

LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMAS

N U T A R I M A S
DĖL LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMOS PATVIRTINIMO

1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833
Vilnius

Lietuvos Respublikos Seimas n u t a r i a:

1 straipsnis.

Patvirtinti Lietuvos sveikatos programą (pridedama).

LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO PIRMININKAS

VYTAUTAS LANDSBERGIS

LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMA

I. ĮVADAS

Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo, kai VI Lietuvos gydytojų sąjungos (toliau – LGS) atkuriamasis suvažiavimas priėmė rezoliucijas ir medicinos visuomenę įpareigojo parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Po išsamių diskusijų VII LGS suvažiavimas priėmė Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, kurią 1991 m. spalio 30 d. patvirtino Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba – Atkuriamasis Seimas, ir ji tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį.

Koncepcijoje numatyti Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartus, brangios specializuotos medicinos pagalbos koncentravimo universitetiniuose centruose prioritetai Lietuvą įtraukia į pažangiai mąstančių apie sveikatos priežiūrą ir ją plėtojančių Europos šalių gretas. Pasaulio Sveikatos Organizacija (toliau – PSO), aktyviai talkinanti Lietuvai formuojant sveikatos politiką, dažnai mini ją sektinu pavyzdžiu kitoms Rytų Europos šalims – ne todėl, kad Lietuvos sveikatos sistema funkcionuoja racionaliai ir efektyviai (visi žinome, jog kol kas taip nėra), bet todėl, kad įgyvendinant Nacionalinę sveikatos koncepciją, sveikatos sistemos raida, besiremianti rimtu moksliniu pagrindu bei tarptautine patirtimi ir orientuota į ateitį, šiuo sunkiu ieškojimų periodu nepradedama nuo niekuo nepagrįsto griovimo.

Neatsitiktinai Pirmoji nacionalinė sveikatos politikos formavimo konferencija, įvykusi 1993 m. kovo 30-31 d. ir sukvietusi tartis politikus, profesinių ir visuomeninių organizacijų atstovus, medicinos bei kitų profesijų specialistus, galinčius daryti įtaką sveikatos sistemos reformai, dar kartą patvirtino pagrindines Lietuvos sveikatos sistemos raidos kryptis. Ir Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, ir Nacionalinės sveikatos politikos konferencijos rezoliucijoje yra aiškiai suformuluota būtinybė parengti ir įgyvendinti Lietuvos sveikatos programą.

1993 m. įvykusiai Nacionalinei sveikatos politikos konferencijai buvo parengtas dokumentas, kuriame pakankamai conceptualiai ir detalai apžvelgta Lietuvos gyventojų sveikatos būklė iki 1990 metų. Šiame dokumente pateikti 1991–1993 m. Lietuvos sveikatos duomenys ir, remiantis PSO suformuotais sveikatos tikslais, kuriami Lietuvos sveikatos programos pradmenys atsižvelgiant į prioritetines šalies sveikatos problemas. Specialistų grupė, rengusi šią programą, nutarė Lietuvos gyventojų sveikatos būklės detalesnę analizę teikti kas penkeri metai, tuo įsipareigodama reguliariai rengti tokio pobūdžio analitines publikacijas.

Rengiant šią programą ir nustatant prioritetus, svarbus vaidmuo teko 1993 m. įkurtam Sveikatos apsaugos reformų biurui (toliau – SARB). Kuriant Lietuvos sveikatos sistemos teisinius pagrindus, didelės reikšmės turėjo 1994 m. liepos 19 d. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas. 1995 m. Seimo surengtoje diskusijoje buvo dar kartą akcentuota būtinybė parengti Lietuvos sveikatos programą ir šiuo klausimu priimta Seimo rezoliucija „Dėl nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimo“. 1996 m. birželio mėn. Lietuvos sveikatos programą aprobavo Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, 1996 m. spalio mėn. jai pritarė Vyriausybė. 1997 m. balandžio mėn. įvykusioje II Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje ši programa aptarta dalyvaujant PSO bei kitiems Europos šalių ekspertams, po to ji pateikta svarstyti Seimui. Svarbus žingsnis Nacionalinės sveikatos koncepcijos, Sveikatos sistemos įstatymo nuostatų ir šios programos įgyvendinimui būtų Nacionalinės sveikatos tarybos ir Valstybinės sveikatos reikalų komisijos aktyvus darbas.

II. LIETUVOS DEMOGRAFINĖ SITUACIJA

1998 metų pradžioje Lietuvoje gyveno 3 mln. 704 tūkst. žmonių. Didžiausias pokario laikotarpiu gyventojų prieaugis buvo septintajame dešimtmetyje. Aštuntojo dešimtmečio pradžioje gyventojų prieaugio tempai stabilizavosi, o nuo 1990 m. ėmė mažėti. 1992 m. pirmą kartą pokario laikotarpiu pastebėtas gyventojų skaičiaus mažėjimas. Didžiausią Lietuvos gyventojų prieaugio dalį iki 1992 m. sudarė natūralusis prieaugis. 1993 m. gimusiųjų ir mirusiųjų skaičius beveik susilygino, 1994 m. situacija dar pablogėjo – mirė 3654 žmonėmis daugiau nei gimė. Taigi natūralusis gyventojų prieaugis yra neigiamas jau trejus metus; 1996 m. jis siekė 1,0 iš 1000 gyventojų, 1997 m. – 0,9 iš 1000 gyv.

Pastarųjų metų ekonominė būklė lėmė demografinių rodiklių blogėjimą, tarp jų ir gimstamumo mažėjimą. 1990 m. Lietuvoje 1000 gyventojų teko 15,3, o 1996 m. tik 10,6 gimimų. Toks mažas gimstamumas rodo, jog moterys per visą gyvenimą nepagimdo nė dviejų vaikų. Gimstamumo rodikliai sumažėjo visose vaisingo amžiaus moterų grupėse. Mažėja santuokų skaičius: 1990 m. tūkstančiui gyventojų teko 9,8, 1996 m. – 5,5 santuokos, 1997 m. – 5,1 santuokos. Ištuokų skaičius nemažėja: 1996 m. 100 santuokų teko 54 ištuokos, 1997 m. – 60 ištuokų.

Amžiaus struktūrą ir demografinės senatvės laipsnį daugiausia formuoja gyventojų reprodukcijos režimas, kuriam turi įtakos ir migracija. Dėl progresuojančio senėjimo nuolat daugėja 60 metų ir vyresnių gyventojų, kurie 1990 m. sudarė 16,2 proc., 1995 m. – 17,3 proc., 1996 m. – 17,6 proc. Pagal galiojančią klasifikaciją tai reiškia, jog Lietuva peržengė aukštos demografinės senatvės ribą.

Gyventojų senėjimo procesą nulemia dvi pagrindinės priežastys – dėl mažo gimstamumo mažėja vaikų, o dėl pokario metais pailgėjusios vidutinės gyvenimo trukmės gausėja pagyvenusių ir senyvo amžiaus gyventojų. Kadangi Lietuvos gyventojų senėjimo procesas vyksta mažo gimstamumo sąlygomis, jo intensyvėjimo reikia tikėtis ir ateityje.

Demografinio senėjimo pokyčiai lemia socialines ir ekonomines problemas, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros poreikio didėjimą, todėl svarbu siekti užtikrinti pagyvenusių ir senų žmonių galimybes aktyviai, savarankiškai ir sveikai gyventi.

III. PROGRAMOS TIKSLAI IR SIEKIAMO GYVENTOJŲ SVEIKATOS LYGIO RODIKLIAI

Igyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstytą ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos tikslai.

- 1. Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas.**
- 2. Sveikatos santykių teisumas.**
- 3. Gyvenimo kokybės pagerinimas.**

Mažesnę gyventojų mirtingumą galima pasiekti sumažinus mirtingumą nuo dažniausių mirties priežasčių – nelaimingų atsitikimų, traumų, širdies ir kraujagyslių ligų, piktybinių navikų, sumažinus kūdikių mirtingumą. Konkretūs siekiami rodikliai iki 2010 m. pateikiami toliau.

Vienas pagrindinių sveikatos programos tikslų yra sveikatos santykių teisumas. 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 skirtumų tarp jos siekiančiųjų sumažinimu. Konkretus siekiamas tikslas pateikiamas toliau.

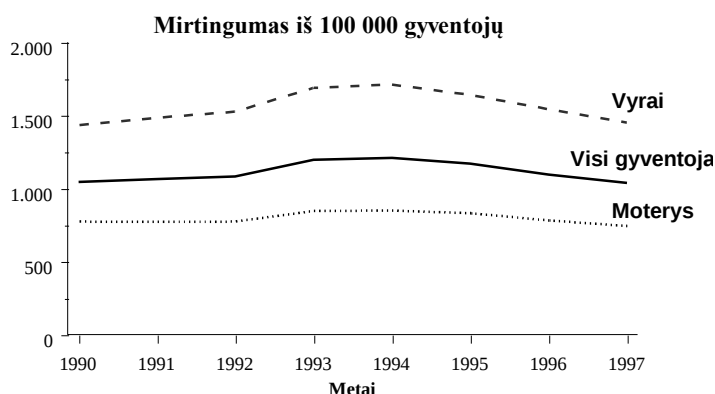
PSO ypač akcentuoja pozityviąją Nacionalinės sveikatos koncepcijos pusę – siekimą ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą kaip pagrindinę socialiai visaverčio gyvenimo sąlygą.

1. Bendrieji tikslai ir siekiamas gyventojų sveikatos lygio rodikliai

1.1. Gyventojų mirtingumo sumažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės prailginimas

Situacija

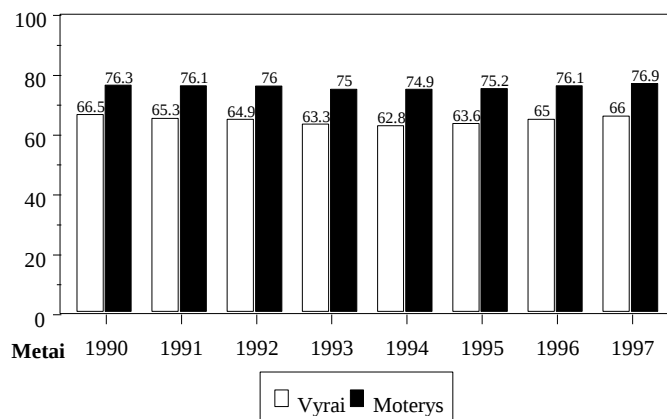
Socialinė ekonominė krizė, taip pat nauji ekonominiai santykiai ir objektyvūs sutrikimai sveikatos apsaugos ir kitose valstybės infrastruktūros sistemose atsiliepė daugeliui gyventojų ir neigiamai paveikė visos visuomenės sveikatą. Nuo 1990 m. pradėjo intensyviai didėti gyventojų mirtingumas ir trumpėti vidutinė gyvenimo trukmė. 1995 m. palyginti su 1990 m., standartizuotas amžiaus atžvilgiu bendrojo mirtingumo rodiklis padidėjo 12,1 proc. (vyrų – 14,5 proc., moterų – 7,4 proc.). Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų padidėjo 2,1 proc., nuo piktybinių navikų – 4,6 proc., nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų – net 49,1 proc. (vyrų – 53,3 proc., moterų – 37,8 proc.). Nuo 1990 m. kasmet didėję mirtingumo rodikliai 1995 m. kiek sumažėjo (žr.1 pav.).



1 pav. Standartizuoti Lietuvos gyventojų bendrojo mirtingumo rodikliai 1990–1997 metais

1997 m. bendrojo mirtingumo rodikliai toliau mažėjo pasiekdami: 1450,1/ 100 000 tarp vyrų, 742,5/100 000 – tarp moterų ir 1036,8/100 000 – tarp visų gyventojų. Šis reiškinys teikia vilčių ir leidžia tikėtis, kad gyventojų sveikatos būklė artimiausiais metais toliau gerės.

Integruotas gyventojų sveikatos rodiklis – vidutinė gyvenimo trukmė – Lietuvoje nuo 1990 m. iki 1995 m. sumažėjo nuo 71,5 m. iki 69,3 metų. Vyrų vidutinė gyvenimo trukmė sumažėjo labiau negu moterų (žr. 2 pav.). Remiantis šio rodiklio pokyčiais, nepalankiausi sveikatai buvo 1993 metai. 1994 m. vidutinė gyvenimo trukmė toliau mažėjo, tačiau palyginti su 1993 m., šis procesas sulėtėjo, o 1995 m. minėtasis rodiklis padidėjo ir viršijo 1993 m. lygį. Intensyviausiai trumpėjo vyrų, sulaukusių 30-45 metų, vidutinė gyvenimo trukmė, kai 30 metų ir vyresnio amžiaus moterų rodiklis per 1990-1995 m. laikotarpį nedaug tepakito. Didžiausios įtakos vidutinei gyvenimo trukmei mažėti 1990-1994 m. turėjo nelaimingi atsitikimai ir traumos bei širdies ir kraujagyslių ligos, lėmusios atitinkamai 45 proc. ir 23 proc. vyrų bei 27 proc. ir 29 proc. moterų vidutinės gyvenimo trukmės mažėjimo. 1996 ir 1997 m. vidutinė gyvenimo trukmė dar padidėjo. Vyrų vidutinė gyvenimo trukmė 1997 m. pasiekė 66 m., moterų – 76,9 m., visų Lietuvos gyventojų – 71,5 m.



2 pav. Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė 1990–1997 metais

Tikslai

Iki 2010 m. mažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę, mažinant mirtingumą nuo pagrindinių priežasčių, t. y. nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų, širdies bei kraujagyslių ligų, piktybinių navikų:

- 1) sumažinti mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 30 proc.;
- 2) sumažinti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų 15 proc.;
- 3) prailginti Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 metų.

Įgyvendinimas

Sutelkus visuomenės, valstybės, savivaldos bei sveikatos priežiūros institucijų pastangas, bus siekiama mažinti Lietuvos gyventojų mirtingumą, ilginti jų vidutinę gyvenimo trukmę, kartu mažinant sveikatos skirtumus tarp teritorijų administracinio suskirstymo vienetų. Visų pirma būtina gerinti regionų, kuriuose socialinė ekonominė situacija nepalanki, gyventojų sveikatą. Šiuo metu aukščiausi bendrojo mirtingumo rodikliai kai kuriuose Lietuvos teritorijų administracinio suskirstymo vienetuose nuo žemiausių skiriasi apie du kartus, o vidutinės gyvenimo trukmės skirtumai siekia beveik 7 metus. Tokie dideli sveikatos rodiklių skirtumai liudija, kad esama daug neišnaudotų galimybių Lietuvos gyventojų sveikatai gerinti.

Konkrečios pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo priemonės šiems tikslams pasiekti turi būti numatytos valstybės bei savivaldos vykdomųjų institucijų parengtose savivaldybių sveikatos programose.

Monitoringas

Įvairių mirtingumo rodiklių monitoringas grindžiamas medicininių mirties liudijimų duomenimis, kuriuos renka ir jų analizę parengia Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Standartizuoti bendrojo mirtingumo, mirtingumo dėl svarbiausių priežasčių ir vidutinės gyvenimo trukmės rodikliai pagal amžių reguliariai stebimi nuo 1970 metų. Įvairių Lietuvos teritorijų administracinio suskirstymo vienetų gyventojų mirtingumo ir vidutinės gyvenimo trukmės monitoringas pradėtas 1988 metais.

1.2. Kūdikių mirtingumo sumažinimas

Situacija

Kūdikų mirtingumas 1995 m. buvo 12,5 iš 1000 gyvų gimusiųjų. Stebint dinamiką nuo 1991 m. (tų metų pradžioje pakeista naujagimių registravimo tvarka, t. y. juos pradėta registruoti nuo 500 gramų svorio ir 22 nėštumo savaitės) kūdikių bei perinatalinis mirtingumas mažėjo (žr. 1 lentelę). Kūdikių mirtingumas 1997 m. buvo 10,3 iš 1000 gyvų gimusiųjų, perinatalinis mirtingumas – 10,7 iš 1000 gimusiųjų, tačiau šie rodikliai tebėra kur kas didesni negu kitose Europos valstybėse.

1 lentelė. Kūdikių ir perinatalinis mirtingumas Lietuvoje 1990-1997 metais

Mirtingumo rodiklis	Metai							
	1990 ¹	1991 ²	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Kūdikių mirtingumas iš 1000 gyvų gimusiųjų	10, 2	14, 2	16,4	15,6	13,8	12,5	10,0	10,3
Perinatalinis mirtingumas iš 1000 gimusiųjų	9, 33	13, 5	17,3	15,1	13,4	12,5	10,2	10,7

1 – pagal senąją kūdikių mirtingumo registravimo tvarką

2 – pagal naująją kūdikių mirtingumo registravimo tvarką

Pagrindinės kūdikių mirties priežastys – perinatalinio ir neonatalinio periodo patologinės būklės (42,6 proc.; šį periodą sudaro laikas nuo nėštumo pradžios iki 27 dienų po gimimo) bei įgimtos anomalijos (33,3 proc.). Šios priežasčių grupės glaudžiai susijusios su moterų sveikata ir nėštumo eiga. 1997 m. tebėra didelis neišnešiotumo procentas (4,8 proc.) bei gimdyvių mirtingumas (24 iš 100 000 gyvų gimusiųjų).

Tikslas

Iki 2010 m. sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc.

Įgyvendinimas

Minėtam tikslui pasiekti reikia:

- sumažinti didelės rizikos ir nepageidaujamų nėštumų skaičių 10 proc.;
- sumažinti neišnešiotų naujagimių gimimų skaičių 10 proc.;
- sumažinti perinatalinį ir neonatalinį mirtingumą 30 proc.;
- pasiekti, kad 40 proc. kūdikių iki 4–6 mėnesių būtų maitinami motinos pienu;
- pasiekti, kad 97 proc. kūdikių būtų profilaktiškai paskiepyti (pagal patvirtintą skiepų kalendorių);
- visuose gimdymo stacionaruose užtikrinti ankstyvą naujagimių maitinimą krūtimi, pasiekti, kad motina būtų su kūdikiu visą parą;
- numatyti priemones, kuriomis būtų galima mažinti gimdyvių mirtingumą (užtikrinti visoms moterims prieinamą ir kvalifikuotą nėščiųjų priežiūrą, gimdymo pagalbą) bei užtikrinti šeimos planavimo paslaugas;
- sudaryti naujagimiams adekvačias jų būklei gydymo bei slaugos sąlygas;
- sukurti ankstyvos nepertraukiamos kūdikių vystymosi sutrikimų diagnostikos bei korekcijos sistemą;
- pagerinti stacionarinių įstaigų techninę ir materialinę bazę, kuri leistų diegti bei naudoti pažangias technologijas.

Šios priemonės numatomos realizuoti vykdant konkrečias sveikatos programas, atsižvelgiant į bendruosius sveikatos sistemos reformos principus ir tikslus.

Nuo 1992 m. pradėta vykdyti Motinos ir vaiko sveikatos programa, kurią sudaro daugelis projektų. Dauguma jų – tarpžinybiniai, todėl labai svarbu siekti glaudaus bendradarbiavimo su Socialinės apsaugos ir darbo, Švietimo ir mokslo ministerijomis, vaiko teisių apsaugos, paramos šeimai, globos ir rūpybos tarnybomis. Taip pat didelę įtaką gali daryti visuomenės organizacijų, ginančių vaikų teises, veikla.

Monitoringas

Kūdikių mirtingumo rodikliai bus stebimi pagal Naujagimių sveikatos registrą. Duomenys apie detalius naujagimių sveikatos būklės pokyčius bus kaupiami Nacionaliniame įgimtų vystymosi defektų ir paveldimų ligų registre (LIRECA). Naujagimių sveikatos registras (apimantis ir perinatalinį mirtingumą) integruojamas į Šiaurės šalių naujagimių sveikatos registrą.

1.3. Gyvenimo kokybės gerinimas Situacija

Gyvenimo kokybė – svarbi visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti esminio prioritetų koregavimo ir sveikatos priežiūros išteklių perskirstymo. Turimų lėšų negalima naudoti vien ligoms gydyti ar gyvenimui ilginti. Būtina sudaryti sąlygas socialiai remtinų, invalidų ir žmonių, sergančių lėtinėmis ligomis, gyvenimo kokybei pagerinti. Šiuo metu sukurta ne viena metodika gyvenimo kokybei įvertinti. Lietuvoje gyvenimo kokybė kol kas nėra nustatoma ir stebima, todėl reikalingi išsamūs moksliniai tyrimai nustatyti ją pagal standartą ir vykdyti nuolatinį jos monitoringą. Gyvenimo kokybė turi būti sistemingai stebima ne tik visoje visuomenėje, bet ir nepalankiomis ekonominėmis ir socialinėmis sąlygomis gyvenančių žmonių grupėse.

Pagal PSO „Sveikata visiems XXI amžiui“ politiką Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę galima pagerinti, jeigu:

- bus pradėtas bei nuolat vykdomas gyvenimo kokybės monitoringas;
- suaktyvės individų dalyvavimas visuomenės gyvenime ir sveikatos politikos formavime;
- sveikatą lemiantys veiksniai, tokie kaip išsilavinimas, taps visiems labiau prieinami;
- sveika gyvensena bus pripažinta socialine norma;
- pirminė, antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra daugiau dėmesio skirs gyvenimo kokybei pagerinti.

Tikslas

Iki 2005 m. parengti ir įgyvendinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybės monitoringo ir analizės sistemą. Atsižvelgiant į gautus rezultatus, bus nustatytas tikslas iki 2010 m.

Įgyvendinimas

Gyvenimo kokybės nustatymą bei stebėjimą reikia įtraukti į esamas sveikatos monitoringo programas. Remiantis monitoringo duomenimis, turi būti parengta programa gyvenimo kokybei pagerinti. Ją rengiant turi dalyvauti visos valstybės, mokslo ir sveikatos priežiūros institucijos.

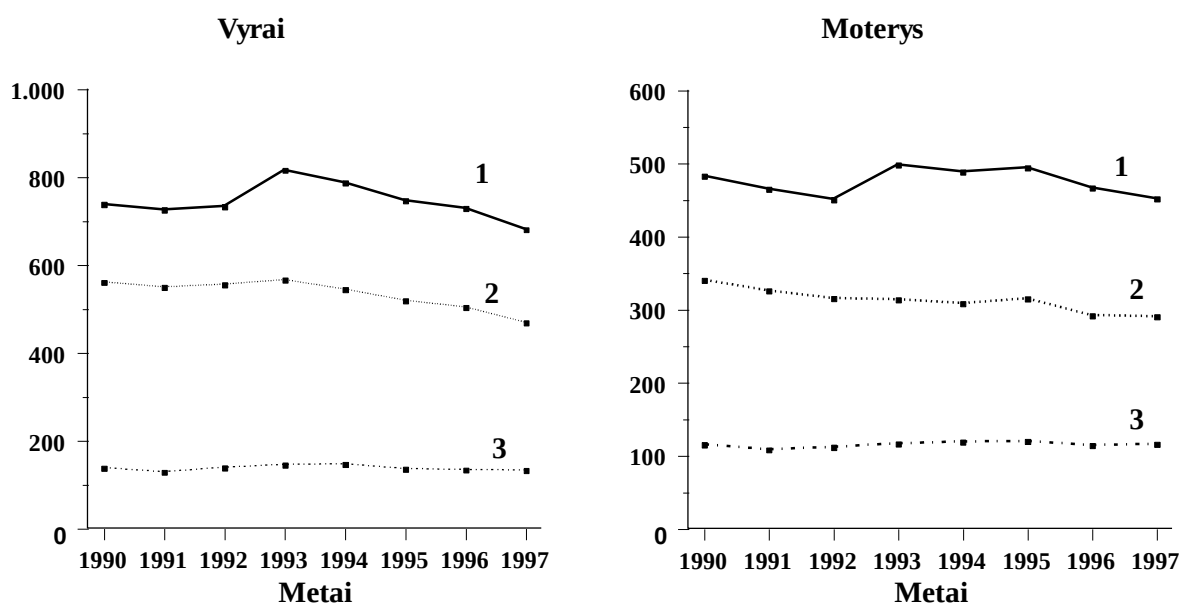
2. Specialieji tikslai ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodikliai

2.1. Širdies ir kraujagyslių ligos

Situacija

Širdies ir kraujagyslių ligos yra viena svarbiausių ne tik medicinos, bet ir socialinių problemų. Minėtos ligos sudaro apie pusę visų mirties, vieną trečdalį invalidumo priežasčių bei nulemia 15–20 proc. apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigose.

1997 m. Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių ligų mirė 22 750 žmonės (544 iš 100 000 gyventojų). Tai sudarė 55,3 proc. visų mirusiųjų. Mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų struktūroje didžiausią dalį sudarė išeminė širdies liga ir galvos smegenų insultas (1997 m. atitinkamai 61,6 proc. ir 22 proc.). Standartizuoti pagal amžių mirtingumo nuo visų širdies ir kraujagyslių ligų rodikliai 1990-1995 m. šiek tiek didėjo. Didžiausi jie buvo 1993-1994 m., o 1995 m. sumažėjo beveik iki 1990 m. lygio. Panašiai kito vyrų ir moterų mirtingumas nuo galvos smegenų insulto, kai vyrų mirtingumas nuo išeminės širdies ligos nuo 1994 m. pradėjo mažėti, o moterų nuolatos mažėjo nuo 1990 m. (žr. 3 pav.). 1996-1997 m. vyrų ir moterų standartizuotas mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų, tarp jų išeminės širdies ligos ir galvos smegenų insulto toliau mažėjo. Palyginti su 1995 m., vyrų standartizuotas pagal amžių mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjo nuo 746/100 000 iki 680/100 000, nuo išeminės širdies ligos – nuo 519/100 000 iki 468/100 000 ir nuo galvos smegenų insulto – nuo 136/100 000 iki 132/100 000 gyventojų 1997 m. Moterų standartizuotas mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjo nuo 494/100 000 1995 m. iki 451/100 000 1997 m., nuo išeminės širdies ligos – nuo 315/100 000 iki 290/100 000 ir nuo galvos smegenų insulto – nuo 119/100 000 iki 116/100 000.



3 pav.

Lietuvos vyrų ir moterų standartizuoti mirtingumo nuo širdies kraujagyslių (1), išeminės širdies ligos (2) ir galvos smegenų insulto (3) rodikliai 1990–1997 metais

Tikslai

1. Iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 15 proc.
2. Iki 2010 m. sumažinti 65–74 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 10 proc.

Uždaviniai:

1. Efektyvi pagrindinių išeminės širdies ligos ir galvos smegenų insulto rizikos veiksnių kontrolė:

- padidėjusio arterinio kraujospūdžio kontrolė bei hipertenzijos paplitimo tarp gyventojų mažinimas;
- padidėjusio cholesterolio kraujyje paplitimo tarp gyventojų mažinimas;
- kalorijų kiekio, pasisavinamo iš gyvulinės kilmės riebalų, mažinimas;
- antsvorio paplitimo tarp gyventojų mažinimas;
- rūkymo paplitimo tarp gyventojų mažinimas;
- sutrikusios gliukozės apykaitos ir cukrinio diabeto paplitimo tarp gyventojų kontrolė;

- besaikio alkoholio vartojimo kontrolė.
- 2. Išeminės širdies ligos ir galvos smegenų insulto ankstyvos diagnostikos gerinimas ir gydymo efektyvumo didinimas.
- 3. Persirgusiųjų miokardo infarktu ar galvos smegenų insultu efektyvios reabilitacijos sistemos sukūrimas.

Įgyvendinimas

- Įgyvendinimo strategija turi būti dviguba: didelės rizikos žmonių apsaugojimo strategija, skirta žmonėms, veikiamiems rizikos veiksnių ar sergantiems šiomis ligomis, ir žmonių, turinčių mažą rizikos laipsnį (populiacinė) strategija, skirta žmonių sveikatai išsaugoti bei stiprinti.
- Gyventojų sveikata labai priklauso ir nuo sveikatos santykių reguliavimo, t.y. sveikatą saugančių ir sveikatos stiprinimą užtikrinančių įstatymų.
- Sveikatos priežiūros įstaigos turi daugiau dėmesio skirti išeminės širdies ligos bei galvos smegenų insulto pirminei profilaktikai bei persirgusiųjų šiomis ligomis reabilitacijai. Dirbant šį darbą reikia kur kas daugiau reikšmės skirti aukštos kvalifikacijos slaugos darbuotojų veiklai, todėl būtina sustiprinti atitinkamų sričių specialistų, kurie galėtų kvalifikuotai mokyti gyventojus, rengimą.
- Siekiant pagerinti minėtų ligų diagnostikos ir gydymo rezultatus būtina aprūpinti sveikatos priežiūros įstaigas nauja aparatūra. Taip pat reikia skirti daugiau dėmesio aukštos kvalifikacijos specialistams ruošti bei jau dirbančių specialistų kvalifikacijai kelti. Būtina sukurti (ar atnaujinti) efektyviai veikiančią reabilitacijos sistemą, įgyvendinti ligonių perimamumo principą.
- Į gyventojų sveikatos stiprinimą ir išsaugojimą turi įsitraukti ir visuomenės organizacijos. Reikia siekti, kad kuo daugiau miestų ir gyvenviečių dalyvautų „Sveikų miestų“, „Sveikų mokyklų“ ir kt. panašaus pobūdžio judėjimuose.
- Ypač svarbus visuomenės sveikatos specialistų, prekybos, aplinkos sveikatos ir kitų sveikos gyvensenos mokymo darbuotojų bendradarbiavimas siekiant sveikos gyventojų mitybos.
- Visuomenės sveikatos mokymas turi būti nukreiptas į tai, kad gyventojai žinotų apie pagrindinius išeminės širdies ligos ir galvos smegenų insulto rizikos veiksnius, jų lygius bei korekcijos galimybes.
- Reikia skatinti ir palaikyti nevyriausybinių organizacijų veiklą, skirtą saugoti ir stiprinti gyventojų sveikatą.

Monitoringas

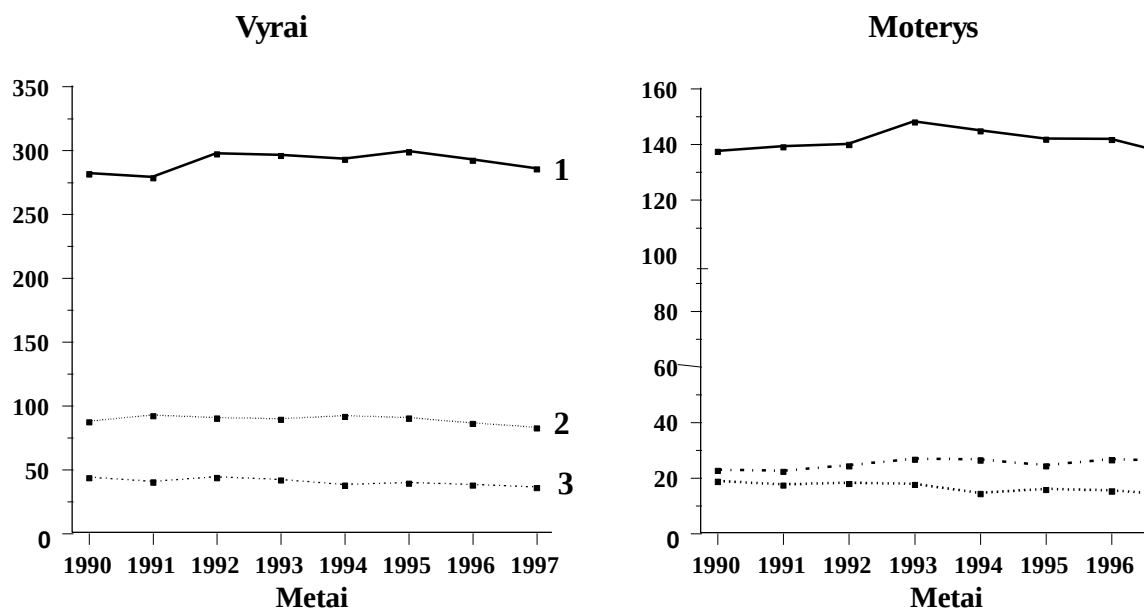
Taikomų priemonių efektas turi būti vertinamas remiantis atitinkamų ligų registrų duomenimis. Jų nesant, gali būti naudojami mirtingumo oficialiosios statistikos duomenys. Rizikos veiksnių paplitimo pokyčiai ir gyventojų nuostatos sveikai gyventi formavimas gali būti vertinamas pagal specialių epidemiologinių tyrimų duomenis.

2.2. Onkologinės ligos

Situacija

Onkologinėmis ligomis Lietuvoje serga 1,2 proc. gyventojų. Sergamumas vėžiu kasmet padidėja vidutiniškai 1 procentu. 1997 m. užregistruoti 12882 nauji susirgimai (348 iš 100 000 gyventojų). Dažniausia vyrų onkologinė liga yra plaučių vėžys. 1997 m. jis sudarė 23,3 proc. visų naujai užregistruotų piktybinių navikų. Antrąją vietą užėmė skrandžio (10,6 proc.), trečiąją – priešinės liaukos (9,6 proc.) vėžys. Tarp moterų labiausiai paplitęs krūties vėžys (17 proc.), kiaušidžių ir gimdos kūno (12,7 proc.), odos (11,9 proc.) ir skrandžio (7,5 proc.) vėžys. Apie pusę visų piktybinių navikų nustatoma ligai pasiekus III arba IV stadiją. Mirties priežasčių struktūroje piktybiniai navikai užima antrąją vietą po širdies ir kraujagyslių ligų, ir 1995 m. jie sudarė 16,6 proc. visų mirties priežasčių. Mirtingumas nuo piktybinių navikų 1990-1995 m. didėjo.

Standartizuotas mirtingumo rodiklis 1995 m. palyginti su 1990 m., padidėjo 4,7 proc. (vyrų – 6,1 proc., moterų – 3,2 proc.). Vyrų dažniausiai miršta nuo plaučių ir skrandžio, o moterys – nuo krūties ir skrandžio vėžio. Vyrų mirtingumas nuo plaučių ir moterų mirtingumas nuo krūties vėžio didėjo, o nuo skrandžio vėžio mažėjo (žr.4 pav.).



4 pav. Lietuvos vyrų ir moterų standartizuoti mirtingumo nuo piktybinių navikų (1), plaučių (2), skrandžio (3) ir krūties vėžio rodikliai 1990–1997 metais

Tačiau mirtingumo nuo skrandžio vėžio mažėjimo tempai, palyginti su ankstesniu 20 metų laikotarpiu, buvo lėtesni. Be to, vis labiau plito įvairių formų odos vėžys ir melanomos. Mirtingumo nuo piktybinių navikų rodikliai 1996–1997 m. pradėjo mažėti. 1996 m. mirtingumo rodiklis buvo 201,4 iš 100 000 gyventojų, 1997 m. – 192,6 iš 100 000 gyventojų 1996 m. Lietuvoje piktybiniais navikais sirgo 346 vaikai. Dažniausiai vaikų amžiuje pasitaiko leukozės, smegenų bei kaulų navikai, limfomos.

Tikslai

- 1. Iki 2010 m. sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio 15 proc.**
- 2. Iki 2010 m. sumažinti sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc.**
- 3. Iki 2010 m. sumažinti vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio 15 proc.**
- 4. Iki 2010 m. sumažinti piktybinių navikų užleistumą 20 proc.**

Įgyvendinimas

- Atrankinės gyventojų sveikatos būklės tikrinimų programas, siekiant nustatyti krūties ir gimdos kaklelio vėžį, vykdomas kol kas tik 6 Lietuvos rajonuose, būtina išplėsti visoje Lietuvoje. Jas pakankamai finansuojant ir vykdant visoje šalyje, apimant 80 proc. moterų, išlaidos atsipirktų per 5-7 metus.

- Daugiau nei 80 proc. mirčių nuo plaučių vėžio, taip pat didelė dalis skrandžio, gerklų ir kitų vėžio formų yra susiję su rūkymu. Būtina imtis priemonių, mažinančių žalingą rūkymo poveikį žmonių sveikatai. Būtina sumažinti rūkymo paplitimą tarp 10–15 m. paauglių 30 proc. Konkrečios priemonės rūkymo plitimui mažinti turi būti numatytos Valstybinėje tabako kontrolės programoje.

- Tam, kad sumažėtų užleistų piktybinių navikų atvejų skaičius, reikia plėtoti onkologijos dėstymo programą medicinos studentams ir siekti, kad bendrosios praktikos gydytojai, terapeutai, ginekologai bei chirurgai būtų pakankamai susipažinę su onkologinių ligų simptomatika ir galėtų jas diagnozuoti ar bent įtarti, laiku siųsti ligonį gydyti į specializuotas sveikatos priežiūros įstaigas.

Tai galima pasiekti specializuotoms onkologijos įstaigoms bendradarbiaujant su Vilniaus universiteto Medicinos fakultetu ir Kauno medicinos universitetu.

- Gydomo rezultatams pagerinti esamoje onkologinės sistemos struktūroje reikia ne tik aprūpinti onkologijos įstaigas nauja diagnostikos aparatūra bei gydymo priemonėmis, bet taip pat svarbu plėsti psichologinės ir medicininės reabilitacijos galimybes bendradarbiaujant su socialinės globos ir rūpybos įstaigomis bei plėsti onkologinės pagalbos ir onkologinio budrumo strategiją kitose sveikatos priežiūros (ypač pirminės) įstaigose.

- Informuoti visuomenę apie ultravioletinių spindulių poveikio pasekmes.

- Simptominis gydymas reikalingas apie 50 proc. onkologinių ligonių. Būtina plėsti slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigų tinklą bei numatyti kitas galimybes šiam gydymui įgyvendinti bendradarbiaujant kartu su globos ir rūpybos įstaigomis bei labdaros paramos organizacijomis.

- Siekiant geresnių gydymo rezultatų būtina įvertinti esamus ir diegti naujus gydymo ir diagnostikos metodus. Reikia plėtoti mokslinius tyrimus šiomis kryptimis: naujų diagnostikos ir gydymo metodų aprobavimas laboratorijose ir jų diegimas klinikoje; epidemiologiniai tyrimai, siekiant nustatyti vėžio paplitimo ypatumus ir vyraujančius rizikos faktorius Lietuvoje; ekonominės žalos, kurią daro Lietuvos gyventojams piktybiniai navikai, įvertinimas; priešnavikinių faktorių ir jų žymenų paieška, tyrinėjimas laboratorijose.

Monitoringas

Monitoringas bus vykdomas tobulinant ir plėtojant esamą onkologinių ligonių stebėjimo sistemą. Sergamumo piktybiniais navikais ir mirtingumo nuo jų monitoringą ir analizę vykdo Lietuvos vėžio registras, bendradarbiaudamas su specializuotomis onkologinėmis sveikatos priežiūros įstaigomis. Lietuvos onkologijos centro informacinę sistemą „Hospitalinis registras“ numatoma plėsti ir tobulinti. Jos pagrindu sukurti ir įdiegti vieningą informacinę sistemą „Onkologija“, kuri leis dar greičiau kaupti ir apdoroti visą informaciją apie šio profilio ligonius iš visų specializuotų sveikatos priežiūros įstaigų. Onkologinių įstaigų veiklą koordinuoja ir metodiškai joms vadovauja Lietuvos onkologijos centras.

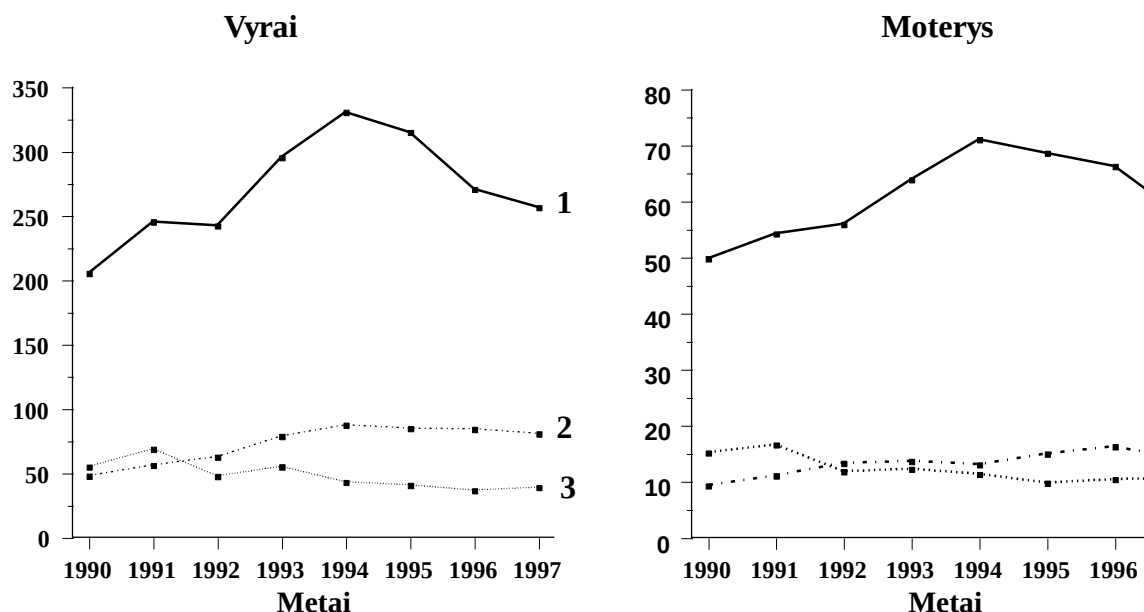
2.3. Nelaimingi atsitikimai ir traumos

Situacija

Nelaimingus atsitikimus, apsinuodijimus ir traumas pagrįstai galima vadinti Lietuvos nacionaline nelaime, nes mirtingumas nuo jų, palyginti su kitomis Europos šalimis, yra labai didelis ir toliau sparčiai didėjantis.

Mirties priežasčių struktūroje nelaimingi atsitikimai ir traumos užima trečiąją vietą po širdies kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų. 1995 m. nelaimingi atsitikimai ir traumos sudarė 14,4 proc. visų mirties priežasčių (vyrų – 21,3 proc., moterų – 6,5 proc.). Apie du trečdaliai jaunų (15–44 metų) vyrų ir vienas trečdalis tokio pat amžiaus moterų žuvo nuo traumų. Tai svarbiausia šio amžiaus žmonių, taip pat vaikų mirties priežastis.

1997 m. Lietuvoje buvo sužaloti apie 300 000 žmonių, iš kurių 5443 mirė. Mirtingumas nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 1990–1994 m. sparčiai didėjo ir tik 1995 m. šiek tiek sumažėjo. Standartizuotas mirtingumo rodiklis nuo 1990 m. iki 1995 m. padidėjo 49,5 proc. (vyrų – 53,5 proc., moterų – 37,7 proc.). Tarp visų nelaimingų atsitikimų ir traumų iki 1992 m. vyravo transporto traumos, o nuo 1992 m. pradėjo vyrauti savižudybės. Jeigu vyrų ir moterų mirtingumas nuo transporto traumų nuo 1992 m. mažėja, tai savižudybių skaičius ir toliau išlieka didelis (žr. 5 pav.).



5 pav. Lietuvos vyrų ir moterų standartizuoti mirtingumo nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų (1), transporto traumų (2) ir savižudybių (3) rodikliai 1990–1997 metais

Palyginti su 1995 m., vyrų standartizuotas pagal amžių mirtingumas nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų 1997 m. sumažėjo nuo 315/100 000 iki 257/100 000 gyventojų, tarp jų nuo transporto traumų – nuo 41/100 000 iki 39/100 000 gyventojų. Mirtingumas nuo savižudybių sumažėjo nuo 85/100 000 gyventojų 1995 m. iki 81/100 000 gyventojų 1997 m. Moterų standartizuotas pagal amžių mirtingumas nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų sumažėjo nuo 69/100 000 gyventojų 1995 m. iki 57/100 000 gyventojų 1997 m. Moterų mirtingumas nuo transporto traumų keitėsi nedaug – nuo 9,8/100 000 gyventojų 1995 m. iki 10,6/100 000 gyventojų 1997 m. Moterų mirtingumas nuo savižudybių kiek sumažėjo – nuo 15/100 000 gyventojų 1995 m. iki 13,9/100 000 gyventojų 1997 m.

Tikslas

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

Įgyvendinimas

- Nuolatos didelis žuvusiųjų ir sužalotųjų skaičius bei didelis invalidumo nuo traumų procentas verčia kurti kompleksinę traumatizmo profilaktikos ir pagalbos nukentėjusiesiems nuo traumų sistemą, kuri apimtų visus šios pagalbos etapus, pradedant pirmąją pagalbą ir baigiant fizine bei socialine nukentėjusiųjų reabilitacija.

- Traumatizmo profilaktikos priemonių rengimo ir įgyvendinimo koordinavimo problema turi būti sprendžiama savivaldybių, apskričių ir nacionaliniu lygiais. Būtina parengti vieningą nelaimingų atsitikimų priežasčių klasifikaciją, įdiegti visuotinę sužalojimų registraciją.

- Apskričių ir savivaldybių lygiu reikia siekti, kad kuo daugiau miestų ir gyvenviečių įsitrauktų į „Sveikų miestų“ bei kitus panašius judėjimus, skatinti pačių gyventojų iniciatyvą, įtraukti į šį darbą visuomenės organizacijas. Apie nelaimingus atsitikimus ir jų priežastis informuoti gyventojus visuomenės informavimo priemonėse.

- Norint pagerinti traumų pasekmių rodiklius, būtina pertvarkyti būtiniosios pagalbos teikimą nukentėjusiesiems, ypač kreipti dėmesį į pirmosios medicinos pagalbos etapą; sudaryti logišką ir adekvačią traumos sunkumui nukentėjusiųjų hospitalizavimo tvarką; parengti ir įgyvendinti

nukentėjusiųjų medicininės, socialinės rehabilitacijos priemonės; nuolat analizuoti traumatizmo būklę ir teikti pasiūlymus kitoms žinyboms dėl jo profilaktikos.

- Kartu su kitomis suinteresuotomis institucijomis sudaryti saugaus eismo, saugaus būsto, saugios darbo vietos programas, parengti joms techninius normatyvus ir norminius teisės aktus; sudaryti asmenims, patyrusiems traumas, medicininės ir socialinės rehabilitacijos sąlygas; organizuoti ortopedijos ir kompensuojančiųjų priemonių gamybą.

- Skatinti „Sveikų miestų“ judėjimą bei kitas regioninio lygio visuomenės iniciatyvas; įtraukti į traumatizmo profilaktiką įvairias visuomenės organizacijas.

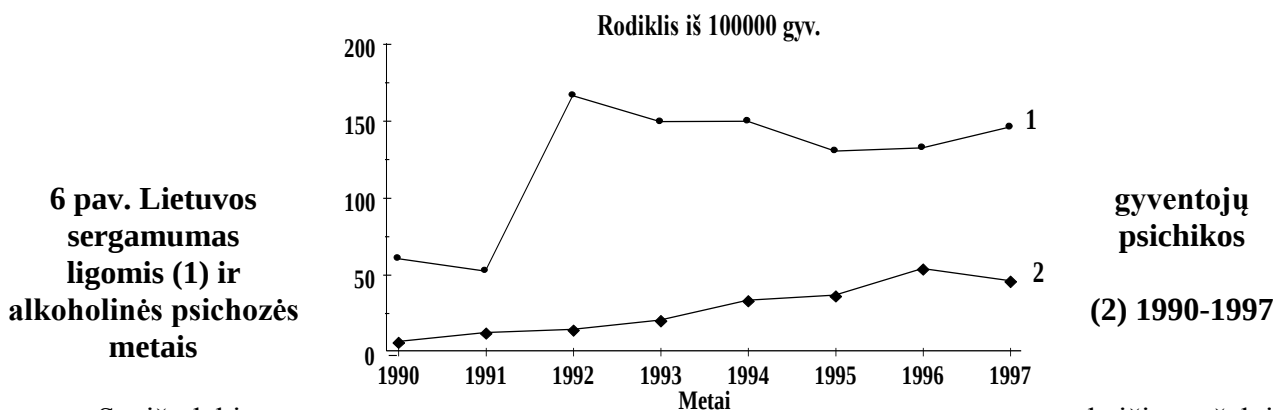
- Vykdyti mokslinius tyrimus traumatizmo profilaktikos ir traumų mechanogenezės srityje; sukurti ir siūlyti naujas saugias technologijas į gamybą, transportą ir buitį; rengti ir diegti naujas gydymo metodikas, padedančias nukentėjusiems nuo traumų išsaugoti gyvybę ir sveikatą.

Monitoringas

Invalidumo ir mirtingumo nuo traumų ir nelaimingų atsitikimų monitoringą vykdys asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos savo kompetencijai priklausančią pagal įstatymų nustatytą monitoringo sistemą.

2.4. Psichikos ligos ir savižudybės Situacija

Lietuvoje gyventojų ligotumas psichikos ligomis didėja. 1990 m. šalyje psichikos ligomis sirgo 145 688 asmenys arba 3928,8 iš 100 000 gyventojų. 1997 m. – 155 490 (4194 iš 100 000 gyventojų). Nauji psichikos ligų atvejai 1995 m. buvo 130/100 000 gyventojų, 1997 m. – 132/100 000 gyventojų (žr. 6 pav.). Daugėjo asmenų, sergančių alkoholinėmis psichozėmis: 1990 metais – 12,3 iš 100 000 gyventojų, 1995 m. – 36,2 iš 100 000 gyventojų, 1997 m. – 45,6 iš 100 000 gyventojų.



Savižudybių skaičius šalyje didėjo nuo 26,9 iš 100 000 gyventojų 1990 m. iki 46,8 iš 100 000 gyventojų 1995 m. Savižudybių gausėjimas buvo stebimas visose amžiaus grupėse nuo 15 metų. Palyginti pagal lytį, ypač daugėjo savižudybių tarp vyrų – nuo 47,9 iš 100 000 gyventojų 1990 m. iki 87,5 iš 100 000 gyventojų 1994 m. 1995-1997 m. savižudybių skaičius kiek sumažėjo – nuo 46,8 iš 100 000 gyventojų iki 44,8 iš 100 000 gyventojų. Savižudybių daugėjo tarp kaimo gyventojų: nuo 36 iš 100 000 gyventojų 1990 m. iki 64,5 iš 100 000 gyventojų 1994 metais. 1995-1996 m. savižudybių skaičius tarp kaimo gyventojų toliau augo – nuo 67/100 000 iki 74/100 000. Lietuva pagal savižudybių skaičių vis dar užima pirmąją vietą pasaulyje.

Invalidumas dėl psichikos ligų išaugo nuo 18937 asmenų 1990 m. iki 23045 asmenų 1995 m. (49,6/100 000 gyventojų). 1996 m. šis rodiklis padidėjo iki 54,2/100 000. 1997 m. invalidais dėl psichikos ligų buvo 23386 asmenys. Tais pačiais metais invalidais dėl psichikos ligų tapo 2081 žmogus (56,1 iš 100 000 gyventojų). Vaikų invalidumas dėl psichikos ligų siekia 56 proc. vaikų invalidumo.

Darbo vietų skaičius psichikos invalidams specializuotose įstaigose sumažėjo nuo 1577 (1990 m.) iki 600 (1995 m.). Susiformavo socialiai neadaptuoti gyventojų, turinčių psichikos ligų ir nesugebančių spręsti savo socialinių problemų, sluoksnis.

Psichikos ligų epidemiologiniai tyrimai rodo, jog šalyje yra apie 500 000 asmenų, kuriems reikalinga psichologo, psichoterapeuto arba psichiatro pagalba.

Tikslai

- 1. Iki 2005 m. stabilizuoti ligotumą psichikos ligomis.**
- 2. Iki 2010 m. sumažinti savižudybių kiekį iki vidutinių Europos šalių rodiklių, t. y. iki 25 iš 100 000 gyventojų.**
- 3. Iki 2010 m. sumažinti sergamumą alkoholinėmis psichozėmis iki 10 iš 100 000 gyventojų.**

Įgyvendinimas

- Būtina iki 2005 metų įsteigti savivaldybėse psichikos sveikatos centrus, numatytus Psichinės sveikatos priežiūros įstatyme; papildomai parengti reikiamą skaičių gydytojų psichiatrų pirminei psichiatrijos pagalbai plėtoti; paruošti psichikos sveikatos centrums reikalingą socialinių darbuotojų, psichologų, slaugos specialistų skaičių.

- Daugelio šalių patirtis rodo, kad psichikos sutrikimų dažnėjimą pavyksta sustabdyti ir sumažinti tik vykdant valstybines-kompleksines programas kryptingai pagal prioritetines veiklos sritis, iš kurių svarbiausios yra: ilgalaikių psichikos ligų, narkologinių ligų, pagalbos sergantiems silpnaprotyste, psichikos invalidų reabilitacijos bei reintegracijos, patikimos nuolatinės savižudybių ir mėginimų nusižudyti apskaitos sistemos ir kt. sritys.

- Siekiant sumažinti alkoholio poveikį ir su juo susijusias neigiamas pasėkmes žmogaus psichikos sveikatai, būtina vykdyti Valstybinę alkoholio kontrolės programą.

- Pagal Europos šalių standartus vystyti šalies psichikos ligų epidemiologiją ir monitoringą.

- Įgyvendinant minėtas veiklos sritis būtina kartu plėtoti profilaktiką visomis kryptimis, t. y. keisti visuomenės sociokultūrinės nuostatas; gerinti psichologinę darną; riboti ir mažinti alkoholio vartojimą; mokyti visuomenę įveikti krizes; nuolat rengti švietėjiškus leidinius visuomenei; sukurti krizių įveikimo pagalbos sistemą; organizuoti smurto, prievartos ir žalingų įpročių profilaktiką.

- Koordinuotai bendradarbiauti įvairių sričių specialistams (ypač su bendrosios praktikos gydytojais) organizuojant savalaikę ir tinkamą pagalbą linkusiems į savižudybę (didelės rizikos) žmonėms.

- Mokyti įvairių specialybių sveikatos priežiūros personalą įvertinti savižudybės riziką, psichikos sutrikimus bei mokyti juos savalaikės pagalbos suteikimo taktikos.

- Gerinti ligų gydymą, diegti naujus gydymo ir diagnostikos metodus, atlikti mokslinius savižudybių tyrimus, plėsti psichokorekcijos ir psichoterapijos bei socialinę pagalbą.

- Sukurti sergančiųjų afektiniais ir kitais psichikos sutrikimais reabilitacijos sistemą.

- Įtraukti socialinius darbuotojus organizuoti pagalbą šeimoms, kuriose įvyko savižudybė.

Monitoringas

Pagal Psichinės sveikatos priežiūros įstatymą psichinių ligų profilaktikos monitoringą pagal savo kompetenciją vykdo visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

2.5. Užkrečiamosios ligos

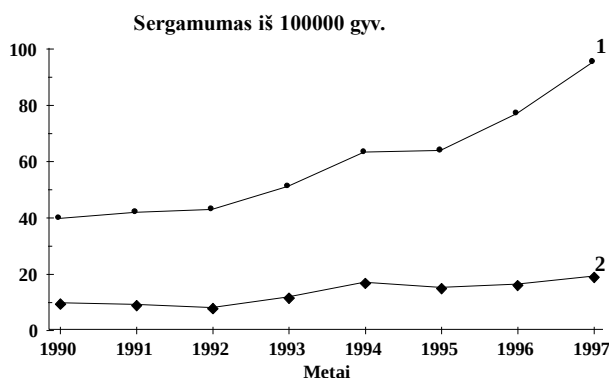
2.5.1. Tuberkuliozė

Situacija

Tuberkuliozė (toliau – TB) – labiausiai išplitusi visame pasaulyje užkrečiamoji liga. Jos plitimui svarbiausios reikšmės turi medicininiai, socialiniai ir ekonominiai faktoriai. Kasmet pasaulyje apie 3 milijonus žmonių miršta, 1995 m. šia liga susirgo 8,8 mln. gyventojų. Paskutiniaisiais metais sergamumas ir mirtingumas TB Lietuvoje padvigubėjo, ėmė vyrauti toli pažengusios ir išplitusios TB formos. Labai daugėja atsparių vaistams, bacilas skiriančių, ligonių. Svarbiausios TB plitimo priežastys Lietuvoje yra didėjantis skurdas, nedarbas, alkoholizmas, nepakankama prieštuberkuliozinė profilaktika, pavėluota diagnostika. Be to, vis didesnės įtakos turi didėjantis vaistams atsparių TB sukėlėjų skaičius ir tai sąlygoja nesėkmingą gydymą. Svarbu ir tai, jog sveikatos priežiūros sistema nepasiruošusi dirbti prieštuberkuliozinį darbą iš esmės pasikeitusiomis socialinėmis ir ekonominėmis sąlygomis.

PSO ir Tarptautinės kovos su TB sąjungos ekspertai yra pateikę epidemiologinius rodiklius, pagal kuriuos TB, kaip masinį susirgimą, galima laikyti likviduotą. Tai sergamumas iki 10 iš 100 000 gyv. (Lietuvoje 1997 m. suaugusiųjų sergamumas – 95,0 iš 100 000 gyventojų, vaikų – 18,9 iš 100 000 vaikų, (žr. 7 pav.). Sergamumas TB Lietuvoje kasmet padidėja apie 10 procentų. Sparti neigiama epidemiologinių rodiklių dinamika kelia realų pavojų. Jeigu nepavyks stabilizuoti situacijos – Lietuvai gresia TB epidemija.

7 pav.
vaikų (2)
1990-1997



Suaugusiųjų (1) ir
sergamumas TB
metais

Tikslai

1. Iki 2005 m. stabilizuoti sergamumą TB, t. y. neleisti sergamumui šia liga pasiekti epidemijos slenksčio – 100 iš 100 000 gyventojų.
2. Iki 2010 sumažinti sergamumą TB 30 proc.
3. Išaiškinti 70 proc. naujai susirgusiųjų TB ir 85 proc. jų pagydyti.

Įgyvendinimas

- Vykdyti Valstybinę tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programą.
- Organizuoti efektyvią TB pirminę profilaktiką tarp gyventojų:
 - 1) kasmet vakcinuoti BCG vakcina 95–100 proc. naujagimių ir kūdikių;
 - 2) kasmet revakcinuoti BCG vakcina visus kūdikius, kuriems vakcinavimas buvo neefektyvus (11 mėn.) ir neinfekuotus 7 metų vaikus (apie 75 proc.);
 - 3) kasmet patikrinti tuberkulino mėginiais rizikos grupės vaikus.
- Kuo anksčiau diagnozuoti ir gydyti TB asmens sveikatos priežiūros įstaigose:
 - 1) suaktyvinti TB išaiškinimą tarp šaukiamojo amžiaus jaunuolių, dekretuoto kontingento, visų užsikrėtusių ŽIV ir sergančių AIDS bei kitų gyventojų kontingentų;

2) reorganizuoti ir stiprinti bakteriologines laboratorijas kaip svarbiausią TB diagnostikos grandį;

3) aprūpinti TB sveikatos priežiūros įstaigas būtiniausia rentgenologine ir kita diagnostikos aparatūra bei gydymo priemonėmis, atitinkančiomis įstaigos lygį;

4) užtikrinti etapinį sergančiųjų TB gydymą;

5) užtikrinti, kad ambulatorinis gydymas būtinais prieštuberkulioziniais vaistais būtų nemokamas.

- Siekiant geresnių diagnostikos ir gydymo rezultatų plėsti tuberkuliozinį budrumą tarp bendrosios praktikos gydytojų, pediatrų ir kt. specialistų tam, kad, įtarus TB, žmogus laiku būtų siunčiamas gydymui į specializuotas sveikatos priežiūros įstaigas.

- Sergančiam asmeniui iki vienerių metų išsaugoti darbo vietą įstatymų numatyta tvarka.

- Organizuoti efektyvias priešepidemines priemones epidemiologiškai pavojinguose židiniuose.

- Informuoti gyventojus apie TB epidemiologinę situaciją šalyje ir vykdomas profilaktikos priemones.

- Įtraukti socialinius darbuotojus organizuojant pagalbą šeimoms, kuriose yra asmenys sergantys TB.

- Įvertinus sukaupą mokslinio darbo patirtį ir mokslininkų potencialą toliau tęsti mokslinį tiriamąjį ir metodinį darbą.

- Rengti TB sergančių asmenų medicininės, profesinės ir socialinės rehabilitacijos priemones.

- Siekti glaudaus bendradarbiavimo su kitomis žinybomis sprendžiant su TB susijusius klausimus.

Monitoringas

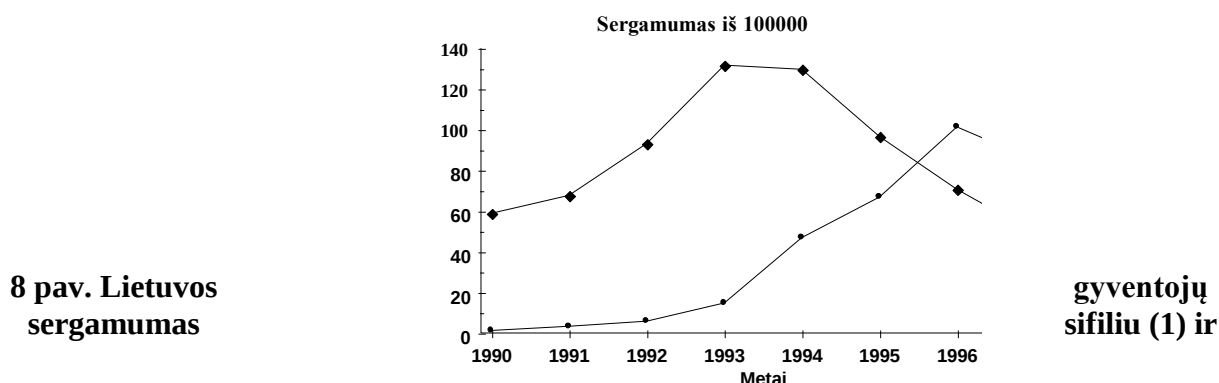
Duomenims apie TB kaupti ir vertinti būtina baigti rengti Tuberkuliozės registrą ir pradėti jį taikyti. Monitoringo vykdyje dalyvauja asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos įstatymų nustatyta tvarka.

2.5.2. Lytiniu keliu plintančios ligos

Situacija

Lytiniu keliu plintančios ligos (toliau – LPL) yra vienos iš labiausiai paplitusių užkrečiamųjų ligų pasaulyje. PSO duomenimis kasmet pasaulyje sifiliu užsikrečia apie 12 mln. žmonių, gonorėja – 62 mln. ir chlamidijomis – 89 mln.

Lietuvoje sergamumas sifiliu nuo 1990 m. iki 1996 m. padidėjo beveik 52 kartus (1990 m. sirgo 72 asmenys arba 1,9 iš 100 000 gyventojų, 1996 m. – 101,4 iš 100 000 gyventojų, 1997 m. – 84,5 iš 100 000 gyventojų). 1996 m. gimė 12 vaikų, sergančių įgimtu sifiliu. Sergamumas gonorėja (ūmia forma) 1990 m. buvo 58,8 iš 100 000 gyventojų, 1996 m. – 70,4 iš 100 000 gyventojų, 1997 m. – 49,2 iš 100 000 gyventojų (žr. 8 pav.).



gonorėja (2) **(ūmia forma) 1990–1997 metais**

Plečiantis privačiai praktikai, paprastai pastebima lytiniu keliu plintančių ligų, ypač gonorėjos, netikslė registracija. Tai rodo tarptautinėje praktikoje patvirtinto sifilio ir gonorėjos santykio (sergamumas gonorėja viršija sergamumą sifiliu kelis kartus) neatitikimas pagal mūsų šalies statistiką. Specialistų nuomone, realus sergamumas sifiliu ir gonorėja šiuo metu gali būti daug didesnis.

1997 m. buvo įregistruoti 88 ŽIV užsikrėtę asmenys, 1996 m. – 42. Kitos LPL nėra privalomai registruojamos ir sergančiųjų jomis skaičius nežinomas.

Lytiniu keliu plintančių ligų sergamumo padidėjimo priežastys sietinos su pablogėjusiomis socialinėmis ekonominėmis žmonių gyvenimo sąlygomis, nedarbu, alkoholizmu, palaidu lytiniu gyvenimu dėl dorovinio ir dvasinio nuosmukio, augančia prostitucija ir ypač nepakankamu visuomenės ir jaunimo lytiniu auklėjimu bei kitomis priežastimis.

Kitas svarbus aspektas – ŽIV epidemijos plitimas kaimyninėse šalyse, tai kelia realų epidemiologinį pavojų Lietuvos gyventojams. Pagrindiniai ŽIV plitimo Lietuvoje keliai yra per lytinius santykius ir per švirkštus tarp intraveninių narkomanų. Iš pasaulinės (beje, ir kaimyninių šalių) patirties žinome, kad užsikrėtusių ŽIV narkotikų vartotojų skaičius auga labai sparčiai, nes būtent, pastarasis būdas yra mažiausiai valdomas.

Pasikeitus socialinėms bei ekonominėms sąlygoms, pirminė ir antrinė LPL profilaktika šiems pokyčiams nebuvo adekvati. LPL profilaktika iki šiol nėra tapusi tarpžinybinio bendradarbiavimo problema.

Tikslai

- 1. Iki 2010 m. realų sergamumą sifiliu sumažinti iki 25 iš 100 000 gyventojų.**
- 2. Iki 2010 m. realų sergamumą gonorėja sumažinti iki 40 iš 100 000 gyventojų.**
- 3. Iki 2010 m. sustabdyti AIDS plitimą. Likti mažo ŽIV/AIDS paplitimo šalimi.**

Įgyvendinimas

- Vykdėti Valstybines LPL ir AIDS profilaktikos programas.
- Mažinti LPL užsikrėtusių skaičių propaguojant dorovės normas, saugų lytinį elgesį, šviečiant visuomenę, ypač jaunimą.
- Sutrumpinti laiką, per kurį asmuo, užsikrėtęs LPL, gali platinti infekciją, t. y. operatyviai diagnozuoti ligą ir ją gydyti. Šiam uždaviniui įgyvendinti būtina ugdyti sveikatos priežiūros specialistų, ypač bendrosios praktikos gydytojų, ginekologų, dermatovenerologų ir kt. budrumą LPL profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityse.
- Siekti, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos paslaugos LPL sergantiems asmenims būtų prieinamos ir priimtinos ir kad šie galėtų kuo anksčiau kreiptis į gydytojus kvalifikuotos pagalbos.
- Užtikrinti nemokamą ankstyvą LPL diagnostiką ir efektyvų gydymą.
- Pavesti Respublikiniam AIDS centrui kartu su kitomis atsakingomis institucijomis dirbti su rizikos grupėmis (prostitutėmis, narkomanais, jūreiviais, kaliniais ir kt.) organizuojant, koordinuojant ir vertinant atrankinius, sociologinius, signalinius tyrimus, profilaktikos bei kitas priemones.
- Prevencijos priemonėmis mažinti asocialių asmenų, prostitučių ir kitų tikslinių grupių sergamumą sifiliu ir kitomis LPL.
- Užkirsti kelią ŽIV infekcijai plisti lytiniu keliu, per kraują bei sveikatos priežiūros įstaigose.
- Ugdyti sveikatos priežiūros specialistų atsakingą požiūrį į savo bei kolegų darbą ir sveikatą, skatinti tinkamai naudoti apsaugos priemones kai atliekamos įvairios invazinės ir kitos medicininės procedūros siekiant išvengti hospitalinės infekcijos.

- Plėtoti LPL diagnostiką įskaitant šiuolaikinius virusologinius ir molekulinis tyrimus.
- Tobulinti LPL ir AIDS epidemiologinę priežiūrą organizuojant tikslinius sociologinius tyrimus lytinės higienos ir elgesio klausimais.
- Organizuoti specialistų, teikiančių konsultacijas LPL klausimais, tobulinimą LPL profilaktikos, diagnostikos ir gydymo klausimais. Koreguoti (papildyti) specialistų ruošimo programas.
- Plėsti ŽIV užsikrėtusiems asmenims ilgalaikės socialinės reabilitacijos įstaigų tinklą.
- Skatinti visuomenės, ypač moksleivių, švietimą LPL profilaktikos klausimais.
- Remti visuomeninių organizacijų, prisidedančių prie LPL profilaktikos, veiklą.
- Parengti ir vykdyti LPL registrą ŽIV/AIDS, sifilio, gonorėjos ir chlamidijos perdavimo keliams, diagnostikos ir gydymo savalaikiškumui bei efektyvumui įvertinti.
- Tirti visus kraujo ir organų donorus dėl ŽIV ir kitų per kraują plintančių infekcijų šiuolaikinėmis PSO rekomenduotomis diagnostinėmis sistemomis. Tobulinti socialinę donorų atranką.
- Plėtoti (inicijuoti, organizuoti, koordinuoti ir t. t.) tarpžinybinį, mokslinį, tarptautinį bendradarbiavimą AIDS ir LPL profilaktikos priemonių, diagnostikos bei gydymo efektyvumui gerinti.

Monitoringas

Pirmaisiais Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo metais turėtų būti kiekybiškai įvertinti pagrindiniai LPL profilaktikos indikatoriai. Vėliau LPL profilaktikos indikatorių kiekybinis įvertinimas turėtų būti atliekamas kas penkeri metai.

Prireikus kai kurios LPL ir AIDS programos įgyvendinimo strategijos kryptys gali būti tikslinamos ar keičiamos.

2.5.3. Kitos užkrečiamosios ligos

Situacija

Lietuvoje užkrečiamosiomis ligomis kasmet serga apie 0,5 milijono žmonių. Užkrečiamųjų ligų struktūroje vidutiniškai 75 proc. visų užregistruotų užkrečiamųjų ligų sudaro gripas ir ūminės viršutinių kvėpavimo takų infekcijos, apie 2 proc. ūmios žarnyno infekcijos, net 11 proc. parazitozės, aktualia problema lieka hospitalinės infekcijos. Pastarųjų 10 metų Lietuvos gyventojų sergamumo ūmiomis žarnyno užkrečiamomis ligomis (bakterine dizenterija, salmonelioze) rodikliai 100000 gyventojų turi didėjimo tendenciją. Dėl šių susirgimų kasmet medicininės pagalbos kreipiasi apie 20 000 asmenų. Tarp sergančių žarnyno infekcinėmis ligomis asmenų 30–40 proc. nustatoma bakterinė dizenterija, 15–20 proc. – salmoneliozė. Didelį sergamumą ūmiomis žarnyno užkrečiamomis ligomis lemia nepakankama maisto produktų kokybė, prastas pienas, vištienos, skerdenos ir jos gaminių kokybė. Vidutiniškai kasmet 6 proc. ištirtų maisto produktų bandinių iš maisto pramonės įmonių yra padidintos mikrobinės taršos, o realizavimo tinkle tokių netinkamų vartoti maisto produktų randama 2 kartus daugiau.

Lietuvoje beveik netiriamos ir nediagnozuojamos kampilobakteriozė, virusinės kilmės žarnyno infekcijos, plintančios per maistą. Kasmet apie 5000 asmenų serga hepatitu A, kurio priežastis – bloga maisto ir vandens kokybė, nepakankami higienos įgūdžiai kolektyvuose bei šeimose.

Hospitalinių infekcijų profilaktika – didžiulė visuomenės sveikatos problema visame pasaulyje. Lietuvoje kasmet vidutiniškai įregistruojama 500 hospitalinės infekcijos atvejų arba 0,07 proc. hospitalizuojamų ligonių. Daugelis dokumentų, reglamentuojančių hospitalinės infekcijos sekimo, profilaktikos, kontrolės elementus, yra nevykdomi, administracinio poveikio priemonės neveiksmingos, teisinių pagrindų nėra, nėra suformuotos griežtos antibiotikų naudojimo tvarkos, – tai sąlygoja hospitalinės infekcijos sukėlėjų polirezistentiškumą. Nepakankamos medicinos darbuotojų žinios šiuo klausimu.

Lietuvoje kasmet vidutiniškai užregistruojama apie 60000 žmonių, sergančių parazitinėmis ligomis, tarp jų viena iš labiausiai išplitusių – enterobiozė, kuria per pastaruosius 5 metus sirgo 12,9-17,6 proc. tirtų asmenų. Daugiausia enterobioze yra užsikrėtę I- IV klasių mokiniai (20,4–22,0 proc.) bei ikimokyklinio amžiaus vaikai, lankantys lopšelius ir darželius (15,8–15,2 proc.). Beveik netiriamos ir nediagnozuojamos kampilobakteriozė, virusinės kilmės žarnyno ligos, keliančios didžiausią per maistą plintančių ligų problemą.

Didėja hepatito C, kuriuo žmonės užkrečiami gydymo įstaigose teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atvejų skaičius. 50-70 proc. persirgusiųjų virusiniu hepatitu C lieka chroniškais ligoniais. Per pastaruosius 3 metus 10 kartų padaugėjo sergančiųjų Laimo liga ir erkiniu encefalitu skaičius, kasmet vis daugiau į Lietuvą įvežama maliarijos.

Tikslai

- 1. Iki 2005 m. sumažinti sergamumą užkrečiamosiomis žarnyno ligomis 50 proc., o iki 2010 m. – iki sporadinių atvejų. Mažinti sergamumą kitomis užkrečiamosiomis ligomis.**
- 2. Įdiegti naujus užkrečiamųjų ligų diagnostikos metodus.**

Įgyvendinimas

- Artimiausiu metu būtina sukurti užkrečiamųjų ligų ir užkratų registrą bei vykdyti jų monitoringą.
- Įdiegti kompiuterinę epidemiologinės priežiūros sistemą.
- Parengti ir įgyvendinti teisės aktus iš kurių svarbiausi yra: darbo ir veiklos sričių, kuriuose leidžiama dirbti darbuotojams, tik iš anksto pasitikrinusiems ir vėliau reguliariai besitikrinantiems sveikatą dėl užkrečiamųjų ligų, sąrašus, šių tikrinimų tvarką; privalomojo profilaktinio nukenksminimo tvarka; privalomojo aplinkos nukenksminimo pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų židiniuose tvarka; informacijos apie privalomojo epidemiologinio registravimo objektus perdavimo tvarka; sąrašas pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys ar įtariami sergantys asmenys, turėję kontaktą asmenys, šių ligų sukėlėjų nešiotojai turi būti hospitalizuojami, izoliuojami bei tiriami ir (ar) gydomi privalomai.
- Įgyvendinti ekonominių sankcijų už visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų pažeidimus įstatymą.
- Organizuoti antimikrobiniais preparatais atsparių mikrobus greitą identifikavimą ir jų epidemiologinę priežiūrą.
- Sukurti efektyvią hospitalinių infekcijų sekimo sistemą siekiant gerinti hospitalinių infekcijų profilaktiką asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
- Pertvarkyti pagal atitinkamus sveikatos priežiūros lygius mikrobiologijos laboratorijas.
- Kartu su kitomis suinteresuotomis valstybinėmis bei visuomeninėmis organizacijomis ugdyti gyventojų higienos įgūdžius siekiant stiprinti ir apsaugoti gyventojų sveikatą nuo ligų, kurių galima išvengti.
- Mokslo srityje nagrinėti ir plėtoti aktualiausias temas siekiant integruoti jas į atitinkamas Europos ir pasaulio mokslines temas (PSO, UNESCO ir kt.).

Monitoringas

Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės monitoringą vykdo pagal savo kompetenciją asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos.

2.5.4. Imunoprofilaktika

Situacija

Pastaraisiais metais Lietuvoje buvo registruojami susirgimai tymais, epideminiu parotitu, raudonuke, difterija (žr. 2 lentelę). Išlieka šių ligų įvežimo iš kaimyninių šalių galimybė.

Šalyje, pradėjus įgyvendinti nacionalinę imunoprofilaktikos programą, pradėjo didėti profilaktinių skiepimų mastai. 1995 m. regint difterijos epidemijos grėsmę, šalyje paskelbta suaugusiųjų skiepimų nuo difterijos kampanija, per kurią paskiepyta apie 1,5 mln. asmenų, ir 1997 m. kovo-gruodžio mėn. šalyje neužregistruota nė vieno šios ligos atvejo. Intensyvesnės imunizacijos praktikos būtinos skiepijant ir nuo kitų ligų, nes kiekvienais metais išlikusi nepaskiepytų vaikų dalis po keleto metų gali sąlygoti epideminį pakilimą.

2 lentelė. Sergamumas ligomis, nuo kurių vakcinuojama, 1991–1997 metais

Abs. sk./sergamumas iš 100 000 gyv.	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Difterija	1/0,03	9/0,24	8/0,21	38/1,0	43/1,15	11/0,29	2/0,05
Kokliušas	350/4,3	301/8,0	254/6,8	232/6,2	104/2,8	57/1,5	150/4,0
Stabligė	1/0,03	3/0,08	4/0,11	2/0,05	--	2/0,05	3/0,08
Naujagimių stabligė	--	--	--	--	--	--	--
Poliomielitas	--	--	--	--	--	--	--
Tymai	143/3,8	200/5,3	249/6,7	286/7,7	191/5,1	35/0,9	30/0,8
Epideminis parotitas	420/11,2	642/17,1	572/15,3	516/13,9	379/10,2	397/10,7	632/17,05
Raudonukė	1188/23,9	831/22,2	1128/22,2	9740/261,9	22 243/598,4	1321/35,5	981/26,5
Hepatitis A	2052/54,8	2553/68,2	3627/97,2	5146/138,4	5491/147,7	3704/99,6	2925/78,9
Hepatitis B	677/18,1	621/16,6	470/12,6	517/ 13,9	435/11,7	518/13,9	432/11,7
Kiti hepatitai	n. av.	57/ 1,5	43/ 1,2	45/ 1,2	60/1,6	101/2,7	119/3,2
Gripas	120575/ 3217,2	119789/ 3201,7	119222/ 3196,1	130601/ 3512,9	96711/ 2601,8	41241/ 1109,5	190106/ 5130,3

PSO nuo 1997 m. rekomendavo į Nacionalinius skiepimų kalendorius įtraukti skiepimus nuo hepatito B. Skiepimai nuo šios ligos ypač svarbūs, nes oficialus užregistruotas sergamumas šia liga sąlygoja tik 8–25 proc. oficialioje statistikoje užregistruotų virusinių hepatitų atvejų, 70 proc. infekcija pasireiškia besimptome forma, 0,5 proc. asmenų serga žaibine ligos forma, 35 proc. atvejų išsivysto lėtinis hepatitas, kurio apie 20 proc. pereina į kepenų vėžį ir kepenų cirozę.

Lietuvoje vidutinis HBsAg paplitimas tarp gyventojų sudaro 2,5 proc. Šalyje yra apie 80–90 000 HB viruso nešiotojų. Pastaruoju metu didžiausi sergamumo hepatito B rodikliai yra 15–29 metų amžiaus grupėje, nes vienas pagrindinių HB viruso infekcijos plitimo kelių yra lytinis. Specifinė imunoprofilaktika prieinamomis ir kokybiškomis vakcinoms turėtų padėti spręsti šią problemą. Lietuvoje 1998 m. patvirtintas skiepų kalendorius, į kurį įtraukti naujagimių skiepimai nuo hepatito B bei haemofilus influenzae B, tačiau šiai vakcinai įsigyti kol kas pritrūko lėšų. Nuo hepatito B skiepijami visi naujagimiai. Nemažiau svarbu yra įdiegti praktikoje naujų polivalentinių vakcinų naudojimą, įgyvendinti PSO rekomendacijas dėl „saugių“ injekcijų.

Imunoprofilaktikos dėka galima sumažinti sergamumą, mirtingumą ir invalidumą nuo užkrečiamųjų ligų. Pagrindinė imunizavimo programos nuostata yra paskiepyti kuo anksčiau ir kuo daugiau vaikų. Dėl to, kad kaimyninėse šalyse nestabili epidemiologinė situacija, imunizavimas nuo užkrečiamųjų ligų, įtraukiant į skiepų kalendorių ir naujas vakcinas, įgyja ypatingą reikšmę (3 lentelė). Socialinės imunizavimo prieinamumo garantijos Lietuvos gyventojams yra ypač svarbus faktorius perspėjant infekcines ligas.

3 lentelė: Vaikų skiepimų mastai Lietuvoje 1991–1997 metais

MASTAI	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
BCG(AUJAG.)	87,4	93,9	97,6	95,9	96,6	98,4	98,4

DIFTERIJA/ STABLIGĖ 3 ir 1 metai	74,9	86,3	86,8	87,2	90,4	92,1	92,0
KOKLIUŠAS 3 ir 1 metai	73,2	77,6	83,1	83,4	89,0	91,2	90,0
POLIOMIELITAS (IPV2 ar OPV3) 1 metai	79,7	88,3	86,3	87,9	89,3	92,6	94,8
TYMAI 1 ir 2 metai	85,7	89,0	91,8	92,7	93,7	96,3	95,9
EPIDEMINIS PAROTITAS 1 ir 2 metai	74,9	75,9	54,3	79,4	76,9	93,4	94,9
RAUDONUKĖ 1 ir 2 metai	-	79,0	43,7	74,8	88,9	94,7	94,4

Pastaba: BCG – tuberkuliozės vakcina; IPV – inaktyvuota poliomielito vakcina; OPV – oralinė poliomielito vakcina.

Tikslai

1. Iki 2010 metų pasiekti, kad nebūtų mirties atvejų nuo užkrečiamųjų ligų, valdomų specifinės profilaktikos priemonėmis.

2. Iki 2010 metų likviduoti vietinės kilmės poliomielitą, difteriją, sumažinti sergamumą tymais iki 1 atvejo 100 000 gyventojų, išvengti įgimto raudonukės sindromo ir epideminio parotito atvejų.

3. Iki 2010 m. didinti imunizavimo mastus prieš užkrečiamąsias ligas pagal Lietuvos skiepų kalendorių (iki 97–98 proc.).

Įgyvendinimas

- Be reguliaraus suaugusiųjų imunizavimo, reglamentuoto skiepų kalendoriaus, Lietuvos gyventojai turi būti skiepijami ir kitų rūšių vakcinomis.

- Rekomenduojama skiepyti šiuos asmenis:

- 1) vykstančius į epidemiologiniu požiūriu nepalankias šalis;

- 2) dirbančius kenksmingomis sąlygomis, taip pat perspėjant kai kurioms amžiaus grupėms pavojingas ligas – nuo juodligės (dirbant kai kuriose lengvosios pramonės įmonėse), erkinio encefalito (dirbant endeminėse vietovėse), gripo (senyvo amžiaus, sergant lėtinėmis širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo sistemos ligomis), perspėjant pneumokokines, meningokokines, hemofilus influenzae B, diarėjines infekcines ligas (cholera, vidurių šiltinė ir kt.);

- 3) susižeidusius – nuo stabligės, apkančiotus – nuo stabligės ir pasiutligės;

- 4) ypatingais atvejais pagal Sveikatos apsaugos ministerijos priešepideminių priemonių planus (išplitus ypatingai pavojingoms ligoms) – nuo maro, choleros, tuliearijos, juodligės).

- Vykdėti Nacionalinę imunoprofilaktikos programą.

Monitoringas

Atliekama tuberkuliozės, difterijos, kokliušo, stabligės, tymų, raudonukės, epideminio parotito, poliomielito ir kitų ligų sergamumo epidemiologinė priežiūra, kurią organizuoja Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras, vykdo pirminio ir antrinio lygio asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos bei teritoriniai visuomenės sveikatos centrai.

Epidemiologinė priežiūra vykdoma:

- 1) atliekant užkrečiamųjų ligų diagnostiką;

- 2) registruojant visus susirgimus pagal kreipimosi dėl medicinos pagalbos vietą;

- 3) reguliariai analizuojant sergamumą (statistines formas);

- 4) epidemiologiškai tiriant kiekvieną užkrečiamųjų ligų židinį ir skubiai teikiant medžiagą Sveikatos apsaugos ministerijai nustatyta tvarka;

- 5) vertinant sergamumo tendencijas ir priežastis retrospektyvios analizės metodu;

- 6) laiku imantis priešepideminių priemonių;

- 7) tiriant užkrečiamųjų ligų sukėlėjų cirkuliavimą tarp gyventojų ir aplinkoje;

8) laboratoriškai vertinant gyventojų kolektyvinį imunitetą užkrečiamoms ligoms, nuo kurių skiepijama.

2.6. Burnos sveikata

Situacija

Burnos sveikatos išsaugojimas yra vienas svarbiausių stomatologinės priežiūros uždavinių. Sėkmingas jų vykdymas duotų nemažą ekonominį efektą.

Lietuvoje dantų ėduonies ir periodonto ligos plačiai paplitusios. 68 proc. 3 metų vaikų turi ėduonies pažeistus dantis, tarp 6 metų vaikų ėduonis paplitęs iki 94 proc., paplitimas tarp 12 metų svyruoja nuo 69 proc. iki 98 proc., o tarp 15 metų 84-100 proc. Suaugusių žmonių – 99,5–100 proc.

Nagrinėjant KPI (K – kariesas-ėduonis, P-plomba, I-išrauta) indekso sudėtį, nustatyta, kad plombuoti dantys sudaro tik 23-58 procentus. Ėduonies intensyvumas vienam apžiūratam asmeniui yra: 3 metų – 2,3; 6 metų – 4,9; 12 metų – 5,71, o 15 metų – 8,57. Periodonto audinių pakenkimai stebimi 45 proc. 6–8 metų vaikų, 70,5 proc. – 15 metų vaikų. Viena pagrindinių šių ligų priežasčių – bloga burnos ertmės higiena. 12 metų vaikų oralinis higieninis indeksas (OHI-S) – 1,87. 7,9 proc. vaikų visai nevalo dantų. Sukandimo anomalijų turi bemaž 50 proc. vaikų. Pagalbą Lietuvoje teikia 56 gydytojai ortodontai. Ortopedinė stomatologinė pagalba reikalinga 84 proc. pensinio ir daugumai darbingo amžiaus žmonių.

Iki 1997 m. Lietuvoje išduotos licencijos privačiai praktikai 1757 stomatologams – 1518 bendrosios praktikos gydytojų stomatologų, 180 ortopedinės stomatologijos specialistų, 31 stomatologui chirurgui ir kt. (10 000 gyventojų – 4,7 gydytojo stomatologo). Steigiami privatūs stomatologijos kabinetai, stomatologijos klinikos. 1997 m. išduotos 475 licencijos privačioms įmonėms, 54 licencijos privačioms dantų technikų laboratorijoms. Dėl įvairių priežasčių daugelis gyventojų negali kreiptis į privačius stomatologus, todėl ieško pagalbos valstybinėse stomatologinės priežiūros įstaigose.

Tikslai

1. Iki 2010 m. 10 proc. sumažinti burnos ertmės ligų paplitimą ir 15 proc. – ėduonies intensyvumą visose gyventojų grupėse.

2. Iki 2005 m. sukurti ir įgyvendinti burnos ertmės ligų profilaktikos projektus įvairioms gyventojų grupėms.

Įgyvendinimas

- Pagrindinė burnos sveikatos plėtojimo strateginė kryptis – burnos sveikatos išsaugojimas bei stiprinimas. Didelis dėmesys turi būti skiriamas profilaktikai ir ankstyvajai burnos ligų diagnostikai, kokybiškam šių ligų gydymui ir kramtymo funkcijos atkūrimui.

- Įgyvendinant burnos sveikatos išsaugojimą būtina:

- 1) atlikti gyventojų burnos sveikatos būklės epidemiologinius tyrimus ir išanalizuoti duomenis 3–6, 12, 15, 35–44 ir 65 metų gyventojų grupėse;

- 2) sudaryti Lietuvos fluoro kiekio geriamajame vandenyje žemėlapi ir numatyti priemones geriamojo vandens kokybei gerinti;

- 3) parengti burnos ligų profilaktikos programų projektus atskiroms amžiaus grupėms;

- 4) ruošti profilaktikos specialistus – burnos higienistus, parengti jų mokymo programą ir mokymo bazę;

- 5) paruošti ir įgyvendinti gydytojų stomatologų, kitų specialybių gydytojų, viduriniojo medicinos personalo perorientavimo profilaktikos uždaviniams spręsti programą;

- 6) paruošti švietimo įstaigoms sveikos gyvensenos vaizdinių priemonių kompleksą apie burnos ligų profilaktiką;

- 7) populiarinti per visuomenės informavimo priemones burnos ligų profilaktiką kaip svarbų sveikos gyvensenos šeimoje aspektą;
 - 8) kurti burnos ligų profilaktikos padalinius pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros įstaigose;
 - 9) vykdyti burnos ertmės profilaktikos priemones vaikams ir suaugusiesiems;
 - 10) vykdyti mokslinius tyrimus ieškant efektyvių burnos ligų profilaktikos ir gydymo metodų, stebint burnos ligų epidemiologinę situaciją;
 - 11) koreguoti burnos ertmės ligų profilaktikos programas ir jų investicijų efektyvumą;
 - 12) bendradarbiauti su Švietimo ir mokslo ministerija dėl burnos higienos įgūdžių formavimo ir profilaktikos priemonių taikymo švietimo bei ugdymo įstaigose ir dėl aukštųjų mokyklų mokymo programų papildymo burnos ligų profilaktikos klausimais;
 - 13) kartu su Sveikatos mokymo centru vykdyti sveikos gyvensenos propagavimo, vaizdinių priemonių leidybos ir kt. priemones;
 - 14) bendradarbiauti su įvairiomis suinteresuotomis valstybinėmis, visuomeninėmis, tarptautinėmis organizacijomis ir užsienio šalių aukštosiomis mokyklomis burnos sveikatos stiprinimo ir kt. srityse;
 - 15) palaikyti glaudų bendradarbiavimo ryšį su kitomis valstybinėmis ir visuomeninių organizacijų programomis;
 - 16) ieškoti bendradarbiavimo ryšių su užsienio kompanijomis, suinteresuotomis bei dalyvaujančiomis vaikų dantų edukacijos profilaktikos ir kitose programose.
- Vykdyti Valstybinę vaikų dantų edukacijos profilaktikos programą.

Monitoringas

Burnos sveikatos išsaugojimo programos vykdymas turi būti vertinamas vieną kartą per 5 metus. Parengti specialistų epidemiologų grupę pasitelkiant Kauno medicinos universiteto Stomatologijos fakulteto ir Vilniaus universiteto stomatologijos klinikų darbuotojus.

2.7. Diabetas

Situacija

Įvairiose pasaulio šalyse cukriniam diabetui (toliau – CD) skiriama daug dėmesio, nes sergančiųjų šia liga daugėja. CD komplikacijos, kurios dažniausiai kyla dėl prastos diabeto kontrolės, didina invalidumo, nedarbingumo lygį ir ankstyvąją mirtį. Šiuo metu iš Europoje gyvenančių 850 milijonų žmonių apie 26 milijonai serga šia sunkia liga.

Yra dviejų tipų CD: 1 tipo – nuo insulino priklausomas ir 2 tipo – nuo insulino nepriklausomas.

Pagal Nacionalinį registrą 1997 m. sausio 1 d. Lietuvoje 1 tipo CD sirgo 396 vaikai ir 3155 suaugę žmonės. 2 tipo CD sergančių bei gliukozės apykaitos sutrikimų turinčių asmenų apskaita Lietuvoje nėra tiksli. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, Lietuvoje CD serga 2,31 proc. miesto ir 1,98 proc. kaimo gyventojų, o gliukozės toleravimo sutrikimai nustatyti atitinkamai 5,64 proc. ir 4,66 proc. tirtųjų. Matematinės hipotezės būdu galima prognozuoti, kad bendras sergančiųjų skaičius galėtų siekti 52 000, nors registruota tik 31 000 ligonių. Priežastys, dėl kurių registruojamas mažesnis nei realus sergančiųjų skaičius, yra įvairios ir susietos su ekonominėmis sąlygomis: žmonės rečiau kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas; gyventojų grupėms, veikiams potencialių rizikos faktorių, neatliekami gliukozės toleravimo mėginiai; neretai liga nustatoma pavėluotai, t.y. kilus CD komplikacijoms ir t.t. Nors CD neišgydomas, tačiau ši liga gali būti kontroliuojama. Tik gerai kontroliuojant CD galima išvengti arba atitolinti jo komplikacijas, sustabdyti jų progresavimą ir tokiu būdu sumažinti invalidumą, ankstyvą nedarbingumą bei prailginti sergančiųjų gyvenimą.

Tikėtina, kad gerėjant mūsų šalies ekonominiam lygiui galima tikėtis, jog sergančiųjų 2 tipo CD situacija smarkiai pablogės: 1) turėtų pagausėti ligonių (jeigu tobulės sergančiųjų apskaitos ir stebėjimo sistema); 2) CD komplikacijų dažnumas ir jų sunkumo laipsnis smarkiai viršys dabartinius rodiklius.

Tikslai

Iki 2010 m.:

- 1) sumažinti 30 proc. naujų aklumo atvejų dėl CD;**
- 2) sumažinti 30 proc. žmonių skaičių, kuriems dėl CD išsivysto paskutinė inkstų nepakankamumo stadija;**
- 3) sumažinti 30 proc. žmonių skaičių, kuriems dėl diabetinės gangrenos atliekamos galūnių amputacijos;**
- 4) vykdant intensyvias programas, gerokai pagerinti slaptų angliavandenių apykaitos sutrikimų formos išaiškinimą;**
- 5) pasiekti, kad sergančių CD moterų nėštumo baigčių rodikliai susilygintų su atitinkamais CD nesergančių moterų rodikliais.**

Įgyvendinimas

- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygis sergantiesiems CD įvairiuose šalies rajonuose yra nevienodas. Tai priklauso nuo to, kas prižiūri sergančiuosius, kokia gydytojo ir jo komandos kvalifikacija, ar numatytos kompleksinės priemonės kovai su šia liga.

- Diabetologijos problemos Lietuvoje turėtų būti sprendžiamos vykdant:

- 1) pirminę profilaktiką – žalingų aplinkos faktorių poveikio mažinimas, sveikos gyvensenos populiarinimas;

- 2) antrinę profilaktiką – ankstyva diabeto ir gliukozės toleravimo sutrikimų diagnostika bei nemedikamentinio (mityba, fizinis aktyvumas ir kt.) poveikio didinimas;

- 3) tretinę profilaktiką – CD komplikacijų savalaikis atrinkimas bei jų vystymosi stabdymas.

- Atskira problema – diabetas ir nėštumas.

Visos Lietuvoje sergančios CD moterys, planuojančios nėštumą, turėtų patekti į Diabeto centrą, kur jos būtų stebimos ir gydomos iki nėštumo ir visą nėštumo periodą.

- Tik gera diabeto kontrolė gali pagerinti sergančiųjų CD būklę, atitolinti galimas diabetines komplikacijas. Todėl svarbu: ligonių mokymas (žinios apie diabetą, galimas komplikacijas, vaistus, savikontrolės priemonės ir t. t.), tinkama mityba ir jos planavimo įgūdžiai, medikamentinis diabeto gydymas (insulino, gliukozės koncentraciją kraujyje mažinančių geriamųjų vaistų parinkimas ir individuali gydymo schema), pakankamas ir adekvatus fizinis aktyvumas, kojų priežiūra (diabetinės pėdos) ir higienos įgūdžių ugdymas, psichologinė ligonių adaptacija ir kt. priemonės.

- Sėkmingam darbui reikia, kad antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose veiktų padaliniai – Diabeto centrai turi būti aprūpinti gera diagnostine aparatūra, įskaitant medicininę techniką ankstyvai inkstų pakenkimo, riebalų apykaitos sutrikimų ir kt. diagnostikai. Minėti centrai be diagnostikos ir gydymo atliktų konsultavimo ir ligonių apskaitos funkcijas.

- Būtina toliau plėtoti ortopedinę pagalbą sergantiesiems diabetu.

- Sprendžiant diabetologijos problemas siekti glaudaus bendradarbiavimo su nevyriausybinėmis organizacijomis.

Monitoringas

CD monitoringas bus atliekamas naudojantis vaikų ir suaugusiųjų nacionalinių CD registrų duomenų bazėmis.

IV. PAGRINDINIAI INTEGRUOTI POVEIKIO BŪDAI

Lietuvos sveikatos programoje keliamus tikslus tikimasi pasiekti:

Įgyvendinant „Sveikata visiems XXI amžiuje“ politiką, t.y. realų įvairių žinybų bendradarbiavimą.

Sudarant sąlygas sveikai gyvensenai paversti socialine norma populiarinant sveiką gyvenimo būdą, skatinant asmenis ir šeimas siekti geresnės sveikatos;

Sukuriant sveiką aplinką, saugant ją nuo sveikatai pavojingų veiksnių (nuolatinė vandens, oro, maisto produktų kokybės kontrolė, atliekų ir dirvožemio nekenksmingumo sveikatai kontrolė, miestų ir gyvenviečių ekologinės situacijos vertinimas bei dirbančiųjų konkrečių sveikatos problemų sprendimas);

Organizuojant tinkamą, prieinamą ir priimtina sveikatos priežiūrą, t. y. teikiant pirminės sveikatos priežiūros grandies prioritetą, harmoningą visos sveikatos sistemos plėtojimą, apimančią sveikatos stiprinimą ir ligų profilaktiką, savalaikį ligų išaiškinimą, gydymą bei sergančiųjų medicininę ir socialinę reabilitaciją.

1. Sveika gyvensena

1.1. Priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo mažinimas ir prevencija

1.1.1. Tabako vartojimo sumažinimas

Situacija

Tabako vartojimas lemia 25 proc. širdies ir kraujagyslių ligų, 30 proc. vėžio, 75 proc. kvėpavimo sistemos ligų ir yra laikomas svarbiausiu šalintinu šių ligų rizikos faktoriumi. Nuo rūkymo sukeltų ligų Lietuvoje kasmet prieš laiką miršta daugiau kaip 7000 gyventojų, kas sudaro 20 proc. bendrojo mirtingumo. 1996 m. duomenimis, Lietuvoje rūko kasdien 47,3 proc. vyrų ir 9,4 proc. moterų. 1987-1993 m. vyrų rūkymo plitimas kiek mažėjo, o 25–29 m. amžiaus rūkančių moterų per tą patį laikotarpį padaugėjo nuo 5 iki 17,9 proc., todėl artimiausiais dešimtmečiais reikia tikėtis tolesnio sergamumo rūkymo sukeltomis ligomis ir mirtingumo nuo jų didėjimo.

Tos šalys, kurios galėjo skirti 1 proc. lėšų, gautų iš tabako gaminių apmokestinimo (PSO „Politika laisviems nuo tabako regionams“, 1997 m.), pasiekė gerų rezultatų įgyvendindamos tabako kontrolės politiką.

Tikslai

- 1. Iki 2005 m. sumažinti vyrų rūkymo paplitimą 5 proc. ir stabilizuoti moterų rūkymo plitimą.**
- 2. Iki 2010 m. vyrų ir moterų rūkymo paplitimą sumažinti 10 proc.**
- 3. Iki 2010 m. sumažinti vaikų ir paauglių rūkymą 10 proc.**

Įgyvendinimas

Rūkymo profilaktika teoriškai yra idealiausias būdas išvengti rūkymo pasekmių, o rūkymo nutraukimas rūkantiesiems yra vienintelis būdas išvengti rūkymo pasekmių arba jas sumažinti. Rūkymo profilaktikos ir nutraukimo programas ruošia ir vykdo sveikatos priežiūros sektorius, tačiau bendras tabako vartojimo ir jo pasekmių mažinimo efektyvumas priklauso nuo viso komplekso valstybės mastu vykdomų teisinių, ekonominių, medicininių ir mokymo priemonių bendradarbiaujant valstybiniam, privačiam ir visuomeniniam sektoriams.

- Vyriausybė įgyvendina Valstybinę tabako kontrolės programą.
- Būtina drausti tabako gaminių reklamą, jų realizavimo ir vartojimo rėmimą.
- Sveikatos ugdymo įstaigos:
 - 1) sudaro ir vykdo visuomenės informavimo apie rūkymo pasekmes programas;
 - 2) įtraukia rūkymo profilaktiką ir pagalbą į sveikos gyvensenos programas;
 - 3) organizuoja masinius renginius kovai su rūkymu, konkursus metantiems rūkyti ir kitas priemones, skirtas rūkymui netoleruoti;

- 4) rengia mokymo kursus norintiesiems mesti rūkyti;
- 5) moko medicinos darbuotojus teikti pagalbą metantiesiems rūkyti.
- Sveikatos priežiūros įstaigos:
 - 1) sudaro ir vykdo sveikatos priežiūros įstaigose rūkymo kontrolės programas;
 - 2) įgyvendina rūkymo draudimą sveikatos priežiūros įstaigose;
 - 3) organizuoja kvalifikuotos medicininės ir psichologinės pagalbos teikimą norintiesiems mesti rūkyti, įskaitant medicinos darbuotojus.
- Farmacijos įstaigos (vaistinės):
 - 1) tiekia nikotininę kramtomąją gumą ir nikotininį pleistrą bei teikia informaciją apie jų vartojimą gyventojams;
 - 2) propaguoja nerūkymą ir skatina rūkančiuosius mesti rūkyti;
- Medicinos mokymo įstaigos:
 - 1) skatina studijuojančiuosius išlikti arba tapti nerūkančiais;
 - 2) įtraukia į studentų mokymo ir gydytojų tobulinimosi programas informaciją apie rūkymą, jo pasekmes ir pagalbos teikimą metantiesiems rūkyti.
- Švietimo įstaigos:
 - 1) sudaro sąlygas Valstybinei tabako kontrolės programai vykdyti visose šalies mokyklose;
 - 2) įtraukia informaciją apie rūkymą ir jo pasekmes į mokymo programas;
 - 3) įgyvendina draudimą rūkyti mokymo įstaigose ir sukuria jose aplinką, ugdančią požiūrį į nerūkymą kaip elgesio normą;
 - 4) remia „Sveikų mokyklų“ judėjimą.
- Mokslo institucijų uždaviniai:
Medicinos mokslo įstaigos, pirmiausia kardiologijos ir onkologijos, turi:
 - 1) prisidėti vykdant valstybinę Tabako kontrolės programą;
 - 2) tirti suaugusiųjų, paauglių ir vaikų rūkymo paplitimą ir dinamiką;
 - 3) prisidėti vertinant rūkymo pasekmes šalies gyventojų sveikatai;
 - 4) teikti metodinę pagalbą rengiant profesionalius rūkymo kontrolės darbuotojus.
- Visuomenės vaidmuo:
Visuomenė nėra tik poveikio objektas, ji turi aktyviai dalyvauti kontroliuojant rūkymą per visuomenines organizacijas (Lietuvos nerūkančiųjų sąjungą, blaivybės draugijas, Sveikatos sąjungą ir klubus, sporto organizacijas ir kt.);
Valstybė skatina nevyriausybinų organizacijų dalyvavimą formuojant ir įgyvendinant tabako kontrolės politiką;
Ypatinga atsakomybė tenka sveikatos priežiūros darbuotojų organizacijoms (Gydytojų sąjungai, kardiologų, onkologų, pulmonologų ir kt. draugijoms), kurios ligi šiol faktiškai nedalyvauja tabako kontrolės procese. Šios organizacijos turėtų:
 - 1) viešai informuoti visuomenę apie savo poziciją dėl rūkymo;
 - 2) parengti savo rūkymo kontrolės projektus (arba bendrus su atitinkamomis mokslo įstaigomis);
 - 3) aktyviai dalyvauti informuojant visuomenę ir įgyvendinant nerūkymą, kaip socialinę normą;
 - 4) remti Tabako kontrolės įstatymo įgyvendinimą.

Monitoringas

Būtina kaupti duomenis apie:

- 1) rūkymo paplitimą ir jo dinamiką;
- 2) rūkalų suvartojimą ir jo dinamiką;
- 3) sergamumą rūkymo sukeltomis ligomis ir mirtingumą nuo jų;
- 4) rūkymo įtaką bendrajam mirtingumui.

Rūkymo kontrolės programos vykdančios institucijos įvertina programų ir kitų rūkymo plitimui įtakos turinčių priemonių efektyvumą. Tabako kontrolės monitoringą įgyvendina pagal savo kompetenciją asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos.

1.1.2. Alkoholio vartojimo mažinimas

Situacija

Į Lietuvą kasmet įvežama vis daugiau alkoholinių gėrimų ir žaliavų, klesti nelegali gamyba ir prekyba, todėl Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenys, kad vienam šalies gyventojui 1996 m. teko 5,2 litro absoliutaus alkoholio, neatspindi tikros padėties. Paskaičiavus šešėlinę prekybą alkoholiu, patikslintas bendras absoliutaus alkoholio suvartojimas vienam žmogui 1996 m. buvo 9,5 litro, bet liko neįvertintas nepramoninės gamybos alkoholinių gėrimų suvartojimas. Pvz., 1994 m. – 7,0 litrai, 1995 m. – 9,0 litrai. Įvertinus aukštą sveikatos ir nusikalstamumo rodiklių lygį, galima manyti, kad šie skaičiai per maži. Sergamumo alkoholinėmis psichozėmis rodiklis 1997 m. buvo 45,6 atvejai iš 100 000 gyventojų. Pvz., 1990 m. šis rodiklis – 6,9, 1991 m. – 12,0 atvejų 100 000 gyventojų. Lietuvoje beveik 60 000 asmenų priklausomi nuo alkoholio. Mirtys, susijusios su alkoholiu, Lietuvoje vidutiniškai sudaro 10,4 proc. Pagal PSO Europos regioninio komiteto duomenis, alkoholio vartojimas nulemia 6 proc. jaunesnių nei 75 metų žmonių mirtį. Lietuvos sveikatos informacijos centro 1996 m. duomenimis šalyje nuo kepenų cirozės mirė 19, lėtinio alkoholizmo 57 (17), apsinuodijimo alkoholiu 36 (20) asmenys 100 000 45–64 metų amžiaus grupės asmenų (1990 metais mirusių skaičius nurodytas skliausteliuose). Apsinuodijimai alkoholiu buvo viena iš pagrindinių priežasčių mirusiųjų nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų. Dauguma jų – darbingo amžiaus vyrai. Šie rodikliai daug didesni už bendrus standartizuotus mirtingumo nuo alkoholinės cirozės (6,2), lėtinio alkoholizmo (21,5), apsinuodijimo alkoholiu (16,7) rodiklius.

4 proc. visų mirties atvejų Lietuvoje 1996 m. užregistruoti kaip savižudybės. Savižudybių skaičius Lietuvoje išaugo nuo 26 (1990 m.) iki 44,8 (1997 m.) atvejų iš 100 000 gyventojų. Vyrų savižudybių standartizuotas rodiklis yra 80,7 (1997 m.) atvejai iš 100 000 gyventojų. Apie 70 proc. savižudybių siejamos su alkoholio vartojimu. Girti nedarbingi ir nesimokantys asmenys padarė 38 proc. (1996 m.) visų užregistruotų nusikaltimų. 37,7 proc. jų – sunkūs. Apie 20 proc. (1996 m.) nepilnamečių padarytų nusikaltimų yra padaryti, kai jie buvo neblaivūs. Auga nepilnamečių pristatytų į išblaivinimo įstaigą skaičius: 1991 m. jų buvo 414, 1996 m. – 819.

Alkoholio vartojimas – viena iš priežasčių, dėl kurių vidutinė gyventojų trukmė – integruotas sveikatos rodiklis – vyrų yra žemesnis nei buvo 1959 m., moterų – 1985 m. lygio. 1997 m. vyrų vidutinė gyvenimo trukmė buvo 66 metai, moterų – 76,9 metai.

Yra apskaičiuota (PSO Europos regioninis komitetas), kad, jei vidutinis alkoholio suvartojimas vienam gyventojui pasiekia 8 litrus gryno etilo alkoholio, tai valstybė praranda 5-6 proc. bendrojo nacionalinio produkto.

1994 m. atlikti Baltijos tyrimai parodė, kad tarp spręstinių svarbiausių problemų visuomenės nuomone šalyje pirmauja nedarbas (52 proc. apklaustųjų) ir girtavimas (50,5 proc. apklaustųjų).

Griežtinant kovą su alkoholio kontrabanda, nelegalia prekyba bei nustatytos tvarkos pažeidėjais, 1996 m. buvo priimtos Baudžiamojo kodekso 310 straipsnio pataisos, numatančios ypač griežtas sankcijas nelegaliai pagamintų alkoholinių gėrimų gamybą, gabenimą, realizavimą, Alkoholio kontrolės įstatymo pataisos, papildytas Administracinių teisių pažeidimų kodeksas, patikslinta alkoholio importo bei prekybos licencijavimo tvarka. Dideliems alkoholio suvartojimo rodikliams turi reikšmės nelegali gamyba ir prekyba alkoholiu ir jo kontrabanda.

Alkoholio žala sveikatai, amžiaus trukmei akivaizdi. Lietuvoje iki 2000 metų prognozuojamas kasmetinis procentinis mirčių nuo apsinuodijimų alkoholiu skaičiaus prieaugis moterims – 47,1 proc., vyrams – 35,9 proc., kepenų cirozės – 9,6 proc.

Lietuvoje neatliekami alkoholio vartojimo daromos ekonominės žalos sveikatai ir ūkiui statistiniai stebėjimai. Vilniaus miesto narkologinio dispenserio 1994 m. atliktų ekonominės žalos

sveikatai ir ūkiui apskaičiavimų duomenimis per metus alkoholinių psichozių, alkoholizmo, kitų ligų, sąlygojamų alkoholio vartojimo profilaktikai, diagnostikai, gydymui išleista 72,8 mln. Lt.

Kitų šalių patirtis rodo, kad tik atsižvelgiant į tam tikrus dėsningumus, pavyzdžiui, kad alkoholio suvartojimo 1 žmogui dydis liktų nepakitęs, alkoholinių gėrimų kaina turėtų būti didinama pagal tokį ekonometrinį modelį: alkoholinių gėrimų kainų prieauglis procentais yra lygus laukiamo vartojimo kainų prieauglio procentais ir 50 procentų laukiamo gyventojų pajamų prieauglio sumai.

Alkoholio gėrimų kainodaros efektyvumas alkoholio bendro vartojimo mažinime yra maždaug 2 kartais didesnis už sveikatos mokymo efektyvumą.

Esant tokiai situacijai, problematiška prognozuoti alkoholio suvartojimą ar registruojamų susirgimų, kurių atsiradimą didžia dalim apsprendžia piktnaudžiavimas alkoholiu ar jo vartojimas, skaičiaus mažėjimą procentais, nes neatliekamos nepertraukiamas alkoholio vartojimo sukeltų padarinių žalos sveikatai stebėjimas (monitoringas), nėra tikslių duomenų apie alkoholio suvartojimą šalyje, neatliekami alkoholio vartojimo ekonominės žalos sveikatai ir ūkiui skaičiavimai. Taigi nėra nustatytų esminių sveikatos, ekonominių, socialinių rodiklių, kurie būtų pagrindu prognozuojant programoje numatomus tikslus, kaip tai jau seniai daroma kitose šalyse.

Tikslas

Iki 2010 m. sumažinti alkoholio vartojimą 25 proc.

Įgyvendinimas

- Parengti ir įgyvendinti Valstybinę alkoholio kontrolės programą.
- Parengti iki 2000 m. vieningą alkoholio sukeltų padarinių žalos sveikatai ir šalies ūkiui stebėjimų sistemą ir pradėti vykdyti monitoringą.
- Stabilizuoti alkoholio suvartojimą ir kasmet mažinti 1–2 proc. alkoholinių gėrimų ir žaliavos importą ir gamybą nuolat didinant alkoholinių gėrimų kainas priklausomai nuo pajamų augimo tempų ir kitų prekių kainų augimo.
- Parengti moksliškai ir teisiškai argumentuotas monopolio gamybai įvedimo ir kvotų nustatymo sąlygų pagrindimą pagal alkoholio poveikio sveikatai monitoringo rodiklius.
- Kasmet 1-2 proc. didinti asmenų, nevartojančių stiprių alkoholinių gėrimų, skaičių.
- Užtikrinti prieinamumą visiems lankantiems ugdymo įstaigas suformuoti teigiamą požiūrį į blaivybę, ugdyti asmenišką orientaciją į bendražmogiškas vertybes, sustiprinti psichologinį asmens atsparumą aplinkos poveikiui, skatinančiam vartoti svaiginančius gėrimus, sustiprinti motyvus išlikti nepriklausomiems nuo alkoholio.
- Užtikrinti visiems narkologiniams ligoniams reikiamą gydymą ir reabilitaciją.
- Remti valstybės vykdomą politiką alkoholio kontrolės srityje užkirsti kelią alkoholio daromai žalai.
- Alkoholinių gėrimų suvartojimo apskaitos sistemos sukūrimas.
- Individo motyvacijos didinimas atsisakyti vartoti alkoholį, įgyvendinant visų lygių sveikatos ugdymo programas („Sveiko miesto“, „Sveikos mokyklos“ ir kt.)
- Sukurti asmenų, priklausančių didelės rizikos grupėms dėl alkoholio vartojimo, apskaitą, kontrolę bei pirminės ir antrinės alkoholio problemų prevencijos sistemą.
- Remti visuomenės veiksmus, nukreiptus alkoholio sukeltos žalos profilaktikai ir pagalbai asmenims, kenčiantiems nuo jo.
- Per visuomenės informavimo priemones inicijuoti kampanijas prieš žalą, daromą dėl alkoholio vartojimo.
- Didinti visuomenės informuotumą alkoholio vartojimo sąlygojamų problemų klausimais.

Monitoringas

Iki 2010 m. tikimasi sumažinti nusikaltimų, kuriuos padaro girti asmenys, skaičių iki 50 proc. bei sumažinti su alkoholio vartojimu susijusias transporto traumas iki 50 proc.

Alkoholio vartojimo prevencijos ir kontrolės politikos efektyvumas bus vertinamas stebint (monitoruojant) alkoholio vartojimo pasekmes sveikatai, šalies ūkiui ir ekonomikai, nusikalstamumo ir traumatizmo, susijusių su alkoholio vartojimu, sumažėjimą.

1.1.3. Narkotikų vartojimo profilaktika

Situacija

Dėl savo geografinės padėties ir gerų sausumos, jūros bei oro kelių Lietuva tapo narkotikų tranzito iš Rytų į Vakarus šalimi. Susidarė palankios sąlygos nelegaliai gabenti narkotikus iš Rytų į Vakarų Europą, taip pat juos platinti Lietuvoje. Šią blogybę sutikome nepasirengę, neturėdami įstatymų, reikiamų techninių kontrolės priemonių, gyventojų imuniteto narkotikų vartojimui. Narkomanija tapo grėsmingu socialiniu reiškiniu. Tarp jaunimo paplito įvairių naujų rūšių nelegalių narkotikų pasiūla ir vartojimas. Gausiai vartojamos ir psichotropinės medžiagos.

1995 m. nelegalius narkotikus vartojo 3,2 proc. moksleivių; tarp jų daugiausiai paplitusi marichuana, tačiau buvo vartojusių amfetaminą, kreką, „Ekstazy“, heroiną ir LSD, 14 proc. vartojo migdomuosius vaistus, uostė lakiasias medžiagas, klįjus, aerozolį 15,7 proc. 1997 m. nelegalius narkotikus vartojo 26,0 proc., 1998 m. – 22,7 proc. moksleivių. Daug jaunuolių priklauso rizikos grupei. Tai nelankantys mokyklos, nedirbantys, gyvenantys sunkiomis socialinėmis sąlygomis, atliekantys bausmę kalėjimuose, kur narkotikai ypač paplitę, asmenys. 1994 m. duomenimis 1000 nuteistųjų narkomanijos atvejų tenka 338 kartus daugiau nei 1000 gyvenančių ne įkalinimo įstaigose.

1997 m. sveikatos priežiūros įstaigose buvo užregistruoti 2871 asmenys, sergantys narkomanija. Visi narkomanai yra jauni – 4,1 proc. narkomanų iki 19 metų, 20,8 proc. – 20–34 metų, tik 28,7 proc. asmenų yra vyresni nei 35 metai. Per paskutiniuosius metus narkomanų skaičius sparčiai didėja (1991 m. – 555, 1996 m. – 1804). 1996 m. mirė 33, 1997 m. – 29 narkomanai.

Auga nusikalstamumas, susijęs su narkotikais, organizuotas nusikalstamumas įgauna tarptautinį pobūdį. 1996 m. Lietuvoje užregistruoti 551 nusikaltimai, susiję su neteisėta narkotikų apyvarta, tai 7 kartus daugiau negu 1990 m.

Kasmet Lietuvoje sunaikinami dideli narkotinės žaliavos aguonų ir kanapių plotai, nors jas auginti uždrausta. 1991 m. sunaikinta – 1879 m², 1995 m. – 81153 m², 1996 m. – 101589 m², t. y. 54 kartus daugiau. Už aguonų ir kanapių auginimą 1995 m. surašyti 1882, 1996 m. – 4092 administracinės teisės pažeidimų protokolai (1994 m. – 590). Lietuva tapo narkotikų žaliavos įsigijimo šaltiniu ir kaimyninėms šalims.

Nuo 1993 m. šalyje pradėta vykdyti Europos Bendrijos PHARE programa „Kova prieš narkotikus Rytų ir Centrinės Europos šalyse“. Lietuva 1994 m. prisijungė prie Jungtinių Tautų Organizacijos 1961 m. vieningosios konvencijos dėl narkotikų kontrolės ir JTO 1971 m. konvencijos dėl psichotropinių medžiagų kontrolės. 1998 m. kovo 12 d. Seimas ratifikavo 1988 m. JT konvenciją dėl kovos su neteisėta narkotinių ir psichotropinių medžiagų apyvarta.

1995 m. vasario 28 d. Vyriausybės nutarimu įsteigta Vyriausybinių narkotikų kontrolės komisija. Prie Sveikatos apsaugos ministerijos Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos įsteigta Narkotikų komisija teisėtos narkotikų apyvartos kontrolei.

Tikslai

- 1. Iki 2010 m. sumažinti narkotikų paklausą 70 proc.**
- 2. Iki 2010 m. sumažinti narkotikų pasiūlą 80 proc.**

Įgyvendinimas

- Bendradarbiauti su kitomis institucijomis. Prie savivaldybių įsteigti tarpžinybines komisijas, kurios galėtų koordinuoti narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos veiksmus.
- Sukurti veikiančius narkotikų kontrolės teisinius mechanizmus bei tobulinti esamą teisinę bazę kaip vieną iš svarbiausių užduočių siekiant sumažinti narkotikų pasiūlą šalyje.
- Vykdyti Jungtinių Tautų Organizacijos tarptautines sutartis.
- Bendradarbiauti su Jungtinių Tautų Organizacijos, Europos Bendrijos, Europos Tarybos, PSO specialiomis narkomanijos prevencijos programomis.
- Sukurti narkotikų informacinę sistemą.
- Ruošti specialią informacinę literatūrą mokytojams, mokiniams, tėvams, specialistams ir teikti rizikos grupių asmenims reikalingą informaciją.
- Bendradarbiauti su visuomenės informavimo priemonėmis, organizuoti žurnalistų kovai su narkomanija grupę, žurnalistų mokymą, rengti specialias programas, įskaitant diskusijas su jaunimu radijo ir televizijos laidose.
- Kartu su Švietimo ir mokslo ministerija rengti mokytojų ir mokinių narkomanijos prevencijos programas mokyklose.
- Dirbti su rizikos grupėmis, steigiant aprūpintus specialiomis programomis ir darbuotojais konsultavimo punktus narkomanų susibūrimo vietose.
- Įgyvendinti narkomanijos profilaktikos ir gydymo priemones įkalinimo įstaigose.
- Analizuoti padėtį apie darbą su jaunimu kariuomenėje ir vidaus reikalų sistemos padaliniuose.
- Vykdyti savivaldybių programas, siekti jaunimo užimtumo ir suinteresuotumo gyventi be narkotikų.
- Reglamentuoti įstatymuose darbdavių atsakomybę dėl psichotropinių medžiagų vartojimo darbo vietose.
- Palaikyti glaudžius ryšius su visuomeninėmis organizacijomis, skatinti jų veiklą, atskirų projektų vykdymą, tarptautinį bendradarbiavimą.
- Vykdyti planingus mokslinius epidemiologinius tyrimus apie narkotikų paplitimą.
- Siekiant išsiaiškinti visuomenės požiūrį į narkomaniją, organizuoti sociologinius tyrimus.
- Visiškai sukomplektuoti laboratorinės diagnostikos priemones pagrindiniuose šalies narkomanijos gydymo centruose.
- Narkomanams gydyti ir jų reabilitacijai rengti specialistus bei steigti detoksikacijos, priklausomybės ir gydymo centrus didžiuosiuose miestuose.
- Vykdyti nacionalinę narkomanijos prevencijos programą.

Monitoringas

Monitoringą reikia vykdyti pagal sveikatos priežiūros įstaigų pateikiamus duomenis bei tikslines gyventojų apklausas.

1.2. Sveika mityba

Situacija

Aštuntojo dešimtmečio pabaigoje ir šio dešimtmečio pradžioje išspausdinti JAV mokslininkų darbai įrodė, kad neteisinga mityba ir maisto faktoriai tiesiogiai nulemia beveik 50 proc. mirčių, taigi sveika mityba iš tikrųjų yra sveikatos pagrindas. Per daugelį metų įvairių išsivysčiusių pasaulio šalių sveikatos programų pagrindas evoliucionavo nuo „racionalios“, kiek vėliau „subalansuotos mitybos“ iki pastaraisiais metais prigijusi mokslininkų pasiūlytų terminų „sveika“ ar „sveika ir įvairi“ mityba. JAV maisto ir vaistų administracija bei Nacionalinė mokslų akademija pasiūlė terminą „sveikatinanti mityba“. Būtent šis terminas konceptualiai geriausiai atspindi mitybos, kaip svarbiausio biologinio fenomeno, reikšmę ligų profilaktikai.

Lietuvos gyventojų mityboje per paskutiniuosius 60 metų vyko pokyčiai, neabejotinai turintys įtakos kai kurios lėtinės neinfekcinės patologijos gausėjimui. Riebalų kiekis maisto racione smarkiai padidėjo. Jei 1933-1939 m. riebalai tiekavo tik 30 proc. visų maisto kalorijų, tai 1980-1995 m. riebalų energinė dalis padidėjo iki 4–49 proc. Sparčiai mažėjant kompleksinių angliavandenių vartojimui padidėjo monosacharidų vartojimas. Baltymų kiekis per šį laikotarpį faktiškai nepakito. Daugėja vaikų, kurių fizinio išsivystymo rodikliai būdingi lėtiniam maisto trūkumui. Iš 28 (1995 m. tirtų) įvairių Lietuvos vidurinių mokyklų 8-10 m. moksleivių 24 mokyklų moksleiviams diagnozuotas jodo trūkumas organizme.

Pereinant į rinkos ekonomiką labai išaugo maisto produktų kainos, anksčiau buvę pigūs, biologiškai vertingi maisto produktai šiuo metu labiausiai socialiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms tampa sunkiai prieinami. Keičiasi ne tik vartojamų maisto produktų asortimentas, bet ir jų kiekis bei kokybė. Gyventojai pradėjo vartoti „pigius“, biologiškai mažiau vertingus ir daugiau užterštus maisto produktus. Kai kurios medicininės šio reiškinio pasekmės žinomos jau dabar, o kai kurios paaiškės tik po metų kitų, tačiau ir visuomenei, ir valstybei jos yra nepriimtinos, todėl laiku atpažinti ir prognozuoti gyventojų mitybos pokyčius yra tiesiog būtina. Tai įmanoma užtikrinti tik sistemingai renkant reprezentatyvius duomenis apie įvairių gyventojų socialinių sluoksnių mitybos pobūdį. Tai didele dalimi padėtų spręsti esamas problemas ir išvengti būsimų medicininių, socialinių ir iš jų kylančių ekonominių sunkumų, su kuriais vėliau kovoti bus kur kas sunkiau, ir tai reikalaus daug didesnių lėšų.

Tikslas

Iki 2010 m. sumažinti energijos, gaunamos riebalų sąskaita, dalį iki 30 proc., bei energijos, gaunamos iš sočiųjų riebiųjų rūgščių, dalį iki 14 proc. Užtikrinti maisto saugumą.

Įgyvendinimas

- Rengti ir priimti įstatymus, garantuojančius gyventojų aprūpinimą saugiu maistu, nustatyti maisto produktų kokybės standartus, atitinkančius tarptautinius standartus, patvirtinti fiziologines mitybos normas Lietuvos gyventojams.
- Įdiegti žinybų bendradarbiavimą formuojant sveiko maisto politikos principus, sukurti šalies mastu bei vietose tarpžinybines struktūras.
- Padidinti daug skaidulinių medžiagų turinčio maisto vartojimą.
- Skatinti natūralų kūdikių maitinimą.
- Parengti ir įgyvendinti mitybos specialistų ruošimo ir perkvalifikavimo programas.
- Sukurti visuomenės informavimo ir sveikos mitybos mokymo sistemą.
- Sukurti mitybos informavimo sistemą, užtikrinančią mokslškai pagrįstą Lietuvos gyventojų mitybos duomenų rinkimą ir kaupimą.
- Mokyti visuomenę sveikos mitybos principų.
- Įgyvendinti jodo trūkumo maiste likvidavimo programą.

Monitoringas

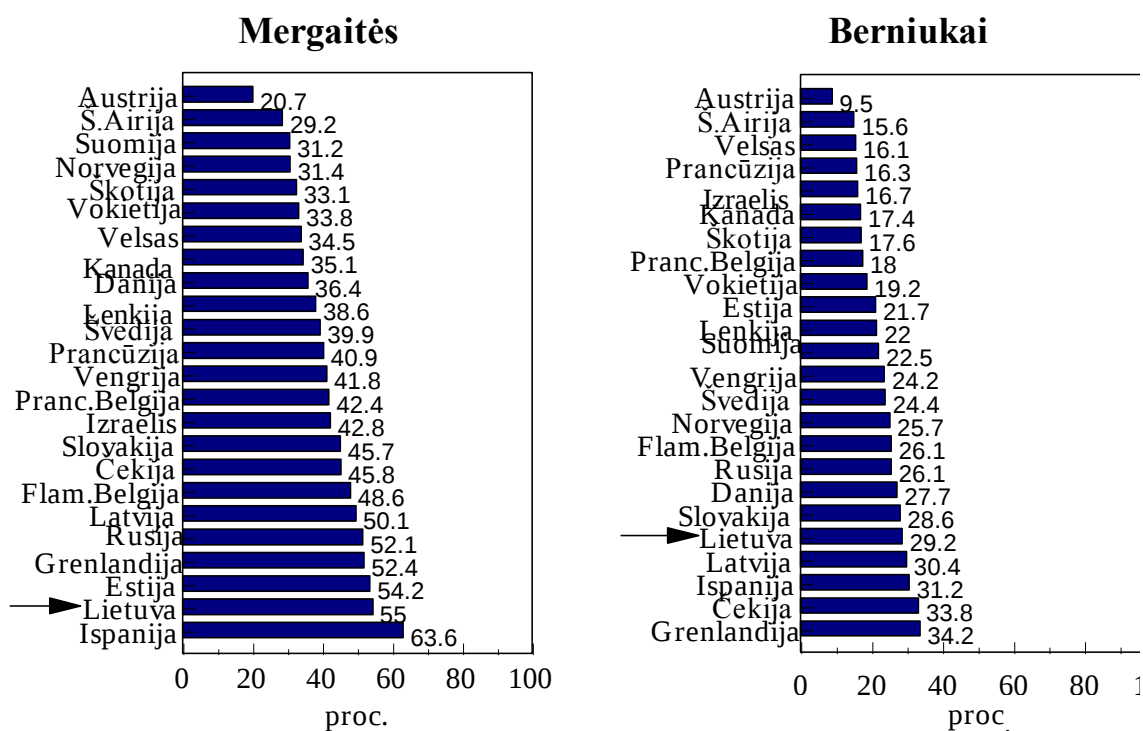
Stebėti su mityba susijusių lėtinių neinfekcinių ligų bei maisto kilmės ligų sergamumo bei mirtingumo nuo jų pokyčius (Statistikos departamento duomenys, registrų duomenys). Stebėti gyventojų mitybos pokyčius. Įgyvendinti maisto taršos monitoringą. Vertinti gyventojų žinių ir požiūrio į sveiką mitybą pokyčius (tikslinės apklausos). Lietuvos gyventojų sveikos mitybos monitoringą vykdys pagal savo kompetenciją asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos.

1.3. Fizinio aktyvumo didinimas

Situacija

Fizinio aktyvumo vaidmuo, gerinant ir stiprinant žmogaus sveikatą, mažinant riziką susirgti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, yra labai svarbus. Judėjimo aktyvumo ir jo įtakos fizinei būklei masiniai tyrimai rodo, kad ikimokyklinio ir jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų optimali judėjimo norma yra 3-4 val. kasdien. Šios normos laikosi tik 9-16 proc. vaikų, nors laisvo laiko įvairiose pradinio ugdymo įstaigose yra nuo 2 iki 4 val. kasdien.

Tarptautinės moksleivių gyvenamosios ypatumų tyrimo programos, kurioje dalyvavo 24 Europos šalys, duomenimis tarp 11–15 m. Lietuvos mergaičių nepakankamai fiziškai aktyvios sudarė 55 proc. (ne pamokų metu sportuoja tik kartą per savaitę ar rečiau), o tarp berniukų – 29,2 proc. (9 pav.).



**9 pav. Nepakankamai fiziškai aktyvūs moksleiviai
(šalys išdėstytos procentų didėjimo tvarka)**

Tiriant atsitiktinę 20–64 m. Lietuvos gyventojų atranką buvo nustatyta, jog apie 40 proc. tiek vyrų, tiek moterų visiškai neužsiima aktyvia fizine veikla.

Tikslas

Iki 2010 m. laisvalaikio fiziškai aktyvių moksleivių skaičių padidinti 50 proc., o tarp jaunesnių nei 65 m. laisvalaikio fiziškai pasyvių asmenų skaičių sumažinti 30 proc.

Įgyvendinimas

- Vykdyti nacionalinę programą „Sportas visiems“ propaguojant sportą ir fiziškai aktyvią veiklą laisvalaikio ir formuojant teigiamą visuomenės požiūrį bei prieinamumą visiems gyventojų socialiniams sluoksniams sportuoti ir kelti fizinį aktyvumą.
- Stiprinti žinybų bendradarbiavimą planuojant ir kuriant miestų bei atskirų regionų rekreacines zonas, parkus, pritaikytus pasivaikščioti, važiuoti dviračiais bei kitoms sporto rūšims.
- Paruošti ir įdiegti naują specialistų, taikančių fizinius pratimus asmens ir visuomenės sveikatai stiprinti, rengimo programą.

- Įgyvendinant Kultūros ir sporto įstatymą siekti, kad visose mokymo įstaigose vyktų bent 3 savaitinės kūno kultūros pamokos.

Monitoringas

Lietuvos gyventojų fizinei veiklai vertinti ir stebėti panaudoti nacionalinių moksleivių ir suaugusių gyventojų atsitiktinių atrankų nacionalinių tyrimų duomenis. Fizinės veiklos vertinimui naudoti tarptautiniu lygiu pripažintas PSO metodikas.

2. Aplinkos kokybės gerinimas

Situacija

Lietuvai tapus pilnateise Jungtinių Tautų Organizacijos nare, prasidėjus aktyviai integracijai į Vakarų Europoje ir pasaulyje vykstančius procesus, daugiau dėmesio pradėta skirti aplinkos higienos problemoms. 1992 m. Rio de Žaneire įvykusioje JT konferencijoje „Aplinka ir plėtra“, kurioje dalyvavo ir Lietuvos atstovai, priimta XXI amžiaus darbotvarkė – tarptautinė strategija, siekiant ekonomiškai ir ekologiškai subalansuotos plėtos. 1994 m. Helsinkyje įvykusioje II PSO Europos aplinkos ir sveikatos konferencijoje, kurioje dalyvavo valstybių-narių, tarp kitų ir Lietuvos Respublikos aplinkos apsaugos ir Sveikatos apsaugos ministerijų atstovai, buvo pritarta Helsinkio deklaracijai ir Europos aplinkos ir sveikatos veiksmų planui. Šiuose dokumentuose išreikštas visų Europos regiono valstybių-narių pasiryžimas mažinti neigiamą aplinkos taršos poveikį sveikatai ir numatytos pagrindinės kryptys šiam tikslui pasiekti.

Lietuvoje yra daug statistinių duomenų apie gyventojų sveikatos būklę ir apie įvairius aplinkos užterštumo rodiklius, tačiau iki šiol nesukurta sistema, leidžianti sujungti šiuos duomenis į vieningą sistemą ir panaudoti juos aplinkos poveikio žmogaus sveikatai vertinimui ir efektyviam valdymui. Lietuvoje taip pat nėra funkcionuojančios aplinkos higienos institucijų sistemos įgalinančios spręsti aplinkos higienos problemas remiantis žinybinio bendradarbiavimo principais.

Pagrindinė su geriamuoju vandeniu susijusi problema – šachtinių šulinių (gruntinio) vandens užterštumas. Tokį vandenį vartoja per 1 mln. šalies gyventojų. Palyginti geriamojo vandens monitoringinių tyrimų rezultatus su higienos normomis nustatyta, kad šachtinių šulinių vanduo apie 40 proc. atvejų viršija nitratų koncentraciją, 60 proc. atvejų viršija mikrobiologinius rodiklius. Centralizuotai tiekiamas vartotojams giluminis vanduo iš artezinių gręžinių, tačiau dėl nepakankamo paruošimo ir blogos vandentiekių būklės per 50 proc. viršijama geležies koncentracija, o 9 proc. – nustatytas užterštumas mikrobais.

Atmosferos bei oro užterštumui Lietuvoje šiuo metu daugiausia įtakos turi mobiliųjų taršos šaltinių ir energetikos objektų išmetimai. Automobilių transporto sukeliama oro tarša sudaro daugiau kaip 70 proc. visos oro taršos. Į atmosferą kiekvienais metais mobilieji taršos šaltiniai išmeta vis daugiau anglies monoksido, angliavandenilių, azoto oksidų, kurių, nors ir nedidelės koncentracijos, veikiančios ilgesnį laiką, tampa rizikos veiksniais žmogaus sveikatai. Stacionarūs taršos šaltiniai daugiausia išmeta sieros dioksido, anglies monoksido, angliavandenilių.

Patalpų oro kokybė Lietuvoje nėra pakankamai ištirta ir reikalauja neatidėliotinų veiksmų atliekant tyrimus ir gerinant būsto kokybę.

Pagal monitoringo tyrimus švinas ir kadmis yra didžiausi teršalai maisto produktuose. Daugiausiai švino randama žuvies ir mėsos produktuose. Pasitaiko maisto produktų – jūros žuvų, kiaulienos riebalų, sviesto ir kitų, užterštų pesticidų likučiais ir polichloruotais bifenilais, kurie yra toksiški žmogui.

Pavyzdžiui, 1995 m. Lietuvoje susidarė apie 8 mln. tonų nepavojingų ir apie 160 tūkst. tonų pavojingų atliekų bei apie 500 000 tūkst. tonų vandens valymo įrenginių dumblo. Būtina tinkamai tvarkyti šias atliekas, maksimaliai panaudoti antrines žaliavas ir tinkamai nukenksminti pavojingas atliekas.

Pagrindiniai dirvožemio teršėjai Lietuvoje yra pramonė, energetika, transportas ir žemės ūkis. Judriųjų magistralių pakelėse kaupiasi benzpirenas ir švinas. Pramonės įmonių teritorijose aptinkami sunkiųjų metalų, naftos produktų kiekiai, viršijantys leidžiamas koncentracijas. Pavojų aplinkai ir sveikatai kelia nuolatinis cheminių medžiagų išplovimas iš dirvožemio į gruntinius ir paviršinius vandenis.

Vienas iš žmogaus aplinkos aspektų yra darbo aplinka. Su profesinės rizikos sveikatai problema kasdien susiduria apie 15–20 proc. darbingų Lietuvos gyventojų. Nuostoliai dėl profesinio sergamumo, invalidumo ir mirtingumo per metus siekia per 250 mln. litų, o tai sudaro apie 0,65 proc. bendrojo metinio šalies produkto.

Pagrindiniai jonizuojančiosios spinduliuotės šaltiniai Lietuvoje yra naudojami pramonėje, medicinoje ir mokslo tiriamuosiuose darbuose. Šiuo metu vykdomos programos siekiant įvertinti dozes, pacientų gaunamas apšvitos rentgenologinių diagnostinių procedūrų metu. Atliekama personalinė dozimetrinė 2500 asmenų, dirbančių su jonizuojančiosios spinduliuotės šaltiniais, kontrolė ir visų darbo vietų monitoringas. Pagal 1995 m. pradėtą vykdyti radono patalpose programą ištirta per 200 atsitiktinai išrinktų namų.

Tikslai

Iki 2010 m.:

- 1) pasiekti, kad naudojamo vandens kokybė atitiktų Lietuvos standartus;**
- 2) atmosferos ir patalpų oro kokybės lygis turi nekelti grėsmės visuomenės sveikatai;**
- 3) gyventojų maisto mikrobiologinė ir cheminė sudėtis turi atitikti Europoje nustatytus norminius aktus;**
- 4) miesto ir kaimo vietovėse sukurti palankią visuomenės sveikatai fizinę ir socialinę aplinką;**
- 5) įgyvendinti efektyvią darbo aplinkos ir dirbančiųjų sveikatos priežiūros sistemą, užtikrinti labai kenksmingų darbo sąlygų panaikinimą;**
- 6) remti žmonių radiacinės apsaugos valstybinės priežiūros ir kontrolės sistemą.**

Įgyvendinimas

Aplinkos kokybės gerinimo tikslų įgyvendinimo strategija turėtų remtis perspektyviniais (iki 2010 m.) ir artimesniaisiais (iki 2005 m.) uždaviniais.

• Perspektyviniai:

- 1) sukurti efektyvią glaudžiu žinybiniu bendradarbiavimu paremtą sistemą aplinkos higienos problemoms spręsti;
- 2) sukurti efektyvią naudojamo vandens gavybos, kokybės gerinimo, tiekimo ir kokybės kontrolės sistemą;
- 3) sukurti prielaidas automobilių transporto išmetimams mažinti ir alternatyvioms transporto priemonėms skatinti;
- 4) užtikrinti saugų aplinkai ir žmogaus sveikatai žemės ūkio cheminių medžiagų panaudojimą ir atliekų tvarkymą bei griežtą dirvožemio teršimo naftos produktais ir sunkiaisiais metalais kontrolę;
- 5) sukurti dirbančiųjų sveikatos priežiūros ir kontrolės sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus;
- 6) vykdyti aplinkos ir gyventojų sveikatos monitoringą.

• Artimesnieji:

- 1) parengti ir pradėti įgyvendinti Nacionalinį aplinkos higienos veiksmų planą;
- 2) sukurti aplinkos ir sveikatos informacinę sistemą, panaudojant sukauptus duomenis vietos ir nacionalinio lygio valstybės institucijose;
- 3) sukurti aplinkos higienos norminę teisinę bazę, atitinkančią ES direktyvų reikalavimus ir PSO rekomendacijas;

- 4) organizuoti aplinkos higienos specialistų rengimą, jų kvalifikacijos kėlimą ir perkvalifikavimą (mokymo programos ir priemonės, mokymo bazė, dėstytojų rengimas);
- 5) plėtoti mokslo tyrimus, nustatančius aplinkos užterštumo poveikį sveikatai;
- 6) parengti ir pradėti įgyvendinti transporto keliamos oro taršos ir avarijų bei traumų pavojaus mažinimo programas;
- 7) įvertinti būsto kokybę ir potencialų poveikį gyventojų sveikatai bei formuoti ir pradėti įgyvendinti „Sveiko būsto“ koncepcijas nacionaliniu ir vietos lygiu;
- 8) parengti ir pradėti įgyvendinti „Sveiko miesto“ koncepciją nacionaliniu ir vietos lygiu;
- 9) užtikrinti efektyvią dirvožemio apsaugos valstybinę kontrolę, suprojektuoti ir pastatyti kietųjų buitinių atliekų kontroliuojamus sąvartynus dideliuose miestuose;
- 10) įgyvendinti pavojingų cheminių medžiagų valdymo sistemą;
- 11) organizuoti profesinės sveikatos priežiūrą, siekiant sumažinti riziką darbe, užtikrinant ankstyvą profesinių ligų diagnostiką;
- 12) užtikrinti visų praktinėje veikloje naudojamų jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinių apskaitą ir jų saugumo kontrolę;
- 13) sukurti galimų cheminių, branduolinių ir radiacinių avarijų prevencijos programą.

Monitoringas

Egzistuojantys ligų registrai, aplinkos rodiklių duomenų bazės ir registrai bei sukurta aplinkos ir sveikatos informacinė sistema padės sekti ir analizuoti įvairių sveikatos ir aplinkos kokybės rodiklių kitimą.

3. Tinkama sveikatos priežiūra

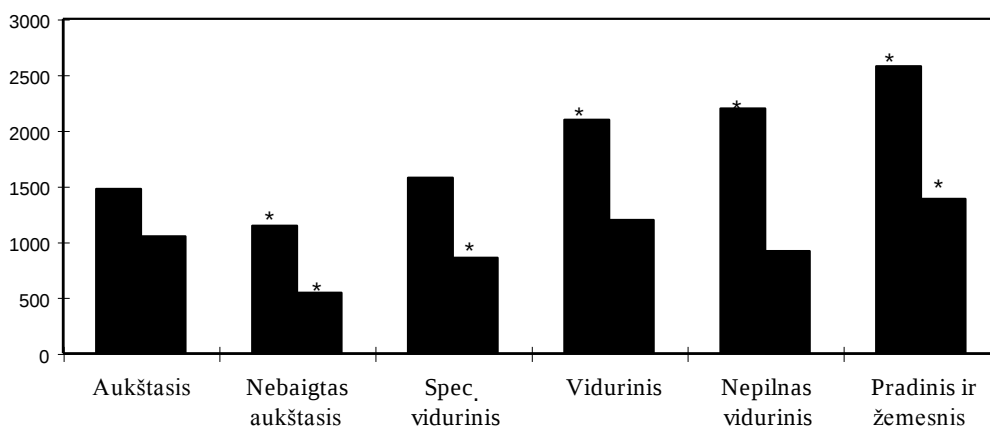
3.1. Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai.

Teisumas, prieinamumas, priimtinum, tinkamumas

Situacija

Daugelyje išsivysčiusių ir besivystančių šalių stebimi didžiuliai sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai tarp atskirų socialinių-ekonominių gyventojų grupių. Neatsižvelgiant į pokyčius sveikatos politikoje šie skirtumai didėja. Tradiciniai vertinimo būdai, iliustruojantys visos populiacijos sveikatos ir sveikatos priežiūros būklę, skirtumų tarp atskirų socialinių-ekonominių gyventojų grupių neparodo.

Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumų analizė Lietuvoje pradėta neseniai. Mirtingumo skirtumai atskirose išsilavinimo grupėse pateikiami 10 pav. Bendras mirtingumas tarp gyvenančių santuokoje ir išsiskyrusių/našlių/nevedusių/netekėjusių individų skiriasi 1,6–2,1 karto. Kūdikių mirtingumas 1988–1990 m. duomenimis pilnose šeimose buvo 10,3 iš 1000 gyvų gimusiųjų, nepilnose šeimose – 18,4. Aukštąjį išsilavinimą turinčių motinų kūdikių mirtingumas buvo 8,8, pradinį išsilavinimą turinčių motinų kūdikių mirtingumas siekė 30,1 iš 1000 gyvų gimusių. Protinį darbą dirbančių motinų kūdikių mirtingumas buvo 9,1, žemės ūkio darbus dirbančių motinų kūdikių mirtingumas siekė 15 iš 1000 gyvų gimusių.



* – mirtingumo skirtumas nuo aukštojo išsilavinimo grupės statistiškai patikimas

■ Vyrai ■ Moterys

10 pav. 25 m. amžiaus ir vyresnių Lietuvos gyventojų standartizuoti bendro mirtingumo rodikliai (100 000 gyventojų) pagal išsilavinimą ir lytį

Tikslas

Iki 2010 m. sumažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumus tarp skirtingų socialinių-ekonominių gyventojų grupių 25 proc.

Įgyvendinimas

- Iki 2000 m. išanalizuoti sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumus tarp skirtingų socialinių-ekonominių gyventojų grupių (pagal išsilavinimą, pajamas, nedarbą, gyvenimo sąlygas); pasiūlyti indikatorius šioms skirtumams įvertinti.

- Iki 2005 m. peržiūrėti ir papildyti sveikatos politiką, siekiant sumažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumus.

- Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros teisumą būtina vykdyti šias priemones:

- 1) skirtas gyventojų atskirų socialinių ir ekonominių grupių bendrųjų ir grynųjų pajamų skirtumams sumažinti;

- 2) skirtas nedarbo rizikos sumažinimui;

- 3) užtikrinančias geras ekonominiu ir geografiniu požiūriu mokslo bei kvalifikacijos kėlimo galimybes;

- 4) padedančias išspręsti nepalankių sveikatai gyvenimo ir darbo sąlygų problemas;

- 5) skatinančias sveiko gyvenimo būdo diegimą;

- 6) gerinančias sveikatos priežiūros prieinamumą, priimtinumą ir tinkamumą;

- 7) skirtas žmonių išsilavinimo ir kvalifikacijos lygiui kelti.

- Sveikatos priežiūros teisumo užtikrinimo esminės sąlygos yra:

- 1) gyventojų socialinių ir ekonominių bei profesinių grupių, priskiriamų didelės rizikos sveikatai grupėms, nustatymas;

- 2) sveikatos rizikos veiksnių poveikio 1 punkte nurodytoms gyventojų grupėms nustatymas ir įvertinimas.

- 3) įgyvendinti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatas.

- Sveikatos priežiūros teisumas turi tapti vienu kriterijumi, kuriuo vadovaujantis gali būti vertinamos partijų programos.

- Sveikatos priežiūros teisumo problemos turi būti aiškinamos visuomenės informavimo priemonėmis.

- Sveikatos priežiūros teisumo didinimo priemonės turi būti įtrauktos į „Sveikų miestų“, „Sveikatą stiprinančių ligoninių“, „Sveikų mokyklų“ ir kitų PSO programų projektus.

- Vykdam 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.
- Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų sistemą planuoti pagal šių įstaigų teritorinio prieinamumo ir savivaldybių bendruomenių sveikatos būklės rodiklius.
- Sveikatos priežiūros įstaigos turės įgyvendinti priemones, padedančias įvertinti sveikatos priežiūros specialistų bendravimo su pacientais įgūdžius, užtikrinančius skirtingų kultūrinių vertybių ir įpročių suvokimą.

Monitoringas

Sveikatos priežiūros teismo duomenų apibendrinimu ir informacinės medžiagos apie šią problemą ir jos sprendimo būklę parengimu turės rūpintis Nacionalinė sveikatos taryba.

3.2. Sveikatos priežiūros reforma

Lietuvos sveikatos programos strategijos uždaviniai, kurių esmė – saugoti ir stiprinti žmogaus sveikatą nuo gimimo iki mirties, susiję su sveikatos sistemos reformos pereinamojo laikotarpio problemomis. Buvusi itin centralizuota sveikatos priežiūros sistema, lėmusi neefektyvų sveikatos priežiūros valdymą ir išteklių naudojimą, yra ankstesniosios sovietinės sveikatos politikos, neskatinusios nei žmonių, nei valstybės tausoti ir saugoti gyventojų sveikatą, rezultatas. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistema kol kas susiduria su dviem pagrindinėmis problemomis: išteklių, skirtų sveikatos priežiūrai, stygiumi ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo orientacija į ligoninių ir specializuotą grandį. (Šiuo metu sveikatos apsaugos sistemoje personalas pasiskirstęs taip: 60 proc. – stacionarinė grandis, 28 proc. – ambulatorinė grandis, 12 proc. – kitose tarnybose.)

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos reforma suplanuota remiantis PSO Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformos. Jos pagrindiniai principai: siekti pagerinti žmonių sveikatą, o ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių. Žmonės turi būti suinteresuoti pertvarkymais bei juos priimti. Reforma yra nukreipta į paslaugų kokybę bei adekvatų finansavimą, reformos centre – pirminės sveikatos priežiūros plėtra.

1994 m. vasarą Sveikatos sistemos įstatymu patvirtinta tolesnės sveikatos apsaugos įstatymų leidybos programa. Iki šių metų yra priimti Sveikatos draudimo, Sveikatos priežiūros įstaigų, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo, Farmacinės veiklos, Gydytojo medicinos praktikos, Stomatologinės priežiūros (pagalbos), Psichinės sveikatos priežiūros, Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės, Ekonominių sankcijų už visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų pažeidimus, Tabako kontrolės, Alkoholio kontrolės, Narkologinės priežiūros, Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos, Kraujo donorystės, Žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių, Vaistų įstatymai.

Įkurti savivaldybių sveikatos fondai bei Valstybinis sveikatos fondas, Valstybinė sveikatos reikalų komisija, įsteigta Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba. Prie Sveikatos apsaugos ministerijos pradėjo veikti Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Valstybinė medicininio audito inspekcija, Valstybinė vaistų kontrolės, Teisės medicinos ir Teisės psichiatrijos bei narkologijos tarnybos, Lietuvos medicinos etikos komitetas, kuriama Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba. Įsteigta Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos. Biudžetinės sveikatos priežiūros įstaigos reorganizuotos į valstybės ir savivaldybių viešąsias sveikatos priežiūros įstaigas. Pirminė sveikatos priežiūra atskirta nuo antrinės.

Įgyvendinant Nacionalinę sveikatos koncepciją ir PSO doktriną „Sveikata visiems XXI amžiuje“ ir siekiant sveikatos politiką perorientuoti į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą visose sveikatos priežiūros grandyse, taip pat užtikrinti gyventojų dalyvavimą formuojant sveikatos politiką, buvo numatyti artimieji ir tolimieji sveikatos apsaugos reformos uždaviniai.

Artimieji uždaviniai (iki 2005 m.):

1. Iki 2005 metų reikia užbaigti, remiantis Sveikatos sistemos įstatymu sveikatos teisę reglamentuojančių pagrindinių įstatymų rengimą. Šių įstatymų įgyvendinimas leis įtvirtinti „aktyvią“ sveikatos priežiūros politiką t. y. kiekvieno rūpinimąsi savo sveikata. Įgyvendinant Sveikatos sistemos įstatymą tobulinama sveikatos priežiūros valdymo struktūra. Priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros atsiranda galimybė dalyvauti visuomenei. Steigiamos bendruomenės sveikatos tarybos savivaldybėse, taip pat Nacionalinė sveikatos taryba.

2. Toliau decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą šiomis kryptimis:

1) priskirti pirmines ir antrines sveikatos priežiūros įstaigas savivaldybių kompetencijai;
2) perduoti apskričių ligoninių ir specializuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklą apskričių kompetencijai;

3) Kauno medicinos universiteto ir Vilniaus universiteto klinikose plėtoti medicinos mokslą, mokymą ir praktiką, skirtą visų šalies gyventojų sunkioms ir komplikuotoms ligoms gydyti.

3. Racionalizuoti išteklius ir optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai siekiant efektyviau naudoti lėšas bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:

1) optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų bei jų teikiamų paslaugų kiekį;
2) išplėsti ambulatorinės pagalbos mastus per bendrosios praktikos gydytojo instituciją;
3) vykdyti asmenų, įmonių, įstaigų licencijavimą farmacinei veiklai;
4) vykdyti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimą ir akreditavimą bei parengti jų veiklos standartus;

5) sutrumpinti vidutinę gydymosi stacionaruose trukmę;

6) tobulinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos draudimo finansavimo sistemą;

7) plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas perkvalifikuojant apylinkių terapeutus ir pediatrus bei specialistus į bendrosios praktikos gydytojus, steigti kabinetus bei diegti grupinę praktiką, ypatingą dėmesį skirti pirminei sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse. Reformą įgyvendinti naudojantis eksperimentinių vietovių patirtimi.

4. Rengti ir perkvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistus pagrindinį dėmesį skiriant bendrosios praktikos gydytojams, vadybos specialistams. Reguluoti priimamų į aukštąsias medicinos mokyklas studentų skaičių. Didelį dėmesį skirti slaugos specialistų rengimo ir perkvalifikavimo programai.

5. Vykdyti visuomenės sveikatos priežiūros reformą:

1) didelį dėmesį skirti pertvarkant visuomenės sveikatos priežiūros sistemą, sukurti jos teisinius pagrindus;

2) plėtoti visuomenės sveikatos monitoringą, ekspertizę, informacijos sistemą bei tarpžinybinį bendradarbiavimą;

3) mokyti ir perkvalifikuoti visuomenės sveikatos priežiūros specialistus;

4) stiprinti visuomenės sveikatos saugos technologijas, mažinant sergamumą įtakojamą aplinkos, ekonomikos bei gyventojų elgsenos;

5) prioritetine tvarka rengti ir finansuoti valstybines sveikatos programas.

6. Tobulinti vaistų registracijos, kainodaros ir įsigijimo išlaidų kompensavimo sistemą. Parengti Nacionalinę vaistų politikos programą, siekti, kad gyventojai būtų aprūpinti efektyviais, saugiais, pigiais ir prieinamais vaistais.

7. Gerinti vaistų kokybės kontrolės sistemą, siekiant užtikrinti vaistų kokybę ir racionalų jų vartojimą.

8. Remti Lietuvos farmacijos pramonės plėtrą tobulinant vaistų kainodaros ir kompensavimo sistemą remiantis farmakoekonominiais metodais.

9. Sudaryti sąlygas privačių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtimuisi, ypač pradiniam jų kūrimosi etape, tačiau užtikrinti valstybinę jų veiklos kontrolę ir atsiskaitomybę.

10. Siekti glaudesnio sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo.

11. Sukurti efektyvią, atitinkančią Lietuvos sąlygas ir tarptautinius standartus, ligonių sveikatą grąžinančiojo, reabilitacijos bei antirecidyvinio gydymo sistemą, įgalinančią sumažinti ekonominius nuostolius dėl užsitęsusio laikino nedarbingumo ir invalidumo.

12. Sudaryti adekvačią traumai ar susirgimo sunkumui paciento nukreipimo reabilitacijai tvarką: t. y. a) – sveikatą grąžinančiam gydymui; b) – trumpalaikiai ar ilgalaikiai reabilitacijai; c) – slaugai; priklausomai nuo biosocialinių funkcijų pažeidimo laipsnio. Biosocialinės funkcijos – tai galėjimas orientuotis, apsitarnauti, girdėti, judėti, dirbti, bendrauti ir kt.

Tolimieji uždaviniai (iki 2010 m.):

1. Gerinti gyventojų sveikatingumo rodiklius įgyvendinant specialius šios programos tikslus.
2. Gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą. Didinti teikiamų paslaugų asortimentą (sukurti nacionalinius standartus), periodiškai akredituoti šias įstaigas.
3. Įgyvendinti Valstybines ir savivaldybių sveikatos programas.
4. Įgyvendinti pirminę asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą.
5. Tobulinti sveikatos draudimo sistemą.
6. Mokyti bei kelti kvalifikaciją sveikatos priežiūros darbuotojams.

Monitoringas

Sveikatos reformos žingsniai turi būti nuolat vertinami moksliškai pagrįstais metodais, taip pat kainų efektyvumo, paslaugų kokybės bei bendros medicinos praktikos vertinimo prasme. Turi būti atliekamos gyventojų apklausos bei jų pačių sveikatos kokybės vertinimas, žinių apie savo sveikatą įgijimas bei dalyvavimas sprendžiant sveikatos priežiūros valdymo problemas. Svarbu kiekvienos atskirai valstybinių sveikatos programų vertinimas, koordinavimas ir koregavimas. Palyginamoji kitų šalių sveikatos reformų analizė būtina reformos sėkmei.

V. SVEIKATOS PROGRAMOS

Privalomąjį sveikatinimo veiklos lygį šalyje apibrėžia sveikatos programos. PSO rekomenduoja vadovautis šiomis prioritetinėmis sveikatinimo veiklos kryptimis:

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

Atsižvelgdama į esamą situaciją bei vadovaudamasi sistemos prioritetais, Sveikatos apsaugos ministerija kartu su kitomis ministerijomis rengia naujas ir prireikus tikslina turimas programas, kurioms visų pirma reikalingos valstybės lėšos. Į valstybinių sveikatos programų sąrašą yra įtraukiamos programos, būtinos plėtoti ir vykdyti sveikatos priežiūros, medicinos mokslo ir sveikatos sistemos reformą. Sąrašas gali būti papildomas įtraukiant programas, kurių rengimą reglamentuoja įstatymai ir Vyriausybės nutarimai arba programos, įtrauktos į Vyriausybės veiklos programą.

1996 m. Vyriausybė pritarė šiam valstybinėms sveikatos programų sąrašui:

- 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 ėduonies profilaktikos programa;
- Lytinių keliu plintančių ligų profilaktikos programa.

Sveikatos klausimai taip pat įtraukiami į kitas socialinės ir ekonominės plėtros programas. 1996 m. patvirtintos ir pradėtos vykdyti Invalidų metų programa bei Valstybinė darbų saugos ir darbo medicinos programa.

Valstybinių sveikatos programų 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 grindžiamos žinybų bendradarbiavimo strategija sprendžiant tam tikras sveikatos problemas. Strategija numato teisines, organizacines, ekonomines ir kitas svarbias valstybinio reguliavimo priemones.

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.

Pereinant prie teritorinio planavimo, įteisinamas decentralizacijos principas programinio planavimo srityje, tačiau nenukrypstant nuo bendrosios strategijos bei vadovaujamosi pagrindinėmis sveikatos plėtros strategijos kryptimis.

Sėkmingas šių uždavinių sprendimas gali būti užtikrintas tik sukūrus programų finansavimo sistemą. Valstybinis ir savivaldybių sveikatos fondai – tai vienas iš lėšų šaltinių valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti bei visuomeninių organizacijų, ginančių visuomenės sveikatos interesus, veiklos programoms remti.

Antroji tikslinio finansavimo rūšis – valstybės investicijos, kurios visiškai arba iš dalies finansuojamos valstybės lėšomis arba susijusios su valstybės įsipareigojimais. Valstybės investicijų programai teikiami projektai, atitinkantys sveikatos priežiūros prioritetines kryptis.

Formuodama valstybės investicijų politiką, Vyriausybė tvirtina svarbiausias investicijų sritis, kurioms visų pirma skiriamos valstybės vidaus lėšos bei valstybės vardu gaunamos arba garantuojamos užsienio paskolos.

Programinio planavimo veiklai koordinuoti Sveikatos apsaugos ministerijoje įkuriama komisija, parengiami ir patvirtinami jos veiklos nuostatai.

Programų rengimo, tvirtinimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką reglamentuoja nuostatai, kuriuos tvirtina Lietuvos Respublikos Vyriausybė.

VI. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMAS

Finansavimo mastas

Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija ir Sveikatos sistemos įstatymas apibrėžė, jog pereinamojo į rinkos santykius periodo ekonominių sunkumų laikotarpiu išlaidos sveikatos priežiūrai neturi būti mažinamos, o visuomeninis finansavimas turėtų sudaryti ne mažiau kaip 5 proc. bendrojo vidinio produkto (BVP). Statistiniai 1992–1995 m. duomenys rodo, jog ekonominio nuosmukio Lietuvoje sąlygomis 1992–1993 m. realus sveikatos sistemos finansavimas pastebimai sumažėjo, o 1994–1995 m. pradėjo didėti, nors 5 proc. BVP norma ir nebuvo pasiekta.

4 lentelė. Lietuvos Respublikos nacionalinio ir Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto lėšos

Metai	1992	1993	1994	1995	1996
Mastas kintamosiomis kainomis (mln. Lt)	128	426	751	1073	1325
Mastas pastoviosiomis kainomis 1992 m. (mln. Lt)	128	83.9	90.3	95.1	94.1
Mastas vienam gyventojui pagal perkamosios galios paritetą (JAV doleriais)	267	175	194	204	202
BVP dalis sveikatos priežiūrai (proc.)	3.8	3.8	4.4	4.8	4.3

Ekonomikos lygio kilimas Lietuvoje (1 proc. 1994 m., 4 proc. 1995 m., 4,7 proc. 1996 m., 5,7 proc. 1997 m.) pagal Ekonomikos ministerijos ir tarptautinių organizacijų (Pasaulio banko, Tarptautinio valiutos fondo) turėtų tęstis, 1998–2005 m. gamyba didės 3–5 proc. per metus. Jei valstybė siektų, kad 2000 m. sveikatos priežiūrai būtų užtikrinti 5 proc. BVP, realus (skaičiuojamas pastoviomis kainomis) sveikatos priežiūros finansavimas turėtų 1997–2000 m. didėti maždaug 8 proc. per metus, o vėliau finansavimo augimas turėtų sutapti su BVP augimu.

Greta visuomeninio finansavimo (susideda iš valstybinio ir socialinio draudimo fondo finansavimo), sveikatos sektorius yra finansuojamas ir gyventojams mokant tiesiogiai. Namų ūkių tyrimai rodo, kad privatus finansavimas sudaro apie 20 proc. bendrojo finansavimo masto, arba 1997 m. jis sudarė apie 530 mln. litų. Bendras sveikatos priežiūros finansavimo mastas (visuomeninio ir privataus) dabartiniu metu sudaro apie 6 proc. BVP bei atitinka Rytų ir Centrinės Europos šalių standartus. Europos Sąjungos šalių praktiką ateityje atitiktų bendrųjų išlaidų svyravimas 6–8 proc. BVP ribose.

Apibendrinant išdėstytas mintis, galima padaryti išvadą, jog iki 2005 metų išlaidų sveikatos priežiūrai lyginamojo svorio didėjimas lems realaus finansavimo šiems tikslams padidėjimą maždaug 17 proc. (pastaroji galimybė atsižvelgiant į santykinai žemą sveikatos priežiūros prioritetą laikytina optimistine), o ekonomikos augimas apie 30 proc. Bendras tikėtinas pagal optimistinį sveikatos priežiūros plėtros scenarijų lėšų, skirtų sveikatos priežiūrai, padidėjimas 1996–2005 m. sudarytų apie 50 proc.

Išlaidų struktūra

Ankstesniame skyrelyje prognozuotas lėšų padidėjimas nereiškia, jog galima atitinkamai padidinti natūrinių išteklių, naudojamų sveikatos sektoriuje, mastus. 1996 m. kovo mėn. duomenimis sveikatos priežiūros darbuotojų darbo užmokestis siekia 72 proc. šalies vidurkio. 1997 m. medicinos darbuotojų atlyginimai buvo padidinti 30 proc. Gerėjant ekonominei situacijai ir sutvarkius valstybės bei savivaldybių įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo sistemą, medikų algos turi pasiekti šalies vidurkį.

Kita vertus, iki 2005 m. vidutinės sveikatos priežiūros paslaugų kainos Lietuvoje, nors ir litas susietas su doleriu, išaugs palyginti su išsivysčiusiomis pasaulio šalimis, maždaug dvigubai. Atitinkamai padidės indeksuojamo sveikatos biudžeto pajėgumas mokėti už importuojamą aparatūrą bei vaistus. Tai reiškia, kad ateityje natūrinis vartojamų vaistų, aparatūros ir orgtechninės įrangos kiekis, greičiausiai padidės daugiau nei 50 proc. Tikėtina, jog itin padidės lėšų poreikis atnaujinant veikiančias sveikatos priežiūros įstaigas bei norint išlaikyti pastatus. Šis padidėjimas nesuteiks galimybių statyti naujų gydymo įstaigų.

Finansavimo prioritetų nustatymas

Igyvendinant sveikatos draudimą, tolesnį išteklių pasiskirstymo strategiją lemia du principai:

1) tolygus gyventojų finansavimas. Tokiu būdu galėtų būti sprendžiamos problemos, susijusios su gyventojų sveikatos būklės gerėjimo užtikrinimu. Būtina didesnę lėšų dalį nukreipti į gyventojus kaip į potencialius pacientus. Visuomenės sveikatos priežiūros, PSP plėtra (ypač prevencijos bei prieinamumo aspektais) drauge su sveikatos priežiūros integravimu į socialinių paslaugų plėtros programą – tai prielaida, kad potencialūs pacientai netaps realiais pacientais. Toks problemos sprendimas užtikrina santykinę išlaidų minimizavimą, mažėjant pacientų, gydomų stacionaruose, srautui;

2) sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas atsižvelgiant į naudingumą. Prioritetiškai turi būti finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos ir atitinkamos medicinos technologijos, kurios užtikrina kuo didesnę naudą pacientams. Priimant sprendimus dėl prioritetų, vertėtų analizuoti, kiek papildomų paciento kokybiško gyvenimo metų užtikrina alternatyvios sveikatos priežiūros technologijos.

Tolygus gyventojų finansavimas turi būti užtikrintas privalomojo sveikatos draudimo lėšas skirstant teritorinėms ligonių kasoms pagal jų aptarnaujamą gyventojų skaičių.

Privalomojo sveikatos draudimo diegimas

Privalomasis sveikatos draudimas Lietuvoje pradėtas diegti 1991 m. Valstybinio socialinio draudimo įstatymas buvo priimtas 1991 m. gegužės 21 d. o šio įstatymo III skyrius reglamentuoja išmokas, susijusias su išlaidų medikamentams bei sanatoriniam gydymui kompensavimu. Sveikatos draudimo (valstybinio socialinio draudimo rėmuose) vaidmens visuomeniniame sveikatos paslaugų finansavime kitimas yra parodytas 5 lentelėje.

5 lentelė. Visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai (procentais)

	1990	1991	1994	1995	1996
Biudžetas	100*	95	85	83	81
Valstybinis socialinis draudimas	0	5	15	17	19

*Sveikatos priežiūros finansavimas valstybės įmonių lėšomis yra prilygintas biudžetiniams finansavimui

Pagrindinė socialinio draudimo išlaidų dalies didėjimo priežastis yra esminiai pokyčiai farmacijos sektoriuje. Gyventojai bei medikai pastaraisiais metais persiorientuoja nuo santykinai pigių vaistų, pagamintų buvusioje Sovietų Sąjungos šalyje, į brangių, pagamintų išsivysčiusiose šalyse, vartojimą.

1997 m. liepos 1 d. pradeda funkcionuoti privalomojo sveikatos draudimo sistema, apimanti daugumos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą, pradeda naują sveikatos priežiūros finansavimo reformos etapą. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas atskiriamas nuo valstybės biudžeto ir formuojamas iš 3 proc. darbo užmokesčio įmokų už asmenis, gaunančius atlyginimą už darbą, ne mažiau 30 proc. fizinių asmenų pajamų mokesčio sumos įmokos už asmenis, gaunančius pajamas, susijusias su darbo santykiais, bei kitų Sveikatos draudimo įstatyme numatytų įmokų.

Sukurta ligonių kasų sistema (Valstybinė ligonių kasa ir 10 teritorinių ligonių kasų) perėmė išlaidų medikamentams bei sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimą iš SODROS. Be to, ligonių kasos turi užtikrinti ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paprastųjų išlaidų finansavimą sutarčių tarp teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų pagrindu pagal pastarųjų teikiamų paslaugų mastą. Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos teritorinėms ligonių kasoms turi būti paskirstomos proporcingai atitinkamoje apskrityje esančiam gyventojų skaičiui. Privalomasis sveikatos draudimas turi užtikrinti 70–80 proc. sveikatos priežiūros finansavimo, likusioji dalis (visuomenės sveikatos priežiūra, investicijos, valstybinės ir

savivaldybių programos) turi būti finansuojama iš valstybės ir savivaldybių biudžetų. Sveikatos draudimo įstatymas numato privalomojo draudimo lėšas naudoti ne tik valstybinių, bet ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugoms apmokėti (sudaryti prielaidas plėtoti privačią praktiką).

VII. LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMOS MONITORINGAS

Lietuvos sveikatos programos monitoringo tikslai yra:

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

Lietuvos sveikatos programos monitoringą reikia vykdyti keliais lygiais: tarptautiniu – įgyvendinant Europos regioninio biuro „Sveikata visiems XXI amžiuje“ strategiją; nacionaliniu, apskričių bei savivaldybių lygiu. Norint sėkmingai vertinti sveikatos programą, būtina gera informacijos bazė.

Situacija

Gyventojų sveikatos būklę charakterizuoja sergamumas, laikinas nedarbingumas, invalidumas ir mirtingumas. Informacija apie mirtingumą yra patikimiausia, tačiau, esant pakankamai ilgai vidutinei gyvenimo trukmei, ji negali būti daugelio sveikatos būklių specifiniu rodikliu. Šiuo atveju alternatyva būtų informacija apie gyventojų sergamumą. Sukaupiti gyventojų (populiacinio) sergamumo duomenys informatyvūs tik iš dalies, nes gyventojų sergamumo pagal kreipimąsi registravimas labiau rodo sveikatos priežiūros įstaigų darbo mastus, nei visuomenės sveikatos būklę. Stacionare registruotas sergamumas daugiau charakterizuoja asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą nei sveikatos priežiūros poreikius, kadangi stebima teigiama koreliacija tarp hospitalizuotų ligonių ir lovų skaičiaus. Daug vertingos informacijos apie gyventojų sveikatos būklę teikia rizikos faktorių paplitimas tarp gyventojų (populiacijoje), tačiau turime atminti, jog bendrą gyventojų sveikatos būklės vaizdą galima gauti tik apibendrinus duomenis iš labai įvairių šaltinių, atsižvelgiant į duomenų rinkimo metodą, pradinis duomenų šaltinius, tiriamas gyventojų grupes.

Lietuvos sveikatos programoje daug dėmesio skiriama ugdyti sveikatai, įgyvendinti lygiateisiškumo bei prieinamumo principams, žinybų bendradarbiavimui sveikatos politikos srityje. Šiems tikslams pasiekti būtini tokie sveikatos informacijos aspektai, kaip skirtumus tarp gyventojų grupių, elgsenos pakylčiai, ryšys su aplinkos faktoriais. Daugelis šių tyrimų priklauso mokslinių tyrimų sričiai. Jų reguliarumas yra būtina sąlyga Lietuvos gyventojų sveikatos būklės pokyčiams prognozuoti formuluojant tikslus bei ieškant įgyvendinimo sprendimų.

Įgyvendinimas

Sveikatos priežiūros institucijos atsako už įprastiniu būdu renkamą sveikatos statistiką. Vien atsakomybės duomenų pasiskirstymo įvertinimui ir monitoringui nepakanka, tam reikia skirti resursų, užtikrinti atitinkamą specialistų kvalifikaciją. Viena pagrindinių sąlygų – vyriausiųjų specialistų, atsakingų už tam tikras sveikatos priežiūros sritis, tiesioginis dalyvavimas analizuojant situaciją epidemiologiniu aspektu.

Kadangi daugelis vertinimų priklauso mokslinių tyrimų sričiai, tad mokslininkų užduotis yra nuodugni gyventojų sveikatos būklės analizė, ypač tiriant gyventojų (populiacinį) sergamumą; sveikatos priežiūros kokybę, prieinamumą, priežastinių ryšių tarp sveikatos būklės ir ją lemiančių faktorių tyrimai.

Bendradarbiaujant žinyboms svarbu užtikrinti esamų ar naujai kuriamų duomenų bazių tarpusavio ryšį. Sveikatos politikams bei strategams daug vertingos informacijos teiktų vėžio, hospitalinio ir kitų registrų ryšys su gyventojų registru.

Naujų informavimo technologijų diegimas yra viena iš būtinų sąlygų laiku sukaupti informaciją bei išanalizuoti duomenis.

Lietuvos sveikatos informacijos centre sukurta kompiuterizuota duomenų teikimo ir analizės bazė – sveikatos politikos monitoringo pagrindas.

Tarpinis Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo vertinimas bus atliktas 2005 metais.
