesnis nei 1,2 karto (vyrų 2009 m. Lietuvoje gyveno maždaug 11 m. trumpiau nei moterys. Panašiai, kaip ir 1997 m.);
- Nuo 1997 iki 2000 metų netolygumai tarp vyrų ir moterų mirtingumo mažėjo, tačiau po 2000 metų iki 2007 metų buvo stebima didėjančių netolygumų tendencija, po 2007 metų vėl stebima teigiama dinamika;
- Nedarbo lygis kaimiškose vietovėse buvo mažesnis iki 2005 m., bet prasidėjus sparčiam ekonomikos augimui nedarbo lygis kaime ir mieste susilygino, o prasidėjus ekonominei krizei nuo 2009 m. nedarbo lygis kaimiškose vietovėse viršija šį rodiklį

miestuose. Moterų nedarbo lygis tiek iki prieš ekonominį augimą, tiek prasidėjus krizei buvo žemesnis nei vyrų. Šie rodikliai buvo vienodi tik 2003-2008 m. laikotarpiu;

- Nuo 2005 m. pradėjo mažėti gyventojų mokesčiai susiję su darbo santykiais (skirtumas tarp bruto ir neto atlygio) ir 2006-2007 m. ženkliai išaugo skirtumas tarp minimalaus ir vidutinio (neto) šalies gyventojų atlygio;

Remiantis paskutiniu laikotarpiu atliekamais tyrimais užsienio šalyse, vertinama, kad didesnė šalyje egzistuojanti nelygybė ir netolygumai (gali būti vertinama pavyzdžiui kaip turtingiausių ir neturtingiausių asmenų pajamų santykis, Gini koeficientas, kt.) turi neigiamos įtakos visai eilei šalies socialinių-ekonominių rodiklių, nepriklausomai nuo šalies turtingumo lygio. Net turtingose šalyse su aukštu nelygybės koeficientu (pavyzdžiui, JAV (Gini – 8,4), Singapūras (Gini – 9,7), Portugalija (Gini – 8,0), Didžioji Britanija (Gini – 7,2) tokie rodikliai, kaip vidutinė gyvenimo trukmė, nusikalstamumas, psichikos ir su alkoholio vartojimu susijusios ligos bei mirtys, ar pasitikėjimas yra prasteni nei šalyse, kur netolygumų rodiklis yra mažesnis (pavyzdžiui, Japonija (Gini – 3,4), Švedija (Gini – 4,0), Norvegija (Gini – 3,9), Suomija (Gini – 3,8)). Lietuvoje Gini koeficientas (indeksas) siekia 6,3.

Siekiant įvertinti, kiek netolygumai gali turėti įtakos Lietuvos gyventojų sveikatai, buvo atlikti paskaičiavimai, ieškant ryšio tarp namų ūkių (NŪ) išlaidų netolygumų (santykis tarp turtingiausiųjų ir neturtingiausiųjų decilių vartojimo apimties) ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės bei mirtingumo rodiklių. Ryšis tarp NŪ išlaidų nelygybės Lietuvoje ir vidutinės gyvenimo trukmės bei mirtingumo, susijusio su alkoholio vartojimu, yra gana stiprus.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas:

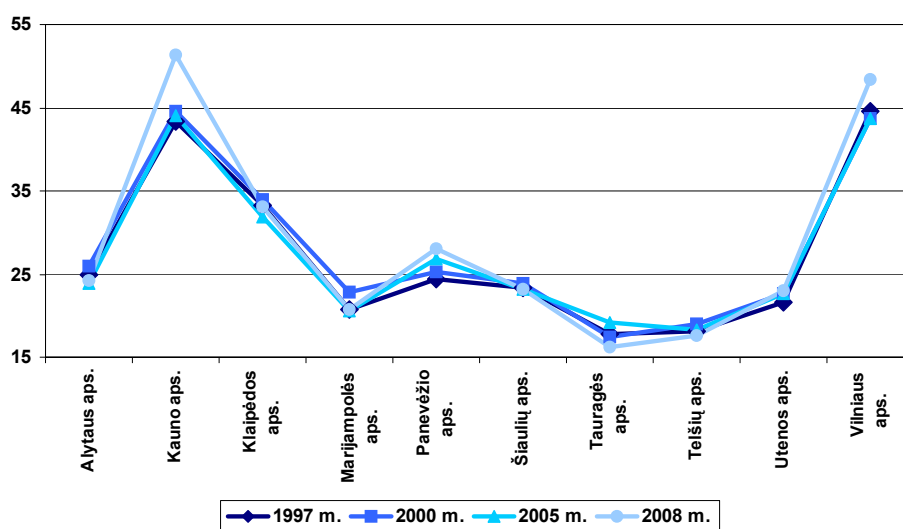
- Gyventojų apsilankymų skaičius per metus ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose 2010 m. miestuose buvo lygus 9 apsilankymai/gyventojui, kaimiškose vietovėse – 5,3 apsilankymo/gyventojui (1997 m. miestuose buvo lygus 8 apsilankymai/gyventojui, kaimiškose vietovėse – 5,1 apsilankymo/gyventojui). T.y. ambulatorinių paslaugų teikimo nelygybė kaimo ir miesto gyventojams išaugo.
- Per visą 1997-2009 metų laikotarpį stabiliai netolygus išliko regioninis medicinos personalo skaičiaus pasiskirstymas.

Gydytojai Lietuvos regionuose pasiskirstę labai netolygiai. Miestuose dirba didžioji visų gydytojų dalis – daugiau nei 73 proc. Nuo 1997 metų iki 2009 metų išaugo 10 tūkst. miesto gyventojų tenkantis gydytojų skaičius (Kauno apskr. – daugiau nei 20 proc., Vilniaus apskr. ir Panevėžio apskr. – virš 10 proc.), o beveik visuose rajonuose (išskyrus Utenos apskritį) – sumažėjo. 2009 metais daugiausia gydytojų dirbo Kauno (52,6/10 000 gyventojų) ir Vilniaus (49,1/10 000 gyventojų) apskrityse, o mažiausiai kaimiškose regionuose – Telšių (17,9/10 000 gyventojų), Tauragės (16,4/10 000 gyventojų) ir Marijampolės (20,7/10 000 gyventojų) apskrityse. 10 tūkstančių gyventojų tenkantis gydytojų skaičius

Kauno apskrityje daugiau nei tris kartus viršija tokį patį rodiklį Telšių apskrityje. Geografinis gydytojų skaičiaus pasiskirstymo netolygumas skirtingose savivaldybėse dar didesnis.

Sveikatos priežiūros reforma nepaskatino tolygesnio medicinos personalo (tiek gydytojų, tiek slaugytojų) geografinio pasiskirstymo, o tai reiškia, kad praktiškai nespėdė ir paslaugų prieinamumo netolygumo skirtinguose regionuose klausimų. Tačiau iš kitos pusės, augantis miesto gyventojų skaičiaus procentas (ypač pensinio) ir vykdoma specializuotų stacionarių gydymo įstaigų koncentracijos didžiuosiuose miestuose politika, gali dalinai paaikškinti tokio netolygaus medicinos personalo pasiskirstymo priežastis¹⁴.

54 paveikslas. Regioninis gydytojų skaičiaus pasiskirstymas, 10 tūkst. gyventojų



Šaltinis. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. 2010 m.

5.3. Tikslinių sveikatos programų kokybė bei jų įgyvendinimo poveikis šalies gyventojų sveikatai

Pagrindinės sveikatos determinantės (veiksniai) yra atspindėtos tiek Lietuvos sveikatos politikoje, tiek konkrečiose sveikatos programose, kuriomis siekiama gyventojų sveikatos požiūriu palankiai koreguoti įtaką sveikatai darančius veiksniai. Tačiau sveikatos programų įgyvendinimas siekiamų rezultatų ir skiriamų lėšų naudojimo požiūriu nebuvo toks efektyvus, kokio tikėtasi rengiant Lietuvos sveikatos programą. Tokią situaciją lėmė daug svarbių veiksnių.

Kiekviena sveikatos programa reikalauja atskiro jos vertinimo naudojant skirtingą ir specifinę metodologiją. Vertinant visas skirtingas programas sveikatinimo proceso atžvilgiu Lietuvos sveikatos programos kontekste šiuo atveju pasirinkta bendra visų programų bendram vertinimui naudotina metodologija.

¹⁴ Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. 2010 m.

Dauguma 1997-2011 metais parengtų sveikatos programų derina veiklas, nukreiptas į sveikatos stiprinimą, susirgimų prevenciją, diagnostiką, gydymą, rehabilitaciją ir slaugą, bet derinimo lygmuo jose yra skirtingas. Darant prielaidą, kad daugiau nei 50 procentų sveikatos rodiklių dinamikos lemia ne medicinos veiksniai, subalansuotumo tarp profilaktinės ir klinikinės kryptų aspektu galima išskirti:

- *kompleksines programas*, kuriose sveikatinimo tikslų siekiama *kompleksiškai* veikiant socialines ir klinikinės sveikatos determinantes ir siekiant maksimizuoti teigiamą visų sveikatos veiksnių poveikį. *Kompleksinėms programoms svarbus tarpsektorinis bendradarbiavimas*;
- *mišrias programas*, kuriose siekiama teigiama linkme keisti sveikos gyvensenos, aplinkos ir sveikatos priežiūros dalykus, *nenumatant aukšto kompleksiško lygio*;
- *klinikines/investicines programas*, kuriose *vyrauja gydymo technologijų plėtros dalykai*. Klinikinėms programoms tarpsektorinis bendradarbiavimas nėra labai svarbus.

Vertinant 1997-2010 metais vykdytas programas, *kompleksinių programų* grupei priskirtinos Psichikos ligų profilaktikos ir Alkoholio kontrolės programos; Traumatizmo profilaktikos programa priskirtina *mišrių programų* grupei; o Mirtingumo ir neįgalumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo bei Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo programos – *klinikinių programų* grupei.

Pagal programos sukuriamą efektą ar poveikį papildomai galima išskirti dar dvi programų grupes:

- *katalizacinės programas*, kuriose matuojant programos katalizatoriaus efektyvumą reikia vertinti tiek programos rėmuose atliekamus veiksmus ir daromas išlaidas, tiek šių veiksmų iššauktus pokyčius ir išlaidas kituose ūkio sektoriuose, aplinkoje ar gyvensenoje;
- *einamųjų išlaidų finansavimo programos*, kuriomis siekiama generuoti ir valdyti einamąsias sveikatinimo išlaidas.

Toliau programos analizuojamos įvertinant šiuos kiekvienos programos aspektus:

- kaip programoje derinamas sveikatos stiprinimas, susirgimų prevencija, diagnostika, gydymas, rehabilitacija ir slauga;
- kaip siekiama tarpsektorinio bendradarbiavimo bei gyventojų atsakomybės už savo sveikatą;
- kaip atspindima geroji tarptautinė praktika bei tarptautinių organizacijų rekomendacijos;

- kaip yra išmatuojami suformuluoti ilgalaikiai bei vidutinės trukmės tikslai;
- kaip vertinami ištekliai, kuriuos visuomenė skiria programos sudarymo laikotarpiui bei darbai, kurie Lietuvoje atliekami šalia programose numatytų veikų;
- kaip finansavimo apimtis subalansuota su siekiamais rezultatais;
- kaip numatoma tarpžinybinių programų įgyvendinimo stebėseną ir valdymas;
- kaip numatomas programos priemonių atitikimas programos tikslams;
- kaip numatomas investicijų bei einamųjų išlaidų balansavimas.

Taip pat vertinama:

- programų perimamumas ir tęstinumas - programos įgyvendinimas bei papildomas keičiantis vyriausybėms;
- faktinio programų finansavimo lygio atitikimas planui;
- programų įtaka Vyriausybės ir kitų žinybų sprendimams;
- programų sąsajos su metiniais SAM, VLK, visuomenės sveikatos ir kitų tarnybų planais.

Žemiau pateikiama atlikto sveikatos programų vertinimo santrauka.

1. Kaip programose derinama sveikatos stiprinimas, susirgimų prevencija, diagnostika, gydymas, rehabilitacija ir slauga?

Dauguma 1997-2010 metais parengtų sveikatos programų derina veiklas nukreiptas į sveikatos stiprinimą, susirgimų prevenciją, diagnostiką, gydymą, rehabilitaciją ir slaugą, bet derinimo lygmuo programose yra skirtingas.

Atskirai reikia paminėti sveikatos programas, kuriose atliekami veiksmai (programos priemonės) ir daromos išlaidos *daugiausiai* turėtų iššaukti išlaidas sveikatinimui kituose ūkio sektoriuose, ir/ar pokyčius aplinkoje ar gyvensenoje. Tokias programas reikėtų vadinti *katalizacinėmis*. *Katalizacinės programos* pavyzdžiu galima laikyti Sveikatos propagandos programą, kuri nors ir skirta sveikatos stiprinimui bei ligų prevencijai, tačiau programoje numatytos sveikatos propagandos temos / prioritetai apima praktiškai visas sveikatinimo sritis: tiek sveikos aplinkos kūrimą, tiek sveiką gyvenseną, tiek ligų gydymą. Šiuo požiūriu programą galima laikyti subalansuota ir skirta paskatinti pokyčius ir kituose šalies sektoriuose bei gyventojų elgsenoje.

Vis dėl to dauguma sveikatos programų, ypač paskutiniu laikotarpiu, apsiriboja gydymo ir sveikos gyvensenos priemonėmis ir mažai dėmesio skiriama sergamumo priežastims – socialiniams-ekonominiams veiksniams. Dar viena stebima sveikatinimo programų tendencija pastaruosiu metu – augantis *einamųjų sveikatos išlaidų* finansavimas. Pavyzdžiui, Lytiniu keliu plintančių ligų profilaktikos

programoje 2011-2012 m. numatoma net 97 proc. visų lėšų skirti gydymui ir diagnostikai. Programa faktiškai tapo *einamųjų išlaidų finansavimo programa*.

2. *Kaip programose siekiama tarpsektorinio bendradarbiavimo bei gyventojų atsakomybės už savo sveikatą kilimo? Sveikatos sektoriaus vaidmuo sveikatinimo procese.*

Kompleksinėms programoms tarpsektorinis bendradarbiavimas yra svarbus, o klinikinėms programoms toks bendradarbiavimas, dažniausiai nereikšmingas. Stebima tendencija, kad paskutiniu metu mažėja tarpsektorinis (tarpinstitucinis, tarpžinybinis) bendradarbiavimas, mažėja kitų ministerijų (ir joms pavaldžių struktūrų) dalyvavimas įgyvendinant sveikatos programas. Pavyzdžiui, nuo 2011 m. prie Tuberkuliozės profilaktikos programos įgyvendinimo prisideda tik viena sveikatos sektoriui nepriklausanti institucija (neskaitant universitetų) – Kalėjimų departamentas prie Teisingumo ministerijos.

3. *Kaip programose atspindima geroji tarptautinė praktika bei tarptautinių organizacijų rekomendacijos?*

Visos vertintos programos parengtos gerosios tarptautinės praktikos (GTP) pagrindu. Pastebėtina, kad *klinikinių programų* įgyvendinimo rezultatyvumas turėtų išaugti, šiose programose atspindėjus ne tik sveikatos priežiūros stiprinimo, bet ir sveikos gyvensenos bei aplinkos kokybės gerinimo dalykus. Programose numatyti tikslai, uždaviniai ir priemonės dažniausiai atitinka Pasaulinės sveikatos organizacijos, ES, Jungtinių Tautų ir / ar kitų organizacijų sveikatos politikos reikalavimams.

4. *Kaip programose formuluoti išmatuojami ilgalaikiai bei vidutinės trukmės tikslai?*

LSP ir kitose nagrinėjamojo periodo pradžioje rengtose programose kiekybiškai apibrėžtų ilgalaikių tikslų (pvz., laukiamos gyvenimo trukmės pokyčiai, sumažėjęs mirtingumas ar sergamumas) yra daugiau nei tose programose, kurios rengtos nagrinėjamojo periodo pabaigoje. Pastarosiose vyrauja su priemonių įgyvendinimu susieti kiekybiniai rodikliai (pvz., renovuoti N gydymo įstaigų, apmokyti X darbuotojų). LSP numatyti tikslai sveikatos programose paprastai pateikiami ne kaip tikslai ar uždaviniai, o kaip vieni iš siektinų rodiklių, t. y. sveikatos programose numatyti tikslai yra žymiai platesni ir dažniausiai neįvertinti kiekybiškai, pateikiami labiau kaip *tam tikros sveikatinimo srities finansavimo* ir tik iš dalies kaip *LSP tikslų įgyvendinimo* priemonė. Kai kuriose programose nėra rodiklių, kurie numatyti LSP, pavyzdžiui, jei 2000 metų Traumatizmo profilaktikos programoje buvo numatytas pasiekti LSP programą atitinkantis tikslas, tai nuo 2008 m. programoje nebeliko nei tokio tikslo, nei tokio siektino rodiklio.

Galima manyti, kad dėl to, jog dauguma sveikatos programų buvo rengiamos ne tik LSP numatytų sveikatinimo tikslų įgyvendinimui, programose numatytos spręsti problemos labai išskaidytos ir fragmentuotos, dėl programų gausos ir įvairovės sunku įvertinti pasiektų rezultatų poveikį gyventojų sveikatai bei rezultatų objektyvumą.

5. Kaip programose vertinami ištekliai, kuriuos visuomenė skiria programos sudarymo laikotarpiu, bei darbai, kurie Lietuvoje atliekami šalia programose numatytų veikų?

Lyginant konkrečių programų finansavimo apimtis su bendraisiais visuomenės nuostoliais / kaštais, susijusiais su konkrečios programos sprendžiama problema, matyti, kad beveik visose nagrinėtose programose neįvertintos bendrosios šalies išlaidos, skiriamos konkrečiai problemai spręsti¹⁵. Dažniausiai apibrėžiamas tik lėšų, kurių prireiks konkrečios programos priemonėms įgyvendinti, poreikis. Taikoma programos kaštų vertinimo metodika lemia, jog programos kontekste, dažniausiai, aptariamas lėšų kiekis, atspindintis mažiau nei 1 procentą bendrųjų visuomenės nuostolių / kaštų, susijusių su konkrečios programos sprendžiama problema. Pavyzdžiui, literatūroje galima rasti, kad PSO Europos regione dėl mirčių ir traumų patiriamų keliuose, visuomenė praranda iki 2 procentų nuo BVP¹⁶. Jei taikytume šią prielaidą Lietuvai ir atsižvelgtume į tai, kad pas mus dėl traumų keliuose 2009 m. Lietuvoje žuvo beveik tiek pat kiek ES PSO regione, tuomet galime paskaičiuoti, kad Lietuvoje dėl mirčių ir traumų keliuose šalis patiria apie 1 milijardo 830 milijonų litų nuostolius per metus¹⁷. Kitaip tariant, rengiamose programose vertėtų paskaičiuoti, kokią naudą mirtingumo sumažinimas (kad ir traumų keliuose pavyzdžiu), galėtų turėti mažinant patiriamus nuostolius visoje šalyje, o ne vien tik apsiriboti išlaidomis, kurių reikia programai įgyvendinti.

6. Kaip programų finansavimo apimtis subalansuota su siekiamais rezultatais?

Vertinant programų finansavimo apimtį subalansavimą su siekiamais rezultatais matyti programų sudarymo metodikų nenuoseklumas. Kai kurių programų poveikio efektyvumas (vertinant sveikatos pokyčiais) neskaičiuojamas. Tais atvejais, kai efektas skaičiuojamas arba iš programoje pateiktų rodiklių jį galima apskaičiuoti, numatomas programinių lėšų panaudojimo efektyvumas svyruoja nuo keliasdešimties centų iki šimtų litų per metus kiekvienam programoje išleistam litui.

¹⁵ Išskyrus 2002 m. patvirtintą Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programą, kurioje vertinama, kad gyvendinus numatytus tikslus, ekonominis efektas turėjo siekti 33,8 mln. litų.

¹⁶ Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe. By Francesca Racioppi, Lars Eriksson, Claes Tingvall and Andres Villaveces, 2004.

¹⁷ Remiantis kitais šaltiniais ES šalyse patitami nuostoliai dėl traumų keliuose irgi siekia apie 2 proc. nuo BVP. Perskaičiavus Lietuvai pagal mūsų šalies mirtingumo dėl traumų keliuose rodiklius, Lietuvos nuostoliai siektų apie 3 proc. nuo BVP. Šaltinis: Assessing the Social and Environmental Impacts of European Research. Report to the European Commission, 2005.

Akivaizdu, kad per didelį rezultatų išsibarstymą galima paaiškinti skirtingu sveikatos programų pobūdžiu.

Iš esmės *klinikinių / investicinių programų* (pvz., Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo), kuriose vyrauja gydymo technologijų plėtros dalykai, rezultatas yra tiesiogiai sietinas su programos rėmuose atliekamomis ir iš programos biudžeto finansuojamomis veikomis.

Kompleksinių programų, kuriose sveikatinimo tikslų siekiama kompleksiskai veikiant socialines ir kliniškes sveikatos determinantes ir siekiant maksimizuoti teigiamą visų sveikatos veiksnių poveikį, rezultatas yra siejamas ne tik su programos rėmuose atliekamomis ir iš programos biudžeto finansuojamomis veikomis, bet ir su programos įgyvendinimui taikomų priemonių veikimo arba neveikimo sukuriamu efektu. Turime *investicinį programos* rezultatą, kurio efektyvumo matavimas yra toks kaip ir klinikinių programų, bei *katalizacinį programos* rezultatą. Pavyzdžiui, Alkoholio kontrolės programos rėmuose daromos išlaidos šalies teisės aktams bei procesų stebėsenai tobulinti gyventojų sveikatą teigiamai veiks tik tuo atveju, jei patobulinti teisės aktai gerokai pakeis daugumos šalies gyventojų alkoholinių gėrimų vartojimo kultūrą. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa, nors ji finansuota tik 19 proc. nuo numatyto biudžeto, sukėlė katalizacinį efektą šalies gydymo įstaigose diegiant kokybės užtikrinimo sistemas ir monitoruojant sveikatos paslaugų kokybę. Matuojant *programos katalizatoriaus* efektyvumą reikia vertinti tiek programos rėmuose atliekamus veiksmus ir daromas išlaidas, tiek šių veiksmų iššauktus pokyčius ir išlaidas. Tokiose *programose katalizatoriuose* užsibrėžtų tikslų galima pasiekti tik su sąlyga, kad numatytos priemonės žymiai aktyvuos gyventojų, verslo, valstybinių institucijų veiklą.

7. Kaip numatoma tarpžinybinių programų įgyvendinimo stebėseną ir valdymą?

Silpnąja *programų įgyvendinimo* grandimi laikytinas menkai išplėtotas programų tarpžinybinis koordinavimas ir nepakankamas kitų ūkio sektorių dalyvavimas sprendžiant sveikatos problemas. Dažnai vadovaujamosi tik geranoriškumo principais. Nėra aiškaus programų koordinavimo modelio. Beveik visas sveikatos programas koordinuojanti institucija – Sveikatos apsaugos ministerija, o stebėsenos ir valdymo mechanizmas tai – reguliarus kasmetinis atsiskaitymas apie panaudotas lėšas ir priemones bei poveikio sveikatai įvertinimas (matavimas). Iki 2001 metų kai kurių programų (pavyzdžiui, Traumatizmo profilaktikos, Sveikatos propagandos, Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo ir kt.) įgyvendinimui buvo sudaromos koordinavimo institucijos:

- Sveikatos propagandos programa. Programos įgyvendinimui sudaromas *programos vykdymo koordinavimo komitetas (konsultacinis organas iš įvairių sektorių profesionalų)*.

Komitetas tvirtina detalų kasmetinį darbų planą, numato konkrečias užduotis programos vykdytojams (žinyboms, savivaldybėms) ir kontroliuoja plano vykdymą.

- Traumatizmo profilaktikos programa. 2000 m. programos įgyvendinimą turėjo organizuoti ir koordinuoti Sveikatos apsaugos ministerija. Tuo tikslu sudaroma *programos įgyvendinimo kontrolės taryba*, kurią tvirtina sveikatos apsaugos ministras, suderinęs su kitais ministrais ir institucijų, skyrusių atstovus į tarybą, vadovais.
- Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 metų programa. Programos vykdymo koordinavimo komitetas veikė pagal patvirtintą reglamentą.

Nors daugelyje sveikatos programų suformuluoti tikslai ir uždaviniai skiriami ligų profilaktikai ir sveikai gyvensenai, o tokių siekių įgyvendinime aktyviai turėtų dalyvauti savivaldybės, bendruomenės ir nevyriausybinės organizacijos, realiai jų dalyvavimas labai nereikšmingas, o paskutiniu laikotarpiu savivaldybių dažnai net nebėra tarp programų įgyvendinančių institucijų. Taip pat nenumatyta, kaip programų įgyvendinime galėtų dalyvauti ir patys gyventojai, ar pacientai, kokia yra jų atsakomybė.

Daugelio apžvelgtų programų silpniausia pusė, *rezultatų vertinimo aspektu*, yra ta, kad jose nenumatyta *programos poveikio sveikatai stebėseną*. Apsiribojant tik kasmetinėmis finansinėmis ataskaitomis, rizikuojama suformuoti ydingą praktiką, kai išlaidos yra padaromos, o siekiami pozityvūs gyventojų sveikatos pokyčiai neužtikrinami.

8. Kaip programų priemonės atitinka programų tikslus?

Sėkmingai įgyvendinamose programose programų priemonės atitinka formuluojamus tikslus. Programos, kuriose numatomos priemonės buvo skiriamos kitiems nei numatytieji programoje tikslams realizuoti, planuojamų pagrindinių tikslų nepasiekdavo. Pavyzdžiui, Traumatizmo profilaktikos programoje didžioji lėšų dalis daugelį metų buvo skiriama traumatologinių skyrių medicininei įrangai pirkti. Natūralu, kad *neskiriant pinigų profilaktikai, traumų skaičius Lietuvoje iki 2008 metų nemažėjo*.

9. Kaip programose subalansuotos investicijų ir einamosios išlaidos?

Beveik visoms aptariamoms programoms būdinga tai, kad jose *nenagrinėjamas išteklių poreikis*, kurį programos priemonės suformuos *už tiesiogiai iš programos biudžeto finansuojamų veiksmų rėmų*. Programų katalizatorių atžvilgiu pasigendama išlaidų, kurias namų ūkiuose, versle ar kituose valstybiniuose ne sveikatos sektoriuose sukels programos diegimas, vertinimo.

Investicinių programų atžvilgiu pasigendama einamųjų išlaidų, kurias sukels programos diegimas, vertinimo. Juk nupirkta medicininė įranga reikalaus priežiūros, papildomų specialistų darbo. Išaugusias išlaidas turės dengti arba gydymo įstaigos iš savo lėšų, arba valstybė papildomai skirdama lėšas iš PSDF.

Tačiau kai kuriose programose pastaruoju metu vis daugiau lėšų numatoma skirti einamosioms išlaidoms. Pavyzdžiui, jau minėta Lytiniu keliu plintančių ligų profilaktikos programa arba Tuberkuliozės profilaktikos programa, kuri pagal 2006 m. patvirtintą sąmatą buvo artima *investicinei programai* (virš 71 proc. nepaprastosioms išlaidoms), o pagal 2010 m. patvirtintas išlaidas 2011-2014 metams - virš 63 proc. visų išlaidų numatoma skirti *einamosioms išlaidoms - vaistams ir laboratorinėms medžiagoms*.

10. Kaip programos tęsiamos bei papildomos keičiantis vyriausybėms?

Dauguma iš ankstesnių vyriausybių paveldėtų programų buvo tęsiamos naujų vyriausybių. LSP „pergyveno“ keturias Vyriausybes ir keista nebuvo. Tačiau kai kurios programos nebuvo tęsiamos, pavyzdžiui, Sveikatos propagandos programa atnaujinta nebuvo ir nuo 2001 metų Lietuvoje atsisakyta nacionaliniu mastu koordinuotos, tarpinstitucinės sveikatos propagandos sklaidos. Kai kurių programų atnaujinimas, pvz. AIDS profilaktikos programos, vėlavo.

11. Kaip faktinis programų finansavimo lygis atitinka planuotą?

Iš valstybės biudžeto finansuojamos programos dažniausiai būdavo finansuojamos ne pilna apimtimi ir nuo 1998 iki 2005 metų šių programų finansavimas nuolat mažėjo. Mokslinių-praktinių sveikatos programų finansavimui 1997 metais buvo skirta 4 877 tūkstančiai litų, o 2005 metais – 345 tūkstančiai litų. Paskutiniaisiais metais (2008-2009 m.) tiek dėl ekonominės krizės, tiek dėl kitų priežasčių sveikatos programų finansavimas buvo ypatingai mažas. Pavyzdžiui, Tuberkuliozės profilaktikos programai skirta tik apie 14 procentų numatytos sumos, Alkoholio kontrolės programai - 9,4 procento 1999 metų programoje numatytos sumos, Lytiniu keliu plintančių ligų profilaktikos programai – tik apie 8,4 procento numatytos sumos, o Kokybės užtikrinimo programai paskutiniaisiais metais lėšų visai nebuvo skirta.

Iš ES struktūrinės paramos ar iš PSDF lėšų finansuojamos programos dažniausiai būdavo finansuojamos pilna apimtimi arba net saikingai viršijant planinius skaičius.

Akivaizdžiai pastebimas valstybinio požiūrio į programinį sveikatos valdymą nesubalansuotumas. Programų įgyvendinimo nuoseklumas 1997-2010 metais *priklausė ne tiek nuo jų turinio – numatytų įgyvendinti tikslų – kiek nuo finansavimo šaltinio*.

12. Kokią įtaką programos daro Vyriausybės ir kitų žinybų sprendimams?

Aptariamuju laikotarpiu sveikatos programų poveikis ilgalaikiai šalies politikai buvo ribotas. Dalis sveikatos programų (tai ypač pasakytina apie ES lėšomis finansuojamas programas) įgyvendinta be esminių pakeitimų, dalis sveikatos programų buvo ignoruojama (nuo 1999 iki 2007 metų efektyvaus valstybės institucijų darbo mažinant traumatizmą beveik nebuvo), o dėl Alkoholio kontrolės programos - Vyriausybės veikla nuo 1999 iki 2006 metų buvo priešinga programoje numatytoms nuostatomis (programoje numatyta mažinti alkoholio vartojimą pirmiausiai, didinant akcizo mokesčius, o 1999 metais mokesčiai buvo sumažinti ir nekito iki 2006 metų). Be to, dažnai politiniai sprendimai buvo priimami gana pavėluotai. Pavyzdžiui, iki 2007 metų, kol situacija netapo visiškai nepakenčiama, realaus ir efektyvaus darbo mažinant traumatizmą keliuose beveik nebuvo ir tik 2008-2010 pasiekta pažanga. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje 2007 metais po Valstybės kontrolės patikrinimo buvo atsisakyta didelės dalies planuotų priemonių, pakeičiant programą.

13. Kaip programos susijusios su SAM, VLK, visuomenės sveikatos ir kitų tarnybų metiniais planais?

Siekiant, kad kitos ilgalaikės sveikatinimo programos būtų sėkmingai įgyvendintos jose numatyti uždaviniai ir rodikliai turėtų atsispindėti metiniuose SAM, VLK, visuomenės sveikatos ir kituose tarnybų planuose. Silpnuoju ilgalaikių sveikatos programos siekinių ir metinių planavimo dokumentų derinimo pavyzdžiu galėtų būti Alkoholio vartojimo mažinimo programa.

- o LSP numato alkoholio vartojimo mažinimą. Pastaraisiais metais nuorodų į šį tikslą strateginiuose SAM planuose beveik nėra.
- o VLK numato finansuoti alkoholio sukeltų ligų gydymą. Kalbama ne apie alkoholio vartojimo mažinimą, o apie augančio alkoholio vartojimo pasekmių eliminavimą.
- o Alkoholio ir tabako kontrolės institucija daugiausiai rūpinasi ne vartojimo ribojimu, o alkoholio kokybe ir jo realizavimo teisėtumu. Gera alkoholio kokybė greičiau skatina nei riboja vartojimą.

Geru pavyzdžiu šiuo atžvilgiu galėtų būti Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa, kurios priemonės SAM pavaldžios institucijos įtraukė į savo veiklos planus ir juos sėkmingai įvykdė iš savo įstaigų asignavimui skirtų lėšų.

1998-2010 metais Lietuvoje sukauptos programų valdymo patirties apibendrinimas.

- o *Programų valdymas* aptariamuju laikotarpiu tapo sudėtine sveikatinimo proceso dalimi.

- o Stipriosiomis programų planavimo pusėmis laikytini: *kompleksinis požiūris į sveikatos determinantčių plėtrą; taržinybinio bendradarbiavimo siekimas; rėmimasis tarptautine patirtimi, kiekybinis rezultatų matavimas; sveikatos stiprinimo, ligų diagnostikos, gydymo, pacientų reabilitacijos derinimas.*
- o Stipriąja programų įgyvendinimo puse laikytinas konkrečiose programose politikų įteisintas programų *perimamumas ir tęstinumas.*
- o Silpnosiomis programų planavimo pusėmis laikytini: programų (ypač programų katalizatorių) įgyvendinimui būtinų veiklų bei išteklių kompleksinio vertinimo stoka; programų finansavimo apimties nesubalansavimas su siekiamais rezultatais; *investicinio proceso akcentavimas, mažai dėmesio kreipiant į darbų palaikymą.*
- o Silpnosiomis programų įgyvendinimo pusėmis laikytini: ribota programų įtaka Vyriausybės bei kitų žinybų lygmeniu priimamiems sprendimams; menkas programų įgyvendinimo koordinavimo laipsnis; ribotas dėmesys programų įgyvendinimo stebėsenai; patvirtintų programų finansavimas nepilna apimtimi.

Atsižvelgiant į tai, kad tikslinės programos iš esmės atspindi tik dalį sveikatos lygi veikiančių determinantčių, įvertinti programos rezultatyvumą pagal sveikatos pokyčius yra sudėtinga. Jei darysime prielaidą, kad programose neaprašytos veiklos buvo planuojamos ir įgyvendinamos proporcingai programose aprašytoms veikloms, tai galima teigti:

- o **Lietuvos sveikatos programa (LSP)** pradėta įgyvendinti sėkmingai ir iki 2000 metų užtikrino numatytus gyvenimo trukmės augimo tempus. 2001-2004 metais programos įgyvendinimo efektyvumas smuko, ir tai lėmė gyvenimo trukmės stabilizaciją. 2005-2007 metais sveikatinimo praktika Lietuvoje prastai atitiko LSP nustatytas gaires, ir tai lėmė gyvenimo trukmės mažėjimą. 2008-2009 metais tiek programos įgyvendinimas, tiek ir gyvenimo trukmės augimas atitiko programos nuostatas. 2005-2007 metų laikotarpiu sukauptas atsilikimas buvo likviduotas. *Pagrindiniai LSP tikslai - pasiekti.*
- o **Traumatizmo profilaktikos programa** iki 2007 metų tiek dėl vidinio jos prieštaravimo, tiek dėl menko skirtingų sektorių bendradarbiavimo veikė prastai. 1999–2007 metais žuvusiųjų skaičius beveik nekito. Esminis teigiamas pokytis įvyko 2008 metais šią programą iš esmės pakoregavus. Atsilikimas sukauptas 1999-2007 metų laikotarpiu buvo likviduotas. *Pagrindiniai programos tikslai - pasiekti.*
- o **Alkoholio kontrolės** programos įgyvendinimas iš esmės buvo sustabdytas iš karto po jos priėmimo - 1999 metų pabaigoje buvo liberalizuota alkoholio rinka. Iki 2007 metų alkoholio vartojimo sukeltų mirčių skaičius augo. Aktyvus programos įgyvendinimas

atnaujintas 2007 metais ir per 2008-2010 metus pasiekta žymi pažanga. *Pagrindiniai programos tikslai - nepasiekti.*

- o **Psichikos ligų profilaktika** iki 2001 metų neturėjo ryškaus poveikio - savižudybių skaičius augo. Tikėtina, kad sveikatos sektoriaus pastangos neeliminavo socialinių pokyčių generuojamos įtampos. Situacija pradėjo gerėti nuo 2002 iki 2007 metų, augant Lietuvos ekonomikai ir mažėjant nedarbiui. 2008-2009 metais savižudybių skaičius vėl pradėjo augti, tikėtina, kad to priežastimi yra ekonomikos smukimas. Šiuo metu nėra atlikta pakankamai tyrimų tam, kad būtų galima tiksliau įvertinti socialinės plėtros ir sveikatinimo paslaugų sąveikos poveikį gyventojų psichikos sveikatai. *Vienareikšmiai įvertinti programos efektyvumą neįmanoma.*

5.4. Pagrindiniai teisės aktai/reformos reikšmingai veikę gyventojų sveikatą 1994-1997 yra pamatinių sveikatos įstatymų priėmimo laikotarpis

Sveikatos sistemos įstatymas
Alkoholio kontrolės įstatymas
Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas
Tabako kontrolės įstatymas
Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas
Sveikatos draudimo įstatymas
Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas
Gydytojo medicinos praktikos įstatymas
Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas
Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas
Ekonominių sankcijų už visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų pažeidimus įstatymas
Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos įstatymas
Vaistų įstatymas
Kraujo donorystės įstatymas
Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas

Šie, 1994-1997 metais priimti, įstatymai 1997-2000 metais teigiamai paveikė tiek asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, tiek visuomenės sveikatos tarnybų elgseną. Reikšmingas sveikatos priežiūros plėtros veiksnys buvo prasidėjusi PSP reforma.

2000 metais pradėta ir iki 2004 metų vykdyta visuomeninių lėšų sveikatos apsaugai taupymo programa gerokai sumažino jau pradėtų reformų poveikį ir naujų sveikatai palankių iniciatyvų skaičių. Tarp naujų sveikatai palankių iniciatyvų paminėtinos: Vaikų sveikatos mokyklose ir Onkologinių susirgimų profilaktikos programos bei Medicininės įrangos atnaujinimo ir PSP įstaigų renovacijos programos.

2005-2007 metais buvo įgyvendinamos investicinės PSP ir širdies bei kraujagyslių ligų programos, o esminių įstatyminių iniciatyvų nebuvo. Aptariamuoju laikotarpiu buvo iš esmės sutvarkyta vienkartinė švirkštų ir sistemų panaudojimo sveikatos sektoriuje būklė. Dėl menko sveikatos prioriteto dauguma tuo laikotarpio nacionalinių sprendimų buvo neutralūs gyventojų sveikatos atžvilgiu.

2008-2009 metais reikšmingiausiomis sveikatą veikusiomis reformomis laikytinos: aktyvios kovos su pertekliniu alkoholio vartojimu atnaujinimas, efektyvios „karo keliuose“ užkardymo priemonės, spartus sveikatos priežiūros įstaigų ir greitosios pagalbos automobilių parko technologinės modernizacijos procesas.

Nuosekliai vykdyta Motinos ir vaiko sveikatos apsaugos programa kartu su užsienio technine pagalba davė gerus kūdikių mirtingumo pokyčio rezultatus.

6. Išvados ir rekomendacijos

- LSP tikslas - Lietuvos gyventojų VGT prailginti nuo 71,2 iki 73 metų - buvo korektiškas, saikingai ambicingas.
- Priemonės numatytos vidutinės gyvenimo trukmės ilginimui pasiekti (sveika gyvensena, kokybiška aplinka, tinkama sveikatos priežiūra) atitiko įrodymais pagrįstą tarptautinę praktiką.
- Programų uždaviniai ir tikslai (pavyzdžiui: kūdikių mirtingumo mažinimas, astmos valdymas), kai jų vykdymas buvo užtikrintas ištekliais ir racionaliu valdymu – įgyvendinti ir pasiekti.
- Gerais norais pagrįsti, bet finansiškai neparemti ir realiais Lietuvos valstybės prioritetais netapę, programų tikslai (pavyzdžiui, alkoholio vartojimo mažinimas) pasiekti nebuvo.
- LSP atliko teigiamą vaidmenį integruojant sveikatos priežiūros specialistų, valstybės ir savivaldybių institucijų ir gyventojų pastangas sveikatos labui, bet jos tikslai buvo nepakankamai ambicingi.

1998 – 2010 metų Lietuvos sveikatos programos iškelti uždaviniai ir pasiekimų rezultatai

Tikslas	Rezultatas, 2009 – 2010 m.
Prailginti vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 m.	Pasiektas (73,45 m.)
Sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc.	Pasiektas, viršija įsipareigojimą beveik 2 kartus
Sumažinti sergamumą tuberkulioze 30 proc.	Pasiektas
Sumažinti mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc.	Beveik pasiektas (sumažintas 25 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumą nuo piktybinių navikų 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 13 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 metų žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 11,8)
Sumažinti vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 13 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų 15 proc.	Nepasiektas (sumažėjo tik 5,6 proc.)
Iki 2005 m. stabilizuoti sergamumą psichinėmis ligomis	Nepasiektas (padidėjo 13 proc.)
Sumažinti savižudybių skaičių iki 25 atvejų 100000 gyventojų	Nepasiektas (sumažėjo tik iki 31,5 atvejo 100000 gyventojų)
Sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio 15 proc.	Nepasiektas (sumažėjo tik 5,8 proc.)
Sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc.	Nepasiektas

Rekomendacijos*Sveikatos teisėkūroje:*

1. Atsisakyti VSP įstatymo 10 straipsnio 2 ir 3 paragrafų nuostatų „ Lietuvos sveikatos programai įgyvendinti Vyriausybė tvirtina Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją. Valstybės institucijos...įtraukia Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos nuostatas į rengiamas socialines ekonomines programas, planus ir regionų plėtros programas“ bei papildyti Sveikatos sistemos įstatymo 46 straipsnį tikslesniu Vyriausybės pareigų ir teisių reglamentavimu
2. Pakeisti Nacionalinės sveikatos sistemos struktūrą, ją apibrėžiant kaip Nacionalinę visuomenės sveikatos sistemą, struktūroje numatant sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos institucijas bei visuomenės sveikatos politikos įstaigas bei resursus, sveikatos priežiūros ir medicinos pagalbos įstaigas ir resursus

Sveikatos ilgalaikių tikslų ir finansų ilgalaikis planavimas:

1. Užtikrinti bendro daugumai ES šalių ekonomikos augimo ir gyventojų sveikatos lygio sąsajos modelio (stabiliai auga ekonomika – stabiliai auga sveikatinimo veiklos finansavimas – stabiliai auga gyventojų sveikata) veikimą
2. Sveikatinimo veiklos planavimo stadijoje pagrindiniai sveikatinimo tikslai ir prioritetai turi būti grindžiami materialiniais ir finansiniais ištekliais. Projektų įgyvendinimo stadijoje numatyti ištekliai turi būti skiriami
3. Apibrėžiant strateginius sveikatinimo tikslus bei jų įgyvendinimui reikalingus išteklius vertinti ne tik valstybės, savivaldybių bei namų ūkių išlaidas sveikatos priežiūros paslaugos ir prekėms pirkti, bet ir bendrąsias Lietuvos išlaidas sveikatai (pvz., transporto investicijos į eismo dalyvių saugumą, gyventojų investicijos į sveikesnį būstą, mitybą, fizinį aktyvumą)

Sveikatos veiksmų dinamika

1. 1998- 2010 metais Lietuvai nepasisėkė įgyvendinti numatytų alkoholio vartojimo mažinimo tikslų. Per aptariamąjį laikotarpį alkoholio vartojimas išaugo, paaštrindamas sveikatos problemas dėl virškinimo, širdies ir kraujagyslių bei kitų ligų. Alkoholio vartojimo mažinimas turėtų tapti vienu iš pagrindinių darbų siekiant geresnės gyventojų sveikatos 2020
2. Daugelio šalies gyventojų fizinis aktyvumas 1998- 2010 sumažėjo padidindamas viršsvorio ir su juo susijusių sveikatos sutrikimų tikimybę. Gyventojų fizinio aktyvumo augimas yra vienu iš pagrindinių gyventojų sveikatos augimo rezervų
3. Nuo 2007 metų intensyviai įgyvendinama įrodymais pagrįsta traumatizmo keliuose profilaktikos programa davė labai gerus sveikatinimo rezultatus. Pasiteisusių priemonių tęsimas bei įrodymais pagrįstų mirtingumo profilaktikos programų plėtra sušalimų, paskendimų bei kritimų kontekste turėtų užtikrinti ženklų mirtingumo bei invalidumo mažėjimą 2011- 2020 metais
4. Socialinė diferenciacijos ir netolygumų mažėjimas bei socialinės apsaugos nuo skurdo ir nedarbo plėtra yra vienas iš esminių kelių gerinant gyventojų sveikatą. 2002 – 2007 metais mažėjęs nedarbo lygis mažino savižudybių skaičių, bet esminių teigiamų pokyčių panaudojant socialinės apsaugos plėtrą sveikatos labai pasiekta nebuvo. Skurdo ir kitų socialinės atskirties aspektų mažinimas išlieka vienu iš pagrindinių gyventojų sveikatos augimo rezervų
5. Lietuvos gyventojų išsilavinimo lygio pastovus augimas netolygios šalies gyventojų sveikatos dinamikos fone rodo neišnaudotas Lietuvos galimybes sveikatinimo srityje bei, tikėtina, atspindi sveikatos rodiklių poliarizaciją (gerai išsilavinę gyvena sveikiau ir ilgiau, o žemą

- išsilavinimą turinčių asmenų sveikata prastėja). Lietuvoje nemažėja sveikatos netolygumai tarp vyrų ir moterų, miesto ir kaimo gyventojų, skirtingą išsilavinimą turinčių žmonių
6. Sveikatos priežiūros plėtra 1995-2010 metais vyko netolygiai. Motinos ir vaiko programos, kuri buvo nuosekliai plėtojama visą aptariamąjį laikotarpį bei endoprotezavimo programos pavyzdys rodo ilgalaikės bei stabilios politikos pranašumą (gyventojų sveikatos stiprinimo požiūriu) prieš trumpalaikes, menkai su gyventojų sveikatos lygio pokyčiais susietas programas
 7. Sveikatos veiksniai /determinantės veikia šalies gyventojų sveikatą. 1997-2010 metų patirtis rodo, kad laikotarpiais, kurių metu augo dauguma sveikatą teigiamai įtakančių veiksnių, šalies gyventojų sveikata ir VGT augo. Laikotarpiais, kurių metu dalis sveikatą teigiamai įtakančių veiksnių augo, o dalis mažėjo Lietuvos gyventojų sveikatos pokyčiai buvo prieštaringi.

Tikslinių sveikatos programų kokybė ir įgyvendinimas

Programų valdymas aptariamuoju laikotarpiu tapo sudėtinė sveikatinimo proceso dalimi.

1. 2011-2020 metų laikotarpyje reikėtų išlaikyti ir plėtoti jau sukauptą gerą patirtį: kompleksinis požiūris į sveikatos determinantčių plėtrą; taržinybinio bendradarbiavimo siekimas; rėmimasis tarptautine patirtimi; kiekybinis rezultatų matavimas; sveikatos stiprinimo, ligų diagnostikos, gydymo, pacientų reabilitacijos derinimas; programų perimamumas ir tęstinumas
2. 2011 -2020 metų laikotarpyje reikėtų sušvelninti silpnąsias programų planavimo ir įgyvendinimo puses (programų (ypač programų katalizatorių) įgyvendinimui būtinų veiklų bei išteklių kompleksinio vertinimo stoka; programų finansavimo apimtys nesubalansavimas su siekiamais rezultatais; investicinio proceso perdėtas akcentavimas, mažai dėmesio kreipiant į darbų palaikymą; ribota programų įtaka Vyriausybės bei kitų žinybų lygmeniu priimamiems sprendimams; menkas programų įgyvendinimo koordinavimo laipsnis; ribotas dėmesys programų įgyvendinimo stebėsenai; patvirtintų programų finansavimas nepilna apimtimi).

6.2. PSO/EURO REGIONO IR ES POLITIKOS BEI JOS VERTYBINIŲ NUOSTATŲ SVEIKATOS SRITYJE APŽVALGA

Parengta pagal atvirojo konkurso sąlygų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos viešojo pirkimo komisijos posėdžio 2010 m. spalio 28 d. protokolu Nr. 3-D perkamų paslaugų techninėje specifikacijoje (1 priedas) numatytą sąlygą:

6.2. Apžvelgti PSO/EURO regiono ir ES politiką bei jos vertybines nuostatas sveikatos srityje.

6.2.1. PSO/EURO REGIONO IR ES POLITIKA BEI JOS VERTYBINĖS NUOSTATOS SVEIKATOS SRITYJE

1. PSO/EURO sveikatos vertybės, kuriomis nuo 1990 m. remiasi Lietuvos sveikatos politika

Sveikata - unikali vertybė, gamtos dovanota žmogui. Vokiečių filosofas Artūras Šopenhaueris yra pasakęs, kad „Sveikata taip pranoksta visas kitas gyvenimo vertybes, kad visai sveikas skurdžius laimingesnis už ligotą karalių“.¹⁸ Laimė ir pasitenkinimas gyvenimu tiesiogiai priklauso nuo sveikatos. Žinoma, kiekvienas žmogus laimę supranta savaip ir kartais ligotas žmogus gali prisitaikyti gyventi visuomenėje ir jaustis laimingu, nors ir būdamas nesveikas. Todėl laimė priklauso nuo požiūrio, o jį ir yra sunkiausia pakeisti. Žmogaus požiūris tausoti ir saugoti, o ne eikovoti ir gadinti sveikatą, yra viena iš didžiųjų visuomenės sveikatos ir sveikatos raštingumo problemų. Šalia sveikatos, kaip asmeninės vertybės, būtina išskirti sveikatą, kaip visuomeninę vertybę. Sveikata taip pat yra visos tautos, valstybės turtas, kurį tinkamai prižiūredami ir naudodami žmonės kaupia socialines, materialines, kultūrinės vertybes, kuria visuomenės gerovę, gamindamas bendrąjį Nacionalinį produktą, o ne naudodami jį savo gydymui. Sveikas, kupinas jėgų, energingas žmogus gali gyventi visavertį gyvenimą, patirti darbo ir kūrybos džiaugsmą.

Tyrimai rodo, kad visų kitų vertybių skalėje žmonės sveikatą iškelia į aukščiausią vietą¹⁹. Todėl sveikata turi būti pripažįstama, kaip politinė, ekonominė ir socialinė vertybė tiek asmens tiek visuomenės lygiu. Kuo stipriau išsivysčiusi valstybė, tuo labiau jos žmonės suvokia sveikatos, kaip asmeninės ir visuomeninės vertybės prasmę ir reikšmę. Tai labai priklauso ir nuo pačių žmonių sveikatos raštingumo lygio ir nuo vykdomos viešosios politikos.

Valstybės lygmeniu patvirtintuose nacionaliniuose ir tarptautiniuose dokumentuose yra įtvirtinti solidarumo, teismo, paslaugų prieinamumo ir kiti strategijos „Sveikata visiems“ principai²⁰. Lietuvos teisė esminių vertybinių nuostatų atžvilgiu atitinka europinę tradiciją, o paciento teisių atžvilgiu Lietuva dažnai minima tarp lyderių. Esminių vertybinių skirtumų nerastumėm ir daugumoje šalies politinių partijų programose. Teismo principas labiausiai įgyvendinamas per visuomeninį sveikatos sektoriaus finansavimą bei pacientų teisių laikymąsi. Valstybės sektorius visose Europos šalyse, išskyrus Kiprą, yra pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis. 2008 m. valstybės lėšomis, pasinaudojant bendruoju apmokestinimu arba socialinio draudimo įmokomis, finansuota vidutiniškai beveik trys ketvirtadaliai visų sveikatos priežiūros išlaidų. Liuksemburge,

¹⁸ Artūras Šopenhaueris. Gyvenimo išminties aforizmai / iš vokiečių kalbos vertė Alfonsas Tekorius. - 3-ioji patais. laida. - Vilnius : Tyto alba, 2007

¹⁹ Grabauskas V. , et al. Suaugusių Lietuvos gyventojų gyvensenos tyrimas, 2008. Kaunas, 2009, p. 155.

²⁰ R. Buivydas. Lietuvos sveikatos sistema. . Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Monografija, MRU, KMU, 2010, P.141-205.

Čekijoje, Šiaurės Europos šalyse (išskyrus Suomiją), Jungtinėje Karalystėje ir Rumunijoje valstybės finansuota dalis sudarė daugiau kaip 80 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų.²¹ Lietuvoje vis dar periodiškai atsinaujina diskusijos dėl galimybės iš esmės liberalizuoti sveikatos sektorių – dėl masinės sveikatinimo veiklos privatizacijos, socialinio sveikatos draudimo „išvalstybinimo“ arba žymaus valstybės įtakos apribojimo privačių draudimo kompanijų naudai. Tokie siūlymai per dvidešimt Nepriklausomybės metų nesusilaukė nei stipraus viešosios nuomonės, nei medikų bendruomenės palaikymo. Medikai gana palankiai vertina pasiūlymus įvesti dalinius mokėjimus (priemokas) už valstybinėse sveikatos įstaigose teikiamas paslaugas, bet tokį pasiūlymą palaiko labai mažai sveikatos paslaugų vartotojų ir politikų²².

Lietuvoje iš esmės sutariama dėl pagrindinių valstybės funkcijų laiduojant sveikatos paslaugas šalies gyventojams, todėl pastaruosius dvidešimt metų įtvirtinus mišrią sveikatos apsaugos valdymo ir finansavimo sistemą valstybinis finansavimas stabiliai užtikrina apie 60–70 procentų sveikatos sistemos pajamų. Tikėtina, kad šis, atitinkantis europinę tradiciją, rodiklis artimiausią dešimtmetį mažai keisis. Jei solidarumo bei teismo siekiai atsispindi ir Lietuvos teisės dokumentuose, bet praktikoje įgyvendinami su išlygomis, tai siekis užtikrinti aktyvią ligų prevenciją ir visos sveikatinimo veiklos efektyvumą teisiniuose dokumentuose nors ir atsispindi, bet labai sunkiai skinasi kelią į praktiką. Nepilnai išnaudojamas visuomenės sveikatos priežiūros potencialas, sveikatos technologijų, kurių efektyvumas yra įrodytas, vertinimas ir masinis diegimas į sveikatinimo praktiką. Panašu, kad žymi Lietuvos valstybės tarnautojų, įstaigų administratorių bei medicinos elito dalis per dvidešimt Nepriklausomybės metų vis dar neatsikratė mito apie tai, kad sveikatos sektorius yra negamybinis sektorius, kad vertybė yra ne efektyviai dirbti, o daug kalbėti apie nepakankamus žmonių ir finansinius išteklius. Mažai tikėtina, kad artimiausiais metais pastebimai išaugtų sveikatos sektoriaus išteklių kiekis, bet visos sveikatinimo sistemos darbą padaryti efektyvesnį vistiek yra įmanoma ir tokius žingsnius visuomenė vertintų labai palankiai.

Sveikatos sistema tiek Lietuvos sveikatos programoje, tiek kituose sveikatos politiką reglamentuojančiuose dokumentuose pabrėžia sveikatos bei sveikatos politikos, kaip vertybės, principus. Naujai parengtame dokumente „Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metmenys“, kuris patvirtintas LR Seimo nutarimu, deklaruojami šie PSO vertybes atitinkantys sveikatos politikos principai:

²¹ Health at a Glance: Europe 2010. Summary in Lithuanian. ISBN 978-92-64-090309 © OECD 2010, P.7.

²² G. Černiauskas, D. Jankauskienė. Antrasis reformų dešimtmetis. Sveikatos politika ir valdymas, Mokslo darbai. MRU, 2010 (2), P. 8

- *teisumo* – kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio, tačiau to siekdamas negali riboti tokios pačios kitų žmonių teisės;
- *solidarumo* – sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos jų nediferencijuojant pagal žmonių sumokėtų įmokų dydį, užtikrinant kryžminį subsidiarumą (sveikas padeda sergančiajam, turtingas neturtingam, jaunas – senam, dirbantysis – nedirbančiajam);
- *prieinamumo* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;
- *priimtimumo* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį;
- *lygybės* – sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems gyventojams nepriklausomai nuo amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės, vadovaujantis pagrindiniu kriterijumi – pagrįstu sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu;
- *visapusiškumo* – žmogus turi turėti galimybę gauti reikiamą sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos, slaugos ir kitą sveikatos priežiūrą;
- *laisvo pasirinkimo* – žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą;

Šalia šių pagrindinių sveikatos politikos principų dokumente pabrėžiama ir pertvarkos bei sistemos valdymo principai:

- *sąžiningos konkurencijos* – sveikatos sistemoje paslaugų teikėjai steigiasi ir veikia iš dalies valstybės reguliuojamoje rinkoje, tačiau sąžiningos konkurencijos sąlygomis;
- *sveikatos politikos tęstinumo ir nuoseklumo* – užtikrinant sveikatos priežiūros politikos tęstinumą, nepriklausomai nuo politinių partijų įtakos bei kaitos;
- *pagrįstumo* – sprendimai sveikatos sektoriuje turi būti priimami vadovaujantis mokslo įrodymais ir gera praktika pagrįstais klinikiniais bei vadybiniais sprendimais;
- *lygiateisiškumo* – visi sveikatos sistemos dalyviai – ir paslaugų gavėjai, ir teikėjai – yra lygiateisiai partneriai;

- *skaidrumo* – visuomenės ir paciento informavimas apie PSD finansuojamas paslaugų apimtis, papildomo sveikatos draudimo ir mokamų paslaugų gavimo galimybes;
- *integralumo* – užtikrinant subalansuotą visaapimantį (holistinį) požiūrį į individo ir visuomenės sveikatą, kaip fizinę, dvasinę bei socialinę gerovę.

2. PSO/EURO regiono ir ES politikos dokumentų apžvalga bei jos vertybinės nuostatos sveikatos srityje

Pasaulio sveikatos organizacijoje yra patvirtinti sveikatos politikos atskirų sričių vertybes deklaruojantys kai kurie dokumentai:

2.1. Alma Atos deklaracija

Tai dokumentas, apibūdinantis pirminę sveikatos priežiūrą ir jos vaidmenį sveikatos sistemoje. 1978 Alma Atoje Pasaulio sveikatos organizacija organizavo konferenciją, skirtą Pirminės sveikatos priežiūros, kaip pirmosios ir svarbiausios sveikatos sistemos grandies, su kuria susiduria pacientai, mokslo įrodymų paieškai ir pagrindimui²³. Jos metu susiformavo naujas PSP apibrėžimas, kuris sutrumpintai galėtų būti pateikiamas taip:

Pirminė sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos priežiūros sistemos, kurios pagrindu ji yra, ir bendros socialinės bei ekonominės šalies raidos dalis. Ji yra pirminė individo, šeimų ir bendruomenės kontakto su nacionaline sveikatos sistema grandis, priartinanti sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų, pirmasis nenutrūkstamo sveikatos priežiūros proceso elementas. Pirminė sveikatos priežiūra užsiima pagrindinėmis bendruomenės sveikatos problemomis, teikdama reikalingas profilaktikos, gydymo, išsaugojimo bei reabilitacijos paslaugas.”

Keturi pagrindiniai PSP strategijos elementai pateikiami 1978m. Alma-Atos konferencijos dokumente: perorientuoti sveikatos paslaugų teikimą taip, kad PSP taptų sistemos pagrindu, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra ją tik papildytų; gyvensenos ir aplinkos veiksnių įtakos sveikatai įvertinimas bei tarpsektorinis bendradarbiavimas turėtų tapti sveikatos politika; padidinti

²³ Alma-Ata 1978: primary health care.// Health for all series. WHO, Geneva. 1978. Vol. 1.

bendruomenės ir individo atsakomybę už savo sveikatą ir sprendimus dėl sveikatos apsaugos; efektyviai naudoti resursus ir daugiau jų skirti PSP stacionarinės grandies sąskaita.

Toliau PSO pateikė 8 veiklos sritis, sudarančias *pirminės sveikatos priežiūros* pagrindą:

- tinkamas labiausiai paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas;
- būtinausių vaistų tiekimas;
- sveikatos mokymas apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę;
- parama tinkamai mitybai, aprūpinimas maisto produktais;
- pakankamas aprūpinimas žmonių reikmėms naudojamu vandeniu ir pagrindinė sanitarijos veikla;
- motinos ir vaiko sveikatos priežiūra, šeimos planavimas;
- imunizavimas nuo svarbiausių infekcinių ligų;
- konkrečiai vietai būdingų ligų prevencija ir kontrolė.

Tai iš principo buvo naujas supratimas apie PSP funkcijas, kurios įtraukė ne tik ligų gydymą, tačiau ir rūpestį visuomenės sveikata plačiąja prasme, pabrėžiant integruotos veiklos: medicininės, visuomenės sveikatos bei socialinės priežiūros svarbą ir būtiną bendradarbiavimą.

Daugelis Europos šalių pradėjo pertvarkyti PSP, remdamosi šia chartija bei nauju moderniosios visuomenės sveikatos sąjūdžiu, kuriam 1986m. davė pagrindą Otavos chartija dėl sveikatos ugdymo ir propagandos. Priėmus šiuos principus, pradėjo formuotis nauja sveikatos samprata, turėjusi keisti sveikatos apsaugos specialistų požiūrį į ją.

2.2. Otavos chartija

Otavos sveikatos stiprinimo konferencijoje 1986 m. priimti sveikatos stiprinimo principai, vadinami „Otavos chartija“²⁴. Šis dokumentas išskėlė nemažai uždavinių.

1. Sukurti visuomenės politiką, padedančią stiprinti sveikatą.

Jame suformuoti tokie pagrindiniai teiginiai:

²⁴ Ottawa Charter for health Promotion. WHO. 1986

Sveikatos stiprinimas turi tapti pagrindine politikų ir vyriausybės visų veiklos sričių kryptimi. Su sveikata susijusios problemos turi būti sprendžiamos ir ne medicinos srityje. Bendras politikos tikslas — padėti žmonėms išlikti sveikiems.

2. *Sukurti aplinką, padedančią gerinti sveikatą.* Aišku, kad žmogaus ir visuomenės sveikata priklauso nuo jų santykių su aplinka. Visuomenė, nekreipianti dėmesio į ekologiją, kaip atsaką į savo nerūpestingą elgesį, turi daug sveikatos ir socialinių problemų. Sveikata neatsiejama nuo kintančių gyvenimo, darbo ir poilsio sąlygų, todėl itin svarbu, kad šios sąlygos būtų palankios ir stiprinančios sveikatą.

3. *Įtraukti į sveikatos stiprinimą bendruomenę.* Bendruomenė turi iškelti savo sveikatos stiprinimo iniciatyvas ir kontroliuoti jų įgyvendinimą. Medikai turi išmokti dirbti kartu su bendruomene, o ne tik jai vadovauti arba tarnauti.

4. *Tobulinti individualias sveikatos stiprinimo žinias bei įgūdžius.* Nuolat teikiama informacija, sveikatos mokymas padeda suprasti sveikos gyvensenos ir sveikatos stiprinimo principus, išmokti kontroliuoti savo sveikatą, aplinką, išvengti ligų.

5. *Perorientuoti sveikatos priežiūros tarnybas.* Atsakomybę už sveikatos stiprinimą sveikatos priežiūros tarnybose turi pasidalyti individai, visuomenės grupės, medicinos darbuotojai, vadovai bei vyriausybė. Tik visiems dirbant kartu, sveikatos priežiūros tarnybos padės stiprinti sveikatą.

Sveikatos stiprinimo idėja, kaip bendroji koncepcija ir buvo pasiūlyta 1986 m. Otavos konferencijoje. Jos apibrėžimas teigia:

Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją stiprinti.

Šie principai, iškelti Otavos chartijoje, rodo, kad sveikatos stiprinimo veiklos sfera labai plati, ir ją kartais sunku konkretinti.

2.3. Liubljanos chartija

Tai chartija apie sveikatos reformas Europoje. 1996 Liubljanos chartija priimta Slovėnijoje²⁵. Jos būtinumą padiktavo Centrinės ir Rytų Europos šalių vyriausybių reikalavimas Pasaulio sveikatos organizacijai ieškoti naujų mokslo įrodymų reformų vykdymui pereinant į rinkos ekonomikos sąlygas. Todėl PSO mokslininkai ir praktikai suformulavo pagrindinius principus, kuriuos rekomendavo

²⁵ The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, WHO, 1996. <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care.-1996>, žiūrėta: 2011.04.01

naudoti šalių vyriausybėms planuojant ir vykdant sveikatos reformas. Chartijoje išvardinti svarbiausi sveikatos reformų proceso elementai: struktūriniai pertvarkymai, o ne paprasti evoliuciniai pasikeitimai, nauji sveikatos politikos tikslai pertvarkant institucijas, ne atsitiktiniai pokyčiai ar vienkartinė “iš viršaus į apačią” nukreipta politika, bet dėsninga, patikima ir ilgalaikė pertvarka. Be to, pabrėžiama, kad ją turi remti nacionalinės, regioninės ir vietos valdžios struktūros.

Liubianos chartijoje apie sveikatos reformas Europoje buvo nubrėžti tokie pagrindiniai principai:

- Remtis etinėmis vertybėmis;
- Siekti sveikatos gerėjimo;
- Tenkinti gyventojų poreikius;
- Gerinti kokybę;
- Remtis patikima finansavimo sistema;
- Orientuotis į pirminę sveikatos priežiūrą.

Nubrėžti ir sveikatos reformos valdymo principai:

- Sveikatos apsaugos politikos rengimas ir vystymas:
 - Pagal “Sveikata visiems” politiką;
 - Pagal mokslo duomenimis pagrįstą politiką;
 - Pagal Vyriausybės dialogą su visuomene.
- Įsiklausyti į piliečių nuomonę ir pasirinkimą:
 - Piliečių nuomonė lemia SA tarnybų vystymą;
 - Pasirinkimo teisė ir kitos teisės tik su gera informacija.
- Reorganizuoti medicinos pagalbos teikimo sistemą.
- Žmogiškųjų resursų naudojimas:
 - Personalo kvalifikacija;
 - Personalo motyvacija darbui, kokybės, kainos efektyvumo ir galutinio rezultato problemos.

- Valdymo mechanizmo tobulinimas.
- Mokymas, remiantis patirtimi.

Kadangi kiekviena sveikatos reforma remiasi naujomis koncepcijomis, kurios atsiranda dėl bendrų vystymosi tendencijų bei naujų pokyčių pasaulyje, o taip pat yra susijusi su esamomis problemomis, kurios reikalauja skubių sprendimų. Be to, tai ilgalaikis procesas, nukreiptas žmonių sveikatos gerėjimo link, todėl sveikatos reformos yra vienas didžiausių iššūkių valstybėms ir patiems gyventojams.

2.4. Džakartos deklaracija

1997 m. Džakartoje vykusioje ketvirtojoje tarptautinėje sveikatos stiprinimo konferencijoje priimta deklaracija, kuri laikoma XXI amžiaus sveikatos stiprinimo vizija²⁶. Džakartos deklaracijoje numatyti XXI amžiaus sveikatos stiprinimo veiklos prioritetai:

1. Stiprinti socialinę atsakomybę už sveikatą.

Ir visuomeniniame, ir privačiame sektoriuose turi būti: vengiama pakenkti žmonių sveikatai; saugoma aplinka bei garantuojamas optimalus išteklių naudojimas; ribojama sveikatai kenksmingų produktų gamyba ir reklama; garantuojamos saugios gyvenimo ir darbo sąlygos; formuojant politiką, gyventojų sveikata vertinama lygybės požiūriu.

2. Didinti investicijas į sveikatos stiprinimą. Daugelyje šalių investicijos į sveikatos sritį yra neadekvačios ir neefektyvios. Jas didinant, būtina investuoti į daugelį sektorių, pavyzdžiui, į švietimo, gyvenimo sąlygų gerinimo sritis. Investicijos į sveikatos sritį turi atitikti specifinių gyventojų grupių, pavyzdžiui: moterų, vaikų, neturtingųjų, poreikius.

3. Plėsti bendradarbiavimą sveikatos stiprinimo srityje. Reikia, kad stiprinant sveikatą bendradarbiautų įvairiausi vyriausybės ir visuomenės lygiai, sluoksniai bei institucijos. Esami ryšiai turi būti stiprinami ir plečiami. Tai padeda pasidalyti patirtimi, įgūdžiais, ištekliais, tačiau būtina prisiminti ir laikytis etikos principų bei tarpusavio pagarbos.

4. Didinti bendruomenės ir individo galimybes. Savo sveikatą turi stiprinti pats žmogus ar bendruomenė. Tik sąmoningai apsisprendę, jie gali koreguoti sveikatos veiksnius. Norint išugdyti tokią bendruomenę, reikia sveikatos mokyti praktiškai, profesionaliai vadovauti bei turėti tam tikrų

²⁶ The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. WHO, 1997

išteklių. Ir tradicinės informavimo priemonės, ir nauji bendravimo metodai neabejotinai turi palaikyti šį procesą, pasitelkdami visus įmanomus socialinius, kultūrinius bei dvasinius išteklius.

5. *Garantuoti sveikatos stiprinimo infrastruktūrą.* Turi būti sukurti nauji vietiniai, nacionaliniai ir globaliniai sveikatos stiprinimo finansavimo mechanizmai. Mobilizuojant sveikatos stiprinimui reikiamus išteklius, būtina sukurti valstybinių, visuomeninių ir privačių organizacijų, švietimo skatinimo priemonių sistemą. Kad veiksmingai bendradarbiautų sektoriai, reikia sukurti naujas struktūras, kurios padėtų keistis informacija bei pagalba šalių viduje ir tarp jų. Turi būti tobulinami vietinio vadovavimo sveikatos stiprinimo veiklai įgūdžiai, visose šalyse sukurta sveikatos stiprinimui palanki politinė, įstatyminė, socialinė, švietimo bei ekonominė aplinka.

Norint paspartinti pasaulinę sveikatos stiprinimo pažangą, turi būti suformuotas *pasaulinis sveikatos stiprinimo aljansas*. Šio aljanso prioritetai:

- labiau rūpintis kintančiais veiksniais, turinčiais reikšmės sveikatai;
- skatinti bendradarbiavimą; mobilizuoti išteklius;
- kaupti žinias ir geriausios veiklos pavyzdžius; skatinti bendrą mokymąsi; stiprinti solidarumą;
- puoselėti atvirumą, visuotinumą ir visuomenės atsakomybę už sveikatos stiprinimo veiklą.

2.5. Bankoko chartija

Bankoko chartija apibūdina valstybių veiksmus ir įsipareigojimus sveikatos ugdymui pasaulyje²⁷. Jei 1986-ųjų Otavos Chartija nustatė pagrindinius sveikatos ugdymo principus, kuriais buvo siekiama paveikti lemiamus neigiamus sveikatos veiksnius ar pagrindines priežastis, tai Bankoko chartija siekiama sveikesnio pasaulio ir stiprių politinių veiksmų, plataus dalyvavimo, palaikymo bei propagavimo.

Pajamos, išsilavinimas, profesija, darbo sąlygos, psichinė sveikata yra socialiniai ir ekonominiai faktoriai, lemiantys sveikatos būklę. Jie gali paveikti tokius rizikos faktorius, kaip rūkymas, alkoholio vartojimas, valgymo įpročiai ir fizinis aktyvumas. Norint pažangiai įgyvendinti strategijas, kaip paveikti šiuos rizikos faktorius, visi sektoriai turi vykdyti tam tikras veiklas. Tai yra

²⁷ *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (WHO 11 August 2005).*
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/, žiūrėta: 2011.04.01

propaguoti sveikatą, grindžiamą žmogaus teisėmis ir solidarumu, **investuoti** į palaikančias strategijas, veiksmus ir infrastruktūrą, kurie susiję su sveikatą lemiančiais veiksniais, **sukurti** galimybes strategijų vystymuisi, lyderystei, sveikatos gerinimo praktikai, tyrimams ir žinių srautams bei sveikatos raštingumui, **reguluoti ir įstatymiškai užtikrinti** aukšto lygio apsaugą nuo žalos sveikatai bei suteikti lygias galimybes visų žmonių sveikatai ir gerovei, **bendradarbiauti** su viešomis, privačiomis, nevalstybinėmis ir tarptautinėmis organizacijomis bei visuomene, kuriant remiančius veiksmus. Šioje chartijoje numatytos keturios strategijos sveikatos gerinimui:

Sveikatos ugdymą pripažinti sistemos vystymo pagrindu. Tam reikalingi glaudūs tarpvalstybiniai susitarimai, kurie padėtų gerinti sveikatą ir sveikatos apsaugą. Valstybė ir tarptautinės struktūros turi stengtis sumažinti atotrūkį tarp turtingųjų ir vargšų. Globaliniam sveikatos valdymui yra reikalingi efektyvūs mechanizmai, nukreipti į visus efektus, kurie yra kenksmingi prekyboje, gamyboje, paslaugose, rinkodaroje. Sveikatos ugdymas turi tapti vidaus ir užsienio politikos, tarptautinių santykių, įskaitant ir karo bei konfliktų atvejus, neatskiriama dalimi. Tai reikalauja veiksmų, skatinančių dialogą ir bendradarbiavimą tarp valstybių, visuomenės ir privataus sektoriaus. Šios pastangos gali formuotis remdamosis kai kurių egzistuojančių sutarčių, kaip Pasaulio Sveikatos Organizacijos Tabako Kontrolės Pagrindų Konvencija, pavyzdžiu.

Sveikatos ugdymą pripažinti esmine visos vyriausybės atsakomybe. Visos vyriausybės visuose lygmenyse turi nedelsiant imtis spręsti klausimus, susijusius su prasta sveikatos būkle bei nelygybe, nes sveikata yra pagrindinis socioekonominio ir politinio vystymosi veiksnys. Vietinės, regioninės ir nacionalinės vyriausybės turi teikti pirmenybę investicijoms į sveikatą tiek sveikatos sektoriaus viduje, tiek ir išorėje bei užtikrinti sveikatos gerinimo finansavimą. Norėdami tai pasiekti, visi valstybės lygmenys turi detalai apibūdinti politikos ir įstatymų leidimo pasekmes sveikatai, naudojant tokius įrankius, kaip vienodą poveikio sveikatai vertinimą.

Sveikatos ugdymą pripažinti esminiu visuomenės ir bendruomenių akcentu. Visuomenė ir bendruomenės dažnai lemia sveikatos ugdymo iniciatyvas, jos formavimą ir vykdymą. Jos turi turėti teises, resursus ir galimybes, kad galėtų įnešti savo indėlį į sveikatos gerinimą. Mažiau išsivysčiusiose bendruomenėse šių galimybių suteikimas yra ypač svarbus. Gerai organizuotos ir turinčios galimybių bendruomenės gali efektyviai spręsti reikalus apie savo sveikatą bei priversti vyriausybę ir privačius sektorius, kurie savo politika ir praktika yra atsakingi už pasekmes sveikatai, prisiimti atsakomybę už savo veiksmus. Visuomenė turi naudotis savo galia rinkoje, teikdama pirmenybę prekėms, paslaugoms ir akcijoms tų kompanijų, kurios yra bendrosios socialinės atsakomybės pavyzdys. Eiliniai bendruomenės projektai, visuomeninės grupės ir

moterų organizacijos parodė savo efektyvumą gerinant sveikatą bei tapo sektiniais pavyzdžiais kitiems. Profesinės sveikatos organizacijos taip pat turi įnešti specialų savo indėlį.

Sveikatos ugdymą pripažinti gera kolektyvine praktika. Jungtinės sektorių pajėgos bei susiklausymas daro tiesioginę įtaką žmonių sveikatai ir ją lemiantiems veiksniams įtakodamos tiek vietinę situaciją, tiek nacionalinę kultūrą, tiek aplinką, tiek gerovės pasiskirstymą. Privatus sektorius, kaip ir kiti darbdaviai bei nevyriausybinis sektorius, yra atsakingi už sveikatos ir darbo saugumo užtikrinimą ir savo darbuotojų, jų šeimų ir bendruomenių sveikatos ir gerovės palaikymą. Privatus sektorius taipogi gali prisidėti mažinant neigiamus poveikius sveikatai. Etiška ir atsakinga verslo praktika bei sąžininga prekyba turi būti remiama vartotojų, bendruomenės ir vyriausybės tam tikromis paskatomis bei teigiamų pavyzdžių palaikymu.

2.6 Sveikata visiems XXI amžiuje

Sveikata visiems XXI amžiuje- tai Pasaulinė sveikatos deklaracija, priimta 1998m. gegužės mėn.²⁸ Ji priimta Pasaulio sveikatos bendrijos penkiasdešimt pirmoje Pasaulio sveikatos asamblėjoje. Pasaulio sveikatos organizacijos valstybės narės dar kartą patvirtino savo įsipareigojimus, išdėstyti PSO konstitucijoje, kad siekis būti kuo geresnės sveikatos – viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių. Todėl ir toliau skatinama gerbti ir vertinti kiekvieną žmogų, turintį lygias teises bei pareigas ir besidalijantį atsakomybe už visuomenės sveikatą.

“Patvirtiname, kad rūpinsimės sveikata, stengdamiesi sudaryti būtinas sveikatos priežiūros sąlygas. Žinodami esamus pasaulio sveikatos pokyčius, sieksime, kad “Sveikatos visiems XXI a.” politika būtų kuo efektyvesnė. Todėl ir toliau tobulinsime regionų ir nacionalinę sveikatos politiką ir strategiją.

Mūsų pareiga – stiprinti, adaptuoti ir reformuoti sveikatos priežiūros sistemas. Ketiame užtikrinti pagrindinius pirminės sveikatos priežiūros principus, kurie buvo pateikti Alma-Atos deklaracijoje ir išplėtoti naujoje programoje.”

“Mes, pasaulio sveikatos organizacijos nariai, iškeldami bei puoselėdami teises ir principus, veiksmus ir pareigas, išdėstyti šioje deklaracijoje, derindami veiksmus, visuotinę narystę ir bendradarbiavimą, kviečiame visus žmones ir organizacijas pasidalyti XXI a. visuomenės sveikatos vizija, perspektyva ir stengtis kartu ją įgyvendinti.”

PSO Europos regiono “Sveikata visiems XXI a.” politiką sudaro:

²⁸ Sveikata visiems XXI amžiuje. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, 1999

- pagrindinė nekintanti kryptis – siekis sukurti visapusišką sveikatos potencialą.

-du pagrindiniai tikslai, padedantys gerinti sveikatą, atitinkantys pagrindinę kryptį:

- Žmonių sveikatos priežiūra ir nuolatinis jos saugojimas visą gyvenimą;
- Įvairių ligų, traumų atsiradimo bei sergamumo mažinimas.

- trys pagrindinės moralinės vertybės:

- Sveikata – žmogaus teisių pagrindas;
- Sveikatai gerinti organizuojamos šalių žmonių grupių ir skirtingų lyčių teismo ir solidarumo akcijos.
- Aktyvus asmenų, grupių, bendruomenių, institucijų, organizacijų ir sektorių dalyvavimas gerinant sveikatą.

1 lentelė Pasaulio ir regionų “Sveikata visiems XXI a.” siekiniai

“Sveikata visiems XXI a.” politikos metmenys Europos regionui – 21 siekinys	Strategijos, siekiant įgyvendinti siekinius (svarbiausi akcentai)	“Sveikata visiems XXI a.” – 10 siekinių pasauliui
1. Bendradarbiavimas, siekiant pagerinti sveikatos priežiūrą Europos regione.	Pasidalijimas vizija, Europos išteklių, žinių ir patirties perteikimas. Gausesnė ir geriau koordinuota parama šalims, kurioms jos reikia, atsižvelgiant į programos remiamus plėtros planus.	1. Sveikatos priežiūros teismo skatinimas
2. Sveikatos priežiūros teismas	Tai politikų, įstatymų bei akcijų sukeltų socialinių ir ekonominių prieštaravimų tarp gyventojų grupių mažinimas.	
3. Sveika gyvenimo pradžia	Investicijos į socialinę šeimų gerovę.	2. Ilginti gyvenimo trukmę ir gerinti gyvenimo kokybę.
4. Jaunų žmonių sveikata	Saugios socialinės ir ekonominės aplinkos sukūrimas. Sveikatos, mokslo bei socialinių tarnybų bendradarbiavimas.	
5. Sveika senatvė	Būsto, pajamų problemų sprendimas bei priemonės, padedančios užtikrinti savarankiškumą ir socialinį produktyvumą.	

	Sveikatos gerinimas ir priežiūra visą gyvenimą.	
6. Psichikos sveikatos gerinimas	Gyvenimo ir darbo sąlygos, nuosekliai padedančios įsitraukti į socialinę aplinką, užtikrinančios socialinius santykius. Darbo su psichikos neįgaliaisiais kokybė.	3. Keisti pasaulio penkių pagrindinių pandemijų tendencijas.
7. Užkrečiamųjų ligų mažinimas	Poliomielito, tymų ir naujagimių stabilgės išaiškinimas ir plitimo ribojimas. Suderinti tarptautiniai šio siekio planai, imunizacijos ir kontrolės strategijos.	4. Tam tikrų ligų išnaikinimas ir kontrolė.
8. Neužkrečiamųjų ligų mažinimas.	Neužkrečiamųjų ligų rizikos veiksnių prevencija ir kontrolė. Sveikos visuomenės politikos, įtraukiant visą Europą į judėjimą už sveiką gyvenseną.	Keisti pasaulio penkių pagrindinių pandemijų tendencijas.
9. Traumų nuo smurto ir nelaimingų atsitikimų mažinimas.	Didesnis dėmesys gyvenimo ir darbo aplinkos saugumui, socialiniam tolygumui.	
10. Sveika ir saugi fizinė ir psichinė aplinka.	Nacionaliniai ir vietiniai akcijų už sveiką aplinką planai. Teisiniai ir ekonominiai svertai, mažinantys atliekų sankaupas ir taršą.	5. Gerinti vandens, higienos, maisto ir pastogės prieinamumą visiems žmonėms.
11. Sveikesnė gyvensena	Akcijos, skatinančios sveikos mitybos, tinkamo fizinio krūvio ir sveiko lytinio gyvenimo pasirinkimą.	6. Sveikos gyvensenos propagavimas ir kova su žalingais įpročiais.
12. Alkoholio, narkotikų ir tabako žalos mažinimas.	Išplėstinės strategijos, siekiant kovoti su potraukiu alkoholiui, narkotikams bei tabakui ir gydyti priklausomybę nuo jų.	
13. Sveikatingumo prielaidos.	Daugelio sektorių veiksmai, sudarantys sąlygas siekti geresnės sveikatos namuose, mokyklose, darbo vietose, miestuose.	
14. Tarpsektorinė atsakomybė už sveikatą.	Būtinasis visų sektorių atsiskaitomumas už jų įtaką sveikatai.	
15. Integruotas sveikatos sektorius.	Pirminė sveikatos priežiūra šeimose ir bendruomenėse, lanksti ligoninių sistema.	8. Geresnis visapusiškos, būtinos, kokybiškos sveikatos priežiūros prieinamumas.

16. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas.	Sveikatos rodikliai, skatinantys sveikatos gerinimo programas ir pacientų sveikatos priežiūrą.	
17. Sveikatos tarnybų lėšų ir išteklių paskirstymas.	Finansavimo sistemos, skatinančios universalų sveikatos kaštų dengimą, solidarumą ir rėmimą. Pakankami finansų ištekliai, skirti prioritetinėms sveikatos reikmėms.	
18. Darbuotojų užtikrinimas sveikatos reikmėms.	Mokymas, paremtas "Sveikata visiems XXI a." principais. Visuomenės sveikatos profesionalai parengti taip, kad galėtų atstovauti visuomenės interesus.	
19. Moksliniai tyrimai ir žinios – sveikatai.	Moksliniai tyrimai skirti sveikatos reikmėms. Būdai, padedantys derinti praktiką ir mokslą laimėjimus.	9. Pasaulio ir nacionalinių sveikatos informacijos bei apžvalgos sistemų diegimas 10. Mokslinių tyrimų sveikatos labui rėmimas.
20. Partnerių sutelkimas sveikatos siekiniams siekti.	Atstovavimas, koalicijos ir bendri veiksmai už sveikatą. Sektoriai ir veikiantys asmenys, suprantantys, kad investicijos į sveikatą duoda abipusės naudos.	
21. Sveikatos politika ir strategijos visiems įgyvendinimas ir kontrolė.	"Sveikata visiems XXI a." (siekiniai ir rodikliai), suformuluotos ir įdiegtos atskirose bendruomenėse ir šalyje, įtraukiant svarbiausius sektorius ir organizacijas.	

2.7. Europos Sąjungos visuomenės sveikatos strategija

Europos Sąjungos įsipareigojimų savo gyventojų sveikatai istorinė raida klostėsi taip:

- 1957 m. – Europos Ekonominės Bendrijos (EEB) sutartyje dar nebuvo bendros sveikatos politikos nuostatų;
- 1987 m. – suvestiniu Europos aktu (100 a ir 118 a straipsniai) įtrauktos nuostatos, reglamentuojančios sveikatos apsaugos ir darbo aplinkos taisyklių derinimą;
- 1992 m. – Mastrichto sutarties, įsigaliojusios 1993 m., aplinkos apsaugos (130 straipsnis) ir vartotojų apsaugos (129 straipsnis) jau reglamentuoja visuomenės sveikatos veiksmus.

Tuometinės sutartį pasirašiusius Europos Sąjungos šalys savo visuomenės sveikatos programoje numatė 8 prioritetines veiklos sritis;

- 1997 m. – Amsterdamo sutartis, kurią pasirašė 15 šalių ir kuri įsigaliojo 1999 m., numatė tolesnę ES sveikatos politikos plėtrą. Jos 152 straipsnis įpareigojo užtikrinti efektyvią sveikatos apsaugą vystant ir įgyvendinant bet kurios srities Europos politiką;
- 2002 m. – ES visuomenės sveikatos programoje 2003-2008 m. Numatyti 3 strateginiai prioritetai: sveikatos informacija, sveikatą lemiantys veiksniai, atsakas į grėsmes.

2000 m. Briuselyje buvo paskelbtas ES visuomenės sveikatos strategijos dokumentas²⁹. Jame buvo pabrėžiama:

„Pasaulyje, kuriame žmonės keliauja iš šalies į šalį, iš kontinento į kontinentą, užkrečiamomis ligomis negali būti rūpinamasi tik šalies ribose. Rūkymo, prasto maitinimosi ar užterštumo sukeltos ligos kelia susirūpinimą visoms ES šalims. Vienoje rinkoje farmacinių ar kraujo produktų saugumas yra bendroji atsakomybė. Nors pirminė atsakomybė už sveikatos priežiūrą tenka kiekvienai valstybei atskirai, ES gali padėti efektyviau įveikti sunkumus.“

ES Visuomenės sveikatos strategija siekiama:

- Pagerinti sveikatos informaciją tiek piliečiams, tiek vyriausybėms;
- Sukurti mechanizmą, leidžiantį greitai reaguoti į dideles sveikatos grėsmes;
- Geriau suprasti faktorius, kurie gali paveikti sveikatą, gyvenimą. Šie faktoriai- tai mityba, fizinis aktyvumas, o taip pat aplinkos faktoriai: pvz. elektromagnetiniai laukai, triukšmas ar cheminis užterštumas.

2002 m. ES visuomenės sveikatos programoje 2003-2008 m. buvo numatyti 3 strateginiai prioritetai: sveikatos informacija, sveikatą lemiantys veiksniai, atsakas į grėsmes³⁰.

Duomenų rinkimo gerinimui, informacijos apskaitimui bei suvokimui, kaip ES politika veikia sveikatą, ES išleidžia apie 50 milijonų eurų kasmet. Nuo 2003 iki 2008m. kasmet buvo monitoruojama, ar visuomenės sveikatos strategija turi tvirtą mokslinį pagrindą. Kiti prioritetai yra susiję su mitybos, fizinio aktyvumo, tabako, alkoholio, narkotikų, genetinių faktorių, amžiaus bei lyties įtakos sveikatai

²⁹ Europa. Summaries of EU legislation.

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/index_en.htm.

Žiūrėta 2001.04.08.

³⁰ Public health Health program. http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2003-2008/index_en.htm

Žiūrėta 2001.04.08.

strategijomis. ES taip pat finansuoja tyrimus, ar visiems piliečiams prieinamas geriausias įmanomas sveikatos lygis. Didžiausių sveikatos problemų, tokių kaip nutukimas ar kai kurios vėžio rūšys, svarba kiek skiriasi visoje ES. ES plėtra išryškino tam tikrus netolygumus, kaip pvz., gyvenimo trukmė naujose valstybėse narėse yra žemesnė, ar pvz. motinų bei kūdikių mirtingumo rodikliai yra didesni.

Susirgimų prevencija ir kontrolė

Jau kurį laiką ES pripažįsta, jog reikia tobulinti sugebėjimą apsaugoti savo piliečius nuo užkrečiamų ligų bei bio-terorizmo grėsmių. SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) labiau paveikė kitas pasaulio šalis, bet nepaisant to buvo kaip „žadintuvas“, kuris parodė visas egzistuojančias informacijos apsikeitimo spragas ES.

ES yra pasiruošusi bet kokio viruso kontrolei, ar tai būtų SARS, ar tik gripas, tačiau mažai pajėgi sustabdyti šių ligų plitimą. Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras, pradėjęs veikti 2005m. gegužę Stokholme, tai žada pakeisti. Sukūrusi centrinę būstinę, pakeisiančią dabartinius neformalius bendradarbiavimo susitarimus, ES galės greičiau reaguoti – o greita reakcija gali padaryti didžiulę įtaką tarp mažo protrūkio ir didelės epidemijos.

Aplinka ir sveikata

Aplinkos faktoriai įtakoja nuo ketvirtadalio iki trečdaliao susirgimų ir ligų industrinėse šalyse. Stipriausią poveikį jos turi vaikams ir kitoms pažeidžiamoms grupėms, kaip pvz. pagyvenusieji. Naujoji 2003m. sukurta strategija padės kovoti su tam tikrais aplinkos faktoriais, turinčiais įtakos visuomenės sveikatai. Pagrindiniai šios strategijos elementai yra žinomi SCALE akronimu (science – mokslas, children – vaikai, awareness - žinojimas, legislation – įteisinimas ir evaluation – įvertinimas). 2004-2010m. prioritetai įtraukti į Aplinkos ir Sveikatos veiklos planą. Jame numatyta studija apie aplinkos veiksnius ir astmą, vaikų alergijas ir kvėpavimo takų ligas, vėžinius susirgimus vaikystėje ir nervinius sutrikimus, tokius kaip autizmas ir kalbos problemos.

Rūkymas ir sveikata

ES yra aktyvi kovotoja prieš rūkymą. ES vyriausybės sutarė uždrausti tabako reklamą ir tabaką gaminančių kompanijų renginių rėmimą nuo 2005m. rugpjūčio 1d. ES taisyklės jau riboja priemaišų vartojimą, įspėjimai jau yra privalomi, draudžiami klaidinantys reikalavimai, yra nustatytos maksimalios dervų, anglies monoksido ir nikotino cigaretėse normos.

Narkotikai ir sveikata

ES veiklos planas kovoje su narkotikais susideda iš kovos su narkotikų platintojais ir su narkotikais susijusių nusikaltimų teisės ir politikos derinimu. Per 2000-2004m. ES buvo iškėlusį tikslus sumažinti nelegalių narkotikų vartojimą, įskaitant ir "ecstasy", heroiną bei amfetaminus, ir kovoti su narkotikais susijusiomis ligomis (tokiomis kaip hepatitas C, tuberkuliozė, ŽIV/AIDS) bei su narkotikais susijusiomis mirtimis. Plano esmėje pabrėžiama prevencija, švietimas ir žinojimas.

Saugus medicininis gydymas

Saugus medicininis gydymas, taikant tuos pačius kokybės standartus, yra pirminis ES rūpestis tiek visuomenės sveikatos politikoje, tiek rinkos politikoje. Yra pabrėžiamos tokios priemonės:

- Saugūs vaistai bei greitas informacijos sklaidymas per ES dėl bet kokios vaistų kokybės problemos;
- Racionalesnės naujų vaistų patvirtinimo procedūros;
- „Kūdikams“ skirtų vaistų plėtra mažais kiekiais retiems susirgimams gydyti;
- Saugūs medicininiai įrenginiai. Pradedant klubų sąnarių implantais, baigiant tvarsčiais bei akiniais.
- ES yra sutarusi dėl vieningo ES kokybės ir saugumo standarto laikymosi kraujo produktų, audinių bei ląstelių ir organų transplantavimui ir jų vartojimui, platinimui ir laikymui. Europos komisija taipogi ieško technologinių galimybių palengvinti neįgalųjų gyvenimą.

Gydymo prieinamumas

Teisė laisvai keliauti ar gyventi bei dirbti bet kur ES būtų nesąmoninga, jeigu ES piliečiai negalėtų gauti sveikatos priežiūros ten, kur jie yra. Socialinio saugumo teisių pripažinimas užtikrina, kad sveikatos priežiūra yra suteikiama bet kuriam susirgusiam gyventojui būnant kitoje valstybėje narėje ir kai kuriose kitose Europos šalyse taip pat. Europos sveikatos draudimo pažymėjimas palengvina verslo žmonėms ar keliautojams reikalauti šių teisių. Šis pažymėjimas įsigaliojo 2004m. birželio 1d. Tam tikrais atvejais, ES piliečiams suteikta teisė vykti gydytis į kitą šalį narę. Tai ypač svarbu žmonėms, gyvenantiems netoli sienų ar kuriems reikia specialaus gydymo.

Informacinės technologijos sveikatai

Žmonių susirūpinimas savo sveikata jau senai susikirto su daugeliu ES politikų, tokių kaip socialinė ir darbo politika (įskaitant sveikatos ir darbo saugos), vieningos rinkos bei aplinkos politika. Vėliau ES sukūrė sąryšį tarp informacinės visuomenės ir sveikatos. Aukšto pralaidumo duomenų bazės įgalino

susisiekti su sveikatos profesionalais visoje ES. ES sveikatos svetainė ir ES finansuojami kokybės kriterijai interneto puslapiams yra viena iš ES ateities galimybių.

2005 m. balandžio 6 d. Europos komisija patvirtino Sveikatos ir vartotojų apsaugos strategiją ir pasiūlė Parlamentui patvirtinti šios srities programą 2007-2013 m., kas ir buvo padaryta.

2.8. Baltoji knyga „Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris“

Europos Bendrijų Komisijos 2007 m. spalio 23 d. parengta ir patvirtinta Baltoji knyga „Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris“ numato ES šalių narių sveikatos politikos ir piliečių sveikatos priežiūros bendrąsias strategines priemones ir veiksmus 2008-2013 m. laikotarpyje, siekiant užtikrinti pagrindinių ES sutartyse minimų principų įgyvendinimą tarptautiniu mastu³¹.

Europos Sąjungos sutartyse visur akcentuojama sveikatos svarba tokiose politikos kryptyse, kaip ryšys tarp sveikatos ir ekonomikos klestėjimo, žmonių teisėse dalyvauti priimančioms sprendimams dėl jų sveikatos ir sveikatos priežiūros. Visos ES valstybės narės atsako už sveikatos politiką ir Europos piliečių sveikatos priežiūrą. Tačiau yra sričių, kuriose valstybės narės veiksmingai veikti vienos negali, o bendradarbiavimas Bendrijos lygiu yra neišvengiamas. Šios sritys apima dideles grėsmes sveikatai ir tarpvalstybinio ar tarptautinio masto problemas, kaip antai pandemijos ir bioterorizmas, taip pat su laisvu prekių, paslaugų ir asmenų judėjimu susijusios problemos. Laisvo asmenų ir paslaugų judėjimo kontekste yra svarbu garantuoti panašaus lygio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei kokybę valstybėse narėse ir užtikrinti pacientų teises

Yra keletas vis svarbesnėmis gyventojų sveikatai tampančių problemų, kurioms spręsti reikalingas naujas strateginis požiūris. Tuo tikslu buvo parengtas ir patvirtintas „Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris“ dokumentas. Juo siekiama numatyti kryptį Bendrijos veiksams sveikatos politikos srityje.

Šioje knygoje siūlomi **4 pagrindiniai strategijos principai:**

- 1 PRINCIPAS. BENDROMIS SVEIKATOS VERTYBĖMIS PAGRĮSTA STRATEGIJA
- 2 PRINCIPAS. SVEIKATA YRA DIDŽIAUSIAS TURTAS
- 3 PRINCIPAS. SVEIKATOS ASPEKTAI VISOSE POLITIKOS SRITYSE
- 4 PRINCIPAS. ES ĮTAKOS SPRENDŽIANT SVEIKATOS PROBLEMAS PASAULINIU MASTU STIPRINIMAS

1 PRINCIPAS. BENDROMIS SVEIKATOS VERTYBĖMIS PAGRĮSTA STRATEGIJA

Pamatinės vertybės yra pagrindiniai sveikatos politikos principai, tokie, kaip *visuotinumumas, teisingumas, solidarumas, prieinamumas, priimtinumumas, lygybė, visapusiškumas*. Jie

³¹ Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf, žiūrėta: 2011.04.01

remiasi galimybės naudotis geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis bei piliečių įtraukimu priimant sprendimus.

Sveikatos priežiūra tampa vis labiau orientuota į pacientą ir vis labiau individualizuota, kai pacientas tampa aktyviu sveikatos priežiūros subjektu, o ne vien tik šių paslaugų teikimo objektu. Dirbant pagal Piliečių darbotvarkę Bendrijos sveikatos politikoje piliečių ir pacientų teisės turi būti esminis atspirties taškas. Tai apima dalyvavimą ir įtaką priimant sprendimus bei gerovei reikalingus gebėjimus, įskaitant „sveikatos raštingumą“ pagal Europos mokymosi visą gyvenimą kompetencijų sistemą, pvz., kreipiant dėmesį į mokyklos ir internetu pateikiamas programas.

Šiam vertybėmis pagrįstos strategijos principui įgyvendinti suformuluotas strateginis tikslas:

SVEIKATOS UGDYMAS SENĖJANČIOJE EUROPOJE

Gyventojų senėjimas, nulemtas mažo gimstamumo ir ilgėjančios gyvenimo trukmės, yra akivaizdus. 2050 m. vyresnių negu 65 m. gyventojų skaičius Europoje padidės 70%. Vyresnių negu 80 metų gyventojų grupė padidės 170%. Tai nepaprastai aktualu Lietuvai, kaip mažai ES valstybei, turinčiai nedaug resursų.

Šie pokyčiai gali nulemti sveikatos priežiūros paslaugų paklausos didėjimą tuo pačiu mažėjant darbingo amžiaus gyventojų skaičiui. Dėl šio poveikio galėtų padidėti išlaidos sveikatos priežiūrai valstybėse narėse nuo 1 iki 2% BVP 2050 m. Vidutiniškai išlaidos sveikatos priežiūrai išaugtų apie 25% (kaip BVP dalis). Tačiau Komisijos prognozės rodo, kad jei žmonės lieka sveikesni ilgiau gyvendami, išlaidų sveikatos priežiūrai augimas būtų per pusę mažesnis.

Sveiką senėjimą reikia remti veiksmais, skirtais sveikatai ugdyti ir užkirsti kelią ligoms viso gyvenimo laikotarpiu sprendžiant problemas susijusias su sveikatą lemiančiais veiksniais – bloga mityba, fiziniu aktyvumu, alkoholio, narkotikų ir tabako vartojimu, aplinkos pavojais, nelaimingais atsitikimais keliuose ir buityje. Vaikų, darbingo amžiaus suaugusiųjų ir pagyvenusių žmonių sveikatos gerinimas padės išugdyti sveiką, darbingą visuomenę ir remti sveiką senėjimą dabar ir ateityje. Sveikas senėjimas taip pat yra remiamas veiksmais, kuriais skatinama sveika gyvensena ir mažinamos žalingos elgsenos apraiškos, siekiama užkirsti kelią konkrečioms ligoms, įskaitant genetinius sutrikimus, ir jas gydyti. Sveikatos sistemos reforma ir yra nukreipta tam, kad žmonės stiprindami ir ugdydami sveikatą per anksti nesusirgtų, o susirgę gautų kokybišką ir prieinamą pagalbą.

Be to, Komisija rekomenduoja, jog reikia toliau dirbti sprendžiant su krauju, audiniais, ląstelėmis ir organais susijusius probleminius klausimus, įskaitant transplantacijos problemas.

Dar 1998 m. priimtoje 1998-2010 metų Lietuvos sveikatos programoje (Žin., Nr. 64-1842, 1998) dauguma tolimųjų (iki 2010 m.) uždavinių ir buvo suformuluoti siekiant įgyvendinti dalį šiame strateginiame dokumento tekste minimų problemų. Vienas iš uždavinių buvo:

1. Gerinti gyventojų sveikatingumo rodiklius įgyvendinant specializuotus šios programos tikslus.

Nuo 2008 metų nuosekliai dirbama šia linkme ir jau pasiekta tam tikrų laimėjimų: dėka efektyvios ir kryptingos sveikatos politikos strategijos, per pastaruosius metus daugiau nei dvigubai išaugo pacientų teisių išmanymas, ką rodo 2008 m. atliktas pacientų pasiteikinimo sveikatos priežiūros paslaugomis tyrimas „Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemos procese įvertinimas“³². Taip pat pažymėtina, jog 2009 m. priimta nauja pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakcija (Žin., 2009, Nr. 145-6425) įtvirtino ir padeda dar efektyviau užtikrinti tokias teises kaip teisė į sveikatos priežiūrą, teisė į sveikatos priežiūros prieinamumą, teisė pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą, sveikatos priežiūros įstaigą, teisė į informaciją, paciento dalyvavimas mokymo procese, teisė atsisakyti gydymo, privataus gyvenimo neliečiamumas ir t.t. Esminiai naujo LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimai yra susiję su žalos, padarytos pacientams teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atlyginimu bei privalomąja sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės drauda³³. Labai svarbu, kad pacientų teisių įgyvendinimas, kuriame vieną svarbiausių dalykų sudaro sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, būtų nuolat tyrinėjami ir lyginami dinamikoje.

Mokyklose pradedama diegti ir sėkmingai vystomos sveikos gyvensenos mokymo programos, daug dėmesio skiriama vaikų profilaktikos programoms (vaikų burnos ertmės ligų profilaktikos programa, valstybinė traumatizmo profilaktikos programa, vaikų dantų edukacijos profilaktikos programa, ir daugelis kitų).

Nuo 1996 m. rengiamos ir valstybinės sveikatos programos, kurių rengimo ir įgyvendinimo tikslas - pagerinti gyventojų sveikatos būklę, sumažinti atskirų socialinių ir profesinių grupių atsilikimą pagal sveikatos būklės rodiklius nuo bendrojo gyventojų sveikatos lygio, saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir invalidumo. Visos programos Lietuvoje grindžiamos žinybų bendradarbiavimo strategija sprendžiant tam tikras sveikatos problemas, nors kol kas gana sunku įtraukti kitus sektorius bendrom pastangom rūpintis Lietuvos gyventojų sveikata. Ši strategija numato teisinės, organizacinės, ekonomines ir kitas svarbias valstybinio reguliavimo priemones.

Kaip teigiama dokumente „Kartu sveikatos labui“, su sveikatos gerinimu susijusios vertybės turi apimti **sveikatos skirtumų mažinimą**. Nors daugelis europiečių gyvena ilgiau ir sveikiau negu ankstesnės kartos, vis dar yra didelių sveikatos netolygumų ir skirtumų tarp valstybių narių ir jų viduje bei tarp regionų, taip pat ir pasauliniu mastu. Pavyzdžiui, nors apskritai ES gyventojų populiacija yra senėjanti, vidutinė būsimo moterų gyvenimo trukmė skiriasi 9 metais tarp ES šalių,

³² D. Jankauskienė, R. Ališauskienė, R. Navickienė, R. Vaitkevičienė. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemos procese įvertinimas// Visuomenės sveikata 2008 Nr. 3 (42). P 15-25

³³ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Žin., 2009, Nr. 145-6425).

vyrų – 13 metų, o kūdikių mirtingumas skiriasi iki šešių kartų. Komisija siūlo veiksmus, kuriais bus siekiama mažinti sveikatos skirtumus, įskaitant tikslinį sveikatos ugdymą ir keitimąsi gerąja patirtimi.

Lietuvoje šiuo metu kaimo gyventojų senėjimo rodiklis panašus į seniausių Europos šalių demografinės senatvės lygį, tačiau pastaraisiais metais intensyviau senėjant miestų gyventojams, Lietuvos miesto ir kaimo gyventojų senatvės lygio skirtumai ilgalaikėje perspektyvoje veikiausiai sumažės³⁴.

Lietuva gali pagrįstai didžiulotis per pastaruosius metus ženkliai sumažėjusiu kūdikių mirtingumo rodikliu – 4,9/1000. Visgi, išskirtinio dėmesio reikalaujanti problema Lietuvai išlieka didžiulis savižudybių skaičius, pagal kurį „pirmaujame“ visoje Europos Sąjungoje. Taip pat vis dar atsiliekame ir pagal vidutinės gyvenimo trukmės rodiklius, kurie Lietuvoje sudaro vidutiniškai 73 metus, o ES vidurkis – virš 80³⁵. Šie rodikliai yra bendrosios sveikatos ir socialinės politikos išraiška, tačiau taip pat priklauso ir nuo sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, prieinamumo, sveikatos sistemos pokyčių reformos pasėkoje.

Šalyse, kuriose vyksta dideli socialiniai, ekonominiai ir politiniai pokyčiai, ypač aktuali socialinės sveikatos nelygybės problema. Lietuvoje egzistuoja didžiuliai socialiniai gyventojų sveikatos netolygumai ir nuolat su didesniu pavojumi sveikatai susiduriančios gyventojų grupės. Tam daug įtakos turi išsimokslinimo lygis, kuo jis aukštesnis – tuo mažesni mirtingumo rodikliai ir geresnė gyventojų sveikata. Tyrimai rodo, kad savos sveikatos vertinimas yra geras prognostinis mirtingumo rodiklis. Šalyse, kurios geriausiai vertina savo sveikatą (Danija, Airija, Nyderlandai) ir kurios prasčiau (Lietuva, Latvija, Vengrija) adekvatūs skirtumai pastebimi ir išsimokslinimo srityse.

2010 metais lyginant su prieš dešimtmetį buvusia situacija, Lietuvos gyventojai pradėjo aktyviau dalyvauti profilaktiniuose sveikatos patikrinimuose pagal profilaktines sveikatos programas (pvz.: krūties vėžio, gimdos kaklelio vėžio, širdies kraujagyslių ligų profilaktikos ir kt.), keitėsi gyvenimo ir požiūrio į savo sveikatą įpročiai. Mokyklose buvo įvedamos naujos disciplinos kaip sveika gyvensena, daug dėmesio skiriama mitybai, fiziniam aktyvumui palaikyti bei vykdyti prevencines alkoholio, narkotikų ir lytinio švietimo programas. Gaila, kad šie pokyčiai gyventojų nėra vertinami, kaip tiesioginė sveikatos reformos pasekmė, o kaip savaime suprantamas dalykas.

Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje jau siejamas su pagrindiniais Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliais, ir juos metodiškai vertinant, kuriamos atitinkamos sveikatos politikos strategijos bei priemonės. Be abejonės, didelę įtaką šiems procesams turi ir ekonominė šalies padėtis. Pasiekus aukštesnį ekonominio išsivystymo lygį, įvairių socialinių ekonominių grupių

³⁴ Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009.

³⁵ Lietuvos sveikata skaičiais 2008. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2009, WHO data base. <http://who.dk>

gyventojų sveikatos skirtumai turėtų pradėti mažėti. Į tai turi būti prioritetiškai atsižvelgta ir formuojant nacionalinę sveikatos bei socialinę politiką bei skatinant tarpžinybinį bendradarbiavimą.

Lietuvos sveikatos politika turėtų siekti panaikinti ne visus sveikatos netolygumus, o tik tuos, kuriuos lemia socialiniu požiūriu neteisingais laikomi veiksniai. Remiantis kitų šalių patirtimi, galima prognozuoti, jog Lietuvos sveikatos rodikliai ims ženkliai gerėti tuomet, kai mažės sveikatos netolygumai. Esant sudėtingai ekonominei situacijai, šaliai reiktų orientuotis į palankų socialinių-ekonominių sąlygų sukūrimą gyventojams. Mokliškai pagrįstų profilaktikos strategijų yra sukurta nemažai, tačiau jos sunkiai įgyvendinamos dėl visuomenės sveikatos priežiūros sistemos nepakankamo veiksmingumo. Pažymėtina, kad stinga paskatinimo visuomenės nariams sveikatai gyventi ir aktyviai dalyvauti sveikatinimo veikloje. Rengiant sveikatos priežiūros programas reiktų teikti prioritetą ligų profilaktikai, o ne sergančiųjų sveikatos priežiūros infrastruktūros gerinimo priemonėms, kaip buvo daroma iki šiol.

Dokumentas „Kartu sveikatos labui, 2008-2013 m. ES strateginis požiūris“, taip pat numato, jog sveikatos politika turi būti pagrįsta geriausiais turimais **moksliniais įrodymais**, gautais iš patikimų duomenų ir informacijos bei atitinkamų mokslinių tyrimų.

Šioje srityje Lietuvoje daug dirbama, atliekamos mokslinės analizės, renkami ir analizuojami statistiniai duomenys, inicijuojami ir įgyvendinami Europos struktūrinių fondų paramos projektai, įgalinantys skirti investicijas į sveikatos priežiūros paslaugų tyrimus, strategijas, profilaktikos programas, registrų sukūrimą ir daugelį kitų problemų.

2 PRINCIPAS. „SVEIKATA YRA DIDŽIAUSIAS TURTAS“

Sveikata yra svarbi atskirų asmenų ir visuomenės gerovei, o sveiki gyventojai yra ir ekonomikos produktyvumo bei gerovės prielaida. Sveikatai išleisti pinigai nėra vien išlaidos – tai investicija. Išlaidos sveikatai gali būti vertinamos kaip ekonominė našta, bet realios visuomenės išlaidos yra tiesioginės ir netiesioginės su sveikatos problemomis susijusios išlaidos bei investicijų į atitinkamas sveikatos sistemos sritis trūkumas. Greta išlaidų sveikatai reiktų investuoti į ligų prevenciją, fizinės ir psichikos sveikatos apsaugą ir gerinimą, o tai sudaro vidutiniškai tik 3% jos valstybių narių visų metinių sveikatos biudžeto lėšų, palyginti su 97% sveikatos priežiūrai ir gydymui skirtų lėšų. Lietuvoje šis principas aiškiausiai atsispindi naujai parengtame dokumente „Sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metais metmenys“³⁶.

Šio principo strateginiai tikslai: Piliečių apsauga nuo grėsmių sveikatai bei dinamiškų sveikatos sistemų ir naujų technologijų rėmimas.

³⁶ Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011-2020 metmenys, patvirtintos LR Seimo 2011.06.07 nutarimu

Pasauliniu mastu išaugusi prekyba ir kelionės kelia naujus pavojus, nes užkrečiamosios ligos gali lengviau plisti. Kovoiant su pandemijomis ar biologiniais incidentais bei reaguojant į bioterorizmo grėsmę reikia bendradarbiauti Bendrijos lygiu ir koordinuoti valstybių narių bei tarptautinių veikėjų veiksmus. Reikia imtis priemonių reaguojant į augančias naujas grėsmes sveikatai, tarp jų ir susijusias su klimato kaita, norint atsižvelgti į jų galimą poveikį visuomenės sveikatai ir sveikatos priežiūros sistemoms. **Pacientų sauga** yra dar viena svarbi probleminė sritis. 10% į Jungtinės Karalystės ligonines priimtų pacientų patyrė jų sveikatos priežiūros nulemtų nepageidaujamų reiškinių – šios problemos mastas gali būti panašus ir kitose ES šalyse. Reikalingos naujos priemonės reaguojant į grėsmes sveikatai ES viduje ir už jos ribų. ES sveikatos sistemos patiria didelį spaudimą reaguodamos į iššūkius, atsirandančius dėl senėjančios visuomenės, augančių piliečių lūkesčių, migracijos, pacientų ir sveikatos profesionalų judėjimo. Atkreiptinas dėmesys, jog sveikatos priežiūros kokybės viena iš pagrindinių sričių yra pacientų sauga.

Naujos technologijos sudaro dideles galimybes iš esmės pakeisti sveikatos priežiūrą ir sveikatos sistemas ir prisidėti išlaikant jų tvarumą ateityje. E. sveikata, genomika ir biotechnologijos gali pagerinti ligų prevenciją, gydymo paslaugų teikimą, remti galimybes siekti, kad sveikatos priežiūros sistema būtų labiau orientuota į prevenciją ir pirminę sveikatos priežiūrą, o ne į ligoninių sektorių. E. sveikata gali padėti teikti labiau į piliečius orientuotos sveikatos priežiūros paslaugas, mažinti išlaidas ir remti sąveiką už nacionalinių valstybių ribų, taip sudarant geresnes galimybes pacientams judėti ir gerinti jų saugą. Vis dėlto naujos technologijos turi būti tinkamai įvertintos, įskaitant ekonominį efektyvumą ir teisumą, taip pat turi būti apsvarstyti sveikatos profesionalų mokymo ir gebėjimų aspektai. Naujos ir nežinomos technologijos gali kelti ir etikos problemų, turi būti įvertinti ir piliečių pasitikėjimo bei konfidencialumo aspektai.

Nuo 1996 m. Lietuvos Vyriausybė pritarė ir pavedė už sveikatos politikos įgyvendinimą atsakingoms institucijoms vykdyti šias profilaktikos programas:

- AIDS profilaktikos programa;
- Alkoholio kontrolės programa;
- Kūdikių ir vaikų iki 3 metų mitybos gerinimo programa;
- Psichikos ligų profilaktikos programa;
- Sveikos gyvensenos įtvirtinimo ugdymo institucijose programa;
- Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa;
- Sveikatos propagandos programa;
- Sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos programa;
- Širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programa;
- Traumatizmo profilaktikos programa;

- Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa;
- Vaikų dantų edukacijos profilaktikos programa;
- Lytiniu būdu plintančių ligų profilaktikos programa.

Nors daugeliui iš šių programų nuolat trūksta finansinių išteklių, kai kurios iš jų įgyvendinamos pasitelkiant struktūrinių fondų paramą, nevyriausybinių organizacijų pagalbą bei bendradarbiaujant su sveikatos mokslų universitetais ir šiai dienai jau duoda ženklų rezultatų bei ir gali būti vertintinos, kaip pasiteisinusi investicija į visuomenės sveikatos gerinimą. Todėl jų vertinimas būtų taip pat labai reikšmingas, tačiau programų monitoravimas ir valdymas yra didelis iššūkis.

Be abejonės pasitenkinimas profilaktikos programomis išryškėja tik per ilgalaikį periodą, todėl sunku tikėtis ir pastebimai teigiamo jų vertinimo, tačiau nepaisant to, tiek AIDS profilaktikos programa, tiek vaikų dantų edukacijos profilaktikos programa, tiek kitos programos, ženkliai įtakoja šių sričių sveikatos rodiklių pagerėjimą nuo programų įgyvendinimo pradžios.

Pažymėtina, kad Lietuvoje, ypač pastaraisiais metais, sveikatos priežiūros kokybei ir pacientų saugai skiriamas vis didesnis dėmesys. Ypatinę vaidmenį gerinant šias sritis Lietuvoje turėtų suvaidinti Pacientų saugos platformos 2010-2014 m. nuostatų sėkmingas įgyvendinimas.

Lietuvoje šiai dienai dar nėra sukurtos nacionaliniu lygiu funkcionuojančios nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje valdymo (registravimo, kaupimo, analizės ir prevencijos) sistemos. Nepageidaujamų įvykių problema Lietuvoje dažniausiai sprendžiama nustatant klaidą padariusį asmenį, jį nubaudžiant ir atlyginant pacientui padarytą žalą. Tačiau toks problemos sprendimo būdas nėra vertingas prevencine prasme, nes NL nėra sistemškai analizuojami nustatant pagrindines tokių įvykių priežastis ir įdiegiant korekcinis veiksmus joms šalinti. Sveikatos priežiūros specialistai vengia deklaruoti įvykusią klaidą, baimindamiesi priešiškos pacientų reakcijos, bausminių sankcijų, situacijos paviešinimo. Tokiu būdu klaidos yra slepiamos, patirtis, kad ir kokia ji būtų, neperduodama. Baudimo už klaidas požiūris neskatina dalintis patirtimi ir mokytis iš klaidų. Klaidos kartojasi, jų dažnis ir finansiniai ir nefinansiniai nuostoliai didėja.

Už pacientų saugą ir jos įgyvendinimą Lietuvoje atsakingos institucijos siekia sukurti vieningą sveikatos priežiūros kokybės ir technologijų vertinimo sistemą (SPT vertinimas). Bendras SPT vertinimo sistemos įdiegimas suteiks prieinamą, naudingą, įrodymais paremtą informaciją specialistams, dalyvaujantiems sveikatos priežiūros planavimo, kompensavimo, įsigijimo ir investavimo procesuose. Taip pat padės priimant sprendimus, susijusius su SPT naudojimu, platinimu ir efektyviu lėšų paskirstymu. Sukurta SPT vertinimo sistema yra svarbi siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę, racionalų sveikatos priežiūros materialinių ir žmogiškųjų išteklių naudojimą, sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą. Esant bendrai SPT vertinimo sistemai bus efektyviau

sprendžiamos opios SPT valdymo problemos, priimami pagrįsti sprendimai dėl brangių, inovatyvių, našių SPT.

Planuojama parengti šeimos gydytojo kabineto teikiamų paslaugų kokybės standartus, pagal kuriuos akredituojami atitinkami juridiniai asmenys. To pasėkoje pagerės teikiamos SP paslaugų kokybė, bus sudarytos sąlygos pabaigti įgyvendinti šalyje šeimos gydytojo instituciją, kaip tai numatyta Lietuvos Sveikatos programoje (LRS 1998-07-02 nutarimas Nr. VIII-833). Žinant, kad šeimos gydytojo įtaka visuomenės sveikatingumui yra nepalyginamai didesnė nei tam tikros srities specialistų, šios institucijos teikiamų paslaugų kokybės pagerėjimas turės didelę įtaką bendram visuomenės sveikatingumui, darbingumui, o tuo pačiu ir šalies ekonomikai. Šeimos gydytojo svarbą pabrėžė ir šio tyrimo respondentai.

Sistemiškai, vadovaujantis vienodais kriterijais ir bendra tvarka, sveikatos priežiūros įstaigose bus registruojami nepageidaujami įvykiai (toliau – NĮ), stebima jų kitimo dinamika nacionaliniu lygmeniu, bus sudarytos sąlygos sistemai parengti ir efektyviai taikyti atitinkamas prevencines priemones, bus sudarytos galimybės registruoti privalomus NĮ bei prielaidos sukurti vieningą šių įvykių prevencijos sistemą.

Už šių tikslų įgyvendinimą atsakingos institucijos (Valstybinė medicininio audito inspekcija prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba bei Higienos institutas), kurioje Sveikatos apsaugos ministerijos, parengė projektą Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir sveikatos priežiūros technologijų vertinimas. Vienas iš projekto tikslų – įvertinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasiruošimą NĮ nacionalinės sistemos diegimui, patikslinti privalomų registruoti NĮ sąrašą bei tvarką, peržiūrėti ir prireikus koreguoti reikiamą teisinę bazę, parengti ir sudaryti galimybes ASPĮ ir kitiems suinteresuotiems atstovams susipažinti su NĮ registravimo tvarka metodika, apmokyti sveikatos priežiūros specialistus reikalingų įgūdžių bei sukurti darbo vietas ir nacionalinę NĮ registravimo sistemą. Įgyvendinus šį projektą, tikimasi, jog sistemai parengti ir efektyviai taikyti atitinkamas prevencines priemones, bus sudarytos sąlygos sistemai parengti ir efektyviai taikyti atitinkamas prevencines priemones, bus sudarytos galimybės registruoti privalomus NĮ bei prielaidos sukurti vieningą šių įvykių prevencijos sistemą.

Taip pat dedama nemažai investicijų į E. sveikatos diegimą nacionaliniu mastu Lietuvoje. Nors šis tikslas dar nefunkcionuoja pilna apimtimi, Sveikatos apsaugos reformą įgyvendinantys valdymo subjektai deda dideles paskatas inicijuoti šios sistemos efektyvesnį įgyvendinimą.

3 PRINCIPAS. SVEIKATOS ASPEKTAI VIŠOŠE POLITIKOS SRITYSE (SAVP)

Gyventojų sveikata nėra vien tik sveikatos politikos dalykas. Svarbios ir kitos Bendrijos politikos sritys, pavyzdžiui, regioninė ir aplinkosaugos politika, tabako apmokestinimas, vaistų ir maisto produktų reguliavimas, gyvūnų sveikata, sveikatos moksliniai tyrimai ir inovacijos, socialinės apsaugos sistemų koordinavimas, sveikatos aspektai vystymo politikoje, sveikata ir sauga darbe, apsauga nuo radiacijos, taip pat importą reguliuojančių agentūrų ir tarnybų veiklos koordinavimas. Labai svarbu plėtoti sąveiką su šiais ir kitais sektoriais siekiant stiprios Bendrijos sveikatos politikos, o šios strategijos tikslus ir veiksmus bus siekiama įgyvendinti bendradarbiaujant daugelyje sektorių.

2003 m. spalio 27 d. Osle priimta deklaracija dėl Šiaurės matmens (toliau - ŠM) partnerystės įsteigimo visuomenės sveikatos ir socialinės gerovės srityje. Pagrindinis šios partnerystės tikslas skatinti tolygų ŠM regiono šalių vystymąsi gerinant sveikatą ir socialinę gerovę, stiprinant tarptautinės pagalbos koordinavimą bei bendradarbiavimą šiame regione. Jos partneriai – 13 šalių, tarp jų ir Lietuva.

Bendradarbiavimas tarp Šiaurės ir Baltijos bei kitų prie partnerystes prisijungusių šalių sveikatos reformos srityje, užkrečiamų ligų kontrolės ir neužkrečiamų ligų prevencijos srityse išlieka kaip labai svarbi veikla šalinant regiono socialinius ir ekonominius skirtumus. Partnerystė kaip vienas iš regioninio bendradarbiavimo instrumentų turi sustiprinti šalių, organizacijų, finansinių institucijų, biznio ir industrijos bei visuomenės bendradarbiavimą stiprinant sveikatą ir užtikrinant socialinę gerovę. Per didelis alkoholio naudojimas, rūkymas, nesveika mityba, narkotinių medžiagų vartojimo paplitimas, nesaugus seksas, užkrečiamųjų ligų kontrolė ir prevencija – tai pagrindinės problemos, kurios turėtų būti sprendžiamos bendromis pastangomis ir veikla turėtų būti nukreipta į vaikus ir jaunimą. Šiaurės matmens deklaracija tai politinis dokumentas, kuris suteikia realią galimybę vystyti bendradarbiavimą Baltijos jūros regione bei Šiaurės Vakarų Rusijoje, tame tarpe ir Kaliningrado srityje, įgyvendinant bendrą su Šiaurės šalimis politiką visuomenės sveikatos ir socialinės gerovės srityje.

Lietuva, kartu su kitomis Baltijos jūros ir šiaurės regiono šalimis nuo pat iniciatyvos pradžios aktyviai įsijungė į ŠM struktūrų darbą ir sutarė, didžiausią dėmesį skirti:

- Pagrindinių visuomenės sveikatos problemų prevencijai – tuberkuliozės, ŽIV/AIDS, su gyvenimo būdu susijusių neužkrečiamųjų ligų mažinimui;
- Sveiko ir socialiai teisingo gyvenimo būdo stiprinimui bei ugdymui;
- Sveikatos ir socialinės gerovės rizikos veiksniams, įskaitant seksualinę elgseną, alkoholio vartojimą, rūkymą, nelegalių narkotinių medžiagų vartojimą, sveiką mitybą, fizinį aktyvumą, socialinę ir darbo aplinką, socialines žinias.

Šių aspektų tyrinėjimas nebuvo mūsų tyrimo objektas.

Pažymėtinas svarus Lietuvos indėlis Partnerystės struktūroje yra patvirtintos Tarptautinių ekspertų grupės, vadovaujamos tarptautinių patarėjų: ŽIV/AIDS, Pirminės sveikatos priežiūros, Kalėjimų sveikatos ir Neužkrečiamųjų ligų srityse, kurių pagrindinė misija yra sutelkti partnerius bendrų regiono projektų inicijavimui, rengimui ir įgyvendinimui.

Šios iniciatyvos neretai tiesiogiai neatsispindi bendruosiuose paslaugų kokybės vertinimo apklausose, tačiau neabejotinai daro teigiamą indėlį siekiant bendrų sveikatos priežiūros paslaugų ir visuomenės sveikatos gerinimo tikslų ir turi būti nuosekliai plėtojamoms.

4 PRINCIPAS. ES ĮTAKOS SPRENDŽIANT SVEIKATOS PROBLEMAS PASAULINIU MASTU STIPRINIMAS

EB gali prisidėti prie pasaulinės sveikatos politikos, skleisdama savo vertybes, patirtį ir žinias bei imdamasi konkrečių priemonių sveikatai gerinti. Galima dirbti remiant pastangas užtikrinti EB vidaus ir išorės sveikatos politikos suderinamumą siekiant pasaulinės sveikatos politikos tikslų, vertinti sveikatą kaip svarbų elementą kovoje su skurdu atsižvelgiant į su sveikata susijusius išorės vystomojo bendradarbiavimo su mažas pajamas turinčiomis šalimis aspektus, reaguoti į grėsmes sveikatai trečiojoje šalyse, skatinti tarptautinių sveikatos srities susitarimų, tokių kaip Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) tabako kontrolės pagrindų konvencijos (FCTC) ir Tarptautinės sveikatos priežiūros taisyklės (IHR), įgyvendinimą.

Siekiant ES indėlio į pasaulinę sveikatos politiką reikalinga sąveika tarp tokių politikos sričių kaip sveikatos politika, vystomasis bendradarbiavimas, išorės veiksmai, moksliniai tyrimai ir prekyba. Geriau koordinuojant sveikatos problemų sprendimą su tarptautinėmis organizacijomis, tokiomis kaip PSO ir kitomis atitinkamomis Jungtinių Tautų įstaigomis, Pasaulio Banku, Tarptautine darbo organizacija, EBPO ir Europos Taryba, kitais strateginiais partneriais ir šalimis, sustiprės ES vaidmuo pasaulinėje sveikatos politikoje ir padidės jos įtaka bei matomumas, kuris atitiks Bendrijos ekonominį ir politinį vaidmenį.

Lietuva pasitelkusi universitetus ir kitas nevyriausybinės organizacijas aktyviai bendradarbiauja sveikatos politikos srityje bei periodiškai teikia duomenis PSO, EBPO, Europos Tarybai bei kitiems strateginiams partneriams. Atitinkamos krypties tyrimus skatina PSO ir kitos tarptautinės organizacijos. Lietuvos Sveikatos Mokslų Universitetas, būdamas bendradarbiaujančio su PSO centru, dalyvavo ir tebedalyvauja tokiose tarptautinėse mokslo tyrimų programose kaip:

- Lėtinių neinfekcinių ligų integruotos profilaktikos programa (CINDI – Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention);
- Tarptautinės moksleivių sveikatos ir gyvenimo tyrimas (HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children);
- Suomijos ir Baltijos šalių gyventojų gyvenimo tyrimas (FBHM – FinBalt Health Monitor);
- Europos sveikatos regionų projektas (European Regions for Health Network);
- Sveikatos tyrimų instrumentai (Europos sąjungos projektas EUROHIS);
- Sveikatą stiprinančios ligoninės Health Promoting Hospitals);
- Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas (European Network of Health Promoting Schools);
- Tarptautinio PSO ir UNICEF Motinos pieno pakaitalų rinkodaros Kodekso įdiegimo Rytų ir Centrinės Europos bei Baltijos šalyse tyrimas (Monitoring the International Code in CEE/CIS and Baltic countries).

Artimiausiu metu planuojama prisijungti prie PSO tarptautinės “Sveikų universitetų” programos. Vykstant kai kuriuos tyrimus pasirašytos dvišalio bendradarbiavimo sutartys su užsienio mokslo centrais.

Suomijos Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto iniciatyva Baltijos valstybėse pradėti tyrimai, kurie išsiplėtė į tarptautinę programą “Suomijos-Baltijos šalių gyventojų sveikatos monitoringas” (angl. *FinBalt Health Monitor - FBHM*) (Helakorpi et al., 1995; Kasmel et al., 1997;

Grabauskas ir kt., 1996; 1997; 1999; 2001). Bendro tyrimo tikslas – palyginti gyvenimo ypatumus šalyse, besiskiriančiose ekonominėmis ir socialinėmis sąlygomis, stebėti gyvenimo pokyčius ir nustatyti jų ryšį su gyventojų sveikata. Į šią tyrimų programą įsijungė ir Lietuva. Pagal PSO rekomendacijas buvo parengta Lietuvos gyvenimo kokybės vertinimo ir gerinimo programa 2001-2004 m.

Lietuvos sveikatos programa 1998- 2010 metams buvo rašoma PSO strategijos „Sveikata XXI amžiuje“ priėmimo išvakarėse. Naują Lietuvos sveikatos programą iki 2020 metų Lietuvos ekspertai vėl rašo PSO strategijos „Sveikata 2020“ kūrimo metu.

2.8. „SVEIKATA 2020“

Pasaulio sveikatos organizacinis rengiamas dokumentas „Sveikata 2020“ – tai naujoji Europos sveikatos politika „Geresnė sveikata Europai prisitaikant prie besikeičiančios aplinkos“³⁷. Dokumentas bus parengtas dalyvaujant visoms Europos šalims, įvairiems sektoriams ir partneriams. Taip pat buvo akcentuota, kad naujosios sveikatos politikos dokumente bus akcentuojama socialinių veiksnių įtaka sveikatai³⁸] ir jis bus paremtas Europos studijos apie socialinių veiksnių įtaką sveikatai rezultatais. Formuojant naująją Europos sveikatos politiką ypač didelis vaidmuo bus skiriamas tolesnei visuomenės sveikatos sistemų bei jų funkcijų plėtrai stiprinant visuomenės sveikatą. „SVEIKATA 2020“ dokumente bus aiškiau nusakytos visuomenės sveikatos ir sveikatos priežiūros sistemų sąsajos, atkreiptas dėmesys į sveikatą kaip į tokią sritį, kurios problemų sprendimas turėtų tapti vyriausybės veiklos prioritetu, o kiekvienos šalies sveikatos ministerija turėtų tapti lyderiu organizuojant sveikatos problemų sprendimą bei įtraukiant į šią veiklą ir kitus sektorius³⁹. Naujoji Europos sveikatos politika turėtų inspiruoti visų Europos šalių vyriausybes atnaujinti nacionalinius sveikatos politikos dokumentus, todėl rengiant naująją LSP vertėtų atsižvelgti į pagrindines „SVEIKATA 2020“ nuostatas. Suprantama, kad rengiant tokius politinius strateginius dokumentus kaip LSP nereikėtų apsiriboti tik numatytais veiksmais, kaip siekti aukščiausio tikslo – geresnės Lietuvos žmonių sveikatos, bet jame kiekvienas politikas, administratorius ir sveikatos sistemoje dirbantis asmuo turėtų atrasti kasdieninei praktikai naudingus dalykus. Europos sveikatos asamblėjos PSO regioninio komiteto 61-je sesijoje patvirtintas dokumentas atkreipia dėmesį į esminę vertybių sistemą, kuria turėtų būti grindžiamas kiekvienos Europos šalies sveikatos sistemos funkcionavimas. Tarptautiniai socialinių sveikatos sutrikimų priežasčių tyrimai įrodo, jog, nemažinant socialinių netolygumų bei sveikatos skirtumų tarp atskirų gyventojų socialinių

³⁷ Misevičienė I. Europos sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai//Visuomenės sveikata 2011/2(53). P. 5-10.

³⁸ Marmot M. Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Executive summary. 7 September, 2010. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf

³⁹ Jakab Z. Regional Director's speech at the sixtieth session of the WHO Regional Committee for Europe: Better health for Europe: adapting the WHO Regional Office for Europe to the changing environment: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/121673/RC60_eRDspeech. Žiūrėta 2011.07.02.

grupių, neįmanoma pasiekti tinkamų visuomenės sveikatos rodiklių. Lietuvos sveikatos programa pripažįsta PSO Europos regiono naujosios sveikatos politikos „Sveikata 2020“ vertybinę sistemą ir, nustatydama tikslus, kryptis ir priemones, taiko šias principines nuostatas:

- 1) visuotinę aprėptį;
- 2) teisingumą sveikatos santykiuose;
- 3) sveikatinimo ir sveikatos priežiūros prieinamumą;
- 4) solidarumą įgyvendinant priemones;
- 5) sistemos tvarumą;
- 6) visuomenės dalyvavimą priimant sprendimus;
- 7) orumą visuose sveikatinimo ir sveikatos priežiūros etapuose;
- 8) diskriminavimo panaikinimą;
- 9) skaidrumą priimant ir įgyvendinant sprendimus;
- 10) atskaitomybę.

Siekiant visuomenės geresnės sveikatos Lietuvos sveikatos programa vadovaujasi PSO Europos regiono komiteto 61-je sesijoje priimtoje rezoliucijoje EUR/RC61/R1 įvardintais sveikatos politikos orientyrais, iš kurių prioritetiniais laiko šiuos:

- 1) bendrą darbą sveikatos labui skatinant sveikatos ir gerovės siekį, mobilizuojant visus šalies socialinės -ekonominės sąrangos sektorius bei partnerius mažinti socialinius sveikatos skirtumus ir socialinę atskirtį;
- 2) efektyvesnį sveikatos sistemos valdymą siekiant sveikatai palankių sprendimų visose politikos srityse, paverčiant sveikatos siekį tvaraus šalies vystymosi įrankiu, tampančiu tokiu tuomet, kai kiti sektoriai žino ir savo veiklą vykdo nedarydami neigiamo poveikio visuomenės sveikatai;
- 3) sveikatos srities žinių sklaidą ir inovacijų plėtrą, mokslinių tyrimų plėtrą formuojant sveikatos politiką, sveikatos priežiūros ir kitų specialistų gebėjimų ir kompetencijos didinimą, inovacijų plėtrą gerinant visuomenės sveikatą.

3. Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 m. metmenys

Sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudarytos darbo grupės parengtas dokumentas „Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 m. metmenys patvirtintas LR Seime ką tik 2011 m. birželio 7 d. nutarimu. Nežiūrint nemažai išreikštos kritikos, Seimas, siekdamas nustatyti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos plėtrą 2011–2020 metais ir sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą, kurios pagrindinių nuostatų negalėtų kaitalioti būsimos valdžios, nutarė patvirtinti

Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 metais metmenis. Už Seimo nutarimą „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 metais metmenų patvirtinimo“ (projektas Nr. XIP-2883(2) balsavo 51 Seimo narys, prieš – 10, susilaikė 30 parlamentarų⁴⁰.

Kaip tvirtinama sveikatos sistemos plėtros metmenyse, siekiama sukurti tokią sveikatos sistemą, kuri skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją, sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą sąžiningos konkurencijos sąlygomis, didintų sveikatos sistemos dalyvių paskatas veikti skaidriai, vadovaujantis šiuolaikiniais sveikatos ekonomikos, etikos ir mokslo įrodymais pagrįstos medicinos ir vadybos principais, siektų užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą, skatintų racionalų ir efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą. Šie metmenys parengti atsižvelgus į esamos sveikatos sistemos funkcionavimo problemas ir jų priežastis, į gyventojų, sveikatos priežiūros specialistų, akademinės visuomenės, politikų kritiką, pasiūlymus įvairiais sveikatos sistemos aspektais, į visų visuomenės grupių sutarimą dėl esamos sveikatos sistemos tobulinimo būtinumo, aptarus pokyčių mastą ir problemų sprendimo būdus. Sveikatos sistemos plėtros metmenyse pažymima, kad sveikatos ekspertai yra apibrėžę tris problemų sprendimo etapus. „Pirmasis etapas – struktūriniai pokyčiai, vykdomi administracinėmis priemonėmis (mažinant gydytojų, ligoninių, lovų ligoninėse skaičių). Antrasis etapas – maksimalių biudžetų nustatymas, t. y. nustatomos finansinės „lubos“, kurias pasiekusi, sveikatos priežiūros įstaiga nebegauna apmokėjimo už vėliau suteiktas paslaugas. Trečiasis etapas – sąnaudų pasidalijimas, t. y. užtikrinant fizinių ir juridinių asmenų papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo funkcionavimą, įteisinant pacientams priemokas už dalį sveikatos priežiūros paslaugų, diegiant sąžiningos konkurencijos ir efektyvios vadybos principus sveikatos sektoriuose“, – teigiama 2011–2020 metų metmenyse. Metmenyse taip pat yra įvardijamos dabartinės sveikatos sistemos problemos, t. y. nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas, nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, nepakankama gyventojų atsakomybė už savo sveikatą, nepakankami sveikatos sistemos reguliavimo principai ir metodai. Visoms šioms problemoms spręsti yra siūlomos priemonės. Kai kurios iš jų yra pakankamai išdiskutuotos ir aiškios, pagrįstos įrodymais; kitos priemonės suformuluotos tik kaip kryptys ir reikalauja dar detalesnės analizės ir mokslo pagrįstų sprendimų.

Rengiant Lietuvos sveikatos programą iki 2020 teks atsižvelgti į šiame dokumente siūlomas nuostatas sveikatos sistemai vystyti. Tačiau būtina pabrėžti, kad sveikatos sistema lemia gana nedidelę dalį

⁴⁰ Internetinė informacija: <http://www.pranesimai.investar.lt/pranesimai-spaudai-politika-politikos/4274-seimas-patvirtino-sveikatos-sistemos-pletros-20112020-metais-metmenis>

žmogaus sveikatos. Didžioji jos dalis priklauso nuo sveikos gyvensenos, aplinkos bei genetikos. Taigi, šių veiksmų poveikį ir turės atspindėti Lietuvos sveikatos programa..

4. Apibendrinimas

Apibendrinant Pasaulio sveikatos organizacijos bei Europos Sąjungos pagrindiniuose sveikatos politikos dokumentuose deklaruojamas pagrindines vertybes, siūlytina Lietuvos sveikatos programoje orientuotis į šias pagrindines:

1. Žmogaus ir pacientų teisės.
2. Bendra atsakomybė už sveikatą
3. Vienodos galimybės ir sveikatos santykių teisingumas
4. Socialinė įtrauktis ir lygybė
5. Įrodymais pagrįsti sprendimai

Rengiant Lietuvos sveikatos programą iki 2020 būtina atsižvelgti ne tik į tarptautiniuose sveikatos politikos dokumentuose deklaruojamas vertybes, nuostatas ir keliamus uždavinius šalims, bet ir iškelti realius bei ambicingus Lietuvos tikslus, kurie turėtų tapti visos tautos strateginiais tikslais per artimiausią dekadą. Šie tikslai turėtų būti nukreipti ne vien vystyti sveikatos sistemą, tačiau ir sveiką gyvenseną bei sveiką aplinką, ir tai turi atlikti ne vien sveikatos sektorius, bet ir kiti sektoriai, bei patys gyventojai.

6.3. LIETUVOS VISUOMENĖS SVEIKATOS SVARBIAUSIOS PROBLEMOS IR JŲ SPRENDIMŲ PRIORITETINĖS KRYPTYS

Parengta pagal atvirojo konkurso sąlygų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos viešojo pirkimo komisijos posėdžio 2010 m. spalio 28 d. protokolu Nr. 3-D perkamų paslaugų techninėje specifikacijoje (1 priedas) numatytą sąlygą:

6.3. Identifikuoti svarbiausias Lietuvos visuomenės sveikatos problemas ir parengti pagrįstą naujų ir tęstinių visuomenės sveikatos prioritetų (ne mažiau kaip 10) sąrašą.

6.3.0. LIETUVOS VISUOMENĖS SVEIKATOS SVARBIAUSIOS PROBLEMOS

Lietuvos Respublikos Seimo 1998 metų liepos 2 d. nutarimu (Nr. VIII-833) patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kurioje, remiantis PSO ir Europos sveikatos politikos „Sveikata visiems 21 amžiuje“ nuostatomis, išskirti šie pagrindiniai reikalavimai:

- gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas;
- sveikatos santykių teisumas;
- gyvenimo kokybės pagerinimas.

Lietuvos gyventojų vidutinis amžius yra vienas trumpiausių Europos Sąjungos šalyse, todėl gyventojų sveiko gyvenimo trukmės ilginimas išlieka strateginiu Lietuvos sveikatos programos tikslu.

Socialinė aplinka lemia žmonių gyvenimo būdą, o socialinė nelygybė - tikimybę susirgti ir mirti anksčiau laiko. Todėl sveikatos santykių teisumas visuomenėje išlieka esminis socialinės ir sveikatos politikos principas.

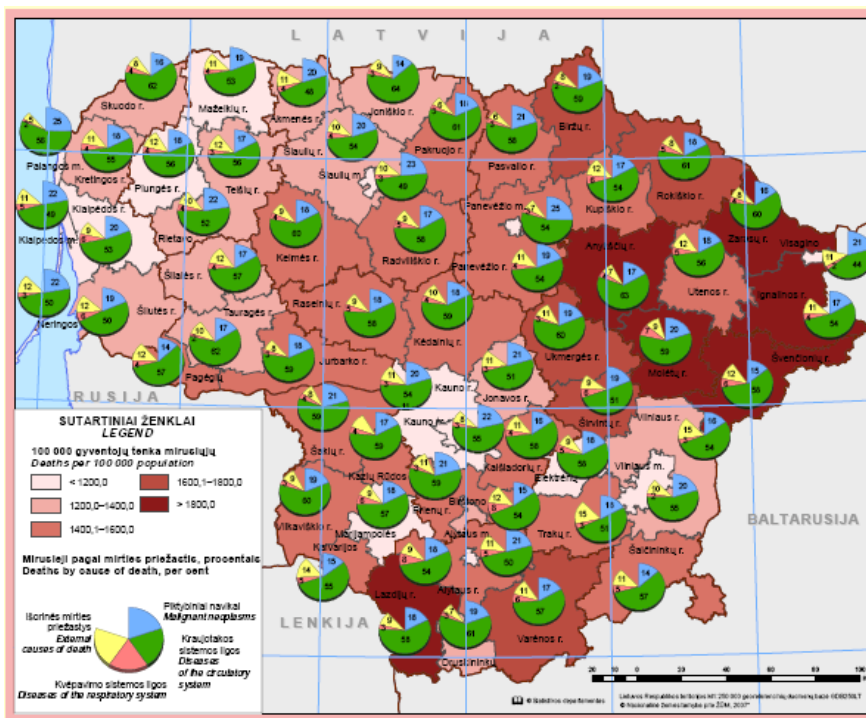
Visuomenės senėjimas daugelyje išsivysčiusių šalių iškėlė sveikatos politikos uždavinius ne tik ilginti gyvenimo trukmę, bet ir siekti, kad ilgėjanti gyventojų amžiaus trukmė būtų ir kokybiško gyvenimo metai, todėl gyvenimo kokybės pagerinimas sveikatos prasme yra pagrindinis Lietuvos sveikatos programos uždavinys.

6.3.1. Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas

Pirmojoje šios studijos dalyje yra pateiktas Europos šalių ir Lietuvos gyventojų vidutinės gyvenimo trukmės palyginimas, kuris aiškiai rodo, kad gyvenimo trukmės ilginimas yra išlikusi svarbi Lietuvos visuomenės sveikatos problema.

Lietuvos gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė per 2000 – 2009 metus keitėsi nežymiai. Lietuvos statistikos departamento duomenimis vyrai Lietuvoje gyvena 10, moterys – 4 metais trumpiau nei vidutiniškai Europos sąjungoje.

Lietuvoje, kaip ir kitose ES valstybėse narėse, daugiausia žmonių miršta nuo kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų ir dėl išorinių mirties priežasčių (nelaimingų atsitikimų, apsinuodijimų, traumų ir kt.). Daugiau nei pusė visų mirusių žmonių miršta nuo kraujotakos sistemos ligų (1 pav.)



1 pav. Lietuvos gyventojų mirties priežastys (Lietuvos statistinis atlasas 2009, Statistikos departamentas)

Mirtingumas nuo šių ligų ilgą laiką didėjo ir tik 2008 m., nežymiai - sumažėjo ir bendras mirtingumas. 2008 m. vyrų standartizuotas mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis 1,8 karto viršijo moterų. Palyginti su kitomis ES šalimis, ir vyrų, ir moterų standartizuoti mirtingumo rodikliai gerokai didesni.

Nuo kraujotakos sistemos ligų daugiausia miršta 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonės. Tačiau didėja ir 40–64 metų amžiaus žmonių mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų – 2008 m. nuo šių ligų mirė beveik kas trečias šio amžiaus mirusysis.

Vis daugiau žmonių miršta nuo piktybinių navikų. Pvz., 2008 m. nuo jų mirė beveik penktadalis mirusiųjų.

Nors standartizuotas mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių Lietuvoje mažėja, tačiau išliko gerokai didesnis negu kitose ES valstybėse narėse. Vyrų mirtingumas dėl šių priežasčių yra net 4,4 karto didesnis negu moterų.

Santykinai ankstyvos mirties, nulemiančios vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę, priežastys yra nurodytos 1 lentelėje.

1 lentelė. Gyventojų mirties priežastys ir mirtingumo rodikliai per 2008 – 2009 metus

Mirties priežastys	Mirusiųjų skaičius 100 000 gyventojų		
	2008 m.	2009 m.	2010 m.
Kraujotakos sistemos ligos	703,5	697,5	773,7
Piktybiniai navikai	246,2	243,5	265,6
Išorinės mirties priežastys	142,5	124,8	132,5
Kitos mirties priežastys	71,2	66,1	77,3
Virškinimo sistemos ligos	75,8	66,6	72,6
Kvėpavimo sistemos ligos	50,1	46,7	41,9
Tyčiniai susižalojimai	33,1	34,1	33,3
Infekcinės ir parazitinės ligos	16,1	13,5	15,8
Transporto įvykiai	17,9	13,7	12,2
Atsitiktinis paskendimas	9,6	8,9	10,4
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	13,8	10,3	10,2
Nukritimai	15	10,6	10,0
Pasikėsėjimas	7,4	6	5,6

Išskiriant iš visų mirties priežasčių ligas, pagal mirtingumo rodiklį jos pasiskirsto taip, kaip parodyta 2 lentelėje.

2 lentelė. Mirties priežastys, susijusios su ligomis ir mirtingumo rodikliai per 2008 – 2010 metus

Mirties priežastys	Mirusiųjų skaičius 100 000 gyventojų		
	2008 m.	2009 m.	2010 m.
Kraujotakos sistemos ligos	703,5	697,5	773,7
Piktybiniai navikai	246,2	243,5	265,6
Virškinimo sistemos ligos	75,8	66,6	72,6
Kvėpavimo sistemos ligos	50,1	46,7	41,9
Infekcinės ir parazitinės ligos	16,1	13,5	15,8

Perteklinis alkoholinių gėrimų vartojimas

1997–2006 metais Lietuvoje nebuvo nuoseklios alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimo politikos, plėtėsi jų reklama, didėjo alkoholiniais gėrimais prekiaujančių įmonių kiekis, buvo mažai ribojama naktinė prekyba, menkai plėtojama socialinė reklama, nukreipta prieš alkoholinių gėrimų vartojimą. Nesusidorota su išplitusia alkoholinių gėrimų kontrabanda. 2007-2009 metais buvo imtasi papildomų paklausos mažinimo priemonių, dėl kurių, tikėtina, 2008-2009 metais alkoholinių gėrimų vartojimo mastas sumažėjo.

Rūkymas

Rūkymo paplitimo ir reguliavimo srityje pasiekta nemaža pažanga. Pagal atliktą gyventojų apklausą apie 25 proc. Lietuvos gyventojų rūko. 2010 m. kasdien rūkė, vidutiniškai, 34,2 proc. vyrų ir 15 proc. moterų. Niekada nerūkė 30,4 proc. vyrų ir 62,2 proc. moterų. Metusių rūkyti vyrų buvo 19 proc., moterų- 12 proc. Nuo 2000 m. iki 2010 m. rūkančių vyrų dalis sumažėjo 1,5 karto, o rūkančių moterų dalies skaičiaus dinamika išliko didėjančios tendencijos.

Išsilavinę vyrai ir moterys rūko rečiau. Mieste gyvenančių rūkančių moterų dalis yra didesnė, kaime – atvirkščiai.

Dirbančių prirūkytose patalpose aukštojo išsilavinimo vyrų ir moterų dalis mažėja, o vidurinio ir žemesnio išsilavinimo - nesikeičia.

Traumatizmas

Traumatizmo profilaktikos programos įgyvendinimo patirtis 2008-2010 metais rodo, kad, esant politinei valiai ir naudojantis tarptautine patirtimi, Lietuvos valstybinio valdymo institucijos sugebėjo spręsti visuomenės sveikatos stiprinimo uždavinius mažinant traumų atvejų skaičių. 2008 -2010 metais vykdyta nuosekli traumatizmo profilaktikos programa, naudojant priemones: gyventojų švietimą, tikslines investicijas į efektyviausias avaringumo mažinimo priemones, atsakomybės už kelių pažeidimus griežtinimą, išskirtinį dėmesį skiriant jaunų vairuotojų vairavimo kokybei - pateikė labai gerus rezultatus. Sumažėjo ne tik žuvusiųjų, bet ir sužeistųjų, taip pat tapusių neįgaliais asmenų skaičius. Tačiau politiniai sprendimai šioje srityje buvo priimami vėluojant. Tik 2008 metais, kai situacija tapo visiškai nepakenčiama, buvo pradėtas realus ir efektyvus darbas mažinant traumatizmą keliuose, ir taip buvo pasiekta pažanga.

Netinkama mityba

Nesveika mityba turi įtakos trims iš keturių pagrindinių mirties priežasčių bei didina riziką susirgti tuberkulioze, diabetu. Viena iš netinkamos mitybos pasekmių – kūno antsvoris ir nutukimas, o kartu ir padidėjusi rizika susirgti širdies-kraujagyslių ligomis. Lietuvoje suaugusių gyventojų

mitybos tyrimų duomenimis beveik 18 proc. vyrų ir 20 proc. moterų yra nutukę, o antsvorį turi daugiau kaip 45 proc. vyrų ir daugiau, kaip 34 proc. moterų.

Nors mitybos įpročiai Lietuvoje kinta teigiama linkme - vartojama daugiau daržovių, mažiau gyvulinės kilmės riebalų, daugiau aliejaus - suaugusių Lietuvos gyventojų mityba vis dar nesubalansuota: vartojama per daug riebalų, ypač sočiųjų riebalinių rūgščių, taip pat cholesterolio, cukraus. Moterys nepakankamai vartoja vitaminų D, B1, PP, B12, vyrai – vitamino B12. Ir moterims, ir vyrams su maistu patenka pernelyg daug natrio ir nepakankamai - kalcio ir jodo jonų. Pažymėtina, kad moterys mažiau, negu rekomenduojama, vartoja maisto, turinčio magnio, geležies ir cinko. Lyginant Lietuvos ir Vakarų Europos gyventojų mitybos tyrimų rezultatus nustatyta, kad Lietuvos gyventojų vidutinio maisto davinio energinė vertė iš esmės panaši, tačiau lietuviai vartoja daugiau riebalinės, o Vakarų Europos šalių gyventojai - daugiau angliavandenių kilmės kalorijų turintį maistą.

Fizinio aktyvumo trūkumas

Mažas gyventojų fizinis aktyvumas tapo viena iš pagrindinių nutukimo plitimo priežasčių.

Lietuvoje visiškai nesportuoja ir nesimankština apie 44 % gyventojų (ES šalių vidurkis – 39 %). Gyventojų fizinis aktyvumas nepakankamai skatinamas tiek socialinėje aplinkoje, tiek sveikatos priežiūros sektoriuje, kurio specialistai nėra reikiamai aktyvūs teikiant rekomendacijas pacientams sveikatos priežiūros įstaigose.

Mankštinimosi paslaugas teikiantis privatus sporto ir sveikatingumo centrų sektorius Lietuvoje plečiasi, tačiau šios paslaugos prieinamos tik didesnes pajamas gaunantiems žmonėms.

Vertinant ankstesnės LSP priemonės, skirtas padidinti gyventojų fizinį aktyvumą, nustatyta, kad jos nebuvo pakankamai veiksmingos. Vyresnių klasių moksleivių fizinis aktyvumas nuolat mažėjo. Liko nepasiektas Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 metų ir Kūno kultūros ir sporto įstatyme numatytas ambicingas tikslas, kad visose mokymo įstaigose vyktų daugiau kūno kultūros pamokų. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimo duomenimis 1994 - 2000 metais kelis kartus kartų per savaitę besimankštinančių asmenų daugėjo, tačiau pastaraisiais metais Lietuvoje besimankštinančių žmonių skaičius nuolat mažėjo.

1998 -2010 metų Lietuvos sveikatos programoje buvo teigiama, kad, siekiant skatinti fizinio aktyvumo prieinamumą visiems gyventojų sluoksniams, reikia skatinti judėjimą „Sportas visiems“. Deja, „Sporto visiems“ judėjimas dėl labai riboto finansavimo apsiribodavo renginiais, kurie įtraukdavo tik nežymią dalį gyventojų ar mažų tikslinių dalyvių grupių. Praeito dešimtmečio programoje buvo numatyta stiprinti žinybų bendradarbiavimą fizinio aktyvumo skatinimo srityje, tačiau nebuvo sukurta teisinė ir valdymo sistema, turėjusi užtikrinti tokio bendradarbiavimo būtinybę, koordinavimą ir atsakomybę. Nepakankamas, ar net mažėjantis fizinis aktyvumas kartu su maisto suvartojimo didėjimu lėmė antsvorio, ypač vyrų populiacijoje, problemos atsiradimą.

Gyventojų fizinio aktyvumo dinamika šalyje yra matuojama epizodiškai. Turimi tyrimų duomenys leidžia teigti, kad nagrinėjamu laikotarpiu jaunesniųjų klasių vaikų fizinis aktyvumas nepasikeitė, o vyresniųjų klasių mokinių, tikėtina, - mažėjo.

Fizinė aplinka

Oras

Lietuva yra prisijungusi prie atmosferos taršai mažinti skirtų Jungtinių Tautų konvencijų ir į savo teisinę bazę yra perkėlus Europos Sąjungos aplinkos sektoriaus direktyvas, reguliuojančias oro kokybę. Lietuva laikosi savo įsipareigojimų ir leidžiamų į atmosferą išmesti teršalų kiekio neviršija. Pastaruosius kelerius metus oro kokybė Lietuvos miestuose buvo tinkama, t. y. per metus užfiksuotas viršijimų skaičius nebuvo didesnis už leidžiamų viršyti dienų skaičių, tačiau 2010 metais beveik visose oro kokybės tyrimų stotyse užfiksuota didesnė kietųjų dalelių vidutinė metinė koncentracija. Kai kuriuose miestuose padidėjo sieros dioksido, azoto dioksido, anglies monoksido koncentracija ore.

Vanduo

Viena iš Lietuvos upių vandens kokybės problemų yra jų užterštumas maisto ir organinėmis medžiagomis, apie kurį liudija padidėjusi bendrojo azoto ir bendrojo fosforo koncentracija vandenyje. Didžiąją bendrojo azoto sudėties dalį sudaro nitratai, kita sudedamoji dalis – amonio junginiai, kurie yra toksiški vandens gyvūnijai. Pagrindiniai upių vandens taršos maisto medžiagomis šaltiniai yra žemės ūkio pasklidoji tarša ir miestų nuotekos. Siekiant geros vandens telkinių ekologinės būklės būtina mažinti upių vandens užterštumą šiomis medžiagomis.

Lietuva yra pakankamai turtinga požeminio vandens ištekliais, tačiau, didėjant jo suvartojimui, būtina pradėti jį saugoti ir tausoti geriau, nei iki šiol.

Triukšmas

Lietuva sėkmingai įgyvendino direktyvos 2002/49/EB pirmojo etapo įpareigojimus - Europos Komisija dėl triukšmo strateginio kartografavimo ir triukšmo prevencijos veiksnių planų parengimo Lietuvai pastabų nėra pateikusi. Nepaisant to aplinkos triukšmas yra rimta problema Lietuvoje. Kasmet vidutiniškai 10-15 proc. daugėja gyventojų skundų dėl ramybės drumstimo. Aplinkos ir buitinio triukšmo problema Lietuvoje išlieka aktuali. Problemos aktualumą liudija Lietuvos triukšmo strateginio kartografavimo rezultatai ir gyventojų apklausų statistiniai EUROSTAT duomenys. Pagal juos 19,6 proc. Lietuvos gyventojų pažymi, kad kenčia dėl kaimynų ar dėl iš gatvės sklindančio triukšmo (oro ar kita aplinkos tarša skundžiasi mažiau - 13,7 proc. gyventojų).

6.3.2. Sveikatos santykių teisumas

Valstybėse, kurių gyventojai gauna įvairių lygių pajamas, žmonių sveikata ir ligos priklauso nuo jų socialinės pakopos: kuo blogesnė socialinė ir ekonominė padėtis, tuo blogesnė sveikata. Ten, kur sisteminių sveikatos skirtumų galima išvengti imantis protingų veiksmų, jų buvimas niekuo nepateisinamas. Tai galima vadinti sveikatos nelygybe⁴¹. Išspręsti šią neteisybę - panaikinti didelius ir pataisomus sveikatos priežiūros skirtumus šalies viduje - yra socialinio teisingumo klausimas.

Nors neteisumas sveikatos priežiūros srityje nėra naujas reiškinys, jo galima išvengti, o susiklosčiusią situaciją galima pakeisti imantis veiksmų socialinėje, politinėje ir ekonominėje srityse. Tai įrodančių duomenų pateikiama PSO ir Sveikatos socialinių veiksnių komisijos 2008 metų ataskaitoje, pavadintoje „Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį“. Remiantis patikimų šaltinių duomenimis, jei ES šalys, tame tarpe ir Lietuva, 10 proc. sumažintų neteisingumą sveikatos priežiūros srityje, būtų užtikrinta apčiuopiama ekonominė nauda, nes būtų sutaupyta 18 milijardų eurų, kurių netektų išleisti sveikatos priežiūrai, ir 6 milijardai, kurių netektų išleisti socialinio draudimo reikmėms¹.

Turimi duomenys rodo, kad, nežiūrint kai kurių išimčių, kuo žemesnė žmonių socialinė ir ekonominė padėtis, tuo prastesnė jų sveikata. Socialinės padėties skirtumai atspindi skirtingą individų išsilavinimo lygį, pajamų ir užimtumo pobūdį bei garantijas, socialinės rūpybos pobūdį bei dydį, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei naudojimą, būsto garantijas ir aplinkos, kurioje jie gyvena, išplanavimą bei saugumą.

Skurdo ir kitų socialinės atskirties aspektų mažinimas išlieka vienu iš pagrindinių gyventojų sveikatos gerinimo rezervų. 2002 – 2007 metais mažėjant nedarbo lygiui mažėjo ir savižudybių skaičius Lietuvoje, tačiau esminių teigiamų pokyčių vykdant socialinės apsaugos plėtrą sveikatos labui pasiekta nebuvo.

Šalyje nemažėjo sveikatos būklės skirtumas tarp vyrų ir moterų, miesto ir kaimo gyventojų, skirtingą išsilavinimą turinčių žmonių. Lietuvoje išsilavinę gyventojai gyvena sveikiau ir ilgiau, o žemesnį išsilavinimą turinčių asmenų sveikata yra santykinai prastesnė.

Sveikatos priežiūros sektoriaus reforma nepaskatino sveikatos priežiūros specialistų tolygesnio geografinio pasiskirstymo, o tai reiškia, jog neišsprendė sveikatos priežiūros paslaugų tolygesnio prieinamumo skirtinguose regionuose problemas.

Pagrindinės neigiamos ekonominio nuosmukio socialinės pasekmės Lietuvoje pasireiškė darbo vietų praradimu bei gyventojų pajamų sumažėjimu, o toliau - ilgalaikio nedarbo, socialinės atskirties didėjimu. Šie reiškiniai skatino emigraciją bei šešėlinės ekonomikos augimą šalyje. Visa tai didino

⁴¹ Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį. Pasaulio sveikatos organizacijos biuras Lietuvoje, 2009

gyventojų skurdą, mažino darbo jėgos išteklius. Buvo prarandama kvalifikacija, mažėjo motyvacija dirbti, sulėtėjo šalies ekonomikos augimas (atsigavimas).

Statistinių duomenų analizė parodė, kad, ekonominio nuosmukio laikotarpiu, didėjant nedarbiui bei mažėjant gyventojų pajamoms, šalyje didėjo nusikalstamumas. Lyginant su ankstesniais metais išaugo nelegali alkoholinių gėrimų gamyba ir nusikaltimų, kuriuos padaro apsvaigę asmenys, skaičius.

Darbingo amžiaus gyventojų mirtingumas Lietuvoje yra antras pagal rodiklio dydį ES (po Latvijos), o mirtingumas 30 - 44 m. amžiaus grupėje, palyginti su kitomis ES šalimis, – didžiausias.

Vyrų gyvenimo trukmė yra, vidutiniškai, 11 metų trumpesnė, negu moterų, ir šis skirtumas yra žymiai didesnis, nei daugumoje kitų ES šalių. Du trečdaliai vyrų Lietuvoje miršta iki 75 m. amžiaus, du trečdaliai moterų miršta vyresnės, nei 75 m. amžiaus.

Aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys gyvena, vidutiniškai, ilgiau 11,3 metų, negu viduriniojo išsilavinimo, ar neturintys viduriniojo išsilavinimo. Vidutinė gyvenimo trukmė gyvenančių miesto vietovėse yra vidutiniškai 3 m. ilgesnė, nei gyvenančių kaime. Lietuvoje išsilavinę, didesnes pajamas gaunantys, miestuose gyvenantys vyrai savo sveikatą vertina geriau - šioje gyventojų grupėje dažniau būdingas sveikatą tausojantis elgesys, ypač susijęs su rūkymu, alkoholio vartojimu ir mityba.

Mažesnes pajamas gaunančios moterys turi, vidutiniškai, 3,2 kartus daugiau sveikatos problemų negu gaunančios didesnes pajamas. Tarp vyrų šis skirtumas siekia, vidutiniškai, 2,3 karto. Visos šalies mastu skurdo lygis kaimo vietovėse daugiau negu pustrėčio karto didesnis negu miestuose, taigi tikimybė, kad mažas pajamas gaunantis suaugęs kaimo gyventojas bus prastesnės sveikatos, yra 3,9 kartus didesnė. Lietuvos gyventojų sveikatos ir socialinės bei ekonominės padėties netolygumai didėja ir yra vieni didžiausių Europos Sąjungoje. Todėl sveikatos santykių teisingumo siekis privalomai išlieka naujos sveikatos programos strateginė kryptis.

Ekonominio nuosmukio laikotarpiu didėja gyventojų emigracijos iš Lietuvos mastai. Emigracija veikia ir sveikatos priežiūros specialistų bendruomenę. Yra didelė rizika, kad artimiausiu metu sveikatos priežiūros įstaigose skaudžiai pasijus specialistų, ypač slaugytojų, stygius. Todėl sveikatos santykių teisingumo siekis privalomai išlieka naujos sveikatos programos strategine kryptimi ir veiksmų gaire.

6.3.3. Gyvenimo kokybės pagerinimas

Gyvenimo kokybės samprata sveikatos aspektu visų pirma yra siejama su ilgesne sveiko gyvenimo trukme. Pirmoje šios studijos dalyje yra pateikti duomenys apie vidutinę tikėtiną sveiko gyvenimo trukmę ES šalyse, kurie patvirtina, kad ši visuomenės sveikatos gerinimo veiklos sritis Lietuvoje išlieka prioritetinga.

Apibendrinant svarbiausių sveikatos problemų analizės rezultatus galima pažymėti, kad per 1998 – 2010 m. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpį buvo užtikrintas sveikatos politikos tęstinumas, įtvirtinti sveikatos sistemos teisiniai pagrindai, pasiekta didelė pažanga pacientų teisių užtikrinimo srityje -, pagerėjo šalies gyventojų vartojamų maisto produktų kokybė. Nuo 2004 metų šalyje vykdomos širdies ir kraujagyslių ligų, vėžinių susirgimų, vaikų dantų karieso antrinės profilaktikos programos. 1998 – 2010 m. žymiai pagerėjo nėščiųjų ir naujagimių priežiūra, o šio pagerėjimo pasekmė yra ta, kad kūdikių mirtingumas sumažėjo nuo 9,3 mirusiųjų kūdikių, tenkančių 1000 gimusių gyvų 1998 metais iki 4,3 - 2010 metais.

Lietuvos Respublikos Seimui 1998 tvirtinant Lietuvos sveikatos programą buvo numatyta, kad 2010 m. Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė pasieks 73 metus. Numatytas tikslas buvo pasiektas - Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė pailgėjo iki 73,45 metų. Nors vidutinės gyvenimo trukmės bei gyventojų mirtingumo rodikliai svyravo, ir dešimtmečio laikotarpiu ypatingai teigiamų pokyčių neįvyko, per pastaruosius trejus metus, ypač profilaktinių priemonių dėka, pavyko pasiekti pagrindinį Lietuvos sveikatos programos tikslą. –

Greta pozityvių pokyčių buvo ir nesėkmių. Viena jų priežasčių buvo ta, kad sveikatinimo sistema pernelyg izoliuotai kovojo su visuomenės sveikatos problemomis. Kituose sektoriuose buvo stokojama darnaus visuomenės vystymosi supratimo ir bendradarbiavimo derinant ekonomikos, socialinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimų sprendimą. Tai atspindi gyventojų sveikatos rodikliai, pagal kuriuos žymiai atsiliekame nuo kitų valstybių. Vienas iš jų - mirčių dėl išorinių priežasčių skaičius, kurio didėjimą didele dalimi nulėmė alkoholio vartojimas - su pertekliniu alkoholio vartojimu susijusių mirčių skaičius vien per 2005 –2007 metus padidėjo dvigubai.

Viena iš pagrindinių Lietuvos visuomenės problemų yra savižudybės. Pagal savižudybių skaičių Lietuva jau tris dešimtmečius yra pirmaujanti Europos valstybė. Lietuvoje dažniausiai žudosi darbingo, 45 - 59 metų amžiaus žmonės, o "senosiose" ES valstybėse - senyvo, virš 75 metų, amžiaus sulaukę asmenys.

Lietuvoje, nepasižyminčioje itin atšiauriu klimatu, kasmet dėl šalčio poveikio miršta apie 400 žmonių. Pastaraisiais metais sušalimų skaičius Lietuvoje didėjo. 2010 m. dėl natūralaus šalčio poveikio Lietuvoje mirė daugiau žmonių, nei žuvo kelių eismo įvykiuose. Sušalimų prevencijos srityje Lietuva yra taip stipriai atsilikusi nuo kaimyninių valstybių, kad vargiai begali pasiremti kitų šalių mokslininkų rekomendacijomis, nes tose šalyse sušalimai jau seniai tapo labai ribota problema.

Nepavyko sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų masto – šių ligų antrinės profilaktikos programa tik dabar pradeda teikti lauktus rezultatus. 1998 – 2010 metais mirtingumo prieaugį 40 procentų lėmė

virškinimo sistemos ligos, per tą laiką dvigubai padidėjo cukrinio diabeto atvejų skaičius. Kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos, ypač odontologinės, sanatorinio gydymo, tapo sunkiau prieinamos mažas pajamas gaunantiems gyventojams. Pavėluota visuomenės sveikatos sektoriaus reforma neužtikrino visuomenės sveikatos specialistų lyderystės telkiant kitus sektorius ir žinybas bei pačius piliečius į aktyvesnę sveikatos gerinimo veiklą.

Išlieka racionalaus sveikatos sistemos išteklių - žmogiškųjų, finansinių, informacinių - paskirstymo tarp šalies regionų problema.

Visų šių problemų priežastys yra detalai išnagrinėtos 2011-06-07 LR Seimo nutarime „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 metais metmenų patvirtinimo“.

Įgyvendinant praeito laikotarpio LSP buvo taikomos priemonės, kurios buvo organizuojamos remiantis valstybės ir savivaldybių sveikatos programų ir įstatymų nustatytų planavimo dokumentų nuostatomis. Tikslinių sveikatos programų įgyvendinimo istorija yra ir ikišiolinės LSP sėkmės ir nesėkmės istorija, kurioje didžiausiu efektu – sumažėjusiu išvengiamų mirčių skaičiumi - pasižymėjo priemonės mažinti traumatizmą ir riboti alkoholinių gėrimų vartojimą. Tačiau sveikatos programų poveikis šalies gyventojų sveikatai buvo nepakankamas. Dalis programų buvo įgyvendintos be esminių teigiamų rezultatų, kita dalis sveikatos programų finansavimo prasme buvo tiesiog „užšaldytos“.

Gyventojų mirties priežasčių struktūra Lietuvoje daugelį metų išlieka nepakitusi. Trys pagrindinės mirčių priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys 2010 m. sudarė 85,3 proc. visų mirties priežasčių. Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė, t.y. 56,1 proc., nuo piktybinių navikų – 19,3 proc., o nuo išorinių mirties priežasčių – 9,6 proc. visų mirusiųjų.

Visų mirčių skaičiuje mirtys nuo infekcinių ir parazitinių ligų sudaro tik 1,1 proc. dalį, tačiau beveik pusės šių mirčių priežastis yra tuberkuliozė. Pagal šį standartizuotą mirtingumo nuo tuberkuliozės rodiklį Lietuva yra blogiausioje padėtyje tarp Europos Sąjungos šalių.

2010 m. mirusiųjų nuo atskirų mirties priežasčių dalis bendrame mirčių skaičiuje

Mirčių priežastys	Mirusiųjų dalis bendrame mirčių skaičiuje, %
Kraujotakos sistemos ligos	56,1
Piktybiniai navikai	19,3
Išorinės mirties priežastys	9,3
Virškinimo sistemos ligos	5,3

Kvėpavimo sistemos ligos	3,0
Infekcinės ir parazitinės ligos	1,1
Kitos mirties priežastys	5,9

6.3.4. Visuomenės sveikatos prioritetai

PSO tyrimai skelbia, kad opiausia visuomenės sveikatos problema artimiausioje ateityje išliks lėtinės ligos – jos lemia didžiulius praradimus sveikatos ir ekonomikos sferose. Įrodymais pagrįsta, kad tokių lėtinių ligų, kaip širdies – kraujagyslių, piktybinių navikų, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos ir diabeto pagrindinė priežastis yra netinkama elgsena, netinkamas gyvenimo būdas (nesveika mityba, mažas fizinis aktyvumas, rūkymas, priklausomybė nuo alkoholio). Šie veiksniai sukelia nutukimą, hipertenziją, lipidų ir angliavandenių metabolizmo sutrikimus⁴². Tyrimai rodo, kad šių ligų mastą galima mažinti profilaktikos priemonėmis, todėl kovos su šių susirgimų priemonės yra būtina naudoti, kaip programines, visos šalies mastu. Pagal PSO rekomendacijas² Europos šalių veiksmų strategija mažinant lėtinių susirgimų mastą apima sveikatos, socialinės rūpybos ir darbo, švietimo sektorius (2 pav.)



⁴² A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83057.pdf>).

2 pav. Visuomenės sveikatos gerinimo veikiant lėtinių ligų priežastis ir pasekmes strategija

Nustatant visuomenės sveikatos prioritetus reikia pasirinkti sveikatos vertinimo indikatorius, kurių pagalba būtų galima tiksliai vertinti visuomenės sveikatą, parinkti efektyviausias ir racionaliausias priemones šią sveikatą gerinti.

Pirmasis bendras Europos Bendrijos sveikatos indikatorių aprašas (European Community Health Indicators) buvo parengtas 2001 metais⁴³. Jame yra išskirtos šios keturios pagrindinės indikatorių kategorijos:

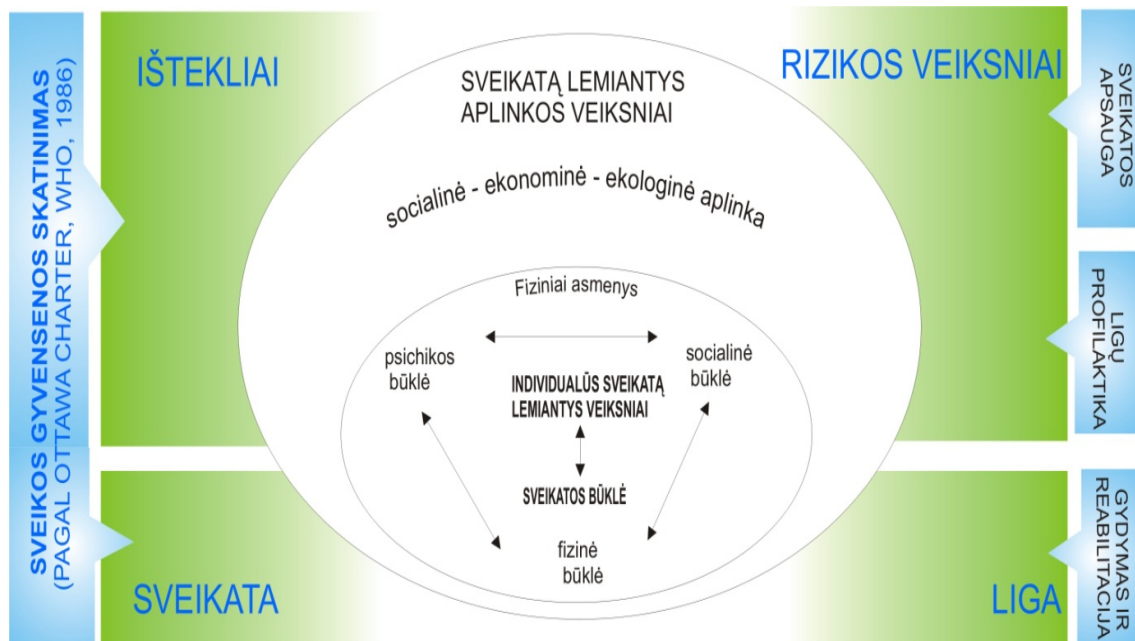
- demografiniai ir socialiniai – ekonominiai indikatoriai;
- sveikatos būklės indikatoriai;
- sveikatą lemiantys veiksniai;
- sveikatos sistema (įskaitant sveikatos skatinimą).

Naudojant šią indikatorių klasifikavimo sistemą buvo parengtas sveikatos vystymo modelis, kuris buvo aprašytas, išbandytas ir įvertintas 2003 – 2004 metais⁴⁴ ⁴⁵. Principinė šio modelio schema pateikta 3 pav.

⁴³ Kramers, P. (2003) The ECHI project: health indicators for the European Community. *European Journal of Public Health*, 13, 101-106.

⁴⁴ Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., Noack, H., Broesskamp, U. and Hill, C. (2003) Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development. *European Journal of Public Health*, 13, 107-113.

⁴⁵ Davies, J. K., Hall, C. and Linwood, E. (2004) The Development of a European Health Promotion Monitoring System (The EUHPID Project): Final Report to the European Commission, DG SANCO on behalf of the EUHPID Consortium. International Health Development Research Centre, University of Brighton, Brighton. European Community (2004) Available at: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators.



3 pav. Visuomenės sveikatos vystymo modelis (pagal G.Bauer ir kt.⁴⁶)

Modelio struktūra aiškiau, nei iki šiol, apima šias svarbias sampratas:

- pagal PSO apibrėžimą sveikata vertinama trimis išmatavimais (fizinė, dvasinė ir socialinė sveikata);
- sveikatos būklę nulemia fizinio asmens ir jį supančios aplinkos tarpusavio santykiai;
- vykstantys sveikatos pokyčiai gali būti analizuojami sveikatos genezės lygmeniu (sveikatos ištekliai, sveikata) ir ligos genezės lygmeniu (rizikos veiksniai, liga);
- sveikatos gerinimo plėtra turi būti apsaugota nuo išorinių veiksnių įtakos, kad ši plėtra iš tikrųjų palaikytų ir gerintų visuomenės sveikatą;
- skatinant sveiką gyvenimą yra laikomasi Otavos chartijos nuostatų⁴⁷, apibrėžiančių skatinimo veiksmus ir sritis.

Remiantis šio sveikatos skatinimo ir plėtros modelio koncepcija pasirinkome Lietuvos sveikatos programos 2020 prioritetų nustatymo metodologiją.

6.3.4.1. Prioritetų nustatymo metodologija. Socialiniai – kultūriniai aspektai

Prioritetų nustatymas funkcinė prasme yra politinis procesas. Kaip daryti teisingą pasirinkimą ir apsispręsti - yra vienas sudėtingiausių dalykų.

⁴⁶ G.Bauer et al. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. Health Promotion International, Vol. 21 No. 2. Advance access publication 9 January 2006

⁴⁷ Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1

Efektyviam prioritetų pasirinkimui yra būtina įrodymais pagrįstas situacijos įvertinimas (analizė), kuris remiasi trijų sričių informacija:

- visuomenės sveikatos;
- sveikatos priežiūros;
- sveikatos srities išteklių tyrimo.

Tam, kad nustatyti teisingus prioritetus visų pirma reikia apibrėžti jų kriterijus.

Įvairių šalių praktikos apžvalga rodo, kad deklaruojamų kriterijų skaičius būna nevienodas⁴⁸.

Dauguma jų gali būti grupuojami pagal šias kategorijas:

- tinkamumo (ar privalome tai daryti?);
- priešastingumo (kodėl turime tai daryti?);
- galimybių (ar įmanoma tai atlikti, pasiekti?);
- poveikio (ką gali gauti suinteresuotos šalys?).

Tinkamumo kategorijos kriterijai yra etikos ir moralės, žmogaus teisių, teisės, politinio priimtumo, esamos žinių bazės panaudojimo pilnumo sričių atitinkamų rodiklių siekiniai.

Priešastingumo kategorijos kriterijai atitinka visuomenės susirūpinimą, problemų mastą ir sunkumą, nacionalinę sveikatos politiką.

Galimybių kategorijos kriterijai remiasi moksliniais problemų tyrimais politiniu, ekonominiu, socialiniu – kultūriniu ir etiniu aspektais.

Poveikio kategorijos kriterijai siejasi su trumpalaike ir ilgalaike nauda, prieinamumu, kokybės, efektyvumo, apimties masto sampratomis.

Healthy New York ir Healthy People 2010 programų prioritetų kriterijai buvo išrinkti pagal 5 principus⁴⁹:

1. Didžiausią poveikį sveikatai bendruomenė gali pasiekti veikdama netinkamos sveikatos priežastis, o ne taisydama pasekmes.
2. Didžiausias pagerėjimas sveikatos srityje yra pasiekiamas priemonėmis, kurios įtraukia ir asmenį, ir visą bendruomenę.
3. Prioritetinės sveikatos gerinimo veiklos sritys turi būti siejamos su didžiausiu segamumu, mirtingumu, neįgalumu ir produktyvaus gyvenimo metų praradimu.
4. Pasirinktos prioritetinės sritys turi atitikti pagrindines (aktualias) vietos gyventojų sveikatos problemas.
5. Pasiekimai turi būti išmatuojami ir įvertinami specifiniais kiekybiniais ir praktiškais rodikliais.

⁴⁸ http://sicar.csuca.org/attachments/125_approaches%20to%20priority.pdf

⁴⁹ <http://www.health.state.ny.us/statistics/chac/crit.htm>

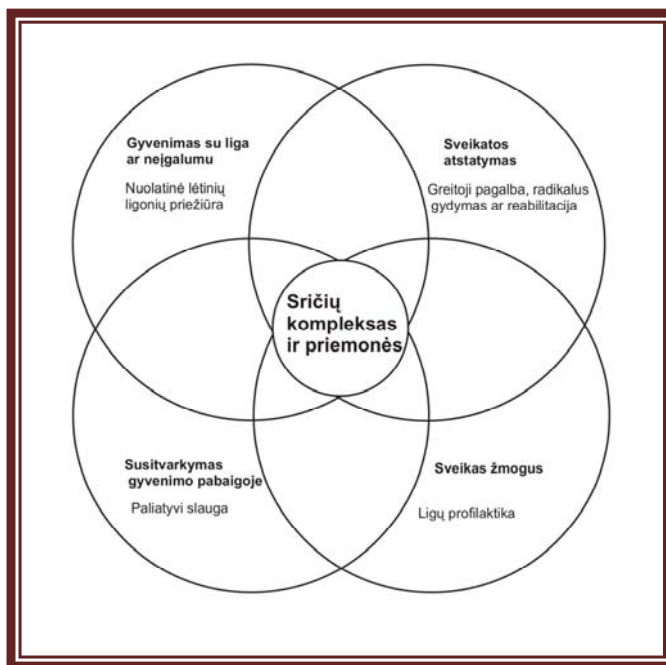
Pripažįstant, kad geriausius rezultatus gerinant visuomenės sveikatą galima pasiekti veikiant negerovių priežastis, o ne kovojant su pasekmėmis, naujosios sveikatos programos prioritetai (darant sprendimus ir paskirstant ribotus išteklius) turi būti kreipiami daugiau į sveikos gyvensenos kultūros ugdymą, negu į medicinos technologijų plėtrą.

Kita vertus, reikia taip pat pripažinti, kad visuomenės nariai pagal savo sveikatos būklę yra ir bus pasiskirstę į sveikus asmenis, asmenis, turinčius ūmių sveikatos sutrikimų, lėtinius ligonis, asmenis, kuriems reikia paliatyvios slaugos. Todėl visuomenės sveikatos gerinimo prioritetų kriterijai turi būti kompleksiški, t.y., turi apimti ir sveikatos skatinimo, ir sveikatos priežiūros sričių vystymo siekinius.

Vertinant visuomenės sveikatos gerinimo prioritetų pasirinkimą per asmens prizmę reikia atsižvelgti į tai, kad pasaulyje, ypač išsivysčiusiose šalyse, šiuo metu yra stebimas sveikatos priežiūros poreikio perėjimas nuo ūminių sveikatos sutrikimų link lėtinių sveikatos sutrikimų būklių⁵⁰. Lėtiniai sveikatos sutrikimai tampa dominuojanti ligų, neįgalumo ir mirties priežastis. JAV 2000 metais lėtinius sveikatos sutrikimus turėjo apie 50 proc. visų gyventojų, didesnė dalis iš jų turėjo dvi ar daugiau lėtinių sveikatos sutrikimų rūšių.

Aktualių sveikatos priežiūros sektoriaus veiklos prioritetinių sričių pirminės atrankos schema pavaizduota 4 pav.

⁵⁰ Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality (2003).
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10593



4 pav. Prioritetinių visuomenės sveikatos sričių pirminės atrankos schema

Autoriai⁵¹ rekomenduoja, kad:

1) prioritetinės asmens sveikatos priežiūros sritys atitiktų gyventojų sveikatos priežiūros poreikius viso jų gyvenimo laikotarpiu įvairaus profilio sveikatos priežiūros įstaigose, įtraukiant daugelio rūšių sveikatos priežiūros specialistų;

2) apimtų visą sveikatos priežiūros spektrą nuo sveiko žmogaus būsenos išlaikymo iki:

- ligonių gydymo ir sveikatos problemų sprendimo tiek dažnai, kiek įmanoma;
- pagalbos lėtiniais ligoniams, kad jie gyventų ilgiau, produktyviau ir komfortabiliu;
- tinkamos priežiūros mirštantiesiems gerbiant jų ir jų šeimų, artimųjų vertybines nuostatas.

6.3.4.2. Prioritetų nustatymo metodologija. Ekonominiai - vadybiniai aspektai

⁵¹ Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality (2003). http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10593

Ekonomikos aspektu prioritetų nustatymas turėtų remtis sąnaudų alternatyvų analize, ir jų pasirinkimu pagal išteklių apimtį. Ekonomikos metodai yra pagrįsti prielaida, kad yra įmanoma sukurti racionalią prioritetų nustatymo sistemą, kuri leistų teisingai ir teisėtai paskirstyti išteklius. Nors šių metodų taikymas skirstant išteklius yra valstybės valdymo esminis principas, ekonominiai metodai visuomenės sveikatos gerinimo prioritetų nustatymui iki šiol Lietuvoje nebuvo naudojami efektyviai. Sveikatos priežiūros įstaigos ir valstybinio valdymo institucijos iki šiol turi sunkumų pritaikyti ekonominį sveikatos politikos sprendimų vertinimą, nors ir pagrįstą įrodymais. Tačiau, siekiant teigiamų rezultatų ir atsižvelgiant į ribotus išteklius, ekonomikos koncepcija ir atitinkami valdymo įrankiai gali ir turi ką pasiūlyti sveikatos srities valdymui.

Prioritetų pasirinkimo efektyvių metodų paieška siekiant priimti teisingus sprendimus ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje yra vienas didžiausių šiuolaikinės sveikatos politikos iššūkių^{52 53 54}. JAV, Didžioji Britanija, Nyderlandai, Naujoji Zelandija, Kanada ir Švedija bandė įvairiai spręsti šį uždavinį. Tačiau ypač pažymėtina, kad keletas šalių parengė nacionalinio lygmens sveikatos technologijų vertinimo programas dėl teigiamo kaštų-efektyvumo balanso nustatymo bei taisyklės dėl naujų sprendimų pagrindimo⁵⁵. Stuart J. Peacock ir kiti autoriai⁵⁶ pateikia šias programų biudžeto ir ribinės analizės taisykles (5 pav.).

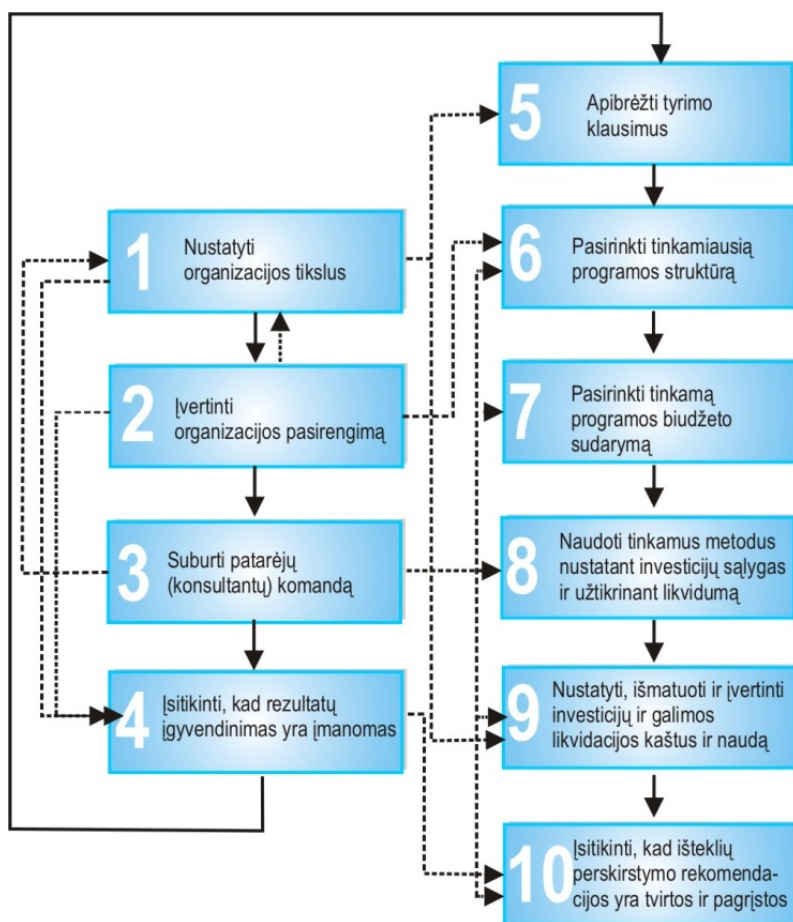
⁵² Drummond M, Donaldson C. In the land of blind decision making, is one-eyed economics the king? [comment]. *Appl. Health Econ. Health Policy* 2(2), 73-76 (2003).

⁵³ McCulloch D. Scientific prioritization: inescapable judgement. *Appl. Health Econ. Health Policy* 2(2), 71-73 (2003).

⁵⁴ Peacock S, Ruta D, Mitton C, Donaldson C, Bate A, Murtagh M. Using economics to set pragmatic and ethical priorities. *BMJ* 332(7539), 482-485 (2006).

⁵⁵ Coulter A, Ham C. *The Global Challenge of 8 Health Care Rationing*. Open University Press, Buckingham, UK, xii, 267 (2000).

⁵⁶ Stuart J Peacock, Craig Mitton, Danny Ruta, Cam Donaldson, Angela Bate and Lindsay Hedden. Priority setting in healthcare: towards guidelines for the program budgeting and marginal analysis framework. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 10(5), 539-552 (2010)



5 pav. Sveikatos programų efektyvaus valdymo schema

Lietuvoje atsakomybė dėl prioritetų pasirinkimo – sprendimų paskirstant ribotus sveikatos priežiūros išteklius – nacionaliniu lygiu tenka LR SAM, lokaliu – savivaldybėms bei sveikatos priežiūros įstaigoms. Visi (ar beveik visi) Lietuvos valstybinių valdžios institucijų sprendimai sveikatos politikos srityje pagal teisės aktų nuostatas yra laikomi teisėti. Tačiau labai daug sprendimų yra pasirenkama tokių, kurie nulemia pernelyg mažą efektą, kartais daug mažesnį, negu yra deklaruoti laukiami rezultatai, todėl negali būti vadinami teisingi. Nemažai sprendimų yra tokių, kurie sukelia paslėptus (šalutinius) neigiamus efektus, mažinančius ar apskritai į neigiamus paverčiančius sprendimų pagrindu atliktų veiksmų rezultatus. Todėl sprendimų sveikatos politikoje efektyvumo vertinimas kokybės ir kiekybės išraiška yra būtina sąlyga, kad nebūtų švaistomi visuomenės ištekliai, kitaip sakant šalies vidaus produktas.

Didžiosios Britanijos vyriausybė, siekdama užtikrinti, kad kryptių, programų ir viešųjų paslaugų vystymo politikos sprendimai būtų kiek galima daugiau veiksmingi ir efektyvūs, naudoja įvairius vertinimo metodus. Pagrindinis veiksnys, lemiantis vertinimo galimumą ir jo objektyvumą,

yra Didžiosios Britanijos vyriausybės įsipareigojimas vykdyti politiką, pagrįstą įrodymais^{57 58 59 60}. Ši nuostata apibrėžia reikalavimus politinių sprendimų rengėjams ir politikos įgyvendintojams naudotis patikimais turimais duomenimis iš nacionalinių statistikos, mokslinio tyrimo centrų, taikyti ekonomikos teoriją ir pilotinius sprendimų veikimo išbandymus, įvertinti ankstesnės politikos rezultatus, atlikti užsakomuosius tyrimus, sistemingai konsultuotis su sektoriaus juridiniais subjektais (įmonėmis, įstaigomis, organizacijomis).

Poveikio vertinimo aspektai

Pasiektų rezultatų vertinimas

Šis būdas Didžiosios Britanijos vyriausybės yra plačiai naudojamas ir yra sprendimų vadybos sistemos pamatas. Kai kurie autoriai⁶¹ pripažįsta šios vertinimo koncepcijos ribotumą tame, kad ne visada yra atsižvelgiama į nelauktus sprendimų vykdymo rezultatus, todėl pats vertinimas gali būti tik dalinis, arba net tendencingai šališkas.

Grynojo politikos poveikio vertinimas

Dauguma politinių sprendimų lemia ir teigiamus, ir neigiamus rezultatus. Visų šalių vyriausybėms yra svarbu žinoti, kokie yra rezultatai, ir lyginti gautus rezultatus su spėjamais rezultatais, kurie būtų buvę pasiekti, jei atitinkamų sprendimų vykdymo nebūtų imtasi, arba jei būtų buvusi pasirinkta kita vykdymo alternatyva. Laukiame ir gautus rezultatus nustatyti Didžiosios Britanijos vyriausybė yra įsipareigojusi naudoti experimentinio ar kvazi-eksperimentinio vertinimo (tyrimo) metodikas⁶².

Reguliavimo poveikio nustatymo metodas taikomas ir Lietuvoje, tačiau tik dalinai, palyginus su Didžiąja Britanija. Bendrosios teisės akto poveikio vertinimo normos yra numatytos Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų teisės aktų rengimo tvarkos įstatyme⁶³. Pagal šio įstatymo 4 str. 4 dalį parengtas teisės aktas yra derinamas bei aprobuojamas. Pagal šio teisės akto to paties straipsnio 5 dalį ekonominius santykius reguliuojančio teisės akto projektas turi būti įvertinamas antikorporciniu aspektu, pagal 6 dalį – jeigu yra pagrindo manyti, kad priimtas teisės aktas gali daryti įtaką kriminogeninei situacijai - jį priimti įgaliojanti institucija turi atlikti papildomą atitinkamą projekto vertinimą.

⁵⁷ Cabinet Office 1999a. Modernizing Government, White Paper, London, Cabinet Office

⁵⁸ Cabinet Office, 1999b. Professional Policy Making for the Twenty-First Century, Cabinet Office Strategic Policy Making Team, London, Cabinet Office.

⁵⁹ Cabinet Office, 2000. Adding It Up, London, Performance and Innovation Unit, Cabinet Office.

⁶⁰ Cabinet Office, 2001b. Better Policy Making, Centre for Management and Policy Studies, London, Cabinet Office

⁶¹ Patton, M.Q., 2002. Qualitative Research and Evaluation Methods, 3rd Edition, Thousand Oaks, Sage.

⁶² Davies, Philip. Policy Evaluation in the United Kingdom. Paper to be presented at the KDI International Policy Evaluation Forum, Seoul, Korea, May 19-21, 2004

⁶³ Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų teisės norminių aktų rengimo tvarkos įstatymas // Valstybės žinios. 1995, Nr. 41-991

Kaštų – naudos analizė, plačiai taikoma vertinti JAV įvairių sektorių plėtros politikos efektyvumą, ES ir kitose šalyse taip pat įgyja vis didesnę pripažinimą. Visuomeniniame gyvenime ir institucijų veikloje JAV kaštų – naudos analizė turi tokią didelę įtaką valdžios sprendimams, kad, pasak kai kurių autorių ⁶⁴JAV iš valdžios valdomos valstybės tampa kažkuo panašiomis į kaštų – naudos valstybę. Lėtesnis šio įrankio pritaikymas Europos šalyse didele dalimi sąlygotas istoriškai. JAV jau 1936 metais įsigalėjo kaštų – naudos analizės koncepcija, siejama su atnaujinto Potvynių kontrolės įstatymo (Flood Control Act, FCA 1936) parengimu ir įsigaliojimu. Europoje kaštų – naudos analizės pritaikymas priimant sprendimus valstybės lygiu pirmąkart apsireiškė tik XX a. septintojo dešimtmečio pradžioje (transporto kelių vystymo investiciniai projektai Didžiojoje Britanijoje). Kita vertus, JAV taip pat turi daug glaudesnes akademinio ir valstybės valdymo sektorių sąsajas, nei Europos šalys. Akademinų ekonomistų, visų pirma - J.B.Clark - įnašas diegiant kaštų – naudos analizės instrumentą į valdymą buvo tas, kas jau 1930 metais ši analizė JAV buvo pritaikyta praktiškai. Dar vienas veiksnys, lemiantis skirtingos apimties šio analitinio instrumento panaudojimą JAV ir Europos šalyse yra tai, kad JAV yra politiškai priimtinesnė rizikos tolerancija. Besivystančiose šalyse kaštų – naudos analizė labai retai kur naudojama, net ir ten, kur jos panaudojimas yra neabejotinai būtinas. 3 lentelėje ⁶⁵ yra pateikti duomenys apie reikalavimus taikyti analitinius metodus vertinant sprendimų priėmimo tikslingumą įvairiose šalyse.

3 lentelė. Analizės metodai, taikomi kai kuriose valstybėse priimant sektoriaus plėtros sprendimus

Šalis	Reikalavimas taikyti analizės metodą	Metai (nuo)
Australija	Kaštų – naudos analizė	1985
Austrija	Rekomenduojama fiskalinė analizė	1992
Kanada	Kaštų – naudos analizę arba kaštų – efektyvumo analizę; reikalaujama kompleksinės gilesnės analizės, kai sprendimų įgyvendinimas kainuoja (GDV*) daugiau, kaip 50 mln. Kanados dolerių	1977; peržiūrėta 1986, 1992
Suomija	Bendroji poveikio analizė	1970; peržiūrėta 1990
Vokietija	Nėra privaloma, rekomenduojama kaštų – naudos analizė	1984; peržiūrėta 1989
Islandija	Rekomenduojama bendroji poveikio / fiskalinė analizė	peržiūrėta 1995
Japonija	Bendroji poveikio analizė	1997; peržiūrėta 1988

⁶⁴ Turvani, Margherita. Cost-Benefit Analysis: a Policy Evaluation Tool in an Historical Perspective. Department of Urban Planning, Università Iuav di Venezia.

<http://www.pgpe.cnrs.fr/documents/PageHPE/Papers/Turvani.pdf>

⁶⁵ Hahn, Robert, 2000. Reviving Regulatory Reform: A Global Perspective. Washington, D.C.: AEI Press

Meksika	Kaštų – naudos analizė	1996
Olandija	Bendroji poveikio analizė	1985
Naujoji Zelandija	Fiskalinė analizė	1996
Norvegija	Fiskalinė analizė ; kaštų – naudos analizė nurodoma, kaip Tinkama	1985; peržiūrėta 1995
Portugalija	Fiskalinė analizė	nėra duomenų
Švedija	Fiskalinė analizė ir kaštų – naudos analizė, bei kaštų – efektyvumo analizė ypač neigiamų rezultatų atveju	1987; peržiūrėta 1994
Didžioji Britanija	Kaštų – naudos analizė	1985; peržiūrėta 1995
JAV	Kaštų – naudos analizė ; reikalaujama kompleksinės gilesnės analizės, kai sprendimai turi didelę įtaką bendrai ekonomikai	1974; peržiūrėta 1977, 1981, 1993, 1995

* grynąja dabartine verte

Kaip ir daugelis kitų tyrimo metodų, kaštų – naudos analizė turi savo ribotumą, kuriuos nagrinėjant gali būti įvairių interpretacijų šio instrumento naudojimo tikslingumo klausimu. Savaimė aišku, kad kaštų – naudos analizė nėra universali priemonė spręsti visas sveikatos priežiūros sektoriaus problemas (ypač – globalias), taip pat ilgalaikės perspektyvos klausimus.

Kaštų – analizės instrumentu pagrindžiant politinius sprendimus Didžioji Britanija yra artimesnė JAV, nei kitoms Europos šalims, tačiau šio įrankio taikymo santykinis mastas JAV nepalyginamai didesnis, nei Didžiojoje Britanijoje. Viena iš priežasčių yra laikoma tai, kad JAV yra daug labiau išreikštas vykdomosios ir įstatymus kuriančios valdžios atskyrimas, o įstatymdavystė yra aktyvi⁶⁶ [9]. Didžiojoje Britanijoje yra atvirkščiai – politinių sprendimų srityje dominuoja vykdomosios valdžios struktūros, o teisėkūra yra daugiau reaktyvi. Galima būtų pavaizduoti šias abi šalis ašies tarp politinių sprendimų skirtingų koncepcijų poliuse (6 pav.).



6 pav. Valdžios galių pasiskirstymo spektras nuo „stipraus atskyrimo“ iki vykdomųjų funkcijų dominavimo

⁶⁶ Talbot, Colin Performance regimes and institutional contexts: Comparing Japan, UK and USA Paper for the International Symposium on Policy Evaluation, 24-25th June 2006, Tokyo

Kaip parodyta 6 pav., Japonija pagal politinių sprendimų priėmimo koncepciją yra tarpe, tačiau arčiau Didžiosios Britanijos, nei JAV. Lietuvoje vyrauja panaši koncepcija – absoliuti dauguma įstatymų projektų gimsta vykdomosios valdžios institucijose. LR Seimas, nagrinėdamas įstatymų projektų alternatyvas (jei tokie būna), dažnai demonstruoja globėjišką elgseną vykdomosios valdžios institucijų (ministerijų) parengtų projektų atžvilgiu.

Sveikatos sektoriaus reguliavimo politiniai sprendimai Lietuvoje yra teisėti, tačiau ar pakankamai teisingi – vertinti pradinėse stadijose yra sunku, kadangi sprendimų rengimo ir priėmimo metu kokybiškai jie analizuojami pernelyg formaliai, o kiekybiškai – tik dalinai. Dažnai, paaiškėjus realiems sprendimų rezultatams, neabejotinai galima teigti, kad sprendimai buvo rengiami be tinkamų analitinių instrumentų, arba su jais – tačiau ne metodologiškai, o nenuosekliai.

Pagrindiniai analizuojamų sveikatos politikos sprendimų priėmimo pasitaikantys trūkumai stebimi šie:

- 1) nenustatomi rizikos veiksniai kiekybine išraiška (nebuvo įrodymais pagrindžiant prognozuojama, kokie neigiami padariniai (kiekybine išraiška) bus, jei atitinkamo reguliavimo būtų atsisakyta;
- 2) nesvarstomos galimybės pasirinkti ar ne naujo reguliavimo tvarką arba naujo reguliavimo alternatyvas (pvz., savireguliaciją, informacijos teikimą, mokymų projektus, alternatyvą „nieko nekeisti“);
- 3) neatliekama pilna sprendimų kaštų – naudos analizė, įskaitant atskirą poveikio sektoriui vertinimą ir poveikio vertinimą jų konkurencinei aplinkai apskritai;
- 4) nebuvo užtikrinamas grįžtamo ryšio su politinio sprendimo autoriais mechanizmas.

Žalingo politinių sprendimo poveikio riziką galima sėkmingai mažinti taikant jei ne eksperimentinius, tai bent kvazi- eksperimentinius tyrimus. Tačiau net tokio pobūdžio eksperimentai, pilotiniai tyrimai nėra atliekami būtina tvarka. Sprendimų kaštų – naudos analizė (investicijų ir šalutinių (papildomų) išlaidų pinigų srautų, jų gryniosios dabartinės vertės, poveikio sektoriaus ir makro-ekonomikai įvertinimas) žymiai sumažintų abejones dėl daugelio sveikatos politikos sprendimų priėmimo tikslingumo.

Nors sveikatos sektoriaus valdyme įvyko nemažai teigiamų pokyčių – vertikalčiai decentralizuotas buvęs centralizuotas valdymas, įvyko SPJ restruktūrizavimas, padidėjo sveikatos reformos priemonių, ligų profilaktikos ir kt. finansavimas - šalyje valstybės lygiu išliko neišspręstų valdymo problemų, tarp tokių - nebuvo įgyvendintas tikslinių sveikatinimo programų - skryningo, prevencinių, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo - monitoringas ir efektyvus valdymas. ES ir

pasaulio išsivysčiusių šalių patirtis rodo, jog, vertikalčiai decentralizuojant sveikatos sektoriaus valdymą, iškyla jo horizontalios fragmentacijos pavojus, kuriam mažinti jau dabar reikia imtis reikiamų priemonių.

Sveikatos sektoriaus finansavimas Lietuvoje kito labai nenuosekliai - nuo 1998 iki 2003 metų, šalies ekonomikai kylant, valstybinis sveikatos finansavimas nedidėjo. Tai, kad 1997-2009 metais Lietuvoje nebuvo senajai Europai būdingo sąryšio tarp ekonomikos raidos ir sveikatos finansavimo apimties nulėmė, kad visuomenės sveikatos lygio pokyčiai neatitiko nei sveikatos politikų, nei visuomenės lūkesčių.

Iki šiol nėra efektyvaus bendradarbiavimo tarp sveikatos sektoriaus su kitais valstybės sektoriais propaguojant ir ugdant sveiką visuomenės gyvenseną.

Nors Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti dabartinis aprūpinimas gydytojais yra pakankamas, gydytojai Lietuvos regionuose yra pasiskirstę labai netolygiai. Miestuose dirba didžioji visų gydytojų dalis – daugiau nei 73 proc., kai, tuo tarpu, rajonuose suteikiama 60 proc. visų sveikatos paslaugų, reikalingų vietos gyventojams. Nuo 1997 metų iki 2009 metų padidėjo gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. miesto gyventojų (Kauno apskrityje – daugiau nei 20 proc., Vilniaus apskrityje ir Panevėžio apskrityje – daugiau, kaip 10 proc.), o beveik visose rajonų savivaldybėse (išskyrus Utenos apskritį) – sumažėjo. 2009 metais daugiausia gydytojų dirbo Kauno (52,6/10 000 gyventojų) ir Vilniaus (49,1/10 tūkst. gyventojų) apskrityse, o mažiausiai - kaimiškuose regionuose – Telšių (17,9/10 tūkst. gyventojų), Tauragės (16,4/10 tūkst. gyventojų) ir Marijampolės (20,7/10 tūkst. gyventojų) apskrityse. Geografinis gydytojų skaičiaus pasiskirstymo netolygumas skirtingose savivaldybėse yra dar didesnis.

Vienas iš esminių iššūkių, su kuriuo dėl technologinės pažangos susiduria sveikatos priežiūros sistema, yra didėjanti biofizikos, biochemijos, informacijos kaupimo ir apdorojimo, vadybos ir kitų, nei asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros sričių, specialistų paklausa.

Pirminės sveikatos priežiūros ir kitos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo grandies plėtra yra nepakankama. Išlieka nemažos eilės planine tvarka patekti pas šeimos gydytojus bei gydytojus konsultantus. Rajonuose ir kai kuriose apskrityse konsultacijų kabinetuose trūksta atskirų specialybių gydytojų. Ne visose ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose medicininė įranga yra tinkamo lygio.

Ligų profilaktika

Sveikatos reformų pradžioje vienas iš pagrindinių pertvarkos tikslų buvo sveikatos stiprinimas, ligų prevencijos veiklų efektyvumo didinimas bei šiuolaikinės visuomenės sveikatos principų taikymas. Tačiau pirmąjį Nepriklausomybės dešimtmetį šios sritys (išskyrus imunizaciją, motinos ir vaiko sveikatos apsaugą ir, pastaraisiais metais, alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimą

bei traumų keliuose prevenciją) nesusilaukė didesnio valstybės politikų ir sveikatos organizatorių dėmesio. Tai rodo ir vis mažesnė biudžeto išlaidų dalis, skiriama visuomenės sveikatai – 2009 metais ji, Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis, tesiekė 1,1 procento.

Tarpsektorinis bendradarbiavimas

Silpnąją programų įgyvendinimo grandimi laikytinas menkai išplėtotas programų tarpsektorinis koordinavimas ir apskritai nepakankamas kitų ūkio sektorių dalyvavimas sprendžiant sveikatos problemas. Dažniausiai buvo vadovaujama tik geranoriškumo principu. Nebuvo sukurtas aiškus tarpsektorinių programų koordinavimo modelis. Beveik visas sveikatos programas koordinuoti buvo paskirta viena institucija - Sveikatos apsaugos ministerija, nors daugelyje sveikatos programų suformuluoti tikslai ir uždaviniai skiriami gerinti ligų profilaktiką ir puoselėti sveiką gyvenseną, o tokių siekių įgyvendinime aktyviai turi dalyvauti ir kitos ministerijos bei žinybos, savivaldybės, gyventojų grupės, bendruomenės ir nevyriausybinės organizacijos. Realiai kitų, nei SAM, institucijų ir organizacijų dalyvavimas yra nepriimtinais menkas. Daugelio sveikatos programų silpnoji vieta yra poveikio sveikatai stebėseną ir vertinimas. Programų planavimo silpnybėmis laikytinas programų finansavimo apimtys ir realaus lėšų poreikio pasiekti planuojamus rezultatus neatitikimas.

6.3.5. Lietuvos sveikatos programos '2020 prioritetai

Naudojant aukščiau išdėstytą metodologiją bei šios studijos užduoties sąlygą taikyti pažangią kitų šalių praktiką Lietuvos sveikatos programos principai, priemonių prioritetingos kryptys, tikslai ir prioritetingi uždaviniai gali būti nustatyti ir apibrėžti atskaitos tašku laikant PSO ir ES vertybines nuostatas sveikatos srityje. Remiantis šiomis, o taip pat Lietuvos ilgalaikės raidos strategijos ir kitų valstybinio lygmens strateginio planavimo dokumentuose išdėstytomis nuostatomis (žmogaus ir paciento teisės, bendra atsakomybė už sveikatą, vienodos galimybės ir sveikatos santykių teisumas, socialinė įtrauktis ir lygybė, įrodymais pagrįsti sprendimai) visų pirma yra apibrėžiami pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos '2020 principai:

- sveiko gyvenimo trukmės ilginimas;
- sveikatinimo netolygumų mažinimas.

Remiantis jau nagrinėjtais šioje studijoje darbais⁶⁷ naujos Lietuvos sveikatos programos prioritetingos kryptys siūlomos šios:

- sveikos gyvensenos skatinimas;
- sveikatos apsauga (aplinkosauga);
- ligų profilaktika ir išorinių santykinai ankstyvo mirtingumo nuo traumų mažinimas;

⁶⁷ G.Bauer et al. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. Health Promotion International, Vol. 21 No. 2. Advance access publication 9 January 2006

- gydymas ir rehabilitacija.

Remiantis 1998 – 2010 m. laikotarpio Lietuvos sveikatos programos tikslų pasiekimo analize yra išskirtinos šios mirtingumo mažinimo, nelygybių sveikatos santykiuose šalinimo bei sveikatos sektoriaus valdymo problemos:

1. Kraujotakos sistemos ligos (56,1 proc. visų mirčių);
2. Piktybiniai navikai (19,3 proc. visų mirčių);
3. Išorinės mirties priežastys (9,3 proc. visų mirčių). Tame tarpe savižudybės, sušalusieji, žuvusieji keliuose, traumos ar žūtys dėl kritimo iš aukščio, apsinuodijimai alkoholiu;
4. Virškinimo sistemos ligos (5,3 proc. visų mirčių);
5. Kūdikių mirtingumas (būtina išlaikyti pozityvias tendencijas ir siekti ES-15 šalių kūdikių mirtingumo rodiklio.);
6. Tuberkuliozė (mirtingumas nuo TBC Lietuvoje yra aukščiausias ES);
7. Pneumonija (mirtingumas nuo pneumonijos per 1997-2009 m. laikotarpį išaugo 1,8 karto.
8. AIDS/ŽIV (sergamumas AID/ŽIV per 1997 - 2008 m. išaugo daugiau nei 3 kartus);
9. Diabetas (1997-2009 m. laikotarpį ligotumas išaugo 1,9 karto);
10. Vyrų vidutinė gyvenimo trukmė (ir, atitinkamai, mirtingumas) yra vidutiniškai 11 metų trumpesnis negu moterų ir ženkliai viršija atitinkamą ES šalių vidurkį (du trečdaliai vyrų Lietuvoje miršta iki 75 m. amžiaus, du trečdaliai moterų miršta po 75 m. amžiaus);
11. Darbingo amžiaus gyventojų mirtingumas Lietuvoje. Jis yra antras pagal rodiklio dydį ES (po Latvijos), o mirtingumas 30-44 m. amžiaus grupėje - aukščiausias palyginti su kitomis ES šalimis;
12. Regioninės sanglaudos problemos. Pagal išsilavinimą (aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys gyvena vidutiniškai ilgiau 11,3 metų, negu viduriniojo išsilavinimo, ar neturintys viduriniojo išsilavinimo). Vidutinė gyvenimo trukmė miesto ir kaimo vietovėse yra nevienoda - 1997-2009 m. laikotarpį miesto gyventojai gyveno vidutiniškai 3 m. ilgiau nei kaimo gyventojai.
13. Perteklinis alkoholio vartojimas (turi įtakos mirtingumui visoms pagrindinėms ligų grupėms bei netiesiogiai specifinėms ligoms – TBC, pneumonija, AIDS/ŽIV);
14. Netinkama mityba (turi įtakos trims iš keturių pagrindinių mirties priežasčių bei netiesiogiai specifinėms ligoms – TBC, diabetas. Virš 50 proc. apklaustų Lietuvos gyventojų laiko, kad mityba daugiausiai veikia sveikatą);

15. Rūkymas (turi įtakos dviem iš keturių pagrindinių mirties priežasčių, bei netiesiogiai specifinėms ligoms – ypač kvėpavimo sistemos ligoms. Pagal atliktą gyventojų apklausą, apie 25 proc. Lietuvos gyventojų - rūko);
16. Fizinio aktyvumo trūkumas. Turi įtakos vienai iš keturių pagrindinių ligų grupei - kraujotakos sistemos ligoms, netiesiogiai – traumatiškumui, bei jungiamojo audinio ligoms.)
17. Socialinė apsauga (tyrimo metu nustatytas stiprus statistinis tarp socialinės ekonominės nelygybės ir bedarbių su VGT, savižudybėmis ir kai kuriomis kitomis ligų grupėmis.);
18. Švietimas (beveik visi projekto metu apklausti sveikatos sistemos politikai ir specialistai teigia, kad gyventojų švietimas sveikatos klausimais yra labai svarbi sergamumo prevencijos priemonė beveik visoms pagrindinėms ir specifinėms ligų grupėms);
19. Traumos, susijusios su transporto priemonėmis (pagal ES ekspertų ir projekto eigoje atliktus projekto vykdytojų vertinimus dėl šio pobūdžio traumų patiriami ekonominiai nuostoliai siekai apie 2 proc. nuo šalies BVP);
20. Aplinkosauga (vanduo, oras, triukšmas, kiti aplinkos faktoriai);
21. Pirminės sveikatos priežiūros ir kitos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo grandies plėtra;
22. Efektyvių tikslinių sveikatinimo programų įgyvendinimo ir monitoringo užtikrinimas (tame tarpe: skryningo, prevencinės, paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo programos pagal pagrindines ir specialias ligų grupes, ar sveikatos sistemos pertvarkos gaires.);
23. Sveikatos politikos ir išteklių valdymo sprendimų privalomo pagrindimo įrodymais ir moksliniais tyrimais įdiegimas ir užtikrinimas;
24. Sveikatos sektoriaus efektyvaus bendradarbiavimo su kitais valstybės sektoriais propaguojant ir ugdant sveiką visuomenės gyvenseną užtikrinimas.

Remiantis aukščiau nurodytomis PSO rekomendacijomis⁶⁸ dėl visuomenės sveikatos indikatorių pasirinkimo bei santykinai ankstyvų mirčių Lietuvoje statistikos duomenimis (žiūr. šios studijos pirmoji dalį) Lietuvos naujosios sveikatos programos prioritetiniai tikslai būtų santykinai ankstyvo mirtingumo nuo širdies – kraujagyslių ligų, piktybinių navikų, lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, diabeto ir traumų mažinimas.

Ypačinga Lietuvos visuomenės sveikatos problema yra sergamumas tuberkulioze.

⁶⁸ A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83057.pdf>).

1998 – 2010 m. Lietuvos sveikatos programoje buvo numatyti tikslai:

- iki 2005 m. stabilizuoti sergamumą tuberkulioze (neleisti sergamumui šia liga pasiekti epidemijos slenksčio 100 iš 100 000 gyventojų);
- iki 2010 sumažinti sergamumą šia liga trisdešimčia procentų;
- išaiškinti 70 procentų naujai susirgusiųjų asmenų ir 85 proc. iš jų pagydyti.

Pirmasis ir antrasis tikslai buvo pasiekti, trečiasis – tik iš dalies. Pagal sergamumą tuberkulioze Lietuva lenkia kaimynines valstybes, tarp visų ES šalių aukštesnis sergamumo rodiklis tėra Rumunijoje⁶⁹.

Išorinių ekspertų nuomone kova su tuberkulioze turi išlikti kaip vienas Lietuvos naujosios sveikatos programos prioritetinių tikslų, juo labiau, kad ši liga dažniausiai paliečia skurdžiausio socialinio sluoksnio gyventojus ir yra vienas iš socialinės nelygybės indikatorių.

Lietuvos naujosios sveikatos programos uždaviniai apibrėžiami pagal pasirinktus tikslus.

Vykdam uždavinius taikomos dvi bendrosios (sisteminės) priemonės: tarpsektorinis bendradarbiavimas bei efektyvus programos valdymas.

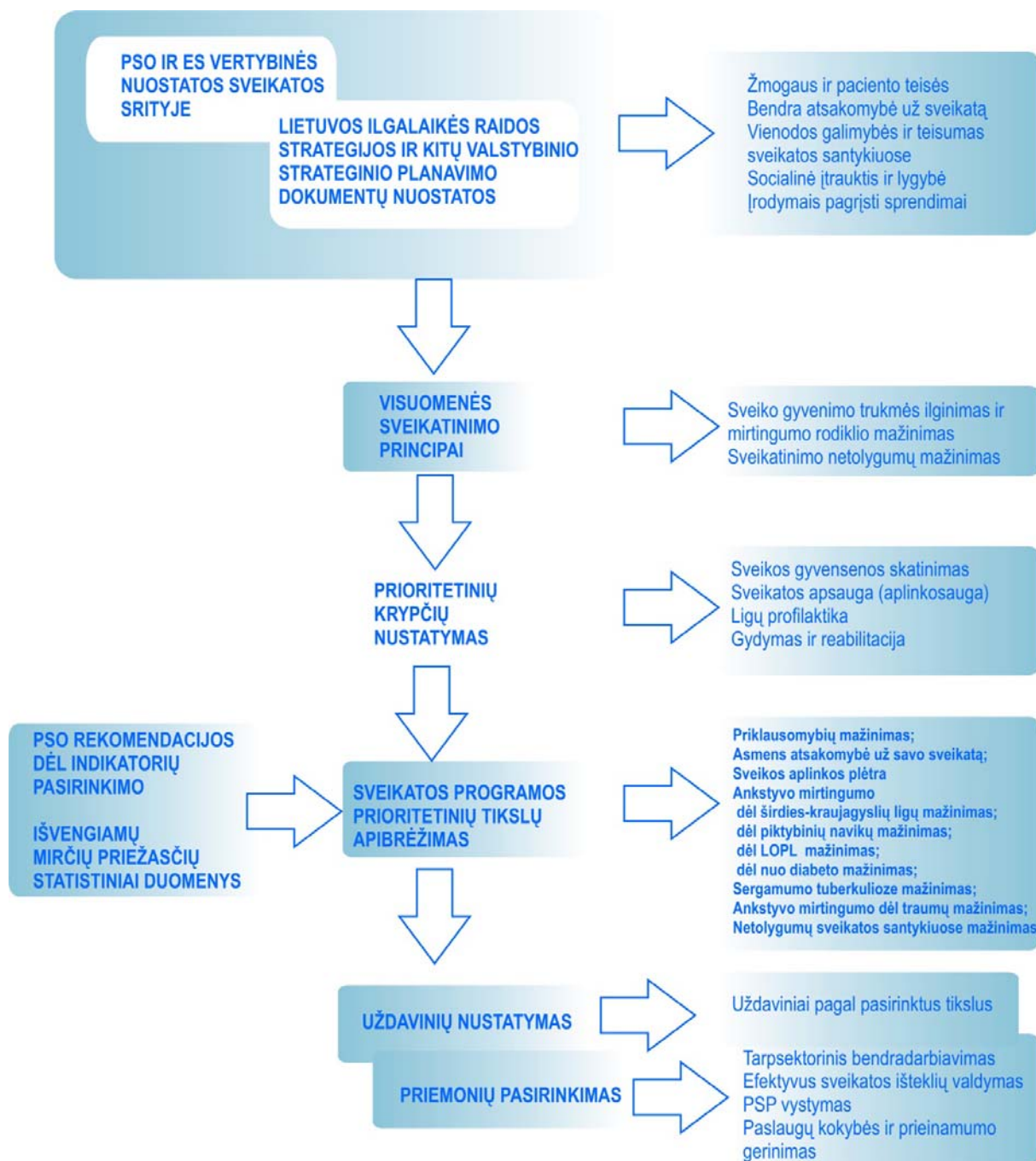
Atsižvelgiant į atliktą analizę Lietuvos sveikatos programos '2020 prioritetai būtų:

1. Priklausomybių nuo tabako, alkoholio, kitų svaiginančių ir narkotinių medžiagų, nuo nesveikos mitybos mažinimas;
2. Asmens atsakomybės už savo sveikatą ugdymas;
3. Sveikos aplinkos plėtra
4. Išvengiamo mirtingumo dėl ligų mažinimas;
5. Sergamumo tuberkulioze mažinimas;
6. Ligų profilaktika;
7. Ankstyvo mirtingumo dėl traumų mažinimas;
8. Nelygybės sveikatos santykiuose sumažinimas;
9. Pirminės sveikatos priežiūros ir kitos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagerinimas;
10. Sveikatos politikos ir išteklių valdymo sprendimų privalomo pagrindimo įrodymais ir moksliniais tyrimais įdiegimas.

Esminė Lietuvos sveikatos programos sėkmės prielaida - sveikatos sektoriaus efektyvus bendradarbiavimas su kitais valstybės sektoriais, kai yra apibrėžta kiekvieno jų atsakomybė, užtikrinimas.

Lietuvos sveikatos programos '2020 principų, prioritetinių krypčių, tikslų ir uždavinių identifikavimo schema pateikta 7 pav.

⁶⁹ Lietuvos pulmonologų draugijos informacija (<http://www.chest.lt/placiau/ka-reikejo-pasiekti-ir-kaip-tai-pavyko-padaryti>)



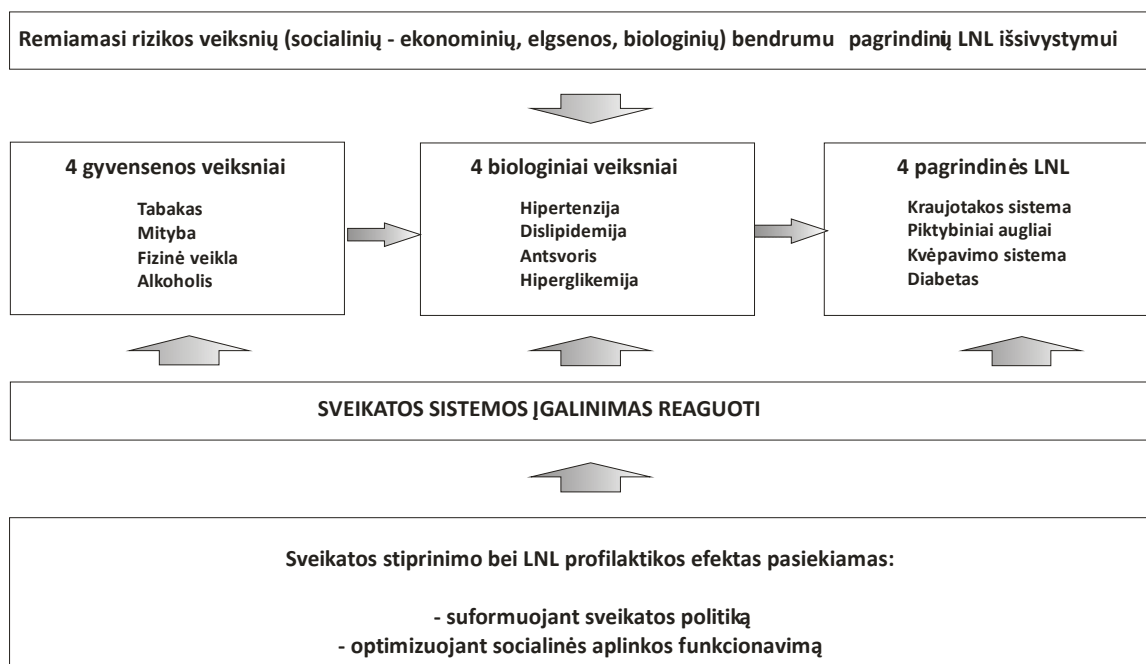
7 pav. Lietuvos sveikatos programos '2020 principų, prioritetinių krypčių, tikslų ir uždavinių identifikavimo loginė seka

Lėtinės ligos – didžiausias iššūkis šalies gyventojų sveikatai

Tiek pasaulyje, tiek ir Europoje sveikatos problemų spektras pakankamai platus bei įvairus. Ši tezė galioja ir nacionaliniam lygmeniui, tik čia sveikatos problemų skirtumai tarp šalių gali būti dar didesni, priklausomai nuo to, kokiai socialinio-ekonominio išsivystymo grupei šalis priklauso. Tačiau niekam nebekelia abejonių, jog lėtinės neinfekcinės ligos (LNL) 21-jame amžiuje tapo globalia sveikatos problema, kelianti kiekvienai šaliai, nepriklausomai nuo jos socialinio-ekonominio išsivystymo didžiausius iššūkius gyventojų sveikatai. Šios grupės ligų lemiamų sveikatos problemų sprendimo paieška 21-jame amžiuje iškelta į patį aukščiausią politinį lygmenį. Pavyzdys – 2011 m. rugsėjo mėn. vykusioje 61-je Jungtinių Tautų (JT) Asamblėjoje priimta politinė deklaracija, įpareigojanti kiekvieną JT narę skirti pakankamai dėmesio LNL problemoms ir jų sprendimo paieškai (1 šaltinis). Įgyvendinant globalią LNL prevencijos ir kontrolės strategiją PSO rekomenduoja dėmesį sutelkti visų pirma į keturias LNL nozologines grupes: kraujotakos sistemos, piktybinių navikų, diabeto ir lėtinių obstrukcinės plaučių ligos sukeliama žalą. Tokia rekomendacija grindžiama rizikos veiksnių bendrumu šios grupės LNL išsivystymui, reiškiančiu, jog prevencijos prasme taip organizuotos visuomenės sveikatos programos duotų platesnį ir efektyvesnį sinergistinį sveikatinimo rezultatą, tuo būdu išlaisvindamos papildomus išteklius šių ligų kontrolei.

Daugiaveiksni LNL etiologija lemia tai, kad ir šios grupės ligų prevencija bei kontrolė yra sudėtinga. Bendrąja prasme poveikio instrumentai turi apimti platų spektrą tarpsektorinių-tarpžinybinių veiksmų, koordinuotai funkcionuojančių drauge su sveikatos sektoriumi, t.y. turi vadovautis šiuolaikiniu sveikatos sistemos supratimu. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto atliktų tyrimų pagrindu tarptautinei PSO koordinuojamai LNL integruotos profilaktikos programai buvo pasiūlyta konceptuali kompleksinio poveikio schema, kuri tarptautinėje erdvėje buvo pripažinta ir adaptuota, rengiant Europos LNL profilaktikai ir kontrolės strategiją. Supaprastintas šios veiksnių koncepcijos variantas pateikiamas paveiksle.

8 pav. Kompleksinio poveikio LNL išsivystymui schema



Strateginiai susirgimų ir mirtingumo mažinimo nuo lėtinių ligų uždaviniai:

sumažinti kraujotakos sistemos ligų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

sumažinti piktybinių navikų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

sumažinti diabeto lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

sumažinti lėtinės obstrukcinės plaučių ligos lemiamą sergamumą ir mirtingumą.

Siekiant sumažinti išvengiamą mirtingumą, būtina tęsti ir reikalui esant koreguoti jau veikiančias lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas. Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pagerinimui ypač aktualios šios tarpžinybinės programos:

Cukrinio diabeto kontrolės programa;

Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programa;

Valstybinė vėžio profilaktikos ir kontrolės programa;

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa;

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programa;

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa;

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa;

Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa.

Siekiant aktyviau įgyvendinti profilaktines programas, yra būtina sukurti efektyvesnę gyventojų kvietimų į profilaktinius patikrinimus sistemą, tobulinti neinfekcinių ligų ir jų rizikos veiksnių ankstyvo nustatymo ir kontrolės sistemų valdymą.

Programų įgyvendinimo stebėsenos ataskaitos turėtų būti rengiamos kasmet ir pateikiamos vertinti Vyriausybei ar jos įgaliotai institucijai.

Nustatomi šie mirčių susijusių su lėtinėmis ligomis skaičiaus mažėjimo rodikliai:

Siektinas lėtinių ligų sąlygoto mirčių skaičiaus ir mirtingumo bei išsaugotų gyvybių skaičiaus sumažėjimas

Rodiklis	2010	2015	2020	Iš viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Mirusiųjų skaičius nuo kraujotakos sistemos ligų, abs. sk.	23627	22091	20556	15357
Mirusiųjų skaičius nuo išeminės širdies ligos, abs. sk.	15112	11462	7812	45625
Mirusiųjų skaičius nuo cerebravaskulinių, abs. sk.	5759	5473	5187	3578
Mirusiųjų skaičius nuo piktybinių navikų, abs. sk.	8110	7760	7409	3504
Mirusiųjų skaičius nuo diabeto, abs. sk.	277	Mažinti	Mažinti	
Mirusiųjų skaičius nuo obstrukcinės plaučių ligos, abs. sk.	746	Mažinti	Mažinti	
Rodiklis	2009	2015	2020	
Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, SDR 100 tūkst. gyv.	496,78	Sumažinti 6-7 proc.	Pasiekti ES-12 šalių rodiklį	
Mirtingumas nuo išeminės širdies ligos, SDR 100 tūkst. gyv.	305,14	Sumažinti 5 proc.	Pasiekti ES-12 šalių rodiklį	2020 m. mirtingumas sumažėtų 15 proc. (tiek pat, kiek mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų)

Mirtingumas nuo cerebrovaskulinių, SDR 100 tūkst. gyv.	119,52	Sumažinti 5 proc.	Pasiekti ES-12 šalių rodiklį	
Mirtingumas nuo piktybinių navikų, SDR 100 tūkst. gyv.	190,46	Sumažinti 5 proc.	Pasiekti ES-27 šalių rodiklį	
Mirtingumas nuo diabeto, SDR 100 tūkst. gyv.	6,89	Mažinti	Mažinti	Lietuvos rodikliai beveik du kartus geresni už ES-15. Reikia įvertinti statistinių duomenų patikimumą.
Mirtingumas nuo lėtinių apatinių kvėpavimo sist.ligų, SDR 100 tūkst. gyv.	17,2	Mažinti	Mažinti	Lietuvos rodikliai pagal lėtines apatinių kvėpavimo sist. ligas geresni nei ES-15. Reikia įvertinti statistinių duomenų patikimumą.

* Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys

6.4. EUROPOS ŠALIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIORITETŲ ĮGYVENDINIMO IR TARPSEKTORINIO BENDRADARBIAVIMO GEROS PRAKTIKOS PAVYZDŽIŲ ANALIZĖ

Parengta pagal atvirojo konkurso sąlygų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos viešojo pirkimo komisijos posėdžio 2010 m. spalio 28 d. protokolu Nr. 3-D perkamų paslaugų techninėje specifikacijoje (1 priedas) numatytą sąlygą:

6.4. Išanalizuoti ne mažiau kaip penkių visuomenės sveikatos prioritetų įgyvendinimo ir bendradarbiavimo su kitais sektoriais Europos šalyse gerąsias praktikas.

6.4.1. EUROPOS ŠALIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIORITETŲ ĮGYVENDINIMO IR TARPSEKTORINIO BENDRADARBIAVIMO GEROS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Šis uždavinys parengtas bendradarbiaujant su Pasaulio sveikatos organizacijos ekspertais, kurie išrinko geriausias Europos regione šalių praktikas, kuriose visuomenės sveikatos problemos buvo sprendžiamos pasitelkiant tarpžinybinį bendradarbiavimą

Tarptautiniai ir Europos sveikatos elgsenos pokyčių taikymo praktikoje kai kurie gerieji pavyzdžiai

Sveikatos ugdymo ir mokymo srityje

Intervencijos pavadinimas ir šalis	Visuomenės sveikatos prioritetas	Elgsenos pokyčio tikslas	Lygis ir tikslinė grupė	Naudoti įrankiai	Rezultatai / Pasekmės
<i>Sveikos gyvensenos alternatyvos vaikams</i> (Braitonas, Anglija)	Nutukimas	Siekis pakeisti vaikų požiūrį ir elgseną sveikai gyvensenai propaguoti: šviesti tėvus apie nutukimo priežastis; skatinti nuolatinį dalyvavimą sveikatinimo veiklose.	Bendruomenė; Vaikai nuo 8 iki 11 metų amžiaus	<ul style="list-style-type: none"> Tikslinės grupės ir klausimynai siekiant išsiaiškinti esamą informuotumą, įgūdžius ir t.t. Pradėjimas nuo įgyvendinimo mokyklose Vienos dienos mokymai mokyklose, bendruomenėse apie sveikos gyvensenos parinktis Sveiki iššūkiai: „sveikatos pasas“, prizai už visų veiklų įgyvendinimą vaikams, interneto puslapio veiklos skatinimas. Pusė programos laiko skirta sporto veikloms, nemokamoms receptų knygoms ir t.t. Vietos viešųjų ryšių kampanija. 	Vaikams: <ul style="list-style-type: none"> palaikomos žinios integruoti nauji sveikos gyvensenos būdai: naujas maistas bei sportas Padidėjęs naudojimas interneto puslapyje esančia informacija.
<i>Rūkymas nėštumo metu</i> (Sanderlandas, Anglija)	Rūkymas	Sumažinti rūkančių nėščiųjų skaičių.	Bendruomenės ir individualus lygmuo; Nėščios (ir ne nėščios) rūkančiosios iš socialinės atskirties grupių	<ul style="list-style-type: none"> Darbas grupėse keičiantis vaidmenimis siekiant padėti sveikatos profesionalams gerinti teikiamas paslaugas šioms tikslinėms grupėms skatinant empatiją ir efektyvius gydymo būdus. Informaciniai leidiniai moterims, siekiant pateikti išeitis kaip pvz.: valdyti potraukius. 	<ul style="list-style-type: none"> 10 kartų padidėjęs rūkančiųjų įtraukimas į programą intervencijos metu; Padidėjęs rūkančiųjų nėščiųjų įtraukimas po apmokymų profesiniame ir aukštesniame lygyje lyginant su atitinkamomis kitomis intervencijomis.
<i>Viso gero tabakui</i> (Aarhus, Danija)	Rūkymas	Sumažinti rūkančiųjų skaičių tose tikslinėse grupėse, kurios nėra paprastai įtraukiamos į „stop rūkymui“ kampanijas.	Bendruomenės ir individualus lygmuo; Individai, paprastai neįtraukiami į kampanijas: neprofesionalūs darbuotojai, vyrai,	<ul style="list-style-type: none"> Įvertinti prieš tai buvusias veiklas siekiant numatyti reikalingą veiksmų planą, pvz.: galimybių 16-24 metų jaunuoliams įsitraukti ir spręsti šias problemas. IT instrumentai padedantys praktikams diskutuoti ir registruoti rūkymo įpročius. Kursai ir darbo grupės dalyvio darbo vietoje, prevencinės programos pritaikytos skirtingoms specialybėms ir darbo 	Vidinis pusmečio vertinimas (2005): <ul style="list-style-type: none"> Netolygumų dalyvaujantiems šioje programoje sumažinimas; Iki 63 % padidėjęs dalyvavimas tarp vyrų ir ne kvalifikuotų darbuotojų; Padidėjęs pirminis įsitraukimas dalyvaujant intervencijoje darbo

			gaunantys pašalpas.	sąlygoms. • Žemo intensyvumo individualūs kursai nukreipti į 16-24 metų jaunuolius	vietose ir ligoninėse.
<i>Didėjantis prezervatyvų naudojimas</i> (Bangu, Brazilija)	ŽIV/AIDS ir LPL	Padidinti jaunų vyrų žinias bei asmeninius įgūdžius kaip išvengti nepageidaujamo nėštumo, spręsti konfliktus su partnerėmis be prievartos ir prisiminti visuomet naudoti prezervatyvus.	Bendruomenės ir individualus lygmuo; Vyrų iš žemo pragyvenimo lygio priemiesčių Rio de Žaneire	• Lankstinukai, video ir mokymo medžiaga skirta sveikatos profesionalams, skatintojams bei mokytojams; • Jaunimo bendruomenės mokymai, naudojant pasikeitimo vaidmenimis techniką bei diskusijas; • Prezervatyvų prieinamumo netradicinėse įsigijimo vietose didinimas; • Sveikos gyvensenos ir prezervatyvų naudojimo skatinimas, pasitelkiant du populiarius repo muzikos atlikėjus.	• 25 % padidėjęs prezervatyvų naudojimas su ilgalaikiais partneriais; • Ženklus iki 20 % registruotų LPL simptomų sumažėjimas.
<i>Vaikų sužeidimų keliuose prevencija</i> (Norvegija, Švedija)	Sužeidimų prevencija	Išvengti vaikų sužeidimų keliuose.	Bendruomenė (Norvegija); Populiacija (Švedija)	Norvegija: • Informacijos sklaidimas apie sužeidimus keliuose, pasitelkiant ketvirčio visų Norvegijos regiono namų ūkių ataskaitas, siekiant susitelkti ties informacija apie sužeidimų keliuose pasekmes bei specifines vietas; Švedija: • Geros praktikos modelio iš PSO sužeidimų prevencijai taikymas: bendradarbiavimas, partnerystė ir bendruomenės galimybės skatinant sužeidimų mažinimo strategiją bei elgseną, pvz.: dviračių šalmų naudojimas.	Norvegija: • 56 % respondentų regione įvardijo gavę naudingos ir reikalingos informacijos dėl saugumo keliuose. • Per pirmus pora metų iš numatytų dešimties, regione 59 % sumažėjo vaikų sužeidimų keliuose; Švedija: • Ketvirčiu sumažėjusi bendra reliatyvi vaikų sužeidimams keliuose rizika bei per pusę sumažinta sunkių sužeidimų keliuose rizika.

Elgsenos kontrolės srityje:

Intervencijos pavadinimas ir šalis	Visuomenės sveikatos prioritetas	Elgsenos pokyčio tikslas	Lygis ir tikslinė grupė	Naudoti įrankiai	Rezultatai / Pasekmės
<i>Alkoholinių gėrimų mokestis</i> (Švedija) Nuoroda: www.health-inequalities.eu/	Alkoholis	Sveikatos spragų mažinimas per alkoholinių gėrimų apmokestinimą.	Populiacija; Visos amžiaus grupės.	• Teisiniai – egzistuojanti direktyva, kuri nustato valstybinį mažmeninės alkoholio prekybos monopolį (Systembolaget) ir riboja alkoholio prieinamumą per parduotuvių kontrolę, kontroliuoja jų veiklos trukmę bei nustato taisykles, pvz., parduotuvėse negalima parduoti alkoholio jaunesniems kaip 20 metų asmenims; • Mokesčiai – finansų Systembolaget taip pat kaip	Išorinis vertinimas (publikacijos ir straipsniai paskelbti) Bendrasis vertinimas – sėkmingai veikė iki Švedija tapo ES nare – vis dar alkoholio vartojimas Švedijoje yra mažesnis

				pardavimo; • Įmonių ir organizacijų sertifikavimas (IQ iniciatyva), kurios veikia gerosios praktikos pavyzdžiais, skatina sveiką gyvenseną bei alkoholio nevartojimą taip vykdant su alkoholiu susijusių problemų prevenciją.	negu daugumoje kitų ES šalių.
<i>Laisvė nuo rūkymo</i> (Norvegija) Nuoroda: Per Norvegijos Sveikatos apsaugos ministeriją	Rūkymas	Mažinti tabako naudojimą visose populiacijos grupėse	Bendruomenės ir populiacijos; Visa populiacija bei specifinės grupės, įskaitant jaunimą, mokyklas, nėščias moteris ir mažų vaikų tėvus.	• Mokesčiai tabako produktams; • Teisiniai apribojimai tabako reklamai; • Amžiaus limito prekybai skatinimas ir t.t.	Išorinis mokyklų programų vertinimas
<i>Socialinių netolygumų vaikų sužeidimams mažinimas per aplinkosaugos priemones</i> (Švedija) Nuoroda: www.health-inequalities.eu/	Sužeidimų prevencija	Keisti aplinką mažinant vaikų nelaimingų atsitikimų skaičių.	Bendruomenės ir populiacijos; Tikslinė grupė: vaikai iš žemo socialinio-ekonominio sektoriaus	• Aplinkosaugos priemonės pvz.: įstatymai numatantys visuose namų ūkiuose turėti saugumo įrangą – langines, saugančias vaikus nuo atidarymo ir iškritimo per langą.	Išorinis vertinimas – intervencijos susietos su įstatymine baze veikia jau 25 metus.

Intervencijos pavadinimas ir šalis	Visuomenės sveikatos prioritetas	Elgsenos pokyčio tikslas	Lygis ir tikslinė grupė	Naudoti įrankiai	Rezultatai / Pasekmės
<i>Fizinė veikla ir pietūs mokykloje</i> (Norvegija)	Fizinė veikla ir mityba	Gerinti mokyklinio amžiaus vaikų fizinės veiklos bei mitybos	Bendruomenės; Mokyklinio amžiaus vaikai.	• Pilotiniai modeliai ieškant geriausiai veikiančių; • Mokyklų socialinės aplinkos ir	Išorinis vertinimas: • 70 % pradinių mokyklų ir 50 % vidurinių mokyklų mokinių

Nuoroda: Per Novegijos SAM		modelius bei elgseną.		tvarkaraščio keitimas skatinti sveiką mitybą – vaisių įtraukimą į dietą, sveikus užkandžius per pertraukas ir fizinės veiklos didinimą.	nurodė geresnį susitelkimą pamokose, susijusį su pagerėjusia mityba bei fizine veikla; • Pagerėjusi socialinė aplinka; • 1 iš 3 mokyklų pranešė apie sumažėjusį persekiojimą; • Proceso – dvigubai didesnis dalyvaujančių mokyklų mokinių skaičius pranešė apie padidėjusią vaisių ir daržovių pasiūlą neį kitose mokyklose; • 50 % mokyklų projekte skiria 30 minučių per dieną fizinei veiklai
<i>Bendruomenės veikla sveikatai</i> (Kirgizijos Respublika)	Visapusiškas sveikatos gerinimas	Skatinti kaimo bendruomenės veikti siekiant gerinti savo sveikatą.	Bendruomenės ir individualus lygmuo; Kaimai atokiuose Kirgizijos regionuose.	• Poreikių vertinimo įrankiai kaimams, siekiant atsakyti: „Ko jums reikia, jog išliktumėt sveiki, gyventumėt sveiką gyvenimo būdą?“ • Mokymai sveikatos specialistams kaimuose • Dalyvių veiksmų stebėseną – kaimyninių ūkių analizė – prioritetai, labiausiai paplitusių regione ligų/susirgimų rangavimas. • Bendruomenės dalyvavimas ir plėtra – situacijos gerinimas ir struktūrų sukūrimas (pvz., kaimo sveikatos komitetas)	• 119 įsteigtų kaimo sveikatos komitetų, apimančių 109 iš 111 kaimų su populiacija lygia 160 000. • Vertinimai rodo teigiamus rezultatus susijusius su mikroelementų maistinėse medžiagose trūkumu, alkoholio vartojimu, kanalizacija bei higiena.

<i>Vietos gyventojai aktyvėja</i> (Kentas, Anglija)	Fizinė veikla	Gerinti gyventojų namų ūkiuose pasiryžimą sveikai gyventi	Bendruomenė; Individualūs namų ūkiai.	• Valdymo komitetas su gyventojais, jaunimo lyderiais ir t.t. • Tarpininkų darbo grupės – barjerų/	• Gerbūvio pagerinimas – pagerėjęs miegas ir geresnė fizinė būklė;
--	---------------	---	---------------------------------------	---	--

		įtraukiant juos į tam tikrų paslaugų ir modelių plėtrą.		<p>kliūčių ir iniciatyvų sveikos gyvensenos integravimui į kasdieninę veiklą nustatymui;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bendruomenės plėtra ir dalyvavimas kuriant išėitis – savivaldos grupes su bendrais interesais kartu vykdyti numatytas veiklas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pagerėjęs sveikatos funkcionierių šioje bendruomenėje supratingumas dėl esančių sveikatos problemų; • Išlaidų sutaupymas – pigiau suteikti treniruoklį grupėms negu tik tam tikriems individams.
<p><i>Bendruomenės reikalas: Grupinė veikla sprendžiant jaunimo sveikatos problemas (Anglija)</i></p>	<p>Visapusiškas sveikatos gerinimas</p>	<p>Gerinti jaunimo sveikatos perspektyvas</p>	<p>Bendruomenės; Jaunimo, įskaitant sunkiai pasiekiamas grupes: pvz.: etnines, mažumas, nepriteklus kenčiančias grupes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bendruomenės veiklos siekiant gerinti socialinę atsakomybę per profesionalių sporto klubų įsitraukimą. • Bendruomenės advokatų mokymai siekiant pavesti jiems vietos projektų vykdymą siekiant spręsti sveikatos ir socialines sveikatos problemas. • Aplinka <p>Klubai naudoja įvairius sporto prekių ženklus, kad pritrauktų auditoriją, paprastai nepasiekiamą įprastinėmis intervencijomis. Klubams yra patariama ir jų bendruomeninės veiklos yra remiamos, be to vertinama, kaip jie įgyvendina savo socialines atsakomybes, duodami patarimai, kaip gerinti esančias spragas.</p> <p>Klubai turi daugiau kaip 50 partnerių. Jie naujoviškai sprendžia daugelį egzistuojančių sveikatos problemų. Mančesterio miestas pvz. Įdiegė iniciatyvą „Kai kas gero bendruomenėje“, kuri taikosi į sveikatos ir socialines problemas įtraukiant advokatus vietos projektams kuruoti.</p>	<p>Metinės ataskaitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sporto klubai labai efektyvūs skatinant sveiką gyvenseną, ypač sunkiai prieinamosiose grupėse.

<p><i>Erdvė kvėpuoti: bendruomenės programa, nukreipta prieš rūkymą (Škotija)</i></p>	<p>Rūkymas</p>	<p>Pakeisti požiūrį į rūkymą vietos ir žemų pajamų bendruomenėje Western Hailes, Edinburge</p>	<p>Bendruomenės</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vietos bendruomenės principų ir praktikos plėtra; • Vietos bendruomenės įgalinimas įtraukiant partnerystes 	<p>Nepavyko pasiekti poveikio požiūriui į rūkymą bei turėti įtakos rūkymo rodiklių sumažėjimui, nes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - netinkamas organizacijų partnerių vadovavimas; - įgaliojimų netolygumai tarp organizacijų partnerių; - žymūs nesutarimai nustatant prioritetines grupes; - ginčai dėl programos nuosavybės; - neadekvatūs resursai ir galimybės.
---	----------------	--	---------------------	---	---

Žmonių įgalinimo (paramos) srityje:

Intervencijos pavadinimas ir šalis	Visuomenės sveikatos prioritetas	Elgsenos pokyčio tikslas	Lygis ir tikslinė grupė	Naudoti įrankiai	Rezultatai / Pasekmės
<p><i>Sveikatos netolygumų Romų</i></p>	<p>Visapusiškas sveikatos</p>	<p>Spręsti sveikatos netolygumus per</p>	<p>Bendruomenės ir individualus</p>	<p>• Bendruomenės įtraukimas (pvz.: Romų bendruomenės vado motyvavimas)</p>	<p>Rezultatai laukiami.</p>

<i>bendruomenėje Pomorjės regione sprendimas (Pomorje, Slovėnija)</i>	gerinimas	sveikatos skatinimą, sveikatos problemų vertinimą, sveikos gyvensenos mokymą bei plėtojant efektyvų ir kultūriškai tinkamą Romų bendruomenės sveikatos tobulinimą.	lygmuo; Sunkiai pasiekiamos ir pažeidžiamos grupės.	<ul style="list-style-type: none"> • Romų bendruomenės gyvenimo būdo apklausa ir jos panaudojimas paremti kultūriškai tinkamus sveikos gyvensenos tobulinimo sprendimus, tokius kaip mokymai naudotis sveikais maisto ruošos būdais, maisto gaminimo pamokos šeimose, vaisių ir daržovių naudojimo pamokos, partnerystės skatinimas; • Bendruomenės veiklos remiant sveikatos skatinimą ir sveiką gyvenimo būdą – žiniasklaidos priemonės, darbo grupės, specialaus laikraščio leidyba. 	
Pagalba rūkymo nutraukimui (Tarptautinis)	Rūkymas	Suteikti individualų/tiesioginį konsultavimą remiant ir padedant žmonėms, kurie bando mesti rūkyti	Individualus	<ul style="list-style-type: none"> • Telefoninės konsultacijos • Apmokyto terapeuto konsultacijos (daugiau nei 10 min.) nepriklausomai nuo medicinos priežiūros ir kitų akis-į-akį sesijų – daugumai atvejų taikant tolesnius telefoninius kontaktus. • Patarimai ir parama bandantiems mesti rūkyti per sveikatos specialistus: slaugytojus sveikatos įstaigose bei sveikatos patikrinimų ir kitų prevencinių intervencijų metu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Įrodymai, jog 3+ skambučio, padidino šios rūkymo metimo programos efektyvumą lyginant su kitomis minimaliomis intervencijomis, kaip standartiniai savitarpio pagalbos mesti rūkyti rinkiniai, ar trumpi patarimai iš farmakoterapijos srities. • Individualus konsultavimas gali padėti rūkantiems mesti, bet nėra įrodymų ar intensyvus konsultavimas yra geriau už individualų, kuris nustatytas kaip efektyvesnis už kontrolinį. • 20 studijų pagrindė, jog slaugos intervencijos padidino tikimybes mesti rūkyti lyginant su kontrolės grupėmis ar įprastine priežiūra.

Reikia pabrėžti, kad visi aukščiau išvardinti pavyzdžiai remiasi įrodymais pagrįstomis strategijomis ir yra įgyvendinami, kaip atskiri projektai. Jų įgyvendinimas labai priklauso nuo projektų vadybos viso ciklo, t.y. planavimo, veiklų organizavimo, finansavimo, stebėsenos, kontrolės ir įvertinimo. Jei projekto vadybos cikle nors vienas komponentas yra sutrikęs, projekto sėkmė abejotina arba jis apskritai nesėkmingas. Pažymėtina, kad Lietuvos sveikatos projektams Lietuvos sveikatos programos vertinimo kontekste ypatingai trūko tinkamo vadybos ciklo išlaikymo. Taigi, nors ir Lietuvos specialiosios sveikatos programos buvo suplanuotos remiantis tokiomis pačiomis visuomenės sveikatos poveikio strategijomis, jų mažesnė sėkmė buvo akivaizdi dėl vadybos ciklo atskirų komponentų pažeidimo ir tai išlieka dideliu iššūkiu ateityje. Vien gerų norų ir įrodymais pagrįstų strategijų neužtenka sėkmei užtikrinti.

Atsižvelgiant į ES šalių patirtį ir ikišiolinės Lietuvos sveikatos programos siekinių įgyvendinimo problemas, nurodytas LR SAM parengtuose Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse visuomenės sveikatos gerinimas turėtų būti integruotas į šiuos Lietuvos sektorius:

1. Socialinės rūpybos ir darbo;
2. Bendrojo ekonomikos vystymo (augimo ir konkurencingumo skatinimo) politikos;
3. Vidaus rinkos;
4. Regionų sanglaudos politikos;
5. Žemės ūkio ir kaimo vystymo;
6. Vartotojų teisių apsaugos;
7. Aplinkos;
8. Transporto;
9. Mokslo tyrimų;
10. Švietimo;
11. Visuomenės informavimo ir žiniasklaidos;
12. Geros kaimynystės ir vystymo pagalbos politikos;
13. Mokesčių;
14. Biudžeto.

6.5. LIETUVOS GYVENTOJŲ POŽIŪRIO Į SIŪLOMUS VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIORITETUS ANALIZĖ

Parengta pagal atvirojo konkurso sąlygų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos viešojo pirkimo komisijos posėdžio 2010 m. spalio 28 d. protokolu Nr. 3-D perkamų paslaugų techninėje specifikacijoje (1 priedas) numatytą sąlygą:

6.5. Išnagrinėti Lietuvos gyventojų požiūrį į siūlomus visuomenės sveikatos prioritetus.

Tyrimo metodika

Tyrimą atliko Visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras "Vilmorus"

Tyrimo laikas: 2011 m. birželio 3 – 12 d.

Respondentų skaičius: N = 1001

Tyrimo objektas: 18 metų ir vyresni Lietuvos gyventojai

Apklausa būdas: interviu respondento namuose

Atrankos metodas: daugiapakopė, tikimybinė atranka. Respondentų atranka parengta taip, kad kiekvienas Lietuvos gyventojas turėtų vienodą tikimybę būti apklaustas.

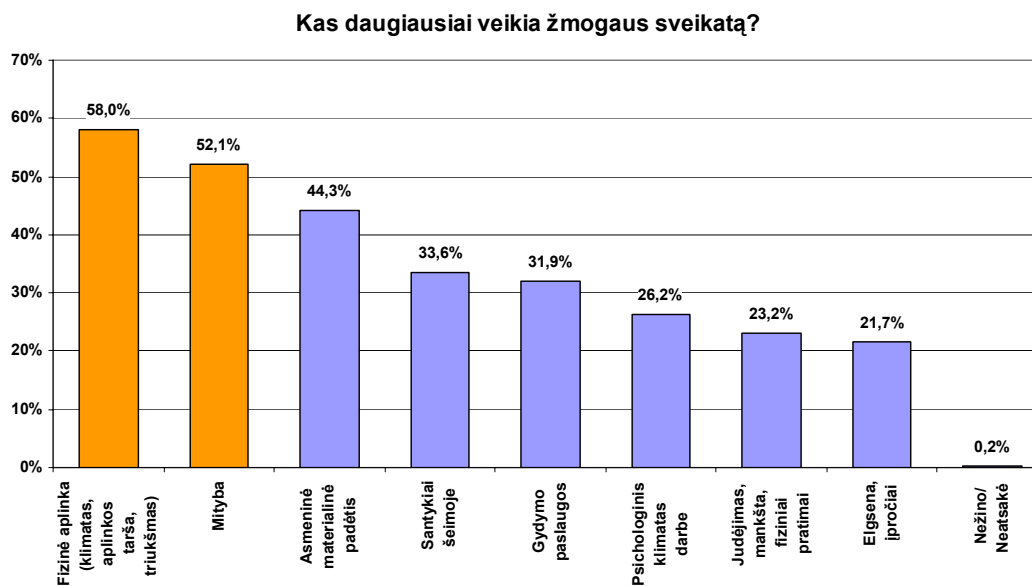
Apklausa vyko: Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje, Marijampolėje, Visagine, Kauno, Alytaus, Šakių, Pakruojo, Šilutės, Utenos, Tauragės, Švenčionių, Raseinių, Kupiškio, Molėtų, Telšių, Rokiškio, Mažeikių ir Ukmergės rajonuose. Tyrimas vyko 17 miestų ir 51 kaime.

Duomenys persverti: pagal lytį ir amžių remiantis Statistikos departamento duomenimis.

Statistinių paklaidų, esant skirtingiems rezultatams, dydžiai:

	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	3	5	10	15	20	25	30	40	50
	97	95	90	85	80	75	70	60	50
N									
100	3.4	4.4	6.0	7.1	8.0	8.7	9.2	9.8	10.0
200	2.4	3.1	4.2	5.0	5.7	6.1	6.5	6.9	7.1
300	2.0	2.5	3.5	4.1	4.6	5.0	5.3	5.7	5.8
400	1.7	2.2	3.0	3.6	4.0	4.3	4.6	4.9	5.0
500	1.5	1.9	2.7	3.2	3.6	3.9	4.1	4.4	4.5
750	1.2	1.6	2.2	2.6	2.9	3.2	3.3	3.6	3.7
1000	1.1	1.4	1.9	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.1

Gyventojų atsakymai į reprezentatyvios apklausos klausimus

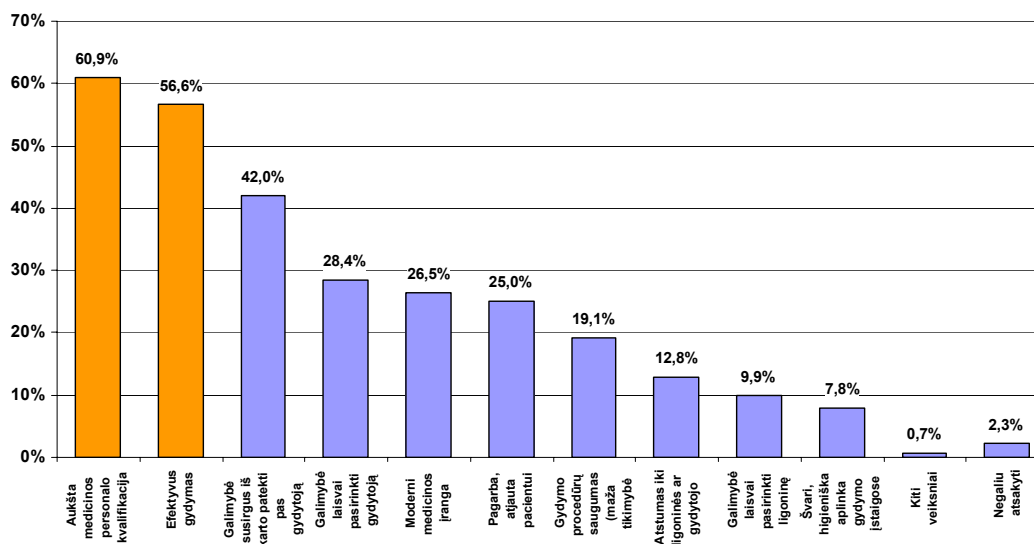


1. Kas daugiausiai veikia žmogaus sveikatą?

Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

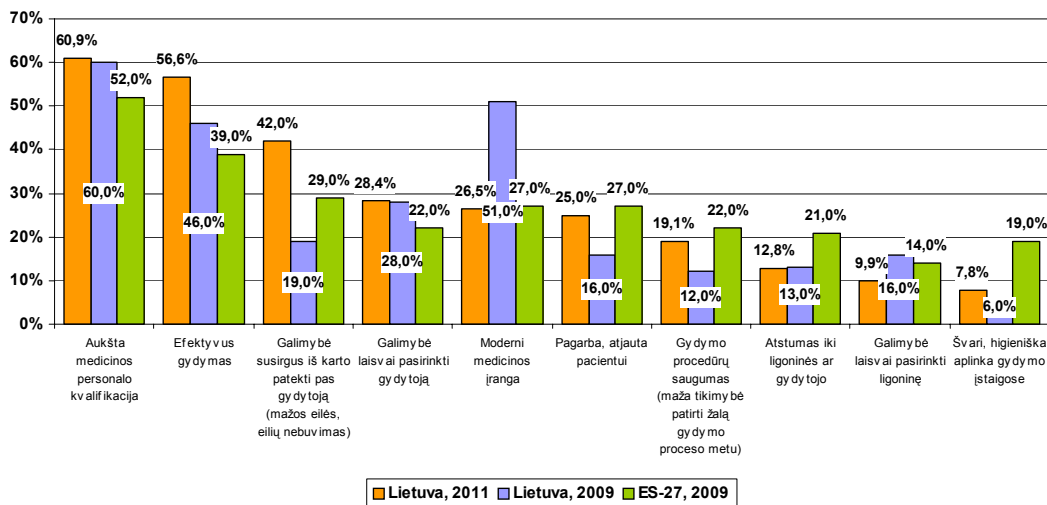
2. Kurie veiksniai Jums yra patys svarbiausi, kai galvojate apie aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite 3, Jūsų požiūriu, pačius svarbiausius veiksnius

Kurie veiksniai Jums yra patys svarbiausi, kai galvojate apie aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas?



Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

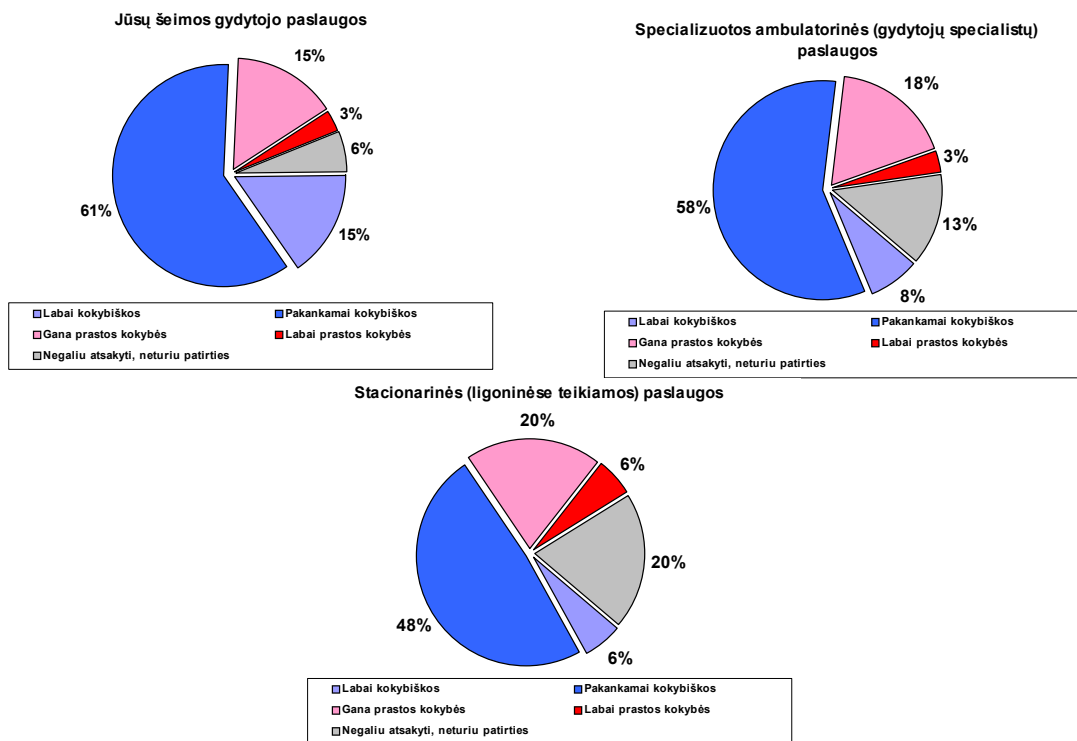
Kurie veiksniai Jums yra patys svarbiausi, kai galvojate apie aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas?



* - Special EUROBAROMETER 72.2, Patient Safety, 2009

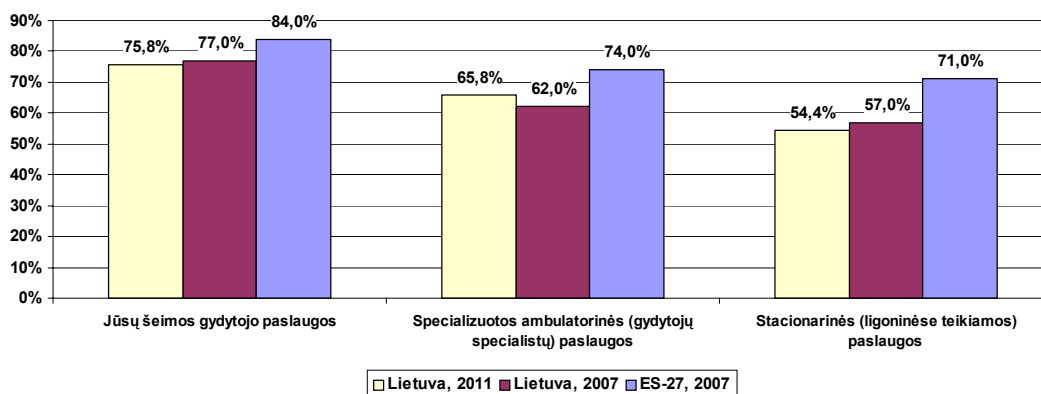
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

3. Remdamasis (-si) savo asmenine ar artimųjų patirtimi pasakykite, ar teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra kokybiškos?



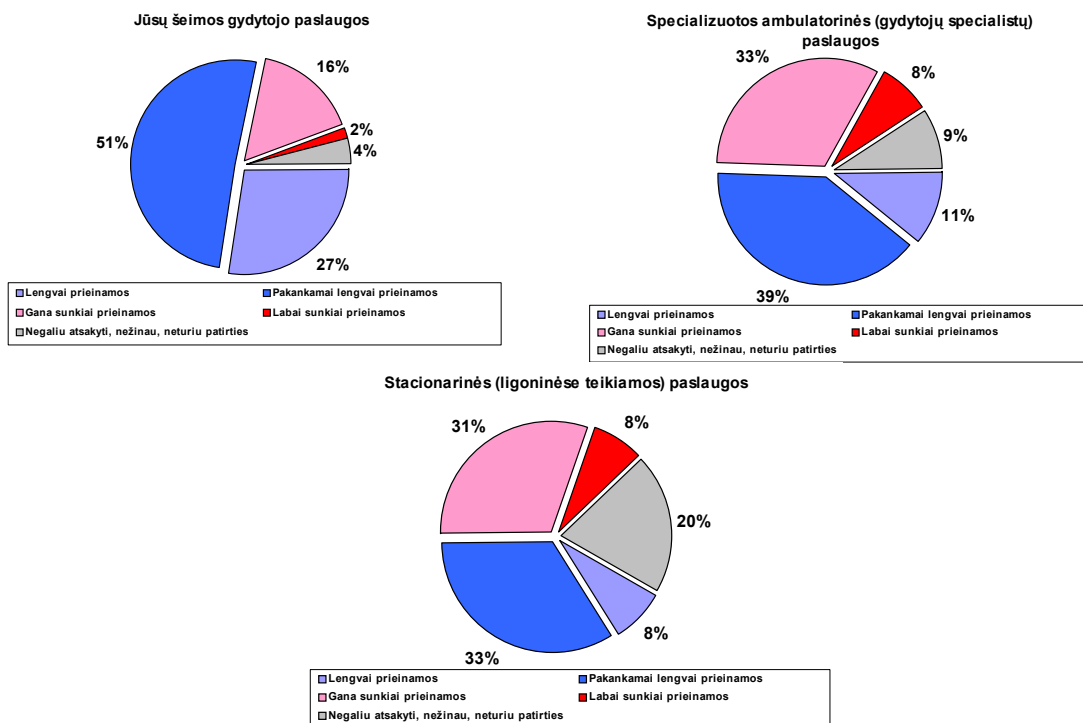
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

Remdamasis (-si) savo asmenine ar artimųjų patirtimi pasakykite, ar teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra kokybiškos?



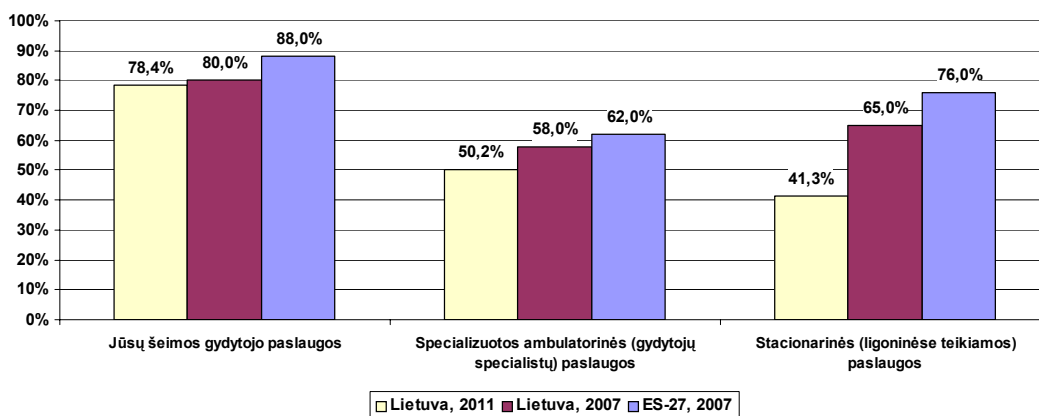
* - Special EUROBAROMETER 283 "Health and Long-Term Care", 2007
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

4. Remdamasis (-si) savo asmenine ar artimųjų patirtimi pasakykite, ar teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos?



Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

Remdamasis (-si) savo asmenine ar artimųjų patirtimi pasakykite, ar teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos?

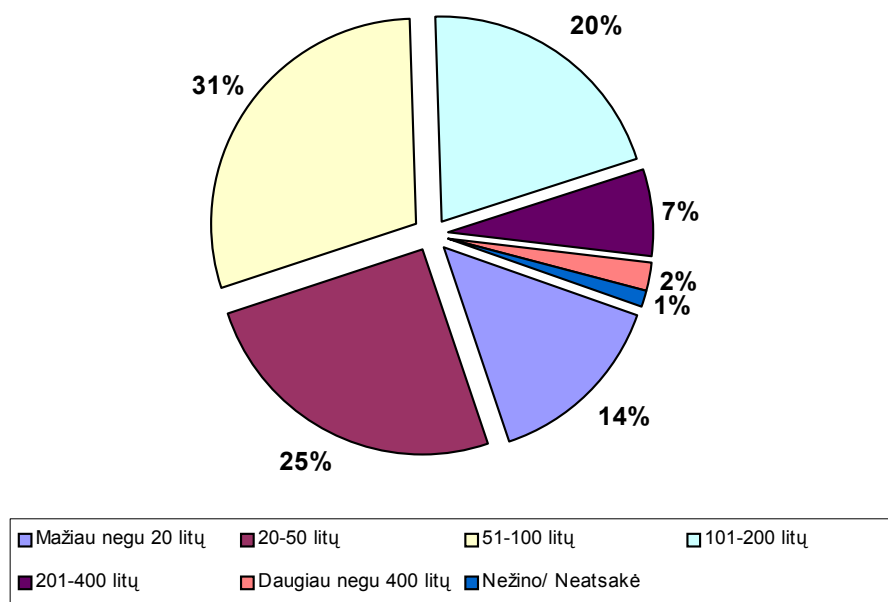


* - Special EUROBAROMETER 283 "Health and Long-Term Care", 2007
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

5. Kokią vidutinę sumą per mėnesį Jūs išleidžiate savo šeimos sveikatos reikmėms? (Prašome įskaičiuoti visas vaistams, medicinos prekėms, oficialiems ir neoficialiems mokėjimams (kyšiams) už medicinos paslaugas skirtas išlaidas)

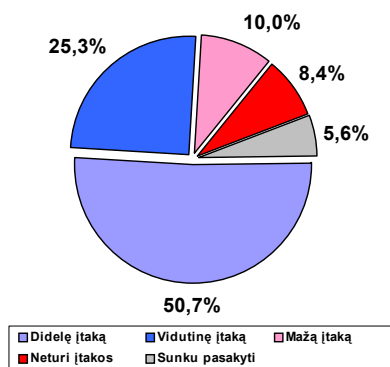
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

Kokią vidutinę sumą per mėnesį Jūs išleidžiate savo šeimos sveikatos reikmėms?

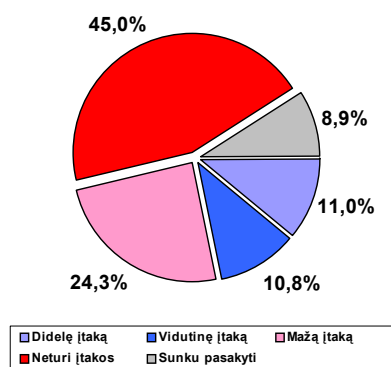


6. Jūsų nuomone, kokią įtaką šios Jūsų vartojimo išlaidos turi Jūsų sveikatai?

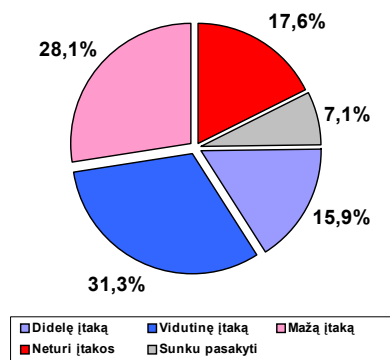
Maistui, nealkoholiniams gėrimams



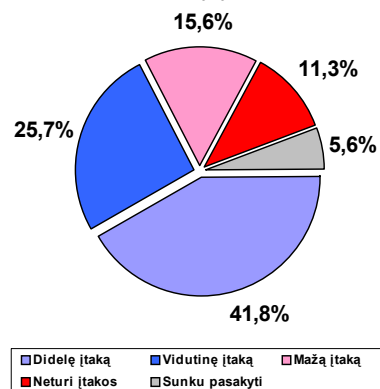
Alkoholiniams gėrimams



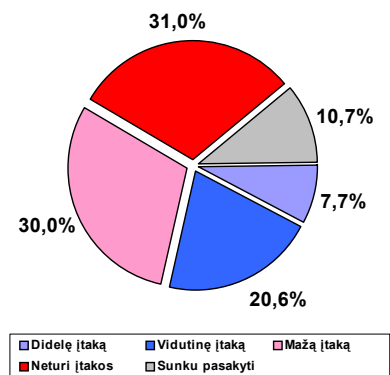
Transportui



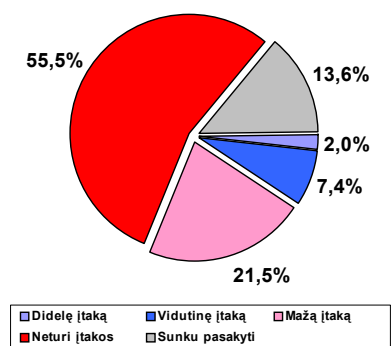
Būstui, vandeniui, elektrai, dujoms, kitam kurui



Švietimui



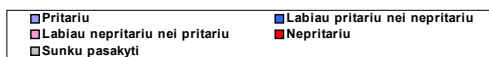
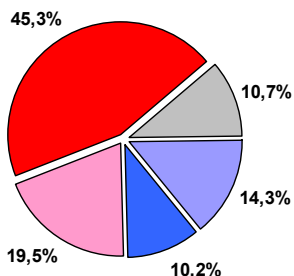
Viešbučiams, kavinėms



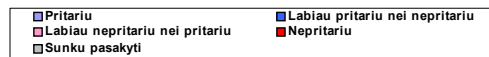
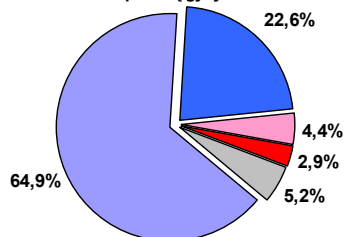
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

7. Kurios iš žemiau pateiktų sveikatos politikos nuostatų Jums labiausiai priimtinos? (Pateikite savo vertinimą kiekvienai iš šių nuostatų.)

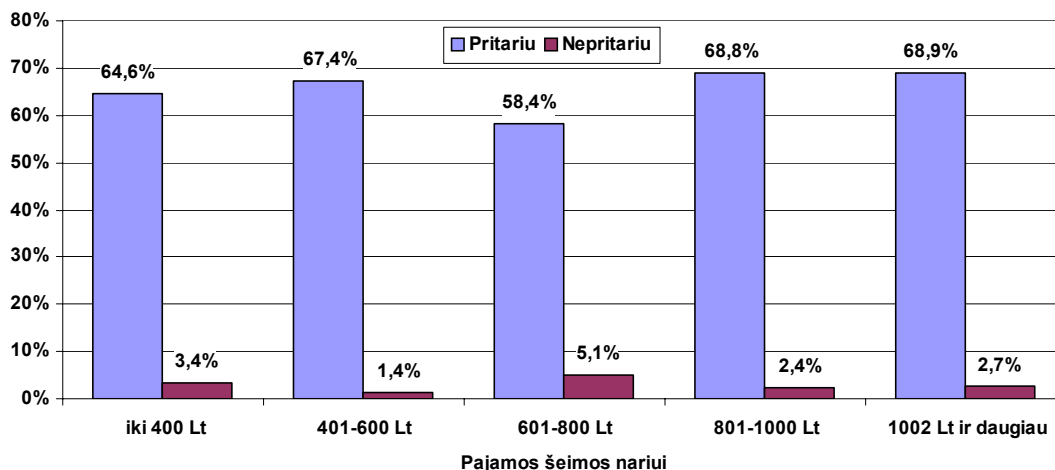
Sveikatos paslaugų teikimas yra toks pats verslas, kaip ir kiti verslai. Sveikatos paslaugas turi reguliuoti rinka, o ne valstybė



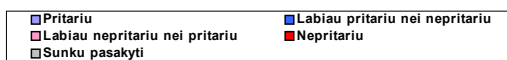
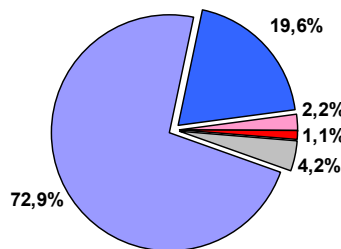
Sveikatinimo paslaugos turi būti teikiamos pagal gyventojų poreikius, o ne pagal jų finansines galimybes. Sveikų šalies gyventojų sumokami mokesčiai gali būti naudojami visų sergančių piliečių gydymui



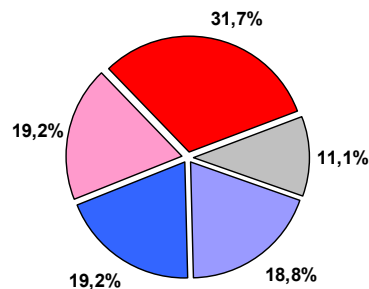
Sveikatinimo paslaugos turi būti teikiamos pagal gyventojų poreikius, o ne pagal jų finansines galimybes. Sveikų šalies gyventojų sumokami mokesčiai gali būti naudojami visų sergančių piliečių gydymui



Kiekvienas asmuo, nepriklausomai nuo jo socialinio-ekonominio statuso, lyties, etninės kilmės, religinių įsitikinimų ir kt., turi turėti galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas

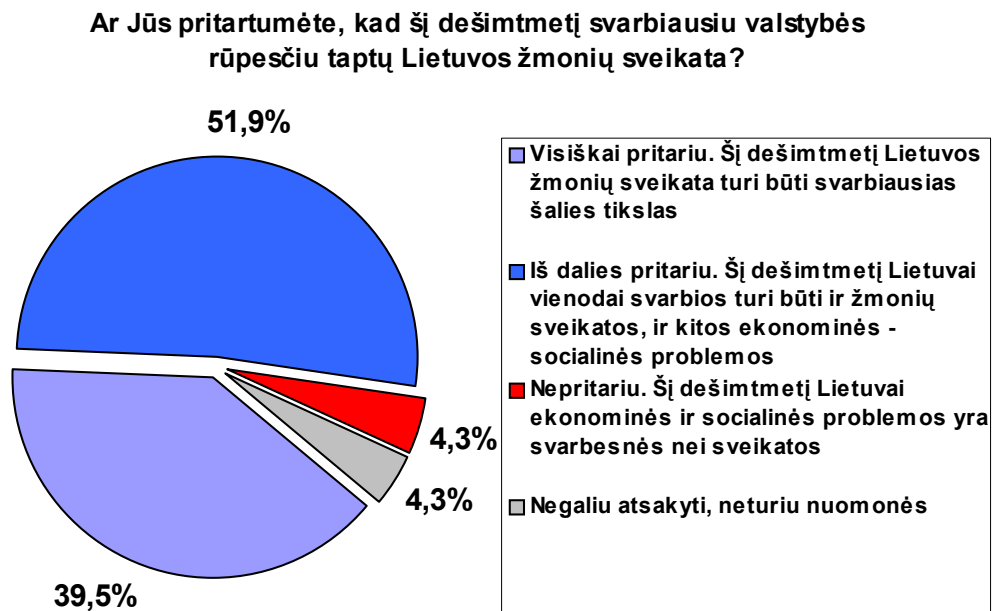


Teikiant sveikatos paslaugas prioritetas turėtų būti skiriamas sveikiau gyvenantiems asmenims (tiems, kurie labiau rūpinasi savo sveikata)



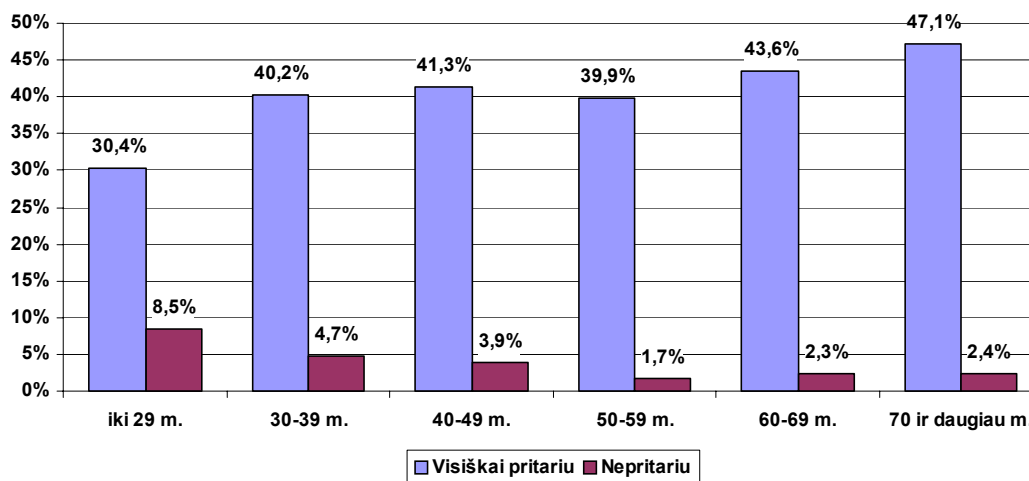
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

8. Ar Jūs pritarumėte, kad šį dešimtmetį svarbiausiu valstybės rūpesčiu taptų Lietuvos žmonių sveikata?



Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

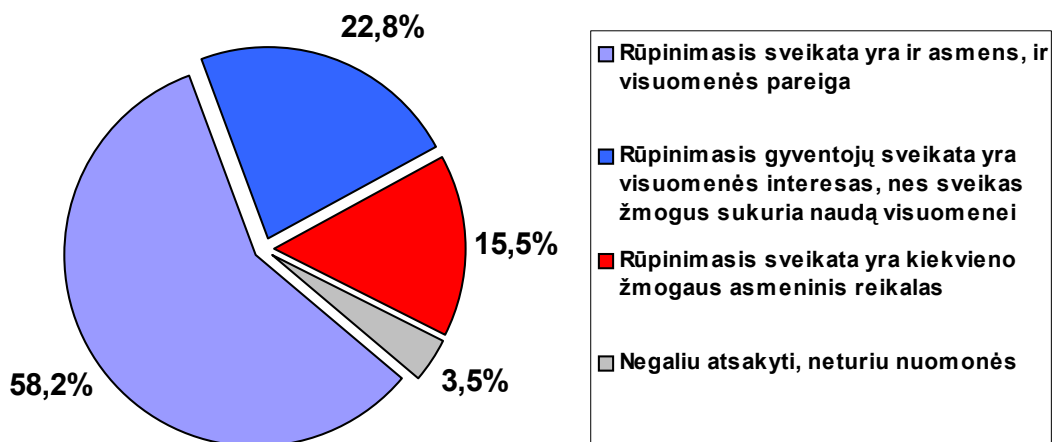
Ar Jūs pritarumėte, kad šį dešimtmetį svarbiausiu valstybės rūpesčiu taptų Lietuvos žmonių sveikata? Pagal amžiaus grupes.



Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

9. Kuris iš žemiau pateiktų teiginių Jums labiausiai priimtinas? *Vienas atsakymas*

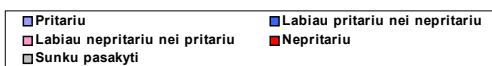
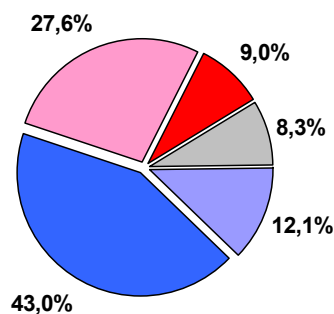
Kuris iš žemiau pateiktų teiginių Jums labiausiai priimtinas?



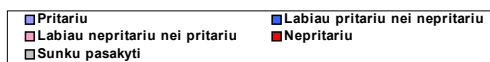
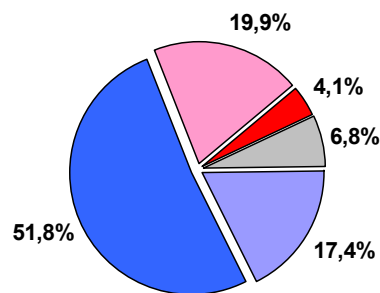
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

10. Išreikškite savo pritarimą arba nepritimą pateiktiems teiginiams.

Lietuvos sveikatos apsauga galima pasitikėti



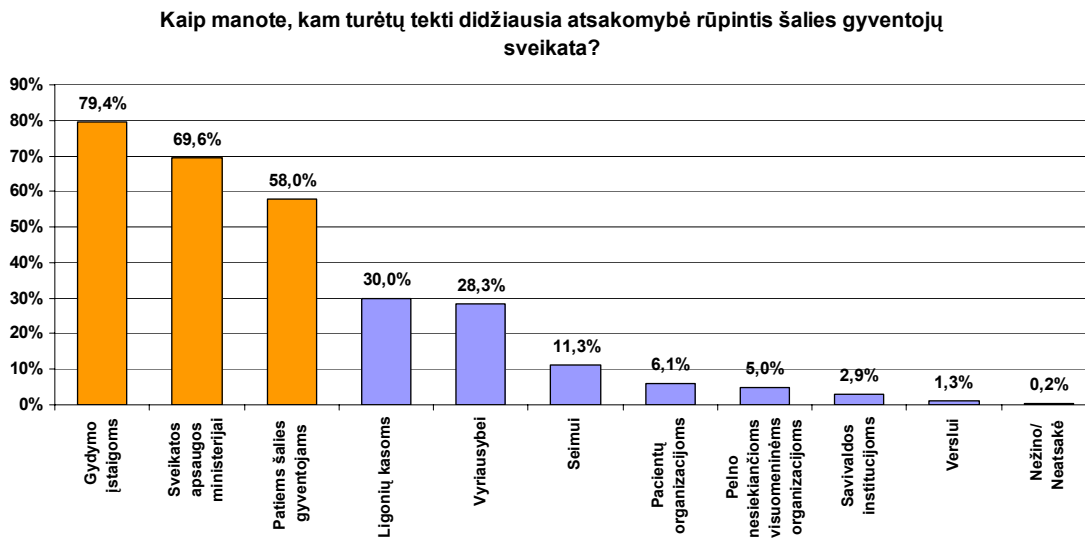
Lietuvos medikais ir jų kvalifikacija galima pasitikėti



Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

11. Kaip manote, kam turėtų tekti didžiausia atsakomybė rūpintis šalies gyventojų sveikata?

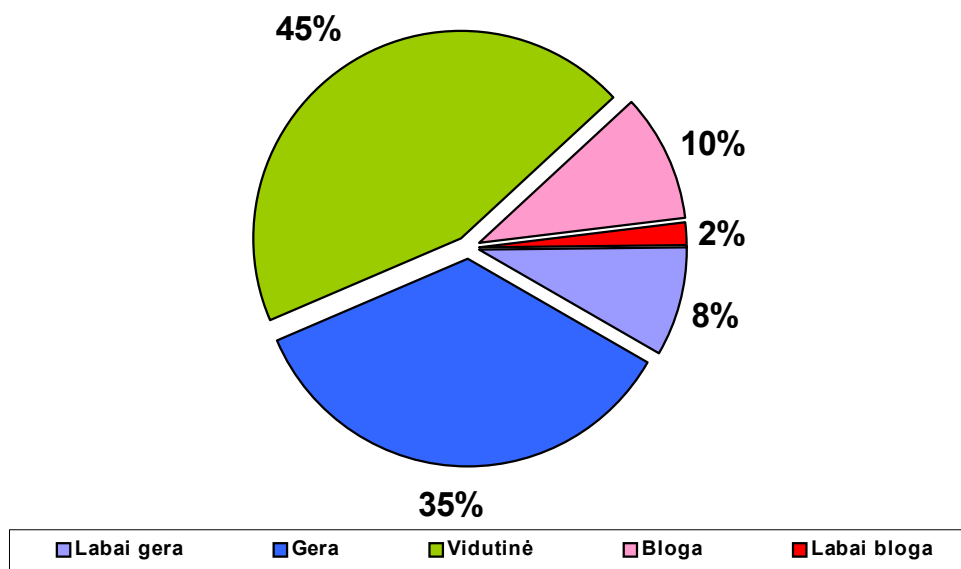
Pažymėkite 3, Jūsų požiūriu, pačius svarbiausius



Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

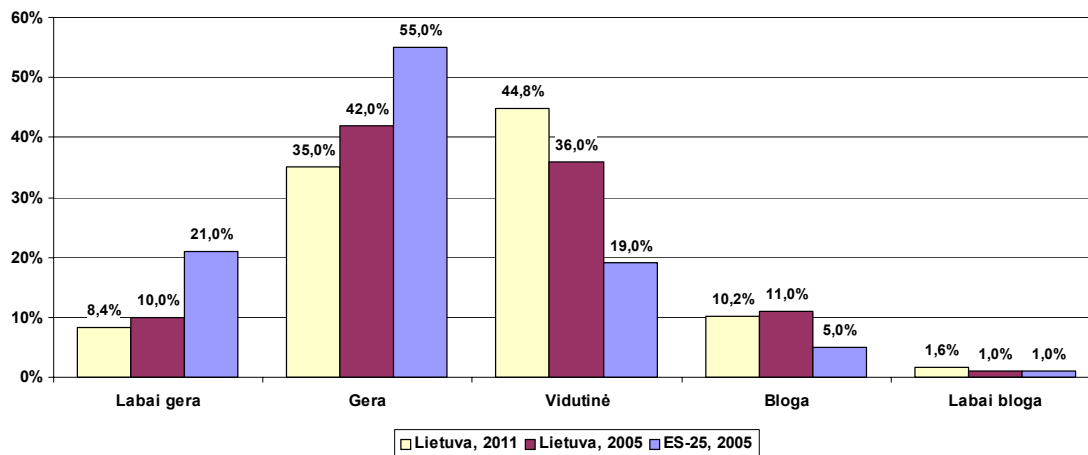
12. Kokia apskritai yra jūsų sveikata? Ji labai gera, gera, vidutinė, bloga ar labai bloga? (Klausimas iš Statistikos departamento "2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo")

Kokia apskritai yra jūsų sveikata? Ji labai gera, gera, vidutinė, bloga ar labai bloga?



Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

Kokia apskritai yra jūsų sveikata? Ji labai gera, gera, vidutinė, bloga ar labai bloga?

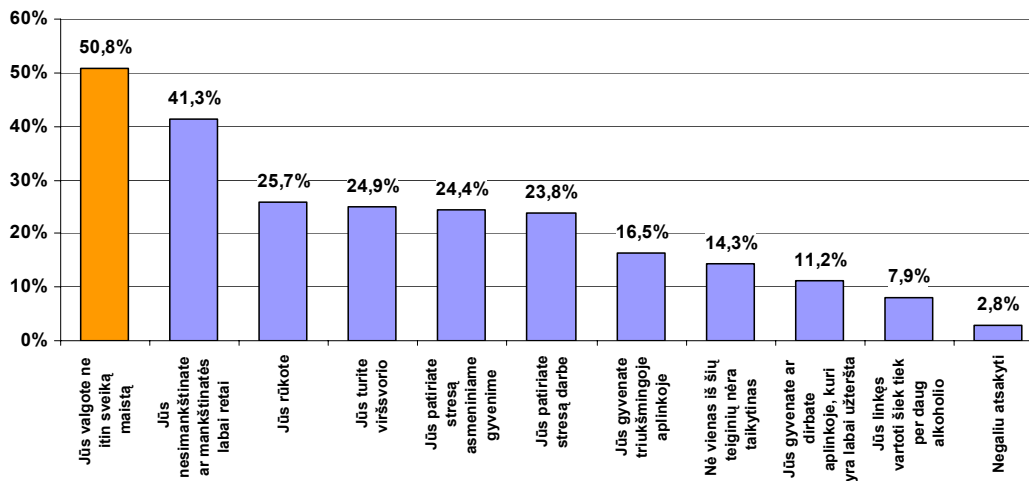


* - EUROBAROMETER 64.3 Health and food, 2005

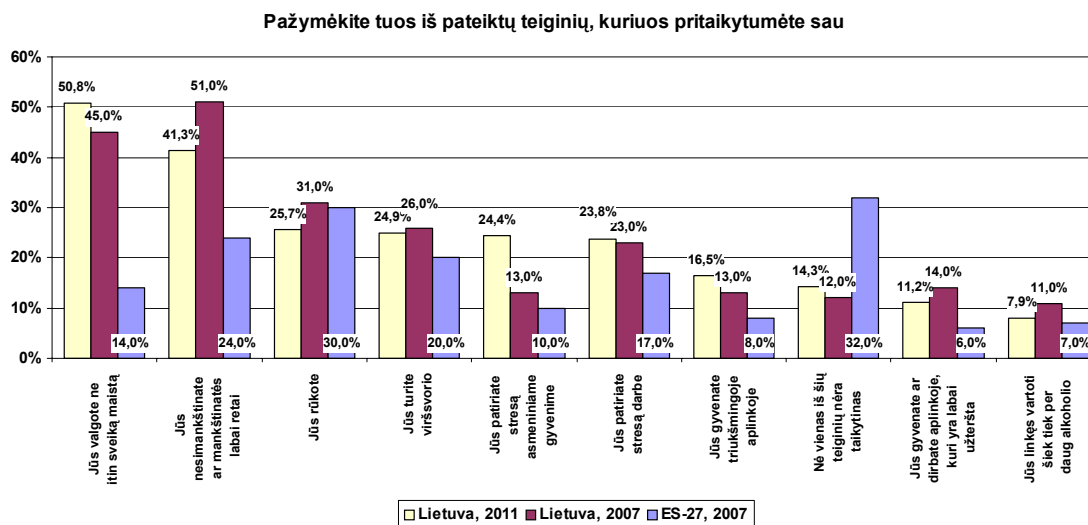
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

13. Pažymėkite tuos iš pateiktų teiginių, kuriuos pritaikytumėte sau. Pažymėkite visus tinkančius variantus

Pažymėkite tuos iš pateiktų teiginių, kuriuos pritaikytumėte sau



Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC



* - Special EUROBAROMETER 283 "Health and Long-Term Care", 2007
Šaltinis. "Vilmorus" apklausos duomenys, SEC

APIBENDRINIMAS IR IŠVADOS

Apibendrinant atliktą reprezentatyvią Lietuvos gyventojų apklausą, galima teigti, kad:

- o *Daugiau kaip pusė apklaustų Lietuvos gyventojų mano, kad daugiausiai sveikatą veikia aplinka ir mityba, o daugiau nei trečdalis – jog gerai sveikatai labai svarbu yra asmeninė materialinė padėtis, santykiai šeimoje ir gydymo paslaugos;*
- o *Daugiau kaip 50 proc. apklaustų šalies gyventojų mano, kad siekiant gauti aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas svarbiausia yra aukšta medikų kvalifikacija ir gydymo efektyvumas;*
- o *Dauguma apklaustų šalies gyventojų supranta, kad ir kitos namų ūkio išlaidos, pavyzdžiui, maistui, aprangai, butui, ar transportui, taip pat turi įtakos sveikatai;*
- o *Daugiau nei 90 proc. apklaustų šalies gyventojų palaiko politinę nuostatą, kad kiekvienas asmuo, nepriklausomai nuo jo socialinio-ekonominio statuso, lyties, etninės kilmės, religinių įsitikinimų ir kt., turi turėti galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas;*
- o *Daugiau nei 90 proc. apklaustų šalies gyventojų sutinka, kad šį dešimtmetį svarbiausiu, arba vienu iš svarbiausių valstybės rūpesčių taptų Lietuvos žmonių sveikata;*
- o *Beveik 75 proc. šalies apklaustų gyventojų sutinka, kad rūpintis sveikata turi ir patys žmonės, o tik mažiau nei ketvirtadalis galvoja, kad gyventojų sveikata turėtų rūpintis tik valstybė. Tačiau atsakydami į klausimą apie atsakomybę, tik 58 proc. gyventojų galvoja, kad didžiausia atsakomybė už sveikatą turėtų tekti jiems patiems. Didžiausią atsakomybę, gyventojų nuomone, turėtų tekti gydymo įstaigoms ir Sveikatos apsaugos ministerijai;*
- o *Atsakydami į klausimą apie nesveiką gyvenimo būdą, tik netinkamą mitybą esant problema pripažino daugiau nei 50 proc. apklaustų gyventojų. Tai, kad kitus nesveikus įpročius ar kenksmingus veiksnius (pavyzdžiui, perteklinis alkoholio vartojimas) šalies gyventojai nepripažįsta esant problema, leidžia daryti prielaidą, kad paveikti gyventojus keisti kai kuriuos įpročius gali būti sudėtinga.*

6.6. LIETUVOS GYVENTOJŲ LIETUVOS SVEIKATOS BŪKLĘ ATSPINDINČIŲ 1998-2010 M. VĒLIAUSIŲ PRIEINAMŲ EPIDEMIOLOGINIŲ RODIKLIŲ STATISTINIS VERTINIMAS PAGAL SIŪLOMUS PRIORITETUS

Parengta pagal atvirojo konkurso sąlygų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos viešojo pirkimo komisijos posėdžio 2010 m. spalio 28 d. protokolu Nr. 3-D perkamų paslaugų techninėje specifikacijoje (1 priedas) numatytą sąlygą:

6.6. Atlikti Lietuvos gyventojų sveikatos būklę atspindinčių 1998-2010 m. vėliausių prieinamų epidemiologinių rodiklių statistinį vertinimą pagal siūlomus prioritetus.

Ivadinė dalis

Pagrindinis atliekamos analizės tikslas – įvertinti Lietuvos gyventojų sveikatos būvis, identifikuoti labiausiai sveikatai neigiamos įtakos turinčius veiksnius. Analizė bus atliekama ligas grupuojant pagal pagrindines mirties priežastis bei atskirai įvertinant kokie rezultatai pasiekti įgyvendinant Lietuvos sveikatos programoje numatytus siekiamus gyventojų sveikatos lygio rodiklius.

Atliekant Lietuvos sveikatos programos tikslų įgyvendinimo vertinimą buvo taikoma tokia vertinimo skalė:

- o Pasiektas rodiklis daugiau nei 20 proc. mažesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas nepasiektas**;
- o Pasiektas rodiklis nuo 10 iki 20 proc. mažesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas iš dalies pasiektas**;
- o Pasiektas rodiklis mažiau nei 10 proc. mažesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas beveik pasiektas**;
- o Pasiektas rodiklis lygus arba ne daugiau nei 10 didesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas pasiektas**;
- o Pasiektas rodiklis yra nuo 10 iki 20 proc. didesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas viršytas**;
- o Pasiektas rodiklis yra daugiau nei 20 proc. didesnis nei numatytas LSP – vertinama, kad **tikslas žymiai viršytas**;

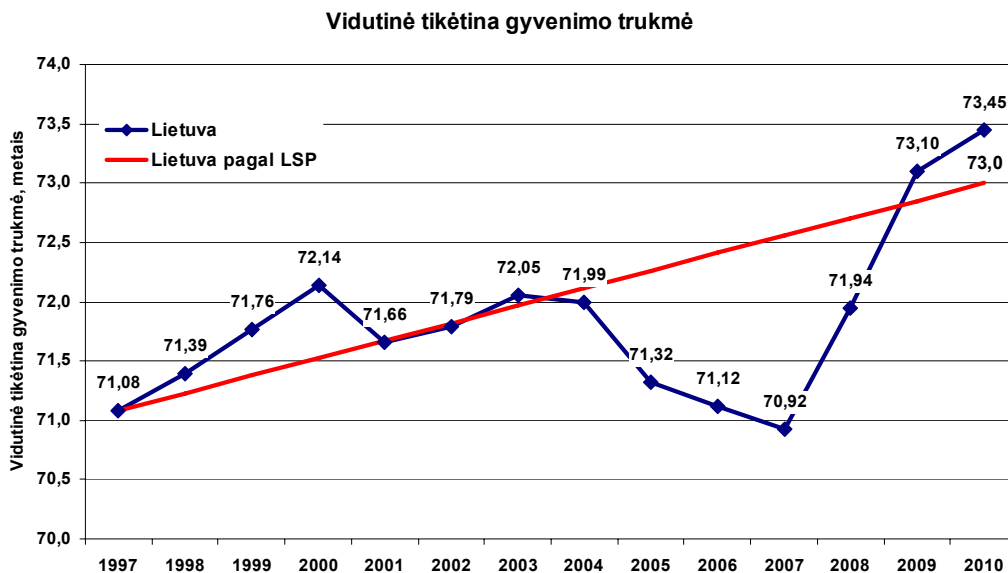
Pradinei analizei ir palyginimams su kitomis ES šalimis buvo naudojami Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) statistiniai duomenys, pagrindiniai *standartizuoto mirtingumo rodikliai (SDR)*. Atliekant detalesnę atskirų ligų analizę ir siekiant išvengti statistinių su matematiniu duomenų apdorojimu susijusių netikslumų, dažniausiai buvo naudojami *absoliutūs mirtingumo duomenys*. Sergamumo ir ligotumo vertinimui buvo naudojami ligonių kasų SVEIDROS (2001-2009 m.), Sveikatos informacijos centro (SIC) ir PSO duomenys.

Vertinat situaciją buvo atliekama: Lietuvos epidemiologinių rodiklių kitimo tendencijos palyginimas su Latvijos, ES-27 (visos ES šalys), ES-12 (naujosios ES šalys) rodiklių kitimo tendencijomis, vertinta, ar yra ryšys tarp rodiklių kitimo tendencijų ir bendrojo vidaus produkto (BVP) augimo, kitų socialinių-ekonominių rodiklių.

Lietuvos gyventojų sveikatos būklę atspindinčių 1998-2010 m. vėliausių prieinamų epidemiologinių rodiklių statistinis vertinimas, siekiant nustatyti pagrindines prioritетines kryptis

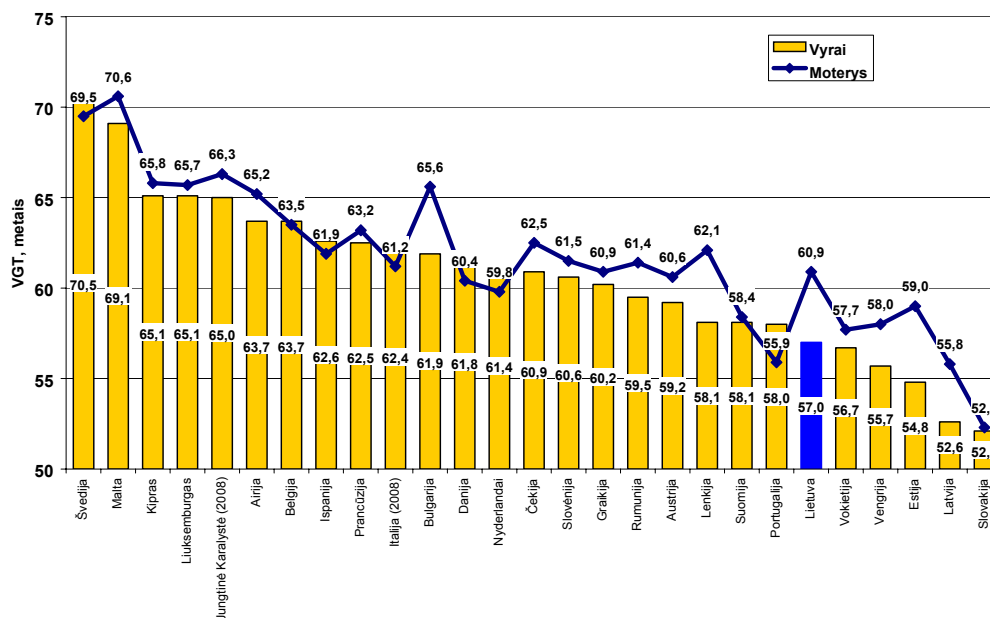
VIDUTINĖ TIKĖTINA GYVENIMO TRUKMĖ

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė – vienas pagrindinių *integruotų gyventojų sveikatos rodiklių*. Lietuvos sveikatos programoje numatytas tikslas - *prailginti Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 metų - pasiektas*, 2010 m. VGT siekė 73,45 metų.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

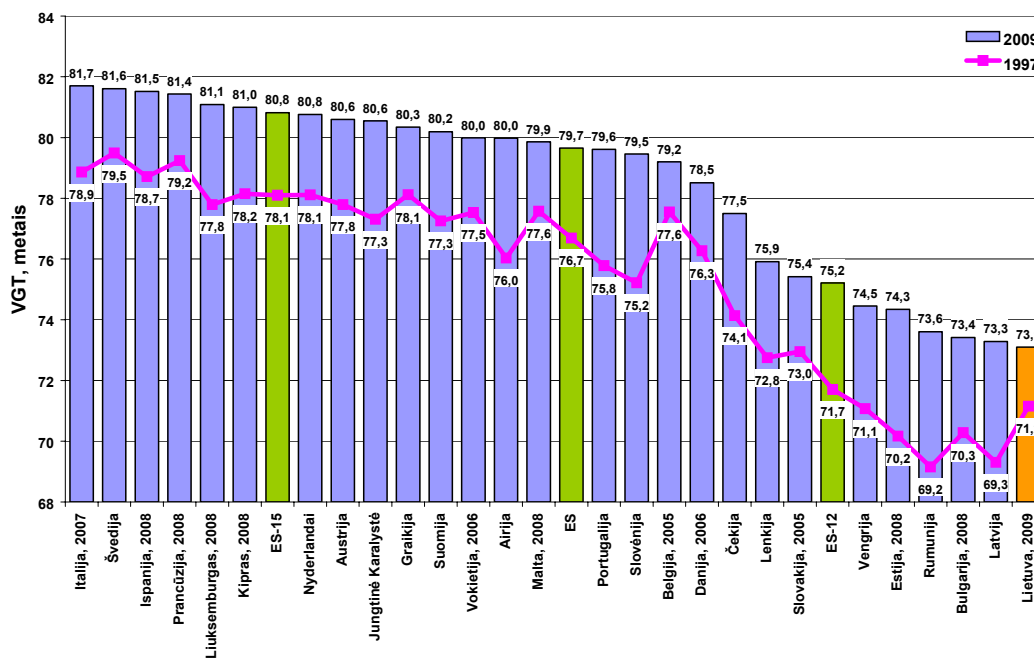
Vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė (SVGT), 2009 m.



Šaltinis. Eurostat

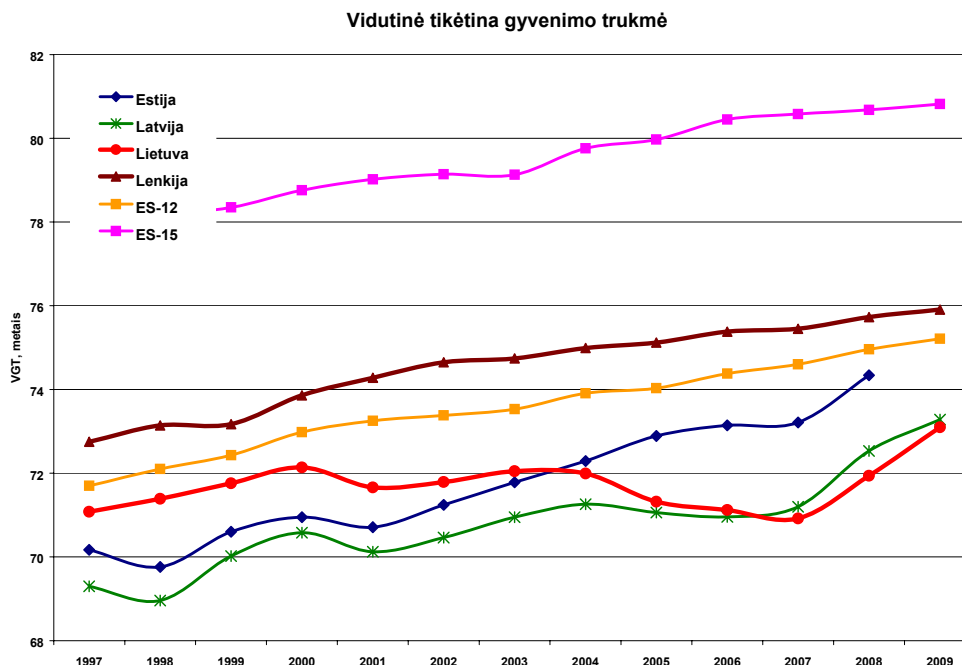
Vertint tikslo pasiekimą ne tik pagal 2010 metų, bet ir pagal viso 13 metų periodo rodiklius, matom lėtesnį nei projektuota LSP gyventojų sveikatos lygio augimą. LSP rengėjai, tikėtina, neabejojo siekiu, kad Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai augtų tolygiai (tiesiogiai šis siekis nebuvo įvardintas). Faktiniai duomenys rodo, kad gyventojų sveikatos rodiklių netolygumas 1996-2009 metais buvo viena didžiausių šalies sveikatingumo problemų.

Palyginimas su ES šalimis, VGT, 2009 m.



Šaltinis. PSO

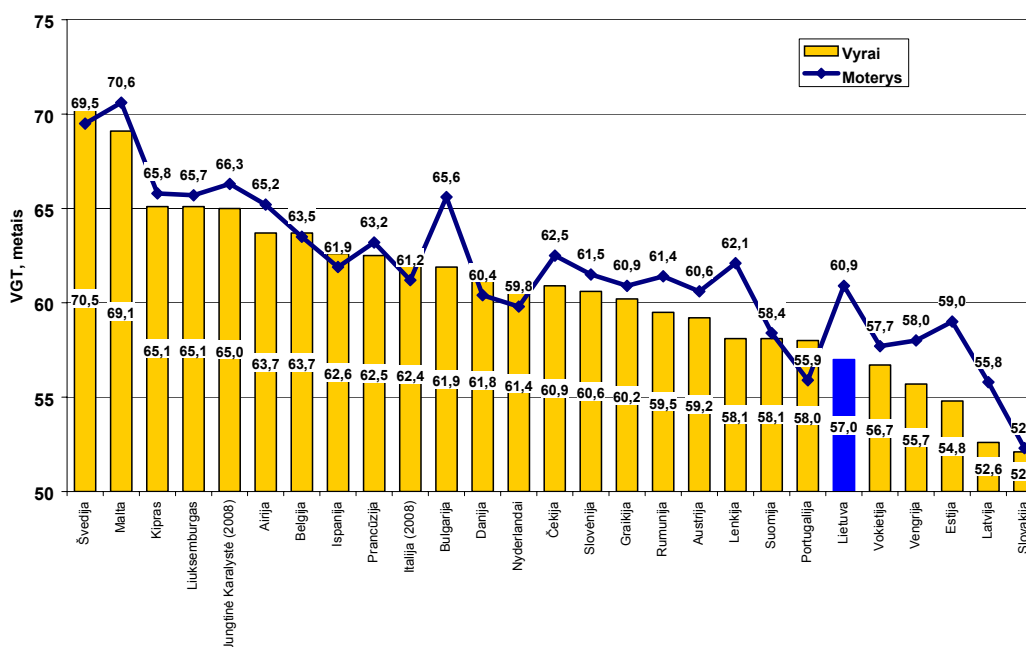
LSP veikimo laikotarpiu keitėsi Lietuvos sveikatos rodikliai, palyginus ES šalių rodikliais. 1997-2009 metais ES šalių VGT pailgėjo 3 metais (nuo 76,7 iki 79,7), Lietuvos – 1,9 metais (nuo 71,2 iki 73,1). Lėtesnis nei kitų ES šalių sveikatos lygio augimas lėmė, kad Lietuva, 1997 metais pagal VGT lenkusi Bulgariją, Estiją, Latviją, Rumuniją ir Vengriją, 2009 metais buvo paskutinėje vietoje tarp visų ES šalių.



Šaltinis. PSO

Nuo 2005 m. Eurostat duomenų bazėje jau pateikiama Lietuvos sveiko gyvenimo trukmės (SVGT) statistika. Kaip galima matyti pagal SVGT, Lietuvos rodikliai yra kur kas geresni nei pagal VGT, Lietuva lenkia net tokias šalis kaip Slovakija, Vengrija, Vokietija, o moterų sveiko gyvenimo rodikliai geresni dar ir už Portugaliją, Lenkiją ir Suomiją.

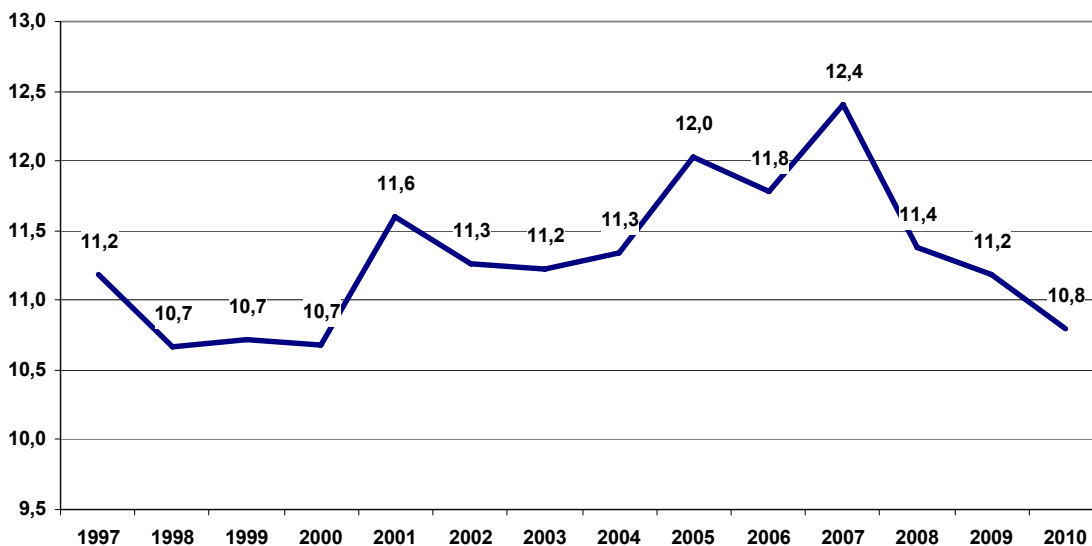
Vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė (SVGT), 2009 m.



Šaltinis. Eurostat

Skirtumas tarp moterų ir vyrų VGT rodiklių 1997-2007 m. laikotarpiu vis didėjo ir tik nuo 2008 m. šis skirtumas pradėjo mažėti ir 2009 m. praktiškai pasiekė 1997 m. lygį: moterų gyvenimo trukmė Lietuvoje daugiau nei 10,8 m. ilgesnė nei vyrų.

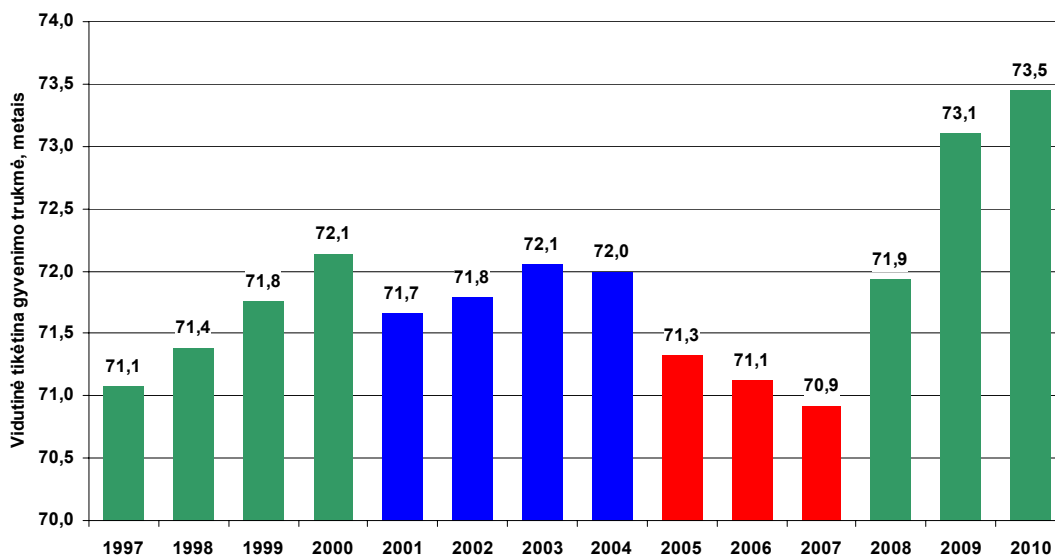
Skirtumas tarp moterų ir vyrų VGT



Šaltinis. PSO

Žemiau pateiktame paveiksle žali stulpeliai rodo teigiamą tendenciją, kad VGT rodikliai didėjo 1996-2000 metais bei 2008-2010 metais. Mėlyni stulpeliai rodo, kad 2001–2004 metais sveikatos rodikliai buvo stabilūs (VGT svyravo apie 72 metus). Raudoni stulpeliai rodo, kad 2005-2007 metais vyko sveikatos rodiklių smukimas. Ataskaitoje pateikiama mirtingumo ir sveikatos determinančių analizė aiškina sveikatos rodiklių netolygumo priežastis.

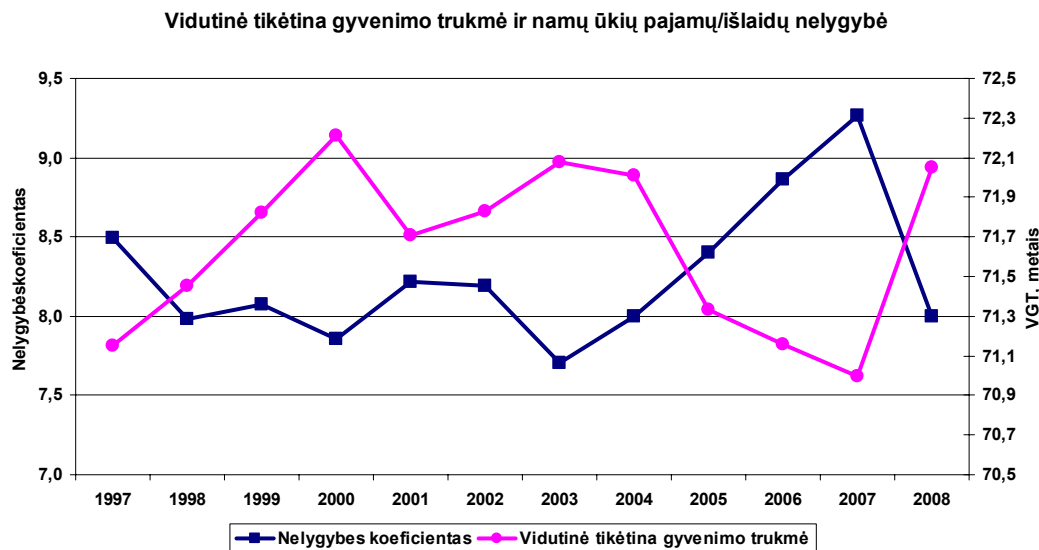
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė, 1997-2010



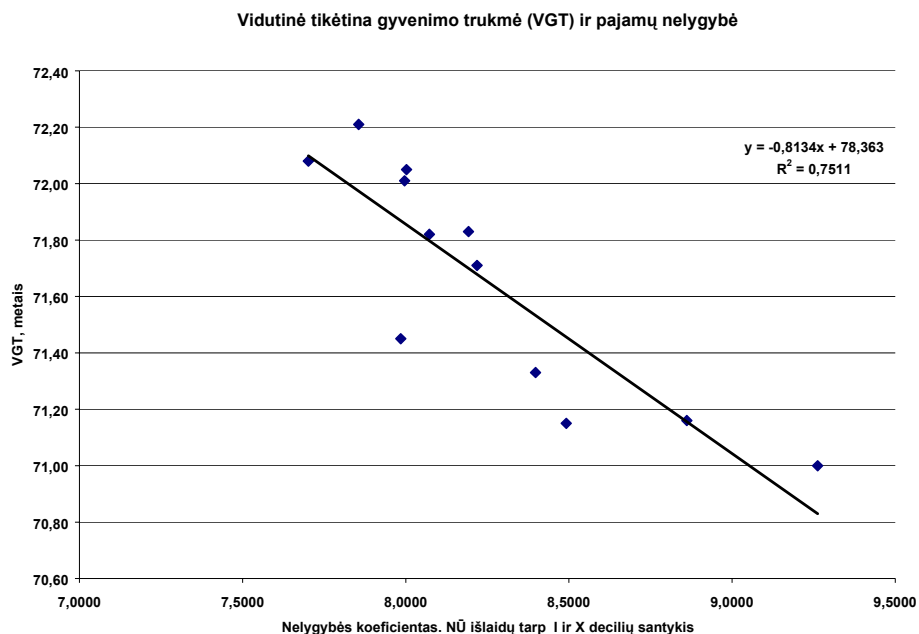
Šaltinis: PSO

Reikia atkreipti dėmesį, kad VGT rodiklio kitimas Lietuvoje ir jo tendencija skiriasi nuo ES VGT rodiklio vidurkio kitimo tendencijos ir 1997-2009 m. laikotarpiu nestebimas koreliacinis ryšys tarp Lietuvos ir ES VGT rodiklių sekų.

Tikėtinos VGT mažėjimo 2005-2007 m. laikotarpiu priežastys – perteklinis alkoholio vartojimas ir socialinės-ekonominės nelygybės tuo laikotarpiu augimas. Žemiau pateiktuose paveiksluose pateikiamas grafiškai atvaizduotas statistikai stiprus koreliacinis ryšys tarp nelygybės koeficiento ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės.



Šaltinis: PSO

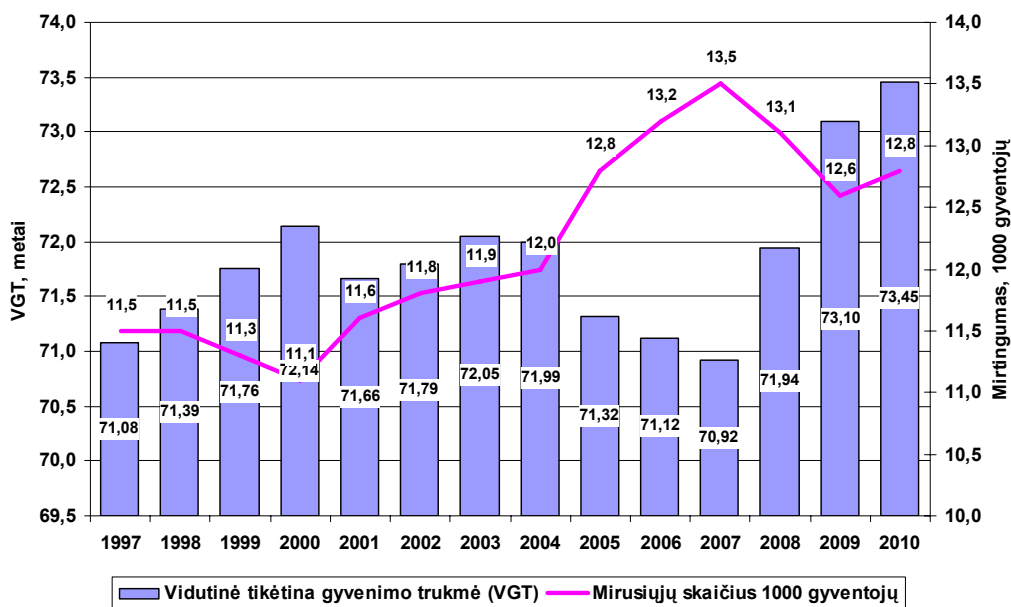


Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Detalesnė sveikatos determinančių įtaka gyventojų sveikatai pateikiama analitinėje ataskaitos dalyje.

VISOS MIRTIES PRIEŽASTYS

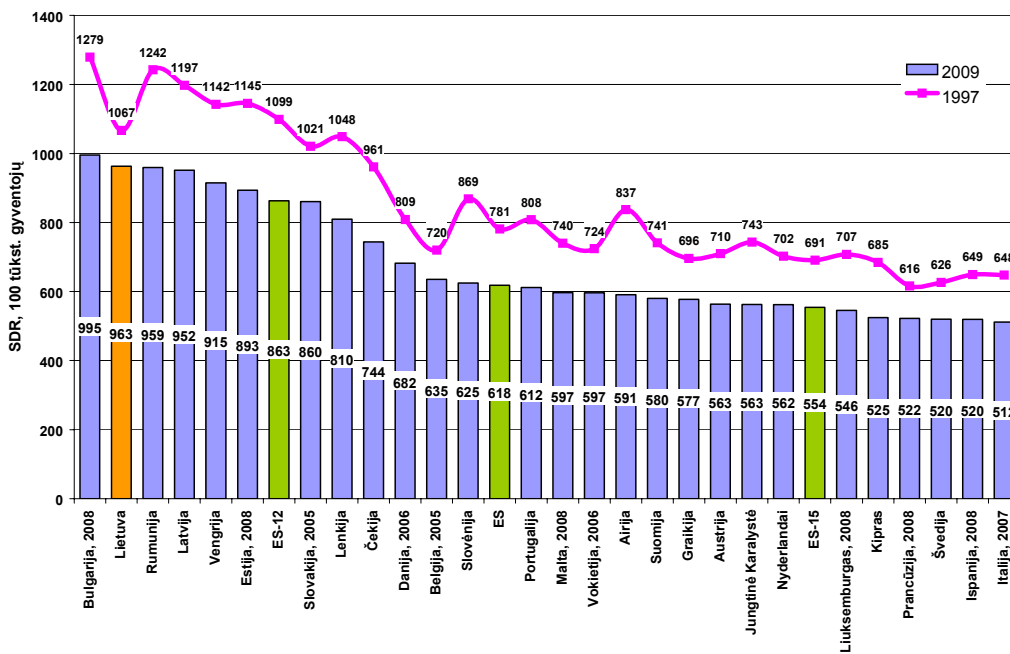
2010 m. mirė 42120 Lietuvos gyventojų (2009 m – 42032 asmenys). Tai 977 (2,36 proc.) daugiau negu 1997 m. 2010 m. teko 12,8 mirusiųjų 1000 gyventojų. Lyginant su 1997 metais, padidėjo 1,3 atveju



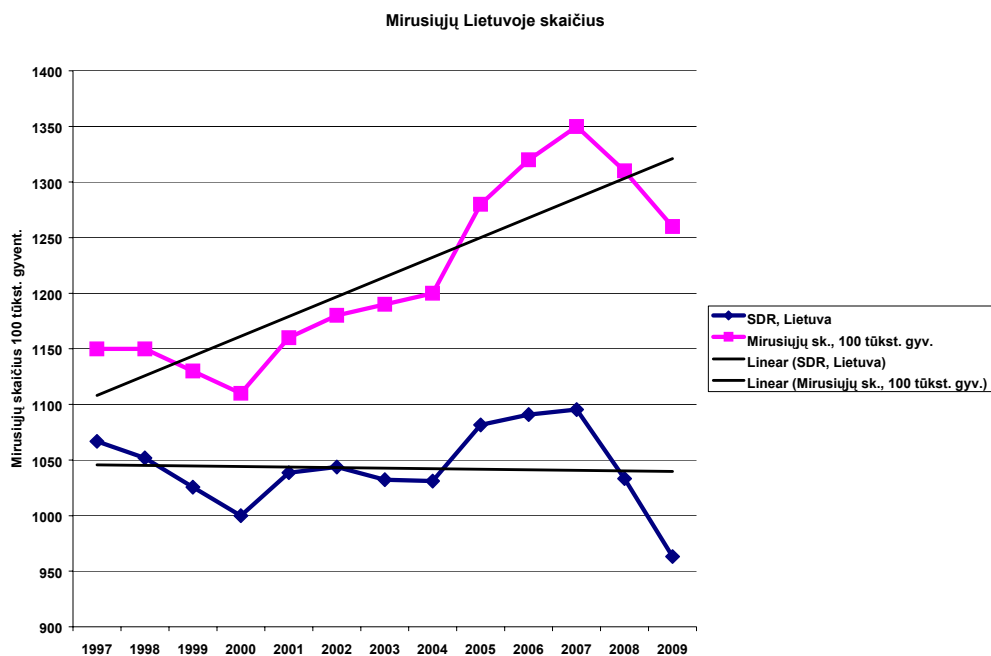
1000 gyventojų.

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Palyginimas su ES, 2009 m., ar paskutinių metų duomenys, SDR, visos ligos, 100 tūkst. gyv.

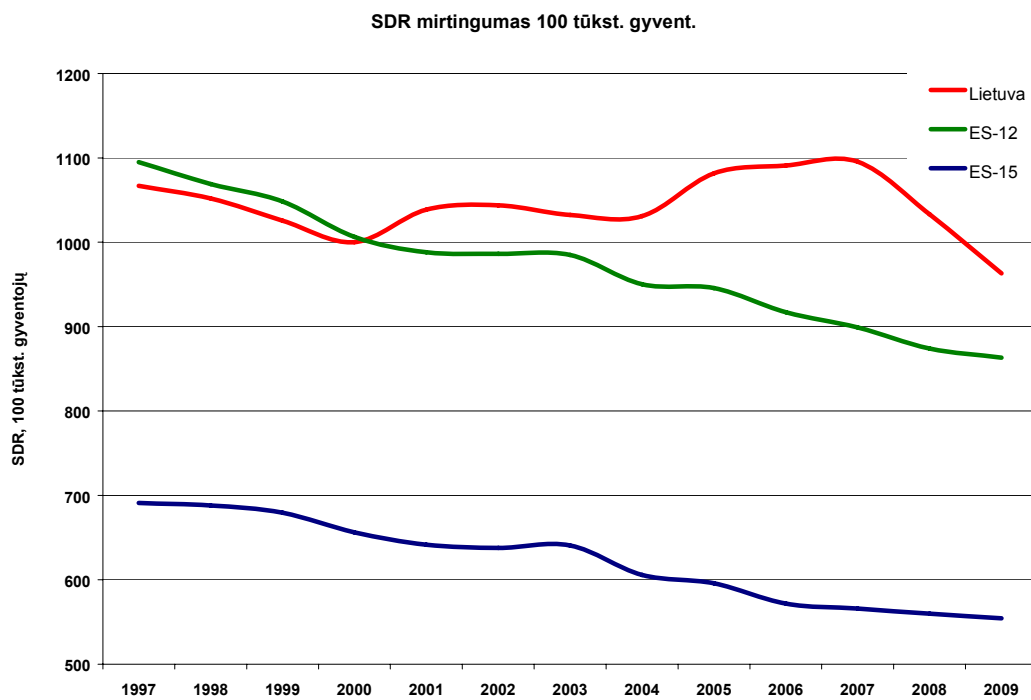


Šaltinis: PSO



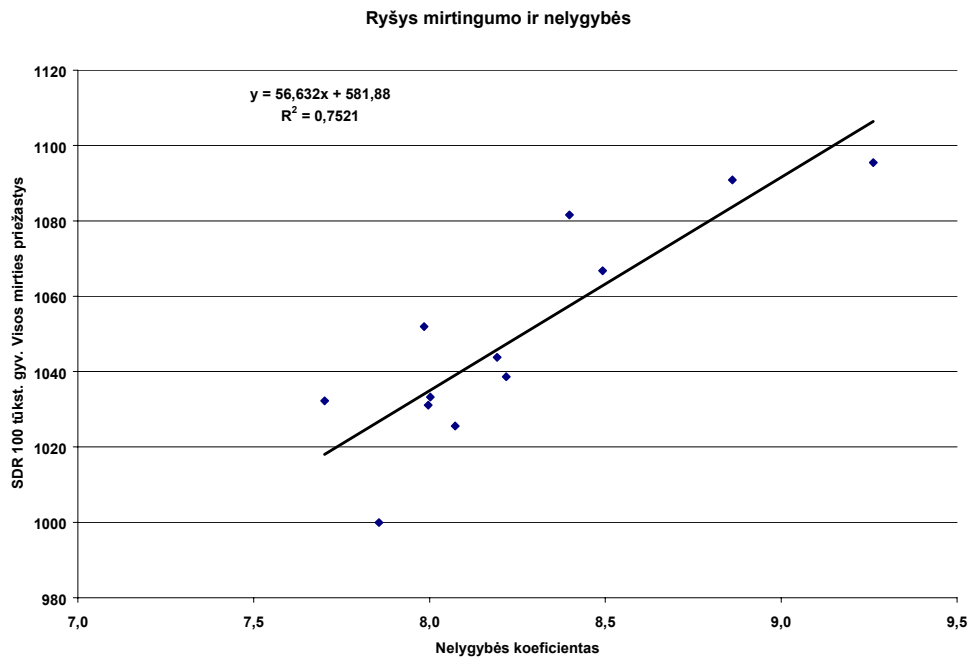
Šaltinis: PSO

Palyginus su ES šalimis standartizuoto mirtingumo rodiklis Lietuvoje 1997-2009 m. beveik nesikeitė, tuo tarpu ES šalyse stebimas mirtingumas mažėjo ir augo skirtumas nuo ES vidurkio.

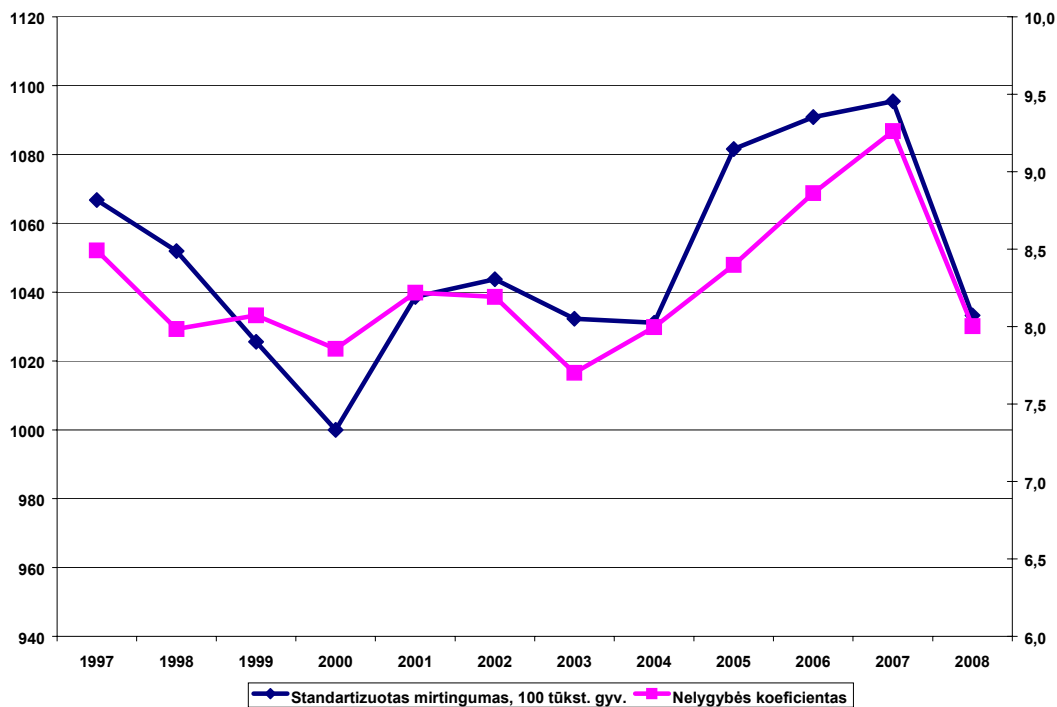


Šaltinis: PSO

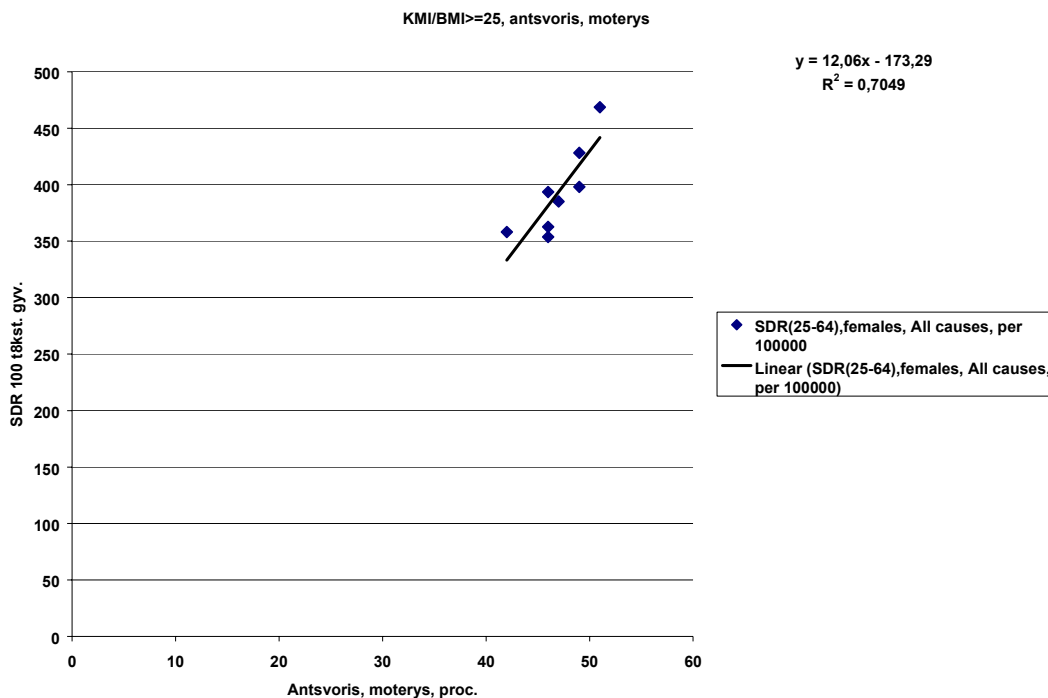
Tikėtinos mirtingumo ženklau augimo 2005-2007 m. laikotarpiu priežastys – **perteklinis alkoholio vartojimas, atsvaris ir socialinės-ekonominės nelygybės tuo laikotarpiu augimas**. Žemiau pateiktuose paveiksluose pateikiamas grafiškai atvaizduotas statistikai stiprus koreliacinis ryšys tarp nelygybės koeficiento, atsvario ir standartizuoto mirtingumo.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

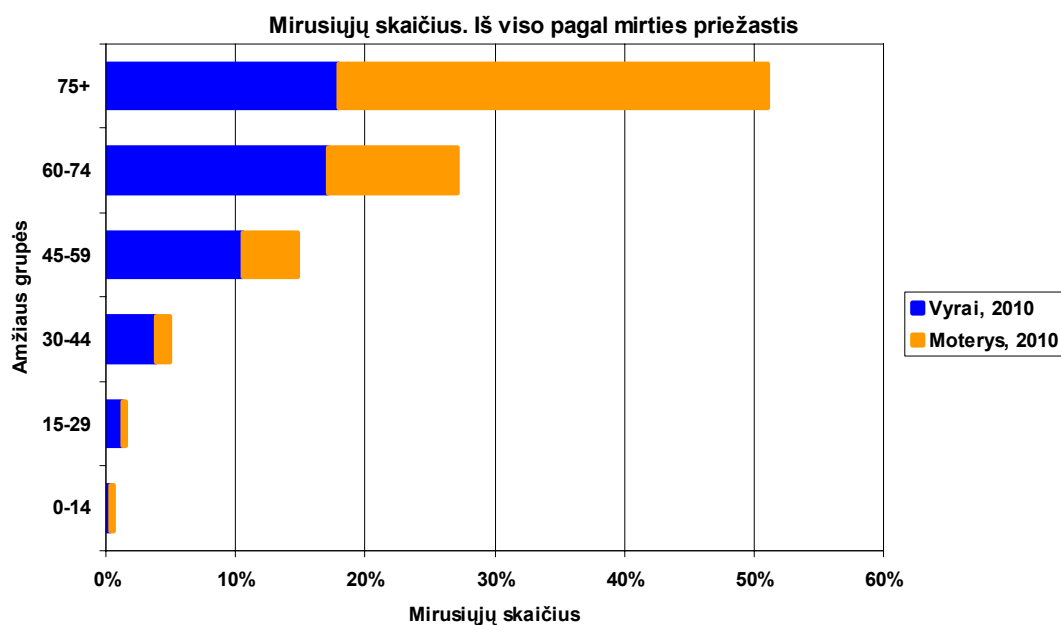


Šaltinis: PSO



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Norint įvertinti galimas mirtingumo augimo priežastis buvo atlikta mirtingumo analizė pagal amžiaus ir pagal ligų grupes. Kaip galima matyti iš žemiau pateikto paveikslo, daugiau nei 50 proc. visų šalies gyventojų miršta sulaukę 75 m. ar vyresnio amžiaus.



Šaltinis. Statistikos departamentas

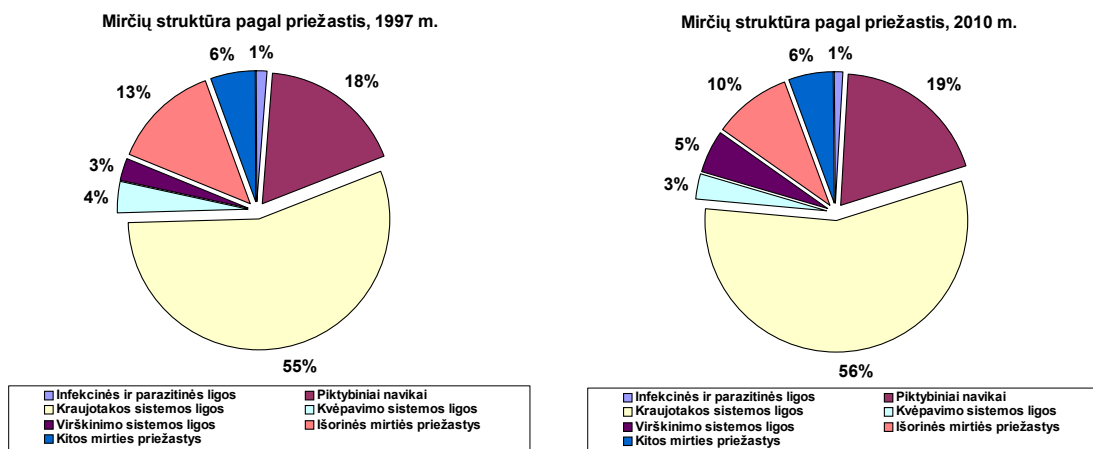
Remiantis statistikos departamento 2010 m. mirtingumo duomenimis du trečdaliai šalies vyrų mirė iki 75 m., o du trečdaliai moterų 75 m. ir vyresnio amžiaus.

Mirties priežasčių struktūra jau daugelį metų beveik nekinta. Tik nuo 2005 m. į ketvirtąją pagal mirčių skaičių vietą pakilo mirtingumas dėl virškinimo sistemos ligų. 2010 m. daugiausia mirties atvejų buvo dėl kraujotakos sistemos ligų (apie 56,1 proc.), piktybinių navikų (19,3 proc.), dėl išorinių mirties priežasčių (9,6 proc.), dėl virškinimo sistemos ligų (5,3 proc.) ir dėl kvėpavimo sistemos ligų (3,0 proc.).

Gyventojų mirtingumas pagal amžiaus grupes, 2010 m.

	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	SUMA	Proc.
A00Y89 Iš viso pagal mirties priežastis	244	667	2055	6208	11446	21500	42120	100
A00B99 Infekcinės ir parazitinės ligos	8	11	76	138	133	115	481	1,1
C00C97 Piktybiniai navikai	17	46	212	1494	3280	3061	8110	19,3
F00F99 Psichikos ir elgesio sutrikimai	0	3	6	16	18	44	87	0,2
I00I99 Kraujotakos sistemos ligos	8	53	354	1883	5543	15786	23627	56,1
J00J98 Kvėpavimo sistemos ligos	2	6	53	192	367	660	1280	3,0
K00K93 Virškinimo sistemos ligos	0	9	263	676	642	627	2217	5,3
V01Y89 Išorinės mirties priežastys	52	447	893	1388	863	402	4045	9,6
SUMA	87	575	1857	5787	10846	20695		

Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

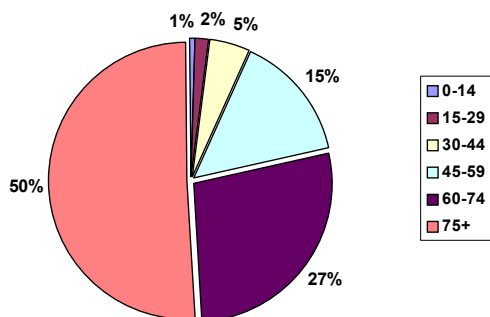


Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas

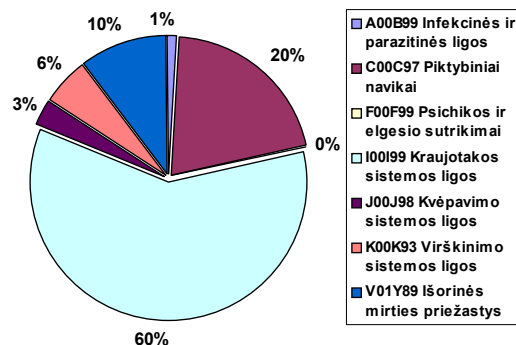
Žemiau pateiktoje lentelėje paskaičiuota, kiek Lietuvos gyventojų būtų numirę 1997-2010 m. laikotarpiu, jei būtų išlikę 1997 m. mirtingumo rodikliai ir skirtumas nuo faktinio mirčių skaičių per tą patį laikotarpį. Galime matyti, kad dėl to, kad išlikus 1997 m. mirtingumo rodikliams Lietuvoje būtų numirę beveik 11 tūkst. gyventojų mažiau.

	Mirusiųjų skaičius						
	Visos mirties priežastys	Infekcinės ligos	Onkologiniai susirgimai	Kraujotakos sistemos ligos	Kvėpavimo sistemos ligos	Virškinimo sistemos ligos	Išorinės mirties priežastys
Mirusiųjų 1997-2010 m. skaičius (faktas)	586.843	6.889	112.261	319.890	22.626	25.104	71.400
Mirusiųjų 1997-2010 m. skaičius (jei būtų išlikę 1997 m. rodikliai)	576.002	7.210	104.496	318.500	22.302	16.086	76.202
Skirtumas	10.841	-321	7.765	1.390	324	9.018	-4.802

A00Y89 Iš viso pagal mirties priežastis, 2010 m.



Visos amžiaus grupės, 2010 m.

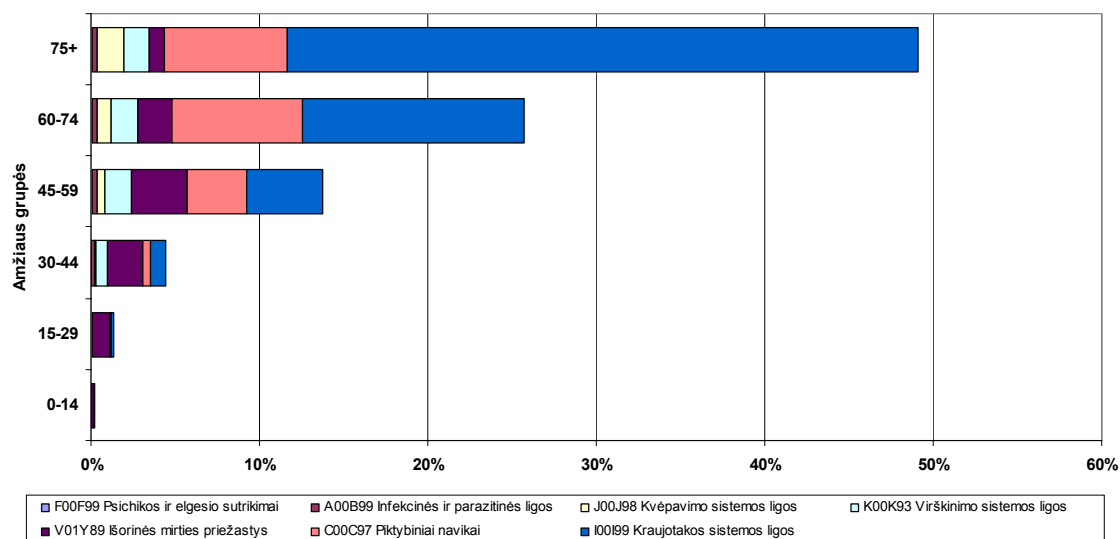


Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

Kaip galima matyti iš žemiau pateiktų paveikslų, didžiausias mirtingumas – du trečdaliai visų mirčių, yra nuo kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų 60 m. ir vyresnio amžiaus gyventojų grupėje.

Šaltinis. Statistikos departamentas

Mirtingumas, 2010 m.



Šaltinis. Statistikos departamentas

Remiantis šia analize galima identifikuoti gyventojų amžiaus grupes ir pagrindines prioritetines ligų grupes, mirtingumas nuo kurių sudaro didžiąją visų Lietuvos gyventojų mirčių dalį. **Virš 90 proc. visų mirčių Lietuvoje sudaro mirtingumas nuo kraujotakos sistemos, onkologinių, virškinimo ligų ir dėl išorinių mirties priežasčių.**

	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	Proc.
F00F99 Psichikos ir elgesio sutrikimai	0,00%	0,01%	0,01%	0,04%	0,04%	0,10%	0,21%
A00B99 Infekcinės ir parazitinės ligos	0,02%	0,03%	0,18%	0,33%	0,32%	0,27%	1,14%
J00J98 Kvėpavimo sistemos ligos	0,00%	0,01%	0,13%	0,46%	0,87%	1,57%	3,04%
K00K93 Virškinimo sistemos ligos	0,00%	0,02%	0,62%	1,60%	1,52%	1,49%	5,26%
V01Y89 Išorinės mirties priežastys	0,12%	1,06%	2,12%	3,30%	2,05%	0,95%	9,60%
C00C97 Piktybiniai navikai	0,04%	0,11%	0,50%	3,55%	7,79%	7,27%	19,25%
I00I99 Kraujotakos sistemos ligos	0,02%	0,13%	0,84%	4,47%	13,16%	37,48%	56,09%
A00Y89 Iš viso pagal mirties priežastis	0,58%	1,58%	4,88%	14,74%	27,17%	51,04%	100,00%

Šaltinis. Statistikos departamentas

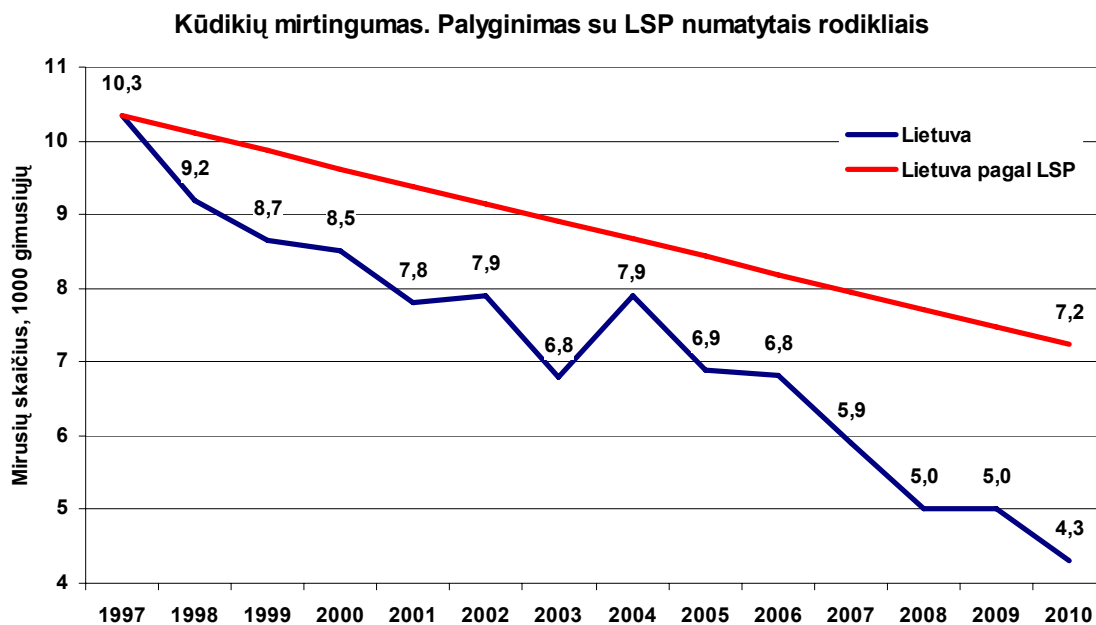
Lietuvos gyventojų sveikatos būklę atspindinčių 1998-2010 m. vėliausių prieinamų epidemiologinių rodiklių statistinis vertinimas pagal siūlomus prioritetus

Šioje ataskaitos dalyje bus detaliau analizuojamos identifikuotos prioritetines ligų grupės, mirtingumas nuo kurių sudaro didžiąją visų Lietuvos gyventojų mirčių dalį, bei specifinės, papildomo dėmesio dėl kitų priežasčių reikalaujančios ligų grupės.

KŪDIKIŲ MIRTINGUMAS

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc. **buvo pasiektas (ženkliai viršytas)**. Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 m. numatytas siekis buvo įgyvendintas jau 2005 m. o 2010 m. kūdikių mirtingumas siekė 4,3 atvejo 1000 gyvų gimusių kūdikių (daugiau nei 2 kartus mažesnis nei 1997 m.).

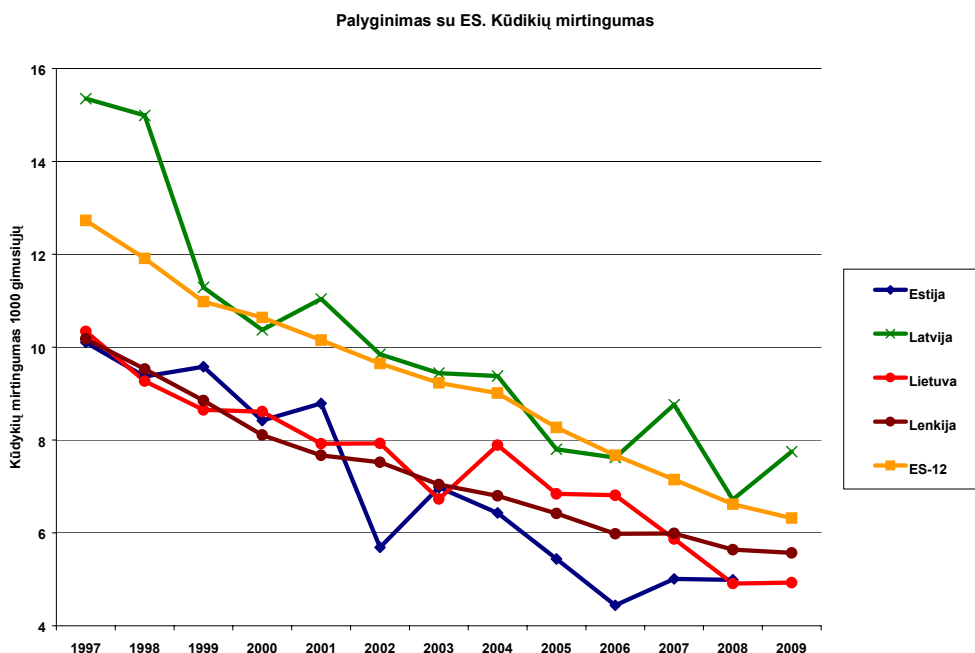
Vadovaujantis LSP nuostata kūdikių mirtingumas nuo 10,34 atvejų 1000 gimusių 1997 m. turėjo sumažėti iki 7,2 atvejo 2010 m. Pateiktame paveiksle matome, kad šie kūdikių mirtingumo rodikliai visą laikotarpį mažesni už numatytuosius LSP. Numatyti kūdikių mirtingumo sumažinimo tikslai nebuvo pakankamai ambicingi, nes buvo pasiekti per 6 m. Tas pats rodiklis kitose kontrolinėse ES šalyse vidutiniškai buvo pasiektas per 7,5 m., o per 13 m. sumažėjo apie 5/1000 gimusių, labai panašiai, kiek buvo pasiekta Lietuvoje per 12 m.



Šaltinis. Lietuvos statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

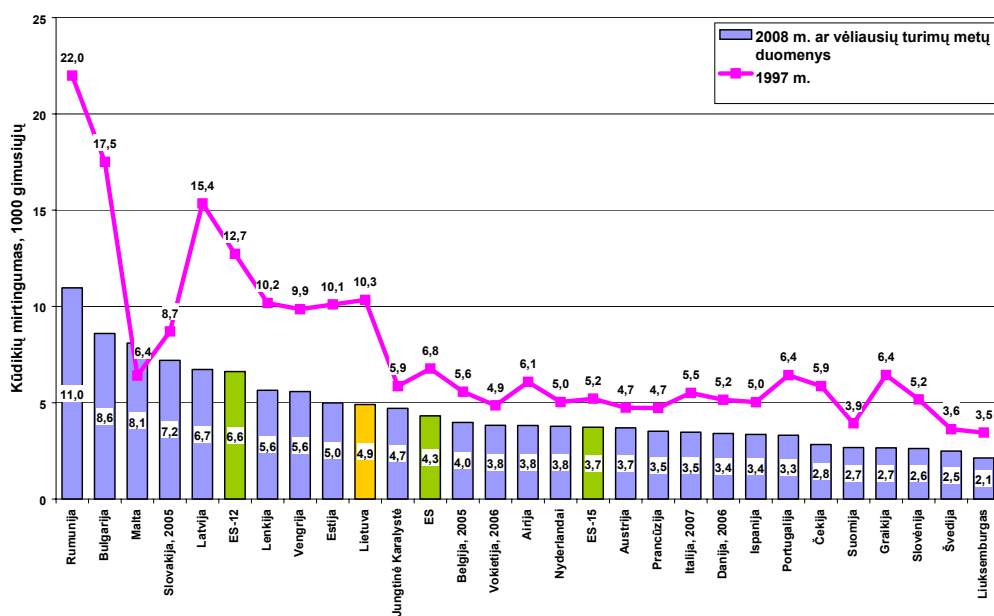
Palyginimas su kitomis ES šalimis. 2009 m. kūdikių mirtingumo rodiklis Lietuvoje buvo mažesnis nei ES-12 vidurkis (6,4/1000 gimusių) ir artėja prie ES-15 (3,7/1000 gimusių). Kūdikių mirtingumo rodiklis Lietuvoje yra pats mažiausias taip pat palyginus ir su kaimyninėmis šalimis (Latvija ir Lenkija). 1997-2009 m. laikotarpiu *standartizuotas perinatalinis mirtingumas sumažėjo 1,7 karto, neonatalinis – 2,1 karto.* Abu šie kūdikių mirtingumo rodikliai yra mažesni nei ES-12 šalių vidurkiai ir mažesni nei atitinkami rodikliai beveik visose kaimyninėse šalyse.

Kūdikių mirtingumo mažėjimo tendencija 1997-2009 m. laikotarpiu labai panaši į kaimyninių šalių (Latvija ir Lenkija), ES-12 ir ES-15 šalių tendencijas, o skirtumo su ES-15 šalių kūdikių mirtingumo vidurkiu mažėjimas, kuris buvo stebimas visą aptariamąjį laikotarpį, patvirtina, kad numatyti tikslai buvo realūs, o jų pasiekimui buvo pasirinktos ne tik tinkamos priemonės, bet ir numatytų užduočių įgyvendinimas buvo tinkamas.



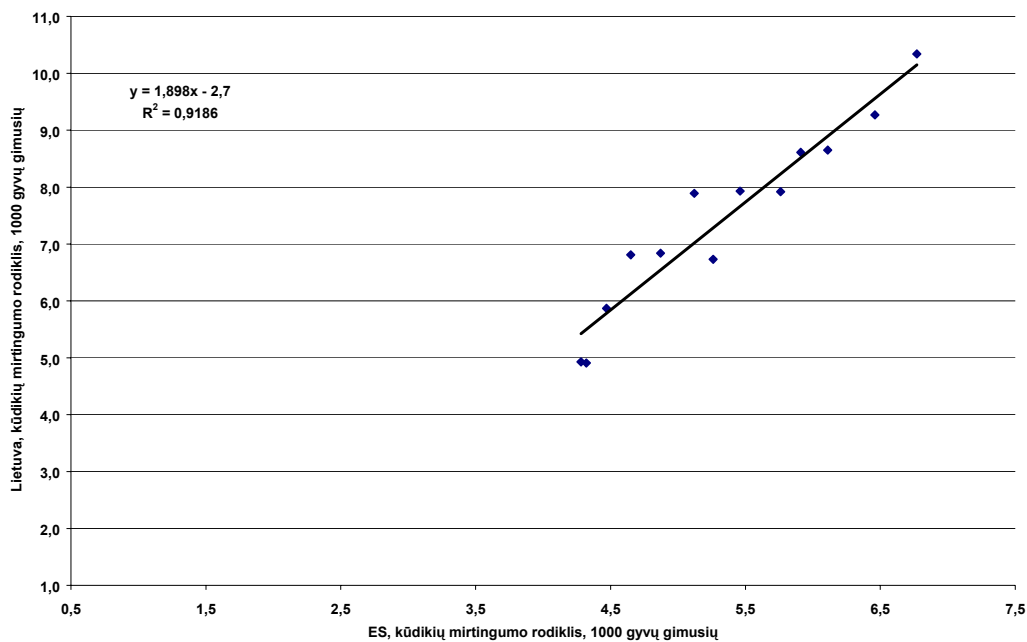
Šaltinis. PSO

Palyginimas su ES. Kūdikių mirtingumas



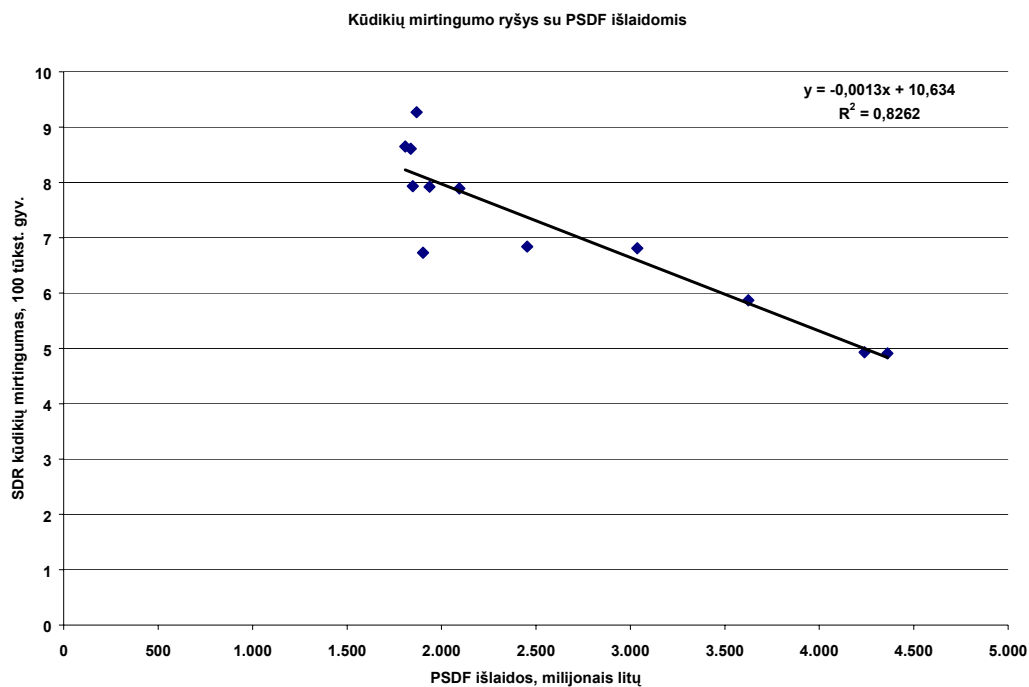
Pastaba. Pagal PSO duomenis 2009 m. Lietuvoje kūdikių mirtingumas siekė 4,9/1000 gimusiųjų, o pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis – 5,0/1000 gimusiųjų, Šaltinis. PSO

Lietuvos ir ES šalių vidurkių palyginimas

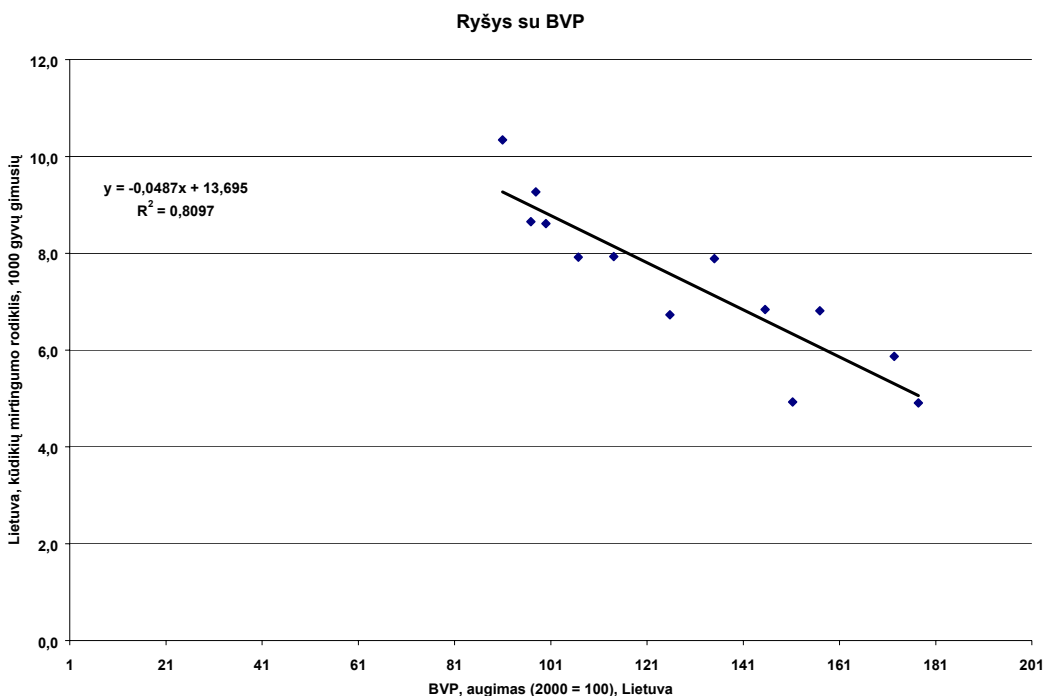


Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

Numatyto tikslo įgyvendinimui didžiausią įtaką turėjo sveikatos sistemos efektyvumas, medicinos darbuotojų veikla perinatologijos srityje ir pakankamas finansavimas. Kad pagrindinis vaidmuo realizuojant užsibrėžtus tikslus teko sveikatos sektoriui ir kad tai susiję su bendru šalies ekonomikos augimu, patvirtina stebimas pakankamai reikšmingas statistinis ryšis tarp kūdikių mirtingumo mažėjimo bei PSDF išlaidų ir šalies BVP augimo.



Šaltinis. PSO, VLK, SEC paskaičiavimai



Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

Medicinos paslaugų reikšmingumą mažinant kūdikių mirtingumą, palyginus su kitais veiksniais (gyvenimo būdas, aplinka), palaiko ir šalies medikai-ekspertai pateikę atsakymus į šio projekto įgyvendimo metu pateiktus klausimynus.

Tačiau, norint, kad ir toliau išliktų teigiama kūdikių mirtingumo rodiklių mažėjimo tendencija arba išlaikyti to paties lygio ateityje, gali nebepakakti vien tik sveikatos apsaugos sistemos pastangų – būtinas ir kitų sektorių indėlis bei glaudus bendradarbiavimas, reikia gerinti gimdyvių socialinę – ekonominę aplinką bei skatinti sveiką gyvenimą.

Kūdikių mirtingumo dinamika buvo ženkliai geresnė nei buvo prognozuota rengiant LSP. Vaiko ir motinos programos sėkmės istorijai būdingas ne tik reikšmingas mirtingumo rodiklių mažėjimas, bet ir proceso tolygumas bei tai, kad pagal šį rodiklį Lietuva išliko viena geriausių tarp naujųjų ES šalių ir priartėjo prie ES senbuvių.

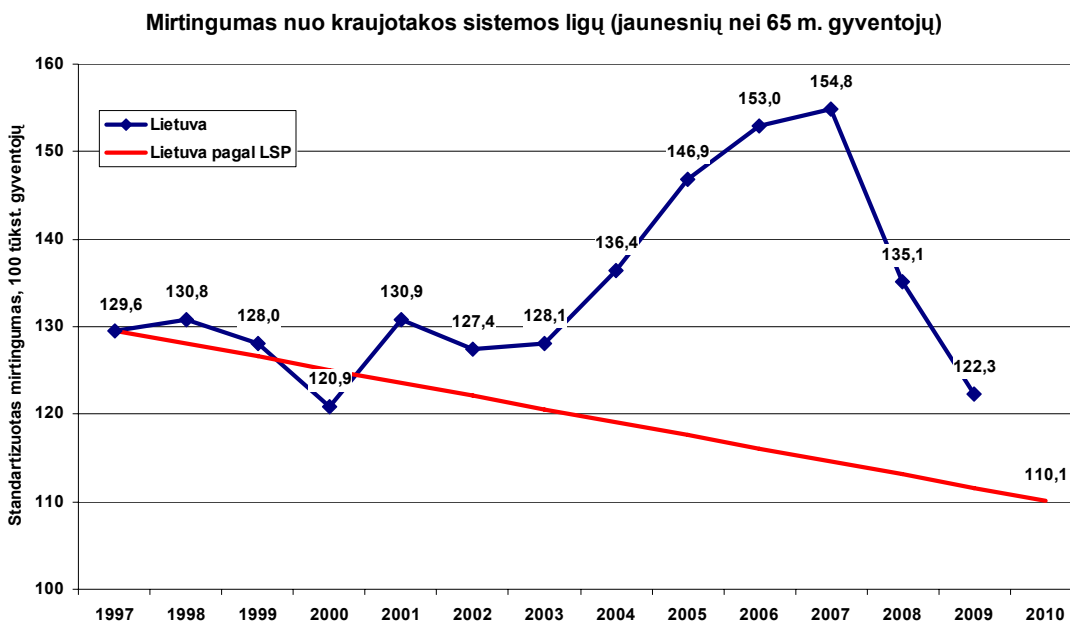
KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGOS

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų 15 procentų **nebuvo pasiektas**. Mirtingumo rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį **sumažėjo 5,6 proc.** ES-15 šalyse per tą patį laikotarpį jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjo 35 proc., o ES-12 šalyse – sumažėjo 30,9 proc.

Kraujotakos sistemos ligos Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse, buvo ir tebėra pagrindinė mirties priežastis. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų užima pirmą vietą tarp visų mirties atvejų. 2010 m. nuo širdies ir kraujagyslių ligų mirė 23627 šalies gyventojai (56,1 proc. visų mirusiųjų), tai 877 žmonėmis daugiau nei 1997 m..

Vyrų standartizuotas mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis 2009 m. buvo 1,74 karto didesnis nei moterų.

Vadovaujantis LSP nuostata jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų nuo 129,6 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. turėjo sumažėti iki 110,12 atvejo 2010 m.



Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

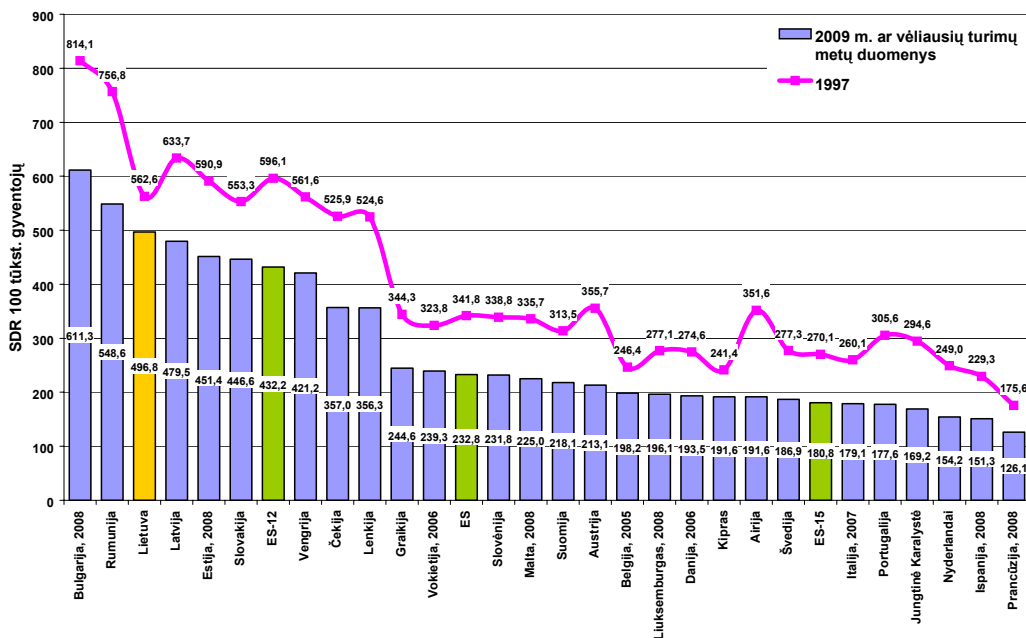
Tačiau, kaip matyti iš pateikto paveikslo, šios amžiaus grupės gyventojų mirtingumas nuo minėtų ligų atitiko užsibrėžto tikslo rodiklius (ir net viršijo juos) tik 2000 m. Nuo 2001 metų šis rodiklis pradėjo didėti ir tik 2008 m. vėl prasidėjo mirtingumo mažėjimas.

1997-2009 m. jaunesnių nei 65 metų vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjo tik 1,7 proc., o moterų mirtingumo rodiklis sumažėjo net 15,2 proc. (t.y. viršijo LSP numatytą rodiklį).

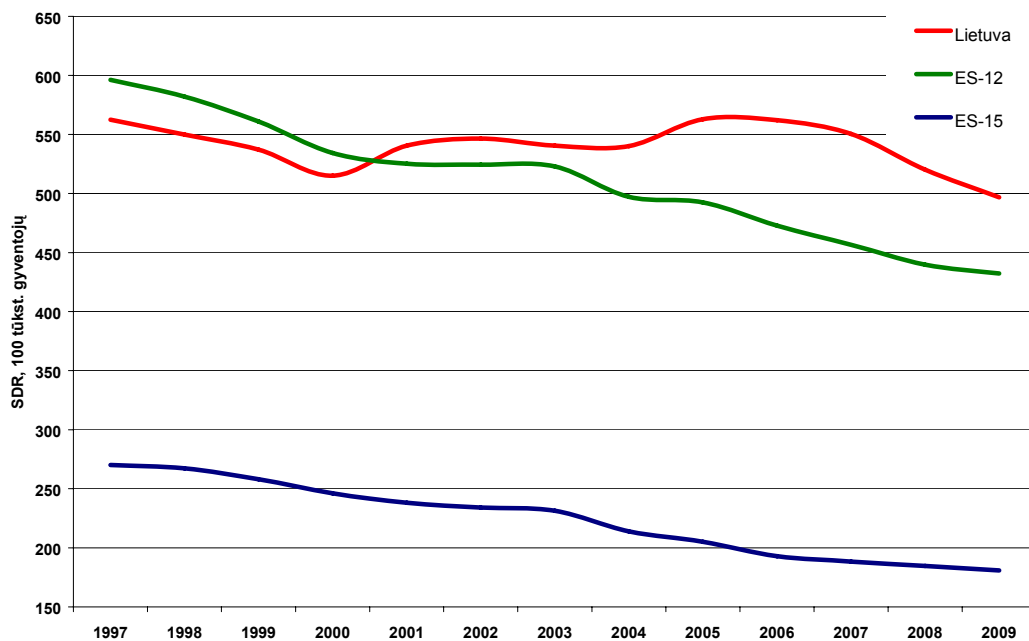
Ekspertų vertinimu kraujotakos ligos lemia apie ketvirtadalį pirminio suaugusiųjų neįgalumo ir yra didelė nedarbingumo ir su juo susijusių ekonominių nuostolių priežastis. Širdies ir kraujagyslių ligomis serga daugiau nei 20 procentų suaugusiųjų Lietuvoje. Vertinant tiek absoliutiniais, tiek santykiniais rodikliais hospitalizacijos dažnis Lietuvoje dėl kraujotakos ligų yra vienas didžiausių Europoje.

Palyginimas su kitomis ES šalimis. 2009 m. standartizuoto mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklis Lietuvoje buvo vienas iš blogiausių ES ir blogesnis palyginus ir su kaimyninėmis šalimis (Latvija ir Lenkija).

SDR. Kraujotakos sistemos ligos. Palyginimas su ES



SDR. Kraujotakos sistemos ligos

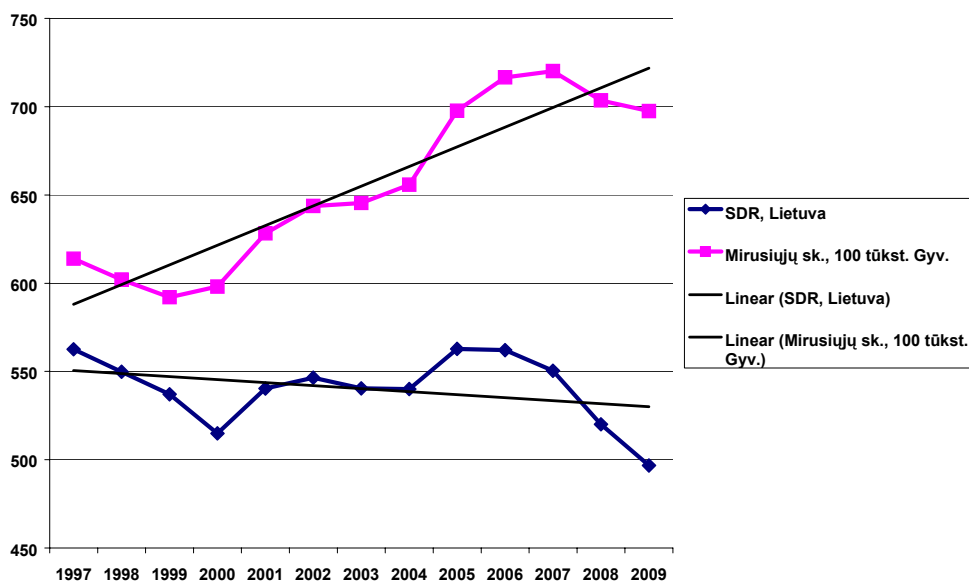


Šaltinis. PSO

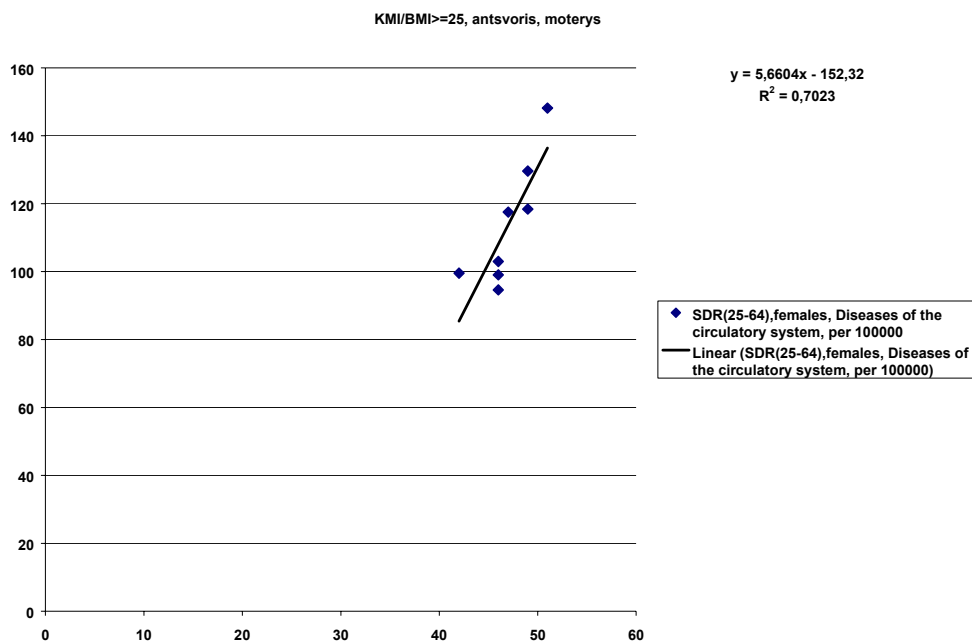
Šaltinis. PSO

Nors ŠKL standartizuoto mirtingumo rodiklis 1997–2009 m. laikotarpiu beveik nepakito, tačiau gyventojų mirtingumas perskaičiuotas 100 tūkst. gyventojų, beveik visą aptariamąjį laikotarpį (iki 2008 m.) augo. Mirtingumo dėl širdies ir kraujagyslių ligų dinamika iš esmės atkartoja VGT dinamikoje fiksuotą ciklą (1997–2000 m. ir 2008–2009 m. rodikliai didėja, 2001–2003 m. – nesikeičia, o 2004–2007 m. – blogėja). Mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų tendencija Lietuvoje smarkiai skyrėsi nuo ES šalių vidurkio, o mirtingumo rodiklių skirtumas pastoviai didėjo tiek palyginus su ES-27, ES-15, ar ES-12 šalimis.

Mirtingumas. Širdies kraujagyslių ligos



Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas



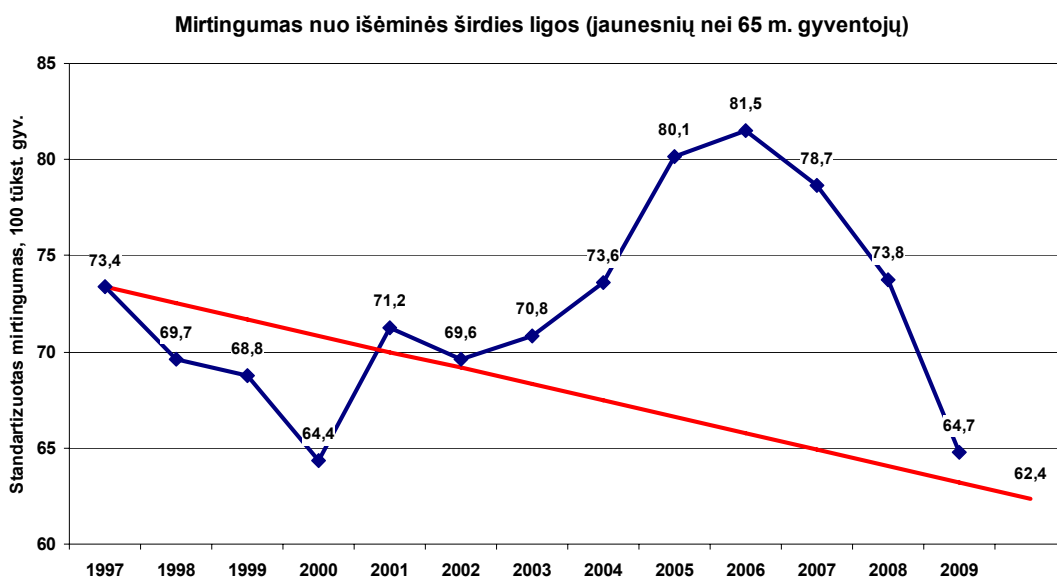
Šaltinis. PSO, Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

Tikėtinos mirtingumo ženklau augimo 2005-2007 m. laikotarpiu priežastys – **perteklinis alkoholio vartojimas, atsvaris ir socialinės-ekonominės nelygybės tuo laikotarpiu augimas**. Atliekant analizę buvo pastebėtas stiprus statistinis ryšys tarp standartizuoto mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų 25-64 m. amžiaus moterų grupėje ir atsvario.

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo **išeminės širdies ligos 15 procentų nebuvo pasiektas**. Mirtingumo rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį sumažėjo 11,8 proc. ES-15 šalyse per tą patį laikotarpį jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjo beveik 40 proc., o ES-12 šalyse – sumažėjo 35,6 proc. Vadovaujantis LSP nuostata jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumas nuo išeminės širdies ligos nuo 73,4 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. turėjo sumažėti iki 62,4 atvejo 2010 m.

Tačiau, kaip matyti iš pateikto paveikslo, šios amžiaus grupės gyventojų mirtingumas nuo minėtų ligų atitiko užsibrėžto tikslo rodiklius (ir net viršijo juos) tik iki 2000 m. Nuo 2001 metų šis rodiklis pradėjo didėti ir tik 2007 m. vėl prasidėjo mirtingumo mažėjimas.

1997-2009 m. jaunesnių nei 65 metų vyrų mirtingumas nuo išeminės širdies ligos sumažėjo 11,6 proc., o moterų mirtingumo rodiklis sumažėjo - 11,1 proc..



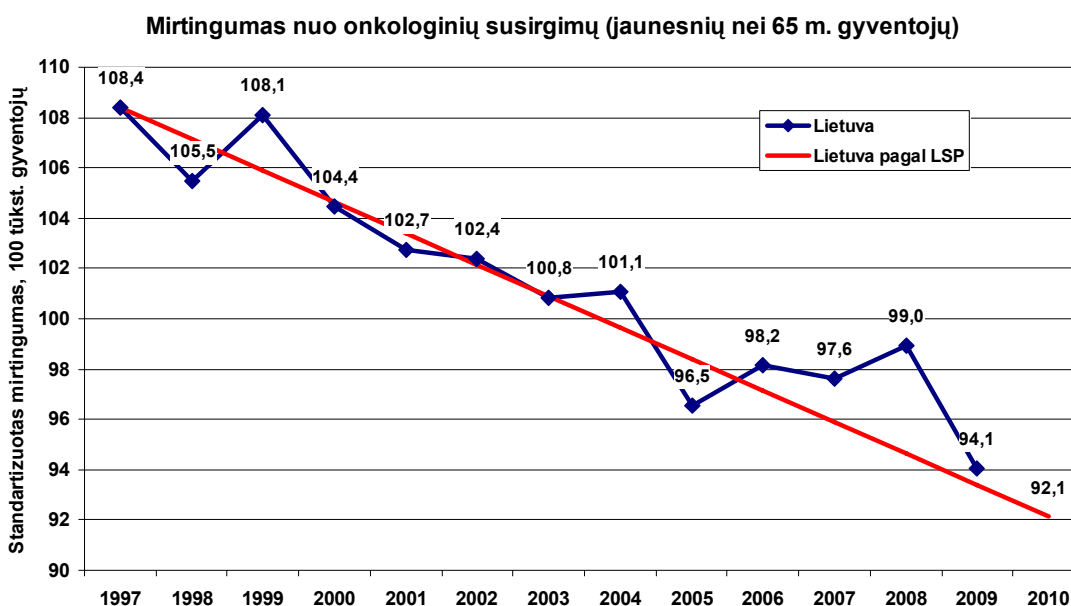
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai.

Palyginimas su kaimyninėmis šalimis. 2009 m. mirtingumo nuo išeminės širdies ligos rodiklis Lietuvoje buvo mažesnis tik už Baltarusijos, Latvijos ir Rusijos atitinkamus rodiklius. Jaunesnių nei 65 metų gyventojų standartizuoto mirtingumo nuo išeminės širdies ligos 100 000 gyventojų kaita per 1997–2009 m. laikotarpį pateikta paveiksle.

Standartizuotas mirtingumas jaunesnių nei 65 metų gyventojų 100 000 gyventojų nuo išeminės širdies ligos per 1997–2009 m. laikotarpį sumažėjo 8,65 atvejo 100 000 gyventojų.

2.5. PIKTYBINIAI NAVIKAI

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo piktybinių navikų 15 procentų **nebuvo pasiektas (dalinai pasiektas)**, nors mirtingumo rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį sumažėjo net 13,2 proc. ES-15 šalyse per tą patį laikotarpį jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumas nuo onkologinių susirgimų sumažėjo 15,2 proc., o ES-12 šalyse – tik 10,8 proc.



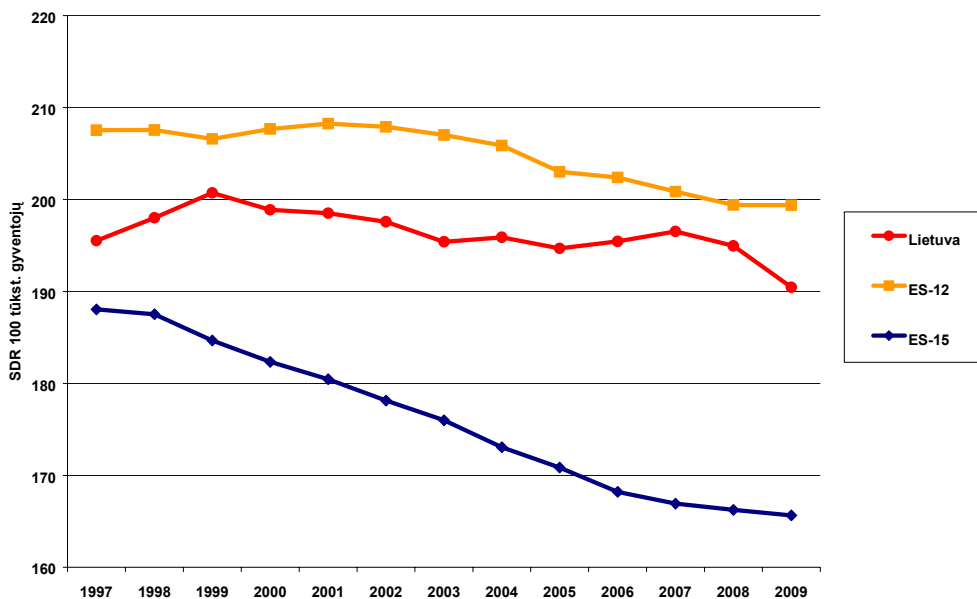
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Piktybiniais navikams tenka antroji vieta iš mirties priežasčių. 2010 m. nuo piktybinių navikų mirė 8110 šalies gyventojų (19,3 proc. visų mirusiųjų), tai 646 žmonių daugiau nei 1997 m. 2009 m. vyrų standartizuotas mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklis buvo 2,2 karto didesnis nei moterų. Vyrų dažniausiai serga priešinės liaukos, plaučių, skrandžio, storžarnos vėžiu. Moterys dažniausiai serga krūties, odos vėžiu bei onkologinėmis ligomis.

Vadovaujantis LSP nuostata jaunesnių nei 65 metų gyventojų standartizuotas mirtingumas nuo piktybinių navikų nuo 108,4 atvejų 100 000 gyventojų 1997 m. turėjo sumažėti iki 92,1 atvejo 2010 m. Pateiktame paveiksle matome, kad šios amžiaus grupės žmonių mirtingumas nuo piktybinių navikų beveik visą laikotarpį buvo arti užsibrėžto tikslo, tačiau 2006-2008 metais pradėjęs augti šios grupės gyventojų mirtingumas šiek tiek nutolino faktinio mirtingumo rodiklį nuo LSP numatyto tikslo. 2009 metais šis rodiklis siekė 94,05 atvejo (13,2 proc. mažiau nei 1997 metais). 1997-2009 m. jaunesnių nei 65 metų vyrų mirtingumas nuo onkologinių susirgimų sumažėjo net 15,6 proc. (t.y. viršijo LSP numatytą rodiklį), o moterų mirtingumo rodiklis sumažėjo tik 8,2 proc.

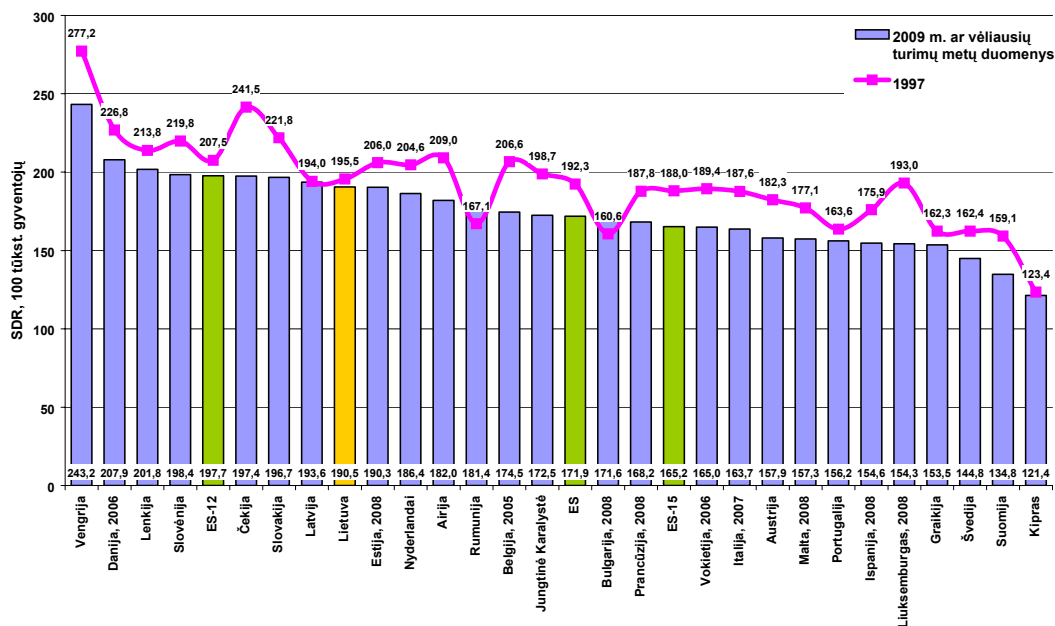
2009 m. ES-15 šalyse jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumas nuo onkologinių susirgimų siekė 68,7 100 000 gyventojų (beveik 37 proc. mažesnis nei Lietuvoje), o ES-12 šalyse – siekė 98,9 100 000 gyventojų (beveik 5 proc. didesnis nei Lietuvoje).

SDR. Onkologinės ligos. Palyginimas su ES



Šaltinis. PSO

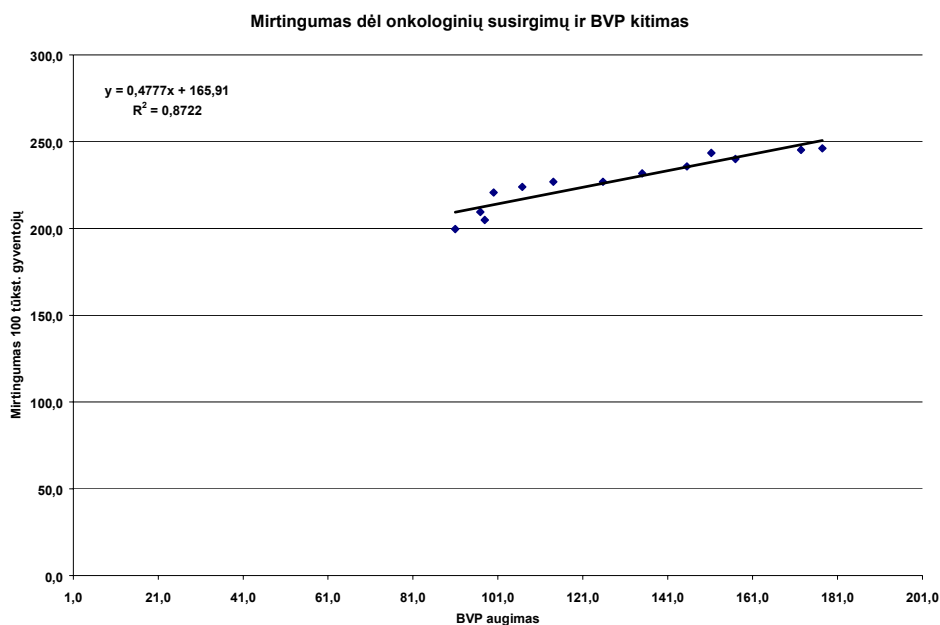
SDR, palyginimas su ES. Onkologinės ligos



Šaltinis. PSO

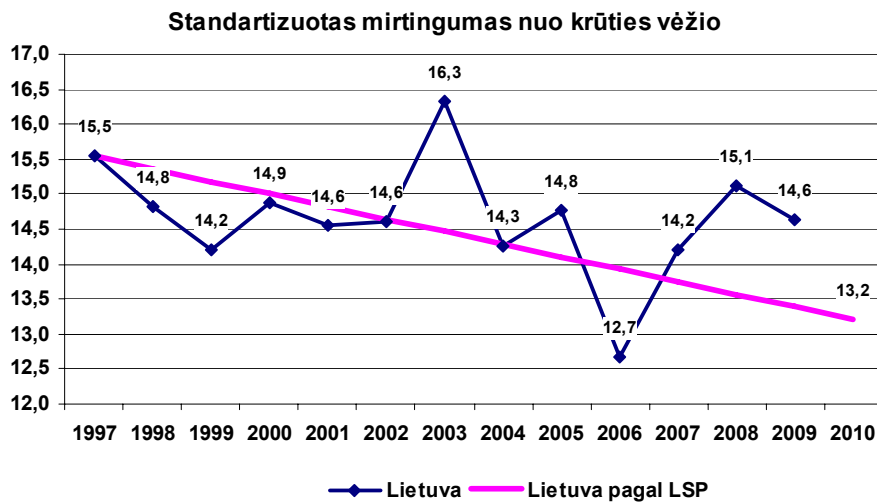
Nors standartizuoto mirtingumo nuo onkologinių ligų rodiklis 1997–2009 m. laikotarpiu beveik nepakito, tačiau gyventojų mirtingumas perskaičiuotas 100 tūkst. gyventojų, beveik visą aptariamąjį laikotarpį (iki 2008 m.) augo. Mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų tendencija Lietuvoje šiek tiek skyrėsi nuo ES-12 šalių vidurkio (ypač 2006–2008 m.) ir gana smarkiai skyrėsi nuo ES-15 šalių rodiklių kitimo tendencijos. Mirtingumo rodiklių skirtumas pastoviai didėjo palyginus su ES-15 šalimis.

Tikėtinos mirtingumo ženklus augimo 2005-2007 m. laikotarpiu priežastys – **perteklinis alkoholio vartojimas, atsvaris ir socialinės-ekonominės nelygybės tuo laikotarpiu augimas**. Žemiau pateiktuose paveiksluose pateikiamas grafiškai atvaizduotas statistikai stiprus koreliacinis ryšys tarp nelygybės koeficiento, atsvario ir standartizuoto mirtingumo. Onkologinės ligos priskiriamos taip vadinamom „civilizacinėms ligoms“, kurių didėjimas dėsningas augant šalies ekonominei gerovei ir ilgėjant VGT, todėl stebimas gana stiprus statistinis koreliacinis ryšys tarp mirtingumo nuo onkologinių ligų ir šalies BVP augimo.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

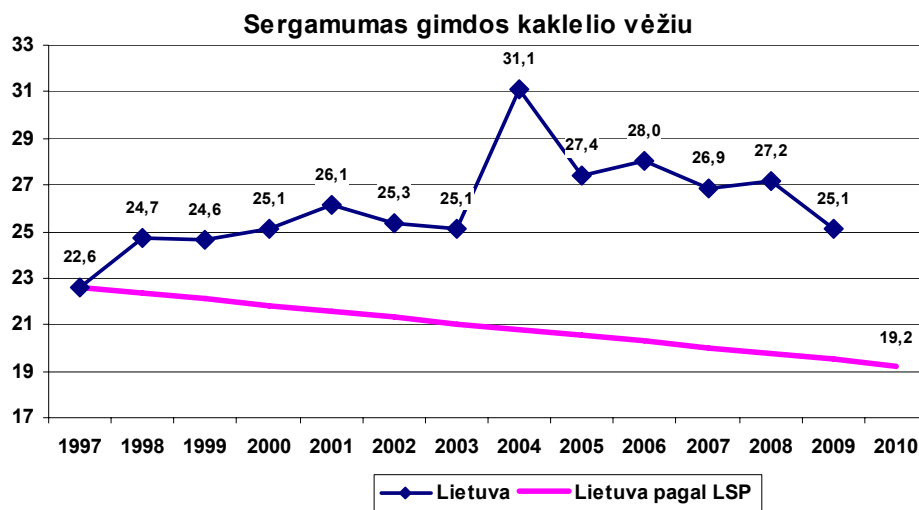
Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio **15 procentų nebuvo pasiektas**. Mirtingumo rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį sumažėjo 5,8 proc. ES-15 šalyse per tą patį mirtingumas nuo krūties vėžio sumažėjo beveik 17,85 proc., o ES-12 šalyse – sumažėjo 7,43 proc.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

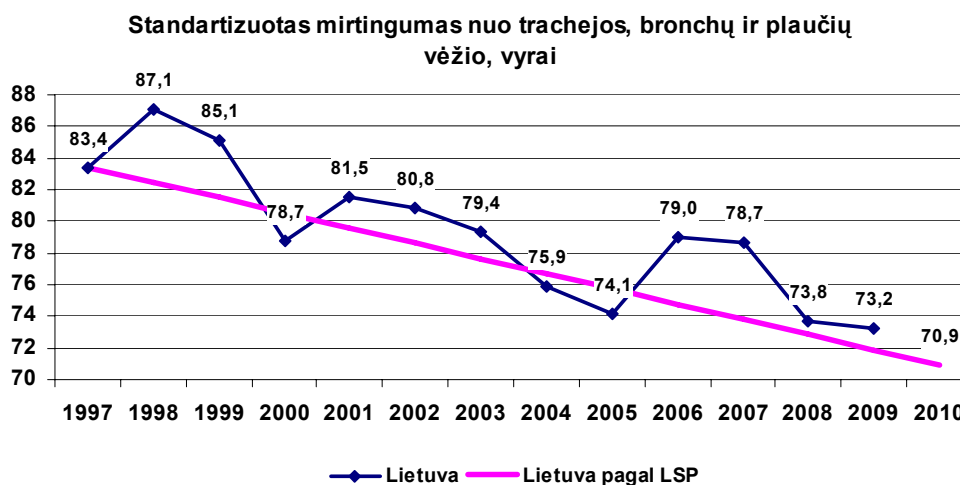
Vadovaujantis LSP nuostata mirtingumas nuo krūties vėžio nuo 15,54 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. turėjo sumažėti iki 13,21 atvejo 2010 m. Tačiau, kaip matyti iš pateikto paveikslo, šios amžiaus grupės gyventojų mirtingumas nuo minėtų ligų atitiko užsibrėžto tikslo rodiklius (ir net viršijo juos) tik iki 2002 m. ir 2006 m.

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. **sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 procentų nebuvo pasiektas**. Sergamumo rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį išaugo 10,88 proc., nors per tą patį laikotarpį pasisekė sumažinti mirtingumą nuo gimdos kaklelio vėžio net 20,8 proc. Vadovaujantis LSP nuostata sergamumas nuo gimdos kaklelio vėžio nuo 22,62,54 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. turėjo sumažėti iki 19,23 atvejo 2010 m.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. **sumažinti vyrų mirtingumo nuo plaučių vėžio 15 proc. procentų nebuvo pasiektas**. Mirtingumo rodiklis (nuo plaučių, trachėjos, bronchų vėžio) per 1997-2009 m. laikotarpį sumažėjo 11,6 proc. Vadovaujantis LSP nuostata mirtingumas nuo plaučių vėžio nuo 37,62 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. turėjo sumažėti iki 31,98 atvejo 2010 m.

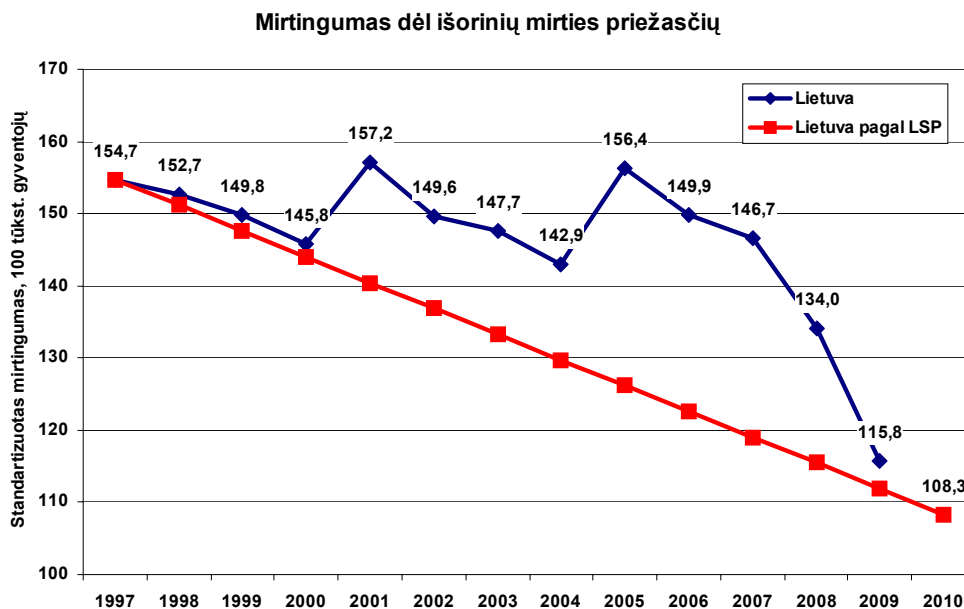


Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

2.6. IŠORINĖS MIRTIES PRIEŽASTYS

Numatytas LSP programoje tikslas - sumažinti mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc. **nebuvo pasiektas (iš dalies pasiektas)**, nors mirtingumo rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį sumažėjo daugiau nei 25 proc.

Išorinės mirties priežastys yra trečioji pagal skaičių mirties priežasčių. 2010 m. nuo išorinių mirties priežasčių mirė 4045 šalies gyventojai (9,6 proc. visų mirusiųjų). 2010 m. mirė 1398 žmonėmis mažiau nei 1997 m.

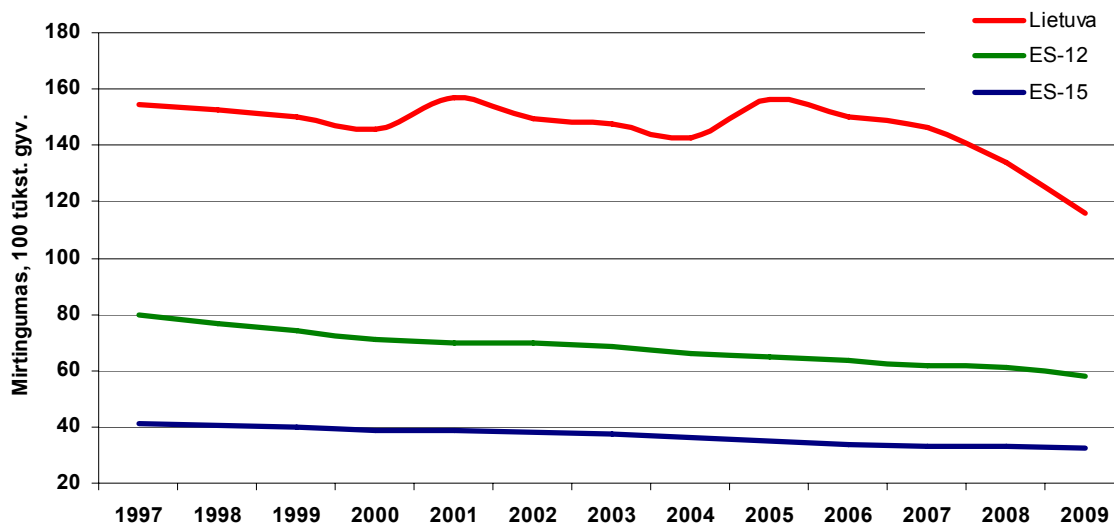


Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

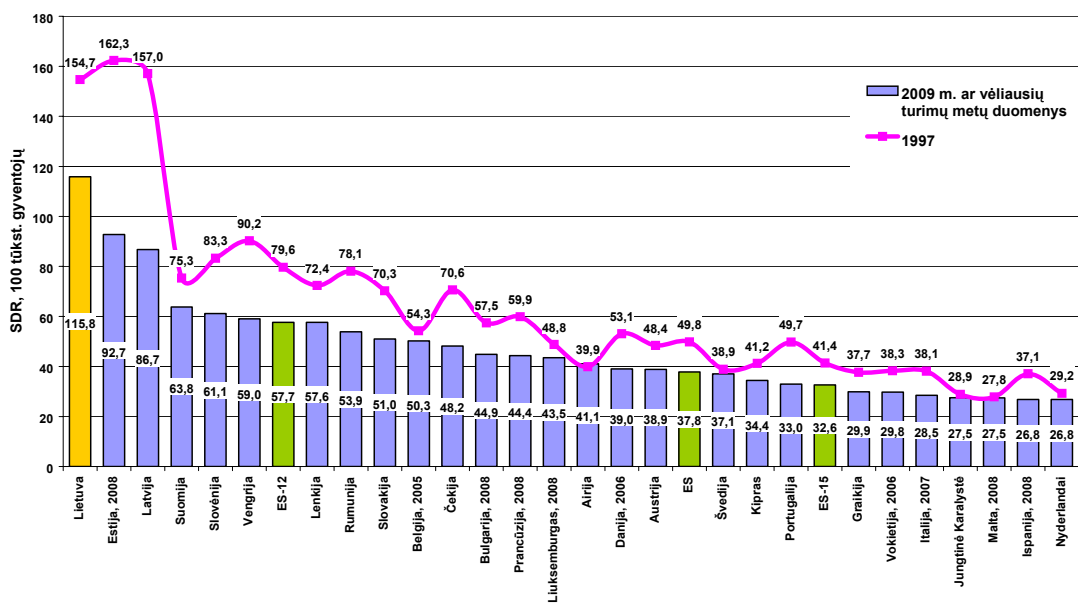
Vadovaujantis LSP nuostata šis rodiklis nuo 154,7 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. turėjo sumažėti iki 108,3 atvejo 2010 m., arba perskaičiavus absoliučiais skaičiais, per 1997-2010 m. laikotarpį, jei būtų įgyvendinti numatyti LSP tikslai būtų numirę beveik 6000 gyventojų mažiau. 2009 m. bendras (vyrų ir moterų) mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių buvo – 115,83/100 tūkst. gyventojų, vyrų mirtingumas - 204,69/100 tūkst. gyv. metų (sumažėjo 23,37 proc. 1997-2009 m. laikotarpiu), moterų – 41,82/100 tūkst. gyv. (sumažėjo 29,23 proc. 1997-2009 m. laikotarpiu). *Faktiškai* dėl sumažėjusio mirtingumo per 1997-2010 m. mirė apie 4800 mažiau žmonių, nei būtų tuo atveju, jei 1997 m. rodiklis būtų nesikeitęs visą aptariamąjį laikotarpį.

Nors 1997-2009 m. laikotarpiu stebima bendra standartizuoto mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių rodiklio mažėjimo tendencija ir ši tendencija šiek tiek panaši į ES-12 ir ES-15 šalių šio rodiklio kitimo tendenciją, tačiau per visą aptariamąjį laikotarpį atsilikimas nuo ES nesumažėjo. 2008 m. standartizuoto mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių rodiklis Lietuvoje buvo pats blogiausias ES.

Palyginimas su ES. Mirtingumas nuo išorinių mirties priežasčių



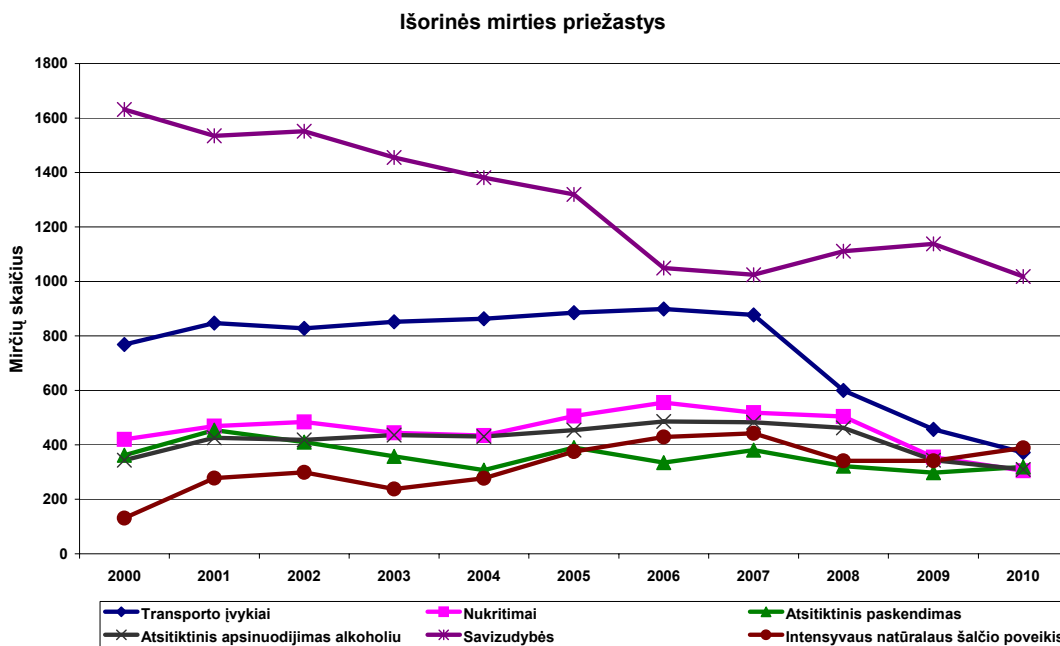
SDR, palyginimas su ES. Išorinės mirties priežastys



Šaltinis. PSO

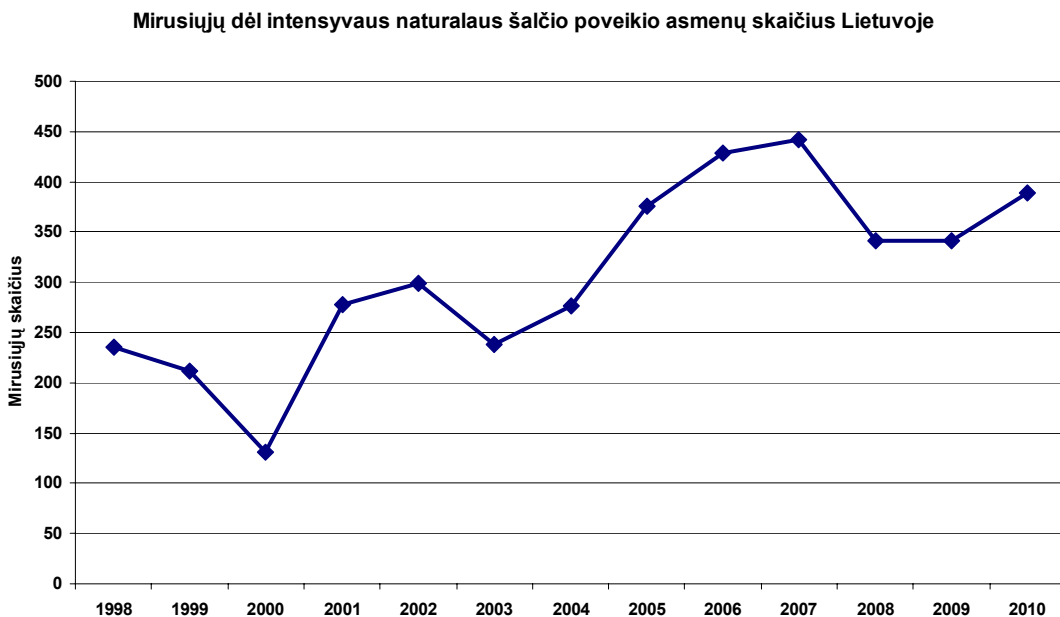
Šaltinis. PSO

2010 m. didžiąją mirtingumo šioje mirties priežasčių grupėje dalį sudarė savižudybės (1018 atvejai), mirtys dėl intensyvaus natūralaus šalčio poveikio (389 atvejai), mirtys dėl transporto traumų (372 atvejai), atsitiktiniai nusinuodijimai alkoholiu (310 atvejai), nukritimai (305 atvejai) ir atsitiktiniai paskendimai (319 atvejų).



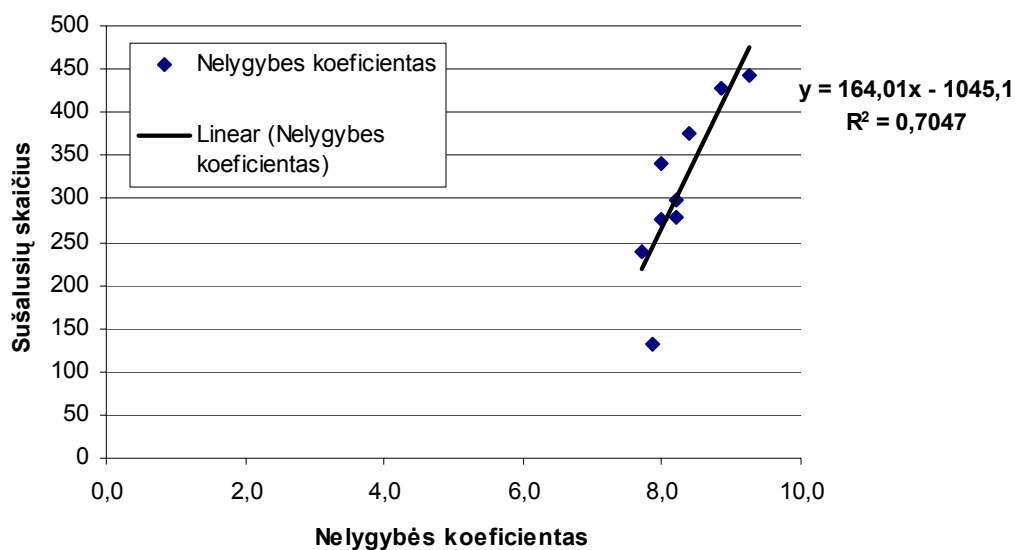
Šaltinis. Statistikos departamentas

Šios grupės mirtys *pagrindinai yra įtakojamos išorinių faktorių ir sveikatos sistema santykinai nedaug gali sumažinti mirtingumo rodiklius*. Pavyzdžiui, stebimas stiprus statistinis ryšys tarp sušalusių asmenų skaičiaus augimo ir alkoholio suvartojimo bei ekonominės nelygybės augimo. Reikia atkreipti dėmesį, kad sušalusių žmonių skaičius 2000-2010 m. laikotarpiu išaugo beveik 3 kartus – nuo 131 (2000 m.) iki 389 (2010 m.) ir jau aplenkė gyventojų žuvusių transporto įvykiuose skaičių. Bet reikėtų pasidžiaugti, kad *per 1997-2009 m. laikotarpį daugiau nei 30 proc. sumažėjo mirtingumas dėl transporto traumų, nužudymų, atsitiktinių paskendimų, dėl dūmų ir ugnies bei savižudybių*.

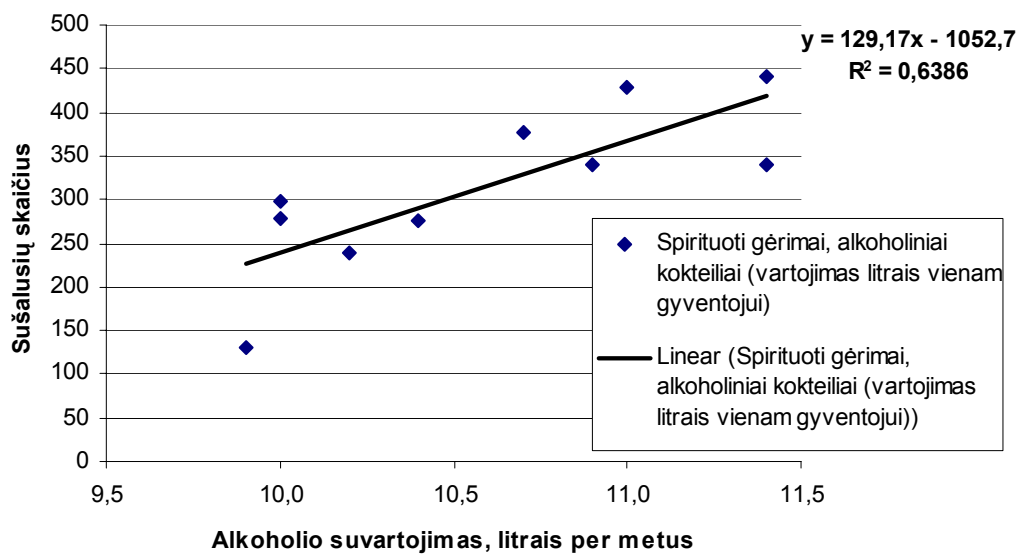


Šaltinis. Statistikos departamentas

Ryšys tarp sušalusių skaičiaus ir ekonominės nelygybės

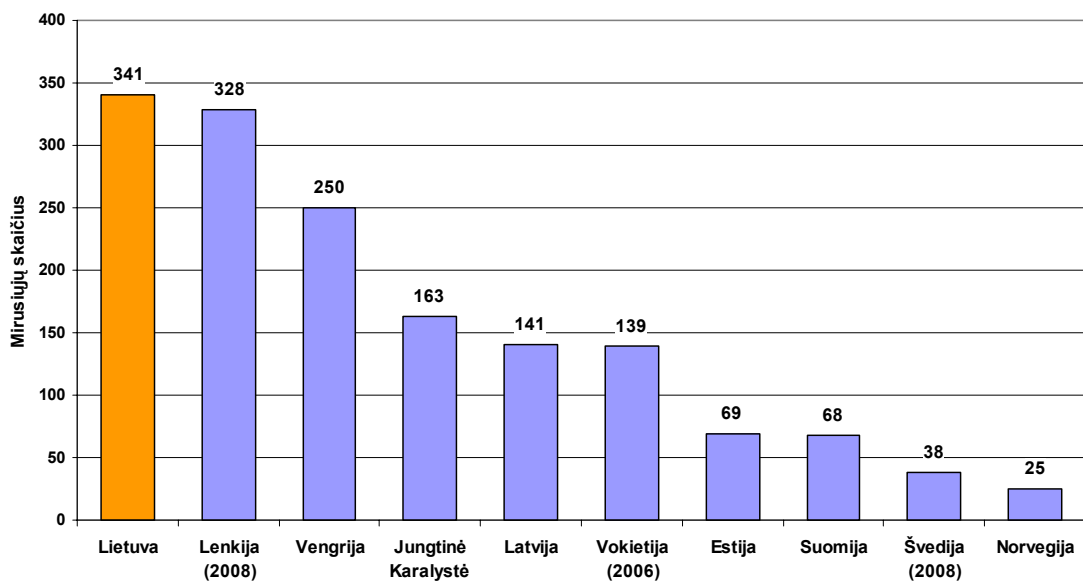


Ryšys tarp sušalusių skaičiaus ir alkoholio suvartojimo



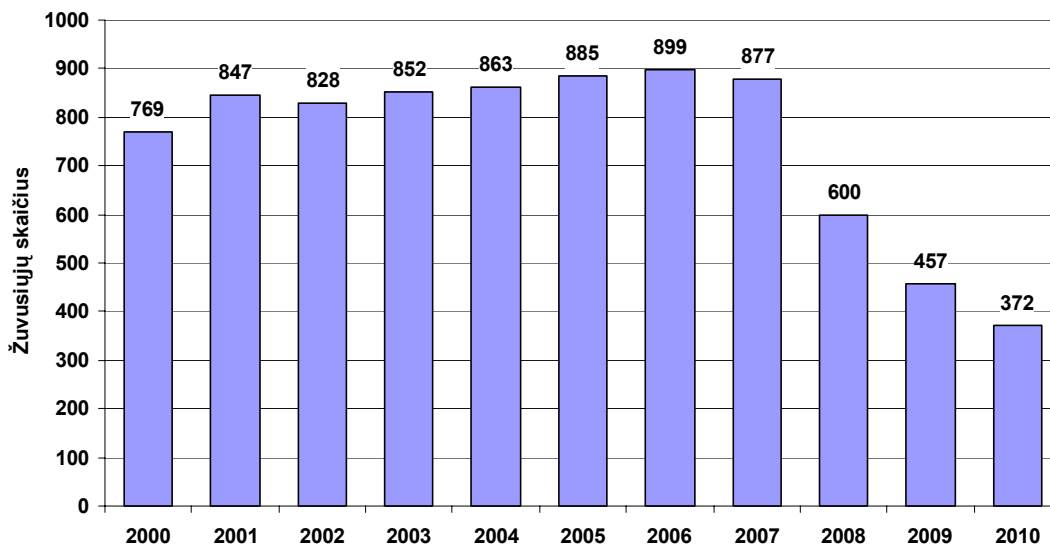
Šaltinis. Statistikos departamentas, SEC paskaičiavimai

Mirusiųjų skaičius dėl intensyvaus natūralaus šalčio poveikio, 2009 m.



Šaltinis. PSO

Žuvusiųjų transporto įvykiuose skaičius



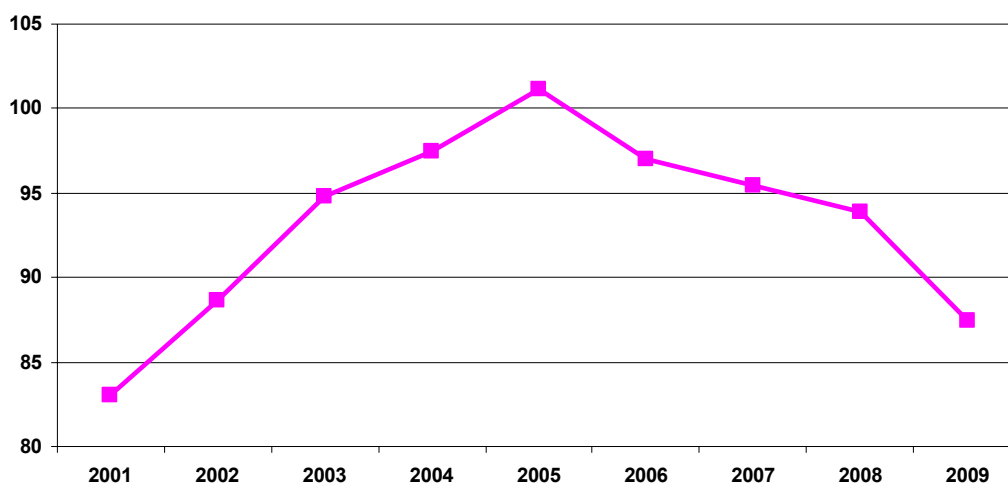
Šaltinis. Statistikos departamentas

Apibendrinant galima teigti, kad nors sveikatos sistemos funkcionavimas, mažinant mirtingumą dėl išorinių mirties priežasčių, pagerėjo – tai patvirtina mažėjantis mirtingumas, nors traumų ir sužalojimų skaičius pastoviai augo, – tačiau esminio persilaužimo šioje sveikatinimo srityje pasiekti nepasisėkė. Ženklesnių rezultatų galima pasiekti tik įgyvendinant tarpinstitucines sveikatinimo programas ir derinat įvairių šalies ūkio sektorių veiksmus. Iki 2008 m. esminio bendradarbiavimo pasiekta nebuvo. Pavyzdžiui, 1999 m. sumažinus akcizas išaugo alkoholio vartojimas, nebuvo

skatinamas saugus eismas ir kt. Tik po 2007 m., pradėjus didinti akcizus alkoholiui ir paskelbus “karą keliuose”, mirtingumas pradėjo mažėti sparčiau.

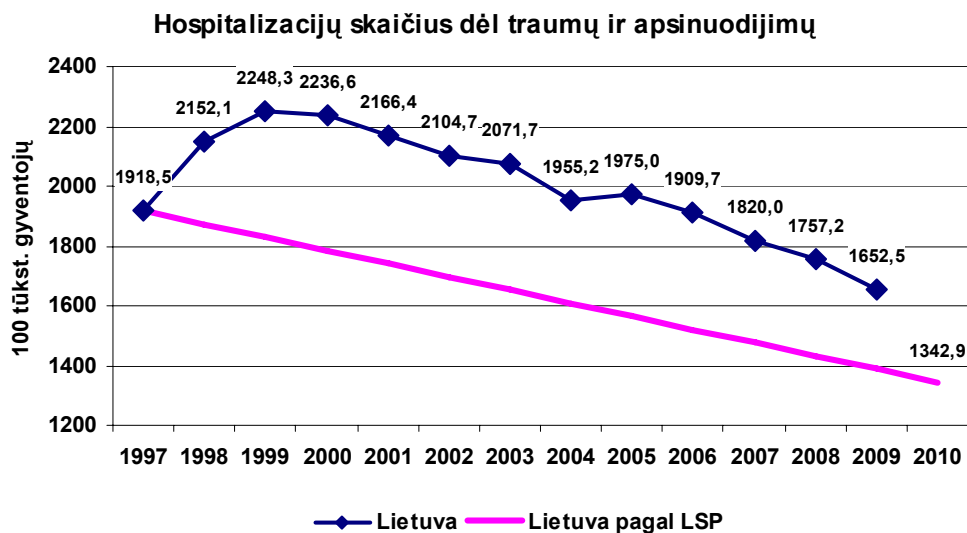
Numatytas LSP programoje tikslas – iki 2010 m. sumažinti traumatizmo atvejų dėl nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc. **nebuvo pasiektas**.

**Traumų, apsinuodijimų ir kt. išorinių priežasčių padarinių skaičius
1000 gyv.**



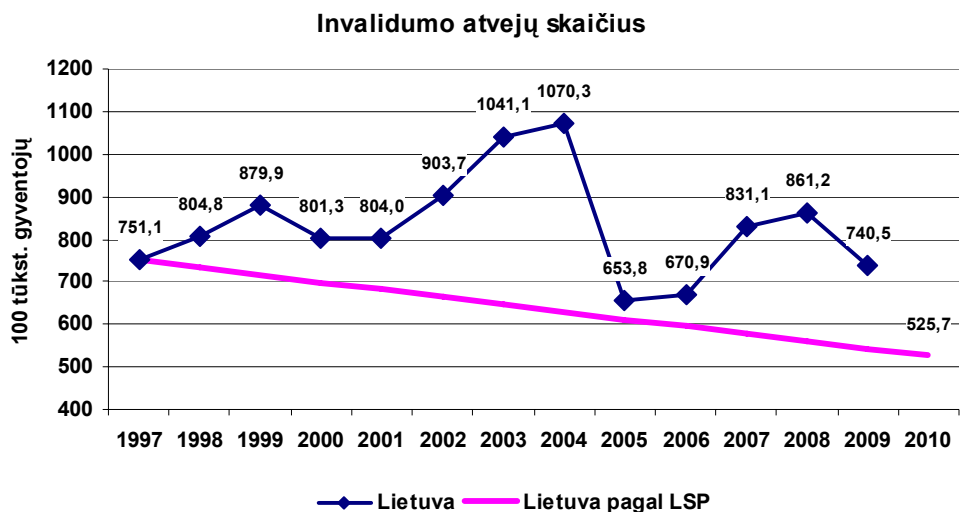
Šaltinis. Sveikatos informacijos centras.

2001-2009 m. laikotarpiu sumažinti traumatizmo atvejų nepavyko, nors iki 2005 m. augęs traumatizmo atvejų skaičius nuo 2006 m. pradėjo mažėti ir ši teigiama tendencija išliko iki 2009 m. (nuo 2005 m. traumatizmo atvejų sumažėjo daugiau nei 15 proc.). Hospitalizacijų skaičius dėl traumų ir apsinuodijimų per 1997 – 2009 m. laikotarpį sumažėjo 13,87 proc.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

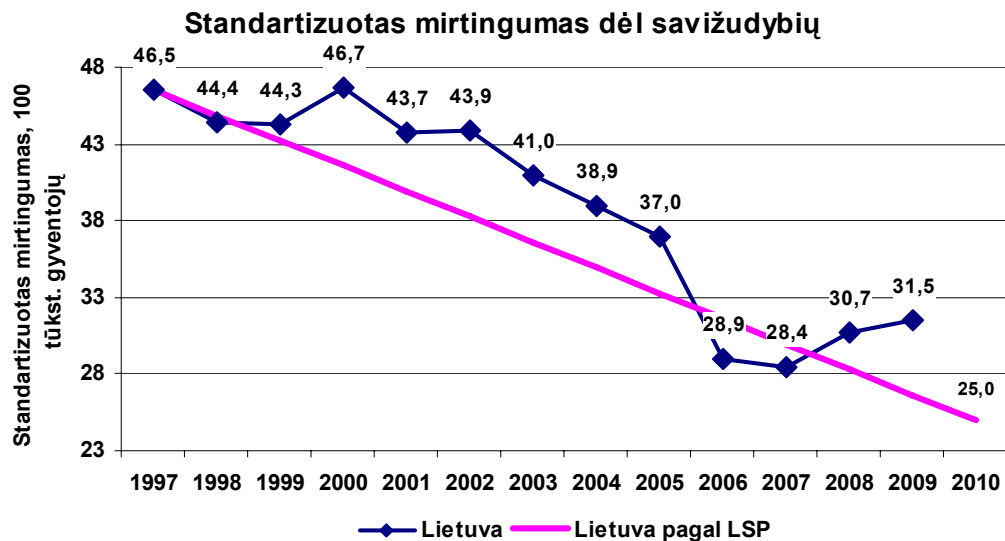
Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti invalidumo atvejų dėl nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc. **nebuvo pasiektas**. Invalidumo atvejų (ne dėl nelaimingų atsitikimų ir traumų) rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį sumažėjo tik 1,4 proc.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti savižudybių kiekį iki vidutinių Europos šalių rodiklių, t.y. iki 25 iš 100 000 gyventojų **nebuvo pasiektas**. Savižudybių skaičiaus rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį sumažėjo 32,37 proc. ES-15 šalyse per tą patį laikotarpį savižudybių skaičius sumažėjo beveik 17,3 proc., o ES-12 šalyse – beveik 19 proc.

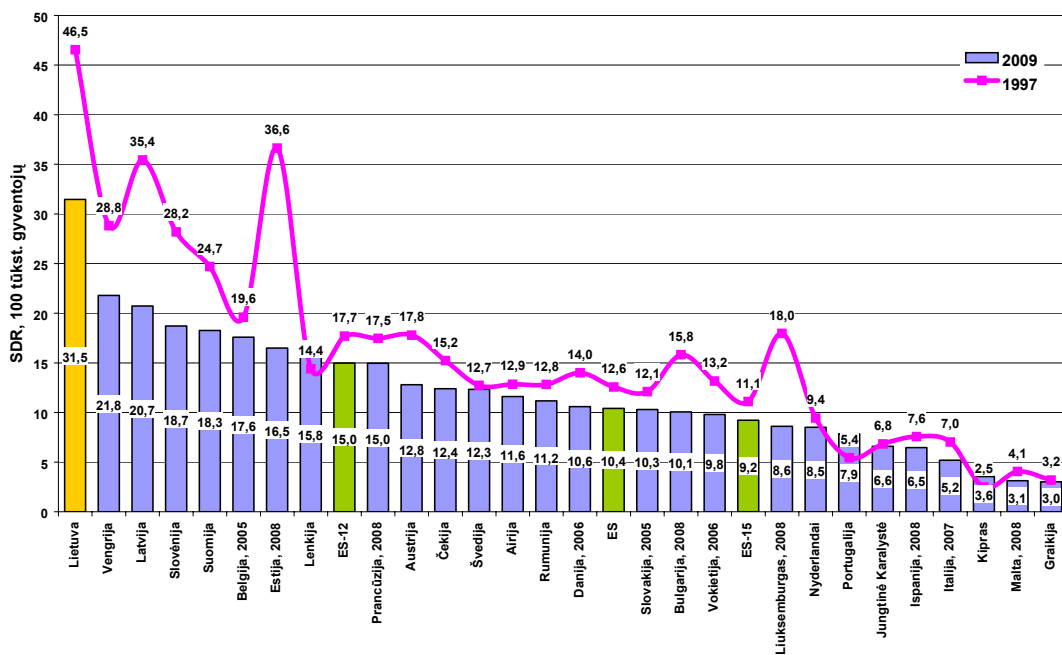
Vadovaujantis LSP nuostata savižudybių skaičius turėjo sumažėti nuo 46,53 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. turėjo sumažėti iki 25 atvejų 2010 m., t.y. daugiau nei 2 kartus.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

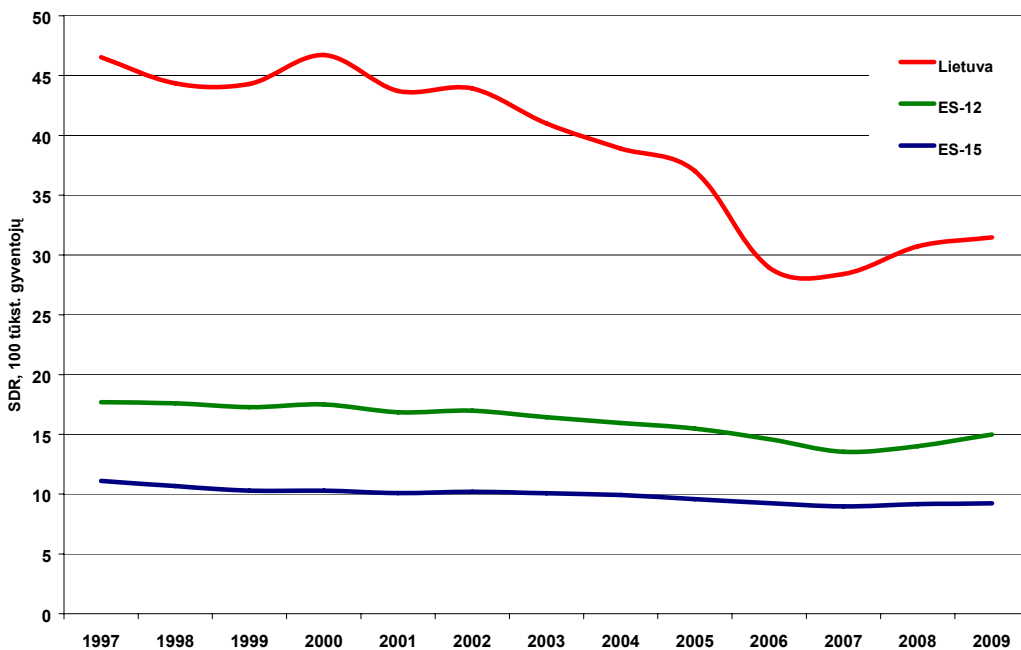
Tačiau, kaip matyti iš pateikto paveikslo, numatyti rodikliai atitiko užsibrėžto tikslo rodiklius (ir net viršijo juos) tik 2006-2007 m. Nuo 2008 metų šis rodiklis pradėjo didėti.

Standartizuotas mirtingumas 100 tūkst. gyventojų. Sąvižudybės. Palyginimas su ES



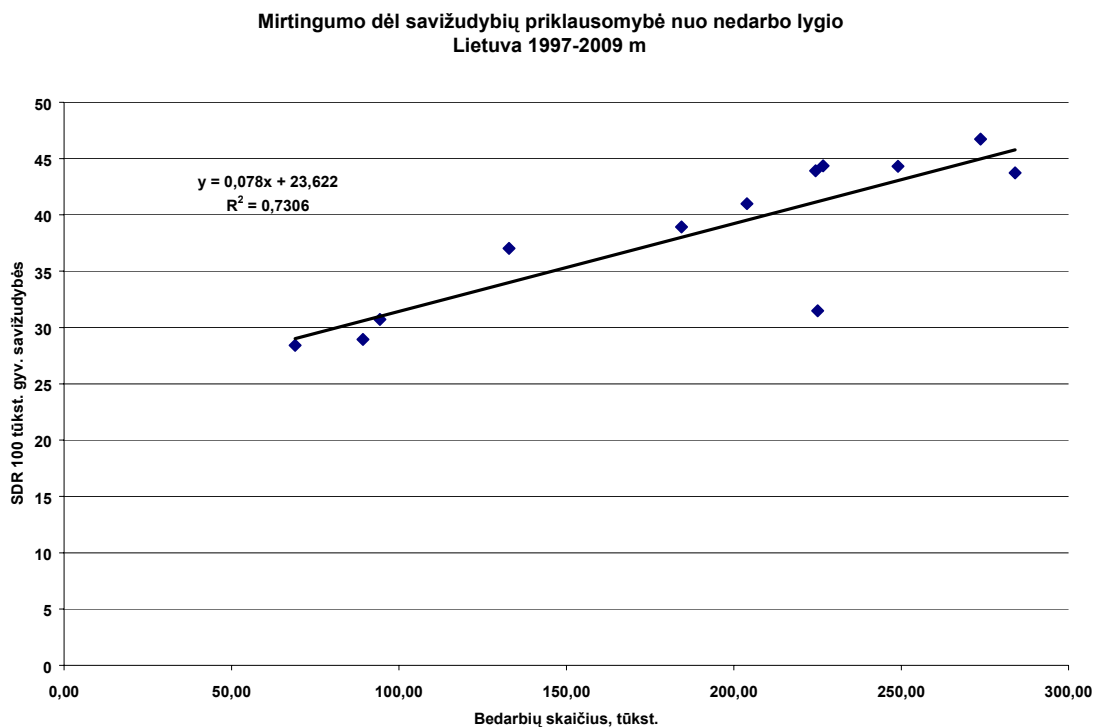
Šaltinis. PSO

Standartizuotas mirtingumas 100 tūkst. gyventojų. Sąvižudybės. Palyginimas su ES



Šaltinis. PSO

1997-2009 m. laikotarpiu stebima bendra standartizuoto mirtingumo nuo savižudybių mažėjimo tendencija ir ši tendencija labai panaši į ES, ES-12 ir ES-15, kaimyninių Latvijos ir Lenkijos šalių šio rodiklio kitimo tendenciją, be to per visą aptariamąjį laikotarpį atsilikimas nuo ES mažėjo. 2009 m. standartizuoto mirtingumo nuo išorinių mirties priežasčių rodiklis Lietuvoje buvo pats blogiausias ES. Atliekant analizę buvo pastebėtas **stiprus statistinis ryšys 1997-2009 m. laikotarpiu tarp standartizuoto savižudybių skaičiaus rodiklio ir bedarbystės.**

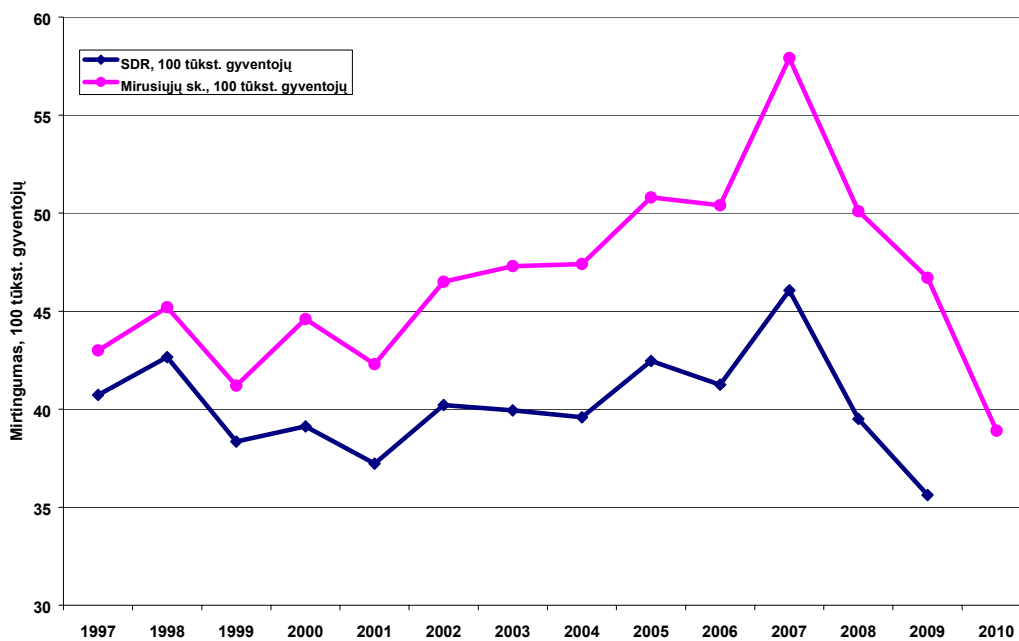


Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

2.7. KVĖPAVIMO SISTEMOS LIGOS

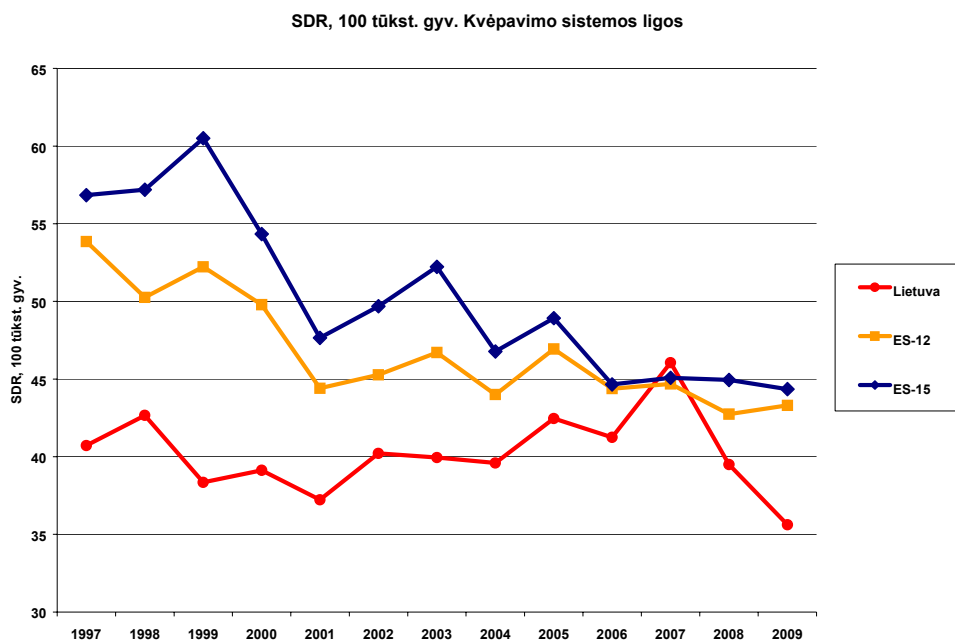
Specialaus tikslo visai kvėpavimo sistemos ligų grupei Lietuvos sveikatos programoje nebuvo numatyta. Bendra tendencija aptariamuoju laikotarpiu – mirtingumo (100 tūkst. gyventojų) nuo ligų kvėpavimo sistemos ligų augimas, tačiau Lietuvos SDR rodiklis 2009 m. tarp visų ES šalių buvo gana

Mirtingumas. Kvėpavimo sistemos ligos



geras ir mažesnis už ES-12 ir ES-15 šalių vidurkius.

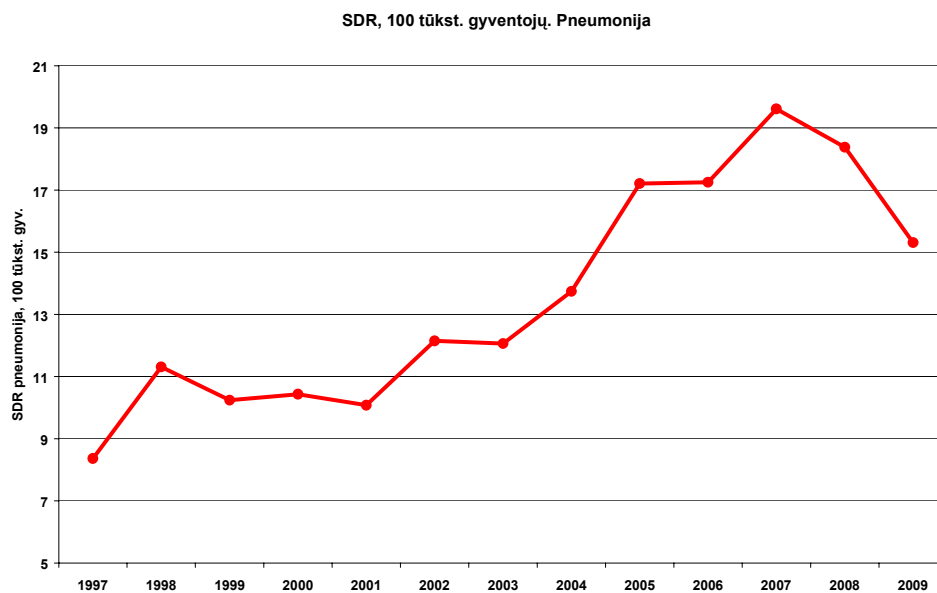
Šaltinis. PSO



Šaltinis. PSO

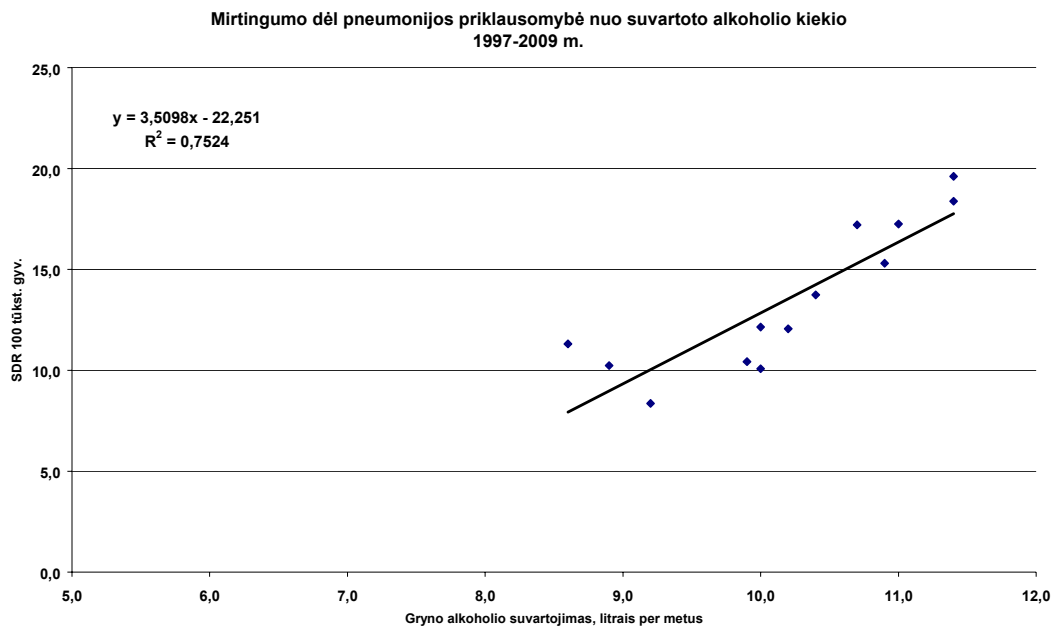
Kvėpavimo sistemos ligos yra penktoji pagal skaičių mirties priežasčių. 2010 m. nuo kvėpavimo sistemos ligų mirė 1280 šalies gyventojų (3 proc. visų mirusiųjų). 2010 m. mirė 313 žmonių mažiau nei 1997 m.

Atskirai reikėtų paminėti mirtingumo nuo pneumonijos augimą. 1997-2009 m. laikotarpiu standartizuotas mirtingumas nuo pneumonijos Lietuvoje išaugo 1,8 karto.



Šaltinis. PSO

Atliekant mirtingumo nuo pneumonijos vertinimą, pastebėtas stiprus statistinis ryšys (koreliacija) tarp standartizuoto mirtingumo nuo pneumonijos ir suvartoto alkoholio kiekio.



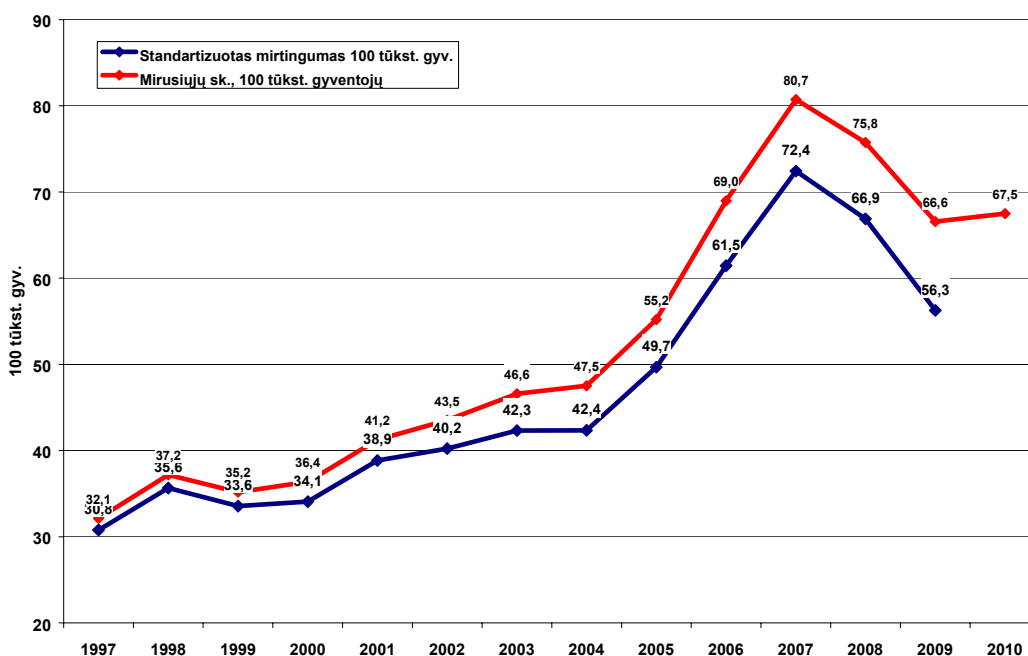
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Tikėtina, kad Lietuvoje mirtingumo rodikliai dėl pneumonijos yra nepakankamai įvertinti.

2.8. VIRŠKINIMO SISTEMOS LIGOS

Virškinimo sistemos ligos (LSP rengimo laikotarpiu laikytos santykinai nereikšmingomis) nebuvo nagrinėjamos LSP. Nagrinėjamoju laikotarpiu išaugo žmogiškieji nuostoliai dėl virškinimo ligų, taip nutiko dėl sergamumo ir mirtingumo dėl virškinimo sistemos ligų veiksnių nepalankios sąveikos. 2009 metais dėl šių priežasčių mirė beveik 1000 žmonių daugiau nei 1997 metais. Pastaraisiais metais Lietuvos mirtingumo struktūroje virškinimo sistemos ligos aplenkė kvėpavimo sistemos ligas ir įsitvirtino ketvirtojoje pozicijoje. Dauguma mirčių dėl virškinimo sistemos ligų yra išvengiamos. Pagrindinės, didžiausią įtaką mirtingumui turinčios ligos šioje grupėje: Skrandžio, dvylikapirštės žarnos ir pepsinės opos, alkoholinė kepenų liga, kepenų cirozė ir fibrozė.

Mirtingumas 100 tūkst. gyv. Virškinimo sistemos ligos



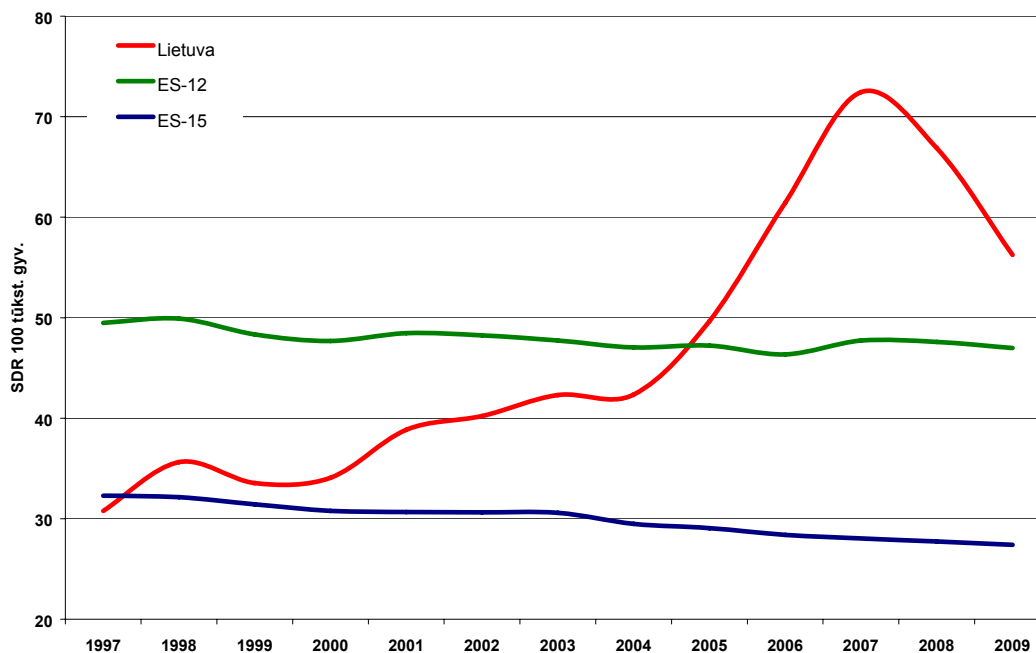
Šaltinis. PSO

Lietuvos SDR rodiklis 2008 m. tarp visų ES šalių buvo antras pagal blogumą. Visų pasirinktų palyginimui šalių rodikliai buvo geresni.

Standartizuoto mirtingumo rodiklių Lietuvoje skirtumas palyginus su ES-15 ir ES-12 šalimis išaugo. Skirtumo augimas pagrindinai susijęs su mirtingumo nuo mirtingumo dėl kepenų ligų Lietuvoje sparčiu augimu.

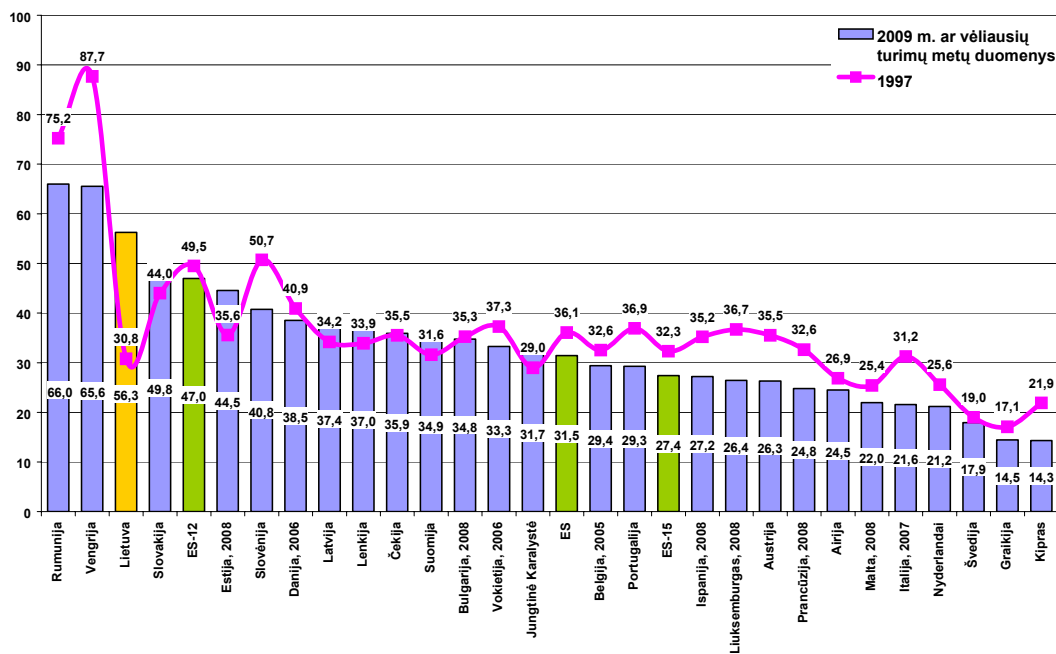
Virškinimo sistemos ligos yra ketvirtoji pagal mirusiųjų skaičių mirties priežasčių. 2010 m. nuo virškinimo sistemos ligų mirė 2217 šalies gyventojų (5,3 proc. visų mirusiųjų). 2010 m. mirė 1068 žmonių daugiau nei 1997 m.

SDR 100 tūkst. gyv., virškinimo sistemos ligos



Šaltinis. PSO

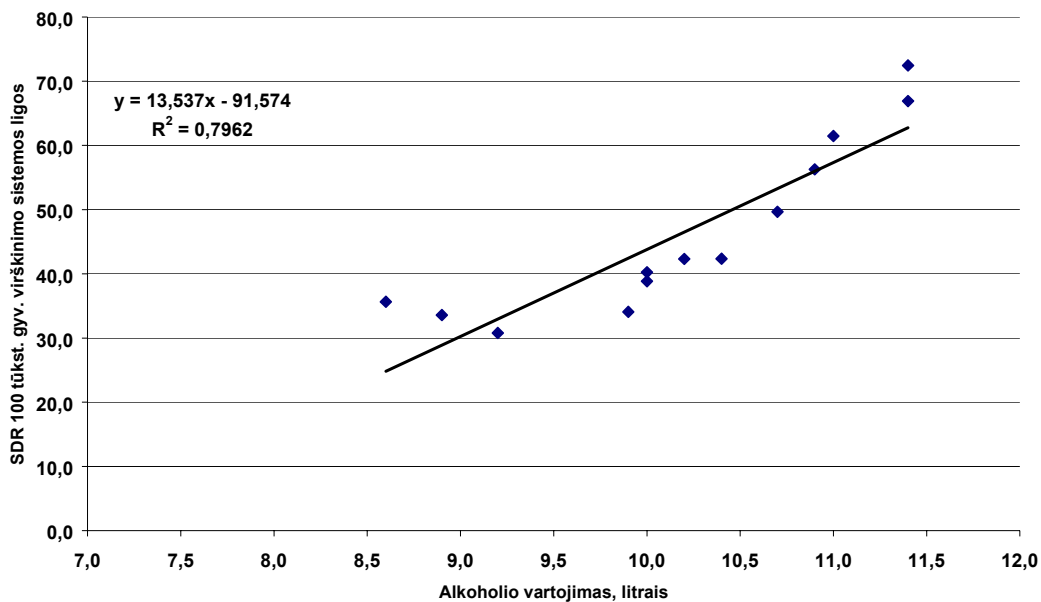
Palyginimas su ES, 2008 m. ir 1997 m. SDR 100 tūkst. gyv., virškinimo sistemos ligos



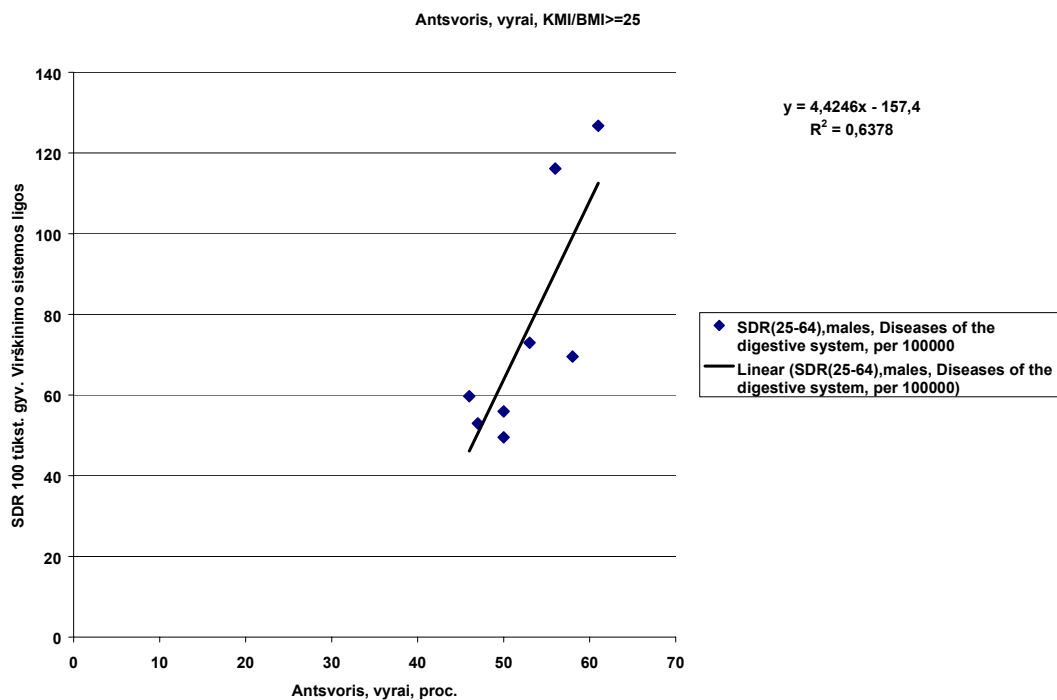
Šaltinis. PSO

Atlikus analizę, pastebėtas stiprus mirtingumo rodiklių ryšys su alkoholio vartojimu bei stiprus statistinis ryšys (tik vyrams) su antsvoriu ir nutukimu.

Mirtingumas nuo virškinimo ligų ir suvartoto alkoholio kiekis
Lietuva 1997-2009 m



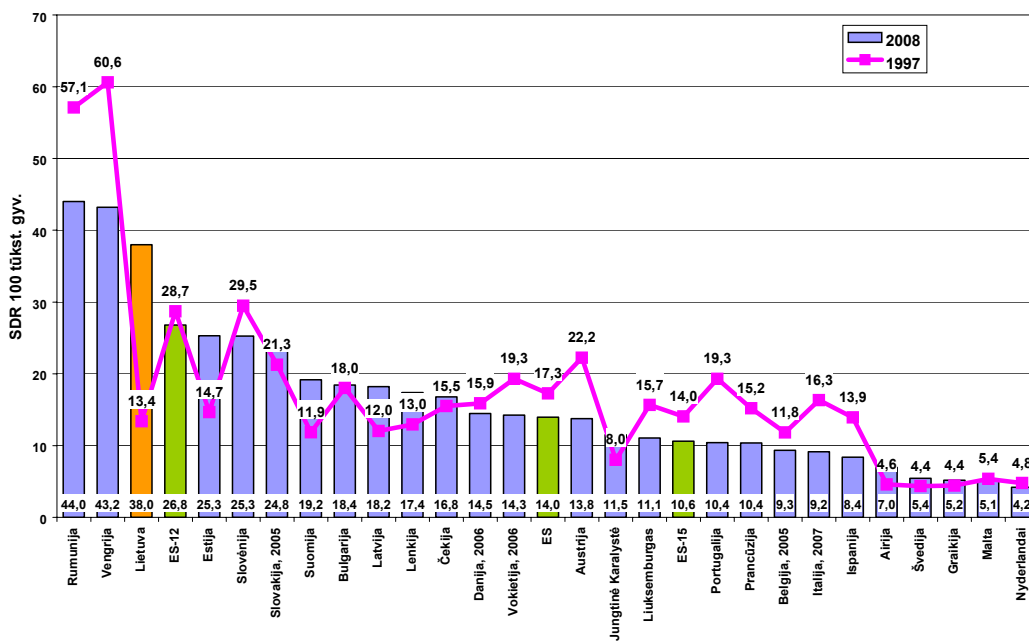
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai



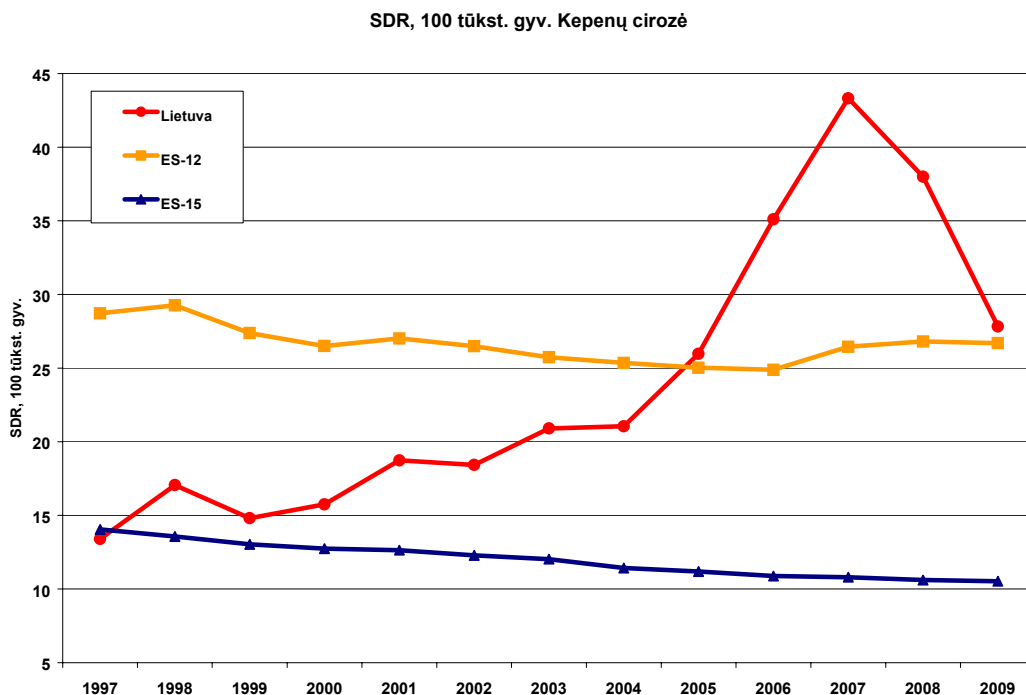
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Atskirai reikėtų paminėti mirtingumo nuo kepenų cirozės augimą. **1997-2009 m. laikotarpiu standartizuotas mirtingumas nuo kepenų cirozės Lietuvoje išaugo apie 2 kartus.** Standartizuotas mirtingumas nuo šios ligos Lietuvoje yra vienas iš aukščiausių ES.

SDR 100 tūkst. gyv., palyginimas su ES. Kepenų cirozė

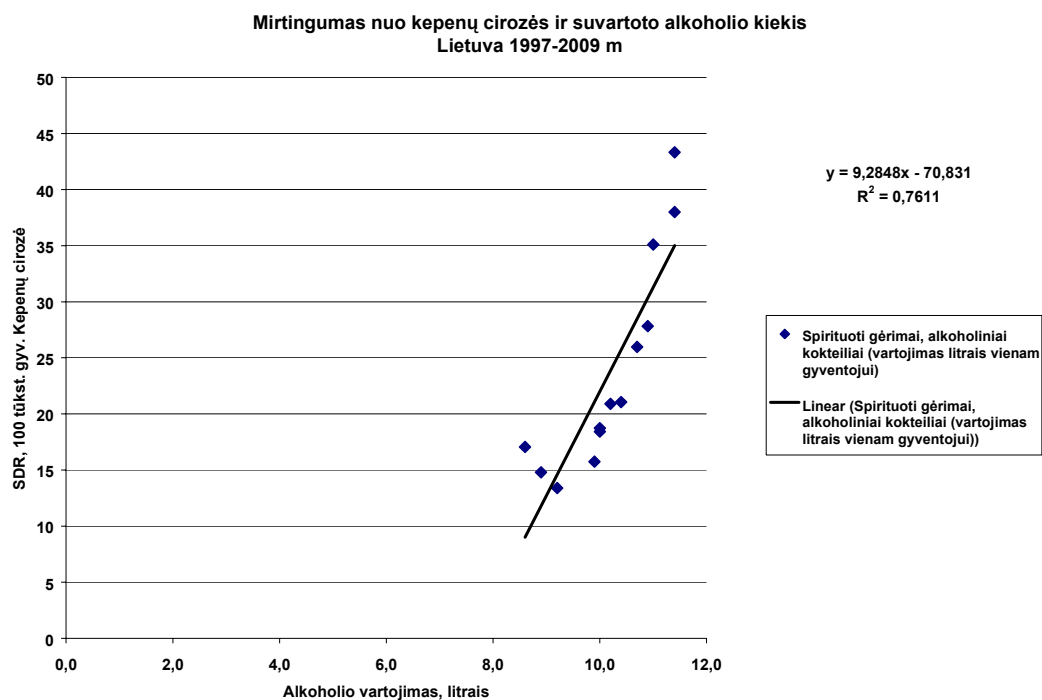


Šaltinis. PSO



Šaltinis. PSO

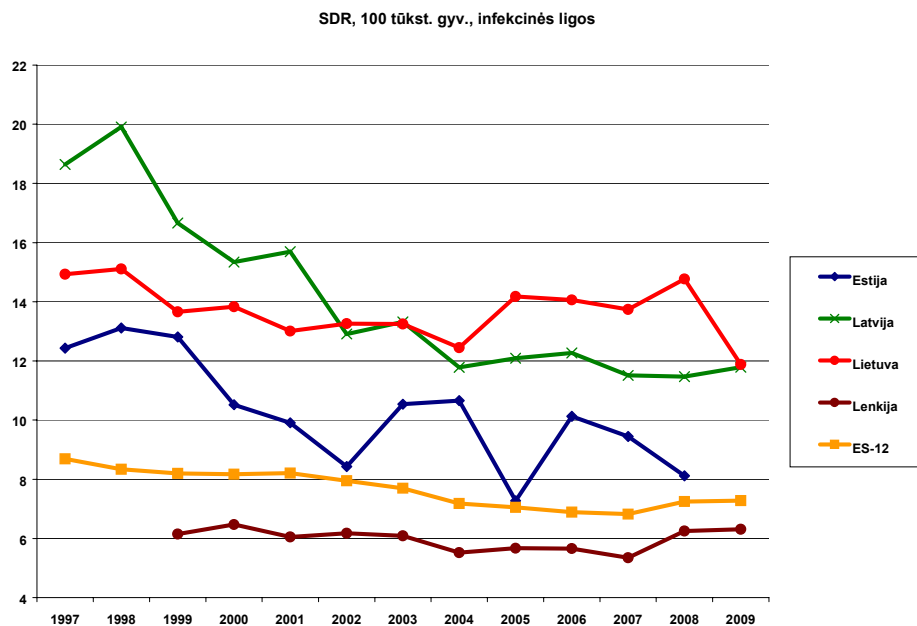
Atlikus analizę, kaip ir virškinimo ligų atveju pastebėtas labai stiprus mirtingumo nuo kepenų cirozės rodiklių statistinis ryšys (koreliacija) su alkoholio vartojimu.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

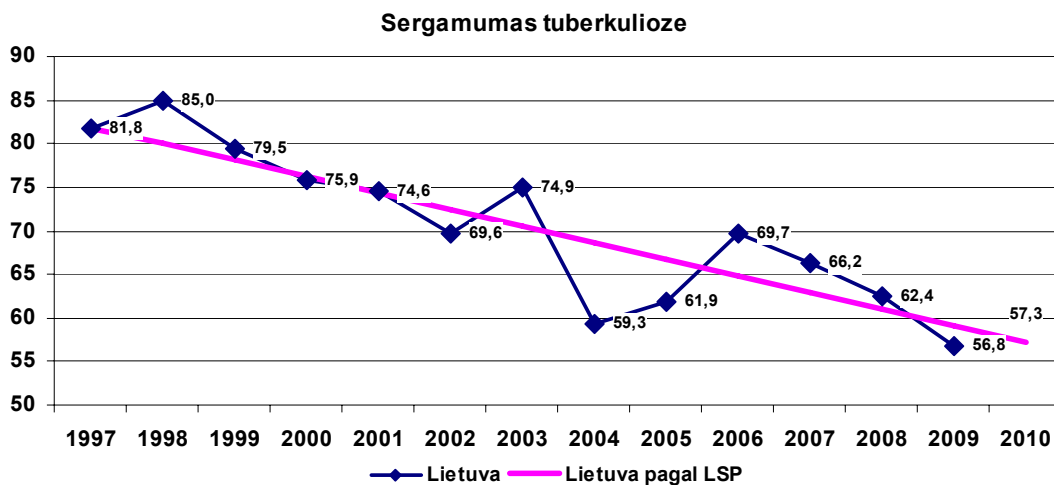
INFEKCIŅĒS IR PARAZITINĒS LIGOS

Specialaus tikslo visai infekcinių ligų grupei Lietuvos sveikatos programoje nebuvo numatyta. Bendra tendencija aptariamuoju laikotarpiu – mirtingumo nuo infekcinių ir parazitinių ligų mažėjimas, tačiau Lietuvos SDR rodiklis 2009 m. tarp visų ES šalių buvo vienas iš blogiausių (po Portugalijos ir Liuksemburgo). Nors standartizuoto mirtingumo rodikliai Lietuvoje šiek tiek mažėjo, bet skirtumas tarp Lietuvos ir ES-12 šalių per aptariamąjį laikotarpį išaugo. Skirtumo mažėjimas palyginus su ES-15 pagrindinai susijęs su mirtingumo nuo užkrečiamųjų ligų šiose šalyse santykinu padidėjimu.



Šaltinis. PSO

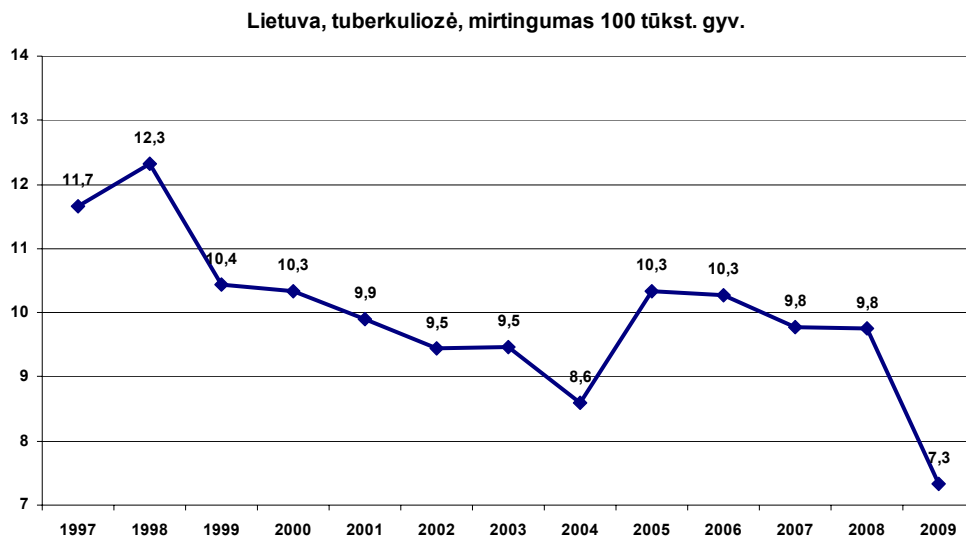
Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2005 m. stabilizuoti sergamumą TB, t.y. neleisti sergamumui šia liga pasiekti epidemijos slenksčio - 100 iš 100 000 gyventojų **buvo pasiektas**.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Pateiktame paveiksle matome, kad nuo 1998 m., pasiekęs aukščiausią tašką, sergamumas nustojo augti ir pradėjo mažėti, nepasiekęs grėsmingosios epideminės ribos – 100/100 000 gyventojų. Tiesa, 2003 m., vėliau 2005 ir 2006 m. buvo stebimi nedideli sergamumo pakilimai, bet nuo 2006 m. jis pastoviai mažėja. Vertinant sėkmingą šio tikslo pasiekimą šiandien galėtų atrodyti, kad jis buvo „perdėm kuklus ir nepakankamai ambicingas“. Tačiau pažvelgus iš 1996–1998 m. perspektyvos, kai buvo rašoma ir priimta LSP, šį „nepakankamai ambicingą“ kriterijų vis dėlto galima pateisinti ir pagrįsti jo tikslingumą. Reikia prisiminti tuometę padėtį, kai visą dešimtmetį sergamumas TB augo – vidutiniškai po 10–15 proc. kasmet, per paskutinį XX a. dešimtmetį bendras sergamumas TB padidėjo daugiau kaip dvigubai (nuo 39,8 iki 89,5/100 000). Jei tokia tendencija būtų išlikusi, 1999 ar 2000 m. grėsmingi epidemiją bylojantys skaičiai galėjo būti pasiekti ir viršyti. Be to, dėl prasidėjusios Rusijos krizės tuo metu netikėtai pablogėjo šalies ekonominė ir socialinė padėtis, TB situacija blogėjo visame Rytų Europos regione, todėl galima suprasti, kad suvaldyti TB plitimą ir neleisti kilti epidemijai buvo adekvatus ir visiškai pateisinamas tikslas⁷⁰.

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti sergamumą TB 30 proc. buvo pasiektas. Sergamumo TB rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį sumažėjo 30,66 proc. ES-15 šalyse per tą patį laikotarpį sergamumas TB sumažėjo beveik 43,7 proc., o ES-12 šalyse – sumažėjo 30,8 proc. Vadovaujantis LSP nuostata sergamumas TB turėjo sumažėti nuo 81,84 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. iki 57,29 atvejų 2010 m. Nors numatyti tikslai pasiekti, tačiau palyginus su kaimyninių ir kitų Europos Sąjungos šalių atitinkamais rodikliais, pamatytume, kad Lietuvos rezultatai gana kuklūs. Pagal sergamumą TB atsiliekame nuo visų aplinkinių šalių, o tarp ES šalių aukštesnis sergamumo rodiklis tėra Rumunijoje, nors laikotarpio pradžioje sergamumas TB Lietuvoje buvo mažesnis nei kaimyninėje Latvijoje, tačiau TB programa kaimyninėje šalyje pasirodė esanti veiksmingesnė ir TB sergamumo mažėjimo tempas buvo sėkmingesnis nei Lietuvoje. Pažymėtina, kad Latvijos TB programa laikoma geriausia ne tik Rytų Europoje, bet ir visame Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regione, todėl reikėtų iš kaimynų daugiau perimti geros patirties, ypač TB programos vadyboje.⁷¹

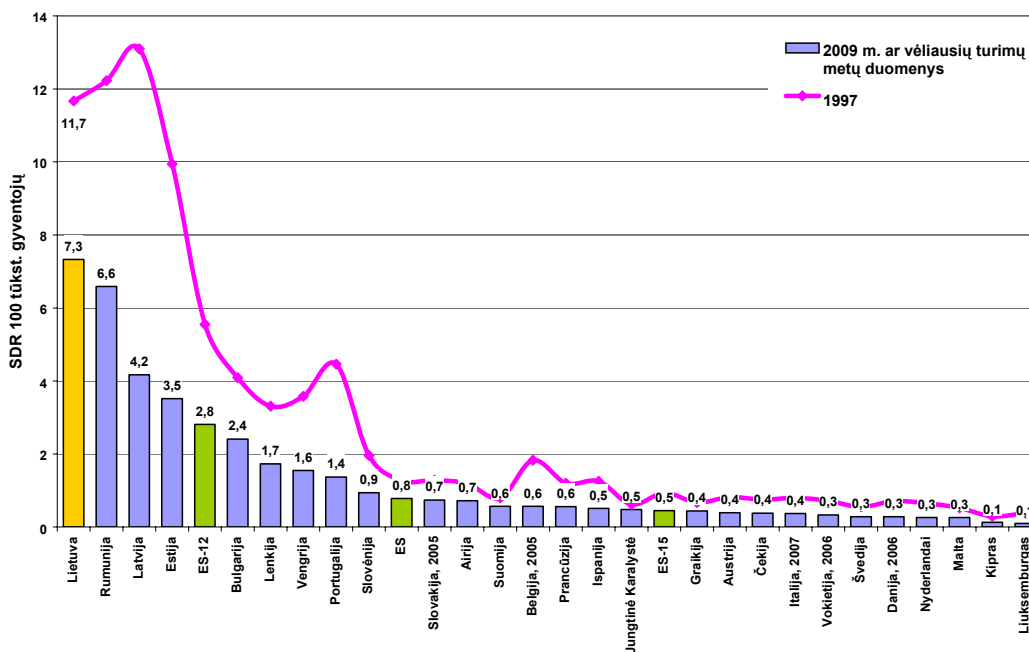


Šaltinis. PSO

⁷⁰ Kęstutis Miškinis. LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMA 1998 – 2010 M. TUBERKULIOZĖ: PASIEKIMAI IR IŠŠŪKIAI, 2011

⁷¹ Kęstutis Miškinis. LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMA 1998 – 2010 M. TUBERKULIOZĖ: PASIEKIMAI IR IŠŠŪKIAI, 2011

SDR. Tuberkuliozė. Palyginimas su ES



Šaltinis. PSO

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2005 m. išaiškinti 70 proc. naujai susirgusiųjų TB ir 85 proc. jų pagydyti **buvo pasiektas tik iš dalies**.

Šis dvigubas tikslas sujungia du iš trijų svarbiausių TB programų įgyvendinimo kokybės vertinimo rodiklių, kuriuos PSO rekomendavo naudoti kiekvienai šaliai, siekiančiai veiksmingai kontroliuoti TB (trečiasis rodiklis – dauginio atsparumo antituberkulioziniais vaistams paplitimo mažėjimas iki nereikšmingų skaičių). Šiuos tikslus dar 1991 m. priėmė Pasaulio sveikatos asamblėja ir rekomendavo visoms pasaulio valstybėms juos perkelti į nacionalines sveikatos programas, o visos pasaulio šalys įsipareigojo šį tikslą pasiekti iki 2005 m.

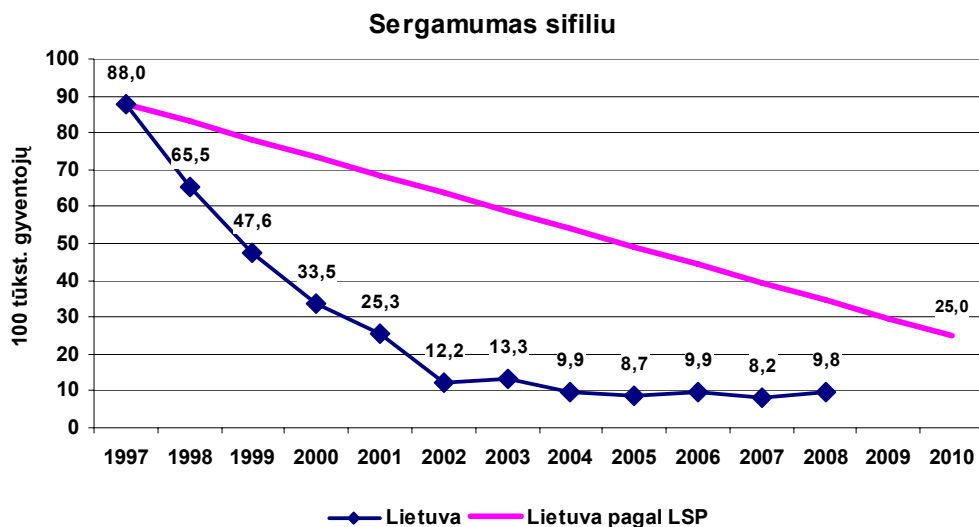
Lietuvai, kaip ir daugumai Rytų Europos šalių, neblogai pavyksta išaiškinti (diagnozuoti) atviros TB atvejus. Remiantis PSO Pasaulinės tuberkuliozės statistika, Lietuvoje gerokai viršijama nubrėžtoji 70 proc. epidemiškai pavojingų atviros TB atvejų išaiškinamumo (diagnozavimo) riba, vidutiniškai sudaranti apie 89 proc. Deja, išgydyti 85 proc. išaiškintų (diagnozuotų) atviros TB atvejų 1997-2009 m. laikotarpiu nepasisėkė, nors išgydytų atvejų skaičius beveik visą minėtą laikotarpį viršijo 70 proc. (2007 m. buvo pasiekęs, net 75 proc.). Aukštas TB sergamumas ir nepasiektas 85 proc. naujai išaiškintų TB atvejų išgydymo rodiklis (kaip dabar yra Lietuvoje) lemia pakartotino TB gydymo daugėjimą ir galiausiai DAV⁷² TB didėjimą. Lietuvoje DAV TB paplitimas yra vienas iš didžiausių pasaulyje, iki 2005 m. jis nuolat stabiliai didėjo. Tai, deja, byloja apie nepakankamai veiksmingą TB programą. Tik nuo 2006 m. DAV TB plitimas nežymiai pradėjo mažėti ir stabilizavosi. Dėl to, kad nepasiektas 85 proc. išgydymo rodiklis, menksta TB programos veiksmingumas, brangsta gydymo kaštai, mažta tikimybė, kad TB problema bus veiksmingai sprendžiama ateityje. Sėkmingesnis naujai susirgusiųjų atvira TB gydymas turi išlikti kaip svarbiausias prioritetasis kitame LSP etape.⁷³

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. realų sergamumą sifiliu sumažinti iki 25 iš 100 000 gyventojų **buvo pasiektas (žymiai viršytas)**. Sergamumo sifiliu rodiklis per 1997-2008 m. laikotarpį

⁷² Dauginis atsparumas antituberkulioziniais vaistams.

⁷³ Kęstutis Miškinis. LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMA 1998 – 2010 M. TUBERKULIOZĖ: PASIEKIMAI IR IŠŠŪKIAI, 2011

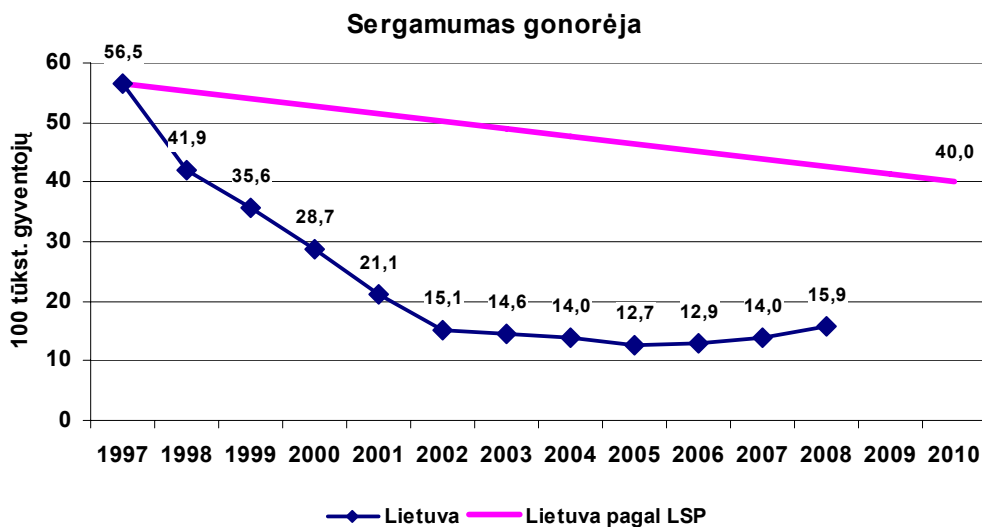
sumažėjo 9 kartus, ES-15 šalyse per tą patį laikotarpį išaugo – 2,6 karto, o ES-12 šalyse sumažėjo – beveik 2,4 karto.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Vadovaujantis LSP nuostata *sergamumas sifiliu turėjo* sumažėti nuo 88 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. iki 25 atvejų 2010 m., t.y. daugiau nei 3,5 karto.

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. realų sergamumą gonorėja sumažinti iki 40 iš 100 000 gyventojų **buvo pasiektas (žymiai viršytas)**. Sergamumo gonorėja rodiklis per 1997-2008 m.

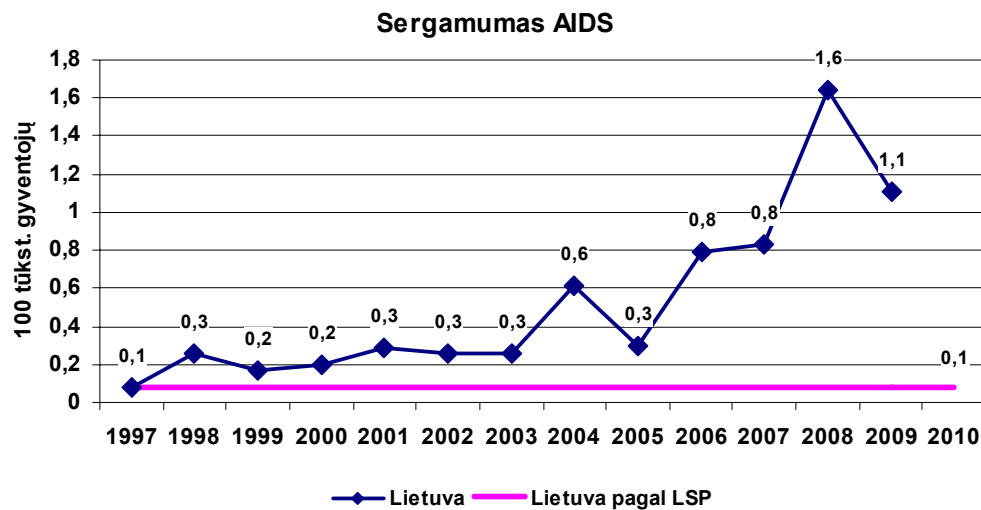


laikotarpį sumažėjo beveik 3,6 karto, o ES-12 šalyse sumažėjo – taip pat 3,6 karto.

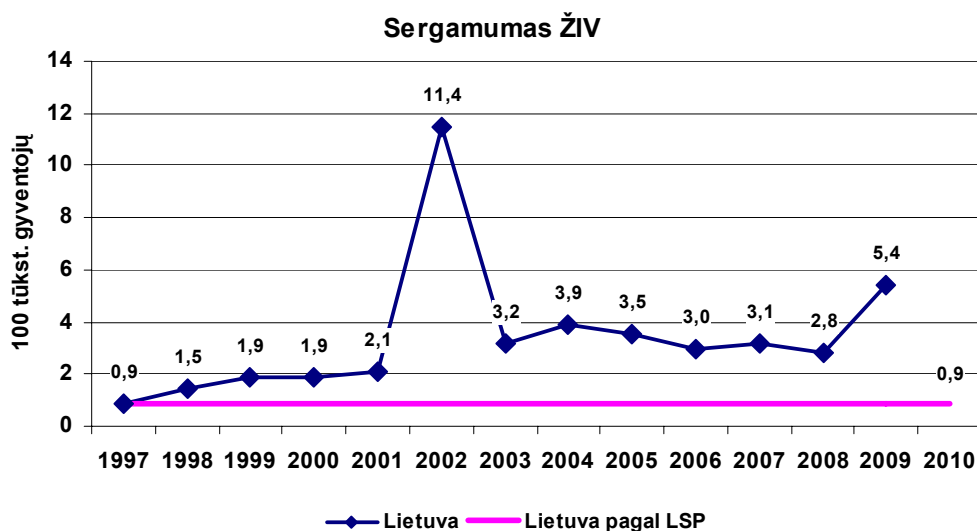
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Vadovaujantis LSP nuostata *sergamumas gonorėja turėjo* sumažėti nuo 56,53 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. iki 40 atvejų 2010 m., t.y. daugiau nei 1,4 karto.

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sustabdyti AIDS plitimą ir likti mažo ŽIV/AIDS paplitimo šalim nepasisekė įgyvendinti. Sergamumo AIDS rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį išaugo daugiau nei 13 kartų. ES-15 šalyse per tą patį laikotarpį sergamumas AIDS sumažėjo daugiau nei 3 kartus, o ES-12 šalyse sumažėjo apie 30 proc. Sergamumas ŽIV taip pat išaugo daugiau nei 6 kartus, nors nuo 2003 – 2008 m. laikotarpiu ŽIV paplitimą Lietuvoje buvo pasisekė stabilizuoti.



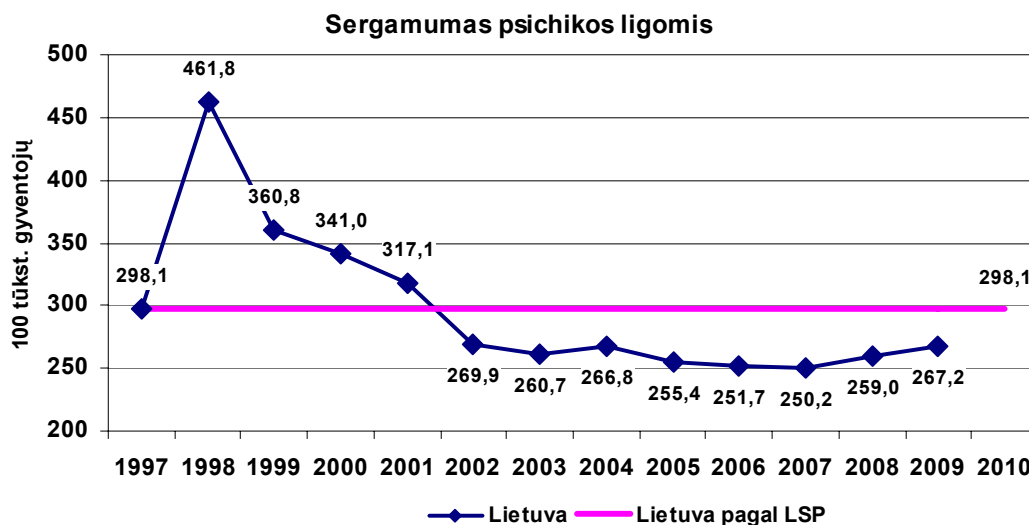
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai



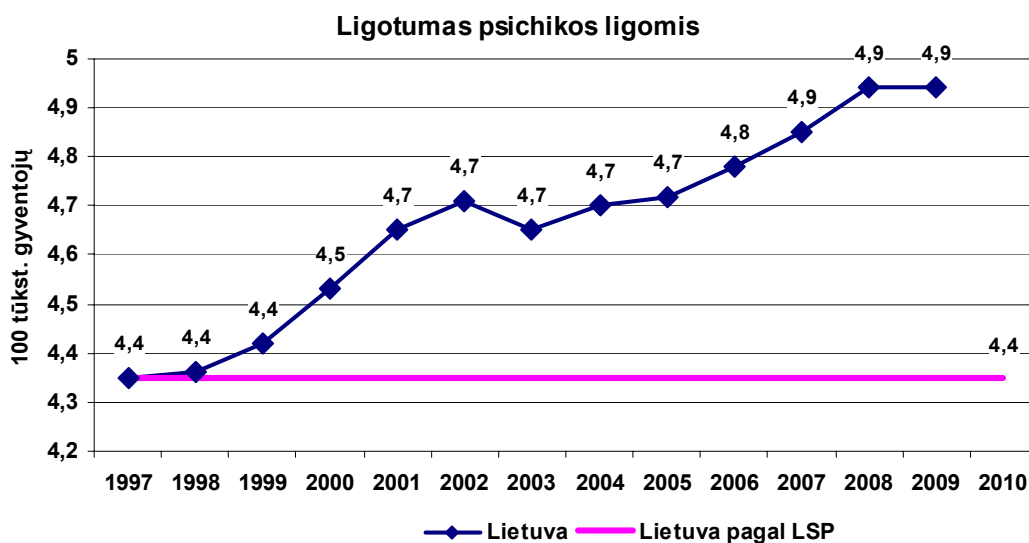
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

PSIČIKOS LIGOS

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. **stabilizuoti ligotumą psichikos ligomis nebuvo pasiektas, nors sergamumą psichikos ligomis pasisekė stabilizuoti**. Ligtumo psichikos ligomis rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį išaugo 13,56 proc. ES-12 šalyse per tą patį laikotarpį ligotumas psichikos ligomis išaugo net 33,6 proc.

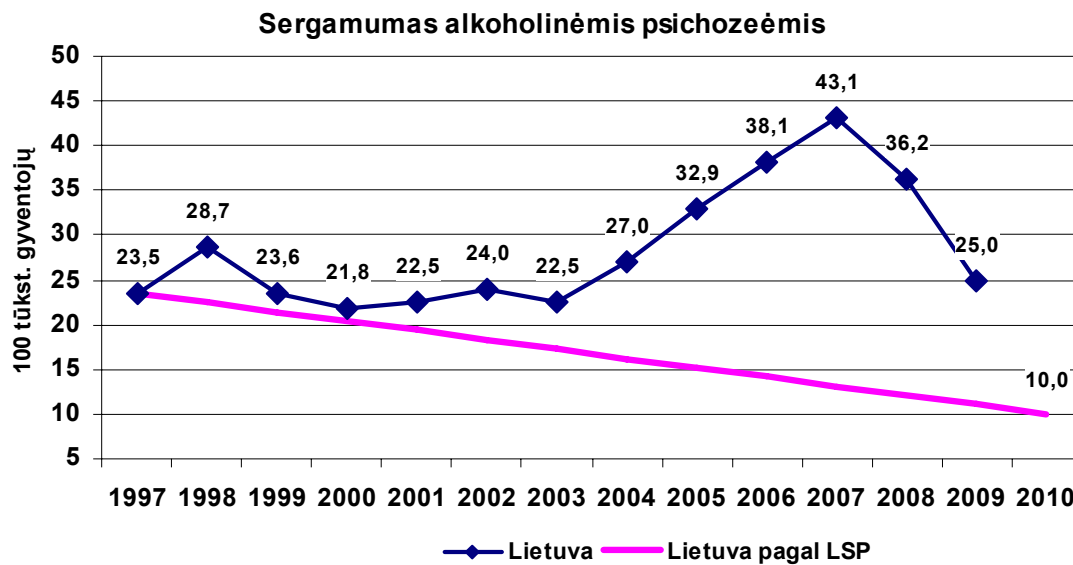


Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. sumažinti sergamumą alkoholinėmis psichozėmis iki 10 iš 100 000 gyventojų **nebuvo pasiektas**. Sergamumo alkoholinėmis psichozėmis rodiklis per 1997-2009 m. laikotarpį išaugo apie 6,3 proc., o ES-12 šalyse per tą patį laikotarpį išaugo – 26,3 proc.



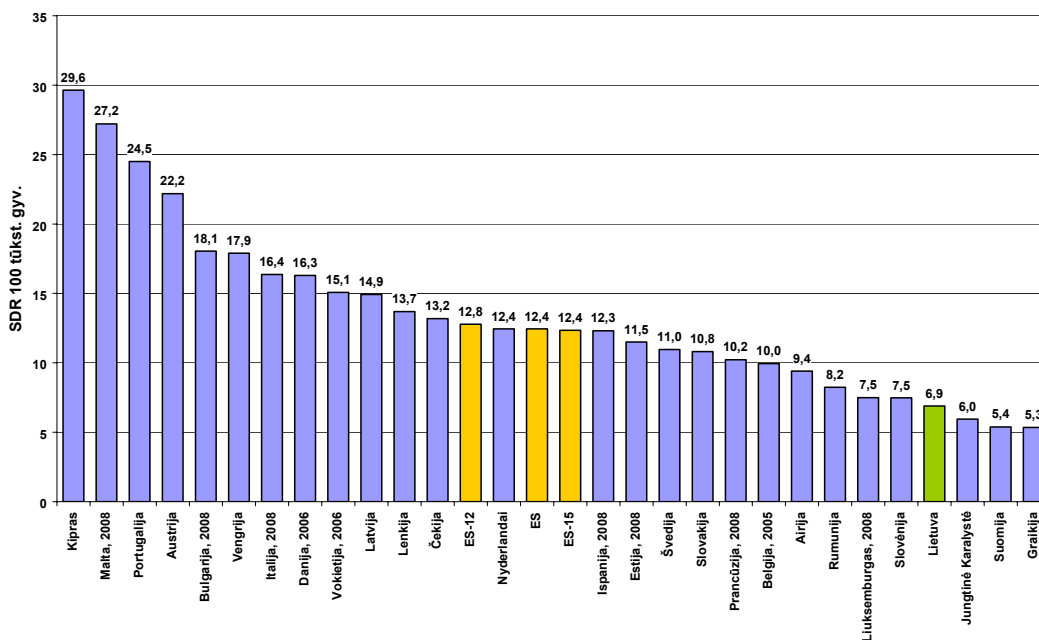
Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Vadovaujantis LSP nuostata sergamumas alkoholinėmis psichozėmis turėjo sumažėti nuo 39,14 atvejo 100 000 gyventojų 1997 m. iki 10 atvejų 2010 m., t.y. daugiau nei 2,35 karto.

DIABETAS

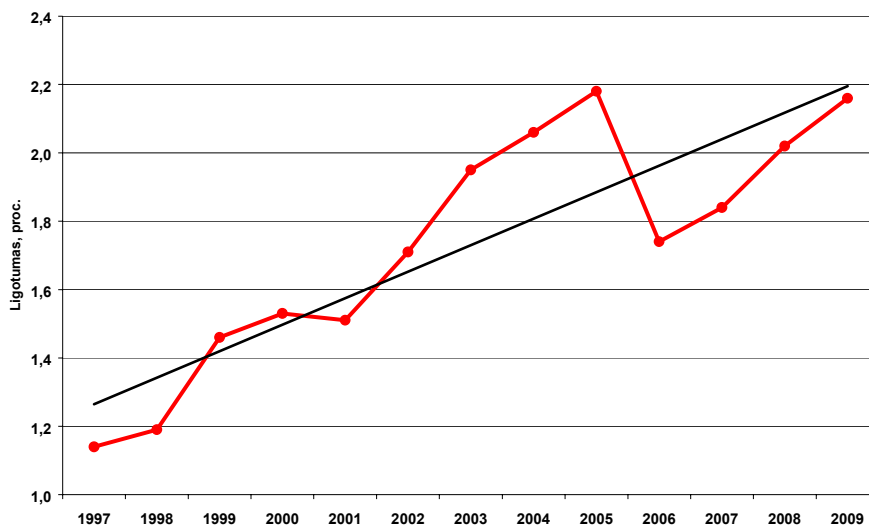
Nors pagal standartizuoto mirtingumo nuo diabeto rodiklius Lietuva ES šalių tarpe atrodo gana neblogai, tačiau ligotumo diabetu tendencija 1997-2009 m. laikotarpiu rodo stabilų sergančiųjų šia liga augimą. 1997-2009 m. laikotarpiu ligotumas išaugo 1,9 karto. Kadangi diabetas, kaip liga priskiriamas taip vadinamų "civilizacinių" ligų grupei, kurių didėja augant šalies ekonominei gerovei, galima prognozuoti, kad sergamumo ir ligotumo augimo diabetu tendencijos išliks ir ateityje.

SDR 100 tūkst. gyv., palyginimas su ES. Diabetas, 2009



Tikėtina, kad Lietuvoje mirtingumo rodikliai dėl diabeto yra nepakankamai įvertinti.

Ligotumas procentais Lietuvoje. Diabetas.

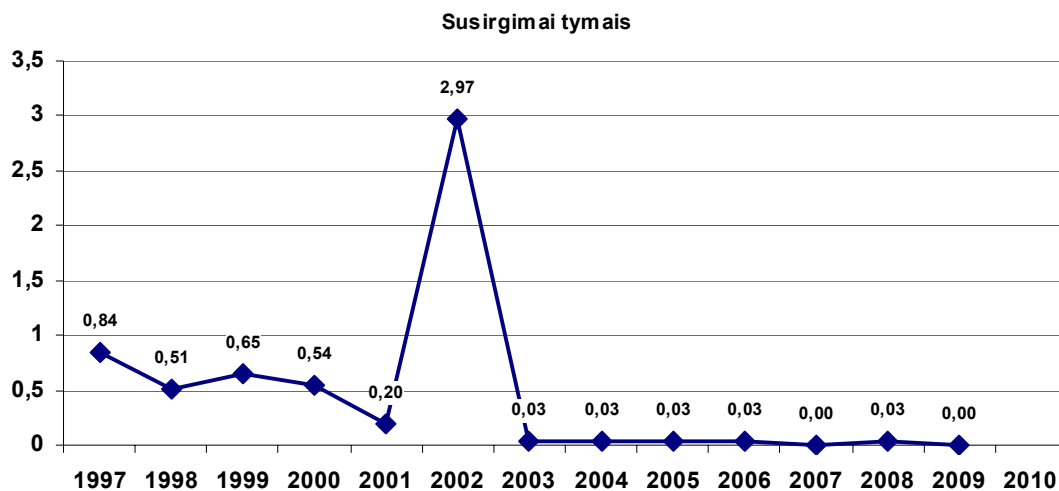


Šaltinis. PSO

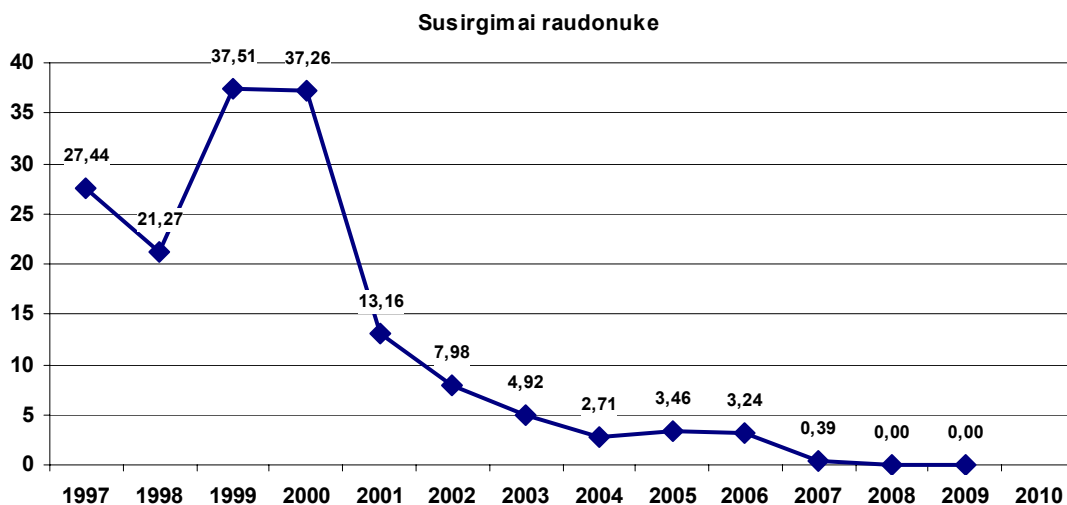
Šaltinis. PSO

IMUNOPROFILAKTIKA

Numatytas LSP programoje tikslas - iki 2010 m. likviduoti vietinės kilmės poliomielitę, difteriją, sumažinti sergamumą tymais iki 1 atvejo 100 000 gyventojų, išvengti įgimto raudonukės sindromo ir epideminio parotito atvejų **praktiškai buvo pasiektas**. 2009 m. susirgimų tymais, difterija ir raudonuke Lietuvoje nebuvo užregistruota.



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai



Šaltinis. PSO, SEC paskaičiavimai

Rekomendacijų rengimo dėl Lietuvos sveikatos programos (LSP 2020) siektinų rodiklių metodika

Perkančioji organizacija techninėje užduotyje reikalauja pateikti rekomendacijas dėl 2011-2020 metų LSP tikslų ir uždavinių, pasiūlyti priemones (pateikiant alternatyvas) 2011-2020 metų LSP uždavinių įgyvendinimui, atsižvelgiant į sveikatos ir kitų sektorių dalyvavimo galimybes, pateikti rekomendacijas dėl 2011-2020 metų LSP įgyvendinimo, stebėsenos ir atskaitomybės mechanizmų, atsižvelgiant į Lietuvos visuomenės ir ES vertybines nuostatas sveikatos srityje ir pasiūlyti aiškius ir išmatuojamus vertinimo kriterijus.

Atliekant analizę buvo vykdoma pagrindinių Lietuvos sveikatos sistemos strateginių ir su projekto įgyvendinimu susijusių teisinių dokumentų, užsienio šalių ir Lietuvoje išleistos literatūros ir dokumentų apžvalga, atlikta reprezentatyvi gyventojų apklausa, naudotasi šiomis statistinės informacijos duomenų bazėmis ir kitais statistinės informacijos šaltiniais:

Sutrumpinimas	Paaiškinimas
HISIC	Higienos instituto Sveikatos informacijos centras
ICD-10/TLK-10	Tarptautinė ligų klasifikacija, 10 peržiūra
NSS	Nacionalinės sveikatos sąskaitos (NHA)
PSDF	Privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSO	Pasaulinė sveikatos organizacija (WHO)
„Sveidra“	Valstybinės ligonių kamos kompiuterizuota informacinė sistema
TLK	Teritorinė ligonių kasa
ULAC	Užkrečiamų ligų ir AIDS centras
VLK	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Metodika, kuria remiantis buvo atliekami apskaičiavimai ir vertinamos alternatyvos rengiant rekomendacijas

Problemų analizė, pagrindinių LSP tikslų nustatymas (nagrinėtos alternatyvos)

Situacijos ir problemų analizė buvo atliekama įvertinant tris pagrindinius aspektus:

Sveikatos problemos, - LSP programos tikslai orientuoti į pagrindinių sveikatos problemų sprendimą;

Sveikatos santykių teisumas, sveikatos nelygybė, - LSP programos tikslai orientuoti į sveikatos nelygybės mažinimą;

Gyventojų sveikata ir ją lemiantys veiksniai (determinantės), - LSP programos tikslai orientuoti į neigiamą poveikį sveikatai darančių veiksnių (priežasčių) mažinimą;

- Socialiniai – ekonominiai veiksniai
- Supanti fizinė aplinka
- Asmens elgsena (gyvensena)
- Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra

Atlikus analizę buvo aptartos dvi alternatyvos rengiant LSP programos struktūrą:

LSP struktūra ir tikslų, uždavinių ir priemonių aprašymas remiasi sveikatos problemų analize ir siūloma sveikatinimo tikslus formuluoti orientuojantis į pagrindines ligų grupes (didžiausias sergamumas ir mirtingumas, pavyzdžiui, apsiribojant pagrindinai tomis ligomis, mirtingumas nuo kurių sudaro apie 90 proc. visų mirčių skaičiaus);

LSP struktūra ir tikslai formuluoti orientuojantis į pagrindinius turinčius įtakos gyventojų sveikatai veiksnius (socialiniai – ekonominiai, supanti fizinė aplinka, asmens elgsena (gyvensena), asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra);

Pasirinkta antroji alternatyva, kadangi tokiu atveju įgyvendinant LSP 2020 galima efektyviau pritraukti kitus šalies sektorius ir stimuliuoti tarpinstitucinį, tarpžinybinį bendradarbiavimą.

Vertybinių principų analizė ir pasirinkimas, - LSP programos vertybiniai principai, kuriais vadovaujama siekiant gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą (nagrinėtos alternatyvos), buvo parenkami aptariant šias alternatyvas:

Privačiu sveikatos draudimu paremtas sveikatos sistemos modelis;

Solidarumo, teismo sveikatos santykiuose ir universalumo principais paremtas sveikatos sistemos modelis.

Pasirinkta antroji alternatyva, nes ji remiasi PSO ir ES rekomendacijomis ir tai yra dominuojantis sveikatinimo sistemos modelis tiek Europoje, tiek ir daugumoje pasaulio šalių.

LSP tikslų, uždavinių ir priemonių 2011-2020 įgyvendinimo rodiklių parinkimas ir apskaičiavimas

Įvertinant ir apskaičiuojant pagrindinio LSP 2020 tikslo VGT rodiklius, buvo svarstomos dvi alternatyvos:

Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklius nustatyti remiantis esamos situacijos prognozėmis;

Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklius parinkti, kaip siektinus, pageidautinus pasiekti rodiklius.

Pasirinkta antroji alternatyva, bet atlikus prognostinius vertinimus, kad siektini rodikliai būtų ne tik pakankamai ambicingi, bet ir pasiekiami. Skirtingai nuo pirmosios alternatyvos, orientacija į pageidautinus tikslus skatina aktyvų valstybinių institucijų ir visuomenės dalyvavimą siekiant numatytų tikslų. Prognozėmis paremti tikslai sukuria tik pasyvaus būsimų pokyčių stebėtojo iliuziją. Pasirinktas (siūlomas), įgyvendinus LSP 2020 numatytus tikslus, pagrindinis VGT rodiklis – 76 m. – ambicingesnis nei 1998 m. patvirtintos LSP atitinkamas rodiklis. Pasiekus šį rodiklį, Lietuvoje VGT 2020 m. 0,8 metais viršytų ES-12 šalių 2009 m. vidurkį (arba pasiektų apie 2012 m. prognozuojamą ES-12 šalių VGT rodiklį).

Siūloma LSP 2020 numatyti sveiko gyvenimo trukmės rodiklį, kuris atspindėtų ne tik gyventojų išvengiamo mirtingumo rodiklių sumažėjimą, bet ir invalidumo/neįgalumo, sergamumo lėtinėmis ligomis sumažėjimą. Deja, šį rodiklį tiek įvertinti, tiek prognozuoti gana sudėtinga, nes jis susijęs su gyventojų savo sveikatos būvio vertinimu. Todėl siūloma orientuotis į ES-12 šalių SVGT vidurkį, jei toks rodiklis bus skelbiamas PSO ar Eurostat duomenų bazėse (šiuo metu Eurostat skelbia tik atskirų šalių vyrų ir moterų SVGT rodiklius).

Siekiant sumažinti VGT nelygybę tarp vyrų ir moterų, siūloma įvesti skirtumo tarp vyrų ir moterų VGT rodiklį, kaip vieną iš pagrindinių LSP 2020 rodiklių ir atsisakyti alternatyvos numatyti LSP 2020 programoje vyrų ir moterų VGT rodiklius atskirai.

LSP tikslų įgyvendinimo rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT), metai	73,45	74,5	76,0
Vidutinė sveiko gyvenimo trukmė (SVGT) vyrai/moterys, metai	57,0/60,9 (2009 m. Eurostat)	58/62	59/63
Skirtumas tarp vyrų ir moterų VGT, metai	10,8 metų	9,5	8,0
Skirtumas tarp miesto ir kaimo gyventojų VGT, metai	3,08 (2009 m.)	2,5	2,0

Išsaugotų gyvybių skaičiaus apskaičiavimas

Remiantis pasirinkta alternatyva - orientuotis į siektinus, o ne prognozuojamus rodiklius, - išsaugotų gyvybių skaičius buvo apskaičiuojamas remiantis prielaida, kad standartizuotas mirtingumas pagal atskiras ligų grupes Lietuvoje 2020 m. bus toks pats, koks 2009 m. buvo ES-12 šalių rodiklis, o kai

kuriais atvejais (kai Lietuvos rodikliai buvo santykinai geri), buvo orientuojamasi ES-27, ar net ES-15 šalių standartizuoto mirtingumo rodiklius. Buvo apskaičiuojamas santykis tarp dabartinio standartizuoto mirtingumo rodiklio Lietuvoje ir ES-12 šalių vidurkio, daroma prielaida, kad 2015 m. šis skirtumas sumažės tik per pusę ir abu šie rodikliai buvo naudojami, kaip koeficientai. Apskaičiavimas buvo atliekamas įvertinant, kiek žmonių mirtų iki 2021 m., jei mirtingumo rodikliai nepasikeistų ir kiek žmonių numirtų, jei mirtingumo rodikliai mažėtų artėdami prie ES-12 (ar kitų parinktų) rodiklių. Išsaugotų gyvybių skaičius buvo apskaičiuojamas, kaip pagal šias dvi metodikas apskaičiuotų mirusių žmonių skaičiaus skirtumas (ta pati metodika buvo taikoma apskaičiuojant išsaugotų gyvybių skaičių ir pagal atskiras amžiaus grupes).

Siektinas išsaugotų gyvybių skaičius, mažinant pagrindinių priežasčių lemiamą mirtingumą

Mirties priežastys	Išsaugotų gyvybių skaičius		
	2011-2015	2016-2020	Iš viso
Kraujotakos sistemos ligos (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)	3839	11518	15357
Išorinės mirties priežastys (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)	2539	7616	10155
Piktybiniai navikai (pasiekus ES-27 šalių 2009 m. vidurkį)	892	2675	3567
Virškinimo sistemos ligos (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)	456	1368	1825
Infekcinės ir parazitinės ligos (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)	233	698	931
Iš viso	7 960	23 875	31 835

Siektinas mirčių atvejų pagal amžių ir mirtingumo sumažėjimas dėl savižudybių bei išsaugotų gyvybių skaičius

Amžiaus grupės	2010	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)
0-14	2	2	1	4
15 - 29	158	112	67	456
30 - 44	267	191	114	764
45 - 59	346	259	173	866
60 - 74	155	120	85	352
75+	90	70	50	199
Viso	1018	754	490	2642
Mirtingumas dėl savižudybių, SDR 100 tūkst. gyv. (pasiekus ES-12 2009 m. vidurkį)	31,47 (2009 m., PSO)	Sumažinti 30 proc.	Pasiekti ES-12 šalių vidurkį	

Siektinas mirčių skaičiaus pagal amžių ir mirtingumo dėl šalčio poveikio sumažėjimas bei išsaugotų gyvybių skaičius

Amžiaus grupės	2010	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius (pasiekus Lenkijos 2009 m. vidurkį)
15 - 29	9	1	1	61
30 - 44	46	11	6	277
45 - 59	156	24	13	1019

60 - 75	142	16	8	966
Virš 75	36	9	5	212
Viso	389	60	33	2535
Mirtingumas dėl šalčio poveikio, SDR 100 tūkst. gyv., 2009 m. (pasiekus Lenkijos 2009 m. vidurkj)	9,450 (2009 m., PSO)	Sumažinti 5 kartus	0,8*	

* Lenkijos 2009 m. duomenys, kadangi PSO nepateikia ES šalių sušalimų skaičiaus vidurkių. Lenkija, kaip atskaitos taškas paskaičiavimams pasirinkta, kaip geografiškai artima ir gana didelė šalis.

Sveikatos sutrikimų darbe ir buityje rodikliai ir dėl mirtingumo mažėjimo išsaugotų gyvybių skaičius

Rodiklis	2010*	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Asmenys, žuvę nuo nelaimingų atsitikimų darbe	49	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	
Asmenys, nukentėję nuo nelaimingų atsitikimų darbe	2335			Lietuvos rodikliai geresni nei ES. 14 kartų mažiau nei ES-27 ir apie 3,3 karto mažiau nei ES-12
Mirtys dėl atsitiktinių nukritimų	305	240	175	649 (pasiekus ES-27 2009 m. vidurkj)
Atsitiktiniai nukritimai, SDR 100 tūkst. gyv.	9,24 (2009 m., PSO)	Sumažinti 30 proc.	Pasiekti ES-15 šalių vidurkj	(pasiekus ES-15 2009 m. vidurkj)

Siektinas mirčių skaičiaus pagal amžių mažėjimas ir mirtingumo dėl nuskendimų rodiklis bei išsaugotų gyvybių skaičius

Amžiaus grupės	2010*	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkj)
0 - 14	20	13	7	67
15 - 29	37	24	12	127
30 - 44	68	42	16	258
45 - 59	117	79	42	376
60 - 75	54	37	21	167
Virš 75	23	15	7	81
Viso	319	211	104	1075
Mirtingumas dėl nuskendimų, SDR 100 tūkst. gyv.	8,5 (2009 m., PSO)	Sumažinti 50 proc.	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	

Siektnas mirusių skaičius pagal amžių ir mirtingumo dėl žuvusiųjų transporto įvykiuose rodiklis bei išsaugotų gyvybių skaičius (I alternatyva - 2020 metais pasiekiant ES vidurkj)

Amžiaus grupės	2010	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius (pasiekus ES-27 šalių 2009 m. vidurkj)
0 - 14	8	7	5	15
15 - 29	84	72	61	117
30 - 44	73	60	46	134
45 - 59	91	67	43	242
60 - 75	78	59	40	190
Virš 75	38	36	33	24
Viso	372	300	228	722
Mirtingumas dėl transporto įvykių, SDR 100 tūkst. gyv.	12,76 (2009 m., PSO)	Sumažinti 25 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	

Siektnas mirusių skaičius pagal amžių ir mirtingumo dėl žuvusiųjų transporto įvykiuose rodiklis bei išsaugotų gyvybių skaičius (II alternatyva - 2020 metais pasiekiant ES 15 šalių vidurkj)

Amžiaus grupės	2010*	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius (pasiekus ES-15 šalių 2009 m. vidurkj)
0 - 14	8	6	4	19
15 - 29	84	70	56	140
30 - 44	73	56	39	169
45 - 59	91	62	33	289
60 - 75	78	55	32	230
Virš 75	38	34	29	44
Viso	372	283	194	890
Mirtingumas dėl transporto įvykių, SDR 100 tūkst. gyv.	12,76 (2009 m., PSO)	Sumažinti 30 proc.	Pasiekti ES-15 šalių vidurkj	

Siektnas invalidumo mažinimo rodiklis

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Invalidumo/neįgalumo dėl patirtų traumų (nauji atvejai 100 tūkst. gyv.) rodiklis, 2009 (iki ES vidurkio)	740,51*	Sumažinti 15 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	Statistikos departamentas, PSO

Įvertinant mirtingumo sumažėjimą susijusį su *alkoholio ir tabako vartojimu*, buvo naudojami papildomi koeficientai.

Apskaičiuojant kiek sumažėtų mirtingumas dėl *alkoholio vartojimo sumažėjimo*, atskiroms ligų grupėms, buvo taikomi alkoholio poveikiui priskirti priežastingumo koeficientai⁷⁴.

Siektinas alkoholinių gėrimų sąlygoto mirčių skaičiaus sumažėjimas (įvertinus tik alkoholio poveikį)

	2010	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Savižudybės (koeficientas – 0,55)	560	415	270	1453 (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)
Sušalimai (koeficientas – 0,73)	284	44	24	1851 (pasiekus Lenkijos šalių 2009 m. vidurkį)
Nuskendimai (koeficientas – 0,59)	188	124	61	634 (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu (koeficientas – 1,0)	310	194	79	1444 (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)
Kepenų cirozė (koeficientas – 0,5)	490	366	242	1551 (pasiekus ES-27 šalių 2009 m. vidurkį)
Iš viso	1832	1143	676	6933

Apskaičiuojant kiek sumažėtų mirtingumas dėl *tabako vartojimo sumažėjimo*, atskiroms ligų grupėms (TLK-10 ligų kodai: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47), buvo taikomas tabako poveikiui priskirtas priežastingumo koeficientas⁷⁵. 2010 m. Didžiojoje Britanijoje atlikto tyrimo metu įvertinta, kad rizika susirgti vėžiu rūkantiems siekia apie 20 proc. Atliekant apskaičiavimus, kiek galima išsaugoti gyvybių, buvo daroma prielaida, kad tokį patį koeficientą galima taikyti sergamumui kraujotakos sistemos ligoms ir mirtingumui nuo šių ligų.

Siektinas tabako gaminių sąlygoto mirčių skaičiaus sumažėjimas (įvertinus tik tabako poveikį)

Rodiklis	2010	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Su tabako vartojimu susijęs mirtingumas* (pagal PSO), SDR 100 tūkst. gyv.	490,5 (2009 m., PSO)	Sumažinti 18 proc.	Pasiekti ES-12 šalių vidurkį	
Su tabako vartojimu susijusios mirtys (pagal PSO), abs. sk.* (koeficientas – 0,2)	4707	3996	3286	8881 (pasiekus ES-12 šalių 2009 m. vidurkį)

* - TLK-10 ligų kodai: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47

Siektini sveikatos sutrikimų ir mirčių skaičiaus dėl narkotikų ir psichotropinių medžiagų vartojimo rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos
----------	------	------	------	--------------

⁷⁴ Vilius Grabauskas, Remigijus Prochorskas, Aurelijus Veryga. Lietuvos gyventojų mirtingumo sąsajos su alkoholinių gėrimų vartojimu. Medicina (Kaunas) 2009; 45(12)

⁷⁵ The Fraction of Cancer Attributable to Lifestyle and Environmental Factors in the UK in 2010. British Journal of Cancer is online at www.bjcancer.com

				šaltinis
Mirusiųjų skaičius dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo	51	stabilizuoti	stabilizuoti	NTAKD
Psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas (registruota ASPJ) skaičius	6056	stabilizuoti	stabilizuoti	NTAKD
Pirmą kartą dėl psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas besikreipusių asmenų (registruota ASPJ) skaičius, 2009 m.	345	stabilizuoti	stabilizuoti	NTAKD
Naujų užsikrėtimo žmogaus imunodeficito virusu atvejų skaičius	153	stabilizuoti	stabilizuoti	NTAKD

Siektini motinos ir vaiko sveikatos rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusių	4,3	Sumažinti 7 proc.	Pasiekti ES 15 šalių vidurkj	Statistikos departamentas, HISIC
Gimdyvių mirtingumas	0	0	0	Statistikos departamentas, HISIC
Vaikų iki 15 metų mirtingumas 100 tūkst. gyv.	58,18	Sumažinti 15 proc.	Pasiekti ES 27 šalių vidurkj	PSO
Vaikų iki 18 metų mirtingumas	26,4	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	HISIC
Maitinamų krūtimi iki 3 mėn. amžiaus kūdikių proc.	60,9	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	HISIC
Maitinamų krūtimi iki 6 mėn. amžiaus kūdikių proc.	40,0	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	HISIC

Sveikatos sistemos efektyvumo didinimo siektini rodikliai

Rodiklis	2011-2015	2016-2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Kūdikių mirčių skaičiaus sumažėjimas (pasiekti 2009 m. ES-15 vidurkj)	29	82	111
Mirusiųjų skaičiaus nuo tuberkuliozės sumažėjimas (pasiekti 2009 m. ES-27 vidurkj)	484	726	1210
Mirtingumo sumažėjimas kompleksiskai įdiegus įrodymais pagrįstas medicinos	1051	3152	4203

technologijas			
Iš viso	1564	3960	5524

Standartizuoto mirtingumo, sergamumo, ligotumo ir neįgalumo siektinų rodiklių parinkimas
Remiantis pasirinkta alternatyva - orientuotis į siektinus, o ne prognozuojamus rodiklius, - *standartizuoto mirtingumo, sergamumo, ligotumo ir neįgalumo siektini rodikliai* buvo parinkti remiantis prielaida, kad pagal atskiras ligų grupes Lietuvoje 2020 m. siektini rodikliai bus tokie patys, kokie ES-12 šalių vidurkio rodikliai, o kai kuriais atvejais (kai Lietuvos rodikliai buvo santykinai geri), buvo orientuojamasi ES-27, ar net ES-15 šalių atitinkamus rodiklius.

Sergamumo ir ligotumo mažėjimo siektini rodikliai

Rodiklis	2009	2015	2020	Informacijos šaltinis
Sergamumas (nauji atvejai), 100 tūkst. gyv. rodiklis, 2009				HISIC, PSO
Tuberkuliozė	56,75	Sumažinti 50 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	HISIC, PSO
AIDS	1,11	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO Lietuvos rodikliai geresni nei ES
ŽIV	5,39	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO Lietuvos rodikliai geresni nei ES
Onkologiniai susirgimai	497,18	Sumažinti 6 proc.	Pasiekti ES-12 šalių rodiklj	HISIC, PSO
Psichikos ligos	267,17	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO Lietuvos rodikliai geresni nei ES
Alkoholinės psichozės	25	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO Lietuvos rodikliai geresni nei ES
Diabetas	2,16	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO Lietuvos rodikliai geresni nei ES
Psichikos ligos	4,94	Sumažinti 25 proc.	Pasiekti ES-12 šalių lygj	HISIC, PSO
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	3,92	Sumažinti 25 proc.	Pasiekti ES-12 šalių lygj	HISIC, PSO

Invalidumo/neįgalumo atvejų mažėjimo siektini rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Invalidumo/neįgalumo (nauji atvejai 100 tūkst. gyv.) rodiklis	740,51*	Sumažinti 15 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	HISIC, PSO Neįgalumo nustatymo tarnyba prie SADM

Diagnozuotų I stadijos onkologinių susirgimų siektini rodikliai

Rodiklis	2009	2015	2020	Informacijos šaltinis
Asmenų, kuriems buvo diagnozuoti I stadijos onkologiniai susirgimai, proc. nuo visų diagnozuotų onkologinių susirgimų		ES-12 vidurkis	ES-27 vidurkis	VUOI, HISIC, PSO
Vyrai, proc.	14,6	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	
Moterys, proc.	35,3	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	

Su efektyvia sveikatos priežiūra susijusių siektinų rodiklių parinkimas

Remiantis pasirinkta alternatyva - orientuotis į siektinus, o ne prognozuojamus rodiklius, - su efektyvia sveikatos priežiūra susiję siektini rodikliai buvo parinkti remiantis prielaida, kad Lietuvoje 2020 m. siektini rodikliai bus tokie patys, kokie ES-27 šalių vidurkio atitinkami rodikliai.

Stipriausias sąsajas su efektyvia sveikatos priežiūra turintys siektini rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Praktikuojančio medicinos personalo skaičius 10 tūkst. gyventojų	109.3		ES vidurkis	HISIC
Praktikuojančių gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų	37.7		ES vidurkis	HISIC
Praktikuojančių odontologų skaičius 10 tūkst. gyventojų	7.6		ES vidurkis	HISIC
Praktikuojančių slaugytojų skaičius 10 tūkst. Gyventojų	73.1		ES vidurkis	HISIC
Šeimos gydytojų (bendrosios praktikos gydytojų) skaičius 10 tūkst. gyventojų	5.7		ES vidurkis	HISIC
Hospitalizuojamų ligonių (be slaugos) 1000 gyventojų	239.9		ES vidurkis	HISIC
Apsilankymų skaičius pas gydytoją 1 gyventojui per metus	6.9		ES vidurkis	HISIC
Apsilankymų skaičius pas šeimos gydytoją 100 gyventojui per metus	273.3		ES vidurkis	HISIC
Vizito pas šeimos gydytoją laukimo laikas	3	2	Iki 2 dienų	Atrankiniai tyrimai
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, proc. nuo BVP	6,9	7,5	ES vidurkis	Lietuvos statistikos departamentas
Valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai, proc. nuo bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų	73	74	75 proc.	Lietuvos statistikos departamentas Nacionalinė sveikatos sąskaita
Išlaidos prevencijai ir visuomenės	1,1	3	5 proc.	Lietuvos statistikos

sveikatos priežiūrai, procentas nuo einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų				departamentas Nacionalinė sveikatos sąskaita
---	--	--	--	---

Stipriausias sąsajas su gyventojų sveikata susijusių siektinų sveikatos priežasčių rodiklių parinkimas
Remiantis pasirinkta alternatyva - orientuotis į siektinus, o ne prognozuojamus rodiklius, - *su sveikatą įtakojančiomis priežastimis susiję siektini rodikliai* buvo parinkti remiantis prielaida, kad Lietuvoje 2020 m. siektini rodikliai turėtų būti tokie patys kaip ES-27 šalių vidurkis, arba bus pasiekti rodikliai, kurie buvo numatyti kituose strateginiuose dokumentuose (Europa 2020, Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, kituose šalies strateginiai dokumentuose), ar rodikliai, kurie nustatomi atliekant gyventojų apklausas (Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, atrankiniai tyrimai, reprezentatyvios apklausos).

APIBENDRINIMAS IR IŠVADOS

Apibendrinant atliktą 1998-2010 metų Lietuvos sveikatos programos analizę, galima teigti, kad pagrindinis tikslas - Lietuvos gyventojų VGT prailginti nuo 71,2 iki 73 metų - buvo korektiškas, saikingai ambicingas. Lietuvos sveikatos programa atliko teigiamą vaidmenį integruojant medikų, valstybinių institucijų ir gyventojų pastangas sveikatos labui, nors, tikėtina, buvo galima pasiekti ir daugiau.

Atlikus projekto užduotyse numatytą epidemiologinių rodiklių statistinį vertinimą, identifikuotos šios pagrindinės probleminės, ir/ar prioritetinės sritys:

- o **Pagrindinės ligų grupės, mirusiųjų skaičius dėl šių ligų sudaro didžiausią dalį (90 proc.) nuo visų mirčių:**
 - o Kraujotakos sistemos ligos (56,1 proc. visų mirčių; tame tarpe - išeminė širdies liga ir hipertenzija);
 - o Piktybiniai navikai (19,3 proc. visų mirčių; tame tarpe- krūties, gimdos kaklelio, plaučių vėžys);
 - o Išorinės mirties priežastys (9,3 proc. visų mirčių; tame tarpe - savižudybės, sušalusieji, žuvusieji keliuose, nukritusieji bei apsinuodijusieji alkoholiu);
 - o Virškinimo sistemos ligos (5,3 proc. visų mirčių; tame tarpe - kepenų cirozė).
- o **Specifinės, ypatingo dėmesio reikalaujančios problemos, ligos, ar ligų grupės:**
 - o Kūdikių mirtingumas (nors rodikliai ir tendencija neblogi, todėl būtina išlaikyti pozityvias tendencijas ir siekti ES-15 šalių kūdikių mirtingumo rodiklio.)
 - o Tuberkuliozė (mirtingumas nuo TBC Lietuvoje yra aukščiausias ES);
 - o Pneumonija (mirtingumas nuo pneumonijos 1997-2009 m. laikotarpiu išaugo 1,8 karto. Tikėtina, kad Lietuvoje mirtingumo rodikliai dėl diabeto yra nepakankamai įvertinti).
 - o AIDS/ŽIV (sergamumas AID/ŽIV 1997-2008 m. išaugo daugiau nei 3 kartus);
 - o Diabetas (1997-2009 m. laikotarpiu ligotumas išaugo 1,9 karto; tikėtina, kad Lietuvoje mirtingumo rodikliai dėl diabeto yra nepakankamai įvertinti).
- o **Specifinės, ypatingo dėmesio reikalaujančios gyventojų grupės pagal amžių, lytį, gyvenamąją teritoriją:**

- o Vyrų. Vyrų vidutinė gyvenimo trukmė (ir atitinkamai mirtingumas) yra vidutiniškai 11 metų trumpesnis nei moterų ir ženkliai viršija atitinkamą ES šalių vidurkį (du trečdaliai vyrų Lietuvoje miršta iki 75 m., du trečdaliai moterų miršta po 75 m.);
- o Darbingo amžiaus gyventojai. Darbingo amžiaus gyventojų mirtingumas Lietuvoje yra antras pagal blogumą ES (po Latvijos), o mirtingumo rodiklis 30-44 m. amžiaus grupėje didžiausias ES;
- o 12. Gyventojų grupė pagal išsilavinimą (aukštąjį išsilavinimą turintys vyrai gyvena vidutiniškai ilgiau 11,3 metų, negu neturintys, viduriniojo išsilavinimo).
- o 13. Gyventojų grupė pagal gyvenamąją vietą (kaimas/miestas). Vidutinė gyvenimo trukmė miesto ir kaimo vietovėse (1997-2009 m. laikotarpiu miesto gyventojai gyvena vidutiniškai 3 m. ilgiau nei kaimo gyventojai).

6.7. LIETUVOS VISUOMENĖS SVEIKATOS SVARBIAUSIŲ PROBLEMOS IR JŲ SPRENDIMŲ PRIORITETINĖS KRYPTYS

Parengta pagal atvirojo konkurso sąlygų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos viešojo pirkimo komisijos posėdžio 2010 m. spalio 28 d. protokolu Nr. 3-D perkamų paslaugų techninėje specifikacijoje (1 priedas) numatytą sąlygą:

6.7. Parengti loginį visuomenės sveikatos tikslų bei uždavinių identifikavimo teorinį modelį (struktūrą), remiantis sveikatos sektoriaus reformų analizės išvadomis.

1. VISUOMENĖS SVEIKATOS TIKSLŲ BEI UŽDAVINIŲ IDENTIFIKAVIMAS

Kaip pažymima LR SAM parengtuose Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430) universalus ir paties efektyviausio sveikatos sistemos organizavimo modelio nėra sukurta. Kiekviena valstybė turi pasirinkti savo kelią, atsižvelgdama į susiformavusias istorines kultūrinės tradicijas, bendrą ekonomikos padėtį ir kitus veiksnius.

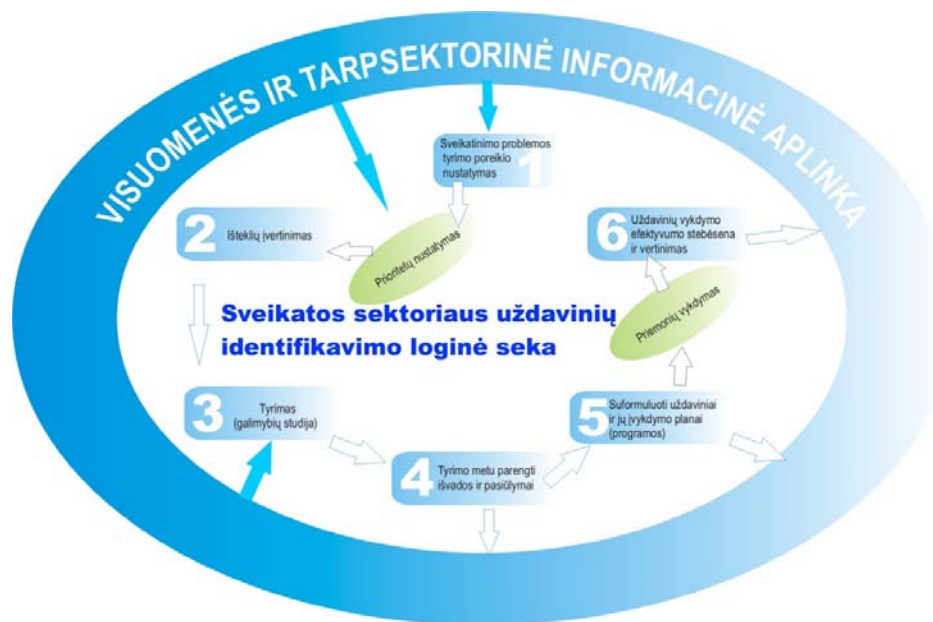
Visuomenės sveikatos programos efektyvumas priklauso nuo to, kaip sėkmingai yra nustatyti programiniai (prioritetiniai) tikslai ir kaip tinkamai yra užsibrėžti uždaviniai, pasirinktos priemonės tikslus pasiekti.

Tačiau, vykstant dinamiškiems socialinio ir ekonominio pobūdžio pokyčiams valstybėje ir visuomenėje, uždaviniai, apibrėžti prieš pradėdant vykdyti programą, laikui bėgant gali keistis savo aktualumo prasme. Gali iškilti tikslų korekcijos poreikis ir su tuo susijusi būtinybė kelti naujus uždavinius, atsisakyti kai kurių iš jau vykdomų.

Todėl visuomenės sveikatos tikslų bei uždavinių identifikavimas turi būti nuolatinis ir dinamiškas procesas, besiremiantis:

- informacijos, gaunamos iš visuomenės ir valstybės sektorių, nuolatinė analizė;
- moksliniu iššylančių problemų tyrimu;
- įrodymais pagrįstų sprendimų sveikatos politikos ir sveikatos išteklių valdymo srityje priėmimu.

Visuomenės sveikatos tikslų bei uždavinių identifikavimo galimo teorinio modelio schema pavaizduota 1. pav.



1. pav. Visuomenės sveikatos tikslų bei uždavinių identifikavimo loginė seka

VISUOMENĖS SVEIKATOS TIKSLŲ BEI UŽDAVINIŲ IDENTIFIKAVIMO LOGINIO MODELIO APIBŪDINIMAS

Loginę seką sudaro 6 etapai.

Pirmasis ir antrasis etapai atliekami sveikatos politikų – sektoriaus valstybinio valdymo institucijų.

Pirmasis etapas inicijuojamas informacinės aplinkos signalų (visuomenės poreikių pokyčiai, nepasitenkinimas, išteklių pokyčiai, force majeure (epidemijos ar pan.) ir kt.) dėka. Šio etapo darbai vykdomi sveikatos politikų, sektoriaus valstybinio valdymo institucijų.

Antrasis etapas prasideda, kai patvirtinama, kad problema yra aktuali, kai yra pasirinktas prioritetinis tikslas (keli tikslai, kryptis). Antrasis etapo darbai yra realių išteklių įvertinimas, jų pakankamumo prognozė.

Trečias etapas – galimybių išspręsti problemą (pasiekti tikslus) studija. Jai parengti naudojami sveikatos sektoriaus ir tarpsektorinės informacijos duomenys (gyventojų, specialistų apklausos, statistikos duomenys, užsienio šalių geros praktikos ir kt.).

Ketvirtas etapas – parengtos išvados ir pasiūlymai yra viešinami iki tarpsektorinio lygmens.

Penktas etapas yra valdymo – vadybos funkcija. Ją atlieka LR SAM ar kita įgaliota valstybės sveikatos sektoriaus valdymo institucija. Šio etapo darbai yra parengti detaliuosius uždavinių vykdymo planus (grafikai, atsakingi asmenys, darbų vykdymo kokybės kontrolės sistema, biudžetas, finansavimo eiga).

Šeštas etapas – gaunamų rezultatų stebėseną ir vertinimą. Šiuos darbus atlieka LR SAM naudodama nepriklausomos ekspertizės metodą. Gauti rezultatai viešunami.

1 lentelė. Visuomenės sveikatos tikslų bei uždavinių identifikavimo loginio modelio praktinio pritaikymo pavyzdys

Pasirinktos programos vykdymo žingsniai	Faktiškai buvo atlikta (+), nebuvo daroma (-)
1. Nustatyta, kad sergamumas gimdos kaklelio piktybiniais navikais Lietuvoje pasižymi aukštesniais, negu ES šalių, rodikliais, kad, išaiškinant naujus susirgimus, dominuoja vėlyvosios susirgimo stadijos.	+
2. LR SAM išorinės ekspertizės pagalba patvirtina, kad problema yra itin aktuali.	+
3. Nustatoma prioritėtinė kryptis – ligos profilaktika, parengiami teisiniai dokumentai.	+
4. Įvertinama, ar turima išteklių, kuriuos reikės perskirstyti dėl veiklos nauja kryptimi.	+
5. Atliekama galimybių studija (problemos galimų sprendimų tyrimas), kurios metu yra nagrinėjamos alternatyvos (oportunistinis skринingas ar masinė atranka), projektuojamos masinės atrankos būdu vykdomos ankstyvosios diagnostikos priemonės, prognozuojamos išlaidos, nauda, parengiama veiklos naujaja kryptimi efektyvumo vertinimo metodologija. Visuomenė informuojama apie galimybių studijos rezultatus.	-
6. Tyrimo metu gautų išvadų ir pasiūlymų pagrindu LR SAM parengia detaliuosius uždavinių vykdymo planus, kurie turi atitikti pagrindinius skринingo principus ^{76 77} bei sveikatos programų valdymo gerą praktiką ⁷⁸	-
7. LR SAM sprendimu pasirinkta programos valdymo grupė (vidiniai ar išoriniai ištekliai) vykdo veiklą stebėseną ir vertina programos efektyvumą pagal iš anksto (5 žingsnis) parengtą metodologiją. Pastebėta, kad programos įgyvendinimo eiga nepilnai atitinka skринingo principus (profilaktikos paslauga nėra tolygiai prieinama savivaldybių lygmeniu). Išaiškinamos priežastys. Koreguojamas uždavinių vykdymas. Apie gaunamus rezultatus periodiškai informuojama visuomenė.	+/- (vertinimas buvo atliekamas po 5 programos vykdymo metų, nebuvo įmanoma savalaikė vykdymo korekcija)
8. LR SAM sprendimu pasirinkta programos valdymo grupė (vidiniai ar išoriniai ištekliai) vykdo veiklą stebėseną ir vertina programos efektyvumą pagal iš anksto (5 žingsnis) parengtą metodologiją. Pastebėta, kad programos įgyvendinimo eiga nepilnai atitinka skринingo principus (profilaktikos paslauga nėra tolygiai prieinama savivaldybių lygmeniu). Išaiškinamos priežastys. Koreguojamas uždavinių vykdymas. Apie gaunamus rezultatus periodiškai informuojama visuomenė.	+/- (vertinimas buvo atliekamas po 5 programos vykdymo metų, nebuvo įmanoma savalaikė vykdymo korekcija)

⁷⁶ J.M.G. Wilson, G.Jugner. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers No.34, WHO, 1968

⁷⁷ Anne Andermann, a Ingeborg Blancquaert, b Sylvie Beauchamp & Véronique Déryc. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organization | April 2008, 86 (4)

⁷⁸ Stuart J Peacock, Craig Mitton, Danny Ruta, Cam Donaldson, Angela Bate and Lindsay Hedden. Priority setting in healthcare: towards guidelines for the program budgeting and marginal analysis framework. Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res. 10(5), 539-552 (2010)

PRIEDAI

1 PRIEDAS

Lietuvos sveikatos programa 2020. Projektas. Rekomendacijos dėl 2011-2020 metų Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių



Projektas

Lietuvas sveikatos programa 2020

Rekomendacijos dėl 2011-2020 metų Lietuvas sveikatos programos tikslų ir uždavinių

Parengta vykdam sutarties atliktų pagal sveikatos sistemos reformų analizės atlikimo paslaugų teikimo sutarties (2011-01-17, Nr. S-3) sąlygą pateikti rekomendacijas dėl 2011-2020 metų LSP tikslų ir uždavinių

2012-01-19

TURINYS

SUTRUMPINIMAI	3
1. Įžanga	4
2. Lietuvos sveikatos programos teisinis pagrindas	5
3. 1998 – 2010 m. Lietuvos sveikatos programa ir visuomenės sveikatos problemos	6
Pasiekimai ir pagrindinės problemos	6
Visuomenės sveikatą lemiantys veiksniai.....	9
Demografija	9
Socialiniai ir sveikatos netolygumai.....	9
Socialinė aplinka ir asmens elgsena	10
Fizinė aplinka	13
Sveikatos sektoriaus valdymas	13
1998 – 2010 m. Lietuvos sveikatos programos efektyvumas	15
4. Lietuvos sveikatos programos vertybiniai principai	16
5. Visuomenės sveikatos vystymo strateginiai tikslai, siekiniai ir strateginės kryptys	18
Pagrindinis tikslas	18
Siektini rodikliai	18
LSP 2020 strateginės kryptys	21
6. Sveikatos programos įgyvendinimo priemonės	21
Teisinio reguliavimo plėtra – institucinis gyvenimo trukmės ilginimo pagrindas	21
Valstybės valdymo institucijų kompetencijų tiesioginis susiejimas su sveikatinimo tikslais – būtina sėkmingo LSP įgyvendinimo prielaida	22
Materialinių ir finansinių išteklių, reikiamų sveikatinimo tikslams pasiekti, gausinimas.....	23
Sveikatos programos įgyvendinimo priemonės pagal LSP 2020 strategines kryptis	24
I. Saugesnė socialinė aplinka, sveikatos netolygumų ir socialinės atskirties mažinimas - valstybinių institucijų, nevyriausybinių organizacijų ir verslo indėlis gerinant sveikatą	24
II. Sveika darbo ir fizinė aplinka	30
IV. Kokybiška ir efektyvi asmens bei visuomenės sveikatos priežiūra – sveikatos sistemos bendruomenės darbas vardan sveikatos.....	44
Lėtinės ligos – didžiausias iššūkis šalies gyventojų sveikatai.....	54
7. Lietuvos sveikatos programos LSP 2020 įgyvendinimas ir stebėseną	58
LSP įgyvendinimo planavimas	58
LSP įgyvendinimo valdymas	59
Materialinių ir finansinių išteklių, reikiamų sveikatinimo tikslams pasiekti, gausinimas.....	59
LSP įgyvendinimo stebėseną ir vertinimas	60

SUTRUMPINIMAI

Sutrumpinimas	Paiškinimas
EB	Europos Bendrija
EK	Europos Komisija
ES/EU	Europos Sąjunga
HI	Higienos institutas
HISIC	Higienos instituto Sveikatos informacijos centras
LNSS	Lietuvos Nacionalinė sveikatos sistema
LSP	Lietuvos sveikatos programa
LR	Lietuvos Respublika
LRV	Lietuvos Respublikos Vyriausybė
NSS	Nacionalinės sveikatos sąskaitos (NHA)
NST	Nacionalinė sveikatos taryba
PSDF	Privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSDT	Privalomojo sveikatos draudimo taryba
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija (WHO)
PSP	Pirminė sveikatos priežiūra
SAM	LR Sveikatos apsaugos ministerija
„SVEIDRA“	Valstybinės ligonių kasa kompiuterizuota informacinė sistema
SPĮ	Sveikatos priežiūros įstaiga
ŠMM	Švietimo ir mokslo ministerija
TLK	Teritorinė ligonių kasa
VGT	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė
VLK	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos
VRM	Vidaus reikalų ministerija
VSC	Visuomenės sveikatos centras

1. Įžanga

Sveikata yra didžiausia žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad galima būtų sėkmingai spręsti kasdienio gyvenimo klausimus, įveikti naujai iškylančius socialinius ir ekonominius iššūkius. Visuomenės sveikata šia prasme yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausia valstybės strategija.

Neabejotina, kad visuomenės sveikata yra viena svarbiausia valstybės investicijų sritis, o žmonių sveikatos lygis yra esminis visuomenės išsivystymo rodiklis. Aukšto lygio visuomenės sveikata yra valstybės socialinės-ekonominės pažangos pagrindas, padedantis šiuolaikinei moderniai visuomenei pasiekti visuminį rezultatą.

Didžiausi Lietuvos gyventojų sveikatinimo rezervai glūdi už sveikatos priežiūros sektoriaus sferos, todėl šalies sveikatos problemų sprendimų priėmimas ir atsakomybė už šiuos sprendimus negali būti daugiausiai priskiriami vien tik sveikatos sistemai. Kiti valstybės sektoriai turi pradėti aktyviau ir didesne apimtimi taikyti visuomenės sveikatos gerinimo priemones. Lietuvos sveikatos programa 2020, teikdama visų valstybės sektorių bendradarbiavimu įgyvendintinas priemones, iš esmės yra tarpsektorinė sveikatos programa. Lietuvos sveikatos programa '2020 vysto nuostatas, išreikštas Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse, patvirtintuose Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu. Jos skelbia, kad kiekvienas žmogus turi teisę turėti palankią sveikatai aplinką, sveiką maistą, reikiamas žinias ir galimybes palaikyti kuo geresnę sveikatos būklę.

Lietuvos sveikatos programa '2020 nustato strateginius tikslus, kurių pasiekimas reikš geresnę, nei dabar, visuomenės sveikatą. Svarbiausias tikslas – kad 2020 metais Lietuvos gyventojai gyventų sveikiau ir ilgiau.

Programinius tikslus pasiekti numatoma mažinant socialinę atskirtį bei sveikatos ir socialinius netolygumus, skatinant sveiką elgseną, puoselėjant sveikesnę fizinę ir socialinę aplinką ir efektyvinant sveikatos priežiūros sektoriaus struktūrą ir funkcijas. Pabrėžiamas efektyvaus visų sektorių bendradarbiavimo principas, kaip esminė sėkmingo programoje numatytų uždavinių išsprendimo sąlyga.

Lietuvos sveikatos programos uždaviniai atitinka sveikatos politikos vertybes: visuotinę aprėptį (universal coverage), teisumą, solidarumą, lygybę, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei priimtinumą. Laikytis šių vertybinių nuostatų visuomenės sveikatos srityje skatina Europos šalių teigiama patirtis bei PSO rekomendacijos.

Lietuvos sveikatos programa iškelia uždavinius, kuriuos spręsti rekomenduoja PSO ir Europos Sąjungos visuomenės sveikatos strategijos, taip pat uždavinius, kurių įveikimas turi sumažinti Lietuvos atsilikimą visuomenės sveikatos srityje nuo kitų Europos Sąjungos šalių.

Pagrindinio naujosios programos tikslo pasiekimo rodiklis yra pailgėjusi vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Remiantis tarptautine bei nacionaline patirtimi ir sveikatos vertybinėmis nuostatomis, panaudojant sveikatinimo rezervus, glūdinčius gyvensenoje, aplinkoje, sveikatos paslaugų kokybės gerinime, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė turėtų padidėti nuo 73,4 m. 2010 metais iki 76 m. 2020 metais. Tam, kad šį tikslą įgyvendinti, yra būtinas vyriausybės, visų ekonomikos sektorių, bendruomenių ir šeimų bendras, visuotinas sąjūdis vardan visų šalies gyventojų sveikatos. Dauguma šalies gyventojų tokio sąjūdžio idėją remia. Reprezentatyviu Lietuvos gyventojų nuomonės tyrimu (2011 m.) nustatyta, kad 92 proc. šalies gyventojų pritaria teiginiui, kad sveikata turi būti pagrindiniu Valstybės rūpesčiu. Todėl 2012 – 2020 metai gali ir turi tapti aktyvesnio sveikatinimo laikmečiu - ne tik sveikatos priežiūros sektoriui, bet visiems Lietuvos gyventojams.

Didžiąją dalimi išsprendus pagrindines visuomenės sveikatos problemas, iki 2020 metų Lietuvoje galėtų būti papildomai išsaugota daugiau nei 30 tūkst. gyvybių, būtų pastebimai pagerinta daugumos šalies gyventojų sveikata.

Stiprus LSP 2020 sėkmę lemiantis veiksnys yra juntamas gyventojų pritarimas efektyviau gerinti visuomenės sveikatą.

2. Lietuvos sveikatos programos teisinis pagrindas

Lietuvos sveikatos programos teisinis pagrindas yra Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo nuostata, kuri skelbia, kad šią programą Lietuvos Respublikos Vyriausybės teikimu tvirtina LR Seimas. Lietuvos sveikatos programoje nustatytiems uždaviniams įgyvendinti Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos, savivaldybės organizuoja valstybės ir savivaldybių sveikatos programų ir įstatymų nustatytų planavimo dokumentų rengimą bei jų įgyvendinimą arba numato šių uždavinių įgyvendinimo priemones kitose socialinės ir ekonominės plėtros programose. Įstatymas nustato, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindai yra:

- 1) bendras sveikatos reikalų tvarkymas Lietuvoje;
- 2) socialinio teismo sveikatinimo veikloje užtikrinimas;
- 3) visų sveikatinimo veiklos išteklių integravimas į bendrą sistemą, jų planavimas ir naudojimas atsižvelgiant į nacionalinius sveikatinimo veiklos prioritetus;
- 4) asmens sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos priežiūros integravimas į bendrą sistemą;

- 5) Lietuvos sveikatos programos, valstybės ir savivaldybių sveikatos programų įgyvendinimo užtikrinimas;
- 6) sveikatinimo veiklos tarpžinybinio koordinavimo užtikrinimas;
- 7) visuomenės dalyvavimo formuojant sveikatos politiką užtikrinimas.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas nuo 2002 m. įteisino Lietuvos sveikatos programą detalizuojantį papildantį planavimo instrumentą - Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją. Įstatymas numato, kad kitos valstybės institucijos, įgyvendindamos Lietuvos sveikatos programą, įtraukia Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos nuostatas į rengiamas socialines ekonomines programas, planus ir regionų plėtros programas, o savivaldybių institucijos Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją įgyvendina per savivaldybių sveikatos programas. Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos, jos įgyvendinimo planų ir programų rengimą bei įgyvendinimą koordinuoja Vyriausybės įgaliota institucija. Ji rengia ir skelbia visuomenei Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos įgyvendinimo ataskaitą bei kas dveji metai organizuoja viešą jos rezultatų svarstymą.

3. 1998 – 2010 m. Lietuvos sveikatos programa ir visuomenės sveikatos problemos

Pasiekimai ir pagrindinės problemos

Per 1998 – 2010 m. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpį buvo užtikrintas sveikatos politikos tęstinumas, įtvirtinti sveikatos sistemos teisiniai pagrindai, pasiekta didelė pažanga pacientų teisių užtikrinimo srityje -, pagerėjo šalies gyventojų vartojamų maisto produktų kokybė. Nuo 2004 metų šalyje vykdomos širdies ir kraujagyslių ligų, vėžinių susirgimų, vaikų dantų karieso antrinės profilaktikos programos. 1998 – 2010 m. žymiai pagerėjo nėščiųjų ir naujagimių priežiūra, o šio pagerėjimo pasekmė yra ta, kad kūdikių mirtingumas sumažėjo nuo 9,3 mirusiųjų kūdikių, tenkančių 1000 gimusių gyvų 1998 metais iki 4,3 - 2010 metais.

Lietuvos Respublikos Seimui 1998 tvirtinant Lietuvos sveikatos programą buvo numatyta, kad 2010 m. Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė pasieks 73 metus. Numatytas tikslas buvo pasiektas - Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė pailgėjo iki 73,45 metų. Nors vidutinės gyvenimo trukmės bei gyventojų mirtingumo rodikliai svyravo, ir dešimtmečio laikotarpiu ypatingai teigiamų pokyčių neįvyko, per pastaruosius trejus metus, ypač profilaktinių priemonių dėka, pavyko pasiekti pagrindinį Lietuvos sveikatos programos tikslą. –

Greta pozityvių pokyčių buvo ir nesėkmių. Viena jų priežasčių buvo ta, kad sveikatinimo sistema pernelyg izoliuotai kovojo su visuomenės sveikatos problemomis. Kituose sektoriuose buvo stokojama

darnaus visuomenės vystymosi supratimo ir bendradarbiavimo derinant ekonomikos, socialinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimų sprendimą. Tai atspindi gyventojų sveikatos rodikliai, pagal kuriuos žymiai atsiliegame nuo kitų valstybių. Vienas iš jų - mirčių dėl išorinių priežasčių skaičius, kurio didėjimą didele dalimi nulėmė alkoholio vartojimas - su pertekliniu alkoholio vartojimu susijusių mirčių skaičius vien per 2005 –2007 metus padidėjo dvigubai.

Viena iš pagrindinių Lietuvos visuomenės problemų yra savižudybės. Pagal savižudybių skaičių Lietuva jau tris dešimtmečius yra pirmaujanti Europos valstybė. Lietuvoje dažniausiai žudosi darbingo, 45 - 59 metų amžiaus žmonės, o “senosiose” ES valstybėse - senyvo, virš 75 metų, amžiaus sulaukę asmenys.

Lietuvoje, nepasižyminčioje itin atšiauriu klimatu, kasmet dėl šalčio poveikio miršta apie 400 žmonių. Pastaraisiais metais sušalimų skaičius Lietuvoje didėjo. 2010 m. dėl natūralaus šalčio poveikio Lietuvoje mirė daugiau žmonių, nei žuvo kelių eismo įvykiuose. Sušalimų prevencijos srityje Lietuva yra taip stipriai atsilikusi nuo kaimyninių valstybių, kad vargiai begali pasiremti kitų šalių mokslininkų rekomendacijomis, nes tose šalyse sušalimai jau seniai tapo labai ribota problema.

Nepavyko sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų masto – šių ligų antrinės profilaktikos programa tik dabar pradeda teikti lauktus rezultatus. 1998 – 2010 metais mirtingumo prieaugį 40 procentų lėmė virškinimo sistemos ligos, per tą laiką dvigubai padidėjo cukrinio diabeto atvejų skaičius. Kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos, ypač odontologinės, sanatorinio gydymo, tapo sunkiau prieinamos mažas pajamas gaunantiems gyventojams. Pavėluota visuomenės sveikatos sektoriaus reforma neužtikrino visuomenės sveikatos specialistų lyderystės telkiant kitus sektorius ir žinybas bei pačius piliečius į aktyvesnę sveikatos gerinimo veiklą.

Išlieka racionalaus sveikatos sistemos išteklių - žmogiškųjų, finansinių, informacinių - paskirstymo tarp šalies regionų problema.

Visų šių problemų priežastys yra detalai išnagrinėtos 2011-06-07 LR Seimo nutarime „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 metais metmenų patvirtinimo“.

Įgyvendinant praeito laikotarpio LSP buvo taikomos priemonės, kurios buvo organizuojamos remiantis valstybės ir savivaldybių sveikatos programų ir įstatymų nustatytų planavimo dokumentų nuostatomis. Tikslinių sveikatos programų įgyvendinimo istorija yra ir ikišiolinės LSP sėkmės ir nesėkmių istorija, kurioje didžiausiu efektu – sumažėjusiu išvengiamų mirčių skaičiumi - pasižymėjo priemonės mažinti traumatizmą ir riboti alkoholinių gėrimų vartojimą. Tačiau sveikatos programų poveikis šalies gyventojų sveikatai buvo nepakankamas. Dalis programų buvo įgyvendintos be esminių teigiamų rezultatų, kita dalis sveikatos programų finansavimo prasme buvo tiesiog „užšaldytos“.

Gyventojų mirties priežasčių struktūra Lietuvoje daugelį metų išlieka nepakitusi. Trys pagrindinės mirčių priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys 2010 m. sudarė 85,3 proc. visų mirties priežasčių. Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau nei pusė, t.y.

56,1 proc., nuo piktybinių navikų – 19,3 proc., o nuo išorinių mirties priežasčių – 9,6 proc. visų mirusiųjų.

Visų mirčių skaičiuje mirtys nuo infekcinių ir parazitinių ligų sudaro tik 1,1 proc. dalį, tačiau beveik pusės šių mirčių priežastis yra tuberkuliozė. Pagal šį standartizuotą mirtingumo nuo tuberkuliozės rodiklį Lietuva yra blogiausioje padėtyje tarp Europos Sąjungos šalių.

2010 m. mirusiųjų nuo atskirų mirties priežasčių dalis bendrame mirčių skaičiuje

Mirčių priežastys	Mirusiųjų dalis bendrame mirčių skaičiuje, %
Kraujotakos sistemos ligos	56,1
Piktybiniai navikai	19,3
Išorinės mirties priežastys	9,3
Virškinimo sistemos ligos	5,3
Kvėpavimo sistemos ligos	3,0
Infekcinės ir parazitinės ligos	1,1
Kitos mirties priežastys	5,9

Visuomenės sveikatą lemiantys veiksniai

Demografija

Lietuvoje 2010 gimė 35626 žmonės. Bendras gimstamumo rodiklis šalyje 2010 m. buvo 1,55 (2000 m. – 1,39), jis vertintinas kaip gana žemas, neužtikrinantis demografinės pusiausvyros ir kartų kaitos. Tinkamai gyventojų reprodukcijai užtikrinti šis rodiklis turėtų būti ne mažesnis nei 2,1.

Lietuvoje 2010 m. mirė 42120 žmonių - 88 asmenimis daugiau, negu 2009 metais. Mirčių skaičius kasmet viršija gimimų skaičių, ir gyventojų šalyje mažėja. Lietuvoje gyvenančių žmonių skaičių mažina ir tarptautinė gyventojų migracija. Vien 2010 m. užregistruota beveik 80 tūkst. išvykusių gyventi kitur asmenų.

Prognozuojama, kad Lietuvos gyventojų struktūroje didės pagyvenusių žmonių lyginamasis svoris. Remiantis Europos Sąjungos statistikos tarnybos (EUROSTAT) demografinėmis prognozėmis, 2020 m. pradžioje Lietuvoje bus apie 17 proc. vyresnių nei 64 metų ir apie 19 proc. 0-19 m. amžiaus gyventojų.

Lietuvoje šiuo metu gyventojų skaičius nuolat mažėja, o vidutinio gyventojų amžiaus trukmė (VGT) kinta senėjimo link - nuo 2000 iki 2010 metų vaikų (iki 14 m. amžiaus) skaičius šalyje sumažėjo 28 procentais, o vyresnių, negu 65 m. amžiaus gyventojų skaičius per tą patį laiką padidėjo daugiau kaip 10 proc.

Socialiniai ir sveikatos netolygumai

Skurdo ir kitų socialinės atskirties aspektų mažinimas išlieka vienu iš pagrindinių gyventojų sveikatos gerinimo rezervų. 2002 – 2007 metais mažėjant nedarbo lygiui mažėjo ir savižudybių skaičius Lietuvoje, tačiau esminių teigiamų pokyčių vykdant socialinės apsaugos plėtrą sveikatos labai pasiekta nebuvo.

Šalyje nemažėjo sveikatos būklės skirtumas tarp vyrų ir moterų, miesto ir kaimo gyventojų, skirtingą išsilavinimą turinčių žmonių. Lietuvoje išsilavinę gyventojai gyvena sveikiau ir ilgiau, o žemesnį išsilavinimą turinčių asmenų sveikata yra santykinai prastesnė.

Sveikatos priežiūros sektoriaus reforma nepaskatino sveikatos priežiūros specialistų tolygesnio geografinio pasiskirstymo, o tai reiškia, jog neišsprendė sveikatos priežiūros paslaugų tolygesnio prieinamumo skirtinguose regionuose problemas.

Pagrindinės neigiamos ekonominio nuosmukio socialinės pasekmės Lietuvoje pasireiškė darbo vietų praradimu bei gyventojų pajamų sumažėjimu, o toliau - ilgalaikio nedarbo, socialinės atskirties didėjimu. Šie reiškiniai skatino emigraciją bei šešėlinės ekonomikos augimą šalyje. Visa tai didino

gyventojų skurdą, mažino darbo jėgos išteklius. Buvo prarandama kvalifikacija, mažėjo motyvacija dirbti, sulėtėjo šalies ekonomikos augimas (atsigavimas).

Statistinių duomenų analizė parodė, kad, ekonominio nuosmukio laikotarpiu, didėjant nedarbui bei mažėjant gyventojų pajamoms, šalyje didėjo nusikalstamumas. Lyginant su ankstesniais metais išaugo nelegali alkoholinių gėrimų gamyba ir nusikaltimų, kuriuos padaro apsvaigę asmenys, skaičius.

Darbingo amžiaus gyventojų mirtingumas Lietuvoje yra antras pagal rodiklio dydį ES (po Latvijos), o mirtingumas 30 - 44 m. amžiaus grupėje, palyginti su kitomis ES šalimis, – didžiausias.

Vyrų gyvenimo trukmė yra, vidutiniškai, 11 metų trumpesnė, negu moterų, ir šis skirtumas yra žymiai didesnis, nei daugumoje kitų ES šalių. Du trečdaliai vyrų Lietuvoje miršta iki 75 m. amžiaus, du trečdaliai moterų miršta vyresnės, nei 75 m. amžiaus.

Aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys gyvena, vidutiniškai, ilgiau 11,3 metų, negu viduriniojo išsilavinimo, ar neturintys viduriniojo išsilavinimo. Vidutinė gyvenimo trukmė gyvenančių miesto vietovėse yra vidutiniškai 3 m. ilgesnė, nei gyvenančių kaime.

Lietuvoje išsilavinę, didesnes pajamas gaunantys, miestuose gyvenantys vyrai savo sveikatą vertina geriau - šioje gyventojų grupėje dažniau būdingas sveikatą tausojantis elgesys, ypač susijęs su rūkymu, alkoholio vartojimu ir mityba.

Mažesnes pajamas gaunančios moterys turi, vidutiniškai, 3,2 kartus daugiau sveikatos problemų negu gaunančios didesnes pajamas. Tarp vyrų šis skirtumas siekia, vidutiniškai, 2,3 karto. Visos šalies mastu skurdo lygis kaimo vietovėse daugiau negu pustrėčio karto didesnis negu miestuose, taigi tikimybė, kad mažas pajamas gaunantis suaugęs kaimo gyventojas bus prastesnės sveikatos, yra 3,9 kartus didesnė. Lietuvos gyventojų sveikatos ir socialinės bei ekonominės padėties netolygumai didėja ir yra vieni didžiausių Europos Sąjungoje. Todėl sveikatos santykių teismo siekis privalomai išlieka naujos sveikatos programos strateginė kryptis.

Ekonominio nuosmukio laikotarpiu didėja gyventojų emigracijos iš Lietuvos mastai. Emigracija veikia ir sveikatos priežiūros specialistų bendruomenę. Yra didelė rizika, kad artimiausiu metu sveikatos priežiūros įstaigose skaudžiai pasijus specialistų, ypač slaugytojų, stygius.

Socialinė aplinka ir asmens elgsena

Perteklinis alkoholinių gėrimų vartojimas

1997–2006 metais Lietuvoje nebuvo nuoseklios alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimo politikos, plėtėsi jų reklama, didėjo alkoholiniais gėrimais prekiaujančių įmonių kiekis, buvo mažai ribojama naktinė prekyba, menkai plėtojama socialinė reklama, nukreipta prieš alkoholinių gėrimų vartojimą. Nesusedorota su išplitusia alkoholinių gėrimų kontrabanda. 2007-2009 metais buvo imtasi papildomų

paklausos mažinimo priemonių, dėl kurių, tikėtina, 2008-2009 metais alkoholinių gėrimų vartojimo mastas sumažėjo.

Rūkymas

Rūkymo paplitimo ir reguliavimo srityje pasiekta nemaža pažanga. Pagal atliktą gyventojų apklausą apie 25 proc. Lietuvos gyventojų rūko. 2010 m. kasdien rūkė, vidutiniškai, 34,2 proc. vyrų ir 15 proc. moterų. Niekada nerūkė 30,4 proc. vyrų ir 62,2 proc. moterų. Metusių rūkyti vyrų buvo 19 proc., moterų- 12 proc. Nuo 2000 m. iki 2010 m. rūkančių vyrų dalis sumažėjo 1,5 karto, o rūkančių moterų dalies skaičiaus dinamika išliko didėjančios tendencijos.

Išsilavinę vyrai ir moterys rūko rečiau. Mieste gyvenančių rūkančių moterų dalis yra didesnė, kaime – atvirkščiai.

Dirbančių prirūkytose patalpose aukštojo išsilavinimo vyrų ir moterų dalis mažėja, o vidurinio ir žemesnio išsilavinimo - nesikeičia.

Traumatizmas

Traumatizmo profilaktikos programos įgyvendinimo patirtis 2008-2010 metais rodo, kad, esant politinei valiai ir naudojantis tarptautine patirtimi, Lietuvos valstybinio valdymo institucijos sugebėjo spręsti visuomenės sveikatos stiprinimo uždavinius mažinant traumų atvejų skaičių. 2008 -2010 metais vykdyta nuosekli traumatizmo profilaktikos programa, naudojant priemones: gyventojų švietimą, tikslines investicijas į efektyviausias avaringumo mažinimo priemones, atsakomybės už kelių pažeidimus griežtinimą, išskirtinį dėmesį skiriant jaunų vairuotojų vairavimo kokybei - pateikė labai gerus rezultatus. Sumažėjo ne tik žuvusiųjų, bet ir sužeistųjų, taip pat tapusių neįgaliais asmenų skaičius. Tačiau politiniai sprendimai šioje srityje buvo priimami vėluojant. Tik 2008 metais, kai situacija tapo visiškai nepakenčiama, buvo pradėtas realus ir efektyvus darbas mažinant traumatizmą keliuose, ir taip buvo pasiekta pažanga.

Netinkama mityba

Nesveika mityba turi įtakos trims iš keturių pagrindinių mirties priežasčių bei didina riziką susirgti tuberkulioze, diabetu. Viena iš netinkamos mitybos pasekmių – kūno antsvoris ir nutukimas, o kartu ir padidėjusi rizika susirgti širdies-kraujagyslių ligomis. Lietuvoje suaugusių gyventojų mitybos tyrimų duomenimis beveik 18 proc. vyrų ir 20 proc. moterų yra nutukę, o antsvorį turi daugiau kaip 45 proc. vyrų ir daugiau, kaip 34 proc. moterų.

Nors mitybos įpročiai Lietuvoje kinta teigiama linkme - vartojama daugiau daržovių, mažiau gyvulinės kilmės riebalų, daugiau aliejaus - suaugusių Lietuvos gyventojų mityba vis dar nesubalansuota: vartojama per daug riebalų, ypač sočiųjų riebalinių rūgščių, taip pat cholesterolio, cukraus. Moterys nepakankamai vartoja vitaminų D, B1, PP, B12, vyrai – vitamino B12. Ir moterims, ir vyrams su maistu

patenka pernelyg daug natrio ir nepakankamai - kalcio ir jodo jonų. Pažymėtina, kad moterys mažiau, negu rekomenduojama, vartoja maisto, turinčio magnio, geležies ir cinko. Lyginant Lietuvos ir Vakarų Europos gyventojų mitybos tyrimų rezultatus nustatyta, kad Lietuvos gyventojų vidutinio maisto davinio energinė vertė iš esmės panaši, tačiau lietuviai vartoja daugiau riebalinės, o Vakarų Europos šalių gyventojai - daugiau angliavandenių kilmės kalorijų turintį maistą.

Fizinio aktyvumo trūkumas

Mažas gyventojų fizinis aktyvumas tapo viena iš pagrindinių nutukimo plitimo priežasčių.

Lietuvoje visiškai nesportuoja ir nesimankština apie 44 % gyventojų (ES šalių vidurkis – 39 %). Gyventojų fizinis aktyvumas nepakankamai skatinamas tiek socialinėje aplinkoje, tiek sveikatos priežiūros sektoriuje, kurio specialistai nėra reikiamai aktyvūs teikiant rekomendacijas pacientams sveikatos priežiūros įstaigose.

Mankštinimosi paslaugas teikiantis privatus sporto ir sveikatingumo centrų sektorius Lietuvoje plečiasi, tačiau šios paslaugos prieinamos tik didesnes pajamas gaunantiems žmonėms.

Vertinant ankstesnės LSP priemones, skirtas padidinti gyventojų fizinį aktyvumą, nustatyta, kad jos nebuvo pakankamai veiksmingos. Vyresnių klasių moksleivių fizinis aktyvumas nuolat mažėjo. Liko nepasiektas Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 metų ir Kūno kultūros ir sporto įstatyme numatytas ambicingas tikslas, kad visose mokymo įstaigose vyktų daugiau kūno kultūros pamokų. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo duomenimis 1994 - 2000 metais kelis kartus kartų per savaitę besimankštinančių asmenų daugėjo, tačiau pastaraisiais metais Lietuvoje besimankštinančių žmonių skaičius nuolat mažėjo.

1998 -2010 metų Lietuvos sveikatos programoje buvo teigiama, kad, siekiant skatinti fizinio aktyvumo prieinamumą visiems gyventojų sluoksniams, reikia skatinti judėjimą „Sportas visiems“. Deja, „Sporto visiems“ judėjimas dėl labai riboto finansavimo apsiribodavo renginiais, kurie įtraukdavo tik nežymią dalį gyventojų ar mažų tikslinių dalyvių grupių. Praeito dešimtmečio programoje buvo numatyta stiprinti žinybų bendradarbiavimą fizinio aktyvumo skatinimo srityje, tačiau nebuvo sukurta teisinė ir valdymo sistema, turėjusi užtikrinti tokio bendradarbiavimo būtinybę, koordinavimą ir atsakomybę. Nepakankamas, ar net mažėjantis fizinis aktyvumas kartu su maisto suvartojimo didėjimu lėmė antsvorio, ypač vyrų populiacijoje, problemos aštrėjimą.

Gyventojų fizinio aktyvumo dinamika šalyje yra matuojama epizodiškai. Turimi tyrimų duomenys leidžia teigti, kad nagrinėjamu laikotarpiu jaunesniųjų klasių vaikų fizinis aktyvumas nepasikeitė, o vyresniųjų klasių mokinių, tikėtina, - mažėjo.

Fizinė aplinka

Oras

Lietuva yra prisijungusi prie atmosferos taršai mažinti skirtų Jungtinių Tautų konvencijų ir į savo teisinę bazę yra perkėlus Europos Sąjungos aplinkos sektoriaus direktyvas, reguliuojančias oro kokybę. Lietuva laikosi savo įsipareigojimų ir leidžiamų į atmosferą išmesti teršalų kiekio neviršija. Pastaruosius kelerius metus oro kokybė Lietuvos miestuose buvo tinkama, t. y. per metus užfiksuotas viršijimų skaičius nebuvo didesnis už leidžiamų viršyti dienų skaičių, tačiau 2010 metais beveik visose oro kokybės tyrimų stotyse užfiksuota didesnė kietųjų dalelių vidutinė metinė koncentracija. Kai kuriuose miestuose padidėjo sieros dioksido, azoto dioksido, anglies monoksido koncentracija ore.

Vanduo

Viena iš Lietuvos upių vandens kokybės problemų yra jų užterštumas maisto ir organinėmis medžiagomis, apie kurį liudija padidėjusi bendrojo azoto ir bendrojo fosforo koncentracija vandenyje. Didžiąją bendrojo azoto sudėties dalį sudaro nitratai, kita sudedamoji dalis – amonio junginiai, kurie yra toksiški vandens gyvūnijai. Pagrindiniai upių vandens taršos maisto medžiagomis šaltiniai yra žemės ūkio pasklidę tarša ir miestų nuotekos. Siekiant geros vandens telkinių ekologinės būklės būtina mažinti upių vandens užterštumą šiomis medžiagomis.

Lietuva yra pakankamai turtinga požeminio vandens išteklių, tačiau, didėjant jo suvartojimui, būtina pradėti jį saugoti ir tausoti geriau, nei iki šiol.

Triukšmas

Lietuva sėkmingai įgyvendino direktyvos 2002/49/EB pirmojo etapo įpareigojimus - Europos Komisija dėl triukšmo strateginio kartografavimo ir triukšmo prevencijos veiksnių planų parengimo Lietuvai pastabų nėra pateikusi. Nepaisant to aplinkos triukšmas yra rimta problema Lietuvoje. Kasmet vidutiniškai 10-15 proc. daugėja gyventojų skundų dėl ramybės drumstimo. Aplinkos ir buitinio triukšmo problema Lietuvoje išlieka aktuali. Problemos aktualumą liudija Lietuvos triukšmo strateginio kartografavimo rezultatai ir gyventojų apklausų statistiniai EUROSTAT duomenys. Pagal juos 19,6 proc. Lietuvos gyventojų pažymi, kad kenčia dėl kaimynų ar dėl iš gatvės sklindančio triukšmo (oro ar kita aplinkos tarša skundžiasi mažiau - 13,7 proc. gyventojų).

Sveikatos sektoriaus valdymas

Nors sveikatos sektoriaus valdyme įvyko nemažai teigiamų pokyčių – vertikalčiai decentralizuotas buvęs centralizuotas valdymas, įvyko SPĮ restruktūrizavimas, padidėjo sveikatos reformos priemonių, ligų profilaktikos ir kt. finansavimas - šalyje valstybės lygiu išliko neišspręstų valdymo problemų, tarp tokių - nebuvo įgyvendintas tikslinių sveikatinimo programų - skryningo, prevencinių, paslaugų kokybės ir

prieinamumo gerinimo - monitoringas ir efektyvus valdymas. ES ir pasaulio išsivysčiusių šalių patirtis rodo, jog, vertikalčiai decentralizuojant sveikatos sektoriaus valdymą, išskyla jo horizontalios fragmentacijos pavojus, kuriam mažinti jau dabar reikia imtis reikiamų priemonių.

Sveikatos sektoriaus finansavimas Lietuvoje kito labai nenuosekliai - nuo 1998 iki 2003 metų, šalies ekonomikai kylant, valstybinis sveikatos finansavimas nedidėjo. Tai, kad 1997-2009 metais Lietuvoje nebuvo senajai Europai būdingo sąryšio tarp ekonomikos raidos ir sveikatos finansavimo apimties nulėmė, kad visuomenės sveikatos lygio pokyčiai neatitiko nei sveikatos politikų, nei visuomenės lūkesčių.

Iki šiol nėra efektyvaus bendradarbiavimo tarp sveikatos sektoriaus su kitais valstybės sektoriais propaguojant ir ugdant sveiką visuomenės gyvenimą.

Nors Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti dabartinis aprūpinimas gydytojais yra pakankamas, gydytojai Lietuvos regionuose yra pasiskirstę labai netolygiai. Miestuose dirba didžioji visų gydytojų dalis – daugiau nei 73 proc., kai, tuo tarpu, rajonuose suteikiama 60 proc. visų sveikatos paslaugų, reikalingų vietos gyventojams. Nuo 1997 metų iki 2009 metų padidėjo gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. miesto gyventojų (Kauno apskrityje – daugiau nei 20 proc., Vilniaus apskrityje ir Panevėžio apskrityje – daugiau, kaip 10 proc.), o beveik visose rajonų savivaldybėse (išskyrus Utenos apskritį) – sumažėjo. 2009 metais daugiausia gydytojų dirbo Kauno (52,6/10 000 gyventojų) ir Vilniaus (49,1/10 tūkst. gyventojų) apskrityse, o mažiausiai - kaimiškuose regionuose – Telšių (17,9/10 tūkst. gyventojų), Tauragės (16,4/10 tūkst. gyventojų) ir Marijampolės (20,7/10 tūkst. gyventojų) apskrityse. Geografinis gydytojų skaičiaus pasiskirstymo netolygumas skirtingose savivaldybėse yra dar didesnis.

Vienas iš esminių iššūkių, su kuriuo dėl technologinės pažangos susiduria sveikatos priežiūros sistema, yra didėjanti biofizikos, biochemijos, informacijos kaupimo ir apdorojimo, vadybos ir kitų, nei asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros sričių, specialistų paklausa.

Pirminės sveikatos priežiūros ir kitos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo grandies plėtra yra nepakankama. Išlieka nemažos eilės planine tvarka patekti pas šeimos gydytojus bei gydytojus konsultantus. Rajonuose ir kai kuriose apskrityse konsultacijų kabinetuose trūksta atskirų specialybių gydytojų. Ne visose ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose medicininė įranga yra tinkamo lygio.

Ligų profilaktika

Sveikatos reformų pradžioje vienas iš pagrindinių pertvarkos tikslų buvo sveikatos stiprinimas, ligų prevencijos veiklų efektyvumo didinimas bei šiuolaikinės visuomenės sveikatos principų taikymas. Tačiau pirmąjį Nepriklausomybės dešimtmetį šios sritys (išskyrus imunizaciją, motinos ir vaiko sveikatos apsaugą ir, pastaraisiais metais, alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimą bei traumų keliuose prevenciją) nesusilaukė didesnio valstybės politikų ir sveikatos organizatorių dėmesio. Tai rodo ir vis

mažesnė biudžeto išlaidų dalis, skiriama visuomenės sveikatai – 2009 metais ji, Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis, tesiekė 1,1 procento.

Tarpsektorinis bendradarbiavimas

Silpną programų įgyvendinimo grandimi laikytinas menkai išplėtotas programų tarpsektorinis koordinavimas ir apskritai nepakankamas kitų ūkio sektorių dalyvavimas sprendžiant sveikatos problemas. Dažniausiai buvo vadovaujama tik geranoriškumo principu. Nebuvo sukurtas aiškus tarpsektorinių programų koordinavimo modelis. Beveik visas sveikatos programas koordinuoti buvo paskirta viena institucija - Sveikatos apsaugos ministerija, nors daugelyje sveikatos programų suformuluoti tikslai ir uždaviniai skiriami gerinti ligų profilaktiką ir puoselėti sveiką gyvenimą, o tokių siekių įgyvendinime aktyviai turi dalyvauti ir kitos ministerijos bei žinybos, savivaldybės, gyventojų grupės, bendruomenės ir nevyriausybinės organizacijos. Realiai kitų, nei SAM, institucijų ir organizacijų dalyvavimas yra nepriimtinais menkas. Daugelio sveikatos programų silpnoji vieta yra poveikio sveikatai stebėseną ir vertinimą. Programų planavimo silpnybėmis laikytinas programų finansavimo apimtys ir realaus lėšų poreikio pasiekti planuojamus rezultatus neatitikimas.

1998 – 2010 m. Lietuvos sveikatos programos efektyvumas

Apibendrinant ankstesnės Lietuvos sveikatos programos priemonėmis pasiektų rezultatų vertinimą galima teigti, kad dalį iškeltų tikslų pavyko pasiekti: padidėjo vidutinė gyvenimo trukmė, sumažėjo kūdikių mirtingumas, sergamumas tuberkulioze. Vertinant 1998 – 2010 m. Lietuvos sveikatos programą ilgalaikės sveikatos politikos kontekste galima konstatuoti, kad, nepaisant nesėkmių vienoje ar kitoje visuomenės sveikatos gerinimo srityje atskirais metais ar laiko periodais, šalies visuomenės sveikatos lygio rodiklių dinamika visose srityse keitėsi norima linkme.

Nelaimingų atsitikimų ir traumų, mirtingumo nuo piktybinių navikų ir širdies kraujagyslių ligų siektų rodiklių nepavyko pasiekti. Tikėtina, kad užsibrėžti tikslai būtų buvę pasiekti, jei nacionalinės reikšmės profilaktinės programos, finansuotos iš PSDF, būtų pradėtos vykdyti anksčiau, nei 2004 metais, o traumatizmo profilaktikos ir alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimo priemonės kiti sektoriai būtų pradėję vykdyti anksčiau.

Iššūkiu valstybės sveikatos politikai išlieka visuomenės psichikos sveikatos būklė ir socialinė atskirtis bei sveikatos netolygumai, taip pat ir sveikatos ugdymo priemonių, prailginančių sveiko gyvenimo trukmę, pernelyg mažas efektyvumas.

1998 – 2010 metų Lietuvos sveikatos programos išskelti uždaviniai ir pasiekimų rezultatai

Tikslas	Rezultatas, 2009 – 2010 m.
Prailginti vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 m.	Pasiektas (73,45 m.)
Sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc.	Pasiektas (beveik 2 kartus didesnis rodiklis, nei planuotas)
Sumažinti sergamumą tuberkulioze 30 proc.	Pasiektas
Sumažinti mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc.	Beveik pasiektas (sumažintas 25 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumą nuo piktybinių navikų 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 13 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 metų žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 11,8)
Sumažinti vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio 15 proc.	Beveik pasiektas (sumažėjo 13 proc.)
Sumažinti jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų 15 proc.	Nepasiektas (sumažėjo tik 5,6 proc.)
Iki 2005 m. stabilizuoti sergamumą psichinėmis ligomis	Nepasiektas (padidėjo 13 proc.)
Sumažinti savižudybių skaičių iki 25 atvejų 100000 gyventojų	Nepasiektas (sumažėjo tik iki 31,5 atvejo 100000 gyventojų)
Sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio 15 proc.	Nepasiektas (sumažėjo tik 5,8 proc.)
Sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc.	Nepasiektas

4. Lietuvos sveikatos programos vertybiniai principai

Europos sveikatos asamblėjos PSO regioninio komiteto 61-je sesijoje patvirtintas dokumentas atkreipia dėmesį į esminę vertybių sistemą, kuria turėtų būti grindžiamas kiekvienos Europos šalies sveikatos sistemos funkcionavimas. Tarptautiniai socialinių sveikatos sutrikimų priežasčių tyrimai įrodo, jog, nemažinant socialinių netolygumų bei sveikatos skirtumų tarp atskirų gyventojų socialinių grupių, neįmanoma pasiekti tinkamų visuomenės sveikatos rodiklių. Lietuvos sveikatos programa pripažįsta PSO Europos regiono naujosios sveikatos politikos „Sveikata 2020“ vertybinę sistemą ir, nustatydamą tikslus, kryptis ir priemones, taiko šias principines nuostatas:

- 1) visuotinę aprėptį;

- 2) teisumą sveikatos santykiuose;
- 3) sveikatinimo ir sveikatos priežiūros prieinamumą;
- 4) solidarumą įgyvendinant priemones;
- 5) sistemos tvarumą;
- 6) visuomenės dalyvavimą priimant sprendimus;
- 7) orumą visuose sveikatinimo ir sveikatos priežiūros etapuose;
- 8) diskriminavimo panaikinimą;
- 9) skaidrumą priimant ir įgyvendinant sprendimus;
- 10) atskaitomybę.

Siekiant visuomenės geresnės sveikatos Lietuvos sveikatos programa vadovaujasi PSO Europos regiono komiteto 61-je sesijoje priimtoje rezoliucijoje EUR/RC61/R1 įvardintais sveikatos politikos orientyrais, iš kurių prioritetiniais laiko šiuos:

- 1) bendrą darbą sveikatos labui skatinant sveikatos ir gerovės siekį, mobilizuojant visus šalies socialinės -ekonominės sąrangos sektorius bei partnerius mažinti socialinius sveikatos skirtumus ir socialinę atskirtį;
- 2) efektyvesnį sveikatos sistemos valdymą siekiant sveikatai palankių sprendimų visose politikos srityse, paverčiant sveikatos siekį tvaraus šalies vystymosi įrankiu, tampančiu tokiu tuomet, kai kiti sektoriai žino ir savo veiklą vykdo nedarydami neigiamo poveikio visuomenės sveikatai;
- 3) sveikatos srities žinių sklaidą ir inovacijų plėtrą, mokslinių tyrimų plėtrą formuojant sveikatos politiką, sveikatos priežiūros ir kitų specialistų gebėjimų ir kompetencijos didinimą, inovacijų plėtrą gerinant visuomenės sveikatą.

LSP 2020, pripažindama demokratinei ir pilietinei visuomenei būdingas vertybes, laikosi daugelio tarptautinių iniciatyvų: Alma-Atos deklaracijos (1978), Otavos chartijos (1986 m.), Džakartos deklaracijos (1997 m.), Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijos (1989 m.), Lisabonos strategijos (2000 m.), ES visuomenės sveikatos strategijos (2008-2013 m.) (2007), Europos pacientų teisių chartijos (2002), Šeštosios aplinkosaugos veiksmų programos „Aplinka 2010 m.: mūsų ateitis, mūsų pasirinkimas“ (Sprendimas Nr. 1600/2002/EB), PSO Vaikų ir paauglių sveikatos ir vystymosi strategijos (2005), PSO "Sveikata XXI amžiuje" politikos pagrindų (1998), ES ir PSO bendros strategijos "Sveikata visose politikos srityse" (2007), Europos Komisijos Visuomenės sveikatos programos (2008-2013 m.) "Kartu sveikatos labui" (2007), PSO Talino chartijos (2008), Penktosios ekonominės ir socialinės sanglaudos pažangos ataskaitos „Augantys regionai, auganti Europa“ ir kitų tarptautiniu mastu pripažintų sveikatos politikai aktualių dokumentų nuostatų. Taip pat ir toliau laikomasi Lietuvos

nacionalinės sveikatos koncepcijos nuostatų, sveikatos sistemos plėtros kryptių, numatytų Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje, Lietuvos ūkio (ekonomikos) plėtros iki 2015 metų ilgalaikėje strategijoje, Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje, Nacionalinėje reformų darbotvarkėje Europa 2020, Lietuvos Pažangos strategijoje „Lietuva 2030“, Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse.

5. Visuomenės sveikatos vystymo strateginiai tikslai, siekiniai ir strateginės kryptys

LSP 2020 yra parengta remiantis geraja tarptautine praktika ir šalies patirtimi gerinant visuomenės sveikatą, bei panaudojant mokslo įrodymais pagrįstas išvadas ir siūlymus.

Programos tikslai ir uždaviniai yra pasirinkti atsižvelgiant į PSO ir Europos visuomenės sveikatos strategijų rekomendacijas bei į vertybes, būdingas šiuolaikinei demokratinei pilietinei visuomenei, taip pat į nustatytą Lietuvos visuomenės sveikatos problemų mastą.

Pagrindinis tikslas

Lietuvos sveikatos programos 2020 pagrindinis (strateginis) tikslas – pasiekti, kad 2020 metais šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau.

Siektini rodikliai

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo apskaičiuota darant prielaidą, kad šis tikslas turi būti ne tik pasiekiamas, bet ir pakankamai ambicingas. Atlikus statistinę ES šalių VGT kitimo 1970-2009 m. analizę ir įvertinus, kiek pasikeitė VGT trukmė atskirose ES šalyse nuo tose šalyse pasiekto 73 m. VGT lygio per 10 m. laikotarpį, buvo apskaičiuota vidutinė VGT pailgėjimo reikšmė per 10 m. laikotarpį ES šalyse – apie 2,5 metai. Remiantis šiais skaičiavimais numatoma, kad iki 2020 metų bendroji vidutinė tikėtina sveiko gyvenimo trukmė Lietuvoje turėtų padidėti ne mažiau kaip dvejais metais, o vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pasiektų 76 metų amžiaus ribą.

LSP tikslų įgyvendinimo rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT), metai	73,45	74,5	76,0
Vidutinė sveiko gyvenimo trukmė (SVGT) vyrai/moterys	57,0/60,9 (2009 m.)	58/62	59/63
Skirtumas tarp vyrų ir moterų VGT, metai	10,8 metų	9,5	8,0
Skirtumas tarp miesto ir kaimo gyventojų VGT, 2009 m., metai	3,08	2,5	2,0

Lietuvos gyventojų bendrosios vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimo bus siekiama visų pirma palapsniui mažinant ankstyvųjų (iki 65 m. amžiaus) mirčių, o taip pat ilginant sveiko gyvenimo trukmę, t.y. atitolinant ligų atsiradimą bei jų lemiamas mirtis. Kadangi šie rodikliai apskaičiuojami iš nacionalinės mirčių statistikos duomenų, žemiau pateikiama lentelė, kurioje parodomos labiausiai VGT įtakojančios mirčių priežastys, t.y. tai, kas labiausiai trumpina VGT Lietuvoje.

Prarasti* dėl ankstyvų (iki 65 m. amžiaus) mirčių gyvenimo metai Lietuvos populiacijoje 2010 m.

Mirties priežastys	Prarasti gyvenimo metai**	Proc. nuo visų priežasčių	Mirčių skaičius **	Vidutinė gyvenimo trukmė**
Visos mirtys iki 65 metų	283119	100	12150	50,15
Išorinės priežastys	91375 (1)	32,27	3122 (2)	44,18 (1)
Kraujotakos sistemos ligos	66933 (2)	23,64	3557 (1)	51,63 (5)
Piktybiniai navikai	50336 (3)	17,78	2628 (3)	54,30 (9)
Virškinimo sistemos ligos	26471 (4)	9,35	1191 (4)	51,22 (4)
Kvėpavimo sistemos ligos	7211 (5)	2,55	345 (5)	52,55 (6)
Infekcinės ligos	7204 (6)	2,54	277 (6)	47,44 (3)
Nervų sistemos ligos	6840 (7)	2,42	244 (7)	45,42 (2)
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	1983 (8)	0,70	117 (8)	56,50 (10)
Diabetas	1514 (9)	0,53	78 (9)	54,04 (8)
Urogenitalinės sistemos ligos	1218 (10)	0,43	59 (10)	52,81 (7)

*Skaičiuotas skirtumas nuo 2010 m. pasiekto bendrosios VGT rodiklio - 73,45 metų

**Skiaustuose suranguota pagal prarastus gyvenimo metus, mirčių skaičių ir VGT

Akivaizdu, jog labiausiai Lietuvos gyventojų VGT trumpina išorinės mirties priežastys. Jų, kaip ir daugumos kitų mirties priežasčių, tvarkymui nepakanka sveikatos sektoriaus pastangų ir veiksmų. Pagal problemos apimtį, t.y. pagal absoliutų mirčių skaičių pirmojoje pozicijoje atsiranda kraujotakos sistemos ligų lemtos mirtys. Žemiau pateikiamojoje lentelėje duomenys rodo, jog LSP 2020 įgyvendinimo pasėkoje pasiekus ES-12 2009 mirtingumo rodiklių lygmenį, potencialiai daugiausia gyvybių bus išsaugota dėl kraujotakos sistemos ligų prevencijos ir kontrolės.

Siektinas išsaugotų gyvybių skaičius, mažinant pagrindinių priežasčių lemiamą mirtingumą

Mirties priežastys	Išsaugotų gyvybių skaičius		
	2011-2015	2016-2020	Iš viso
Kraujotakos sistemos ligos	3839	11518	15357
Išorinės mirties priežastys	2539	7616	10155
Piktybiniai navikai	892	2675	3567
Virškinimo sistemos ligos	456	1368	1825
Infekcinės ir parazitinės ligos	233	698	931
Iš viso	7 960	23 875	31 835

Vien šių penkių nozologinių sveikatos problemų mokslinius įrodymais grindžiamas tvarkymas leistų išsaugoti daugiau nei 30 tūkstančių gyvybių. Tarptautinė bei nacionalinė patirtis rodo, jog LSP strateginio tikslo ir uždavinių įgyvendinimas bus užtikrintas, jeigu:

- ◆ bus siekiama didesnio sveikatos sistemos veiksmingumo, kitiems šalies socialinės-ekonominės sąrangos sektoriams įsipareigojant labiau atsižvelgti į šalies gyventojų sveikatos poreikius;
- ◆ bus didinamas sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumas.

Be šių sąlygų užtikrinimo LSP 2020 pagrindinio tikslo pasiekimas išlieka abejotinas. Ypač svarbi pirmoji, kadangi, jei gyventojų sveikatinimas liks daugiausiai tik sveikatos priežiūros sektoriaus rūpestis, sergamumo ir traumatizmo masto esminio sumažinimo, net ir toliau didinant sveikatos priežiūros efektyvumą, pasiekti nepavyks.

LSP 2020 strateginės kryptys

Geroji tarptautinė praktika ir Lietuvos patirtis, sukaupta įgyvendinant ankstesnę Lietuvos sveikatos programą rodo, kad tvarų šalies gyventojų sveikatos lygio pagerėjimą galima užtikrinti kompleksiskai panaudojant visus pagrindinius sveikatinimo veiksmus pagal 4 strategines kryptis:

- ◆ saugesnės socialinės aplinkos kūrimo, sveikatos netolygumų ir socialinės atskirties mažinimo;
- ◆ sveikesnės darbo ir fizinės aplinkos kūrimo;
- ◆ sveikesnės gyvenamosios ir jos kultūros formavimo;
- ◆ kokybiškesnės ir efektyvesnės asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros kūrimo.

6. Sveikatos programos įgyvendinimo priemonės

Lietuvos sveikatos programa 2020 skelbia ambicingą tikslą - pasiekti, kad šalies gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė (VGT) padidėtų iki 76 metų amžiaus. Norint per dešimtmetį šalies gyventojų VGT prailginti beveik 2,5 metų, kai per praėjusius dvidešimt nepriklausomybės metų VGT išaugo maždaug 1,5 metų, būtina *modernizuoti sveikatinimo institucinę struktūrą*.

Sveikatinimo institucinės struktūros modernizavimas, siekiant užtikrinti šalies gyventojų ilgesnį ir kokybiškesnį gyvenimą, turi apimti:

- ◆ Teisinio reguliavimo plėtrą
- ◆ Valstybės valdymo institucijų kompetencijų tiesioginį susiejimą su sveikatinimo tikslais
- ◆ Materialinių ir finansinių išteklių, reikiamų apsibrėžtiems sveikatinimo tikslams pasiekti, gausinimą

Teisinio reguliavimo plėtra – institucinis gyvenimo trukmės ilginimo pagrindas

Visuomenės sveikatos saugos priemonės yra skirtos visuomenės ar atskirų gyventojų grupių sveikatai apsaugoti nuo visuomenės sveikatai kenksmingų veiksnių poveikio. Visuomenės sveikatos stiprinimo priemonės padeda gausinti bei racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius.

1990-2011 metais priimtuose teisės aktuose yra reglamentuoti visuomenės *sveikatos saugos* bendrieji principai bei visuomenės *sveikatos stiprinimo* subalansuota plėtra. LSP 2020 įgyvendinimas turi tapti šių nuostatų, atitinkančių gerąją tarptautinę praktiką, nuoseklus vystymo etapu. LSP 2020 įgyvendinti būtina pildyti teisės aktus šiomis kryptimis:

- ◆ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme, kaip pamatiniame įstatyme, turėtų būti išsamiau apibrėžti sveikatos stiprinimo teisiniai pagrindai, į teisumą orientuotų priemonių garantijos ir jų poveikio sveikatai vertinimo privalomumas;
- ◆ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme, kaip pamatiniame įstatyme turi būti reglamentuoti įpareigojimai valstybės valdymo institucijoms, savivaldybėms dalyvauti sveikatinimo veikloje, apibrėžiant Vyriausybės įstaigų, ministerijų kompetenciją, savivaldybių (teises, pareigas, atsakomybę, skatinimo ir sankcijų mechanizmus) sveikatinimo reikalų klausimais, ypatingą dėmesį skiriant sveikatos rizikų valdymui. Pastarųjų metų patirtis (investuojama į saugesnius kelius, sporto aikštynus, turizmo trasas) rodo, kad valstybinio valdymo institucijos ne tik kontroliuoja rizikos veiksnius, bet ir tiesiogiai kuria sveikatai palankią aplinką. Tai būtina toliau reguliuoti;
- ◆ teisės aktuose išsamiau reglamentuoti LR sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų kompetencijų bei atliekamų funkcijų turi atsirasti nuorodos į sveikatinimo veiklą, ilgesnio ir kokybiškesnio gyvenimo užtikrinimą;
- ◆ Siekti, kad atliekant esminių pokyčių valstybėje poveikio vertinimą, būtų visada atliekamas poveikio visuomenės sveikatai vertinimas.

Europos Sąjungos teisėje įtvirtinta nuostata „Sveikata visose srityse“ turi tapti Lietuvos teisės esminiu bruožu.

Valstybės valdymo institucijų kompetencijų tiesioginis susiejimas su sveikatinimo tikslais – būtina sėkmingo LSP įgyvendinimo prielaida

Kompetencijų, susijusių su ilgesniu ir kokybiškesniu gyvenimu, įteisinimas yra reikšminga, bet nepakankama sąlyga tam, kad šalies gyventojų VGT išaugtų iki 76 metų. Lietuvos Respublikos Seimas nustato šias efektyvaus sveikatinimo sistemos valdymo gerinimo priemones:

- ◆ Valstybinio valdymo optimizavimas, mažinant valstybinio valdymo institucijų funkcijų dubliavimąsi ir išgryninant šių institucijų atsakomybę už sveikatinimo veiklos rezultatus;
- ◆ Valstybinio valdymo institucijų darbuotojų kvalifikacijos (ypač strateginio programinio valdymo srityje) kėlimas ir spartus informacinių technologijų diegimas, siekiant, kad valstybės valdymo

institucijos sugebėtų kokybiškai perkelti LSP suformuluotus tikslus ir uždavinius į konkrečių priemonių lygmenį bei šias priemones sėkmingai įgyvendinti;

- ◆ esminiu valstybinio sveikatinimo proceso valdymo plėtros elementu tampa gebėjimų - iš kaimynų mokytis gerosios patirties, iš nacionalinių ir tarptautinių duomenų bazių semtis informacijos apie sveikatinimo priemones, kurių efektyvumas yra mokslo pagrįstas, trūkstamą informaciją generuoti, užsakant mokslinius tyrimus – ugdymas;
- ◆ pagrindiniais sveikatos sistemos valstybės valdymo institucijų ir šių institucijų vadovų sėkmingo darbo rodikliais turi tapti realūs šalies gyventojų sveikatos pokyčiai (mirtingumo, sergamumo, invalidumo mažėjimas) ir teigiami sveikatinimo veiksnių pokyčiai. Šiuo metu dažniausiai naudojami šių organizacijų darbo vertinimo rodikliai - parengtų dokumentų skaičius, atliktų patikrinimų skaičius, pajamų ir išlaidų subalansavimas - turi išlikti kaip papildantieji pagrindinius rodiklius.

Materialinių ir finansinių išteklių, reikiamų sveikatinimo tikslams pasiekti, gausinimas

LSP 2020, nustatydamą tikslus, atsižvelgia į šias sveikatinimo veiklos išteklių gausinimo galimybes:

- ◆ 1994 metais Lietuvos Respublikos Seimas priimdamas Sveikatos sistemos įstatymą gyventojų sveikatą įvardijo “didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė”. Ši įstatymo nuostata atitinka ne tik politikų, bet ir daugumos šalies gyventojų, kurie savo kasdieninius sprendimus daro atsižvelgdami į šių sprendimų poveikį sveikatai, nuostatas. Šalies gyventojų pajamų augimas įgalina namų ūkius daugiau lėšų skirti kokybiškai mitybai, sveikesniam būstui, saugesniam transportui bei laisvalaikiui, vadinasi, vykstant ekonomikos plėtrai, stiprėja gyventojų sveikata. Vienas iš esminių LSP tikslų yra užtikrinti, kad keistųsi namų ūkių preferencijos: mažėtų sveikatai žalingo ir augtų sveikatą stiprinančio vartojimo santykinis reikšmingumas. Šis pokytis nereikalauja daug valstybės išlaidų, bet gali užtikrinti beveik pusę Lietuvos gyventojų sveikatos pagerėjimo 2012-2020 metais;
- ◆ Valstybės išlaidos socialinei apsaugai, viešajai tvarkai, švietimui, transporto saugumui, gamtos apsaugai yra reikšmingos susirgimų ir dėl ne medicininių priežasčių atsirandančių sveikatos sutrikimų prevencijai, o jų augimas yra lygus gyventojų sveikatos stiprinimui;
- ◆ Vverslo investicijos į sveikatą apima priemones darbo sąlygoms gerinti ir darbo saugai stiprinti, produktų kokybei ir vartotojų saugai užtikrinti. Dauguma įmonių turi dar neišnaudotų rezervų investicijoms į sveikatą, į kuriuos turėtų atsižvelgti 2012-2020 metais;
- ◆ Valstybės išlaidos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugoms ir medicinos prekėms yra reikšmingos visose sveikatinimo stadijose (sveikatos stiprinimui, susirgimų prevencijai, ligų diagnostikai ir gydymui). Europos Sąjungos šalių praktika rodo, kad augant ekonomikai,

bendrosios išlaidos (valstybės ir privačių išlaidų suma) sveikatos apsaugai auga sparčiau nei ekonomikos augimas matuojamas bendrojo vidaus produktu, o Lietuvos valstybės finansavimo dalis bendrosiose išlaidose sveikatos apsaugai pastaruosius kelis dešimtmečius nesikeičia, sudarydama apie 75 procentus bendrųjų išlaidų sveikatos apsaugai. Santykinai spartesnis nei bendrojo vidaus produkto sveikatos išlaidų augimo tempas yra paaiškinamas populiacijos senėjimu bei jų poreikių struktūros pokyčiais. Lietuva 2012-2020 metais turėtų užtikrinti bendrojo vidaus produkto ir sveikatos apsaugos išlaidų santykį, būdingą daugumai Europos Sąjungos valstybių.

Bendrosios namų ūkių, verslo ir valstybės investicijos į sveikatą 2012-2020 metais turi padidėti. Papildomų investicijų rezultatas bus ilgesnis ir sveikesnis Lietuvos žmonių gyvenimas. Savo ruožtu, sveikesnis žmonių gyvenimas reiškia produktyvesnę darbo jėgą, konkurencingesnį lietuvišką verslą. Stiprėjanti šalies gyventojų sveikata, mažesnis mirčių (ypač darbingo amžiaus žmonių) skaičius yra vienas iš esminių atsakų į demografinius ir ekonominius Lietuvos nūdienos iššūkius.

Sveikatos programos įgyvendinimo priemonės pagal LSP 2020 strategines kryptis

I. Saugesnė socialinė aplinka, sveikatos netolygumų ir socialinės atskirties mažinimas - valstybinių institucijų, nevyriausybinių organizacijų ir verslo indėlis gerinant sveikatą

Šalies socialinės apsaugos sistema užtikrina socialinę rimtį Lietuvoje, bet ne visiems šalies gyventojams suteikia pasitikėjimą ateitimi. 2000 – 2010 metais didėjusi socialinė diferenciacija lėmė sveikatos skirtumų augimą tarp išsilavinusių, stabilias aukštas pajamas turinčių gyventojų ir tarp tų gyventojų, kurių išsilavinimas neatitinka nūdienos darbo rinkos reikalavimų, o pajamos yra nereguliarios ir mažos, tarp šeimoje gyvenančių ir vienišų žmonių.

Didėjant asmeninėms pajamoms ir statusui socialinės hierarchijos sistemoje, kaip taisyklė, gerėja ir gyventojų sveikata. Mažas pajamas ir žemą socialinį statusą turintys asmenys patiria ekonominius nepriteklus, psichologines ir socialinio saugumo problemas, ypač tuo atveju, kai esanti šalyje socialinės apsaugos sistema negali užtikrinti gyvenimo sąlygų, turi mažiau palankias sveikos gyvensenos formavimosi galimybes.

Sveikatos sistemos įstatymo (4 str.) nuostata, kad pirmiausiai reikia “mažinti atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio”. yra integrali Lietuvos sveikatos programos 2020 nuostata.

Strateginiai uždaviniai, sprendžiant socialinės atskirties ir sveikatos netolygumų mažinimą bei stiprinant socialinę apsaugą Lietuvoje

- ◆ Sumažinti skurdo lygį
- ◆ Padidinti gyventojų užimtumą ir sumažinti bedarbystę (ypač ilgalaikę)
- ◆ Sumažinti socialinę-ekonominę gyventojų diferenciaciją
- ◆ Skatinti solidarių bendruomenių formavimąsi

(Koordinuoja SADM ir ŪM)

Daugiasektorinės veiklos šalies gyventojų sveikatos labui efektyviam įgyvendinimui yra būtinas visų šalies valdžios lygių politinis įsipareigojimas koordinuotam darbui, tarptautinėje erdvėje įvardinamas kaip „sveikata visose politikos srityse“ ir „visos vyriausybės“ darbas.

Socialinės apsaugos plėtros priemonės yra apibrėžiamos specialiuose ilgalaikio planavimo dokumentuose. LSP rėmuose nustatomi siektinų rodiklių, turinčių stipriausias sąsajas su sveikata, pokyčiai bei konkrečios priemonės, kurių įgyvendinimo poveikis šalies gyventojų sveikatai yra pagrįstas moksliniais įrodymais.

Saugesnė socialinė aplinka ir siektini rodikliai

Rodiklis	2010	2020	Informacijos šaltinis
Žemiau skurdo ribos (po socialinių išmokų) gyvenantys asmenys, tūkst.	672 tūkst.	170 tūkst.	EUROPA 2020
Asmenų kuriems gresia skurdo, ar socialinės atskirties rizika, dalis	33,4	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	EUROSTAT
Pajamų pasiskirstymo koeficientas (S80/S20) (turtingiausių/neturtingiausių gyventojų kvintilių santykis)	7,6	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	EUROSTAT LIETUVOS PAŽANGOS STRATEGIJA „LIETUVA 2030“, projektas
Ilgalaikis nedarbas, proc. nuo darbo jėgos	7,4	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	EUROSTAT
Vidutinis nedarbo lygis	17,8	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	EUROSTAT
20–64 m. amžiaus gyventojų užimtumas, %	64,4	72,8 %	EUROPA 2020
30–34 m. gyventojų, turinčių aukštąjį ir aukštesnįjį išsilavinimą, dalis	43,8 proc.	Nemažinti pasiekto lygio	EUROPA 2020
Benamių skaičius, (procentas)	Duomenys bus skelbiami apibendrinus gyventojų surašymo rezultatus	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	Statistikos departamentas; apklausos
Vaikų, gyvenančių socialinės rizikos šeimose, skaičius	23335	Sumažinti 50 procentų	Statistikos departamentas
Dalis gyventojų, apdraustų ir apsidraudusių sveikatos draudimu	Tikslių duomenų nėra	100 proc.	Atrankinis tyrimas

Socialinės apsaugos veiksnių, turinčių stipriausią įtaką sveikatai, pokyčių įgyvendinimui būtinos šios tarpžinybinės programos:

- Savižudybių prevencijos programa, numatanti visų amžiaus grupių gyventojų tikslines socialinės apsaugos, švietimo mokymosi įstaigose ir bendruomenėse, psichologinės ir sveikatos priežiūros priemones, smurto, psichologinės prievartos šeimoje ir už jos ribų prevencijos priemones;
- Šalčio poveikio prevencijos programa, numatanti viešąsias paslaugas teikiančių valstybės ir savivaldybės institucijų bendradarbiavimą su nevyriausybinėmis organizacijomis, aktyvų

bendruomenių atstovų įjungimą įgyvendinant mirties atvejų dėl sušalimų profilaktikos priemones.

Programų įgyvendinimo stebėseną bei ataskaitas turėtų būti rengiamos kasmet ir pateikiamos vertinti Vyriausybei, ar jos įgaliojimai institucijai.

Tvaresnė socialinė apsauga – radikalaus savižudybių skaičiaus sumažinimo pagrindas

Lietuva jau tris dešimtmečius yra tarp Europos “lyderių” pagal savižudybių skaičių. Ši ilgalaikė skaudi problema diktuoja būtinybę visuomenei sutelktai spręsti savižudybių problemą. LSP 2020 nustato šiuos savižudybių skaičiaus mažinimo principus ir priemones:

- ◆ *Saugi vaikystė.* Priemonės psichologiniams konfliktams šeimose švelninti ir fiziniam smurtui prieš šeimos narius užkardinti saugo kūdikių ir vaikų psichinę sveikatą.
- ◆ *Saugi paauglystė.* Mokinių ir mokytojų santykių harmonizavimas bei patyčių mokykloje ir gatvėje kontrolė, psichologinių konfliktų šeimose švelninimas ir fizinio smurto prieš šeimos narius užkardinimas saugo paauglių psichinę sveikatą. Profesionalios psichologų ir medikų pagalbos prieinamumas (telefoninio ar elektroninio ryšio, tiesioginio kontakto su specialistais formomis) mažina riziką jaunai asmenybei besikaupiančias problemas spręsti pasirenkant savižudybę.
- ◆ *Saugi pilnametystė.* Lietuvoje 2000-2007 metais stebimas žymus savižudybių skaičiaus mažėjimas (beveik 1,5 karto) statistiškai tiksliausiai paaiškinamas ekonomikos augimo nulemtu užimtumo augimu ir bedarbystės mažėjimu. Skirtingų šalių situacijų palyginimai rodo, kad gyventojų psichologinę būseną veikia ne tik padėtis darbo rinkoje, bet ir socialinės garantijos netekus darbo. Tose šalyse, kurių socialinės apsaugos sistemos palankios netekusiems darbo, savižudybių skaičiaus dinamika yra silpniau susieta su nedarbo lygio kitimu, nei tose šalyse, kuriose socialinės garantijos netekus darbo yra saikingos. Lietuva, kurioje 2010 metais bedarbio pašalpas gavo mažiau nei 20 procentų Darbo biržoje registruotų bedarbių, yra viena iš paskutiniųjų tarp šalių su saikingomis socialinėmis garantijomis. Profesionalios psichologų ir medikų pagalbos prieinamumas, taip pat alkoholio vartojimo mažinimui skirtos priemonės yra labai svarbios saugios pilnametystės sudėtinės dalys. Reikšmingas savižudybių prevencijos elementas yra sutelktas medicinos bendruomenės, bažnyčios, kultūros ir meno žmonių bei žiniasklaidos kalbėjimas apie gyvenimo grožį ir vertę.
- ◆ *Saugi senatvė.* Lietuvoje dažniausiai žudosi darbingo (45-59 metų) amžiaus žmonės, o “senosiose” ES valstybėse garbaus amžiaus sulaukę asmenys (virš 75 metų). Šios amžiaus grupės sveikatos lygį kompleksiskai veikia pensijų sistemos išsivystymo lygis, psichologinė ir klinikinė sveikatos priežiūra.

Saugios vaikystės, pilnametystės ir senatvės klausimus Lietuvoje koordinuoja keturios ministerijos (SADM, SAM, ŠMM, VRM), kurios pastaraisiais metais užtikrino teigiamus pokyčius atskiruose savižudybių profilaktikos baruose: SADM daug investuoja į socialinės paramos plėtrą, SAM pasiekė tarptautinę praktiką atitinkančių rezultatų medikamentinio psichikos ligų gydymo srityje, ŠMM užtikrino proveržį patyčių mokyklose prevencijoje. Kita vertus, nė viena iš minėtų ministerijų pastaraisiais metais netapo ryškia lydere kompleksiško skaudžios savižudybių problemos sprendimo srityje. Į savižudybių prevenciją orientuotos programos buvo trumpalaikės ir labai saikingai finansuojamos. Nors jau daugiau nei dešimtmetį Lietuvoje veikia jaunimo konsultacijų telefonu programos, neapsisprendžiama, ar tai tik laikinas eksperimentas, ar sudėtinė ir neatskiriama sveikos gyvensenos sistemos dalis. Siekiant užkirsti kelią savižudybėms, prievartai, psichologinėms krizėms būtina įgyvendinti šiuolaikinėmis mokslo žiniomis pagrįstas visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo, sutrikimų prevencijos priemones. Atsižvelgiant į socialinės apsaugos priemonių kompleksškumą ir šių priemonių ilgalaikį poveikį sveikatai yra būtina parengti tarpinstitucinę ilgalaikę savižudybių prevencijos programą, numatančią socialinės visų amžiaus grupių gyventojų apsaugos, smurto šeimoje, mokymosi įstaigose ir bendruomenėje prevencijos, gyventojų švietimo, psichologinės ir medicininės priežiūros priemones. Ši programa bendram darbui dėl saugesnės ir sveikesnės, labiau gyvenimą vertinančios bendruomenės turi suburti socialinės, sveikatos apsaugos, švietimo ir vidaus reikalų institucijas, savivaldybes, nevyriausybinės organizacijas.

Tarpžinybines programas koordinuoja ir už jų įgyvendinimą atsiskaito SADM, VRM, JMM, SAM.

LSP 2020 nustato šiuos savižudybių skaičiaus mažėjimo siektinus rodiklius:

Siektinas mirčių atvejų pagal amžių ir mirtingumo sumažėjimas dėl savižudybių bei išsaugotų gyvybių skaičius

Amžiaus grupės	2010	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
0-14	2	2	1	4
15 - 29	158	112	67	456
30 - 44	267	191	114	764
45 - 59	346	259	173	866
60 - 74	155	120	85	352
75+	90	70	50	199
Viso	1018	754	490	2642
Mirtingumas dėl savižudybių, SDR 100 tūkst. gyv.	31,47*	Sumažinti 30 proc.	Pasiekti ES-12 šalių vidurkį	

*Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys

LSP įgyvendinimas turi užtikrinti nustatytų savižudybių skaičiaus mažėjimą kiekvienais metais.

Solidarių bendruomenių formavimas – kelias netolygumams mažinti ir minimizuoti dėl šalčio įvykstančias sveikatos netektis

Šeimos, draugų, gyvenamosios bendruomenės parama turi teigiamos įtakos sveikatai. Tokie socialinės paramos tinklai, pasitikėjimas visuomene ir aplinkiniais labai padeda spręsti iškylančias gyvenime problemas, pasijusti svarbiu bendruomenės nariu, didina pasitenkinimą gyvenimu, turėti įtakos sveikai gyvensenai ir padeda apsisaugoti nuo sveikatos problemų bei gali sumažinti išvengiamą mirtingumą.

Iki šiol sveikatos sutrikimų dėl šalčio poveikio problema nesulaukė plataus politikų ir visuomenės dėmesio. Lietuvoje, nepasiziūminčioje itin atšiauriu klimatu, kasmet dėl šalčio poveikio miršta apie 400 žmonių. Sušalimų skaičiumi (absoliučiais skaičiais) Lietuva prilygsta Lenkijai, t.y., šaliai, kurioje gyvena beveik 12 kartų daugiau žmonių. Pastaraisiais metais sušalimų skaičius Lietuvoje augo. 2010 m. dėl natūralaus šalčio poveikio Lietuvoje mirė daugiau žmonių nei žuvo kelių eismo įvykiuose. Lietuva turi radikaliai ir sparčiai spręsti sveikatos sutrikimų dėl natūralaus šalčio poveikio.

LSP 2020 nustato šias sveikatos sutrikimų dėl natūralaus šalčio poveikio skaičiaus mažinimo priemones:

- alkoholio ir narkotikų vartojimo mažinimas;
- bendruomenės atstovų ir viešojo sektoriaus pareigūnų dėmesys koordinaciją praradusiems asmenims;
- socialinių ir medicininių paslaugų tinklo socialiai pažeidžiamiems asmenims išlaikymas;
- nuotolinės sveikatos kontrolės sistemų asmenims su aukšta infarktų, insultų, epilepsijos priepuolių ir kitų reikšmingų sveikatos sutrikimų rizika diegimas.

Tarpžinybines programas koordinuoja ir už jų įgyvendinimą atsiskaito VRM, SAM, SADM.

LSP 2020 nustato šiuos mirusiųjų dėl šalčio poveikio skaičiaus mažėjimo siektinus rodiklius:

Siektinas mirčių skaičiaus pagal amžių ir mirtingumo dėl šalčio poveikio sumažėjimas bei išsaugotų gyvybių skaičius

Amžiaus grupės	2010	2015	2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
15 - 29	9	1	1	61
30 - 44	46	11	6	277
45 - 59	156	24	13	1019
60 - 75	142	16	8	966
Virš 75	36	9	5	212
Viso	389	60	33	2535
Mirtingumas dėl šalčio poveikio, SDR 100 tūkst. gyv., 2009 m.	9,45*	Sumažinti 5 kartus	0,8**	

*Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys

** Planuojama pasiekti mirtingumo rodiklio reikšmę, kuri būtų artima kaimyninės šalies – Lenkijos atitinkamam rodikliui (Lenkijoje asmenų, mirusių dėl šalčio poveikio skaičius yra panašus, kaip ir Lietuvoje).

Vyriausybė, rengdama LSP 2020 įgyvendinimo planą (Visuomenės sveikatos strategiją), turi numatyti Seime patvirtintų šalčio poveikio skaičiaus mažėjimo rodiklių regioninį detalizavimą.

II. Sveika darbo ir fizinė aplinka

Įgyvendinant darbuotojų saugos ir sveikatos strategiją sveikatai palankios darbo ir fizinės aplinkos kūrimo strateginiai uždaviniai.

- ◆ kurti saugias darbo ir buities sąlygas;
- ◆ didinti prekių ir paslaugų vartotojų saugumo lygį;
- ◆ kurti palankias sąlygas saugiam laisvalaikio praleidimui;
- ◆ mažinti avaringumą ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičių;
- ◆ mažinti oro, vandens ir dirvožemio užterštumą;
- ◆ mažinti triukšmą.

Tarpžinybines programas koordinuoja ir už jų įgyvendinimą atsiskaito SADM, ŪM, Susisiekimo, Aplinkos apsaugos ministerijos, savivaldybės.

Darbo ir fizinės aplinkos teigiamo poveikio gyventojų sveikatai plėtros priemonės yra apibrėžiamos specialiuose ilgalaikio planavimo dokumentuose. LSP nustatomi siekiniai rodiklių, turinčių stipriausias sąsajas su sveikata, pokyčiai bei konkrečios priemonės, kurių įgyvendinimo poveikis šalies gyventojų sveikatai yra pagrįstas moksliniais įrodymais.

Sveikesnė darbo ir fizinė aplinka bei siektini rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Mirtinų nelaimingų atsitikimų darbe skaičius/100000 dirbančiųjų	4,2	3,0	Pasiekti ES -27 šalių vidurkį	Valstybinė darbo inspekcija
Gruntinio vandens užterštumas nitratais, vidutinė nitratų koncentracija				
urbanizuotose teritorijose	27 mg/l	Neleisti padidėti esamam lygiui	Neleisti padidėti esamam lygiui	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba
dirbamose žemėse	11,1 mg/l	Neleisti padidėti esamam lygiui	Neleisti padidėti esamam lygiui	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba
pievose ir ganyklose	2,0 mg/l	Neleisti padidėti esamam lygiui	Neleisti padidėti esamam lygiui	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba
natūralaus gamtinio fono	0,9 mg/l	Neleisti padidėti esamam lygiui	Neleisti padidėti esamam lygiui	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba
Viešai tiekiamo geriamojo vandens prieinamumas vartotojams, proc. šalies gyventojų	73 (2007 m.)	Ne mažiau 95 proc.	Neleisti sumažėti pasiektam lygiui	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba
Nuotekų tvarkymo paslaugų prieinamumas vartotojams	62 (2007 m.)	Ne mažiau 95 proc.	Neleisti sumažėti pasiektam lygiui	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba
Naujų butų statyba, pastatytuose būstuose bendras butų skaičius	3667	6000 – 8000**	12000 – 15000**	Aplinkos ministerija, Statistikos departamentas
Išmetamas CO2 kiekis, tona/gyventojui	4,43	Neleisti padidėti esamam lygiui	Sumažinti 15 proc.	2020 EUROPA
Vaisių ir daržovių kiekis vienam gyventojui per metus, kg	187 (2007 m.)	Padidinti iki 10 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	PSO

* Geriamojo vandens tiekimo ir nuotekų tvarkymo 2008–2015 metų plėtros strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. rugpjūčio 27 d. nutarimu Nr. 832, užsibrėžti tikslai

**Lietuvos būsto strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. sausio 21 d. nutarimu Nr. 60, užsibrėžti tikslai

Darbo ir fizinės aplinkos veiksnių, turinčių stipriausią įtaką sveikatai, pokyčių įgyvendinimui būtina tęsti jau veikiančių infekcinių ligų profilaktikos, darbo saugos, tvaraus vystymosi ir vartotojų saugos programų ir strategijų įgyvendinimą. Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pagerinimui ypač aktualios šios tarpžinybinės programos:

- ◆ Saugaus laisvalaikio (skendimų bei traumų mažinimo);
- ◆ Saugaus eismo;

Tarpžinybines programas koordinuoja ir už jų įgyvendinimą atsiskaito: SADM, ŠMM, Kultūros, Susisiekimo ministerija.

Programų įgyvendinimo stebėsenos ataskaitos turėtų būti rengiamos kasmet ir pateikiamos Vyriausybės įgaliotos institucijos vertinimui Vyriausybei ar jos įgaliotai institucijai.

Saugesnės darbo ir buities sąlygos, aukštesnis prekių ir paslaugų vartotojų saugumo lygis – verslo ir savivaldos indėlis į šalies gyventojų sveikatą

Fizinės aplinkos neigiamo poveikio sveikatai priemonės yra apibrėžiamos specialiuose ilgalaikio planavimo dokumentuose.

Skatinant darbdavius rūpintis darbuotojų darbo aplinka ir sveikata siekiama šių darbo vietose ir buityje mirusiųjų skaičiaus mažėjimo rodiklių:

Sveikatos sutrikimų darbe ir buityje rodikliai ir dėl mirtingumo mažėjimo išsaugotų gyvybių skaičius

Rodiklis	2010	2015	2020
Asmenys, žuvę nuo nelaimingų atsitikimų darbe	49	Pasiekti ES-12 šalių vidurkį	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį
Asmenys, nukentėję nuo nelaimingų atsitikimų darbe	2335	Lietuvoje situacija pagal šį rodiklį yra žymiai geresnė, kaip ES: nelaimingų atsitikimų darbe įvyko 14 kartų mažiau nei ES-27 ir apie 3,3 karto mažiau nei ES-12 šalyse	
Mirtys dėl atsitiktinių nukritimų	305	240	175
Atsitiktiniai nukritimai, SDR 100 tūkst. gyv.	9,24*	7,0	4,6
Atsitiktiniai nukritimai, SDR 100 tūkst. gyv.	9,24*	Sumažinti 30 proc.	Pasiekti ES-15 šalių vidurkį

*Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys

LSP įgyvendinimo pagal nustatytus rodiklius vertinimas vykdomas kiekvienais metais.

Investicijos į saugų laisvalaikį – vienas iš iki šiol Lietuvoje menkai išnaudotų sveikatinimo rezervų

Lietuva jau dešimtmetį yra vienas iš Europos autsaiderių skendimų bei invalidumo rizikingai leidžiant laisvalaikį srityje. Spartaus ekonomikos augimo 2003 – 2007 metais laikotarpiu išaugus namų ūkių pajamoms, padaugėjo apsilankymo aktyvaus poilsio vietose (plaukiojimas vandens telkiniuose, slidinėjimas ir pan.) atvejų. Valstybei ir savivaldybėms menkai kontroliuojant laisvalaikio zonų ir jose veikiančių įstaigų veiklą didėjo alkoholinių gėrimų vartojimas paplūdimiuose ir kitose aktyvaus poilsio vietose. Tikėtina, kad, valstybei nesiimant ryžtingų žingsnių sveikatos sutrikimų ir mirčių prevencijos laisvalaikio metu srityje, prasidedantis ekonomikos augimas gali nepalankiai paveikti trapias laisvalaikio saugumo augimo tendencijas.

Sveikatos sutrikimų ir mirčių atvejų dėl nesaugaus laisvalaikio organizavimo mažinimo priemonės:

- gyventojų švietimas;
- gyventojų skatinimas naudoti individualias apsaugos priemones;
- plaukimo pamokų organizavimas mokiniams, mokymas pirmosios medicinos pagalbos;
- saugos tarnybų darbo masinėse poilsio vietose stiprinimas;
- gelbėtojų kvalifikacijos ir materialinio aprūpinimo gerinimas;
- alkoholinių gėrimų pardavimų ir vartojimo draudimas masinio maudymosi ir kitose aktyvaus poilsio vietose;
- atsakomybės už alkoholinių gėrimų pardavimo pažeidimus griežtinimas;
- nuoseklus laisvalaikio saugos planų rengimas ir įgyvendinimą savivaldybėse, kurių teritorijose yra masinio aktyvaus poilsio vietos;
- sankcijų laisvalaikio organizatoriams už aplaidų laisvalaikio saugos organizavimą griežtinimas;
- valstybinių ir savivaldybių investicijos į saugų laisvalaikį. Eismo saugos programoje pasiteisinusios “juodųjų taškų” eliminavimo politikos įgyvendinimas;
- savanorystės, verslo ir nevyriausybinių organizacijų pastangų plėsti saugų laisvalaikį rėmimą.

Tarpžinybines programas vykdo ir už jų įgyvendinimą atsiskaito: VRM, ŠMM, ŪM, SAM, savivaldybės. Koordinuoja SAM.

Gyventojų laisvalaikio saugos priemonės būtina integruoti į nacionalinio ir savivaldybių lygio normatyvinius dokumentus.

LSP 2020 nustato šiuos mirusiųjų dėl nuskendimų skaičiaus siektinus rodiklius:

Siektini mirčių dėl nuskendimų skaičiaus pagal amžių ir mirtingumo mažėjimo rodikliai

Amžiaus grupės	2010	2015	2020	Iš viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
0 - 14	20	13	7	67
15 - 29	37	24	12	127
30 - 44	68	42	16	258
45 - 59	117	79	42	376
60 - 75	54	37	21	167
Virš 75	23	15	7	81
Iš viso	319	211	104	1075
Mirtingumas dėl nuskendimų, SDR 100 tūkst. gyv.	8,5*	Sumažinti 50 proc.	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	

*Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys

LSP 2020 įgyvendinimas turėtų užtikrinti nustatytų nuskendusiujų skaičiaus mažėjimą kiekvienais metais.

Saugaus eismo rezervų panaudojimas – galimybė toliau sistemingai mažinti mirčių ir sužeidimų keliuose skaičių

Traumatizmo profilaktikos programos įgyvendinimas 2008-2011 metų laikotarpiu yra vienas iš sėkmingų sveikatinimo programų pavyzdžių. Reikšminga tai, jog lyderystės šios programos įgyvendinimo srityje ėmėsi Susisiekimo ministerija, įrodydama tarpžinybinio bendradarbiavimo gyventojų sveikatos labai reikšmingumą. Lietuva pagal 2010 metų avaringumo ir traumatizmo transporto įvykiuose rodiklius atitinka ES-12 šalių vidurkj. Kita vertus, Lietuvos atsilikimas nuo ES-15 šalių, rodo dar neišnaudotas šios problemos sprendimų galimybes. Plėtojant jau pasiteisinusias priemones ir išplečiant saugos keliuose priemonių arsenalą, yra galima tolesnė pažanga stiprinant saugą keliuose.

Žuvusiųjų transporto įvykiuose skaičiaus mažėjimo siektini rodikliai gali būti planuojami pasirenkant alternatyvą (I – 2020 metais pasiekiant ES šalių atitinkamų rodiklių vidurkj; II - 2020 metais pasiekiant ES 15 šalių rodiklių atitinkamą vidurkj).

Numatomas mirusiųjų skaičius, siektino išsaugotų gyvybių skaičiaus prognozė (I alternatyva - 2020 metais pasiekiant ES šalių rodiklio vidurkj) ir mirtingumo dėl žuvusiųjų transporto įvykiuose siektini rodikliai

Amžiaus grupės	2010	2015	2020	Iš viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
0 - 14	8	7	5	15
15 - 29	84	72	61	117
30 - 44	73	60	46	134
45 - 59	91	67	43	242
60 - 75	78	59	40	190
Virš 75	38	36	33	24
Viso	372	300	228	722
Mirtingumas dėl transporto įvykių, SDR 100 tūkst. gyv.	12,76*	Sumažinti 25 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	

*Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys

Numatomas mirusiųjų skaičius, siektino išsaugotų gyvybių skaičiaus prognozė (II alternatyva - 2020 metais pasiekiant ES – 15 šalių rodiklio vidurkj) ir mirtingumo dėl žuvusiųjų transporto įvykiuose siektini rodikliai

Amžiaus grupės	2010	2015	2020	Iš viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
0 - 14	8	6	4	19
15 - 29	84	70	56	140
30 - 44	73	56	39	169
45 - 59	91	62	33	289
60 - 75	78	55	32	230
Virš 75	38	34	29	44
Iš viso	372	283	194	890
Mirtingumas dėl transporto įvykių, SDR 100 tūkst. gyv.	12,76*	Sumažinti 30 proc.	Pasiekti ES-15 šalių vidurkj	

* Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys

Siektinas invalidumo mažinimo rodiklis

Rodiklis	2009	2015	2020	Informacijos šaltinis
Invalidumo/neįgalumo dėl patirtų traumų (nauji atvejai 100 tūkst. gyv.) rodiklis	740,51	Sumažinti 15 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	Statistikos departamentas, PSO

LSP 2020 įgyvendinimas turi užtikrinti nustatytą mirusiųjų dėl nuskendimų ir žuvusiųjų transporto įvykiuose skaičiaus mažėjimą.

Mažesnis triukšmas, oro, vandens ir dirvožemio užterštumas – investicija į Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę

Esant tam tikram oro, vandens, maisto ar dirvožemio užterštumo lygiui galima susirgti onkologinėmis, kvėpavimo takų ar virškinimo sistemos ligomis, apsinuodyti, ar patirti kitą žalą sveikatai. Oro užterštumas turi įtakos sergamumui astma, ultravioletinių spindulių poveikis gali sukelti susirgimą odos vėžiu ar nudegimus, pakenkti imuninei sistemai.

Fizinės aplinkos neigiamo poveikio sveikatai priemonės yra apibrėžiamos specialiuose ilgalaikio planavimo dokumentuose bei aplinkos apsaugos programose.

III. Sveika gyvensena ir jos kultūros formavimas - šalies gyventojų atsakas į iššūkius sveikatai

1997-2010 m. mažėjantis rūkančiųjų skaičius bei augantis daržovių ir vaisių vartojimas rodo teigiamus pokyčius šalies gyventojų elgsenoje. Kita vertus, sergamumo ir ankstyvos mirties atvejų, susijusių su nesveika gyvensena, kuriems būtų galima užkirsti kelią, tebėra daug. Pagrindinės ankstyvos mirties ir neįgalumo priežastys, susijusios su nesveika gyvensena, yra širdies kraujagyslių ir kraujo apytakos, virškinimo sutrikimai, susirgimai vėžiu, nelaimingi atsitikimai ir sužalojimai, kvėpavimo ligos, psichikos sutrikimai ir kt.

Strateginiai sveikesnės gyvensenos formavimo uždaviniai :

- ◆ sumažinti alkoholinių gėrimų vartojimą;
- ◆ sumažinti tabako gaminių vartojimą;
- ◆ sumažinti narkotinių medžiagų vartojimą;
- ◆ skatinti sveikos mitybos įpročius;
- ◆ ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius.

Teigiamo sveikos gyvensenos poveikio gyventojų sveikatai plėtros priemonės yra apibrėžiamos specialiuose ilgalaikio planavimo dokumentuose. LSP nustatomi siektinų rodiklių, turinčių stipriausias sąsajas su sveikata, pokyčiai bei konkrečios priemonės, kurių įgyvendinimo poveikis šalies gyventojų sveikatai yra pagrįstas moksliniais įrodymais.

Siektini sveikos gyvensenos rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Alkoholinių gėrimų suvartojimas, litrais, absoliutaus (100%) alkoholio, tenka vienam gyventojui	11,3	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	Statistikos departamentas, PSO
Tenka vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui	13,3	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	Statistikos departamentas, PSO
Lietuvos gyventojų, bent kartą per savaitę geriančių stiprius alkoholinius gėrimus, dalis (proc.)				
<i>Vyrai</i>	24	<i>Stabilizuoti ir sumažinti</i>	<i>Stabilizuoti ir sumažinti</i>	<i>Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas</i>
<i>Moterys</i>	9	<i>Stabilizuoti ir sumažinti</i>	<i>Stabilizuoti ir sumažinti</i>	<i>Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas</i>
Tenka vienam gyventojui (cigarečių)	733			Statistikos departamentas
Tenka vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui (cigarečių)	863	Stabilizuoti ir sumažinti	Stabilizuoti ir sumažinti	Statistikos departamentas
Kasdien rūkančių gyventojų dalis (proc.)				
<i>Vyrai</i>	34	<i>Pasiekti ES-27 šalių vidurkj</i>	<i>Pasiekti ES-15 šalių vidurkj</i>	<i>Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas</i>
<i>Moterys</i>	15	<i>Pasiekti ES-27 šalių vidurkj</i>	<i>Pasiekti ES-15 šalių vidurkj</i>	<i>Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas</i>
Gyventojų, 6-7 kartus per savaitę valgusių šviežias daržoves, dalis (proc.)				
<i>Vyrai</i>	17	<i>Padidinti 10 proc.</i>	<i>Pasiekti ES-27 šalių vidurkj</i>	PSO
<i>Moterys</i>	24	<i>Padidinti 10 proc.</i>	<i>Pasiekti ES-27 šalių vidurkj</i>	PSO
Ikmokyklinio amžiaus vaikų fizinis aktyvumas (3-4 val. kasdien), proc. nuo visų amžiaus grupės vaikų	Nėra duomenų	-	-	Rengti gyventojų apklausas
Mokyklų, kuriose yra trys kūno kultūros pamokos su integruota higienos dalimi procentas	Nėra duomenų	-	-	Švietimo ministerija
Gyventojų, laisvalaikio metu sportuojančių bent 30 min. 4 ir daugiau dienų per savaitę, dalis				
<i>Vyrai</i>	29 proc.	<i>Pasiekti ES-27 šalių vidurkj</i>	<i>Išlaikyti ES-27 šalių vidurkj</i>	<i>Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas</i>
<i>Moterys</i>	28 proc.	<i>Pasiekti ES-27 šalių vidurkj</i>	<i>Išlaikyti ES-27 šalių vidurkj</i>	<i>Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas</i>

Gyvensenos įpročių, turinčių stipriausią įtaką sveikatai, pokyčius įgyvendinti būtina tęsti jau veikiančias sveikatinimo programas ir vykdyti priklausomybės ligų bei žalingų įpročių moksliskai pagrįstas pirminės prevencijos programas, finansuojamas valstybės ir savivaldybių lėšomis. Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pagerinimui ypač aktualios šios tarpžinybinės programos:

- ◆ Alkoholio kontrolės programa
- ◆ Tabako kontrolės programa
- ◆ Narkotikų kontrolės programa
- ◆ Mitybos optimizavimo programa
- ◆ Fizinio aktyvumo optimizavimo programa

Tarpžinybines programas koordinuoja ir už jų įgyvendinimą atsiskaito: visos ministerijos, savivaldybės.

Programų įgyvendinimo stebėsenos ataskaitos turėtų būti rengiamos kasmet ir pateikiamos vertinti Vyriausybei ar jos įgaliotai institucijai.

Sumažinti alkoholinių gėrimų vartojimą

Alkoholinių gėrimų vartojimas turi *tiesioginės* įtakos alkoholinei kepenų ligai, atsitiktiniam apsinuodijimui alkoholiu, psichikos ir elgesio sutrikimams ir alkoholinei kardiomiopatijai bei yra vienu iš rizikos faktorių susirgti širdies kraujagyslių ir kraujotakos sistemos ligomis, kepenų ciroze, pneumonija, ūminiu pankreatitu ir kt. Didžioji dalis išorinių priežasčių sukeltų mirčių yra laikomos mirtimis iš dalies nulemtomis perteklinio alkoholinių gėrimų vartojimo.

LSP 202 nustato, kad būtų taikomos šios alkoholinių gėrimų pasiūlos ir paklausos mažinimo priemonės:

- ◆ falsifikuotų alkoholinių gėrimų gamybos ir kontrabandos efektyvus užkardymas;
- ◆ alkoholio pardavimo vietų mažinimas ir alkoholinių gėrimų pardavimo laiko trumpinimas;
- ◆ kokybės reikalavimų, būtinų gauti teisę parduoti alkoholinius gėrimus bei atsakomybės už prekybos reikalavimų pažeidimą griežtinimas;
- ◆ paramos teikimas įmonėms, nusprendusioms savo veiklą iš alkoholinių gėrimų gamybos ir prekybos diversifikuoti kitomis kryptimis;
- ◆ švietimo sveikatos klausimais (įskaitant formalųjį ir neformalųjį), socialinės reklamos plėtra. amžiaus, kada leidžiama pirkti ir vartoti alkoholinius gėrimus, ilginimas;
- ◆ akcizų didinimas realiojo darbo užmokesčio augimą atspindinčiais tempais;
- ◆ alkoholinių gėrimų reklamos draudimas;
- ◆ asmenų, sergančių priklausomybe nuo alkoholio, gydymas bei socialinė rehabilitacija;
- ◆ Valstybės parama nevyriausybiniams organizacijoms (bažnyčiai, moterų organizacijoms, anoniminių alkoholikų klubams ir t.t.), dalyvaujančioms į alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimą nukreiptose veiklose.

Tikintis geranoriško Lietuvos pramonės ir prekybos įmonių įsijungimo į *Sveikatos sąjūdį*, nesiūloma įvesti alkoholio gamybos ir prekybos valstybinio monopolio.

Alkoholio kontrolės programoje taip pat turėtų būti nustatyta:

- Siekiant užtikrinti, kad alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimas taptų nacionaliniu prioritetu, yra tikslinga nuolat veikiančias alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimo komisijas sukurti Aplinkos apsaugos, Socialinės apsaugos, Susisiekimo, Sveikatos apsaugos, Švietimo, Ūkio, Vidaus reikalų, Žemės ūkio ministerijose ir savivaldybėse.
- Būtina sukurti nuoseklią statistinės informacijos apie alkoholinių gėrimų vartojimą analizės bei gautų išvadų atspindėjimo nacionalinėje bei regioninėje šalies politikoje sistemą. Yra tikslinga ne rečiau kaip kas dvejus metus LR Seime organizuoti klausymus dėl Alkoholio kontrolės programos įgyvendinimo eigos. Savivaldybėms rekomenduotina pasirengti alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimo programas ir jų stebėsenos mechanizmus.

Nustatomi šie mirčių, susijusių su alkoholinių gėrimų vartojimu, skaičiaus siektini mažėjimo rodikliai:

Siektinas alkoholinių gėrimų vartojimo sąlygoto mirčių skaičiaus sumažėjimas

Mirčių dėl alkoholinių gėrimų vartojimo priežastys	2010	2015	2020	Iš viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Savižudybės	560	415	270	1453
Sušalimai	284	44	24	1851
Nuskendimai	188	124	61	634
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu	310	194	79	1444
Kepenų cirozė	490	366	242	1551
Iš viso	1832	1143	676	6933

Sumažinti tabako gaminių vartojimą

Tabako gaminių vartojimas turi įtakos mirtingumui dėl širdies kraujagyslių ligų, vėžio, diabeto, lėtinių kvėpavimo takų ligų ir kt. Rūkymas sukelia rimtą žalą aplinkiniams (pasyvus rūkymas) ir laikomas plaučių vėžio ir kitų lėtinių plaučių ligų rizikos veiksniu.

Vykdant nuoseklų Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencijos įgyvendinimą pabrėždamas šios tabako pasiūlos ir paklausos mažinimo priemones:

- ♦ tabako paklausos mažinimas naudojant mokesstinę politiką;
- ♦ gyventojų apsauga nuo priverstinio kvėpavimo tabako dūmais;
- ♦ sveiko gyvenimo būdo propagavimo programų rengimas ir sklaida;

- ◆ informacijos apie tabako gaminius paskelbimo reguliavimas. socialinės reklamos sveikatos tema apimčių žiniasklaidoje didinimas, reklamų turinio kokybės ir propaguojant pozityvius pavyzdžius gerinimas;
- ◆ sveikatos priežiūros paslaugų, susijusių su priklausomybe nuo tabako ir jo vartojimo nutraukimu, plėtra;
- ◆ tabako gaminių kontrabandos ir nelegalių tabako gaminių vartojimo prevencija, tarptautinis bendradarbiavimas užkardinant tabako gaminių kontrabandą;
- ◆ efektyvaus draudimo parduoti tabako gaminius nepilnamečiams užtikrinimas.

Vykdo; SAM, ŪM, ŽŪM, ŠMM, VRM, TM. Koordinuoja SAM.

Mirčių susijusių su rūkymu skaičiaus mažėjimo siektini rodikliai:

Siektinas mirčių dėl rūkymo skaičiaus sumažėjimas

Rodiklis	2010	2015	2020	Iš viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Su rūkymu susijęs mirtingumas (pagal PSO), SDR 100 tūkst. gyv.	490,5*	Sumažinti 18 proc.	Pasiekti ES-12 šalių vidurkį	
Su rūkymu susijusios mirtys (pagal PSO metodiką), abs. sk.	4707	3996	3286	8881

* Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys.

Sumažinti narkotinių medžiagų vartojimą

Narkotinių medžiagų vartojimas turi įtakos psichikos ir elgesio sutrikimams, apsinuodijimams, užkrečiamųjų ligų ir AIDS plitimui, nusikalstamumo, traumų ir savižudybių didėjimui bei su tuo susijusiam mirtingumui.

Narkotinių medžiagų vartojimą mažinančios priemonės:

- ◆ mažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei jų pirmtakų (prekursorių) pasiūlą stiprinant šių medžiagų apyvartos kontrolę;
- ◆ stiprinti sveiko gyvenimo įgūdžių formavimą šeimoje ir mokykloje;
- ◆ skatinti narkotikų vartojimo prevencijos priemonių plėtrą darbo vietose;
- ◆ plėtoti sveikatos priežiūros paslaugas, susijusias su narkotinių medžiagų prevencija ir pasekmių gydymu;

- ◆ sergančius priklausomybės nuo narkotinių medžiagų vartojimo ligomis ligonius integruoti į visuomenę organizuojant specializuotą narkologinių ligonių asmens sveikatos priežiūrą, diagnozuojant bei gydant jų sveikatos sutrikimus, vykdant slaugą, taikant psichologinę, medicininę ir socialinę reabilitaciją, teikiant socialines paslaugas ir socialinę globą;
- ◆ remti nevyriausybinės organizacijos dalyvaujančias narkomanijos prevencijos ir neigiamų narkomanijos pasekmių mažinimo veiklose;
- ◆ būtina sustiprinti tarpinstitucinį ir tarptautinį bendradarbiavimą ir koordinavimą narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityse.

Nustatomi šie sveikatos sutrikimų, susijusių su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu skaičiaus mažėjimo siektini rodikliai:

Sveikatos sutrikimų ir mirčių dėl narkotikų ir psichotropinių medžiagų vartojimo skaičiaus siektini rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Mirusiųjų skaičius dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo	51	stabilizuoti	stabilizuoti	NTAKD
Psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas (registruota ASPJ) skaičius	6056	stabilizuoti	stabilizuoti	NTAKD
Pirmą kartą dėl psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas besikreipusių asmenų (registruota ASPJ) skaičius, 2009 m.	345	stabilizuoti	stabilizuoti	NTAKD
Naujų užsikrėtimo žmogaus imunodeficitu virusu atvejų skaičius	153	stabilizuoti	stabilizuoti	NTAKD

Ugdyti optimalios mitybos įpročius

Nesubalansuota mityba skatina nutukimą, lipidų apykaitos sutrikimus, didina širdies ir kraujagyslių ligų, piktybinių navikų, cukrinio diabeto ir kitų lėtinių ligų riziką.

LSP 2020 nustato šias sveiką mitybą ugdančias priemones:

- ◆ siekti, kad Lietuvos gyventojų maisto sudėtis atitiktų Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas (daržovių ir vaisių vartojimas turėtų padidėti iki 400–500 gramų per parą; riebius mėsos ir pieno produktus tikslinga keisti liesais; daugiau vartoti žuvies produktų, mažiau

virtoti konditerijos ir kitų daug cukraus turinčių produktų, keptų, rūkytų ir sūrių maisto produktų);

- ◆ didinti informuotumą apie sveiką, subalansuotą mitybą, įtraukiant sveikos, subalansuotos mitybos temas į mokymo programas, plečiant socialinės reklamos sveikatos tema apimtį bei užtikrinti gyventojams prieigą prie sveikos mitybos pagrindus formuojančių informacijų šaltinių;
- ◆ skatinti Lietuvos įmones gaminti ir tiekti į vidaus rinką sveikatai palankų maistą, ypač atsižvelgiant į vaikų ir jaunimo sveikatinimo reikmes. Mažinti druskos, cukraus ir riebalų kiekį produkcijoje, kur tai įmanoma, informaciją apie produktų sudėtį pateikti aiškiai, suprantamai ir matomoje vietoje;
- ◆ palaikyti organizacijas ir projektus, kurie skatina vartojimą sveikatai palankaus maisto, remti savivaldybių dalyvavimą gerinant mitybos kokybę bendruomenėse;
- ◆ atlikti stebėseną ir reguliarių gyventojų maitinimosi įpročių, viršsvorio ir su tuo susijusių rizikų sveikatai įvertinimus. Periodiškai įvertinti gyventojų mitybos ir su mityba susijusių sveikatos problemų pokyčius;
- ◆ sveikos gyvensenos ugdymą pradėti nuo ankstyvos vaikystės, integruojant jį į ugdymo ir mokymo institucijų programas bei į darbuotojų profesinio mokymo ir kvalifikacijos tobulinimo programas.

Ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius

Lietuvoje pasigendama dėmesio fiziniam aktyvumui draugiškos aplinkos pokyčių (sutvarkytų vaikų žaidimų aikštelių, dviračių takų, parkų, žaliųjų zonų, savivaldybių dotuojamų ir vidutinėms šeimoms prieinamų santykinai pigių sveikatingumo centrų paslaugų) plėtrai. Gyventojų fizinio aktyvumo mažėjimas yra viena iš pagrindinių nutukimo priežasčių. Nutukusiems žmonėms didesnė tikimybė susirgti išemine širdies liga, jiems dažniau padidėja arterinis kraujospūdis. Nutukimas yra pagrindinė nuo insulino nepriklausomo cukrinio diabeto priežastis, dažniau sergama krūtis, gimdos gleivinės, storosios žarnos, stemplės ir inkstų vėžiu. Nutukusių žmonių psichinė savijauta taip pat būna blogesnė.

Siūlomos šios fizinio aktyvumo skatinimo priemonės:

- ◆ užtikrinti ikimokyklinio amžiaus vaikų ir moksleivių optimalaus fizinio aktyvumo prielaidas ugdymo įstaigose ir viešosiose erdvėse;
- ◆ skatinti darbingo amžiaus žmonių mankštinimąsi ir spontanišką fizinį aktyvumą, realizuojamą gyvenamoje aplinkoje, tokį kaip važiavimas dviračiu, vaikščiojimas parke, važinėjimasis riedučiais, aplinkos tvarkymas;
- ◆ rengti specializuotus sveikatos stiprinimo projektus senjorų ir neįgaliųjų fizinio aktyvumo skatinimui;
- ◆ investuoti į vaikų žaidimų aikštelių, dviračių takų, parkų, žaliųjų zonų sutvarkymą ir plėtrą;

- ♦ skatinti gyventojų fizinio aktyvumo optimizavimo programų rengimą ir įgyvendinimą bendruomenės, savivaldybės ir nacionaliniu lygmeniu. Parengti pasiūlymus ir Sporto įstatyme numatyti savivaldybių ir kitų institucijų atsakomybę už gyventojų fizinio aktyvumo sąlygų sudarymą.

Tarpžinybines programas vykdo ir už jų įgyvendinimą atsiskaito: savivaldybės, VRM, ŠMM, SAM, ŪM. Koordinuoja SAM.

LSP 2020 nustato šiuos sveikatos sutrikimų, dėl mitybos ir fizinio aktyvumo problemų skaičiaus mažėjimo siektinus rodiklius:

Siektini stipriausias sąsajas su mityba ir fiziniu aktyvumu turintys sveikatinimo rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Antsvorio ir nutukimo dažnis tarp Lietuvos 20-64 metų amžiaus vyrų (proc.)				
Antsvoris KMI/BMI \geq 25	60 proc.	Stabilizuoti ir sumažinti	Stabilizuoti ir sumažinti	Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas
Nutukimas KMI/BMI \geq 30	19 proc.	Stabilizuoti ir sumažinti	Stabilizuoti ir sumažinti	Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas
Antsvorio ir nutukimo dažnis tarp Lietuvos 20-64 metų amžiaus moterų (proc.)				
Antsvoris KMI/BMI \geq 25	50 proc.	Stabilizuoti ir sumažinti	Stabilizuoti ir sumažinti	Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas
Nutukimas KMI/BMI \geq 30	20 proc.	Stabilizuoti ir sumažinti	Stabilizuoti ir sumažinti	Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimas

IV. Kokybiška ir efektyvi asmens bei visuomenės sveikatos priežiūra – sveikatos sistemos bendruomenės darbas vardan sveikatos

Lietuvos Respublikos Seimas, tvirtindamas Sveikatos sistemos plėtros 2010–2020 metais metmenis, nustatė pagrindines sveikatos sistemos problemas:

- ◆ nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas;
- ◆ nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema;
- ◆ nepakankama gyventojų atsakomybė už savo sveikatą;
- ◆ tobulintini sveikatos sistemos reguliavimo principai ir metodai.

Metmenyse yra nurodytos pagrindinės sveikatos sistemos plėtros kryptys:

- ◆ sveikatos stiprinimo;
- ◆ ligų prevencijos, sergamumo ir mirtingumo mažinimo;
- ◆ sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo tobulinimo;
- ◆ sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir saugos gerinimo.

Lietuvos Respublikos Seimas, atsižvelgdamas į struktūrinių pokyčių svarbą ir priimdamas nutarimą dėl Lietuvos sveikatos programą 2020 įgyvendinimo patvirtina priemones, būtinas užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, geresnę sveikatos priežiūros paslaugų ir medikamentinių priemonių prieinamumą, diegti modernias, įrodymais pagrįstas asmens ir visuomenės sveikatos technologijas.

Strateginiai asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros plėtros uždaviniai

- ◆ Visuomenės sveikatos programos - sveikatinimo procesų ir gyvenamosios kokybinių pokyčių katalizatoriai. Tai pagrindinis LSP 2020 įgyvendinimo įrankis.
- ◆ Brandi pirminė asmens sveikatos priežiūra – asmens sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo ir teismo garantas.
- ◆ Sveikatos technologijų, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais, diegimas į klinikinę praktiką - sveikatos priežiūros pažangos ir plėtros pagrindas.

Efektyvesnė sveikatos priežiūra ir siektini rodikliai

Rodiklis	2010	2020	Informacijos šaltinis
Praktikuojančio medicinos personalo skaičius 10 tūkst. gyventojų	109.3	ES vidurkis	HISIC, PSO
Praktikuojančių gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų	37.7	ES vidurkis	HISIC, PSO
Praktikuojančių odontologų skaičius 10 tūkst. gyventojų	7.6	ES vidurkis	HISIC, PSO
Praktikuojančių slaugytojų skaičius 10 tūkst. Gyventojų	73.1	ES vidurkis	HISIC, PSO
Šeimos gydytojų (bendrosios praktikos gydytojų) skaičius 10 tūkst. gyventojų	5.7	ES vidurkis	HISIC, PSO
Hospitalizuojamų ligonių (be slaugos) 1000 gyventojų	239.9	ES vidurkis	HISIC, PSO
Apsilankymų skaičius pas gydytoją 1 gyventojui per metus	6.9	ES vidurkis	HISIC, PSO
Apsilankymų skaičius pas šeimos gydytoją 100 gyventojui per metus	273.3	ES vidurkis	HISIC, PSO
Vizito pas šeimos gydytoją laukimo laikas, dienos	3	iki 2	Atrankiniai tyrimai
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, proc. nuo BVP	6,9	ES vidurkis	Lietuvos statistikos departamentas
Valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai, proc. nuo bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų	73	75 proc.	Lietuvos statistikos departamentas
Išlaidos prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai, dalis nuo einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų, proc.	1,1	5 proc.	Lietuvos statistikos departamentas

Visuomenės sveikatos programos - sveikatinimo procesų ir gyvenamosios kokybiškų pokyčių katalizatoriai.

Visuomenės sveikatos programos - tai pagrindinis LSP įgyvendinimo įrankis. Lietuvoje sukurti visuomenės sveikatos priežiūros teisiniai pagrindai, nacionaliniu ir savivaldybių lygmeniu veikia sveikatos saugos ir sveikatos stiprinimo funkcijas įgyvendinančios visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos. Lietuvos visuomenės sveikatos institucijos turi šalies išsivystymo lygį atitinkantį visuomenės sveikatos specialistų skaičių, bet visuomenės sveikatos priežiūra yra pernelyg fragmentuota, perdėta

orientuota į kontrolės ir lokalių įvykių priežasčių tyrimų atlikimą, nepakankamai finansuojama bei nepakankamai dalyvauja planuojant sveikatinimo procesus, esančius už tiesioginių visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų funkcijų ribų, ir šiuos planus įgyvendinant. Lietuvos sveikatos programos 2020 įgyvendinimo laikotarpiu yra būtina suformuoti visuomenės sveikatos institucijų lyderystę, kaip naujo, sveikatos sąjūdžio atsiradimo pagrindą. Šios lyderystės prielaidos yra laikytinas visuomenės sveikatos institucijų skaičiaus optimizavimas bei analitinių ir programinio valdymo elementų stiprinimas šių institucijų funkcijose.

Sveikatos sistemos įstatymas numato, kad Lietuvos sveikatos programoje nustatytiems uždaviniams įgyvendinti Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos ir savivaldybės organizuoja valstybės ir savivaldybių sveikatos programų ir įstatymais nustatytų planavimo dokumentų rengimą bei jų įgyvendinimą arba numato šių uždavinių įgyvendinimo priemones kitose socialinio ir ekonominio plėtojimo programose.

Lietuvos sveikatos programos 2020 įgyvendinimo laikotarpiu esminėmis laikytinos šios sveikatinimo proceso programinio valdymo kryptys:

- ◆ Vaiko ir motinos sveikatos
- ◆ Alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimo mažinimo;
- ◆ Mitybos optimizavimo;
- ◆ Fizinio aktyvumo optimizavimo;
- ◆ Savižudybių prevencijos;
- ◆ Mirčių dėl sušalimų prevencijos;
- ◆ Saugaus eismo ir traumatizmo profilaktikos;
- ◆ Saugaus laisvalaikio (skendimų bei traumų mažinimo);
- ◆ Pirminės sveikatos priežiūros plėtros;
- ◆ Sergamumo ir mirtingumo tuberkulioze mažinimo;
- ◆ Neinfekcinių ligų profilaktikos ir gydymo;
- ◆ Įrodymais pagrįstų medicinos technologijų diegimo;
- ◆ Slaugos namuose bei palaikomojo gydymo, slaugos ir globos plėtros.

LSP 2020 nustato šiuos efektyvaus sveikatinimo programų rengimo principus:

- ◆ Lietuvos sveikatos programoje 2020 nustatytiems uždaviniams įgyvendinti parengtos valstybės ir savivaldybių sveikatos programos yra pagrindinis LSP įgyvendinimo įrankis. Šios programos turi atspindėti LSP nuostatas;

- ◆ sveikatos stiprinimo, susirgimų prevencijos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos ir slaugos derinamas;
- ◆ tarpžinybinis bendradarbiavimas, savivaldos ir nevyriausybinų organizacijų įtraukimas, gyventojų atsakomybės už savo sveikatą ugdymas;
- ◆ gerosios praktikos bei tarptautinių organizacijų rekomendacijų taikymas;
- ◆ išmatuojamų ilgalaikių bei vidutinės trukmės ambicingų tikslų ir juos atitinkančių priemonių nustatymas;
- ◆ kaštų – efektyvumo ir kaštų - naudos analizės metodų taikymas pasirenkant efektyviausias sveikatinimo programas;
- ◆ žmogiškųjų išteklių ir finansavimo apimtys subalansavimas su numatytais veiklomis ir siekiamais rezultatais.

Nustatomi šie efektyvaus sveikatinimo programų įgyvendinimo principai:

- ◆ programų tvarumo keičiantis Lietuvos Respublikos vyriausybei užtikrinimas (perimamumas);
- ◆ pasiteisinusių sveikatinimo programų tęstinumo užtikrinimas;
- ◆ institucijų atsakingų už programos įgyvendinimą nustatymas;
- ◆ programų tikslų ir priemonių integravimas į metinius sveikatinimo veiklos subjektų planus;
- ◆ programų detalizavimas pagal lokalius (regioninius) prioritetus;
- ◆ programose priimtų įsipareigojimų dėl žmogiškųjų išteklių ir finansavimo apimtys laikymasis;
- ◆ programų įgyvendinimo stebėsenos užtikrinimas, programos įgyvendinimo vertinimas, koregavimas;
- ◆ viešas informacijos apie įgyvendintas priemones ir rezultatus skelbimas.

Įvertinant tai, kad daugelyje sveikos gyvensenos stiprinimo, saugesnės socialinės ir fizinės aplinkos užtikrinimo programų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų naudojami ištekliai yra skiriami rengti programas ir jas administruoti, o šių „katalizacinių“ programų sėkmę lemia tai, kiek į programos įgyvendinimą įsitraukia už sveikatos sistemos ribų esančios institucijos, įmonės, nevyriausybinių organizacijos, bendruomenės, kokį asmeninį indėlį stiprinant sveikatą įneša gyventojai, visuomenės sveikatos sistemos įstaigų specialistų pagrindiniu uždaviniu turėtų tapti lyderystė šių programų koordinavime, stebėsenoje ir vertinime, numatant tam būtinus išteklius.

Motinos ir vaiko sveikata – šiuolaikinės sveikatos sistemos prioritetas

Užtikrinti motinų, vaikų ir jaunimo fizinės, dvasinės ir socialinės sveikatos būklės pagerėjimą yra pirmaeilis valstybės bei sveikatos sistemos uždavinys. Bloga jauno amžiaus žmonių sveikata, kurią įtakoja ir motinos bei šeimos sveikata, verčia naudoti daugiau sveikatos sistemos resursų, todėl jos pagerinimas yra pirmaeilis sveikatos sistemos efektyvumo užtikrinimo klausimas. Būtina prioriteto

tvarka plėtojant šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, plečiant jų teikimo apimtį ir formas, išlaikyti nuoseklumą ir prioritetinį dėmesį vaikų sveikatai.

Siektini motinos ir vaiko sveikatos rodikliai

Rodiklis	2010	2015	2020	Informacijos šaltinis
Kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusių	4,3	Sumažinti 7 proc.	Pasiekti ES 15 šalių vidurkj	Statistikos departamentas, HISIC
Gimdyvių mirtingumas 100 tūkst. gyvų gimusių	0	0	0	Statistikos departamentas, HISIC
Vaikų iki 15 metų mirtingumas 100 tūkst. gyv.	58,18	Sumažinti 15 proc.	Pasiekti ES 27 šalių vidurkj	PSO
Vaikų iki 18 metų mirtingumas	26,4	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	HISIC
Maitinamų krūtimi iki 3 mėn. amžiaus kūdikių proc.	60,9	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	HISIC
Maitinamų krūtimi iki 6 mėn. amžiaus kūdikių proc.	40,0	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	Išlaikyti ES-15 šalių pasiektą lygį	HISIC

Brandi pirminė sveikatos priežiūra – sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo ir teismo garantas

Pirminės sveikatos priežiūros stiprinimas ir šeimos gydytojo institucijos plėtra 1997-2010 m. buvo vienas iš pagrindinių sveikatos sistemos vystymosi elementų.

Pirminės sveikatos priežiūros pertvarka turi atitikti gerąją tarptautinę praktiką:

- ◆ kvalifikuota pirminė sveikatos priežiūra yra prieinama visiems šalies gyventojams;
- ◆ pirminė sveikatos priežiūra užtikrina holistinį požiūrį į visų amžiaus grupių ir socialinių sluoksnių gyventojų sveikatos stiprinimą, susirgimų profilaktiką, ligų diagnostiką ir gydymą;
- ◆ iki 80 procentų pacientų sveikatos sutrikimų yra suvaldoma pirminiame sveikatos priežiūros lygyje;
- ◆ šeimos gydytojai siuntimų (tyrimams, gydymui ir rehabilitacijai, slaugai) forma dalyvauja pacientų srautų valdymo procese;
- ◆ pirminės sveikatos priežiūros specialistai savo funkcijas atlieka glaudžiai bendradarbiaudami su visuomenės sveikatos specialistais, socialinio ir švietimo sektorių darbuotojais, nevyriausybinėmis organizacijomis, vietos bendruomenėmis.

Atsižvelgiant praėjusio LSP laikotarpio įgyvendinimo patirtį, PSP vystyme ir stiprinime įgyvendinamos šios priemonės:

- ◆ *Sveikatinimo poreikius atitinkantis pirminės sveikatos priežiūros specialistų rengimas.* Rezidentūrą baigiančių šeimos gydytojų skaičius turi pilnai kompensuoti pirminės sveikatos priežiūros komandos specialistų, paliekančių profesiją dėl amžiaus, sveikatos arba migracijos, skaičių. Bendrosios praktikos slaugytojų ir kitų specialistų rengimas turi užtikrinti augančius gyventojų sveikatos stiprinimo ir slaugos namuose poreikius.
- ◆ *Institucinių mechanizmų, užtikrinančių tolygų PSP specialistų paskirstymą šalies teritorijoje, tvarumas* turi būti pasiektas tobulinant rezidentūros bei visuomenės sveikatos specialistų ruošimo sistemas, pirminės sveikatos priežiūros finansavimą.
- ◆ *Nuolatinis dėmesys PSP specialistų kvalifikacijos kėlimui.* Lėšos PSP specialistų kvalifikacijos kėlimui turi būti numatomos ir finansavimui iš ES struktūrinių fondų pasibaigus. Būtinai PSP įstaigų, medikų profesinių sąjungų ir valstybinio valdymo institucijų bendradarbiavimas rengiant ir diegiant į pirminės sveikatos priežiūros praktiką sveikatos technologijų vertinimo (STV) rezultatais pagrįstas metodikas/klinikinius protokolus bei darbo komandoje metodus.
- ◆ *PSP įstaigų aprūpinimas modernia įranga* turi būti pasiektas derinant finansavimą iš ES struktūrinių fondų ir iš nacionalinių fondų. Nuo 2015 metų pagrindinė medicininei įrangai atnaujinti reikalingų lėšų dalis amortizacinių atskaitymų forma turi būti įtraukiama į PSP paslaugų įkainius.
- ◆ *Informacinio specialistų aprūpinimo užtikrinimas* turi būti pasiektas sukuriant ir nacionaliniu mastu įdiegiant elektroninį siuntimą ir pacientų registraciją, elektroninį receptą, elektroninę paciento kortelę. PSP įstaigoms turi būti užtikrinta prieiga prie pagrindinių nacionalinių ir tarptautinių duomenų bazių.
- ◆ *PSP įstaigų veiklos stebėseną* turi būti užtikrinta derinant: PSP veiklos rezultatų aptarimą tarp kolegų, specialistų veiklos ir jos rezultatų statistinių rodiklių atitikties gerajai praktikai vertinimą, pacientų nuomonės vertinimą. Tobulinti sveikatos priežiūros specialistų apmokėjimą už darbą, toliau diferencijuojant apmokėjimą už prisirašiusius gyventojus bei palaipsniui didinant apmokėjimo už suteiktas paslaugas ir pasiektus veiklos rodiklius dalį. Apmokant PSP paslaugas turėtų augti gerų darbo rezultatų skatinimo lyginamasis svoris - 10–15 procentų iki 2015 m. ir 15–25 procentų iki 2020 metų.
- ◆ Parengti pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų skatinimo sistemą, įvertinant aptarnaujamos teritorijos gyventojų sergamumo, mirtingumo bei kitų sveikatos būklę atspindinčių rodiklių reikšmes;
- ◆ Sukurti pirminės sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant „atvejo vadybos“ principą;
- ◆ Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei gyventojų aptarnavimą, didinant slaugytojų skaičiaus dalį bendrame gydytojų slaugytojų skaičiui.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema laikotarpyje iki 2020 m. turi pilniau išnaudoti su PSP plėtra susijusius paslaugų kokybės ir efektyvumo gerinimo rezervus:

- ◆ aktyvus PSP specialistų dalyvavimas (bendradarbiaujant su visuomenės sveikatos ir kitais specialistais) sveikatos stiprinimo programose mažina žalingų sveikatai įpročių paplitimą ir stiprina sveikos gyvensenos pagrindus;
- ◆ kokybiškesnis imunizacijos proceso valdymas sumažina sergamumą ir mirtingumą nuo išvengiamų infekcinių susirgimų;
- ◆ tikslių profilaktinių programų plėtra ir tikslesnė susirgimų diagnostika užtikrina ankstyvesnį sveikatos sutrikimų išaiškinimą bei pagerina šių sutrikimų gydymo kokybę ir rezultatus;
- ◆ kvalifikuota ir laiku teikiama pirminė sveikatos priežiūra užtikrina efektyvų daugumos infekcinių ligų gydymą ir mažina specializuotos medicinos pagalbos poreikį;
- ◆ suteikiant sveikatos paslaugas PSP lygmenyje (arčiau paciento gyvenamosios vietos, ar jo gyvenamojoje vietoje) yra taupomas paciento laikas ir finansiniai ištekliai kelionei iki paslaugų teikėjo.

PSP plėtroje glūdintys sveikatinimo rezervai turi būti atskleisti ir panaudoti rengiant bei įgyvendinant PSP įstaigų stebėsenos ir gerų darbo rezultatų skatinimo priemones.

Sveikatos technologijų, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais, diegimas į klinikinę praktiką - sveikatos priežiūros plėtros pagrindas

Lietuvos sveikatos priežiūra yra atvira šiuolaikinėms idėjoms ir sveikatos technologijoms. Kita vertus, politika, užtikrinanti mokslo ir klinikinės praktikos naujovių plitimą per medicinos universitetus, mokslines-klinikines duomenų bazines, medikų tarptautinius ryšius, nepilnai atitinka nūdienos reikalavimus.

Turi būti vystoma įrodymais pagrįstų technologijų plėtros geroji tarptautinė praktika:

- ◆ metodikų, leidžiančių statistiškai patikimai sulyginti skirtingų sveikatinimo technologijų rezultatus ir kaštus diegimas Lietuvoje;
- ◆ mokslo tiriamieji darbai, siekiant jų metodikų pagrindu nustatyti efektyviausias sveikatinimo technologijas. Šių tyrimų skelbimas spaudoje bei duomenų bazėse;
- ◆ mokslinių tyrimų apibendrinimas, siekiant padidinti tyrimuose gautų išvadų patikimumą;
- ◆ sveikatos technologijų, kurių aukštas efektyvumas yra įrodytas, plėtra, o sveikatos technologijų, kurių efektyvumas žemas, taikomumo siaurinimas arba net uždraudimas, t. y. atsisakymas kompensuoti Privalomojo sveikatos draudimo ar biudžeto lėšomis;

- ◆ paskatinti Ūkio, Žemės ūkio, Susisiekimo, Socialinės apsaugos ir darbo, Aplinkos, Švietimo ir mokslo, Vidaus reikalų ministerijas parengti savo kuruojamos srities priemones, kurios skatintų su sveikata ir sveikatos priežiūra susijusius tyrimus ir inovacijas.

Priemonės užtikrinančios įrodymais pagrįstų technologijų plėtrą:

- ◆ įrodymais pagrįstų technologijų diegimo skatinimas teikiant valstybės pagalbą kvalifikacijos kėlimui, medicininės įrangos modernizavimui, įrodymais pagrįstų technologijų diegimui. Reikalingų kaštų atspindėjimas viešųjų įstaigų paslaugų kainodaroje ir biudžetinių įstaigų finansavimo normatyvuose. Sveikatos priežiūros paslaugų, atitinkančių šiuolaikinius medicinos mokslo teorijos ir praktikos laimėjimus, plėtra;
- ◆ pagalba rengiant ir diegiant į sveikatos priežiūros praktiką sveikatos technologijų vertinimo rezultatais pagrįstas metodikas/klinikinius protokolus;
- ◆ sveikatos technologijų vertinimo išvadų naudojimas papildant PSDF lėšomis kompensuojamųjų vaistų ir paslaugų sąrašus, nustatant valstybės investicijų prioritetus;
- ◆ savanoriškas arba privalomas taikomų sveikatos technologijų ir jas naudojančių įstaigų akreditavimas. Akreditavimo informacijos viešinimas;
- ◆ centro kaupiančio ir skleidžiančio pasaulinių sveikatos technologijų vertinimo centrų tyrimų duomenis bei juos adaptuojančio Lietuvos sąlygoms sukūrimas. Siekiant, kad sveikatos technologijų vertinimo centras būtų nepriklausomas nuo vyraujančios klinikinės ir akademinės praktikos jis turėtų būti savarankiškas arba veikti institucijos, kurios pagrindinės funkcijos nėra mokymas ir klinikinė praktika, sudėtyje;
- ◆ įdiegti nepageidaujamų įvykių stebėsenos sistemą, tobulinti farmakologinio budrumo sistemą, siekiant efektyviau sekti vaistų nepageidaujamas reakcijas;
- ◆ patvirtinti ir įdiegti šalies mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, atlikti reguliarią sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu.

Nustatomi šie gyvybių išsaugotų dėl sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo augimo siektini rodikliai:

Sveikatos sistemos efektyvumo didinimo siektini rodikliai

Rodiklis	2011-2015	2016-2020	Viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Kūdikių mirčių skaičiaus sumažėjimas (pasiekti 2009 m. ES-15 vidurkj)	29	82	111
Mirusiųjų skaičiaus nuo tuberkuliozės sumažėjimas (pasiekti 2009 m. ES-27 vidurkj)	484	726	1210
Mirtingumo sumažėjimas kompleksiskai įdiegus įrodymais pagrįstas medicinos technologijas	1051	3152	4203
Iš viso	1564	3960	5524

Gerėjantis sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas turi užtikrinti ne tik mirtingumo, bet sergamumo, ligotumo bei neįgalumo (rodiklių, kurie turi įtakos sveiko gyvenimo trukmei) sumažėjimą. Nustatomi šie sergamumo ir ligotumo mažėjimo dėl sveikatos priežiūros sistemos efektyvumo augimo siektini rodikliai:

Sergamumo ir ligotumo mažėjimo siektini rodikliai

Rodiklis	2009	2015	2020	Informacijos šaltinis
Sergamumas (nauji atvejai), 100 tūkst. gyv. rodiklis, 2009				
Tuberkuliozė	56,75	Sumažinti 50 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	HISIC, PSO
AIDS	1,11	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO
ŽIV	5,39	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO
Onkologiniai susirgimai	497,18	Sumažinti 6 proc.	Pasiekti ES-12 šalių rodiklį	HISIC, PSO
Psichikos ligos	267,17	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO
Alkoholinės psichozės	25	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO
Diabetas	2,16	Išlaikyti pasiektus rodiklius	Išlaikyti pasiektus rodiklius	HISIC, PSO
Psichikos ligos	4,94	Sumažinti 25 proc.	Pasiekti ES-12 šalių lygį	HISIC, PSO
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	3,92	Sumažinti 25 proc.	Pasiekti ES-12 šalių lygį	HISIC, PSO

Invalidumo/neįgalumo atvejų mažėjimo siektini rodikliai

Rodiklis	2009	2015	2020	Informacijos šaltinis
Invalidumo/neįgalumo (nauji atvejai 100 tūkst. gyv.) rodiklis	740,51	Sumažinti 15 proc.	Pasiekti ES-27 šalių vidurkį	HISIC, PSO Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie SADM

Diagnozuotų I stadijos onkologinių susirgimų siektini rodikliai

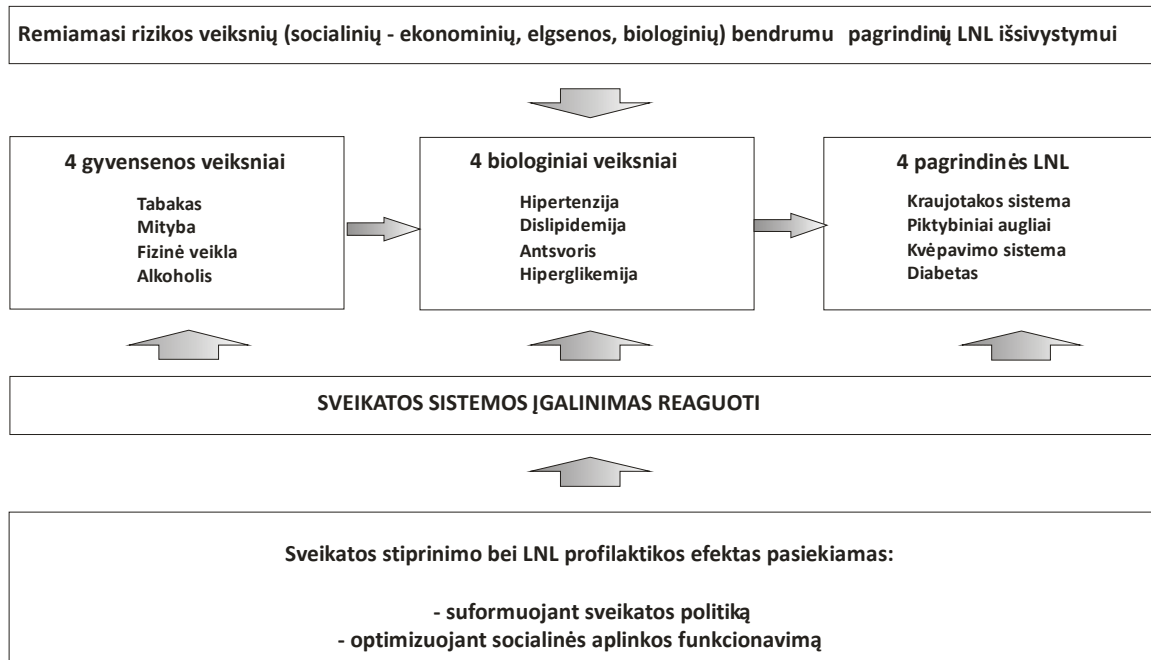
Rodiklis	2009	2015	2020	Informacijos šaltinis
I stadijos onkologinių susirgimų dalis, proc., visų diagnozuotų onkologinių susirgimų skaičiuje.				
Vyrai, proc.	14,6	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	VUOI, HISIC, PSO
Moterys, proc.	35,3	Pasiekti ES-12 šalių vidurkj	Pasiekti ES-27 šalių vidurkj	VUOI, HISIC, PSO

Lėtinės ligos – didžiausias iššūkis šalies gyventojų sveikatai

Tiek pasaulyje, tiek ir Europoje sveikatos problemų spektras pakankamai platus bei įvairus. Ši tezė galioja ir nacionaliniam lygmeniui, tik čia sveikatos problemų skirtumai tarp šalių gali būti dar didesni, priklausomai nuo to, kokiai socialinio-ekonominio išsivystymo grupei šalis priklauso. Tačiau niekam nebekelia abejonių, jog lėtinės neinfekcinės ligos (LNL) 21-jame amžiuje tapo globalia sveikatos problema, kelianti kiekvienai šaliai, nepriklausomai nuo jos socialinio-ekonominio išsivystymo didžiausius iššūkius gyventojų sveikatai. Šios grupės ligų lemiamų sveikatos problemų sprendimo paieška 21-jame amžiuje iškelta į patį aukščiausią politinį lygmenį. Pavyzdys – 2011 m. rugsėjo mėn. vykusioje 61-je Jungtinių Tautų (JT) Asamblėjoje priimta politinė deklaracija, įpareigojanti kiekvieną JT narę skirti pakankamai dėmesio LNL problemoms ir jų sprendimo paieškai (1 šaltinis). Įgyvendinant globalią LNL prevencijos ir kontrolės strategiją PSO rekomenduoja dėmesį sutelkti visų pirma į keturias LNL nozologines grupes: kraujotakos sistemos, piktybinių navikų, diabeto ir lėtinių obstrukcinės plaučių ligos sukiamą žalą. Tokia rekomendacija grindžiama rizikos veiksnių bendrumu šios grupės LNL išsivystymui, reiškiančiu, jog prevencijos prasme taip organizuotos visuomenės sveikatos programos duotų platesnį ir efektyvesnį sinergistinį sveikatinimo rezultatą, tuo būdu išlaisvindamos papildomus išteklius šių ligų kontrolei.

Daugiaveiksnė LNL etiologija lemia tai, kad ir šios grupės ligų prevencija bei kontrolė yra sudėtinga. Bendrąja prasme poveikio instrumentai turi apimti platų spektrą tarpsektorinių-tarpžinybinių veiksmų, koordinuotai funkcionuojančių drauge su sveikatos sektoriumi, t.y. turi vadovautis šiuolaikiniu sveikatos sistemos supratimu. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto atliktų tyrimų pagrindu tarptautinei PSO koordinuojamai LNL integruotos profilaktikos programai buvo pasiūlyta konceptuali kompleksinio poveikio schema, kuri tarptautinėje erdvėje buvo pripažinta ir adaptuota, rengiant Europos LNL profilaktikai ir kontrolės strategiją. Supaprastintas šios veiksnių koncepcijos variantas pateikiamas paveiksle.

Kompleksinio poveikio LNL išsivystymui schema



Strateginiai susirgimų ir mirtingumo mažinimo nuo lėtinių ligų uždaviniai:

- ◆ sumažinti kraujotakos sistemos ligų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;
- ◆ sumažinti piktybinių navikų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;
- ◆ sumažinti diabeto lemiamą sergamumą ir mirtingumą;
- ◆ sumažinti lėtinės obstrukcinės plaučių ligos lemiamą sergamumą ir mirtingumą.

Siekiant sumažinti išvengiamą mirtingumą, būtina tęsti ir reikalui esant koreguoti jau veikiančias lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas. Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pagerinimui ypač aktualios šios tarpžinybinės programos:

- ◆ Cukrinio diabeto kontrolės programa;
- ◆ Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programa;
- ◆ Valstybinė vėžio profilaktikos ir kontrolės programa;
- ◆ Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa;
- ◆ Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programa;
- ◆ Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa;
- ◆ Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa;

- ◆ Asmenų, priskirtų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa.

Siekiant aktyviau įgyvendinti profilaktines programas, yra būtina sukurti efektyvesnę gyventojų kvietimų į profilaktinius patikrinimus sistemą, tobulinti neinfekcinių ligų ir jų rizikos veiksnių ankstyvo nustatymo ir kontrolės sistemų valdymą.

Programų įgyvendinimo stebėsenos ataskaitos turėtų būti rengiamos kasmet ir pateikiamos vertinti Vyriausybei ar jos įgaliotai institucijai.

Nustatomi šie mirčių susijusių su lėtinėmis ligomis skaičiaus mažėjimo rodikliai:

Siektnas lėtinių ligų sąlygoto mirčių skaičiaus ir mirtingumo bei išsaugotų gyvybių skaičiaus sumažėjimas

Rodiklis	2010	2015	2020	Iš viso 2011 - 2020 m. išsaugotų gyvybių skaičius
Mirusiųjų skaičius nuo kraujotakos sistemos ligų, abs. sk.	23627	22091	20556	15357
Mirusiųjų skaičius nuo išeminės širdies ligos, abs. sk.	15112	11462	7812	45625
Mirusiųjų skaičius nuo cerebravaskulinių, abs. sk.	5759	5473	5187	3578
Mirusiųjų skaičius nuo piktybinių navikų, abs. sk.	8110	7760	7409	3504
Mirusiųjų skaičius nuo diabeto, abs. sk.	277	Mažinti	Mažinti	
Mirusiųjų skaičius nuo obstrukcinės plaučių ligos, abs. sk.	746	Mažinti	Mažinti	
Rodiklis	2009	2015	2020	
Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, SDR 100 tūkst. gyv.	496,78	Sumažinti 6-7 proc.	Pasiekti ES-12 šalių rodiklį	
Mirtingumas nuo išeminės širdies ligos, SDR 100 tūkst. gyv.	305,14	Sumažinti 5 proc.	Pasiekti ES-12 šalių rodiklį	2020 m. mirtingumas sumažėtų 15 proc. (tiek pat, kiek mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų)
Mirtingumas nuo cerebravaskulinių, SDR 100 tūkst. gyv.	119,52	Sumažinti 5 proc.	Pasiekti ES-12 šalių rodiklį	
Mirtingumas nuo piktybinių navikų, SDR 100 tūkst. gyv.	190,46	Sumažinti 5 proc.	Pasiekti ES-27 šalių rodiklį	
Mirtingumas nuo diabeto, SDR 100 tūkst. gyv.	6,89	Mažinti	Mažinti	Lietuvos rodikliai beveik du kartus geresni už ES-15. Reikia įvertinti statistinių duomenų patikimumą.
Mirtingumas nuo lėtinių apatinių kvėpavimo sist.ligų, SDR 100 tūkst. gyv.	17,2	Mažinti	Mažinti	Lietuvos rodikliai pagal lėtines apatinių kvėpavimo sist. ligas geresni nei ES-15. Reikia įvertinti statistinių duomenų patikimumą.

* Standartizuoto mirtingumo rodikliai 2009 m. duomenys

LSP įgyvendinimas turi užtikrinti nustatytų rodiklių įgyvendinimo vertinimą kiekvienais metais.

7. Lietuvos sveikatos programos LSP 2020 įgyvendinimas ir stebėseną

LSP įgyvendinimo planavimas

Lietuvos Respublikos Seimas nustato šiuos efektyvaus sveikatinimo veiklos planavimo pagrindus:

- ◆ Sveikatos sistemos įstatymas apibrėžia LSP kaip sveikatinimo veiklos planavimo pagrindą Lietuvos Respublikos Seimo lygmeniu. Sveikatos sistemos įstatyme įteisintas ir 1998 metais LSP programoje įgyvendintas siekis - visų pagrindinių sveikatinimo veiklų raidą planuoti viename integraliame dokumente - pasiteisino ir turi būti tęsiamas
- ◆ Vyriausybė turi rengti ir tvirtinti LSP įgyvendinimo planą, apimantį tiek asmens, tiek visuomenės sveikatos plėtrą, pagal terminus sutampantį su LSP apibrėžiamais terminais. Vyriausybės patvirtintame LSP įgyvendinimo plane turi būti numatytos pagrindinės priemonės ir už šių priemonių įgyvendinimą atsakingos institucijos, privalančios užtikrinti sveikatos programų ir įstatymų nustatytų planavimo dokumentų rengimą
- ◆ Savivaldybės rengia ir tvirtina regionines sveikatinimo programas, užtikrinančias LSP tikslų įgyvendinimą
- ◆ Konkrečių sveikatinimo priemonių įgyvendinimas turėtų būti grindžiamas vidutinės trukmės 2-5 metų planavimo dokumentais. Prie vidutinės trukmės planavimo dokumentų yra priskirtinos laikotarpiui iki eilinių Seimo rinkimų rengiamos konkrečios Vyriausybės veiklos programos. Lietuvos Respublikos Seimas sieks, kad būsimųjų vyriausybių programose būtų numatytos LSP įgyvendinimo priemonės. Tikslinga planavimo procesui tobulinti parengti reikalavimų ir poveikio sveikatai vertinimo metodiką
- ◆ Lietuvos Respublikos Seimas sieks, kad metinis valstybės finansų planavimas, grindžiamas kasmetiniu valstybės, socialinio draudimo ir sveikatos draudimo biudžetų tvirtinimu, atspindėtų gyventojų sveikatos stiprinimo ir gyvenimo trukmės ilginimo poreikius
- ◆ Lietuvos Respublikos Vyriausybė turi užtikrinti, kad LSP įgyvendinimo plane atspindėtos nuostatos būtų įtraukiamos į atsakingų institucijų metinius planus, numatant šių nuostatų įgyvendinimui reikalingus žmogiškuosius ir finansinius išteklius

LSP įgyvendinimo valdymas

Lietuvos Respublikos Seimas nustato šiuos efektyvaus LSP 2020 įgyvendinimo pagrindus:

- ◆ Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės turi tapti reikšmingu Vyriausybės lygmens organizaciniu LSP valdymo instrumentu (iki šiol nė viena Lietuvos Respublikos Vyriausybė nepasinaudojo šiuo Sveikatos sistemos įstatymu nustatytu įrankiu stiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą dėl šalies žmonių sveikatos).
- ◆ Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios visuomenės sveikatos priežiūros institucijos tampa Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo koordinatorėmis, kitų ministerijų bei joms pavaldžių institucijų, savivaldybių, nevyriausybinų organizacijų ir verslo įmonių patarėjomis šalies gyventojų sveikatinimo klausimais. SAM užtikrina jai pavestų LSP priemonių įgyvendinimą bei rengia LSP įgyvendinimo ataskaitas svarstymui Vyriausybėje ir Seime
- ◆ Įgyvendindamos LSP visos ministerijos ir joms pavaldžios institucijos, vyriausybės įstaigos sveikatinimo klausimus sprendžia pagal savo kompetenciją. Šios institucijos įgyvendina joms pavestas sveikatinimo priemones ir rengia ataskaitas apie šių priemonių įgyvendinimą. Sveikatinimo programų dalinis įgyvendinimas sutartiniais pagrindais gali būti deleguojamas savivaldybėms, nevyriausybiniams institucijoms
- ◆ Savivaldos institucijos rengia ir įgyvendina regionines sveikatinimo programas, koordinuoja savivaldybės teritorijoje sveikatos ugdymo, alkoholio, tabako ir narkotikų kontrolės, visuomenės sveikatos saugos ir sveikatos stiprinimo priemonių rengimą ir įgyvendinimą

Esminiai Lietuvos gyventojų sveikatos lygio augimo veiksniai yra šalies gyventojų pastangų rūpintis savo, vaikų ir tėvų sveikata augimas ir didesnės verslo pastangos kurti sveikatą stiprinančius ir ją atstatančius produktus, užtikrinant saugias darbo sąlygas. Valstybė turi remti gyventojų ir verslo iniciatyvas, užtikrinančias sveikesnį ir ilgesnį gyvenimą.

Materialinių ir finansinių išteklių, reikiamų sveikatinimo tikslams pasiekti, gausinimas

LSP 2020, nustatydamą tikslus, atsižvelgia į šias sveikatinimo veiklos išteklių gausinimo galimybes:

- ◆ 1994 metais Lietuvos Respublikos Seimas priimdamas Sveikatos sistemos įstatymą gyventojų sveikatą įvardijo "didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė". Ši įstatymo nuostata atitinka ne tik politikų, bet ir daugumos šalies gyventojų, kurie savo kasdieninius sprendimus daro atsižvelgdami į šių sprendimų poveikį sveikatai, nuostatas. Šalies gyventojų pajamų augimas įgalina namų ūkius daugiau lėšų skirti kokybiškai mitybai, sveikesniam būstui, saugesniam transportui bei laisvalaikiui, vadinasi, vykstant ekonomikos plėtrai, stiprėja gyventojų sveikata. Vienas iš esminių LSP tikslų yra užtikrinti, kad keistųsi namų ūkių

preferencijos: mažėtų sveikatai žalingo ir augtų sveikatą stiprinančio vartojimo santykinis reikšmingumas. Šis pokytis nereikalauja daug valstybės išlaidų, bet gali užtikrinti beveik pusę Lietuvos gyventojų sveikatos pagerėjimo 2012-2020 metais.

- ◆ Valstybės išlaidos socialinei apsaugai, viešajai tvarkai, švietimui, transporto saugumui, gamtos apsaugai yra reikšmingos susirgimų ir dėl ne medicininių priežasčių atsirandančių sveikatos sutrikimų prevencijai, o jų augimas yra lygus gyventojų sveikatos stiprinimui.
- ◆ Verslo investicijos į sveikatą apima priemones darbo sąlygoms gerinti ir darbo saugai stiprinti, produktų kokybei ir vartotojų saugai užtikrinti. Dauguma įmonių turi dar neišnaudotų rezervų investicijoms į sveikatą, į kuriuos turėtų atsižvelgti 2012-2020 metais.
- ◆ Valstybės išlaidos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugoms ir medicinos prekėms yra reikšmingos visose sveikatinimo stadijose (sveikatos stiprinimui, susirgimų prevencijai, ligų diagnostikai ir gydymui). Europos Sąjungos šalių praktika rodo, kad augant ekonomikai, bendrosios išlaidos (valstybės ir privačių išlaidų suma) sveikatos apsaugai auga sparčiau nei ekonomikos augimas matuojamas bendruoju vidaus produktu, o Lietuvos valstybės finansavimo dalis bendrosiose išlaidose sveikatos apsaugai pastaruosius kelis dešimtmečius nesikeičia, sudarydama apie 75 procentus bendrųjų išlaidų sveikatos apsaugai. Santykinai spartesnis nei bendrojo vidaus produkto sveikatos išlaidų augimo tempas yra paaiškinamas populiacijos senėjimu bei jų poreikių struktūros pokyčiais. Lietuva 2012-2020 metais turėtų užtikrinti bendrojo vidaus produkto ir sveikatos apsaugos išlaidų santykį, būdingą daugumai Europos Sąjungos valstybių.

Bendrosios namų ūkių, verslo ir valstybės investicijos į sveikatą 2012-2020 metais turi padidėti. Papildomų investicijų rezultatas bus ilgesnis ir sveikesnis Lietuvos žmonių gyvenimas. Savo ruožtu, sveikesnis žmonių gyvenimas reiškia produktyvesnę darbo jėgą, konkurencingesnę lietuvišką verslą. Stiprėjanti šalies gyventojų sveikata, mažesnis mirčių (ypač darbingo amžiaus žmonių) skaičius yra vienas iš esminių atsakų į demografinius ir ekonominius nūdienos iššūkius Lietuvai.

LSP įgyvendinimo stebėseną ir vertinimą

LSP 2020 įgyvendinimo stebėsenos ir vertinimo tvarką nustato Lietuvos Respublikos Vyriausybė vadovaudamasi šiomis nuostatomis:

- ◆ Atsakingos institucijos vykdančios LSP įgyvendinimo plane atspindėtas nuostatas vykdo stebėseną ir rengia sveikatinimo programų įgyvendinimo kasmetines ataskaitas. Programų įvardintų LSP 2020 ataskaitos teikiamos Lietuvos Respublikos Vyriausybei
- ◆ Lietuvos statistikos departamentas ir Higienos instituto sveikatos informacijos centras yra atsakingi už LSP 2020 stebėsenos metodikos parengimą

- ◆ Higienos instituto sveikatos informacijos centras yra atsakingas už rodiklių, numatytų LSP 2020 programoje, už statistinę analizę ir gautų rezultatų viešinimą. LSP įgyvendinimo eigos rezultatai, nurodant faktinių rezultatų atitikimą LSP siekiniams bei tikėtinas nuokrypių nuo siekinių priežastis, yra skelbiami kasmet
- ◆ Kasmetinį LSP įvardintų programų įgyvendinimo vertinimą nacionaliniu lygmeniu atlieka ministerijos, atsakingos už konkrečios programos įgyvendinimą, o esant esminiams nuokrypiams nuo LSP numatytų siekinių, vyriausybės lygmeniu - Vyriausybė arba Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės
- ◆ Sveikatos apsaugos ministerija kasmet rengia ir Lietuvos Respublikos Vyriausybei teikia ataskaitą apie LSP programos įgyvendinimą. Tikslinga, kad dėl LSP kasmetinio įgyvendinimo rezultatų savo išvadą teiktų Valstybės kontrolė, ar kita nepriklausoma institucija. Kasmetinis LSP 2020 ir joje įvardintų sveikatinimo programų įgyvendinimo eigos aptarimas turėtų tapti Valstybinės sveikatos reikalų komisijos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos esminis elementas
- ◆ Būtina skatinti Lietuvos piliečius tapti aktyviais sveikatos politikos formavimo dalyviais ir jos įgyvendinimo savo šalyje rėmėjais. Nacionalinės sveikatos tarybos, nevyriausybinių organizacijų aktyvus dalyvavimas formuojant sveikatos politiką yra geroji šalies patirtis. Visuomeninės iniciatyvos teikia vilties, kad šalies pilietinės visuomenės įsitraukimas į Sąjūdį vardan sveikatos, plėsis.

LR Seimas, ne rečiau kaip kartą per dvejus metus svarsto LSP 2020 įgyvendinimo eigą, išklauso visų LSP 2020 įvardintų programų įgyvendinimo vertinimo rezultatus. Išsami LSP 2020 vykdymo analizė atliekama 2016 metais. Esant esminiams faktinių sveikatinimo veiklos rezultatų nuokrypiams nuo LSP 2020 siekinių ataskaitoje turi būti pateiktos nuostatos, kaip numatoma į šiuos nuokrypius atsižvelgti bei rekomendacijos dėl LSP 2020 numatytų priemonių keitimo ir LSP 2020 siekinių. Galutinis LSP vertinimas atliekamas programai pasibaigus - 2021 metais. Už išsamios LSP 2020 vykdymo analizės atlikimą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija.

Rekomenduojama, kad savivaldybės sveikatinimo programų, užtikrinančių LSP 2020 tikslų įgyvendinimą, eigą įvertintų ir, reikalui esant, šias programas tikslintų kasmet. Metinės sveikatinimo programų ataskaitos turi būti viešinamos.