



LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMAS

NUTARIMAS

DĖL LIETUVOS SVEIKATOS 2014–2025 METŲ PROGRAMOS PATVIRTINIMO

2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964

Vilnius

Lietuvos Respublikos Seimas, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 46 straipsniu, n u t a r i a:

1 straipsnis.

Patvirtinti Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programą (pridedama).

Seimo Pirmininkė

Loreta Graužinienė

LIETUVOS SVEIKATOS 2014–2025 METŲ PROGRAMA

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa (toliau – Programa) nustato sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius, siekiamus sveikatos lygio rodiklius, kurie būtini siekiant įgyvendinti Valstybės pažangos strategijoje „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015 „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“ (toliau – Valstybės pažangos strategija „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“), 2014–2020 metų nacionalinėje pažangos programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“ (toliau – Nacionalinė pažangos programa), ir Nacionalinėje reformų darbotvarkėje, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. balandžio 27 d. nutarimu Nr. 491 „Dėl Lietuvos konvergencijos 2011 metų programos ir Nacionalinės reformų darbotvarkės“ (toliau – Nacionalinė reformų darbotvarkė), nustatytus tikslus.

2. Sveikata yra žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad būtų sėkmingai sprendžiami kasdienio gyvenimo klausimai, įveikiami socialiniai ir ekonominiai iššūkiai. Visuomenės sveikata yra nacionalinis turtas ir kapitalas, kurio saugojimas ir puoselėjimas yra svarbiausias valstybės tikslas, užtikrinantis šalies socialinę ir ekonominę plėtrą. Sveiki ir darbingi žmonės – šalies ekonomikos augimo ir tvaraus vystymosi garantas, todėl siekiant Europos Komisijos 2010 m. kovo 3 d. komunikato „2020 m. Europa. Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija“ (toliau – Europos Komisijos komunikatas „Europa 2020“) tikslų šalies gyventojų sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui turi būti skiriamas ypatingas dėmesys. Gyventojų sveikata yra tiesioginis darbingumą lemiantis veiksnys. Sveikesnė visuomenė galėtų prisidėti prie darbo našumo, šalies ekonomikos augimo ir konkurencingumo, dėl to mažėtų socialinė atskirtis, sveikatos netolygumai.

3. Konstituciniai sveikatos apsaugos pagrindai yra įtvirtinti Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio pirmojoje dalyje: „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką.“ Lietuvos Respublikos

Konstitucinio Teismo (toliau – Konstitucinis Teismas) doktrinoje pabrėžiama, kad „žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių“ (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 39 straipsnio, Lietuvos Respublikos mokslo ir švietimo ilgalaikio finansavimo įstatymo 1, 2 ir 3 straipsnių, Lietuvos Respublikos biudžeto sandaros įstatymo 18 straipsnio 2 dalies ir Lietuvos Respublikos Seimo statuto 172 straipsnio 1 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 17 straipsnio (2002 m. birželio 4 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, 2011 m. birželio 21 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos azartinių lošimų įstatymo 10 straipsnio (2003 m. lapkričio 25 d. redakcija) 2 dalies (2002 m. birželio 27 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. Aiškindamas konstitucinę nuostatą, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata, Konstitucinis Teismas ne kartą yra konstatavęs, kad „žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, o rūpinimasis žmonių sveikata – tai valstybės funkcija“ (*inter alia* Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 straipsnio 4 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija), 2 straipsnio 1 dalies (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 3 straipsnio 1 dalies 2 punkto (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 4 straipsnio 2 dalies (1998 m. gruodžio 10 d. redakcija), 13 straipsnio (2000 m. liepos 18 d. redakcija), 30 straipsnio 1 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija) bei 44 straipsnio 4 dalies (2002 m. birželio 20 d. redakcija) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. sausio 22 d. nutarimu Nr. 67 „Dėl alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų Alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių 7 bei 9 punktų (2001 m. sausio 22 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 17 straipsnio (2002 m. birželio 4 d. redakcija) 4 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, 2011 m. birželio 21 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos azartinių lošimų įstatymo 10 straipsnio (2003 m. lapkričio 25 d. redakcija) 2 dalies (2002 m. birželio 27 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“, 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir

motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“).

4. Programa parengta remiantis sveikatos sistemos reformų analizės, atliktos įgyvendinant Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos, patvirtintos Europos Komisijos 2007 m. rugsėjo 24 d. sprendimu Nr. K(2007) 4475, su paskutiniais pakeitimais, padarytais Europos Komisijos 2011 m. kovo 4 d. sprendimu Nr. K(2011) 1591, 4 prioritetą „Administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas“, duomenimis.

5. Programa parengta vadovaujantis Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) Europos regiono strateginiu sveikatos politikos dokumentu „Sveikata 2020“ (angl. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for Health and well being*) ir remiantis Europos Sąjungos (toliau – ES) valstybių narių gerąja patirtimi, PSO Europos regiono strateginiame sveikatos politikos dokumente „Sveikata 2020“ išdėstyta vertybinė sistema ir šiais Konstitucinio Teismo doktrinoje pripažįstamais principais: visuotinės aprėpties, visuomenės solidarumo, socialinės darnos, asmenų lygiateisiškumo, visuomenės dalyvavimo priimant sprendimus, diskriminavimo panaikinimo, orumo visuose sveikatinimo veiklos etapuose, sveikatinimo veiklos kokybės ir prieinamumo, sveikatos priežiūros tęstinumo, sveikatos sistemos tvarumo, atsakingo valdymo, skaidrumo ir objektyvumo priimant ir įgyvendinant sprendimus, atsakingo, racionalaus ir efektyvaus išteklių naudojimo, atskaitomybės.

6. Programa, kuria pripažįstamos demokratinei ir pilietinei visuomenei būdingos vertybės, prisideda prie Europos Komisijos komunikato „Europa 2020“ įgyvendinimo, nes sveika visuomenė yra sumanios, tvarios ir įtraukios ekonomikos prielaida.

7. Siekiant Programoje nustatyto strateginio tikslo, būtinas visuotinis Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – Vyriausybė), visų ekonomikos sektorių, bendruomenių ir šeimų sąjūdis šalies gyventojų sveikatos labui. Dauguma šalies gyventojų remia tokio sąjūdžio idėją. Atliekant Lietuvos gyventojų nuomonės reprezentatyvųjį tyrimą (2011 m.) nustatyta, kad 92 procentai šalies gyventojų pritaria teiginiui, kad sveikata turi būti svarbiausias arba vienas iš svarbiausių valstybės rūpesčių, todėl 2014–2025 metai gali ir turi tapti aktyvaus sveikatinimo laikotarpiu.

8. Programos teisinis pagrindas yra Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (toliau – Sveikatos sistemos įstatymas) 46 straipsnis, kuriame nustatyta, kad Lietuvos sveikatos programą Vyriausybės teikimu tvirtina Lietuvos Respublikos Seimas (toliau – Seimas).

9. Programa atitinka Lietuvos Respublikos Konstitucijos, Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, Nacionalinės pažangos programos, Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų, patvirtintų Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencijos, ratifikuotos Lietuvos Respublikos įstatymu „Dėl Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencijos ratifikavimo“, nuostatas.

10. Programa įgyvendina ir Lietuvos Respublikos nacionalinio saugumo pagrindų įstatymo bei Nacionalinio saugumo strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. gegužės 28 d. nutarimu Nr. IX-907 „Dėl Nacionalinio saugumo strategijos patvirtinimo“ (2012 m. birželio 26 d. redakcija), nuostatas ir yra prilyginama ilgalaikiai valstybinei saugumo stiprinimo programai.

11. Šioje programoje vartojamos sąvokos:

11.1. **Elektroninė sveikata** (toliau – e. sveikata) – sveikatos apsaugos, medicinos informatikos ir administracinės veiklos visuma, užtikrinama diegiant informacines ir ryšių technologijas, organizacines veiklos naujoves ir naujus įgūdžius, skirta sveikatinimo (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai teikiant išsamią veiklai reikalingą informaciją apie asmens sveikatą.

11.2. **Išorinės mirties priežastys** – mirtį sukėlę transporto įvykiai, nukritimai, gyvų ir negyvų jėgų mechaninis poveikis, atsitiktiniai paskendimai ir kvėpavimo sutrikimai, elektros srovės, radiacijos ir ekstremalus temperatūrų bei slėgio poveikis, dūmų, gaisro, liepsnos poveikis, sąlytis su karščiu ir karštomis medžiagomis, su nuodingais gyvūnais ir augalais, gamtos jėgų poveikis, atsitiktiniai apsinuodijimai, tyčiniai susižalojimai (savižudybės), pasikėsinimai (nužudymai), įvykiai, kai ketinimas nepatikslintas, teisėtas jėgos panaudojimas ir karinės operacijos, medicinos ir chirurginės pagalbos komplikacijos.

11.3. **Lėtinės neinfekcinės ligos** – ilgos trukmės ir paprastai lėtai progresuojančios ligos, tokios kaip širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, cukrinis diabetas, lėtinės kvėpavimo takų ligos ir psichikos sveikatos sutrikimai.

11.4. **Standartizuotas mirtingumas** – mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų, jeigu Lietuvos gyventojų struktūra pagal amžių būtų tokia, kokia nustatyta Europos standarte.

11.5. Sveikatos technologijos – vaistai, medicinos prietaisai arba medicinos ar chirurginės procedūros, taip pat ligų profilaktikos, diagnostikos arba gydymo priemonės, naudojamos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas.

II SKYRIUS PROGRAMOS TIKSLAI IR UŽDAVINIAI

1 paveikslas. Programos strateginis tikslas, pagrindinis rodiklis, tikslai ir uždaviniai

STRATEGINIS TIKSLAS	Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai			
PAGRINDINIS RODIKLIS	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (iki 2025 m. pasiekti, kad bendrosios vidutinės būsimo gyvenimo trukmės riba būtų 77,5 metų amžius)			
TIKSLAI	1. Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį	2. Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką	3. Formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą	4. Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius
UŽDAVINIAI	1.1. Sumažinti skurdo lygį ir nedarbą	2.1. Kurti saugias darbo ir sveikas buitines sąlygas, didinti prekių ir paslaugų vartotojų saugumą	3.1. Sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako vartojimą, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prieinamumą	4.1. Užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, plėtojant sveikatos technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais
	1.2. Sumažinti socialinę ekonominę gyventojų diferenciaciją šalies ir bendruomenių lygmeniu	2.2. Kurti palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį	3.2. Skatinti sveikos mitybos įpročius	4.2. Plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą
		2.3. Mažinti avaringumą ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičių	3.3. Ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius	4.3. Gerinti motinos ir vaiko sveikatą
		2.4. Mažinti oro, vandens ir dirvožemio užterštumą, triukšmą		4.4. Stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę
				4.5. Plėtoti Lietuvos e. sveikatos sistemą (Lietuvos e. sveikatos sistemos infrastruktūros ir sprendimų plėtra, Lietuvos e. sveikatos sistemos integracija į ES e. sveikatos erdvę)
				4.6. Užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais

12. Programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai.

13. Sveiki žmonės turi geresnes galimybes dirbti ir tobulėti, siekti aukštos gyvenimo kokybės, o susirgę rizikuoja prarasti darbą, patirti socialinę atskirtį, nes dėl prastos sveikatos mažėja darbingumas, atsiranda gydymo ir sveikatos priežiūros išlaidų.

14. Visuomenės sveikatai svarbūs veiksniai yra šalies demografiniai rodikliai, socialiniai ir sveikatos netolygumai, fizinė darbo ir gyvenamoji aplinka, asmens gyvensenos ypatumai, sveikatos priežiūros sistema.

15. Geroji tarptautinė praktika ir Lietuvos patirtis rodo, kad tvarus šalies gyventojų sveikatos lygio pagerėjimas gali būti pasiektas kompleksiskai naudojant visus pagrindinius sveikatinimo veiksnius, todėl Programoje nustatyti šie 4 tikslai:

15.1. sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį;

15.2. sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką;

15.3. formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą;

15.4. užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

16. Įvertinus Lietuvos sveikatos programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ (toliau – Lietuvos sveikatos 1998–2010 metų programa), įgyvendinimo laikotarpio laimėjimus ir nesėkmes, nustatyta, kad 1998–2010 metais buvo užtikrintas sveikatos politikos tęstinumas, įtvirtinti sveikatos sistemos teisiniai pagrindai, pasiekta didelė pažanga pacientų teisių užtikrinimo srityje.

17. Pagrindiniai Lietuvos sveikatos 1998–2010 metų programos laimėjimai:

17.1. pasiektas pagrindinis tikslas – Lietuvos gyventojų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė pailgėjo nuo 71,39 metų amžiaus 1998 m. iki 73,45 metų amžiaus 2010 m.;

17.2. labai pagerėjo nėščiųjų ir naujagimių priežiūra, dėl to kūdikių mirtingumas sumažėjo nuo 9,3 mirusio kūdikio, tenkančio 1 000 gimusių gyvųjų, 1998 m. iki 4,3 mirusio kūdikio, tenkančio 1 000 gimusių gyvųjų, 2010 m.;

17.3. sumažėjo sergamumas tuberkulioze. 1998 m. sergamumas aktyvia tuberkulioze be recidyvų siekė 79,6 sergančiojo 100 tūkst. gyventojų, o 2010 m. – 49,7 sergančiojo 100 tūkst. gyventojų, tačiau tenka pastebėti, kad šis rodiklis išlieka vienas prasčiausių ES;

17.4. sumažėjo išvengiamų mirčių skaičius. Prie to labai prisidėjo priemonės, mažinančios traumų ir nelaimingų atsitikimų skaičių ir ribojančios alkoholinių gėrimų vartojimą. Vienas iš sėkmingų sveikatinimo programų pavyzdžių – Valstybinės saugaus eismo automobilių keliais 2005–2010 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. liepos 8 d. nutarimu Nr. 759 „Dėl Valstybinės saugaus eismo automobilių keliais 2005–2010 metų programos patvirtinimo“, įgyvendinimas 2008–2010 metais. Reikšminga tai, kad įgyvendinant šią programą iniciatyvos ėmėsi Lietuvos Respublikos susisiekimo ministerija, kuri įrodė tarpžinybinio bendradarbiavimo gyventojų sveikatos labui svarbą. Kita vertus, Lietuvos atsilikimas nuo senųjų ES valstybių, tapusių ES valstybėmis narėmis iki 2004 m. (toliau – senosios ES valstybės narės), rodo, kad dar neišnaudotos šios problemos sprendimo galimybės.

18. Pagrindinės Lietuvos sveikatos 1998–2010 metų programos įgyvendinimo nesėkmės:

18.1. sveikatos sektoriui kovojant su visuomenės sveikatos problemomis buvo stokojama darnaus visuomenės vystymosi supratimo ir bendradarbiavimo sprendžiant ekonomikos, socialinės ir kultūrinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimus. Tai atspindi kai kurie gyventojų sveikatos rodikliai, pagal kuriuos gerokai atsiliekame nuo kitų valstybių, pvz., mirtingumas dėl išorinių priežasčių, kurį daugiausia lėmė alkoholio vartojimas. Viena iš pagrindinių Lietuvos visuomenės problemų išliko savižudybės;

18.2. nepavyko sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų masto – šių ligų profilaktikos programa, pradėta vykdyti 2004 m., tik po dešimties metų pradeda duoti rezultatų;

18.3. kai kurios sveikatos priežiūros paslaugos, pvz., odontologijos, sanatorinio gydymo, tapo sunkiau prieinamos mažas pajamas gaunantiems gyventojams, vaikams, neįgaliesiems; suprastėjo burnos sveikatos rodikliai;

18.4. pavėluota visuomenės sveikatos sektoriaus reforma neužtikrino visuomenės sveikatos specialistų lyderystės telkiant kitus sektorius ir žinybas bei piliečius aktyvesnei sveikatos gerinimo veiklai;

18.5. šalyje išliko sveikatos sistemos išteklių – žmogiškųjų, finansinių, materialųjų ir informacinių – racionalaus paskirstymo problema;

18.6. iššūkiu valstybės sveikatos politikai išlieka gyventojų psichikos sveikata ir socialinė atskirtis bei sveikatos netolygumai;

18.7. sveikos gyvensenos įpročių ugdymo priemonės, kurios veikia sveiko gyvenimo trukmę, buvo mažai efektyvios.

19. Nors atskirais metais ar laikotarpiais pasitaikė nesėkmių vienoje ar kitoje visuomenės sveikatos gerinimo srityje, apskritai šalies visuomenės sveikatos lygio rodiklių dinamika kito teigiama linkme. Pagrindinės Lietuvos gyventojų mirčių priežastys ir demografiniai pokyčiai yra būdingi ir naujosioms ES valstybėms narėms, tapusioms ES valstybėmis narėmis nuo 2004 m. iki 2013 m. (toliau – naujosios ES valstybės narės).

20. Trys pagrindinės mirčių priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys – 2012 m. sudarė 85,1 procento visų mirties priežasčių. Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau kaip pusė, t. y. 56,6 procento, nuo piktybinių navikų – 19,5 procento, o dėl išorinių mirties priežasčių – 8,9 procento visų mirusiųjų (1 lentelė).

1 lentelė. 2012 m. mirties priežasčių skaičius, palyginti su bendru mirties atveju skaičiumi

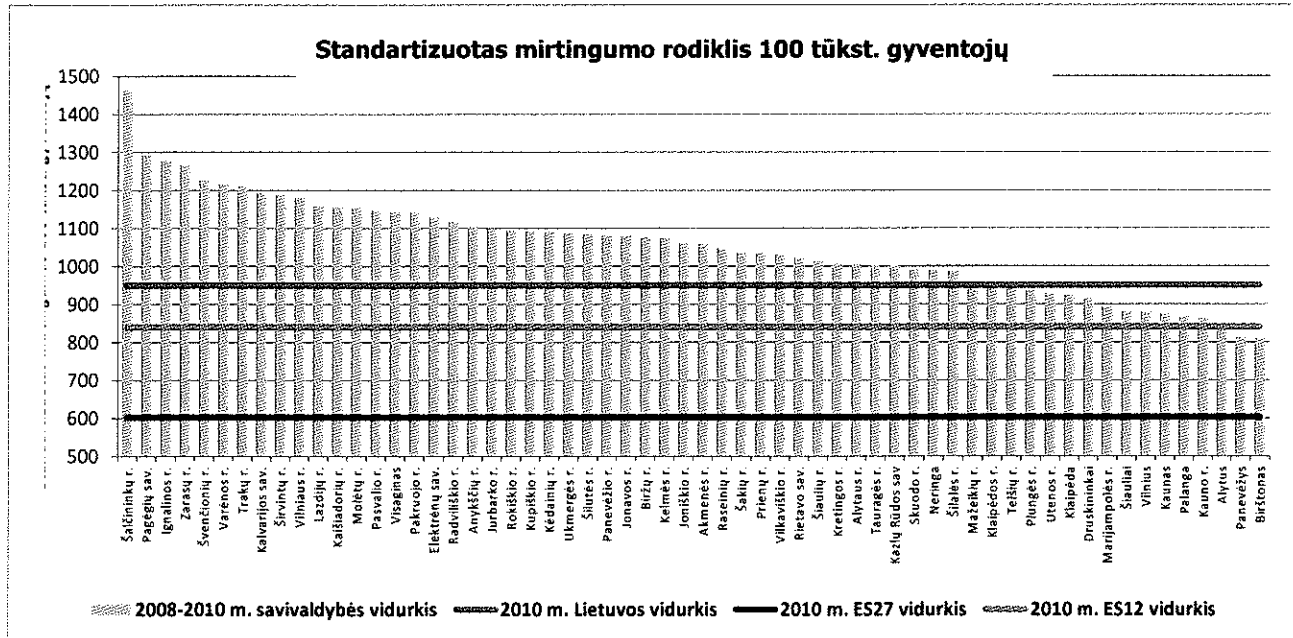
Eil. Nr.	Mirties priežastys	Mirusiųjų dalis, palyginti su bendru mirties atveju skaičiumi, procentais
1.	Kraujotakos sistemos ligos	56,6
2.	Piktybiniai navikai	19,5
3.	Išorinės mirties priežastys	8,9
4.	Virškinimo sistemos ligos	5,0
5.	Kvėpavimo sistemos ligos	3,1
6.	Infekcinės ir parazitinės ligos	1,5
7.	Kitos mirties priežastys	5,4

21. Lietuvoje dėl mažėjančio gimstamumo ir didėjančios emigracijos gyventojų skaičius 1997–2010 metais nuolat mažėjo, o šalies gyventojų struktūra kito senėjimo link – nuo 2001 m. iki 2014 m. vaikų iki 14 metų amžiaus skaičius šalyje sumažėjo 37,4 procento, o vyresnių negu 65 metų amžiaus gyventojų skaičius per tą patį laikotarpį padidėjo 13,8 procento, 2014 m. 17,4 procento visų Lietuvos gyventojų sudarė vyresni kaip 65 metų amžiaus asmenys. Dėl gyventojų populiacijos senėjimo didėjo lėtinių neinfekcinių ligų lyginamasis svoris šalies gyventojų sergamumo ir mirtingumo struktūroje ir atitinkamai didėjo šiems sveikatos sutrikimams gydyti ir ligonių slaugai reikalingų žmogiškųjų ir finansinių išteklių poreikis.

22. Lietuvos savivaldybėse standartizuoti mirtingumo rodikliai 100 tūkst. gyventojų buvo netolygūs. 2010 m. tik trijose savivaldybėse šie rodikliai buvo geresni už naujųjų ES valstybių narių vidurkį, o 2012 m. tik 24 savivaldybių mirtingumo rodikliai buvo mažesni už Lietuvos gyventojų mirtingumo vidurkį.

23. Standartizuotų Lietuvos gyventojų mirtingumo rodiklių netolygumai 100 tūkst. gyventojų Lietuvos savivaldybėse pavaizduoti 2 paveiksle.

2 paveikslas. Standartizuoti mirtingumo rodikliai 100 tūkst. gyventojų Lietuvos savivaldybėse



24. Tyrimų duomenimis, šalyje nemažėja sveikatos būklės skirtumai tarp vyrų ir moterų, miesto ir kaimo gyvenamųjų vietovių gyventojų, skirtingą išsilavinimą turinčių žmonių. Lietuvoje išsilavinę gyventojai gyvena sveikiau ir ilgiau, o žemesnį išsilavinimą turinčių asmenų sveikata yra santykinai prastesnė:

24.1. Lietuvos vyrų gyvenimo trukmė yra beveik 11 metų trumpesnė negu moterų. Šis skirtumas yra gerokai didesnis negu daugumos kitų ES valstybių narių;

24.2. aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys gyvena vidutiniškai 11,3 metų ilgiau negu vidurinį ar žemesnį išsilavinimą turintys asmenys;

24.3. miestuose gyvenančių asmenų vidutinė gyvenimo trukmė yra 3 metais ilgesnė negu kaimo gyvenamosiose vietovėse gyvenančių asmenų;

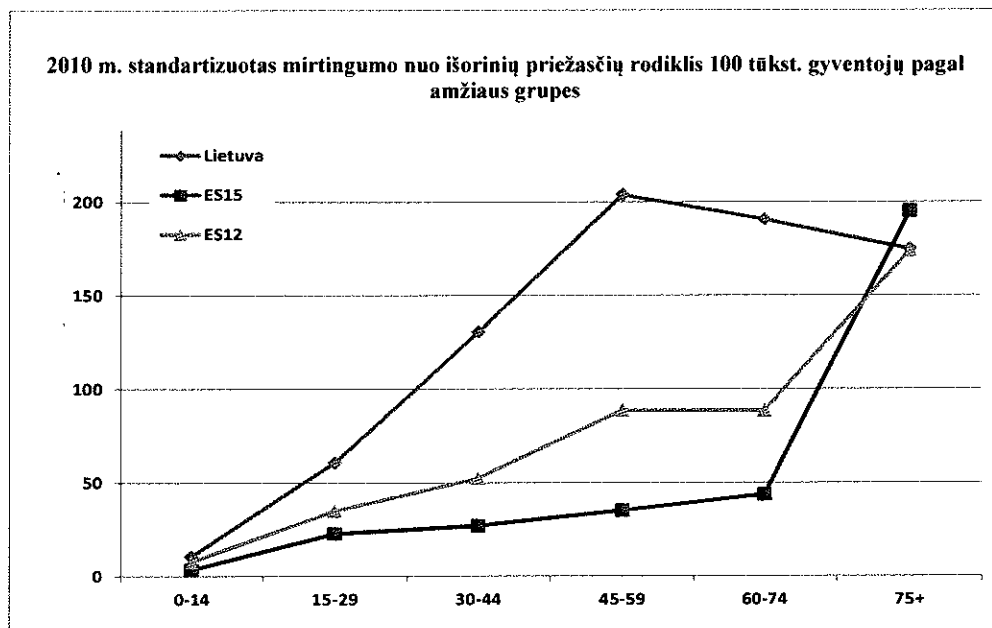
24.4. mažesnes pajamas gaunančios moterys turi vidutiniškai 3,2 karto daugiau sveikatos problemų negu moterys, gaunančios didesnes pajamas. Tarp vyrų šis skirtumas siekia vidutiniškai 2,3 karto.

25. Programos įgyvendinimo sąlygos ir prielaidos: teisinio reguliavimo plėtra, valstybės ir savivaldybių institucijų kompetencijų tiesioginis susiejimas su sveikatinimo tikslais ir materialinių ir finansinių išteklių, reikalingų apibrėžtiems sveikatinimo tikslams pasiekti, gausinimas.

26. Lietuvos gyventojų vidutinės būsimo gyvenimo trukmės ilgėjimas visų pirma yra siejamas su nuosekliu ankstyvųjų (iki 65 metų amžiaus) mirčių skaičiaus mažėjimu, taip pat su sveiko gyvenimo trukmės ilgėjimu, atitolinus ligų atsiradimą ir jų lemiamas mirtis.

27. Lietuvos gyventojų vidutinę būsimo gyvenimo trukmę labiausiai trumpina išorinės mirties priežastys, kurioms, kaip ir daugumai kitų mirties priežasčių, įveikti nepakanka sveikatos sektoriaus pastangų ir veiksnių (3 paveikslas). Lietuvoje standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų nuo išorinių mirties priežasčių darbingo amžiaus žmonių grupėje gerokai didesnis negu senosiose ES valstybėse narėse ir naujosiose ES valstybėse narėse.

3 paveikslas. 2010 m. standartizuotas mirtingumo nuo išorinių priežasčių rodiklis 100 tūkst. gyventojų pagal amžiaus grupes



28. Pagal problemos mastą Lietuvoje, kaip ir kitose ES valstybėse narėse, kraujotakos sistemos ligos lemia didžiausią absoliutų mirčių skaičių. Įgyvendinant Programą ir pasiekus naujųjų ES valstybių narių 2009 m. mirtingumo rodiklių lygį, potencialiai daugiausia gyvybių bus išsaugota dėl kraujotakos sistemos ligų prevencijos ir kontrolės.

29. Norint sėkmingai įgyvendinti Programos tikslus ir uždavinius, būtina siekti, kad sveikatinimo procesas būtų veiksmingesnis ir kad kiti šalies socialinės ekonominės sistemos sektoriai įsipareigotų labiau atsižvelgti į šalies gyventojų sveikatos poreikius.

30. Veiksmingą gyventojų ir ūkio sektorių įtraukimą į visuomenės sveikatos gerinimo veiklą įmanoma pasiekti plėtojant teisinį reguliavimą, valstybės ir savivaldybių institucijų kompetencijas susiejant su sveikatinimo tikslais, gausinant materialinius ir finansinius išteklius.

31. Valstybės ir savivaldybių institucijos, siekdamos efektyvesnio sveikatos sistemos valdymo, turi laikytis įsipareigojimų:

31.1. tobulinti viešąjį valdymą, siekiant didinti viešojo valdymo proceso veiksmingumą ir geriau tenkinti visuomenės poreikius;

31.2. tobulinti viešojo valdymo institucijų darbuotojų kvalifikaciją, ugdyti gebėjimus semtis gerosios patirties, nacionalinėse ir tarptautinėse duomenų bazėse ieškoti informacijos apie sveikatinimo priemones, kurių efektyvumas yra pagrįstas mokslo įrodymais (jeigu informacijos trūksta, užsakyti mokslinius tyrimus), diegti informacines technologijas.

32. Vyriausybė, ministerijos turi siekti, kad bendrosios namų ūkių, verslo ir valstybės investicijos, skiriamos sveikatos priežiūrai, 2014–2025 metais padidėtų. Papildomų investicijų rezultatas – ilgesnis ir sveikesnis Lietuvos žmonių gyvenimas. Savo ruožtu sveikesnis žmonių gyvenimas reiškia produktyvesnį darbą, konkurencingesnį verslą ir stipresnį žmogiškąjį kapitalą. Stiprėjanti šalies gyventojų sveikata, mažesnis mirčių (ypač darbingo amžiaus žmonių) skaičius yra vienas iš esminių atsakų į demografinius ir ekonominius Lietuvos nūdienos iššūkius.

33. Valstybės išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms ir medicinos prekėms yra reikšmingos visose sveikatinimo proceso stadijose: sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos ir gydymo, reabilitacijos. ES valstybių narių patirtis rodo, kad augant ekonomikai bendrosios išlaidos (valstybės ir privačių išlaidų suma) sveikatos priežiūrai didėja sparčiau negu ekonomikos augimas, kurį atspindi bendrasis vidaus produktas (toliau – BVP). Santykinai spartesnis negu BVP sveikatos išlaidų augimo tempas yra paaiškinamas gyventojų senėjimu ir jų poreikių struktūros pokyčiais. Tenka pastebėti, kad Lietuvoje valstybės finansavimo dalis tarp bendrųjų išlaidų sveikatos priežiūrai per 2004–2012 metus nekito ir sudarė 65–72 procentų bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų. Lietuva 2014–2025 metais turėtų užtikrinti BVP ir sveikatos priežiūros išlaidų santykį, būdingą daugumai ES valstybių narių.

34. Bendrosios namų ūkių, verslo ir valstybės investicijos, skiriamos sveikatos priežiūrai 2014–2025 metais, turi padidėti nuosekliai derinant sveikatinimo veiklos finansavimo formas: valstybės finansavimą planuojant atitinkamų metų valstybės biudžetą ir įmokas į Privalomojo sveikatos draudimo fondą, papildomąjį sveikatos draudimą, tiesioginius gyventojų mokėjimus, verslo investicijas į sveikatos priežiūrą.

35. Pirmasis Programos strateginis tikslas – sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį.

36. Šalies socialinės apsaugos sistema užtikrina socialinę rimtį, bet ne visiems Lietuvos gyventojams suteikia pasitikėjimą ateitimi. 2000–2010 metais didėjusi socialinė

diferenciacija lėmė sveikatos rodiklių skirtumo tarp nuolatines dideles pajamas gaunančių gyventojų ir tarp gyventojų, kurių pajamos yra nereguliarios ir mažos, tarp šeimoje gyvenančių ir vienišų žmonių, tarp žmonių, gyvenančių mieste ir kaimo gyvenamosiose vietovėse, didėjimą.

37. Didėjant asmeninėms pajamoms ir keičiantis socialiniam statusui socialinės hierarchijos sistemoje, paprastai gerėja ir asmens sveikata. Tuo tarpu mažas pajamas ir žemą socialinį statusą turintys asmenys patiria ekonominių nepriteklių, turi psichologinių ir socialinio saugumo problemų, mažiau palankias sveikos gyvensenos formavimosi galimybes, ypač tuo atveju, kai šalies socialinės apsaugos sistema negali užtikrinti orių (tinkamų) gyvenimo sąlygų.

38. Vieni iš didžiausių gyventojų sveikatos gerinimo išteklių išlieka skurdo ir kitų socialinės atskirties aspektų mažinimas. Visos šalies mastu skurdo lygis kaimo gyvenamosiose vietovėse 2012 m. buvo gerokai didesnis negu miestuose ir siekė 28,5 procento. Lietuvoje beveik penktadalis asmenų patiria skurdo riziką, materialinių nepriteklių arba gyvena šeimose, kuriose nėra dirbančių asmenų. Tokie asmenys neturi galimybės skirti pakankamai lėšų kokybiškoms gyvenimo sąlygoms sudaryti ir sveikatai gerinti.

39. Nacionalinėje reformų darbotvarkėje nurodoma, kad viena pagrindinių skurdo ir socialinės atskirties mažinimo kryptių – asmenų lygiateisiškumą skatinanti sveikatos priežiūros politika.

40. Sveikatos sistemos įstatymo 4 straipsnyje kaip pagrindinis sveikatinimo veiklos tikslas išskiriamas atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimo nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio, mažinimas ir tai yra integrali Programos nuostata.

41. Saugesnė socialinė aplinka, sveikatos netolygumų ir socialinės atskirties mažinimas yra pagrindinis valstybės ir savivaldybių institucijų, nevyriausybinių organizacijų (toliau – NVO) ir verslo indėlis į sveikatos gerinimą.

42. Užtikrinti įvairių ūkio sektorių veiklą šalies gyventojų sveikatos labui yra būtinas visų lygių šalies valdžios institucijų politinis įsipareigojimas, kuris tarptautiniuose dokumentuose įvardijamas kaip „sveikata visose politikos srityse“ ir „visos Vyriausybės darbas“.

43. Pirmajam Programos tikslui – sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį – pasiekti numatomi šie uždaviniai:

43.1. sumažinti skurdo lygį ir nedarbą;

43.2. sumažinti socialinę ekonominę gyventojų diferenciaciją šalies ir bendruomenių lygmeniu.

44. Socialinės apsaugos sistemos tvarumas, skurdas ir nedarbas, stresas darbe ir buityje turi įtakos tiek lėtinių neinfekcinių ligų, tiek traumų ir savižudybių skaičiaus dinamikai.

45. Tarp ES valstybių narių Lietuvoje yra didžiausias savižudybių skaičius. Europos Sąjungos statistikos tarnybos (toliau – Eurostatas) duomenimis, Lietuvoje mirtingumas dėl savižudybių 100 tūkst. gyventojų 2006 m. siekė 32,1, 2008 m. – 34,7, 2010 m. – 32,9. Šis rodiklis beveik tris kartus didesnis negu ES valstybių narių (2010 m. – 11,7). Lietuvoje dideli ir su smurtu ir prievarta susiję rodikliai – žmogžudysčių ir kitų nusikaltimų skaičius, patyčių tarp vaikų dažnumas.

46. Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad 13 procentų mokyklinio amžiaus mūsų šalies vaikų yra diagnozuota psichikos sveikatos sutrikimų. Tarp mokyklinio amžiaus vaikų labai paplitusios patyčios: apie 60–70 procentų vaikų teigia, kad yra patyrę šį reiškinį ir kaip aukos, ir kaip skriaudėjai.

47. Kaip minėta, Lietuvoje jau daugelį metų dėl savižudybių miršta daugiausia žmonių ES. Būtina visuomenei sutelktai spręsti savižudybių problemą. Tyrimai rodo, kad įgyvendinant savižudybių skaičiui mažinti skirtas priemones – mažinant sveikatos sutrikimų (depresijos, nerimo, potrauminio streso sindromo, elgesio sutrikimų), nulemtų skurdo, socialinės atskirties, nedarbo, atvejų skaičių – galima per trumpą laiką sušvelninti problemos mastą.

48. Saugios vaikystės, pilnametystės ir senatvės klausimus Lietuvoje koordinuoja penkios ministerijos: Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija), Lietuvos Respublikos aplinkos ministerija, Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija. Šios ministerijos pastaraisiais metais užtikrino teigiamus pokyčius atskirose savižudybių profilaktikos srityse: daug investuojama į socialinės paramos plėtrą, pasiekti tarptautinę praktiką atitinkantys rezultatai medikamentinio psichikos ligų gydymo srityje, pasiektas proveržis patyčių mokyklose prevencijos srityje. Kita vertus, nėra lyderio, kompleksiškai sprendžiančio skaudžią savižudybių problemą.

49. Vykdamas savižudybių prevenciją būtina:

49.1. užtikrinti saugią vaikystę. Priemonės psichologiniams konfliktams šeimose švelninti ir fiziniam smurtui prieš šeimos narius užkardyti saugo kūdikių ir vaikų psichikos

sveikatą. Švietimo, socialinės rūpybos specialistų gebėjimas atpažinti galimą smurtą vaiko aplinkoje padeda laiku suteikti vaikui reikalingą pagalbą. Švietimo, socialinės rūpybos sistemos įstaigose ugdomi vaikų socialiniai įgūdžiai sudaro sąlygas visaverčiam vaiko įsitraukimui į visuomenės gyvenimą. Neformalusis vaikų švietimas padeda vaikui įgyti papildomų specialiųjų kompetencijų, užima vaiką ugdomąja veikla ir kartu formuoja vaiko pasaulėžiūrą, vertybių sistemą, ugdo kūrybingumą;

49.2. užtikrinti saugią paauglystę. Mokinių ir mokytojų santykių derinimas ir patyčių mokykloje ir gatvėje kontrolė, psichologinių konfliktų šeimose švelninimas ir fizinio smurto prieš šeimos narius užkardymas saugo paauglių psichikos sveikatą. Profesionalios psichologų ir medikų pagalbos prieinamumas mažina riziką jaunai asmenybei susikaupusias problemas spręsti pasirenkant savižudybę. Tikslinga sukurti veiksmingą pakartotinės socializacijos sistemą nusikaltusiems nepilnamečiams;

49.3. užtikrinti saugią pilnametystę. 2000–2007 metais Lietuvoje pastebėtas žymus savižudybių skaičiaus mažėjimas (beveik 1,5 karto) darbingo amžiaus (45–59 metų) grupėje paaiškinamas ekonomikos augimo nulemtu užimtumo augimu ir nedarbo mažėjimu. Padėties skirtingose šalyse palyginimas rodo, kad gyventojų psichologinę būseną veikia ne tik padėtis darbo rinkoje, bet ir socialinės garantijos netekus darbo. Tose šalyse, kurių socialinės apsaugos sistemos palankios netekusiems darbo asmenims, savižudybių skaičiaus dinamika yra silpniau susieta su nedarbo lygio kitimu negu tose šalyse, kuriose socialinės garantijos netekus darbo yra saikingos. Pavyzdžiui, Lietuvoje 2010 m. bedarbio pašalpas gavo mažiau negu 20 procentų Lietuvos darbo biržoje registruotų bedarbių. Profesionalios psichologų ir medikų pagalbos prieinamumas, sveikatos apsaugos, švietimo ir kultūros sistemų bendradarbiavimas, skatinant pilnamečius asmenis dalyvauti neformaliojo suaugusiųjų švietimo ir tęstinio mokymosi programose, taip pat alkoholio, tabako, narkotikų ir kitų psichotropinių medžiagų vartojimui ir priklausomybei nuo azartinių lošimų mažinti skirtos priemonės yra labai svarbios siekiant saugios pilnametystės. Reikšmingas savižudybių prevencijos elementas yra medikų bendruomenės, bažnyčios, kultūros ir meno žmonių bei visuomenės informavimo priemonių atstovų sutelkta veikla. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje dažniausiai žudosi darbingo amžiaus (45–59 metų) žmonės, būtina daugiau dėmesio skirti saugiai ir sveikai psychosocialinei darbo aplinkai. 2009 m. ES atliktas Europos tyrimas (angl. *European survey of enterprises on new and emerging risks – ESENER*) parodė, kad net 27,9 procento darbuotojų teigia darbe susiduriantys su psychosocialiniais veiksniais, kurie kenkia jų psichikos sveikatai, kad apie 14 procentų

darbuotojų, kurie turi su darbu susijusių sveikatos problemų, nurodo tokius psichikos sveikatos sutrikimus kaip nerimas ir depresija;

49.4. užtikrinti saugią senatvę. Pensinio amžiaus grupės asmenų sveikatos lygį kompleksiskai veikia pensijų sistemos išvystymo lygis, psichologinė ir klinikinė sveikatos priežiūra, galimybė vyresnio amžiaus asmenims ugdyti gebėjimus ir dalyvauti socialiniame gyvenime. Tenka pastebėti, kad senosiose ES valstybėse narėse dažniau žudosi vyresni negu 75 metų amžiaus asmenys. Asmenų nuo 65 metų, dalyvaujančių sveikatingumo programose, skaičiaus didėjimas turi tiesioginę įtaką šių asmenų gyvenimo trukmės ilgėjimui, funkcinio pajėgumo didinimui;

49.5. užtikrinti įvairių sektorių ir švietimo, sveikatos priežiūros, kultūros, socialinės apsaugos įstaigų bendradarbiavimą, stiprinant kūrybines partnerystes, ypač daug dėmesio skiriant visapusiškai sveikos jaunos asmenybės formavimui ir sudarant tam reikiamas sąlygas, taip pat didinant mažai motyvuotų asmenų aktyvumą ir dalyvavimą kultūrinėje veikloje bei visuomeniniame gyvenime, pasitelkiant kultūros įstaigas ir meno kūrėjus.

50. Šeimos, draugų, bendruomenės parama turi teigiamą įtaką sveikatai. Tokie socialinės paramos tinklai, pasitikėjimas visuomene ir aplinkiniais labai padeda spręsti kylančias problemas, pasijusti svarbiu bendruomenės nariu, didina pasitenkinimą gyvenimu, turi įtakos sveikai gyvensenai, padeda apsisaugoti nuo sveikatos problemų ir gali sumažinti išvengiamą mirtingumą.

51. Parengti vaikų psichikos sveikatos strategiją. Būtina psichologinių paslaugų plėtra, ypač ugdymo ir sveikatos priežiūros sistemose.

52. Būtina sumažinti gyventojų socialinę ir ekonominę (pajamų) nelygybę, benamių skaičių, stiprinti bendruomenių solidarumą.

53. Bendruomenių solidarumo lygis turi įtakos tiek lėtinių neinfekcinių ligų, tiek traumų, ypač sveikatos sutrikimų dėl šalčio poveikio, dinamikai, nes šios problemos mastai yra dideli. Lietuvoje kiekvienais metais dėl šalčio poveikio miršta daugiau kaip 300 žmonių, nors Lietuva nėra atšiauraus klimato šalis. Pvz., 2012 m. dėl natūralaus šalčio poveikio mirė 331 asmuo, iš jų 76 procentai – darbingo amžiaus žmonės. Tais pačiais metais dėl transporto įvykių mirė 392 asmenys. Sveikatos sutrikimams ir mirtims dėl transporto įvykių skiriama daug dėmesio, o apie natūralaus šalčio poveikio problemą, kurią Lietuva turi radikaliai ir sparčiai spręsti, kol kas to pasakyti negalima. Būtina mažinti ne tik šios problemos mastą, bet ir kitų socialinės ekonominės gyventojų diferenciacijos šalies ir bendruomenių lygmeniu nulemtų sveikatos sutrikimų atvejų skaičių.

54. Siekiant sumažinti natūralaus šalčio poveikio sukeltų sveikatos sutrikimų ir mirčių skaičių, būtina:

54.1. mažinti alkoholinių gėrimų ir neteisėtą narkotinių bei psichotropinių medžiagų vartojimą;

54.2. bendruomenės nariams ir viešojo sektoriaus pareigūnams skirti daugiau dėmesio benamiams ir koordinaciją praradusiems asmenims;

54.3. plėtoti socialines ir sveikatos priežiūros paslaugas socialiai pažeidžiamiems asmenims, ypač nakvynės namų (laikino apgyvendinimo įstaigų) ir išblaivinimo paslaugas;

54.4. plėtoti priemones, padedančias integruoti iš laisvės atėmimo vietų grįžusius asmenis į visuomenę.

55. Antrasis Programos tikslas – sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką.

56. Antrajam Programos tikslui – sveikatai palankiai fizinei darbo ir gyvenamajai aplinkai sukurti – pasiekti numatomi uždaviniai:

56.1. kurti saugias darbo ir sveikas buitines sąlygas, didinti prekių ir paslaugų vartotojų saugumą;

56.2. kurti palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį;

56.3. mažinti avaringumą ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičių;

56.4. mažinti oro, vandens ir dirvožemio užterštumą, triukšmą.

57. Siekiant kurti saugias darbo ir sveikas buitines sąlygas, užtikrinti prekių ir paslaugų vartotojų saugumą, būtina:

57.1. tobulinti teisės aktus, reglamentuojančius darbuotojų saugos ir sveikatos išsaugojimą, siekiant apsaugoti darbuotojus nuo profesinės rizikos ar tokią riziką sumažinti;

57.2. tobulinti profesinės rizikos įvertinimo, nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų tyrimus;

57.3. užtikrinti profesinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą;

57.4. plėtoti darbuotojų saugos ir sveikatos srities tyrimus, skirtus nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų prevencijai, darbuotojų sveikatos stiprinimui ir sergamumo mažinimui, gerinti traumas dėl nelaimingų atsitikimų darbe patyrusių asmenų registracijos sistemą.

58. Antrasis uždavinys – kurti palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį.

59. Valstybinės traumatizmo profilaktikos programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. gegužės 7 d. nutarimu Nr. 448 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. balandžio 14 d. nutarimo Nr. 423 „Dėl Valstybinės

traumatizmo profilaktikos 2000–2010 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo“, įgyvendinimo 2008–2010 metų patirtis parodė, kad esant politinei valiai ir remdamosi gerąja užsienio šalių patirtimi Lietuvos valstybės institucijos sugebėjo spręsti visuomenės sveikatos stiprinimo uždavinius, susijusius su traumų atvejų skaičiaus mažinimu. 2008–2010 metais nuosekliai vykdant Valstybinę traumatizmo profilaktikos programą (buvo gerinamas gyventojų švietimas, taikomos tikslinės investicijos į efektyviausias avaringumo mažinimo priemones, griežtinama atsakomybė už Kelių eismo taisyklių pažeidimus, skiriamas išskirtinis dėmesys jaunų vairuotojų vairavimo kokybei) buvo pasiekta labai gerų rezultatų: sumažėjo ne tik žuvusiųjų, bet ir sužeistųjų, tapusių neįgaliais asmenų skaičius.

60. Siekiant kurti palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį, būtina:

60.1. užtikrinti gyventojų švietimą ir skatinti naudoti individualias apsaugos priemones;

60.2. didinti plaukimo pamokų skaičių mokiniams;

60.3. tobulinti pirmosios medicinos pagalbos mokymą;

60.4. stiprinti saugos tarnybų darbą masinėse poilsio vietose, gerinti gelbėtojų kvalifikaciją ir jų materialinį aprūpinimą;

60.5. mažinti alkoholinių gėrimų prieinamumą ir vartojimą, stiprinti prekybos alkoholiniais gėrimais taisyklių laikymosi priežiūrą ir kontrolę;

60.6. remti savanorystę, verslo ir NVO pastangas plėtoti saugų laisvalaikį.

61. Siekiant mažinti avaringumą ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičių, būtina:

61.1. plėtoti jau davusias gerų rezultatų priemones ir išplėsti saugos keliuose priemonių arsenalą;

61.2. sumažinti leidžiamą alkoholio koncentraciją kraujyje iki 0 promilių pradedantiesiems vairuotojams, taip pat transporto priemonių, kurių didžiausioji leidžiamoji masė didesnė kaip 3,5 t arba kurios turi daugiau kaip 9 sėdimas vietas, taksi automobilių ir motociklų vairuotojams ir skatinti visuomenę aktyviau pranešti apie pastebėtus pažeidimus.

62. Ketvirtasis uždavinys – mažinti oro, vandens ir dirvožemio užterštumą, triukšmą.

63. Lietuva yra prisijungusi prie atmosferos taršai mažinti skirtų Jungtinių Tautų konvencijų ir įgyvendina ES reikalavimus, skirtus aplinkos sektoriaus oro kokybei reguliuoti. Lietuva laikosi savo įsipareigojimų ir leidžiamų į atmosferą išmesti teršalų kiekio neviršija. Per pastaruosius kelerius metus oro kokybė Lietuvos miestuose buvo tinkama, t. y. per metus užfiksuotas teršalų kiekio viršijimo atvejų skaičius nebuvo didesnis už leidžiamų viršyti dienų skaičių. Nors Lietuva laikėsi savo įsipareigojimų, 2010 m. didžiuosiuose pasaulio miestuose užfiksuota daugiau negu leidžiama kietųjų dalelių KD_{10} paros normos

viršijimo atvejų, padidėjo tikimybė, kad vidutinė metinė benz(a)pireno koncentracija gali viršyti nuo 2012 m. gruodžio 31 d. įsigaliojusią siektiną vertę.

64. Viena iš Lietuvos upių vandens kokybės problemų yra jų užterštumas maisto ir organinėmis medžiagomis, kurį rodo aukšta bendrojo azoto ir bendrojo fosforo kiekio koncentracija vandenyje. Pagrindiniai upių vandens taršos maisto medžiagomis šaltiniai yra žemės ūkio pasklidoji tarša ir miestų nuotekos. Siekiant geros vandens telkinių ekologinės būklės, būtina mažinti upių vandens užterštumą šiomis medžiagomis. Lietuvoje yra gausu požeminio vandens išteklių, tačiau didėjant jų suvartojimui būtina pradėti šiuos išteklius labiau negu iki šiol saugoti ir tausoti. Išlikusi šulinių geriamojo vandens kokybės užtikrinimo problema.

65. Lietuva sėkmingai įgyvendino 2002 m. birželio 25 d. Europos Parlamento ir Komisijos direktyvos 2002/49/EB dėl aplinkos triukšmo įvertinimo ir valdymo (OL 2007 L 189, p. 12) (toliau – Direktyva 2002/49/EB) pirmojo etapo įpareigojimus – Europos Komisija dėl pirmuoju Direktyvos 2002/49/EB įgyvendinimo etapu sudarytų triukšmo strateginių žemėlapių ir triukšmo prevencijos veikslių planų Lietuvai pastabų nėra pateikusi. Praėjus penkeriems metams, 2012 m. pirmuoju Direktyvos 2002/49/EB įgyvendinimo etapu sudaryti triukšmo strateginiai žemėlapiai buvo atnaujinti ir sudaryti nauji aglomeracijų, pagrindinių kelių ir pagrindinių geležinkelių triukšmo strateginiai žemėlapiai. Šių žemėlapių ataskaitos buvo pateiktos Europos Komisijai ir yra vertinama jų kokybė, tačiau aplinkos triukšmas vis dar išlieka rimta problema Lietuvoje:

65.1. didžiuosiuose miestuose pagrindinis aplinkos triukšmo šaltinis yra kelių transportas. Įvertinus 2012 m. Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestų triukšmo strateginių žemėlapių informaciją nustatyta, kad apie 78 tūkst. (apie 14 procentų) Vilniaus miesto gyventojų gyvena pastatuose, kurie yra veikiami dienos, vakaro ir nakties triukšmo rodiklio L_{dvn} ribinį dydį (65 dBA) viršijančio kelių transporto triukšmo, Kauno mieste – apie 80 tūkst. (apie 25 procentus) gyventojų, Klaipėdos mieste – apie 55 tūkst. (apie 34 procentus) gyventojų, Šiaulių mieste – apie 19 tūkst. (apie 16 procentų) gyventojų, Panevėžio mieste – apie 1,2 tūkst. gyventojų;

65.2. nakties triukšmo rodiklio $L_{nakties}$ ribinį dydį (55 dBA) viršijančio kelių transporto triukšmo veikiamuose pastatuose Vilniaus mieste gyvena apie 67 tūkst. (apie 12 procentų) gyventojų, Kauno mieste – apie 103 tūkst. (apie 33 procentus) gyventojų, Klaipėdos mieste – apie 49 tūkst. (apie 30 procentų) gyventojų, Šiaulių mieste – apie 22 tūkst. (apie 18 procentų) gyventojų, Panevėžio mieste – apie 1 tūkst. gyventojų;

65.3. žmonių buitinės veiklos keliamo triukšmo problemos aktualumą patvirtina gyventojų apklausų statistiniai Eurostato duomenys: 2010 m. 14,1 procento Lietuvos gyventojų teigė, kad kenčia dėl kaimynų ar iš gatvės sklindančio triukšmo (oro ar kita aplinkos tarša 2010 m. skundėsi 12,1 procento gyventojų).

66. Siekiant mažinti oro, vandens, dirvožemio užterštumą, būtina:

66.1. mažinti oro, vandens, maisto ar dirvožemio užterštumą, siekiant išvengti susirgimų lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis ir kitų sveikatos sutrikimų;

66.2. mažinti ultravioletinės spinduliuotės poveikį, siekiant išvengti susirgimų odos vėžiu ar nudegimų, pakenkimų imuninei sistemai.

67. Trečiasis Programos tikslas – formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą.

68. Trečiajam Programos tikslui – formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą – pasiekti numatomi uždaviniai:

68.1. sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako vartojimą, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prieinamumą bei azartinių lošimų, kompiuterinių žaidimų ir pan. prieinamumą;

68.2. skatinti sveikos mitybos įpročius;

68.3. ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius;

68.4. skatinti burnos higienos ir profilaktinės burnos sveikatos priežiūros įpročius.

69. Pirmasis uždavinys – sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako vartojimą, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prieinamumą.

70. Nustatyti priežastiniai ryšiai tarp vidutinio suvartoto alkoholio kiekio ir daugiau kaip 60 ligų. Alkoholinių gėrimų vartojimas tiesiogiai susijęs su alkoholine kepenų liga, atsitiktiniu apsinuodijimu, psichikos ir elgesio sutrikimų ir alkoholinės kardiomiopatijos išsivystymu, taip pat yra vienas iš rizikos veiksnių, didinančių tikimybę susirgti lėtinėmis ligomis – širdies kraujagyslių ir kraujotakos sistemos ligomis, kepenų ciroze, onkologinėmis ligomis (ypač virškinamojo trakto ir krūties vėžiu), pneumonija, ūminiu pankreatitu ir kt.

71. Didžioji dalis išorinių priežasčių sukeltų mirčių yra laikomos mirtimis, iš dalies nulemtomis perteklinio alkoholinių gėrimų vartojimo.

72. Alkoholio suvartojimas Europos regione yra didžiausias pasaulio mastu ir labai skiriasi atskirose regiono šalyse – nuo 0,5 l iki 21,0 l žmogui per metus. Mokslinių tyrimų duomenimis, mažinant alkoholinių gėrimų kainas ir plečiant pardavimo vietų tinklą, didėja alkoholinių gėrimų vartojimas ir su tuo susijusių mirčių skaičius.

73. Tyrimai ir statistika rodo, kad alkoholis – trečias pagal svarbą Europoje žalos sveikatai ir pirmalaikės mirties rizikos veiksnys po didelio kraujospūdžio ir rūkymo, dažnai

svarbesnis už didelį cholesterolio kiekį ir antsvorį. Su alkoholiu siejama 3,2 procento visų mirčių (1,8 mln.) ir 4,0 procento dėl negalios prarastų gyvenimo metų (58,3 mln.). Didesnė dalis tenka vyrams negu moterims. Šie rodikliai kur kas didesni kai kuriuose regionuose, pvz., Rytų Europoje alkoholis lemia 16 procentų visų mirčių. Be tiesioginės intoksikacijos ir priklausomybės nuo alkoholio sukeltos žalos, 20–30 procentų stemplės vėžio, kepenų vėžio, cirozės, žmogžudysčių, epilepsijos atvejų, nelaimingų eismo įvykių, nuskendimų taip pat siejama su alkoholiu.

74. 1995 m. priimtas pažangus Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas, tačiau jis iki 2007 m. daug kartų buvo keičiamas vis labiau liberalizuojant alkoholinių gėrimų reklamą, prekybą, gamybą ir kita. Privatizuotas alkoholinių gėrimų gamybos sektorius, sumažinti akcizai alkoholiniams gėrimams, kai kurioms grupėms įvestos mokesčių lengvatos, prasidėjo agresyvi alkoholinių gėrimų reklama ir tarp jaunimo populiarių gėrimų vartojimo skatinimas. Nuo 2007 m. buvo imtasi papildomų paklausos ir pasiūlos mažinimo priemonių: apribota alkoholinių gėrimų reklama, padidintas alkoholinių gėrimų akcizas, apribota naktinė prekyba alkoholiu, sugriežtinta atsakomybė už vairavimą esant neblaiviam, papildomų įgaliojimų kontroliuoti prekybą alkoholiniais gėrimais suteikta savivaldybėms. Dėl šių priemonių 2008–2009 metais alkoholinių gėrimų vartojimo mastas mažėjo, bet ši tendencija nėra tvari.

75. Siekiant mažinti alkoholinių gėrimų vartojimą, alkoholinių gėrimų pasiūlą ir paklausą, būtina:

75.1. užkardyti falsifikuotų alkoholinių gėrimų gamybą ir kontrabandą;

75.2. ugdyti nepalankias visuomenės nuostatas dėl falsifikuotų ir kontrabandinių gėrimų;

75.3. mažinti alkoholinių gėrimų paklausą ir vartojimą, taikant efektyvias, moksliskai pagrįstas PSO rekomenduojamas priemones, apimančias pardavimo vietų, laiko, alkoholinių gėrimų reklamos ribojimą;

75.4. didinti alkoholinių gėrimų akcizą, derinant jį su realiojo darbo užmokesčio ir infliacijos lygio pokyčiais, siekiant, kad alkoholiniai gėrimai taptų prabangos preke;

75.5. didinti amžiaus cenzą pirkti ir vartoti alkoholinius gėrimus iki 20 metų amžiaus;

75.6. griežtinti atsakomybę už prekybos alkoholiniais gėrimais taisyklių, ypač draudimo parduoti alkoholinius gėrimus nepilnamečiams, pažeidimus, numatyti licencijos verstis mažmenine prekyba alkoholiniais gėrimais galiojimo panaikinimą toje prekybos vietoje, kurioje nustatyti pažeidimai, iš karto, nelaukiant pakartotinio pažeidimo;

75.7. organizuoti socialines prevencines kampanijas tikslinėms asmenų grupėms;

75.8. pasitelkiant NVO, informuoti visuomenę apie alkoholio vartojimo žalą sveikatai, plėtojant informavimą ir švietimą sveikos gyvensenos ir sveikatos klausimais;

75.9. diegti ankstyvosios intervencijos programas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje;

75.10. plėtoti psichologinės, medicininės bei socialinės reabilitacijos ir socialinės integracijos paslaugas asmenims, sergantiems priklausomybe nuo alkoholio;

75.11. skatinti visišką nepakantumą vairavimui apsvaigus nuo alkoholio;

75.12. organizuoti pagalbą priklausomų nuo alkoholio asmenų šeimos nariams ir artimiesiems;

75.13. nustatyti ant alkoholinių gėrimų pakuočių vienetų privalomas žymas, rekomenduojančias nėščioms moterims nevirtoti alkoholio.

76. Rūkymas išlieka viena svarbiausių Europos regiono žmonių mirties priežasčių. Tabako gaminių vartojimas turi įtakos mirtingumui nuo lėtinių ligų – širdies kraujagyslių ligų, vėžio, diabeto, lėtinių kvėpavimo takų ligų ir kt.

77. Rūkymas žalingai veikia aplinkinius (pasyvus rūkymas) ir laikomas plaučių vėžio ir kitų lėtinių plaučių ligų rizikos veiksniu, taip pat jis neigiamai veikia vaisiaus vystymąsi nėštumo metu. Su neigiamu tabako poveikiu dažniausiai siejamas cigarečių rūkymas, tačiau tabako kramtymas, kaip ir cigarų, pypkių rūkymas, taip pat pavojingas dėl burnos vėžio rizikos. Svarbu tai, kad metus rūkyti rizika susirgti burnos vėžiu po tam tikro laiko sumažėja ir pasiekia nerūkančio žmogaus lygį.

78. Apie 25 procentus Lietuvos gyventojų rūko. 2010 m. kasdien rūkė vidutiniškai 34,2 procento vyrų ir 15 procentų moterų. Niekada nerūkė 30,4 procento vyrų ir 62,2 procento moterų. Metusių rūkyti vyrų buvo 19 procentų, moterų – 12 procentų. Nuo 2000 m., įsigaliojus tabako gaminių reklamos draudimui, iki 2010 m. rūkančių vyrų dalis sumažėjo 1,5 karto, o rūkančių moterų skaičius, 1997–2001 metais didėjęs, stabilizavosi ir nuo 2002 m. iki 2010 m. beveik nesikeitė. Išsilavinę vyrai ir moterys rūko rečiau. Kaimo gyvenamosiose vietovėse gyvenančios moterys rūko dažniau negu mieste. Dirbančių prirūkytose patalpose aukštąjį išsilavinimą turinčių vyrų ir moterų dalis sumažėjo, o turinčių vidurinį ir žemesnį išsilavinimą – nepasikeitė. Taigi rūkymo paplitimo ir reguliavimo srityje pasiekta nemaža pažanga, tačiau aktuali išlieka paauglių rūkymo problema.

79. PSO atkreipia dėmesį į tai, kad nuolat stiprėja ir agresyvėja tabako rinkodaros ir reklamos, nukreiptos į jaunus žmones, moteris ir žemesnio socialinio ekonominio statuso grupes, priemonės.

80. Siekiant sumažinti tabako gaminių vartojimą, tabako pasiūlą ir paklausą, būtina:

80.1. mažinti tabako gaminių ir jų pakaitalų prieinamumą didinant jų kainas, riboti jų prekybą elektroninių ryšių tinklais;

80.2. plėsti aplinką be tabako dūmų;

80.3. tabako gaminių reguliavimo priemonėmis didinti nepilnamečių apsaugą nuo jų vartojimo;

80.4. diegti ankstyvasias pažintines programas mokyklose, įtraukiant temas apie tabako gaminių vartojimo daromą žalą.

81. Neteisėtas narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas turi įtakos psichikos ir elgesio sutrikimams, apsinuodijimams, užkrečiamųjų ligų ir įgytojo imuninio nepakankamumo sindromo (ŽIV ir AIDS) plitimui, nusikalstamumo, traumų ir savižudybių skaičiaus didėjimui ir su tuo susijusiam mirtingumui.

82. Siekiant sumažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų pasiūlą ir paklausą, būtina:

82.1. mažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų ir jų pirmtakų (prekursorių) pasiūlą stiprinant šių medžiagų apyvartos kontrolę;

82.2. stiprinti sveikos gyvensenos įgūdžių formavimą šeimoje ir mokykloje;

82.3. skatinti narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo prevencijos priemonių plėtrą darbo vietose ir bendruomenėje;

82.4. plėtoti sveikatos priežiūros, socialines, rehabilitacijos ir reintegracijos paslaugas asmenims, turintiems elgesio ir psichikos sutrikimų dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo;

82.5. plėtoti bendradarbiavimą su pilietine visuomene, socialiniais partneriais, nevyriausybinio sektoriumi, organizuojant prevencines priemones ir teikiant reikiamas paslaugas, mažinant neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą;

82.6. stiprinti tarpžinybinį ir tarptautinį bendradarbiavimą ir koordinavimą narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityse.

83. Antrasis uždavinys – skatinti sveikos mitybos įpročius.

84. Šiandien sukaupta pakankamai mokslinių įrodymų, kad nesubalansuota mityba skatina nutukimą, lipidų apykaitos sutrikimus, didina lėtinių neinfekcinių ir kitų ligų riziką ir vis dažniau pripažįstama įprastu šių ligų rizikos veiksniu. Kita vertus, mityba, atitinkanti rekomenduojamas paros maistinių medžiagų ir energijos normas, kaip ir tinkamų bei palankių sveikatai maisto produktų gamyba ir vartojimas, gali padėti išvengti su mityba susijusių lėtinių neinfekcinių ligų.

85. Pastaraisiais dešimtmečiais Europos šalyse atliktų gyventojų mitybos tyrimų duomenys rodo blogėjančią gyventojų mitybos būklę. PSO priimtoje Pasaulinėje strategijoje dėl dietos, fizinio aktyvumo ir sveikatos valstybės narės skatinamos imtis visų priemonių, skatinančių visuomenę sveikai maitintis ir taip mažinti lėtinių neinfekcinių ligų ir jų rizikos veiksnių paplitimą.

86. Lietuvoje, suaugusių gyventojų mitybos tyrimų duomenimis, beveik 18 procentų vyrų ir 20 procentų moterų yra nutukę, o antsvorį turi daugiau kaip 45 procentai vyrų ir daugiau kaip 34 procentai moterų. Nors Lietuvos gyventojų mitybos įpročiai kinta teigiama linkme – vartojama daugiau daržovių, mažiau gyvulinės kilmės riebalų, daugiau aliejaus, suaugusiųjų mityba vis dar nesubalansuota: vartojama per daug riebalų, ypač sočiųjų riebalinių rūgščių, taip pat cholesterolio kiekį kraujyje didinančių produktų, cukraus.

87. Siekiant ugdyti sveikos mitybos įpročius, būtina:

87.1. siekti, kad Lietuvos gyventojų maisto sudėtis atitiktų PSO rekomendacijas;

87.2. didinti Lietuvos gyventojų informuotumą apie sveiką, subalansuotą mitybą, įtraukiant sveikos, subalansuotos mitybos temas į mokymo programas, didinant socialinės reklamos sveikatos tema mastą, ir užtikrinti gyventojams prieigą prie sveikos mitybos pagrindus formuojančios informacijos šaltinių;

87.3. skatinti Lietuvos įmones gaminti ir tiekti vidaus rinkai sveikatai palankų maistą, ypač atsižvelgiant į vaikų ir jaunimo sveikatinimo reikmes. Mažinti druskos, cukraus ir riebalų kiekį maisto produktuose, kur tai įmanoma, informaciją apie maisto produktų sudėtį pateikti aiškiai, suprantamai ir matomoje vietoje;

87.4. palaikyti organizacijas ir projektus, kurie skatina sveikatai palankaus maisto vartojimą, remti savivaldybių dalyvavimą gerinant mitybos kokybę bendruomenėse;

87.5. vykdyti gyventojų mitybos įpročių stebėseną ir reguliariai vertinti antsvorio ir su juo susijusių ligų riziką sveikatai, gyventojų mitybos ir su ja susijusių sveikatos problemų pokyčius;

87.6. integruoti sveikos gyvensenos ugdymą į neformaliojo suaugusiųjų švietimo programas.

88. Trečiasis uždavinys – ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius.

89. Keturios pagrindinės gyvenimo sritys, kuriose žmonės turi galimybę būti fiziškai aktyvūs: darbas (ypač, jeigu jis yra fizinis), susisiekimas (pvz., ėjimas, važiavimas dviračiu), buitinis (pvz., namų ruošia), laisvalaikis (pvz., sportas). Fizinio aktyvumo stoka suprantama kaip labai ribota fizinė veikla ar jokios fizinės veiklos bet kurioje iš išvardytų sričių nebuvimas. Industrializacija, urbanizacija, mechanizuoto transporto vystymasis sumažino

žmonių fizinį aktyvumą (net ir besivystančiose šalyse) taip, kad daugiau negu 60 procentų pasaulio gyventojų yra nepakankamai fiziškai aktyvūs. Nustatyta, kad fizinis aktyvumas sumažina lėtinių neinfekcinių ligų riziką. Įvairi fizinė veikla gali pagerinti kaulų ir raumenų sistemos būklę, padėti kontroliuoti kūno masę, sumažinti depresijos simptomus. Pagal PSO Pasaulio maisto, fizinio aktyvumo ir sveikatos strategijos rekomendacijas užtektų 30 minučių vidutiniškai intensyvios fizinės veiklos kasdien (arba beveik kasdien), kad sumažintume riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis.

90. Lietuvoje visiškai nesportuoja ir nesimankština apie 44 procentus gyventojų (ES valstybių narių vidurkis – 39 procentai). Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimo duomenimis, gyventojų fizinio aktyvumo pakankamai neskatina nei mūsų socialinė aplinka, nei sveikatos priežiūros sektorius. Sveikatos priežiūros specialistai nėra aktyvūs teikdami reikiamas rekomendacijas pacientams. Mankštinimosi paslaugas teikiantis privatus sporto ir sveikatingumo centrų sektorius šalyje plečiasi, tačiau šios paslaugos prieinamos tik didesnes pajamas gaunantiems žmonėms.

91. Lietuvoje trūksta fiziniam aktyvumui palankios aplinkos: sutvarkytų vaikų žaidimų aikštelių, dviračių takų, parkų, žaliųjų zonų, savivaldybių dotuojamų ir vidutinės pajamas turinčioms šeimoms prieinamų santykinai pigių sveikatingumo centrų paslaugų.

92. Gyventojų fizinio aktyvumo mažėjimas yra viena iš pagrindinių nutukimo priežasčių. Nutukimas tampa vis svarbesne sveikatos problema, nes jo paplitimas nuolat didėja ir per pastaruosius du dešimtmečius jis išaugo tris kartus – daugiau negu pusė suaugusių gyventojų daugelyje Europos regiono šalių turi antsvorio, o ketvirtis yra nutukę. Europos kovos su nutukimu chartijoje pažymima, kad antsvoris ir nutukimas sudaro vieną iš rimčiausių XXI amžiaus iššūkių visuomenės sveikatai PSO Europos regione ir tai pasiekė epidemijos lygį dėl kintančios socialinės ir ekonominės aplinkos, sukėlusios gyventojų energijos disbalansą, smarkiai sumažėjus fiziniam aktyvumui ir padidėjus didelės energijos maisto ir energinių gėrimų prieinamumui bei pasikeitus mitybos įpročiams ir gyvenimo būdai. Vien genetinis polinkis, kurį turi tam tikra gyventojų dalis, be tokių socialinių veiksnių pasikeitimo epidemijos nesukeltų.

93. Nutukusiems žmonėms gresia didesnė tikimybė susirgti išemine širdies liga, jų arterinis kraujospūdis dažniau padidėja. Nutukimas yra pagrindinė nuo insulino nepriklausomo cukrinio diabeto priežastis, nutukę žmonės dažniau serga krūties, gimdos gleivinės, storosios žarnos, stemplės ir inkstų vėžiu. Nutukusių žmonių psichikos būklė taip pat būna blogesnė.

94. Siekiant ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius, būtina:

94.1. užtikrinti ikimokyklinio amžiaus vaikų, bendrojo ugdymo ir profesinio mokymo mokinių optimalaus fizinio aktyvumo sąlygas ugdymo įstaigose ir viešosiose erdvėse;

94.2. skatinti darbingo amžiaus žmones mankštintis ir būti fiziškai aktyviems (važinėti dviračiais, vaikščioti parke, važinėti riedučiais, tvarkyti aplinką);

94.3. rengti specializuotus sveikatos stiprinimo projektus pensinio amžiaus žmonių ir neįgaliųjų fiziniam aktyvumui skatinti;

94.4. investuoti į vaikų žaidimų aikštelių, dviračių ir pėsčiųjų takų, parkų, žaliųjų zonų tvarkymą ir plėtrą;

94.5. skatinti gyventojų fizinio aktyvumo optimizavimo programų rengimą ir įgyvendinimą bendruomenės, savivaldybės ir šalies lygmeniu, Lietuvos Respublikos kūno kultūros ir sporto įstatyme numatyti valstybės ir savivaldybių institucijų atsakomybę už gyventojų fizinio aktyvumo sąlygų sudarymą.

95. Ketvirtasis Programos tikslas – užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

96. Ketvirtajam Programos tikslui – užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius – pasiekti numatomi uždaviniai:

96.1. užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, plėtojant sveikatos priežiūros technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais;

96.2. plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą;

96.3. gerinti motinos ir vaiko sveikatą;

96.4. stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę;

96.5. plėtoti Lietuvos e. sveikatos sistemą (Lietuvos e. sveikatos sistemos infrastruktūros ir sprendimų plėtra, Lietuvos e. sveikatos sistemos integracija į ES e. sveikatos erdvę);

96.6. užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais.

97. Pirmasis uždavinys – užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, plėtojant sveikatos priežiūros technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais.

98. Sveikata turi būti vertinama kaip svarbus šalies ekonomikos augimo veiksnys, todėl įgyvendinant principą „Sveikata visose politikos srityse“ reikia siekti glaudesnio tarpžinybinio bendradarbiavimo sprendžiant visuomenės sveikatos klausimus.

99. Siekiant pusiausvyros tarp inovacijų ir solidarumo užtikrinimo sveikatos sistemoje, būtina skatinti sveikatos technologijų vertinimą ir gerinti sveikatos sistemos efektyvumą.

100. Reikia plėtoti itin efektyvias sveikatos technologijas, kurių efektyvumas yra įrodytas, ir siaurinti mažiau efektyvių sveikatos technologijų taikymą, ribojant jų kompensavimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ar valstybės biudžeto lėšų.

101. Siekiant užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, būtina:

101.1. įgyvendinti principą „Sveikata visose politikos srityse“, skatinti tarpžinybinį ir valstybės institucijų bei NVO kompleksinį bendradarbiavimą, ypač didinti socialinės, kultūrinės ir sveikatos sričių sanglaudą, panaudojant kultūros ir meno sričių potencialą, skatinti veiklas, kurios prisideda prie teigiamo poveikio žmogaus psichikos bei fizinei sveikatai ir socialinės gerovės stiprinimo;

101.2. didinti valdžios sektoriaus išlaidų dalį tarp visų išlaidų sveikatos priežiūrai;

101.3. didinti investicijas į sveikatos priežiūros sektorių; didinti sveikatingumo programų, kurias įgyvendina NVO, skaičių, taip pat pritraukti ES struktūrinių fondų lėšas šioms programoms finansuoti;

101.4. diegti įrodymais pagrįstas sveikatos technologijas, modernizuojant medicinos prietaisus, teikiant valstybės paramą sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimui:

101.4.1. atspindėti sąnaudas rengiant viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kainodarą ir biudžetinių įstaigų finansavimo normatyvus;

101.4.2. plėtoti sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias šiuolaikinius medicinos mokslo teorijos ir praktikos laimėjimus;

101.4.3. teikti pagalbą rengiant ir diegiant į sveikatos priežiūros praktiką sveikatos technologijų vertinimo rezultatais pagrįstas metodikas ir klinikinius protokolus;

101.4.4. taikyti sveikatos technologijų vertinimo išvadas atnaujinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų vaistų ir paslaugų sąrašus, nustatant valstybės investicijų prioritetus;

101.4.5. savanoriškai arba privalomai akredituoti taikomas sveikatos technologijas ir jas naudojančias įstaigas, viešinti akreditavimo informaciją;

101.4.6. įsteigti sveikatos technologijų vertinimo centrą pasaulinių sveikatos technologijų vertinimo centrų tyrimų duomenims kaupti ir skleisti bei jiems pritaikyti Lietuvos sveikatos priežiūros sąlygomis. Siekiant, kad sveikatos technologijų vertinimo centras būtų nepriklausomas nuo vyraujančios klinikinės ir akademinės praktikos, jis turėtų

būti savarankiškas arba įtrauktas į institucijos, kurios pagrindinės funkcijos nėra mokymas ir klinikinė praktika, sudėtį;

101.4.7. didinti sveikatos statistikos duomenų patikimumą;

101.5. patvirtinti ir įdiegti šalies mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, reguliariai atlikti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu;

101.6. įdiegti farmacinę rūpybą ir stiprinti visuomenės vaistinės vaidmenį nacionalinėje sveikatos sistemoje.

102. Sveikatos sistemos tvarumui ir kokybei užtikrinti reikia suformuoti sveikatos priežiūros specialistų rengimo nacionalinei sveikatos sistemai valstybės užsakymą ir užtikrinti tinkamą jų pasiskirstymą savivaldybėse.

103. Antrasis uždavinys – plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugą, prieinamumą ir į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą.

104. Efektyvių ir inovatyvių viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo infrastruktūros modelių diegimas ir plėtojimas įgyvendinant kompleksines programas, skirtas priešlaikiniam mirtingumui ir neįgalumui nuo lėtinių neinfekcinių ligų ir išorinių priežasčių, lemiančių didžiausius sveikatos skirtumus tarp atskirų gyventojų grupių ir teritorijų, mažinti.

105. Siekiant mažinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo skirtumus šalyje, sudaryti galimybes gauti paslaugas arčiau gyvenamosios vietos, reikia gerinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, stiprinti specializuotą ambulatorinę pagalbą, reabilitaciją ir skubią pagalbą.

106. Numatoma pradėti centralizuotai teikti sveikatos priežiūros paslaugas, kurioms teikti reikia sudėtingos technologinės įrangos ir siauros specializacijos aukštos kvalifikacijos specialistų. Kita vertus, numatoma decentralizuotai teikti sveikatos priežiūros paslaugas, kurioms teikti nereikia sudėtingos technologinės įrangos, ir tokias paslaugas teikti sveikatos priežiūros įstaigose arčiau paciento gyvenamosios vietos. Taip pat numatoma plėtoti slaugos paslaugas savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose, integruoti slaugos ir socialinės globos paslaugas pagal pacientų poreikius.

107. Nors dabartiniams Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti šiuo metu gydytojų pakanka, gydytojai šalyje yra pasiskirstę labai netolygiai:

107.1. miestuose dirba didžioji visų gydytojų dalis – daugiau kaip 71 procentas, o rajonuose suteikiama 60 procentų visų rajonų gyventojams reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų;

107.2. sveikatos priežiūros specialistų bendruomenė sparčiai sensta – vidutinis kai kurių profesinių kvalifikacijų gydytojų amžius 2010 m. svyravo nuo 49,6 metų (šeimos gydytojų) iki 56,2 metų (vidaus ligų gydytojų). Vidutinis slaugytojų amžius tais pačiais metais siekė 45,3 metų, akušerių – 47,7 metų;

107.3. dalis asmenų, turinčių teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas, verčiasi kita nei sveikatos priežiūros veikla – iki 7 procentų asmenų, įgijusių gydytojo kvalifikaciją, neteikia sveikatos priežiūros paslaugų.

108. Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms trūksta finansinių išteklių sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, šiose įstaigose nepakankamai veiksminga vadyba, kai kuriose iš jų trūksta sveikatos priežiūros specialistų ir įrangos. Nepakankamai tolygiai išplėtotas pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklas. Šie veiksniai santykinai ilgina pacientų, norinčių gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, laukimą eilėse.

109. Siekiant didinti sveikatos infrastruktūros plėtrą, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir gerinti pacientų saugą, būtina:

109.1. gerinti pirminės sveikatos priežiūros organizavimą, užtikrinant tolygų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymą savivaldybėse, glaudų pirminės sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros specialistais, socialinės apsaugos ir švietimo, kultūros sektorių darbuotojais ir meno kūrėjais, NVO, vietos bendruomenėmis;

109.2. skatinti skirtingo lygmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą, užtikrinant efektyvų viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir pacientų srautų valdymą. Tai leistų efektyviau panaudoti žmogiškuosius išteklius, užtikrinti tolygesnį ir racionalią įrangos ir laboratorijų panaudojimą, sudarant galimybes rajonų gyventojams gauti platesnio spektro ir aukštesnio lygio medicinos pagalbą;

109.3. didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, plėtojant odontologijos, medicininės reabilitacijos ir sveikatos grąžinimo paslaugas mažas pajamas turintiems ar jų neturintiems asmenims, psichosocialinės pagalbos paslaugas sergantiems onkologinėmis ligomis, priklausomybės ligų diagnostikos ir prevencijos paslaugas „žemo slenksčio“ kabinetuose ir kt.;

109.4. didinti tuberkuliozės diagnostikos ir gydymo efektyvumą, siekiant mažinti Lietuvos gyventojų sergamumą ir mirštamumą nuo tuberkuliozės bei prisidėti prie socialinės nelygybės tam tikrose visuomenės grupėse mažinimo;

109.5. didinti pacientų saugą, užtikrinant hospitalinių infekcijų prevenciją, kontroliuojant ligoninių patalpų oro kokybę ir medicinos prietaisų naudojimo, sterilizavimo ir švaros tinkamumą, diegti nepageidaujamų įvykių stebėsenos sistemą, tobulinti farmakologinio budrumo sistemą, siekiant efektyviau stebėti nepageidaujamas vaistų reakcijas;

109.6. didinti lytiškai plintančių infekcijų diagnostikos ir gydymo efektyvumą, ypač atkreipiant dėmesį į jaunimą ir paauglius.

110. Trečiasis uždavinys – įgyvendinti sveikatos sistemos prioritetą – gerinti motinos ir vaiko sveikatą.

111. Gerinti motinos ir vaiko sveikatą – svarbiausias valstybės ir sveikatos sistemos uždavinys. Tyrimais įrodyta, kad gera vaiko sveikata lemia gerą asmens sveikatą vėlesniais gyvenimo tarpsniais.

112. Siekiant gerinti motinos ir vaiko sveikatą, būtina:

112.1. teikti aukštos kokybės, prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas motinos ir vaiko sveikatai saugoti ir gerinti;

112.2. aprūpinti kūdikius ir vaikus sveikatai saugiu geriamuoju vandeniu, užtikrinti tinkamas sanitarines sąlygas namuose, vaikų socialinės globos įstaigose, vaikų priežiūros centruose, ugdymo ir gydymo įstaigose;

112.3. užtikrinti vaikams saugią ir sveiką gyvenamąją aplinką bei saugią ir sveiką aplinką darželiuose, mokyklose ir viešosiose erdvėse;

112.4. įgyvendinti PSO Europos sveikos mitybos politikos veiksmų plano rekomendacijas;

112.5. skatinti tarpžinybinį bendradarbiavimą, siekiant sumažinti triukšmo, elektromagnetinių prietaisų, transporto, užteršto oro poveikį kūdikių ir vaikų sveikatai namuose, vaikų socialinės globos įstaigose, vaikų priežiūros centruose, darželiuose, mokyklose ir gydymo įstaigose;

112.6. plėtoti imunoprofilaktikos priemones, išplėsti vaikų skiepijimą valstybės lėšomis.

113. Ketvirtasis uždavinys – stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę.

114. Lėtinės neinfekcinės ligos XXI amžiuje tapo visuotine sveikatos problema, keliančia vis didesnius iššūkius kiekvienai šaliai, nepriklausomai nuo jos socialinio ekonominio išsivystymo.

115. Pagrindinės lėtinių neinfekcinių ligų priežastys susijusios su žmogaus elgesiu, taigi jų galima išvengti. Pagrindiniai rizikos veiksniai, turintys didžiausią įtaką sergamumui ir mirtingumui pasauliniu mastu, yra šie: didelis kraujospūdis, rūkymas, padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje, fizinio aktyvumo stoka, antsvoris ir nutukimas, padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, nesaugus lytinis elgesys, piktnaudžiavimas alkoholiu. Kovoiant su šiais rizikos veiksniais efektyviausios yra visuomenės sveikatos strategijos, kuriomis siekiama pakeisti socialines normas skatinant sveiką gyvenseną, sveiką elgesį ir mažinant rizikos veiksnių paplitimą ir jų poveikį. Joms įgyvendinti reikalingi atitinkami teisės aktai, mokesčiai, finansinės iniciatyvos, sveikatos stiprinimo kampanijos. Tačiau, nors potencialūs pokyčiai ir laimėjimai yra ryškūs, iššūkiai, su kuriais susiduriama to siekiant, yra ne mažiau sudėtingi.

116. Siekiant stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę, būtina:

116.1. sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

116.2. sumažinti piktybinių navikų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

116.3. sumažinti diabeto lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

116.4. sumažinti lėtinių plaučių ligų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

116.5. sumažinti psichikos ligų ir savižudybių lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

116.6. pagerinti atrankinės patikros programų organizavimą.

117. Penktasis uždavinys – plėtoti Lietuvos e. sveikatos sistemą (Lietuvos e. sveikatos sistemos infrastruktūros ir sprendimų plėtra, Lietuvos e. sveikatos sistemos integracija į ES e. sveikatos erdvę):

117.1. suteikti galimybę sveikatinimo veiklą vykdančioms specialistams turėti prieigą prie informacijos apie pacientą ir jo sveikatos būklę reikiamoje vietoje ir reikiamu metu;

117.2. suteikti galimybę gyventojams naudotis elektroninėmis sveikatos paslaugomis ir sprendimais;

117.3. suteikti galimybę sveikatos sistemos valdymo subjektams priimti efektyvius politiką formuojančius sprendimus.

118. Šeštasis uždavinys – užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais.

119. Sveikatos priežiūra krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais organizuojama ir vykdoma vadovaujantis Lietuvos Respublikos įstatymais ir kitais teisės aktais. Šioje srityje

labai svarbus Sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos Respublikos krašto apsaugos ministerijos bei kitų institucijų bendradarbiavimas.

120. Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais, būtina:

120.1. tobulinti šios srities teisės aktus, atsižvelgiant į ES ir Šiaurės Atlanto Sutarties Organizacijos (NATO) gaires;

120.2. nuosekliai įgyvendinti Lietuvoje tarptautinio pasirengimo ir pagalbos teikimo standarto „Medicinos pagalba masinės nelaimės atveju“ (angl. *Major Incident Medical Management and Support – MIMMS*) nuostatas;

120.3. parengti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigas veikti krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais, taip pat karinių operacijų metu ir vykdant priimančiosios šalies funkcijas;

120.4. nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos institucijų arba jų padalinių, žmogiškųjų ir materialinių išteklių panaudojimo, valdymo, sąveikos su kariniais vienetais būdus, užtikrinant medicininę paramą Lietuvos kariuomenės vykdomų karinių operacijų Lietuvoje metu.

III SKYRIUS

PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO VERTINIMO RODIKLIAI IR JŲ REIKŠMĖS

121. Programos įgyvendinimo vertinimo rodikliai ir jų reikšmės pateikiami Programos priede.

122. Programos įgyvendinimo stebėsenai ir vertinimui bus naudojami oficialūs Lietuvos statistikos departamento, Higienos instituto, Eurostato, PSO viešai skelbiami duomenys. Taip pat gali būti naudojami sociologinių apklausų ir tyrimų duomenys.

IV SKYRIUS

PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS

123. Sveikatos sistemos įstatyme Lietuvos sveikatos programa nurodyta kaip sveikatinimo veiklos planavimo pagrindas Seimo lygmeniu. Seimas siekia, kad atitinkamų metų valstybės biudžeto planavimas, grindžiamas kasmetiniu valstybės, socialinio draudimo ir sveikatos draudimo biudžetų tvirtinimu, atspindėtų gyventojų sveikatos stiprinimo ir gyvenimo trukmės ilginimo poreikius.

124. Programos įgyvendinimą koordinuoja Sveikatos apsaugos ministerija.

125. Programa įgyvendinama per Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros strategiją 2014–2020 metams, taip pat Nacionalinę pažangos programą ir tarpinstitucinį veiklos planą „Sveikata visiems“, Užimtumo didinimo 2014–2020 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. rugsėjo 25 d. nutarimu Nr. 878 „Dėl Užimtumo didinimo 2014–2020 metų programos patvirtinimo“, Valstybinę saugaus eismo plėtros 2011–2017 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. kovo 2 d. nutarimu Nr. 257 „Dėl Valstybinės saugaus eismo plėtros 2011–2017 metų programos patvirtinimo“, Valstybinę aplinkos monitoringo 2011–2017 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. kovo 2 d. nutarimu Nr. 315 „Dėl Valstybinės aplinkos monitoringo 2011–2017 metų programos patvirtinimo“, Nacionalinę klimato kaitos valdymo politikos strategiją, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. lapkričio 6 d. nutarimu Nr. XI-2375 „Dėl Nacionalinės klimato kaitos valdymo politikos strategijos patvirtinimo“, Nacionalinę narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 2010 m. lapkričio 4 d. nutarimu Nr. XI-1078 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos patvirtinimo“, ir Alkoholio ir tabako kontrolės programą (tarpinstitucinį veiklos planą), patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. rugsėjo 14 d. nutarimu Nr. 1080 „Dėl Alkoholio ir tabako kontrolės programos (tarpinstitucinio veiklos plano) patvirtinimo“, ir kitus strateginio planavimo dokumentus, prisidedančius prie kompleksinės aplinkos gerai visuomenės sveikatai užtikrinti sukūrimo.

126. Įgyvendinant Programą pagal savo kompetenciją dalyvauja ministerijos, institucijos ir įstaigos prie Vyriausybės, savivaldybės, verslo įmonės, NVO ir bendruomenės, taip pat įtraukiami šalies gyventojai, kurie skatinami rūpintis savo, savo vaikų ir tėvų sveikata.

127. Programa įgyvendinama iš atitinkamų metų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimų, savivaldybių biudžetų lėšų, Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, ES ir kitos tarptautinės finansinės paramos lėšų bei kitų teisėtai gautų lėšų.

128. Programos įgyvendinimas bus vertinamas kiekvienais metais atliekant vertinimo rodiklių reikšmių pasiekimo stebėseną, taip pat 2020 m. atliekant tarpinį, o 2025 m. – galutinį Programos vertinimą.

129. Sveikatos apsaugos ministerija informaciją apie Programos įgyvendinimą kiekvienais metais teikia Vyriausybei savo metinėje veiklos ataskaitoje, o metines

Programos įgyvendinimo ataskaitas, taip pat tarpinę ir galutinę Programos įgyvendinimo vertinimo ataskaitas Vyriausybė teikia Seimui.

130. Tarpinė ir galutinė Programos įgyvendinimo vertinimo ataskaitos skelbiamos viešai.

**LIETUVOS SVEIKATOS 2014–2025 METŲ PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO
VERTINIMO RODIKLIAI IR JŲ REIKŠMĖS**

Tikslo Nr.	Tikslai	Vertinimo rodiklis, matavimo vienetas, duomenų šaltinis	Būklė (metai)	Vertinimo rodiklio reikšmė 2020 m.	Vertinimo rodiklio reikšmė 2025 m.
Pagrindinis (strateginis) tikslas	Pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai	1. Lietuvos gyventojų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė, LSD	73,98 metų (2012 m.)	75,8 metų	77,5 metų
		2. Vidutinės būsimo gyvenimo trukmės skirtumo tarp vyrų ir moterų mažinimas, ilgejant vyrų vidutinei būsimo gyvenimo trukmei (metais), LSD	11,06 metų (2012 m.)	9,5 metų	8 metai
1.	Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį	1. Mirtingumas dėl savižudybių 100 tūkst. gyventojų, Eurostatas	31,03 (2012 m.)	19,5	12,0
		2. Skurdo riziką ar socialinę atskirtį patiriančių asmenų dalis, procentais, Eurostatas	32,5 (2012 m.)	Sumažinti 15 procentų nuo 2012 m. lygio	Pasiekti ES valstybių narių vidurkį
		3. Asmenų, gyvenančių namų ūkiuose, susiduriančiuose su ekonominiais sunkumais, dalis (negali sau leisti bent kas antrą dieną valgyti)	23 (2012 m.)	Sumažinti 15 procentų nuo 2012 m. lygio	Sumažinti 10 procentų nuo 2020 m. lygio

Tikslo Nr.	Tikslai	Vertinimo rodiklis, matavimo vienetas, duomenų šaltinis	Būklė (metai)	Vertinimo rodiklio reikšmė 2020 m.	Vertinimo rodiklio reikšmė 2025 m.
		mėsos, žuvies ar analogiško vegetariško maisto), LSD			
2.	Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką	1. Šiltnamio efektą sukeliančių dujų kiekis (CO ₂ ekvivalentas), tūkst. tonų, Eurostatas	21 622	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
		2. Gyventojų, teigiančių, kad jie kenčia nuo triukšmo, dalis (procentais), Eurostatas	13,3 (2012 m.)	Sumažinti 5 procentais nuo 2012 m. lygio	Sumažinti 5 procentais nuo 2020 m. lygio
		3. Mirtingumas dėl išorinių priežasčių 100 tūkst. gyventojų, HI	122,47 (2012 m.)	77,3	51,7
3.	Formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą	1. Legalaus alkoholio suvartojimas vienam gyventojui per metus, litrais absoliutaus alkoholio, LSD	13,0 (2012 m.)	9,5	8,5
		2. Tabako suvartojimas vienam gyventojui per metus, cigarečių skaičius, LSD, Tyrimas	907 (2012 m.)	Sumažinti tabako suvartojimą 3 procentais nuo 2012 m. lygio	Sumažinti tabako suvartojimą 3 procentais nuo 2020 m. lygio
		3. Mirčių dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo skaičius (abs. sk.), HI, LSD	95 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
		4. Nutukusių vyrų dalis tarp Lietuvos 20–64 metų amžiaus vyrų, procentais, Tyrimas	18 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą

Tikslo Nr.	Tikslai	Vertinimo rodiklis, matavimo vienetas, duomenų šaltinis	Būklė (metai)	Vertinimo rodiklio reikšmė 2020 m.	Vertinimo rodiklio reikšmė 2025 m.
		5. Nutukusių moterų dalis tarp Lietuvos 20–64 metų amžiaus moterų, procentais, Tyrimas	19 (2012 m.)	Stabilizuoti augimą	Stabilizuoti augimą
4.	Užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius	1. Kūdikių mirtingumas 1 000 gyvų gimusių kūdikių Lietuvoje, HI	3,9 (2012 m.)	Pasiekti ES valstybių narių vidurkį	Pasiekti ES valstybių narių vidurkį
		2. Šeimos gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų, HI	6,4 (2012 m.)	7,0	7,54
		3. Slaugytojų (įskaitant akušerius), tenkančių vienam gydytojui, skaičius, HI	1,75 (2012 m.)	2,0	Pasiekti ES valstybių narių vidurkį
		4. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų, HI	451,1 (2012 m.)	368,7	310,4
		5. Mirtingumas nuo piktybinių navikų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų, HI	182,1 (2012 m.)	172,8	165,5
		6. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, procentais nuo BVP, LSD	6,7 (2012 m.)	7,5	8,0
		7. Valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais, LSD	65,3 (2011 m.)	75	78

Tikslo Nr.	Tikslai	Vertinimo rodiklis, matavimo vienetas, duomenų šaltinis	Būklė (metai)	Vertinimo rodiklio reikšmė 2020 m.	Vertinimo rodiklio reikšmė 2025 m.
		8. Išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis tarp einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų, procentais, LSD	1,1 (2012 m.)	2,0	3,0

Sutrumpinimai:

- BVP – bendrasis vidaus produktas;
- „Europa 2020“ – Europos Komisijos 2010 m. kovo 3 d. komunikatas „Europa 2020. Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija“;
- Eurostatas – Europos Sąjungos statistikos tarnyba;
- HI – Higienos institutas;
- LSD – Lietuvos statistikos departamentas;
- SVEIDRA – Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema;
- Tyrimas – Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas.