BY-NC-ND

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS
HEALTH POLICY AND MANAGEMENT
2019, 1(11) p. 29–39

ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ IR CUKRINIO DIABETO RIZIKOS GRUPIŲ ASMENŲ SVEIKATOS STIPRINIMO PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS SAVIVALDYBĖJE: SUINTERESUOTŲJŲ PERSPEKTYVA

Žydrūnė Šedytė
Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto
Politikos mokslų institutas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: zydrune.sedyte@gmail.com

Gintarė Petronytė
Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto
Politikos mokslų institutas
Ateities g. 20, LT-08303, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: ginpetr@mruni.eu

DOI: 10.13165/SPV-19-1-11-02

Santrauka. *Straipsnyje analizuojama pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – PAASPĮ) ir savivaldybės visuomenės sveikatos biuro (toliau – savivaldybės VSB) įgyvendinama širdies ir kraujagyslių ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos stiprinimo programa (toliau – sveikatos stiprinimo programa) Panevėžio miesto savivaldybėje. 2018 m. sausį–vasarį atliktame kokybiniame tyrime, taikant pusiau struktūruotą interviu, dalyvavo dešimt atstovų iš PAASPĮ ir savivaldybės VSB, sudariusių bendradarbiavimo sutartis.*

Įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą PAASPĮ ir savivaldybės VSB pagrindinėmis bendradarbiavimo formomis lieka oficialių dokumentų siuntimas elektroniniu paštu ir darbo susitikimai PAASPĮ. Jų bendradarbiavimo vystymui būtinos prielaidos – savivaldybės VSB aktyvaus įsitraukimo didinant rizikos grupės asmenų dalyvavimo apimtis, PAASPĮ sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo koordinavimo ir bendradarbiavimo inicijavimo su savivaldybės VSB. Sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo pagrindinės kliūtys: sisteminiu lygmeniu – teisinis reglamentavimas; organizaciniu lygmeniu – savivaldybės gydytojo ir PAASPĮ administracijos reikalingų veiksmų stoka, neefektyvus šeimos gydytojų teikiamų paslaugų organizavimas, nepakankamas sveikatos stiprinimo programos koordinavimas PAASPĮ; tarpasmeniniu lygmeniu – pacientų motyvacijos stoka, jų ir šeimos gydytojų vyraujantis neigiamas požiūris į sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą.

Reikšminiai žodžiai: *širdies ir kraujagyslių ligos, cukrinis diabetas, sveikatos stiprinimo programa, pirminė sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, paslaugų integracija.*

Įvadas

Daugelyje valstybių didėjantis lėtinių neinfekcinių ligų (toliau – LNL) paplitimas kelia iššūkių sveikatos priežiūros sistemoms ir didina ekonominę naštą, susijusią su nedarbingumu ir priešlaikiniu mirtingumu.[1] Ekonomikos prognozės rodo, kad dėl LNL 2030 m. pasaulio valstybių bendras vidaus produktas (toliau – BVP) mažės 5 proc. (pasaulio ekonomikos augimo nuostoliai sieks apie 47 trilijonus JAV dolerių).[2]

Įvairiose politikos srityse veikiančios tarptautinės organizacijos (Jungtinės Tautos, Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO)) ragina vyriausybes imtis veiksmų, nukreiptų į LNL prevenciją ir valdymą.[3], [4] PSO pateikė įrodymų apie ekonomiškai efektyvias intervencijas (angl. *best buys*), skirtas LNL ir pagrindiniams jų rizikos veiksniams valdyti.[5] Šalyse, kuriose itin paplitusios LNL, investuotas vienas JAV doleris į šias intervencijas 2030 m. duotų septynių JAV dolerių grąžą[6]. Sprendimų priėmėjai skatinami investuoti į jų įgyvendinimą, kad būtų pasiekti gyventojų sveikatos ir ekonomikos tikslai.[7]

2017 m. Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūrai sudarė 6,3 proc. BVP (Europos Sąjungos (toliau – ES) 28 valstybių narių vidurkis – 9,6 proc. BVP).[8] Tarptautinė ekonominio bendradarbiavo ir plėtros organizacija (toliau – EBPO) prognozuoja, kad EBPO šalyse išlaidos sveikatos priežiūrai augs vidutiniškai 2,7 proc. kasmet (nuo 2015 m.) ir sudarys 10,2 proc. BVP 2030 m.[9] Lietuvoje, lyginant su kitomis EBPO šalimis, išlaidos sveikatos apsaugai nuo BVP nedaug mažės dėl mažėjančio gyventojų skaičiaus.[10] Šalių vyriausybės gali suvaldyti sveikatos priežiūros išlaidų didėjimą taikydamos įvairias politikos priemones, viena jų – sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos strategijų įgyvendinimas sveikatos priežiūros sistemoje.

Lietuvoje, įgyvendinant sveikatos priežiūros reformas, ilgą laiką prioritetas neteiktas sveikatos stiprinimui ir ligų, kurių galima išvengti, prevencijai bei LNL valdymui pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje.[11] Šalyje išvengiamo mirtingumo (mirtys nuo ligų ar būklių, kurių galima išvengti taikant prevencines ir / ar diagnozavimo, ir / ar gydymo prie-

1 *Towards an EU strategic framework for the prevention of non-communicable diseases (NCDs)*. European Chronic Disease Alliance (ECDA), European Public Health Alliance (EPHA) and NCD Alliance, 2019.

2 Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., et al., *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011.

3 *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. World Health Organization. Geneva: WHO, 2013.

4 *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. A/RES/73/2. Nations General Assembly. Resolution adopted by the United Nations General Assembly on 10 October 2018.

5 *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organization. WHO: Geneva, 2017.

6 *Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases*. World Health Organization. WHO: Geneva, 2018.

7 *Tackling NCDs*, *supra note* 5.

8 *Health at a Glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle*. Organization for Economic Co-Operation and Development. Paris: OECD, 2018.

9 Lorenzoni, L., Marino, A., Morgan, D., James, C., Health spending projections to 2030: new results based on a revised OECD methodology, *OECD Health Working Paper*, Nr. 110. Paris: OECD, 2019.

10 *Ibid.*

11 Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo", *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 73-3498.

mones) rodiklis vienas didžiausių ES[12], ir tai rodo būtinybę didinti sveikatos priežiūros sistemos efektyvumą bei gerinti įrodymais grįstų prevencinių priemonių įgyvendinimą.

Šalyje įgyvendinant LNL valdymo politikos priemones nuo 2004 m. vykdomos širdies ir kraujagyslių ligų bei piktybinių navikų ankstyvos diagnostikos prevencinės programos[13], [14], [15], [16], integravus jas į pirminę sveikatos priežiūros sistemą. Nuo 2014 m. įgyvendinamas širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupės asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašas (toliau – sveikatos stiprinimo programa), skirtas ligų rizikos grupių asmenų sveikatai stiprinti[17]. Sveikatos stiprinimo programos metinės vykdymo ataskaitos teikiamos Lietuvos Respublikos sveikatos apaugos ministerijai, tačiau šalyje neatlikta tyrimų, analizuojančių jos įgyvendinimą ją vykdančių PAASPĮ ir savivaldybės VSB atstovų požiūriu. Ši programa įgyvendinama taikant integruotų pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų modelį, kurio efektyvumą valdant LNL ir jų rizikos veiksnius bus galima įvertinti ilgalaikėje perspektyvoje. Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorių bendradarbiavimas teikiant paslaugas mažai tyrinėtas[18], todėl šios srities tyrimai tampa reikšmingi, įgyvendinant efektyvesnę LNL valdymo politiką savivaldos lygmeniu. Šio straipsnio tikslas – įvertinti PAASPĮ ir savivaldybės VSB atstovų požiūrį į sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą savivaldybėje.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Kokybinis tyrimas, taikant pusiau struktūruotą interviu, atliktas 2018 m. sausį–vasarį. Šiame tyrime tikslingai pasirinkta Panevėžio miesto savivaldybė (joje sveikatos stiprinimo programa įgyvendinama nuo 2015 m., be to, ji vykdoma aktyviau, lyginant su kitomis savivaldybėmis[19]) ir jame dalyvauti pakviesti trijų PAASPĮ, sudariusių sutartis su Panevėžio teritorine ligonių kasa, ir savivaldybės VSB atstovai. Tyrime buvo taikomi įstaigų (a) ir jų atstovų (b–d) atrankos kriterijai: a) PAASPĮ ir savivaldybės VSB pasirašiusios bendradarbiavimo sutartį; b) PAASPĮ administratoriai (įstaigos ar struktūrinio padalinio vadovas),

---

12 *Lithuania: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU*. Organization for Economic Co-Operation and Development and European Observatory on Health Systems and Policies. Paris: OECD / Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.

13 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 145-5288.

14 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 104-3856.

15 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 117-4249.

16 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 79-3321.

17 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979 „Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2016, Nr. 13068.

18 Gurevičius, R., Valentienė, J., Kutkaitė, S., *Sveikatos sinergija – ateities sveikatos modelio sėkmės garantas*. Vilnius, 2012.

19 *2018 m. širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto grupių asmenų sveikatos stiprinimo programos vykdymo ataskaita*. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Vilnius, 2018, <http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/neinfekcines/SKL%20programos%20vykdymas%202018/SKL_CD_programos_ataskaita_2018_.pdf> [žiūrėta 2019-08-26].

atsakingi už veiklos organizavimą ir valdymą; c) šeimos gydytojai, įgyvendinantys sveikatos stiprinimo programą PAASPĮ; d) savivaldybės VSB atstovai, koordinavę bent vienos sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą. Tyrime dalyvavo dešimt informančių – dvi PAASPĮ administratorės, penkios šeimos gydytojos ir trys savivaldybės VSB specialistės. Tyrime taikytas autorių parengtas ir žvalgomojo tyrimo metu išbandytas klausimynas apie PAASPĮ ir savivaldybės VSB bendradarbiavimą bei kliūtis, ribojančias sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą. Kokybinių duomenų analizei taikytas turinio (angl. *content*) analizės metodas, leidžiantis daryti išvadas remiantis analizuojamu tekstu.[20]

Tyrimo rezultatai

1. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą

Tyrime informantai pagrindinėmis PAASPĮ ir savivaldybės VSB tarpusavio bendradarbiavimo formomis įvardijo oficialių dokumentų siuntimą elektroniniu paštu ir reguliarius darbo vizitus į PAASPĮ (komunikacija su PAASPĮ administracija ir šeimos gydytojais, teikiamos konsultacijos pacientams, informacinės medžiagos dalijimas). Vieni informantai pozityviai vertino institucijų bendradarbiavimą, tačiau kiti minėjo bendradarbiavimo stoką. Vieni informantai bendradarbiavimą vertino kaip formalų: <…> *Popierinė, daugiau nieko ir nematau* <…>, *atsiunčia šituos grafikus ir viskas* [savivaldybių VSB – *aut. past.*] <...> [PAASPĮ – AD1]; <…> *tai mes* [savivaldybių VSB – *aut. past.*] *informaciją teikiame elektroniniais paštais ir prašome, kad jie* [PAASPĮ – *aut. past.*] *siųstų pacientus* [VSB – 3]. Kiti informantai nurodė PAASPĮ iniciatyvos stoką: *Mano nuomone, tai trūksta gydymo įstaigų pastangų, daugiausiai, tai mes darom* <...> [savivaldybių VSB – *aut. past.*] [VSB – 1]; <…> *kiek tos informacijos teikiame, kiek su tais vadovais įstaigų bendradarbiaujame, kad siųstų, kaip sakyti, prašymo vos ne būdu, kad kas gali siųsti, o jie* [PAASPĮ – *aut. past.*] *tai, aišku, mažokai prisideda* [VSB – 3].[21]

Informantai įvardijo sąlygas, kurių reikia tarpinstituciniam bendradarbiavimui plėtoti įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą. Keli informantai pažymėjo, kad PAASPĮ ir savivaldybės VSB bendradarbiavimas būtų efektyvesnis, jei PAASPĮ būtų paskirtas asmuo, atsakingas už sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą: <…> *kiek gali ant to daktaro krauti, jei kiekviena įstaiga ten priimtų kažkokį vieną žmogų, kad ir pusė etato, kuris visą tai tvarkytų, bet tai yra pinigai papildomi, todėl kiekviena įstaiga sukasi, taip kaip jiems išeina ir apkrauna sesutes* [PAASPĮ – ŠG5]; <…> *tiesiog reikia įstaigoje paskirti už programą atsakingą žmogų* <…> [PAASPĮ – ŠG4]. Keli informantai nurodė, kad stiprinant bendradarbiavimą savivaldybės VSB dirbantys specialistai galėtų aktyviai įsitraukti į sveikatos stiprinimo programos dalyvių sąrašų formavimo procesą: <…> *bet aš galvoju, kad biuras turi didesnį rodyti aktyvumą, ir patys pasiskambinti, tai ar čia problema ir užsiimti tokiu darbu, patiems kviesti pacientus* <…> [PAASPĮ – AD1]; *Man tai atrodo, kad čia turėtų biurai organizuoti tų pacientų pritraukimą, nes mes galim tam laiko skirti, mes galim iš viso vieną žmogų skirti, kuris vien su tuo dirbtų visam miestui, o klinikoje, kiek gi tas šeimos gydytojas*

20 Židžiūnaitė, V., Sabaliauskas, S., *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai*. Vilnius: Vaga, 2017.

21 Informantų kalba netaisoma.

gali? [VSB – 1] bei organizuoti susitikimus su pacientais PAASPĮ, kurių metu informuotų juos apie galimybę dalyvauti sveikatos stiprinimo programoje: <…> *būtų galima biurui kažkokią paskaitėlę pravesti, sukviesti pacientus pas mus įstaigoje, parašyti skelbimą ir sukviesti mūsų pacientus, gal dar kažkas susigundytų, gal įtikinamai pakalbėtų, įtikintų žmones sudalyvauti programoje* [PAASPĮ – AD2]. Pasak informanto, reikėtų bendrų renginių, kuriuose būtų pristatomas sveikatos stipinimo programos įgyvendinimas bei aptariamos jos gerinimo kryptys: <…> *nėra daug tų konferencijų, kur sveikatos specialistai ir gydytojai dalyvauja, bet teritorinė ligonių kasa rengia kiekvienais metais, kaip ir ataskaitinę konferenciją, kur susirenka ne tik mūsų apskrities specialistai, tai per ją būtų galima daugiau informuoti, nors ten ir būna pristatoma programa, kaip vyksta jos įgyvendinimas Panevėžio mieste, tuo pačiu sužino apie tai ir kitų miestų gydytojai* <…> [VSB – 2].

2. Kliūtys, ribojančios sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą

Nors visi informantai pripažino sveikatos stiprinimo programos naudą, tačiau jie įgyvendindami šią programą susiduria su kliūtimis, kylančiomis sisteminiu, organizaciniu ir tarpasmeniniu lygmenimis. Du informantai sistemine kliūtimi, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą, įvardijo teisinį reglamentavimą. Pasak jų, reikėtų aiškiai reglamentuoti pacientų siuntimo į sveikatos stiprinimo programą procesą, nustatant siunčiamų dalyvauti joje pacientų apimtis, nes PAASPĮ ir savivaldybių VSB bendradarbiavimo sutartys neįpareigoja PAASPĮ atsiųsti konkretaus pacientų skaičiaus: <…> *pasirašėm bendradarbiavimo sutartis, aišku, geranoriškai visi pasirašė, nes kadangi jos neįpareigoja, ta prasme, bendradarbiauti įpareigoja, bet neįpareigoja, kad konkretus būtų atsiųstų dalyvių, pacientų skaičius* [VSB – 2]; <…> *nėra nustatyta, kiek ten nusiųsti tų žmonių, gali gi ir nieko nenusiųsti* [VSB – 1]. Kiti informantai pagrindinėmis organizacinėmis sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo kliūtimis nurodė savivaldybės gydytojo ir PAASPĮ administracijos nepakankamą skiriamą prioritetą sveikatos stiprinimo programai įgyvendinti: *Savivaldybės sveikatos skyriaus vedėjas* [savivaldybės gydytojas – *aut. past.*] *yra tarpininkas ir jis turi nukreipti, tai pačiai gydymo įstaigai, jeigu jie ten vėluoja, ar ten neduoda sąrašų* <…>, *bet kažkaip iš jo tai aktyvumo nėra* <…> [VSB – 1]; *Aš galvoju, kad pirma nuo viršūnės, jeigu įstaigos vadovai žino* <…> *kad ir tų penkminučių metu informuoti gydytojus, kad jūs turite kviesti, bet yra tikrai daug šeimos gydytojų, kurie net nežinojo apie tą programą, tai čia labai trūko to žinojimo iš viršaus, kad nuleistų gydytojams* <...> [PAASPĮ – ŠG5] ir šeimos gydytojų didelius darbo krūvius: *Mes turime 10 min. žmogui, o dar tą anketą užpildyti, ją išaiškinti, dar prikalbinti dalyvauti, paskui dar vėl tuos sąrašus nešk, tiesiog nėra laiko* [PAASPĮ – ŠG3]; <…> *jeigu su kiekvienu turėtume laiko po pusvalandį pašnekėti, tai ir įtikintum, bet kada pacientui yra 5 arba 6 minutės, tai yra pokalbis trumpas, ar pageidaujate, ar ne, ar norėtumėte eiti, ir dažniausias atsakymas ne* [PAASPĮ – AD1]. Du informantai organizacine kliūtimi įvardijo ilgą sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo trukmę: <…> *kai pildo klausimyną pacientai baigę programą, tai dažnai nurodo, kad jiems šiek tiek programa yra per ilga, nes faktiškai jie susitinka 16 val., tai trunka apie 2 mėn. ir dar tie tarpiniai susitikimai* [VSB – 2]; <…> *būna, kad pradėję dalyviai lankyti tą programą, o ji tęsiasi ištisus metus, tai dalis pacientų nebaigia tos programos, ilga trukmė ir kažkaip atkrenta paprasčiausiai* [VSB – 1], o vienas jų nurodė savivaldybės VSB specialistų, koordinuojančių sveikatinimo programą, motyvacijos stoką: <…> *žino, koks yra sudėtingas ir sunkus darbas, todėl kad išbandė ir taip, kad pasakytų, jog aš liksiu ir koordinuo-*

siu, turėsiu grupę, nežinau, bet nebenori darbuotojai [VSB – 2]. Dauguma informantų nurodė tarpasmenines kliūtis, tokias kaip pacientų sąmoningumo, motyvacijos stoka: <…> *sunku yra juos sukviesti, reikia po kelis kartus skambinti, kad įtikintum, tam pačiam žmogui* <…> *skambinėja* [savivaldybės VSB specialistė – *aut. past.*] *3–4 kartus, ten iš 4 karto, tai jau sako, gerai eisiu jau, kad nebeskambinėkit* [VSB – 1]; <…> *kliūtys, tiek kad prikalbinti reikia žmogų, pagrindinė kliūtis yra žmogui įteikti, kad jam reikia eiti,* <…> *ir to supratimo kažkaip trūksta, kad čia dėl jų sveikatos* [PAASPĮ – ŠG2]; pacientų laiko stygius: <…> *tai darbingo amžiaus žmonės, jie neturi tam laiko, kalbant apie tuos visus mokymus sveikatos biure* [PAASPĮ – ŠG4] bei pacientų ir šeimos gydytojų neigiamas požiūris į sveikatos stiprinimo programą: *Aš vieną dalyką tik pastebiu, kad labai negatyviai pacientai žiūri į mokymus* [PAASPĮ – AD1]; <…> *kai kurie gydytojai tikrai girdėjau, kad skeptiškai žiūri į tą pačią programą* [PAASPĮ – ŠG1].

Rezultatų aptarimas

Lietuvos gyventojų mirtingumo priežasčių struktūra nekinta jau kelis dešimtmečius – kraujotakos sistemos ligos ir piktybiniai navikai sudaro 76 proc. visų mirties priežasčių.[22] Šalyje didžiausias mirtingumas išlieka nuo išeminės širdies ligos – 2017 m. duomenimis, 63,4 proc. mirusiųjų[23] (šis mirtingumo rodiklis daugiau kaip keturis kartus didesnis už ES vidurkį[24]). Šalims investavus į širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją ir gydymą, sumažėtų priešlaikinis mirtingumas nuo LNL.[25] Nepaisant sveikatos priežiūros sistemoje taikytinų veiksmingų ir ekonomiškai efektyvių sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos intervencijų, EBPO šalys joms įgyvendinti skiria mažiau nei 3 proc. sveikatos priežiūros išlaidų.[26] Todėl šalys ieško efektyvesnių sveikatos priežiūros modelių, kuriuos taikant būtų teikiamos koordinuotos ir integruotos sveikatos priežiūros paslaugos.

Nuo 2014 m. Lietuvoje įgyvendinama sveikatos stiprinimo programa, sveikatos priežiūros sektoriams teikiant integruotas pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas. Atliktas šios programos įgyvendinimo savivaldybėje vienas pirmųjų tyrimų išryškino jos vykdymo aktualijas ir problemines sritis, kuriose reikėtų imtis veiksmų.

PAASPĮ ir savivaldybės VSB, vykdydami teisės akto priskirtas funkcijas[27], tarpusavyje derina sveikatos stiprinimo programos veiklas, tačiau būtina vystyti koordinuotą tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Pagrindinė tarpinstitucinio bendradarbiavimo forma, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą, yra oficialių dokumentų siuntimas elektroniniu paštu. Be to, savivaldybės VSB atstovai, prisiimdami atsakomybę už programos įgyvendinimo rezultatus, plėtoja dialogą organizuodami susitikimus PAASPĮ. Nors bendradarbiavimą inicijuoja savivaldybės VSB, jam vystyti reikalingas PAASPĮ indėlis. Tyrimas leidžia teigti, kad PAASPĮ taikomas ligų diagnozavimo ir gydymo modelis, o LNL valdymo mo-

22 *Lietuvos sveikatos statistika 2017*. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2018, <http://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/Lietuvos_sveikatos_statistika_2017_2.pdf> [žiūrėta 2019-08 26].

23 *Ibid.*

24 *Lithuania: Country Health Profile 2017*, *supra note* 12.

25 Bertram, M. Y., Sweeny, K., Lauer, J. A., et al., Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services, *Lancet*, 2018, 391: 2071–2078.

26 Gmeinder, M., Morgan, D., Muelle, M., How much do OECD countries spend on prevention? *OECD Health Working Paper*, Nr. 101. Paris: OECD, 2017.

27 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979, *supra note* 17.

delių, efektyviai taikomų kitų šalių pirminės sveikatos priežiūros sistemose[28], įgyvendinimas ribotas. Šiems modeliams ir kitoms LNL valdymo intervencijoms įgyvendinti būtina stiprinti pirminę sveikatos priežiūros sistemą.

Atliktas tyrimas išryškino sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo sistemines, organizacines ir tarpasmenines kliūtis. Sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą riboja galiojantys teisės aktai (apima ir sudarytas bendradarbiavimo sutartis tarp PAASPĮ ir savivaldybės VSB), kurie neįpareigoja PAASPĮ siųsti pacientų dalyvauti joje (neapibrėžti programos įgyvendinimo rodikliai, jie neįtraukti į PAASPĮ siektinų veiklos vertinimo rodiklių ar šeimos gydytojų gerų darbo rezultatų rodiklių sąrašą). Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė pažymi, kad šalyje dar nesusiformavo praktika, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai nukreiptų gyventojus į visuomenės sveikatos biurus, teikiančius sveikatos stiprinimo paslaugas, todėl neužtikrinama, jog šiomis paslaugomis naudotųsi didžiausią ligų riziką turintys gyventojai ir mažėtų sveikatos netolygumai šalyje.[29] Be to, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą stinga politinio palaikymo ir kryptingų veiksmų savivaldybėse. Nors teisės aktas reglamentuoja savivaldybės administracijos įgaliojimus įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą[30], nepakankamai įgyvendinamos savivaldybės gydytojui priskirtos funkcijos.[31] Savivaldybės gydytojas, vykdydamas jam pavestas funkcijas[32], turėtų imtis lyderystės vystant tarpinstitucinį bendradarbiavimą, įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą. Nacionalinė sveikatos taryba, Lietuvos Respublikos Seimui atskaitinga sveikatos politikos koordinavimo institucija, išreiškusi susirūpinimą sveikatos politikos įgyvendinimu savivaldybių lygmeniu, ragina stiprinti savivaldybės gydytojo instituciją.[33] Sistemos lygmeniu lieka spręstini sveikatos stiprinimo programos organizavimo ir valdymo klausimai, lemiantys jos įgyvendinimo efektyvumą. Vadovaujantis 2018 m. sveikatos stiprinimo programos vykdymo ataskaita, rizikos grupei priklausančių asmenų dalyvavimo joje apimtis yra maža (dalyvavo 1469 asmenys, iš jų 387 asmenys (26,34 proc.) programos nebaigė).[34] Vertinant programą baigusių rizikos grupės asmenų sveikatos būklės ir gyvensenos rodiklių reikšmių pokyčių duomenis, itin pagerėjo savijautos (80 proc.), fizinio aktyvumo (79 proc.) ir mitybos (78 proc.) (ypač daržovių ir vaisių, riebaus maisto vartojimo) rodikliai. Kitų rodiklių reikšmių (kraujo biocheminiai ir kraujotakos rodikliai, fiziniai kūno rodikliai, alkoholio vartojimas ir rūkymas) teigiami pokyčiai mažesni.[35] Savivaldybių VSB įgyvendinama sveikatos stiprinimo programa siekiama rizikos grupės asmenims suteikti žinių ir keisti jų gyvensenos įpročius. Šios programos koncepcija yra iš karto mažinti kelis LNL ligų (širdies ir kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto) rizikos veiksnius, todėl ją galima laikyti daugelio veiksnių intervencija (angl. *multifactorial intervention*),

28 Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., et al., Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 2015, 15: 194.

29 *Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse.* Valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-2-3. Valstybės kontrolė. Vilnius, 2015.

30 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979, *supra note* 17.

31 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. lapkričio 17 d. įsakymas Nr. V-1299 „Dėl Savivaldybės gydytojo pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2015, Nr. 18498.

32 *Ibid.*

33 Nacionalinės sveikatos tarybos 2015 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. N-1 „Dėl savivaldybės gydytojo vaidmens sveikatinimo veikloje“, <http://sveikatostaryba.lt/wp-content/uploads/2017/01/del-savivaldybes-gydytojo-vaidmens-sveikatinimo-veikloje-1.pdf> [žiūrėta 2019-08-26].

34 *2018 m. širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto grupių asmenų sveikatos stiprinimo programos vykdymo ataskaita*, *supra note* 19.

35 *Ibid.*

taikoma rizikos grupės asmenims. Yra įrodymų, kad pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose ar bendruomenėse teikiamos tokios daugelio veiksnių intervencijos, valdant širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius, turi didesnį teigiamą poveikį asmenų sveikatos būklės rodiklių (pavyzdžiui, sistolinio ir diastolinio arterinio kraujospūdžio, cholesterolio) nei gyvensenos (pavyzdžiui, rūkymo, mitybos ir kt.) pokyčiams.[36], [37] Valdant LNL Lietuvoje, iššūkis yra taikomų priemonių efektyvumo vertinimas ir įrodymais grįstų priemonių įgyvendinimas sveikatos priežiūros sistemoje, siekiant laukiamų ilgalaikių rezultatų.

Šalinant sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo kliūtis PAASPĮ aktualu įgyvendinti organizacinius pokyčius (pavyzdžiui, stiprinti komandinį darbą, taikyti skatinančią siekti gerų darbo rezultatų apmokėjimo sistemą ir pan.). Tyrimas rodo, kad PAASPĮ reikėtų savivaldybės VSB paramos didinant pacientų informuotumą ir motyvaciją, siekiant jų aktyvaus dalyvavimo sveikatos stiprinimo programoje. Be to, savivaldybėje spręstinas klausimas yra ir socialinių partnerių įtraukimas į sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą, siekiant ilgalaikio jos rezultato.

Įgyvendinant sveikatos stiprinimo programą svarbu ne tik pasiekti rodikliai (dalyvavusių rizikos grupės asmenų apimtys), bet ir gebėjimas sukurti tvarią partnerystę, paremtą pasidalyta lyderyste ir glaudžiu bendradarbiavimu, leidžiančiu abiem sveikatos sektoriams įgyvendinti naudingus strateginius tikslus, kuriuos būtų sudėtingiau pasiekti atskirai vykdomomis priemonėmis.

Išvados

PAASPĮ ir savivaldybės VSB pagrindinės bendradarbiavimo formos lieka oficialių dokumentų siuntimas elektroniniu paštu ir darbo susitikimai PAASPĮ, todėl jų bendradarbiavimui plėtoti būtina, kad savivaldybės VSB aktyviai įsitrauktų didinant rizikos grupės asmenų dalyvavimo apimtis, PAASPĮ koordinuotų sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą ir inicijuotų bendradarbiavimą su savivaldybės VSB.

Pagrindinės sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimo kliūtys: sisteminiu lygmeniu – teisinis reglamentavimas; organizaciniu – savivaldybės gydytojo ir PAASPĮ administracijos reikalingų veiksmų stoka, neefektyvus šeimos gydytojų darbo organizavimas, nepakankamas sveikatos stiprinimo programos koordinavimas PAASPĮ; tarpasmeniniu – pacientų motyvacijos stoka, jų ir šeimos gydytojų vyraujantis neigiamas požiūris į sveikatos stiprinimo programos įgyvendinimą.

Padėka

Straipsnio autorės dėkoja Panevėžio miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų atstovams už bendradarbiavimą ir dalyvavimą tyrime.

36 Sisti, L. G., Dajko, M., Campanella, P., et al., The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis of trials conducted in the general population and high risk groups, *Preventive Medicine*, 2018, 109: 8–97.

37 Alvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Martinez-Andres, M., et al., Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review of systematic reviews, *Preventive Medicine*, 2015, 76: 68–75.

Literatūra

1. Alvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Martinez-Andres, M., et al., Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review of systematic reviews, *Preventive Medicine*, 2015, 76: 68–75.
2. Bertram, M. Y., Sweeny, K., Lauer, J. A., et al., Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services, *Lancet*, 2018, 391: 2071–2078.
3. Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., et al., *The global economic burden of non-communicable diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011.
4. Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., et al., Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review, *BMC Health Services Research*, 2015, 15: 194.
5. *2018 m. širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto grupių asmenų sveikatos stiprinimo programos vykdymo ataskaita.* Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Vilnius, 2018, <http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/neinfekcines/SKL%20programos%20vykdymas%202018/SKL_CD_programos_ataskaita_2018_.pdf> [žiūrėta 2019-08-26].
6. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. World Health Organization. Geneva: WHO, 2013.
7. Gmeinder, M., Morgan, D., Muelle, M., How much do OECD countries spend on prevention? *OECD Health Working Paper*, Nr. 101. Paris: OECD, 2017.
8. Gurevičius, R., Valentienė, J., Kutkaitė, S., *Sveikatos sinergija – ateities sveikatos modelio sėkmės garantas.* Vilnius, 2012.
9. *Health at a Glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle*. Organization for Economic Co-Operation and Development. Paris: OECD, 2018.
10. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 73-3498.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 104-3856.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 145-5288.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 117-4249.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2009, Nr. 79-3321.

15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979 „Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų ir cukrinio diabeto rizikos grupių asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2016, Nr. 13068.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. lapkričio 17 d. įsakymas Nr. V-1299 „Dėl Savivaldybės gydytojo pavyzdinių nuostatų patvirtinimo, *Teisės aktų registras*, 2015, Nr. 18498.
17. *Lietuvos sveikatos statistika 2017*. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2018, <http://hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_sveik_stat_health/Lietuvos_sveikatos_statistika_2017_2.pdf> [žiūrėta 2019-08 26].
18. *Lithuania: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU*. Organization for Economic Co-Operation and Development and European Observatory on Health Systems and Policies. Paris: OECD / Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2017.
19. Lorenzoni, L., Marino, A., Morgan, D., James, C., Health spending projections to 2030: new results based on a revised OECD methodology. *OECD Health Working Paper*, Nr. 110. Paris: OECD, 2019.
20. Nacionalinės sveikatos tarybos 2015 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. N-1 „Dėl savivaldybės gydytojo vaidmens sveikatinimo veikloje“, <http://sveikatostaryba.lt/wp-content/uploads/2017/01/del-savivaldybes-gydytojo-vaidmens-sveikatinimo-veikloje-1.pdf> [žiūrėta 2019-08-26].
21. *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. A/RES/73/2. Nations General Assembly. Resolution adopted by the United Nations General Assembly on 10 October 2018.
22. *Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases*. World Health Organization. WHO: Geneva, 2018.
23. Sisti, L. G., Dajko, M., Campanella, P., et al., The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis of trials conducted in the general population and high risk groups, *Preventive Medicine*, 2018, 109: 8–97.
24. *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organization. WHO: Geneva, 2017.
25. *Towards an EU strategic framework for the prevention of non-communicable diseases (NCDs)*. European Chronic Disease Alliance (ECDA), European Public Health Alliance (EPHA) and NCD Alliance, 2019.
26. *Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse.* Valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-2-3. Valstybės kontrolė. Vilnius, 2015.
27. Židžiūnaitė, V., Sabaliauskas, S., *Kokybiniai tyrimai: principai ir metodai*. Vilnius: Vaga, 2017.

THE HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR INDIVIDUALS AT RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASES AND DIABETES IMPLEMENTATION IN MUNICIPALITY: THE STAKEHOLDERS' PERSPECTIVE

Summary. *This article analysis the health promotion program for individuals at risk for cardiovascular diseases and diabetes implemented jointly by primary health care institutions and the public health bureau in the municipality of Panevėžio city. A qualitative study using a semi-structured interview method was performed in January – February 2018, involving ten representatives of primary health care institutions and the public health bureau which have concluded the cooperation agreement.*

In the context of the health promotion program implementation, the main collaboration forms between primary health care institutions and the public health bureau remain sending official documents by email and meetings in primary health care institutions. The key prerequisites for the development of closer collaboration are an active involvement of the public health bureau in increasing participation rates of individuals at risk, primary health care institutions actions to strengthen the coordination of the health promotion program implementation in primary health settings and to initiate collaboration with the public health bureau. The main barriers of the implementation of the health promotion program were identified at systemic, organizational and interpersonal levels: legal regulation; the lack of actions of the municipality doctor and administration of primary health care institutions, ineffective work organization of family physicians, insufficient coordination of the health promotion program in primary health settings, the lack of patients motivation, their and family physicians negative attitudes forwards the implementation of the health promotion program.

Keywords: *cardiovascular diseases, diabetes, health promotion program, primary health care, public health care, integration of services.*

Žydrūnė Šedytė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto magistrė.

Gintarė Petronytė, biomedicinos mokslų daktarė, Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Politikos mokslų instituto lektorė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos technologijų vertinimas, sveikatos sistemos tyrimai, sveikatos politika.

Žydrūnė Šedytė, postgraduate at Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science.

Gintarė Petronytė, doctor of Biomedicine Science, Mykolas Romeris University, Faculty of Public Governance, Institute of Political Science, lecturer. Research interests: health technology assessment, health system research, health policy.