

**LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMAS**

**NUTARIMAS**

**DĖL LIETUVOS SVEIKATOS 2014–2023 METŲ PROGRAMOS PATVIRTINIMO**

2013 m.

d. Nr.

Vilnius

Lietuvos Respublikos Seimas **n u t a r i a :**

**1 straipsnis.**

Patvirtinti Lietuvos sveikatos 2014–2023 metų programą (pridedama).

Seimo Pirmininkas

PATVIRTINTA  
Lietuvos Respublikos Seimo  
2013 m. d.  
nutarimu Nr.

## LIETUVOS SVEIKATOS 2014–2023 METŲ PROGRAMA

### I. ĮŽANGA

1. Lietuvos sveikatos 2014–2023 metų programa (toliau – Programa) nustato sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius, siekiamus sveikatos lygio rodiklius, kurie būtini siekiant įgyvendinti Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015 (Žin., 2012, Nr. [61-3050](#)), 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos (toliau – Nacionalinė pažangos programa), patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 (Žin., 2012, Nr. [144-7430](#)), nuostatas bei Nacionalinės reformų darbotvarkės „Lietuva: 2013 Nacionalinė reformų darbotvarkė“, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. balandžio 27 d. nutarimu Nr. 491 (Žin., 2011, Nr. [54-2596](#)) nustatytus nacionalinius tikslus.

2. Sveikata yra žmogaus vertybė ir gyvenimo pagrindas, kuris turi būti pakankamai tvirtas, kad sėkmingai spręstume kasdienio gyvenimo klausimus, įveiktume naujus socialinius ir ekonominius iššūkius. 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 „Europa 2020. 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, ekonominio šalies augimo ir konkurencingumo, mažėtų socialinė atskirtis, sveikatos netolygumai.

3. Konstituciniai sveikatos apsaugos pagrindai yra įtvirtinti Konstitucijos 53 straipsnio 1 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 doktrinoje pabrėžiama, kad „Žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių“ (*inter alia* Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d. nutarimas (Žin., 2002, Nr. [72-3080](#)), 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas (Žin., 2005, Nr. [117-4239](#)), 2011 m. birželio 21 d. nutarimas (Žin., 2011, Nr. [76-3672](#)), 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas (Žin., 2013, Nr. [52-2604](#)). Aiškindamas

konstitucinę nuostatą, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata, Lietuvos Respublikos 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* Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas (Žin., 2004, Nr. [15-465](#)), 2005 m. rugsėjo 29 d. nutarimas, 2011 m. birželio 21 d. nutarimas, 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas).

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 prioriteta „Administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas“, duomenimis.

5. Programa remiasi Europos Sąjungos (toliau – ES) šalių teigiama patirtimi ir Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) Europos regiono sveikatos politikos „Sveikata 2020“ vertybine sistema bei 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, pripažindama demokratinei ir pilietinei visuomenei būdingas vertybes, prisideda prie Europos Komisijos komunikato „Europa 2020“ gyvendinimo, kadangi sveika visuomenė yra sumanios, tvarios ir įtraukiančios ekonomikos prielaida. Programa vadovaujasi PSO Europos regiono strateginiu politikos dokumentu „Sveikata 2020“ (*angl. “Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for Health and well being”*).

7. Siekiant Programoje nustatyto strateginio tikslo, būtinas visuotinis Vyriausybės, visų ekonomikos sektorių, bendruomenių ir šeimų sąjūdis šalies gyventojų sveikatos labui. Dauguma šalies gyventojų tokio sąjūdžio idėją remia. Lietuvos gyventojų nuomonės reprezentatyvaus tyrimo (2011 m.) būdu nustatyta, kad 92 proc. šalies gyventojų pritaria teiginiui, kad sveikata turi būti svarbiausias arba vienas iš svarbiausių valstybės rūpesčių, todėl 2014–2023 m. gali ir turi tapti aktyvaus sveikatinimo laikotarpiu.

8. Programos teisinis pagrindas yra Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (Žin., 1994, Nr. [63-1231](#); 1998, Nr. [112-3099](#)) 46 straipsnis, nustatantis, kad Lietuvos sveikatos programą Lietuvos Respublikos Vyriausybės teikimu tvirtina Lietuvos Respublikos Seimas.

9. Programa atitinka Lietuvos Respublikos Konstitucijos, Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos,

Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 (Žin., 2012, Nr. [149-7630](#)), Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų, patvirtintų Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 (Žin., 2011, Nr. [73-3498](#)), nuostatas.

10. Šioje Programoje vartojamos sąvokos:

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

**Išorinės mirties priežastys** – mirtį sukėlę transporto įvykiai, nukritimai, gyvų ir negyvų jėgų mechaninis poveikis, atsitiktiniai paskendimai ir kiti 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.

**Standartizuotas mirtingumo rodiklis** – mirusiųjų skaičius 100 tūkst. gyventojų pagal Europos standartą.

**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.

## II. LIETUVOS SVEIKATOS 2014–2023 METŲ PROGRAMOS TIKSLAI IR UŽDAVINIAI

11. *1 paveikslas. Lietuvos sveikatos programos strateginis tikslas, pagrindinis rodiklis, tikslai ir uždaviniai. Struktūros schema.*

<b>STRATEGINIS TIKSLAS</b>	Lietuvos sveikatos 2014–2023 m. programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2023 metais šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai			
<b>PAGRINDINIS RODIKLIS</b>	Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė: iki 2023 metų pasiekti bendrosios vidutinės tikėtinės gyvenimo trukmės 76 metų amžiaus ribą.			
<b>TIKSLAI</b>	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 kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius
<b>UŽDAVINIAI</b>	Sumažinti skurdo lygį ir bedarbiystę	Kurti saugias darbo ir sveikas buitines sąlygas, didinti prekių ir paslaugų vartotojų saugumą	Sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prieinamumą	Užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, plėtojant sveikatos priežiūros technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais
	Sumažinti socialinę-ekonominę gyventojų diferenciaciją šalies ir bendruomenių lygmeniu	Kurti palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį	Skatinti sveikos mitybos įpročius	Plėtoti sveikatos infrastruktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą
		Mažinti avaringumą ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičių	Ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius	Pagerinti motinos ir vaiko sveikatą
		Mažinti oro, vandens ir dirvožemio užterštumą, triukšmą		Stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę
				Užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremalių situacijų atvejais

12. Programos strateginis tikslas – pasiekti, kad 2023 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai.

13. Sveiki žmonės turi geresnes galimybes dirbti ir tobulėti, kurti aukštą gyvenimo kokybę, o susirgę – rizikuoja prarasti darbą, patirti socialinę atskirtį, nes dėl prastos sveikatos mažėja darbingumas, atsiranda gydymo bei priežiūros išlaidų.

14. Visuomenės sveikatai svarbūs veiksniai yra šalies demografiniai rodikliai, socialiniai ir sveikatos netolygumai, fizinė darbo ir gyvenamoji aplinka, asmens gyvenimo 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 veiksmus, todėl Programa nustato šiuos 4 tikslus:

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 gyvenimą ir jos kultūrą;

15.4. užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

16. Įvertinus Lietuvos sveikatos programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. [64-1842](#)), (toliau – Lietuvos sveikatos 1998–2010 m. programa) įgyvendinimo laikotarpio laimėjimus ir nesėkmes, nustatyta, kad buvo užtikrintas sveikatos politikos tęstinumas, įtvirtinti sveikatos sistemos teisiniai pagrindai, pasiekta didelė pažanga pacientų teisių užtikrinimo srityje.

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

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

17.2. žymiai pagerėjo nėščiųjų ir naujagimių priežiūra, dėl to kūdikių mirtingumas sumažėjo nuo 9,3 mirusių kūdikių, tenkančių 1000 gimusių gyvųjų, 1998 m. iki 4,3 mirusių kūdikių, tenkančių 1000 gimusių gyvųjų, 2010 m.;

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

17.4. sumažėjo išvengiamų mirčių skaičius, prie to labai prisidėjo priemonės, mažinančios traumų ir nelaimingų atsitikimų skaičių bei 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 (Žin., 2005, Nr. [84-3117](#)) (toliau – Saugaus eismo automobilių keliais programa),

įgyvendinimas 2008–2010 m. Reikšminga tai, kad įgyvendinant šią programą lyderystės ėmėsi Susisiekimo ministerija, įrodydama tarpžinybinio bendradarbiavimo gyventojų sveikatos labui svarbą. Kita vertus, Lietuvos atsilikimas nuo senųjų ES valstybių (ES valstybių narių iki 2004 m.) (toliau – ES-15) rodo, kad dar neišnaudotos šios problemos sprendimo galimybės.

18. Pagrindinės Lietuvos sveikatos 1998–2010 m. programos nesėkmės:

18.1. sveikatos sektorius pernelyg izoliuotai kovojo su visuomenės sveikatos problemomis, buvo stokojama darnaus visuomenės vystymosi supratimo ir bendradarbiavimo sprendžiant ekonomikos, socialinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimus. Tai atspindi tie gyventojų sveikatos rodikliai, pagal kuriuos žymiai atsiliekame nuo kitų valstybių, pvz., mirtingumas dėl išorinių priežasčių, kurį daugiausiai 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 dešimtmečio pradeda teikti lauktus rezultatus;

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

18.4. pavėluota visuomenės sveikatos sektoriaus reforma neužtikrino visuomenės sveikatos specialistų lyderystės telkiant kitus sektorius ir žinybas bei piliečius į aktyvesnę sveikatos gerinimo veiklą;

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. sveikatos ugdymo priemonės, kurios veikia sveiko gyvenimo trukmę, mažai efektyvios.

19. Nors atskirais metais ar laiko periodais pasitaikė nesėkmių vienoje ar kitoje visuomenės sveikatos gerinimo srityje, apskritai šalies visuomenės sveikatos lygio rodiklių dinamika kito teigiama linkme. Pagrindinės Lietuvos gyventojų mirčių priežastys bei demografiniai pokyčiai yra būdingi ir kitoms, naujosioms ES valstybėms (ES valstybėms narėms nuo 2004 m. iki 2013 m.) (toliau – ES-12).

20. Trys pagrindinės mirčių priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys – 2011 m. sudarė 85,2 proc. visų mirties priežasčių. Nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau kaip pusė, t. y. 56,1 proc., nuo piktybinių navikų – 19,3 proc., o nuo išorinių mirties priežasčių – 9,3 proc. visų mirusiųjų (1 lentelė).

*1 lentelė. 2010 m. mirusiųjų nuo atskirų mirties priežasčių dalis tarp visų mirties priežasčių*

<b>Mirties priežastys</b>	<b>Mirusiųjų dalis nuo bendro mirčių skaičiaus, %</b>
Kraujotakos sistemos ligos	56,1
Piktybiniai navikai	19,3
Išorinės mirties priežastys	9,3
Virškinimo sistemos ligos	5,3
Kvėpavimo sistemos ligos	3,0
Infekcinės ir parazitinės ligos	1,1
Kitos mirties priežastys	5,9

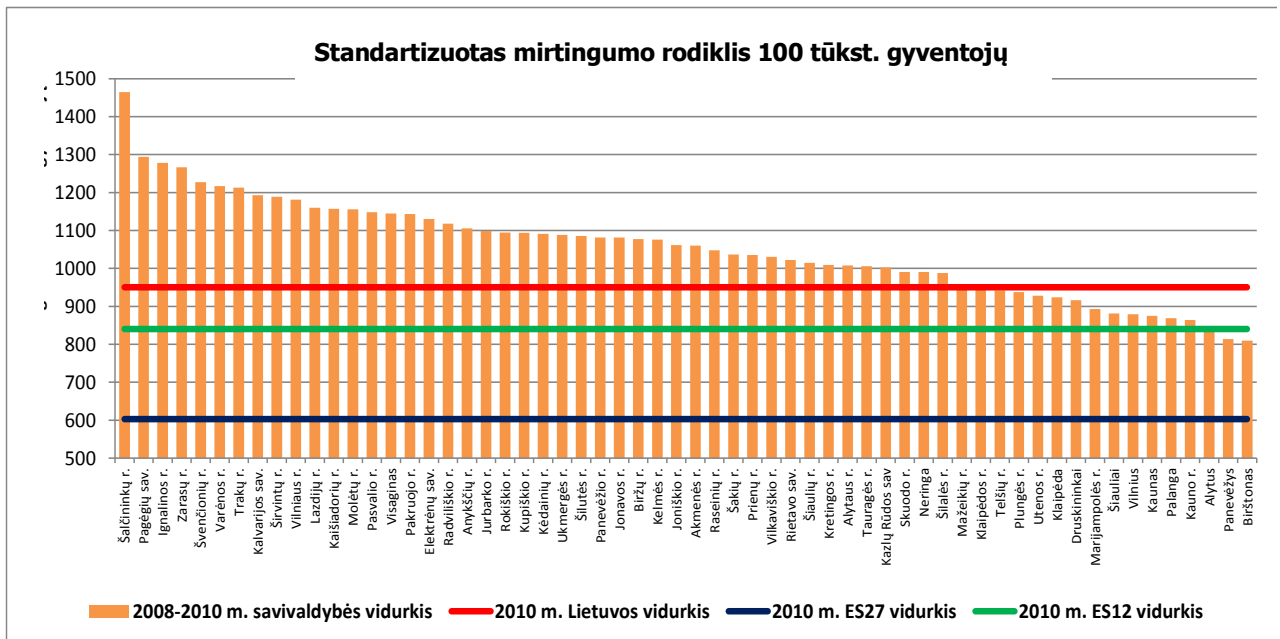
21. Lietuvoje dėl mažėjančio gimstamumo ir didėjančios emigracijos gyventojų skaičius 1997–2010 m. nuolat mažėjo, o šalies gyventojų struktūra kito senėjimo link – nuo 2000 m. iki 2010 m. vaikų iki 14 metų amžiaus skaičius šalyje sumažėjo 28 proc., o vyresnių negu 65 metų amžiaus gyventojų skaičius per tą patį laiką padidėjo daugiau kaip 10 proc. 2012 m. 18 proc. visų Lietuvos gyventojų sudarė asmenys, vyresni nei 65 m. Dėl populiacijos senėjimo didėjo lėtinių neinfekcinių ligų lyginamasis svoris šalies gyventojų sergamumo ir mirtingumo struktūroje ir atitinkamai didėjo šių sveikatos sutrikimų gydymui 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 ES-12 vidurkį, tik 16-os savivaldybių rodikliai buvo geresni už Lietuvos vidurkį.

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



**2 paveikslas.** Standartizuotas mirtingumo rodiklis 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 žymiai didesnis nei daugumoje kitų ES šalių;

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

24.3. miestuose gyvenančių žmonių vidutinė gyvenimo trukmė yra 3 metais ilgesnė nei gyvenančiųjų kaimo gyvenamosiose vietovėse;

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

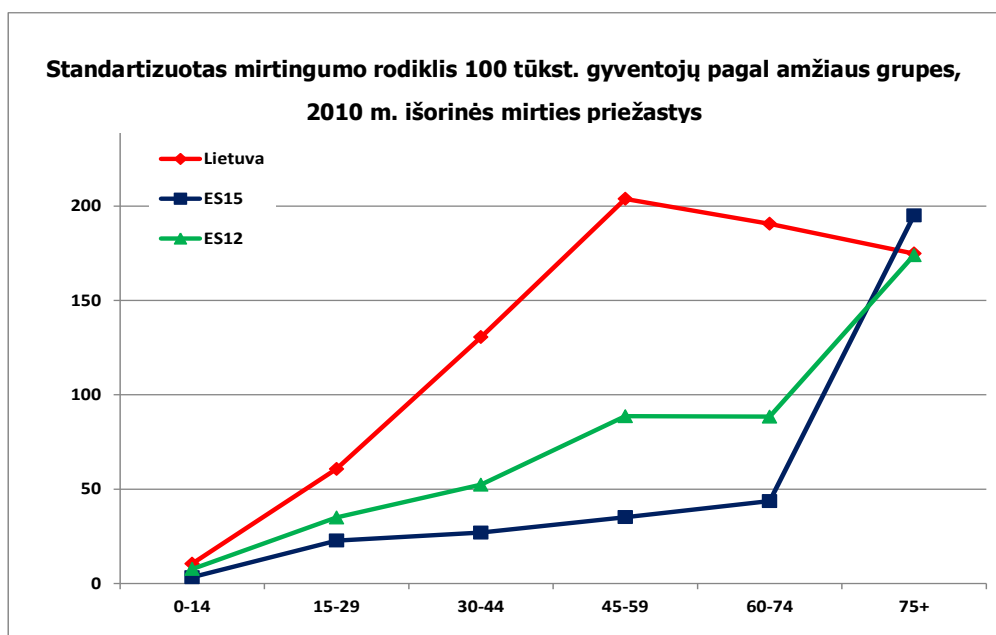
25. Programos įgyvendinimo sąlygos ir prielaidos: teisinio reguliavimo plėtra, valstybės ir savivaldybės institucijų kompetencijų tiesioginis susiejimas su sveikatinimo tikslais ir materialinių ir finansinių išteklių, reikiamų apibrėžtiems sveikatinimo tikslams pasiekti, gausinimas.

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

27. Daugiausiai Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę trumpina išorinės mirties priežastys, kurioms, kaip ir daugumai kitų mirties priežasčių, įveikti nepakanka sveikatos sektoriaus pastangų ir veiksmų (3 paveikslas). Lietuvoje standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst.

gyventojų nuo išorinių mirties priežasčių darbingo amžiaus žmonių grupėje žymiai didesnis negu ES-15 ir ES-12.

**3 paveikslas.** Standartizuotas mirtingumo nuo išorinių priežasčių 100 tūkst. gyventojų pagal amžiaus grupes rodiklis



28. Pagal problemos apimtį Lietuvoje, kaip ir kitose ES šalyse, kraujotakos sistemos ligos lemia didžiausią absoliutų mirčių skaičių. Įgyvendinant Programą ir pasiekus ES-12 2009 m. mirtingumo rodiklių lygį, potencialiai daugiausia gyvybių bus išsaugota dėl kraujotakos sistemos ligų prevencijos ir kontrolės.

29. Prognozuojama, kad penkių pagrindinių sveikatos problemų – kraujotakos sistemos ligų, išorinių mirties priežasčių, piktybinių navikų, virškinimo sistemos ligų, infekcinių ir parazitinių ligų – moksliniais įrodymais grindžiami sprendimai leistų iki 2020 m. Lietuvoje išsaugoti beveik 25 tūkstančius gyvybių (2 lentelė).

**2 lentelė.** Tikėtinas išsaugotų gyvybių skaičius, mažinant pagrindinių priežasčių lemiamą mirtingumą

Mirties priežastys	Siekimas išsaugotų gyvybių skaičius		
	2013–2016	2017–2020	Iš viso
Kraujotakos sistemos ligos	3277	9831	13108
Išorinės mirties priežastys	1780	5341	7121
Piktybiniai navikai	592	1777	2369
Virškinimo sistemos ligos	374	1121	1495
Infekcinės ir parazitinės ligos	221	662	883
<b>Iš viso</b>	<b>6244</b>	<b>18732</b>	<b>24976</b>

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

31. Gyventojų ir ūkio sektorių efektyvaus įtraukimo į visuomenės sveikatos gerinimo veiklą įmanoma pasiekti plėtojant teisinį reguliavimą, valstybės ir savivaldybės institucijų kompetencijas susiejant su sveikatinimo tikslais, gausinant materialinius ir finansinius išteklius.

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

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

32.2. tobulinti viešojo valdymo institucijų darbuotojų kvalifikaciją, ugdyti gebėjimus: mokytis gerosios patirties, iš nacionalinių ir tarptautinių duomenų bazių semtis informacijos apie sveikatinimo priemones, kurių efektyvumas yra pagrįstas mokslo įrodymais, jei informacijos trūksta, užsakyti mokslinius tyrimus; sparčiau diegti informacines technologijas.

33. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, ministerijos turi siekti, kad bendrosios namų ūkių, verslo ir valstybės investicijos į sveikatą 2014–2023 m. padidėtų. Papildomų investicijų rezultatas – ilgesnis ir sveikesnis Lietuvos žmonių gyvenimas. Savo ruožtu sveikesnis žmonių gyvenimas reiškia produktyvesnį darbą, konkurencingesnį lietuvišką 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.

34. Valstybės išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms ir medicinos prekėms yra reikšmingos visose sveikatinimo proceso stadijose: sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos ir gydymo, rehabilitacijos. ES šalių praktika rodo, kad, augant ekonomikai, bendrosios išlaidos (valstybės ir privačių išlaidų suma) sveikatos priežiūrai didėja sparčiau nei ekonomikos augimas, matuojamas bendrojo vidaus produktu (toliau – BVP). Santykinai spartesnis nei BVP sveikatos išlaidų augimo tempas yra paaiškinamas gyventojų senėjimu bei jų poreikių struktūros pokyčiais. Tenka pastebėti, kad Lietuvoje valstybės finansavimo dalis bendrosiose išlaidose sveikatos priežiūrai per pastaruosius dešimtmečius nekito ir sudarė apie 70–75 proc. bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų. Lietuva 2014–2023 m. turėtų užtikrinti BVP ir sveikatos priežiūros išlaidų santykį, būdingą daugumai ES valstybių.

35. Bendrosios namų ūkių, verslo ir valstybės investicijos į sveikatą 2014–2023 m. turi padidėti harmoningai derinant sveikatinimo veiklos finansavimo formas: valstybinį finansavimą per nacionalinį biudžetą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondą, papildomąjį sveikatos draudimą, tiesioginius gyventojų mokėjimus, verslo investicijas į sveikatą.

36. **1 tikslas – sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį.**

37. Šalies socialinės apsaugos sistema užtikrina socialinę rimtį, bet ne visiems Lietuvos gyventojams suteikia pasitikėjimą ateitimi. 2000–2010 m. didėjusi socialinė diferenciacija lėmė sveikatos skirtumų didėjimą tarp stabilias aukštas pajamas turinčių gyventojų ir tarp tų gyventojų, kurių pajamos yra nereguliarios ir mažos, tarp šeimoje gyvenančių ir vienišų žmonių, tarp žmonių, gyvenančių mieste ir kaimo gyvenamosiose vietovėse.

38. Didėjant asmeninėms pajamoms ir kylant statusui socialinės hierarchijos sistemoje, paprastai gerėja ir asmens sveikata. Tuo tarpu mažas pajamas ir žemą socialinį statusą turintys asmenys patiria ekonominius nepriteklius, psichologines ir socialinio saugumo problemas, turi mažiau palankias sveikos gyvensenos formavimosi galimybes, ypač tuo atveju, kai šalies socialinės apsaugos sistema negali užtikrinti orių (tinkamų) gyvenimo sąlygų.

39. Vieni iš didžiausių gyventojų sveikatos gerinimo rezervų išlieka skurdo ir kitų socialinės atskirties aspektų mažinimas. Visos šalies mastu skurdo lygis kaimo gyvenamosiose vietovėse 2011 m. buvo žymiai didesnis negu miestuose ir siekė 30,7 proc. Lietuvoje beveik trečdalis asmenų patiria skurdo riziką, materialinius nepriteklius arba gyvena šeimose, kuriose nėra dirbančių asmenų. Tokie asmenys neturi galimybės skirti pakankamai lėšų kokybiškoms gyvenimo sąlygoms sudaryti ir sveikatai gerinti.

40. Nacionalinėje reformų darbotvarkėje „Lietuva: 2013 Nacionalinė reformų darbotvarkė“ nurodoma, kad viena pagrindinių skurdo ir socialinės atskirties mažinimo kryptių – asmenų lygiateisiškumą skatinanti sveikatos priežiūros politika.

41. Lietuvos Respublikos 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 yra integrali Programos nuostata.

42. 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.

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

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

44.1. sumažinti skurdo lygį ir bedarbiystę;

44.2. sumažinti socialinę-ekonominę gyventojų diferenciaciją šalies ir bendruomenių lygmeniu.

45. Socialinės apsaugos sistemos tvarumas, skurdas ir bedarbystė, stresai darbe ir buityje turi įtakos tiek lėtinių neinfekcinių ligų, tiek traumų, o ypač savižudybių skaičiaus dinamikai.

46. Tarp ES šalių Lietuvoje didžiausias savižudybių skaičius. ES statistikos tarnybos (toliau – Eurostat) duomenimis, Lietuvoje mirtingumas dėl savižudybių 100 000 gyventojų 2003 m. siekė 41,1, 2006 m. – 28,9, 2008 m. – 30,7, 2010 m. – 29,4. Šis rodiklis beveik tris kartus didesnis negu ES valstybių narių iki 2013 m. (2010 m. – 10,2). Lietuvoje dideli su smurtu ir prievarta susiję rodikliai – žmogžudysčių ir kitų nusikaltimų skaičius, patyčių tarp vaikų dažnumas.

47. Epidemiologiniai tyrimai rodo, kad 13 proc. mokyklinio amžiaus šalies vaikų yra diagnozuoti psichikos sveikatos sutrikimai. Tarp mokyklinio amžiaus vaikų labai paplitusios patyčios: apie 60–70 proc. vaikų teigia, kad yra patyrę šį reiškinį ir kaip aukos, ir kaip skriaudėjai.

48. 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.

49. Saugios vaikystės, pilnametystės ir senatvės klausimus Lietuvoje koordinuoja penkios ministerijos – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Sveikatos apsaugos ministerija, Aplinkos ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, 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 prevencijoje. Kita vertus, nėra ryškaus lyderio kompleksiskai sprendžiant skaudžią savižudybių problemą.

50. Vykiant savižudybių prevenciją būtina:

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

50.2. užtikrinti saugią paauglystę. Mokinių ir mokytojų santykių harmonizavimas bei 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 besikaupiančias problemas spręsti pasirenkant savižudybę;

50.3. užtikrinti saugią pilnametystę. Lietuvoje 2000–2007 m. pastebėtas žymus savižudybių skaičiaus mažėjimas (beveik 1,5 karto) darbingo amžiaus (45–59 metų) grupėje paaiškinamas ekonomikos augimo nulemtu užimtumo augimu ir bedarbystės mažėjimu. Skirtingų šalių situacijų 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, savižudybių skaičiaus dinamika yra silpniau susieta su nedarbo lygio kitimu nei tose šalyse, kuriose socialinės garantijos netekus darbo yra saikingos. Pavyzdžiui, Lietuvoje 2010 m. bedarbio pašalpas gavo mažiau nei 20 proc. Lietuvos darbo biržoje registruotų bedarbių. Profesionalios psichologų ir medikų pagalbos prieinamumas, taip pat alkoholio vartojimui mažinti skirtos priemonės yra labai svarbios siekiant saugios pilnametystės. Reikšmingas savižudybių prevencijos elementas yra medikų bendruomenės, bažnyčios, kultūros ir meno žmonių bei žiniasklaidos sutelkta veikla. Atsižvelgiant į tai, kad Lietuvoje dažniausiai žudosi darbingo amžiaus (45–59 metų) žmonės, būtina didesnę dėmesį 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 proc. darbuotojų teigia darbe susiduriantys su psychosocialiniais veiksniais, kurie kenkia jų psichikos sveikatai, kad apie 14 proc. darbuotojų, kurie turi su darbu susijusių sveikatos problemų, nurodo tokius psichikos sveikatos sutrikimus, kaip nerimas ir depresija;

50.4. užtikrinti saugią senatvę. Šios amžiaus grupės sveikatos lygį kompleksiskai veikia pensijų sistemos išvystymo lygis, psichologinė ir klinikinė sveikatos priežiūra. Tenka pastebėti, kad ES-15 dažniau žudosi vyresni negu 75 m. amžiaus asmenys.

51. Šeimos, draugų, bendruomenės parama turi teigiamos įtakos 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 ir padeda apsisaugoti nuo sveikatos problemų bei gali sumažinti išvengiamą mirtingumą.

52. Būtina psichologinių paslaugų plėtra, ypač ugdymo bei sveikatos priežiūros sistemose.

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

54. Bendruomenių solidarumo lygis turi įtakos tiek lėtinių neinfekcinių ligų, tiek traumų, o ypač sveikatos sutrikimų dėl šalčio poveikio dinamikai, nes šios problemos mastai yra dideli. Lietuvoje kasmet dėl šalčio poveikio miršta daugiau kaip trys šimtai žmonių, nors Lietuva nėra atšiauraus klimato šalis. Pvz., 2012 m. dėl natūralaus šalčio poveikio mirė 331 asmuo, iš jų 76 proc. – darbingo amžiaus žmonės. Palyginkime, tais pačiais metais dėl transporto įvykių mirė 392 asmenys. Sveikatos sutrikimams ir mirtims dėl transporto įvykių skiriama daug dėmesio, 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.

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

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

55.2. skirti daugiau bendruomenės narių ir viešojo sektoriaus pareigūnų dėmesio benamiams ir koordinaciją praradusiems asmenims;

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

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

**56. 2 tikslas – sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką.**

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

57.1. kurti saugias darbo ir sveikas buitines sąlygas, didinti prekių ir paslaugų vartotojų saugumo lygį;

57.2. kurti palankias sąlygas saugiai leisti laisvalaikį;

57.3. mažinti avaringumą ir traumų kelių eismo įvykiuose skaičių;

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

58. Siekiant didinti saugių darbo bei sveikų buitinių sąlygų kūrimą, prekių ir paslaugų vartotojų saugumą, būtina:

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

58.2. tobulinti profesinės rizikos įvertinimo, nelaimingų atsitikimų darbe bei profesinių ligų tyrimus;

58.3. užtikrinti profesinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą;

58.4. 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.

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

60. Traumatizmo profilaktikos programos įgyvendinimo 2008–2010 m. patirtis parodė, kad esant politinei valiai ir naudojantis gera užsienio šalių praktika, Lietuvos valstybės institucijos sugebėjo spręsti visuomenės sveikatos stiprinimo uždavinius, susijusius su traumų atvejų skaičiaus mažinimu. 2008–2010 m. vykdyta nuosekli traumatizmo profilaktikos programa (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) pasiekė labai gerų rezultatų: sumažėjo ne tik žuvusiųjų, bet ir sužeistųjų, tapusių neįgaliais asmenų skaičius.

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

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

61.2. didinti plaukimo pamokų skaičių mokiniams;

61.3. tobulinti pirmosios medicinos pagalbos mokymą;

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

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

61.6. remti savanoriškumą, verslo ir NVO pastangas plėtoti saugų laisvalaikį.

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

62.1. plėtoti jau davusias gerų rezultatų priemones ir išplėsti saugos keliuose priemonių arsenalą,

62.2. sumažinti leistiną alkoholio koncentraciją kraujyje iki 0 promilių pradedantiesiems, 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 bei skatinti visuomenę aktyviau pranešinėti apie pastebėtus pažeidimus.

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

64. Lietuva yra prisijungusi prie atmosferos taršai mažinti skirtų Jungtinių Tautų (toliau – JT) konvencijų ir įgyvendina ES reikalavimus, skirtus reguliuoti aplinkos sektoriaus oro kokybei. 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 viršijimų skaičius nebuvo didesnis už leidžiamų viršyti dienų skaičių. Nepaisant įsipareigojimų laikymosi, 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.

65. Viena iš Lietuvos upių vandens kokybės problemų yra jų užterštumas maisto ir organinėmis medžiagomis, apie kurį liudija 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. Lietuva yra turtinga požeminio vandens išteklių, tačiau didėjant jų suvartojimui, būtina pradėti šiuos išteklius labiau nei iki šiol saugoti ir tausoti. Išlikusi šulinių geriamojo vandens kokybės užtikrinimo problema.



66. 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) 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 išlieka rimta problema Lietuvoje:

66.1. 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 proc.) 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 proc.) gyventojų, Klaipėdos mieste – apie 55 tūkst. (apie 34 proc.) gyventojų, Šiaulių mieste – apie 19 tūkst. (apie 16 proc.) gyventojų, Panevėžio mieste – apie 1,2 tūkst. gyventojų;

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

66.3. žmonių buitinės veiklos keliamo triukšmo problemos aktualumą patvirtina gyventojų apklausų statistiniai Eurostat duomenys – pagal juos 2010 m. 14,1 proc. Lietuvos gyventojų teigė, kad kenčia dėl kaimynų ar dėl iš gatvės sklindančio triukšmo (oro ar kita aplinkos tarša 2010 m. skundėsi 12,1 proc. gyventojų).

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

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

67.2. mažinti ultravioletinių spindulių poveikį, siekiant išvengti susirgimų odos vėžiu ar nudegimų, imuninės sistemos pakenkimo.

68. **3 tikslas – formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą.**

69. Trečiajam Programos tikslui – formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą – numatomi uždaviniai:

69.1. sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prieinamumą;

69.2. skatinti sveikos mitybos įpročius;

69.3. ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius.

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

71. 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.

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

73. Alkoholio suvartojimas Europos regione yra didžiausias pasaulio mastu ir labai skirtingas tarp regionų atskirų šalių – nuo 0,5 l iki 21,0 l žmogui per metus. Mokslinių tyrimų duomenimis, mažinant alkoholinių gėrimų kainas bei plečiant pardavimo vietų tinklą, didėja alkoholinių gėrimų vartojimas bei su tuo susijusių mirčių skaičius.

74. Tyrimai ir statistika liudija, kad alkoholis – trečias pagal svarbą Europoje žalos sveikatai ir pirmalaikės mirties rizikos faktorius po aukšto kraujo spaudimo ir rūkymo, dažnai svarbesnis už didelį cholesterolio kiekį ir antsvorį. Su alkoholiu siejama 3,2 proc. visų mirčių (1,8 mln.) ir 4,0 proc. dėl negalios prarastų gyvenimo metų (58,3 mln.). Didesnė dalis tenka vyrams nei moterims. Šios proporcijos kur kas didesnės kai kuriuose regionuose, pvz., Rytų Europoje alkoholis lemia 16 proc. visų mirčių. Be tiesioginės intoksikacijos ir priklausomybės nuo alkoholio sukeltos žalos, 20–30 proc. stemplės vėžio, kepenų vėžio, cirozės, žmogžudysčių, epilepsijos atvejų, nelaimingų eismo įvykių, nuskendimų siejama taip pat su alkoholiu.

75. 1995 m. priimtas pažangus Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas (Žin., 1995, Nr. 44-1073; 2004, Nr. [47-1548](#)), tačiau jis iki 2007 m. daugelį 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 mokestinės lengvatos, prasidėjo agresyvi alkoholinių gėrimų reklama bei tarp jaunimo populiarių gėrimų vartojimo skatinimas. Nuo 2007 m. buvo imtasi papildomų paklausos ir pasiūlos mažinimo priemonių: apribota alkoholinių gėrimų reklama, padidintas akcizas alkoholiniams gėrimams, apribota naktinė prekyba alkoholiu, sugriežtinta atsakomybė už vairavimą išgėrus, papildomų įgaliojimų kontroliuoti prekybą alkoholiniais gėrimais suteikta savivaldybėms. Dėl šių priemonių 2008–2009 m. alkoholinių gėrimų vartojimo mastas mažėjo, bet ši tendencija nėra tvari.

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

76.1. užkardyti falsifikuotų alkoholinių gėrimų gamybą ir kontrabandą;

76.2. ugdyti nepalankias visuomenės nuostatas falsifikuotų ir kontrabandinių gėrimų atžvilgiu;

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

76.4. didinti alkoholinių gėrimų akcizą derinant su realiojo darbo užmokesčio bei infliacijos lygio pokyčiais;

76.5. didinti amžiaus cenzą pirkti ir vartoti alkoholinius gėrimus;

76.6. griežtinti atsakomybę už prekybos alkoholiniais gėrimais taisyklių, ypač draudimo parduoti alkoholinius gėrimus nepilnamečiams, pažeidimus;

76.7. organizuoti socialines prevencines kampanijas tikslinėms grupėms;

76.8. pasitelkiant NVO, informuoti visuomenę apie alkoholio vartojimo žalą sveikatai, plėtojant informavimą bei švietimą sveikos gyvensenos bei sveikatos klausimais

76.9. diegti ankstyvosios intervencijos programas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje;

76.10. plėtoti asmenų, sergančių priklausomybe nuo alkoholio, psichologinės, medicininės bei socialinės reabilitacijos paslaugas;

76.11. skatinti visišką nepakantumą vairavimui išgėrus alkoholinių gėrimų;

76.12. organizuoti pagalbą priklausomų nuo alkoholio asmenų šeimos nariams ir artimiesiems.

77. Rūkymas išlieka vienu svarbiausių Europos regiono žmonių žudiku. Tabako gaminių vartojimas turi įtakos mirtingumui dėl lėtinių ligų – širdies kraujagyslių ligų, vėžio, diabeto, lėtinių kvėpavimo takų ligų ir kt.

78. Rūkymas sukelia rimtą žalą aplinkiniams (pasyvus rūkymas) ir laikomas plaučių vėžio ir kitų lėtinių plaučių ligų rizikos veiksniu. Taip pat neigiamai veikia vaisiaus vystymąsi nėštumo periodu. Su neigiamu tabako poveikiu dažniausiai siejamas cigarečių rūkymas, tačiau tabako kramtymas, kaip ir cigarų, pypkių rūkymas, taip pat pavojingas dėl burnos vėžio rizikos. Svarbu, kad metus rūkyti, rizika po tam tikro laiko sumažėja ir pasiekia nerūkančio žmogaus lygį.

79. Apie 25 proc. Lietuvos gyventojų rūko. 2010 m. kasdien rūkė vidutiniškai 34,2 proc. vyrų ir 15 proc. moterų. Niekada nerūkė 30,4 proc. vyrų ir 62,2 proc. moterų. Metusių rūkyti vyrų buvo 19 proc., moterų – 12 proc. Nuo 2000 m., įsigaliojus tabako gaminių reklamos draudimui, iki 2010 m. rūkančių vyrų dalis sumažėjo 1,5 karto, o rūkančių moterų skaičius, 1997–2001 m. didėjęs, stabilizavosi ir nuo 2002 iki 2010 m. beveik nesikeitė. Išsilavinę vyrai ir moterys rūko rečiau.

Kaimo gyvenamosiose vietovėse gyvenančios moterys rūko dažniau nei mieste. Dirbančių prirūkytose patalpose aukštąjį išsilavinimą turinčių vyrų ir moterų dalis sumažėjo, o vidurinį ir žemesnį išsilavinimą turinčių – nepasikeitė. Taigi rūkymo paplitimo ir reguliavimo srityje pasiekta nemaža pažanga, tačiau aktuali išlieka paauglių rūkymo problema.

80. PSO atkreipia dėmesį į nuolat stiprėjančias ir agresyvėjančias tabako marketingo bei reklamos, nukreiptos į jaunus žmones, moteris bei žemesnio socialinio ekonominio statuso grupes, priemones.

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

81.1. mažinti tabako gaminių prieinamumą, didinant jų kainas;

81.2. plėsti aplinką be tabako dūmų;

81.3. tabako produktų reguliavimo priemonėmis didinti nepilnamečių apsaugą nuo jų vartojimo.

82. 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 didėjimui bei su tuo susijusiam mirtingumui.

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

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

83.2. stiprinti sveiko gyvenimo įgūdžių formavimą šeimoje ir mokykloje;

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

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

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

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

84. Antrasis uždavinys – skatinti sveikos mitybos įpročius.

85. 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 faktoriumi. 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.

86. 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.

87. Lietuvoje suaugusių gyventojų mitybos tyrimų duomenimis, beveik 18 proc. vyrų ir 20 proc. moterų yra nutukę, o atsvorį turi daugiau kaip 45 proc. vyrų ir daugiau kaip 34 proc. moterų. Nors 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.

88. Siekiant ugdyti sveikos mitybos įpročius, būtina:

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

88.2. didinti informuotumą apie sveiką, subalansuotą mitybą, įtraukiant sveikos, subalansuotos mitybos temas į mokymo programas, plečiant socialinės reklamos sveikatos tema apimtį bei užtikrinti gyventojams prieigą prie sveikos mitybos pagrindus formuojančios informacijos šaltinių;

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

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

88.5. vykdyti gyventojų maitinimosi įpročių stebėseną ir reguliariai vertinti atsvario ir su juo susijusių ligų riziką sveikatai, gyventojų mitybos ir su mityba susijusių sveikatos problemų pokyčius;

88.6. integruoti sveikos gyvensenos ugdymą į neformalaus suaugusiųjų švietimo programas.

89. Trečiasis uždavinys – ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius.

90. Keturios pagrindinės gyvenimo sritys, kur žmonės turi galimybę būti fiziškai aktyvūs – darbas (ypač jei jis yra fizinis), susisiekimas (pvz., ėjimas, važiavimas dviračiu), buitį (pvz., namų ruoša), laisvalaikis (pvz., sportas). Fizinio aktyvumo stoka suprantama kaip labai maža fizinė veikla ar jokios fizinės veiklos bet kurioje iš išvardytų sričių. Industrializacija, urbanizacija, mechanizuoto transporto vystymasis sumažino žmonių fizinį aktyvumą (net ir besivystančiose šalyse) taip, kad daugiau kaip 60 proc. 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, kontroliuoti kūno masę, sumažinti depresijos simptomus. Pagal PSO Pasaulio maisto, fizinio aktyvumo ir sveikatos strategijos rekomendacijas užtektų 30 min. vidutiniškai intensyvios fizinės veiklos kasdien (arba beveik kasdien), kad sumažintume riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis.

91. Lietuvoje visiškai nesportuoja ir nesimankština apie 44 proc. gyventojų (ES šalių vidurkis – 39 proc.). 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.

92. 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.

93. 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 chartija pažymi, kad antsvoris ir nutukimas sudaro vieną iš rimčiausių 21 amžiaus iššūkių visuomenės sveikatai PSO Europos regione ir tai pasiekė epideminį lygį dėl kintančios socialinės ir ekonominės aplinkos, sukėlusios gyventojų energijos disbalansą, smarkiai sumažėjus fiziniam aktyvumui ir padidėjus didelės energijos maisto ir gėrimų prieinamumui bei pasikeitus maitinimosi įpročiams ir gyvenimo būdui. Vien genetinis polinkis, kurį turi tam tikra gyventojų dalis, be tokių socialinių veiksnių pasikeitimo epidemijos nesukeltų.

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

95. Siekiant ugdyti optimalaus fizinio aktyvumo įpročius būtina:

95.1. užtikrinti ikimokyklinio amžiaus vaikų ir moksleivių optimalaus fizinio aktyvumo prielaidas ugdymo įstaigose ir viešosiose erdvėse;

95.2. skatinti darbingo amžiaus žmonių mankštinimąsi ir fizinį aktyvumą, tokį kaip važiavimas dviračiu, vaikščiojimas parke, važinėjimasis riedučiais, aplinkos tvarkymas, gyvenamojoje aplinkoje;

95.3. rengti specializuotus sveikatos stiprinimo projektus senjorų ir neįgaliųjų fiziniam aktyvumui skatinti;

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

95.5. skatinti gyventojų fizinio aktyvumo optimizavimo programų rengimą ir įgyvendinimą bendruomenės, savivaldybės ir šalies lygmeniu, Kūno kultūros ir sporto įstatyme numatyti valstybės ir savivaldybės institucijų atsakomybę už gyventojų fizinio aktyvumo sąlygų sudarymą.

**96. 4 tikslas – užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.**

97. Ketvirtajam Programos tikslui – užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius – numatomi uždaviniai:

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

97.2. plėtoti sveikatos infrastuktūrą ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei prieinamumą;

97.3. pagerinti motinos ir vaiko sveikatą;

97.4. stiprinti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę;

97.5. užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremalių situacijų atvejais.

98. Pirmasis uždavinys – užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą, diegiant sveikatos priežiūros technologijas, kurių efektyvumas pagrįstas mokslo įrodymais, į klinikinę praktiką.

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

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

101. Reikia plėtoti sveikatos technologijas, kurių aukštas efektyvumas yra įrodytas, ir siaurinti taikymą tų sveikatos technologijų, kurių efektyvumas žemas, ribojant jų kompensavimą iš privalomojo sveikatos draudimo ar valstybės biudžeto lėšų.

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

102.1. įgyvendinti principą „Sveikata visose politikose“ ir skatinti tarpžinybinį bendradarbiavimą;

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

102.3. plėtoti investicijas į sveikatos priežiūros sektorių;

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

102.4.1. atspindėti reikalingus kaštus viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kainodaroje ir biudžetinių įstaigų finansavimo normatyvuose;

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

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

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

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

102.4.6. įsteigti centrą pasaulinių sveikatos technologijų vertinimo centrų tyrimų duomenims kaupti ir skleisti bei jiems pritaikyti Lietuvos sąlygoms. Siekiant, kad sveikatos technologijų vertinimo centras būtų nepriklausomas nuo vyraujančios klinikinės ir akademinės praktikos, jis turėtų būti savarankiškas arba veikti institucijos, kurios pagrindinės funkcijos nėra mokymas ir klinikinė praktika, sudėtyje;

102.4.7. didinti sveikatos statistikos duomenų patikimumą;

102.5. 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.

103. Reikia suformuoti sveikatos priežiūros specialistų rengimo nacionalinei sveikatos sistemai valstybės užsakymą ir užtikrinti tinkamą jų pasiskirstymą savivaldybėse.

104. Antrasis uždavinys – plėtoti sveikatos infrastruktūrą, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pacientų saugą.

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

106. 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 bei skubią pagalbą.

107. Numatoma centralizuoti sveikatos priežiūros paslaugas, kurios reikalauja sudėtingų technologinių įrengimų ir siauros specializacijos aukštos kvalifikacijos specialistų. Kita vertus,



numatoma decentralizuoti sveikatos priežiūros paslaugas, kurioms nereikia sudėtingų technologinių įrengimų, 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.

108. Nors Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros poreikiams patenkinti dabartinis aprūpinimas gydytojais yra pakankamas, gydytojai šalyje yra pasiskirstę labai netolygiai:

108.1. miestuose dirba didžioji visų gydytojų dalis – daugiau kaip 73 proc., o rajonuose suteikiama 60 proc. visų rajonų gyventojams reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų;

108.2. 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 metus, akušerių – 47,7 metus;

108.3. dalis asmenų, turinčių teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas, verčiasi kita nei sveikatos priežiūros veikla – iki 7 proc. asmenų, įgijusių gydytojo kvalifikaciją, ir beveik 12 proc. asmenų, įgijusių slaugytojo ar akušerio kvalifikaciją, neteikia sveikatos priežiūros paslaugų.

109. 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.

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

110.1. 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 sektorių darbuotojais, NVO, vietos bendruomenėmis;

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

110.3. didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, plėtojant odontologijos, medicininės reabilitacijos ir sveikatos grąžinimo paslaugas turintiems mažas pajamas ar jų neturintiems asmenims, psichosocialines pagalbos

paslaugas sergantiems onkologinėmis ligomis, priklausomybės ligų diagnostikos ir prevencijos paslaugas „žemo slenksčio“ kabinetuose ir kt.;

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

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

111. Trečiasis uždavinys – įgyvendinti sveikatos sistemos prioritetą – pagerinti motinos ir vaiko sveikatą.

112. Pagerinti motinos ir vaiko sveikatą – yra pirmaeilis valstybės ir sveikatos sistemos uždavinys. Tyrimais įrodyta, kad gera vaiko sveikata lemia gerą asmens sveikatą vėlesniais gyvenimo tarpsniais.

113. Siekiant pagerinti motinos ir vaiko sveikatą, būtina:

113.1. teikti aukštos kokybės, prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas motinų ir vaikų sveikatai saugoti ir gerinti;

113.2. aprūpinti kūdikius ir vaikus sveikatai saugiu geriamuoju vandeniu, užtikrinti tinkamas sanitarines sąlygas namuose, vaikų priežiūros centruose, darželiuose, mokyklose ir gydymo įstaigose;

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

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

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

113.6. plėtoti imunoprofilaktikos priemones.

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

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

116. Pagrindinės lėtinių neinfekcinių ligų priežastys susijusios su žmogaus elgesiu, vadinasi, jų galima išvengti. Pagrindiniai rizikos veiksniai, turintys didžiausią įtaką sergamumui ir mirtingumui pasauliniu mastu, yra šie: aukštas 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, siekiančios pakeisti socialines normas skatinant sveiką gyvenseną, sveiką elgesį ir mažinant rizikos veiksnių paplitimą bei jų poveikį. Jos įgyvendinamos per atitinkamus teisės aktus, mokesčius, finansines iniciatyvas, sveikatos stiprinimo kampanijas. Tačiau nors potencialūs pokyčiai ir laimėjimai yra ryškūs, iššūkiai, su kuriais suduriama to siekiant, yra ne mažiau sudėtingi.

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

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

117.2. sumažinti piktybinių navikų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

117.3. sumažinti diabeto lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

117.4. sumažinti lėtinių plaučių ligų lemiamą sergamumą ir mirtingumą;

117.5. sumažinti psichikos ligų ir savižudybių lemiamą sergamumą ir mirtingumą.

117.6. pagerinti atrankinės patikros programų organizavimą.

118. Penktasis uždavinys – užtikrinti sveikatos priežiūrą krizių ir ekstremalių situacijų atvejais.

119. Sveikatos priežiūra krizių ir ekstremalių situacijų atvejais organizuojama ir vykdoma vadovaujantis Lietuvos Respublikos įstatymais ir kitais teisės aktais. Šioje srityje labai svarbus Sveikatos apsaugos ir Krašto apsaugos ministerijų bei kitų institucijų bendradarbiavimas.

120. Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros užtikrinimo krizių ir ekstremalių situacijų atvejais, būtina:

120.1. tobulinti šios srities teisės aktus, atsižvelgiant į ES ir Šiaurės Atlanto Sutarties Organizacijos (*angl. North Atlantic Treaty Organization – NATO*) gaires;

120.2. laipsniškai 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 ekstremalių 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. 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, Eurostat, PSO viešai skelbiami duomenys. Taip pat gali būti naudojami sociologinių apklausų ir tyrimų duomenys.

#### IV. PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS

123. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas nurodo Programą kaip sveikatinimo veiklos planavimo pagrindą Lietuvos Respublikos Seimo lygmeniu. Lietuvos Respublikos Seimas siekia, kad metinis valstybės finansų 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 bei tarpinstitucinį veiklos planą „Sveikata visiems“, Užimtumo didinimo 2014–2020 programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. rugsėjo 25 d. nutarimu Nr. 878 (Žin., 2013, Nr. [105-5154](#)), Valstybinę saugaus eismo plėtros 2011–2017 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. kovo 2 d. nutarimu Nr. 257 (Žin., 2011, Nr. [29-1368](#)), Valstybinę aplinkos monitoringo 2011–2017 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. kovo 2 d. nutarimu Nr. 315 (Žin., 2011, Nr. [34-1603](#)), Nacionalinę klimato kaitos valdymo politikos strategiją, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. lapkričio 6 d. nutarimu Nr. XI-2375 (Žin., 2012, Nr. [133-6762](#)), ir kitus strateginio planavimo dokumentus, prisidedančius prie kompleksinės aplinkos sukūrimo gerai visuomenės sveikatai užtikrinti.

126. Programos įgyvendinime pagal savo kompetenciją dalyvauja ministerijos, savivaldybės, verslo įmonės, NVO ir bendruomenės, įtraukiant šalies gyventojus 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, Europos Sąjungos ir kitos tarptautinės finansinės paramos lėšų ir kitų teisėtai gautų lėšų.

128. Programos įgyvendinimas bus vertinamas atliekant kasmetinę vertinimo rodiklių reikšmių pasiekimo stebėseną, taip atliekant tarpinį 2018 m., galutinį – 2023 m. Programos vertinimą.

129. Sveikatos apsaugos ministerija informaciją apie Programos įgyvendinimą kasmet teikia Lietuvos Respublikos Vyriausybei savo metinėje veiklos ataskaitoje. Metines Programos įgyvendinimo ataskaitas, taip pat tarpinę ir galutinę Programos įgyvendinimo vertinimo ataskaitas teikia Lietuvos Respublikos Seimui.

130. Programos įgyvendinimo tarpinės ir galutinės vertinimo ataskaitos skelbiamos viešai.

---

## LIETUVOS SVEIKATOS 2014–2023 METŲ PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO VERTINIMO RODIKLIAI IR JŲ REIKŠMĖS

Sutrumpinimai:

BVP – Bendrasis vidaus produktas

„Europa 2020“ – Europos Komisijos 2010 m. kovo 3 d. komunikatas „Europa 2020. Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija“

Eurostat – ES statistikos tarnyba

HI – Higienos institutas

LSD – Lietuvos statistikos departamentas

SVEIDRA – Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema

Tyrimas – Suaugusių Lietuvos žmonių sveikos gyvensenos tyrimas

Tikslo Nr.	Tikslai	Vertinimo rodiklis, matavimo vienetas (duomenų šaltinis)	Būklė (metai)	Vertinimo rodiklio reikšmė 2016 m.	Vertinimo rodiklio reikšmė 2020 m.
Pagrindinis (strateginis) tikslas	Pasiiekti, kad 2023 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai	1. Lietuvos gyventojų vidutinė būsimo gyvenimo trukmė (LSD)	73,89 m. (2011)	75 m.	76 m.
		2. Vidutinės būsimo gyvenimo trukmės skirtumo tarp vyrų ir moterų mažinimas, ilgėjant vyrų vidutinei būsimo gyvenimo trukmei (metais) (LSD)	10,66 m.	9,5 m.	8 m.

1.	Sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį	1. Mirtingumas dėl savižudybių 100 tūkst. gyventojų (Eurostat)	29,4 (2010)	29,0	28,5
		2. Mirčių dėl natūralaus šalčio poveikio skaičius (abs. sk. ir proc.) (HI)	331 (2012)	Sumažinti 10 proc. nuo 2012 m. lygio	Sumažinti 10 proc. nuo 2016 m. lygio
2.	Sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką	1. Išmetamas CO2 ekvivalento kiekis, tona 1 gyventojui („Europa 2020“)	6,4 (2010)	Sumažinti 5 proc. nuo 2010 m. lygio	Sumažinti 15 proc. nuo 2010 m. lygio
		2. Gyventojų, teigiančių, kad jie kenčia nuo triukšmo, dalis (proc.) (Eurostat)	14,1 (2010)	Sumažinti 5 proc. nuo 2010 m. lygio	Sumažinti 5 proc. nuo 2016 m. lygio
		3. Mirtingumas dėl transporto įvykių 100 tūkst. gyventojų (HI)	11,2 (2011)	Sumažinti 5 proc. nuo 2011 m. lygio	Sumažinti 5 proc. nuo 2016 m. lygio
3.	Formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą	1. Legalaus alkoholio suvartojimas vienam gyventojui per metus, litrais absoliutaus alkoholio (LSD)	11,9 (2011)	Sumažinti 10 proc. nuo 2011 m. lygio	Sumažinti 10 proc. nuo 2016 m. lygio
		2. Tabako suvartojimas vienam gyventojui per metus, cigarečių skaičius (LSD)	840 (2011)	Sumažinti 3 proc. nuo 2011 m. lygio	Sumažinti 3 proc. nuo 2011 m. lygio
		3. Mirčių dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo skaičius (abs. sk). (HI, LSD)	70 (2012)	70	70

		4. Nutukusių vyrų dalis tarp Lietuvos 20–64 m. amžiaus vyrų, proc. (Tyrimas)	19 (2010)	18	17
		5. Nutukusių moterų dalis tarp Lietuvos 20-64 m. amžiaus moterų, proc. (Tyrimas)	20 (2010)	19	18
4.	Užtikrinti kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius	1. Kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusių kūdikių Lietuvoje (HI)	4,8 (2011)	3,9	3,7
		2. Šeimos gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų (HI)	5,81 (2011)	6,0	6,5
		3. Slaugytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų (HI)	73,1 (2010)	75,0	77,0
		4. Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų (HI)	473 (2011)	470,0	465,0
		5. Mirtingumas nuo piktybinių navikų, standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų (HI)	186,4 (2011)	186,0	185,5
		6. Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, proc. nuo BVP (LSD)	6,89 (2011)	7,1	7,2
		7. Valdžios sektoriaus išlaidų dalis tarp visų sveikatos priežiūros išlaidų, proc. (LSD)	69,15 (2011)	75	75
		8. Išlaidų prevencijai ir visuomenės sveikatos priežiūrai dalis nuo einamųjų sveikatos priežiūros išlaidų, proc. (LSD)	1,1 (2010)	1,5	2,0