

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

AUŠRA EIGIRDAITĖ

ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCINIŲ PROGRAMŲ
ĮGYVENDINIMO PIRMINĖJE AMBULATORINĖJE ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDYJE VERTINIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

dr. Gintarė Petronytė

VILNIUS

2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCINIŲ PROGRAMŲ
ĮGYVENDINIMO PIRMINĖJE AMBULATORINĖJE ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDYJE VERTINIMAS

Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621L22004

Vadovas

_____ dr. G. Petronytė

2013 -

Recenzentas

Atliko SPVmns1-01 gr. stud.

_____ A. Eigirdaitė

2013

2013 03 26

VILNIUS

2013

TURINYS

ĮVADAS	8
1. VĖŽIO KONTROLĖS IR PREVENCIJOS POLITIKA BEI ĮGYVENDINIMAS EUROPOJE IR LIETUVOJE.....	11
1.1. Vėžio kontrolės politika Europoje	11
1.2. Vėžio kontrolės planai Europos šalyse: atrankinės vėžio ankstyvosios patikros programos	15
1.3. Vėžio kontrolės politika Lietuvoje: onkologinių ligų prevencinės programos ir jų teisinis reglamentavimas	22
1.4. Onkologinių ligų prevencinių programų finansavimo ir įgyvendinimo Lietuvoje analizė	28
1.5. Užsienio šalių praktika įgyvendinant antrankines vėžio ankstyvosios patikros programas	34
2. ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVCINIŲ PROGRAMŲ ĮGYVENDINIMO PIRMINĖJE AMBULATORINĖJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDYJE VERTINIMAS	38
2.1. Tyrimo metodai ir organizavimas	38
2.2. Sergamumo ir mirtingumo onkologinėmis ligomis dinamikos Lietuvoje 2000–2009 m. prevencinių programų įgyvendinimo kontekste analizė	41
2.3. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo vertinimas Lietuvos gydytojų požiūriu. 54	
2.4. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo vertinimas Vilniaus m. savivaldybės PAASPI administratorių požiūriu	72
IŠVADOS	81
REKOMENDACIJOS	82
LITERATŪROS SĄRAŠAS	83
ANOTACIJA	91
ABSTRACT	91
SANTRAUKA	92
SUMMARY	93
PRIEDAI	95

LENTELĖS

1 lentelė. Atrankinės krūties, gimdos kaklelio ir storosios žarnos vėžio ankstyvosios patikros programos Europos Sąjungoje šalyse pagal jų tipus ir įgyvendinimą	18
2 lentelė. Europos Sąjungos šalyse įgyvendinamų atrankinių krūties, gimdos kaklelio, storosios žarnos vėžio ankstyvosios patikros programų tikslinės grupės ir jų patikrų dažnis	19
3 lentelė. Tarptautinių organizacijų rekomendacijos dėl atrankinės vėžio ankstyvosios patikros	20
4 lentelė. Gydytojų pasiskirstymas atsižvelgiant į regionus ir apskritis	40
5 lentelė. Gydytojų, į klausimą „ar skatinimas pakankamas“ atsakiusių <i>Taip</i> , pasiskirstymas atsižvelgiant į regionus	70
6 lentelė. Administratorių požiūris į prevencines programas	72
7 lentelė. Finansinio skatinimo problemos PAASPI įgyvendinant prevencines programas	76
8 lentelė. Funkcijų perskirstymo problemos įgyvendinant PP	78
9 lentelė. PP įgyvendinimo organizacinės problemos	79
10 lentelė. Visuomeninio intereso trūkumas įgyvendinant prevencines programas	80

PAVEIKSLAI

1 pav. Visuomenės sveikatos programoms tenkančios išlaidos Europos Sąjungos šalyse proc. nuo sveikatos sektoriui skirtų lėšų	28
2 pav. Prevencinių programų įgyvendinimui iš PSDF biudžeto skirtos ir panaudotos lėšos	29
3 pav. Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos patikrų apimtys 2004–2011 m.	31
4 pav. Krūties vėžio prevencinės programos patikrų apimtys 2005–2011 m.	32
5 pav. Priešinės liaukos vėžio prevencinės programos patikrų apimtys 2006–2011 m.	33
6 pav. Storosios žarnos vėžio prevencinės programos patikrų apimtys 2006–2011 m.	33
7 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio Europos Sąjungos šalyse	42
8 pav. Lietuvos moterų sergamumo ir mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamika 2000-2009 m.	43
9 pav. PP atrankinės amžiaus gr. moterų sergamumo ir mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamika 2000-2009 m.	43
10 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. moterų sergamumo gimdos kaklelio vėžiu dinamika 2000-2009 m.	44
11 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. moterų mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžiu dinamika 2000-2009 m.	44

12 pav. Naujai išaiškintų gimdos kaklelio vėžio stadijų dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje	44
13 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo krūties vėžio Europos Sąjungos šalyse	45
14 pav. Lietuvos moterų sergamumo ir mirtingumo nuo krūties vėžio dinamika 2000-2009 m.	46
15 pav. PP atrankinės amžiaus gr. moterų sergamumo ir mirtingumo nuo krūties vėžio dinamika 2000-2009 m.	46
16 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. moterų sergamumo krūties vėžiu dinamika 2000-2009 m.	47
17 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. moterų mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamika 2000-2009 m.	47
18 pav. Naujai išaiškintų krūties vėžio stadijų dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje	47
19 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo priešinės liaukos vėžio Europos Sąjungos šalyse	48
20 pav. Lietuvos vyrų sergamumo ir mirtingumo nuo priešinės liaukos vėžio dinamika 2000-2009 m.	49
21 pav. PP atrankinės amžiaus gr. vyrų sergamumo ir mirtingumo nuo priešinės liaukos vėžio dinamika 2000-2009 m.	49
22 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. vyrų sergamumo priešinės liaukos vėžiu dinamika 2000-2009 m.	50
23 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. vyrų mirtingumo nuo priešinės liaukos vėžio dinamika 2000-2009 m.	50
24 pav. Naujai išaiškintų priešinės liaukos vėžio stadijų dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje	50
25 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio Europos Sąjungos šalyse	52
26 pav. Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo storosios žarnos vėžio dinamika 2000-2009 m.	53
27 pav. PP atrankinės amžiaus gr. asmenų sergamumo ir mirtingumo nuo storosios žarnos vėžio dinamika 2000-2009 m.	53
28 pav. Naujai išaiškintų storosios žarnos vėžio stadijų dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje	53
29 pav. Gyventojų informuotumas apie PP gydytojų požiūriu	55
30 pav. Gydytojų nuomonė apie gyventojų dalyvavimo PP supratimą.....	56
31 pav. Gydytojų nuomonė apie gyventojų dalyvavimo PP motyvaciją.....	57
32 pav. Priežastys lemiančios nepakankamai aktyvų gyventojų dalyvavimą PP gydytojų požiūriu	57
33 pav. Gydytojų, teikiančių ir neteikiančių prevencinių programų paslaugas, dalis (proc.)	59
34 pav. PAASPI taikomi gyventojų informavimo būdai apie PP	61
35 pav. PAASPI specialistų, vertinančių gyventojų PP tyrimų (atsakymų) rezultatus, dalis.....	63
36 pav. Gyventojų PP tyrimų rezultatų (atsakymų) įvertinimo laikas PAASPI.....	64

37 pav. Gyventojų informavimo būdai apie jų PP tyrimų rezultatus	65
38 pav. Prevencinių programų įgyvendinimo organizavimo vertinimas gydytojų požiūriu	66
39 pav. Gydytojų požiūris į prevencines programas	67
40 pav. Veiksniai motyvuojantys gydytojus vykdyti PP pagal jų svarbą.....	68
41 pav. Priežastys, dėl kurių, gydytojų nuomone, PP paslaugomis pasinaudoja ne visi atrankinių amžiaus grupių asmenys	68
42 pav. Priežastys, dėl kurių gydytojai neinformuoja atrankinės amžiaus grupės asmenų apie PP.....	69
43 pav. Priemonės gerinančios PP įgyvendinimą gydytojų požiūriu	71

NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI

PP – Prevencinės programos

PAASPI – Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga

PSP – Pirminė sveikatos priežiūra

OECD – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (*angl. - Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*)

ES – Europos Sąjunga

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

VLK – Valstybinė ligonių kasa

IVADAS

Temos aktualumas. Onkologinių ligų prevencija Lietuvoje prioritetinga sveikatos apsaugos sritis, nes onkologinės ligos yra pagrindinės sergamumo ir mirtingumo priežastys po širdies–kraujagyslių ligų. 2011 m. mirtys nuo piktybinių navikų sudarė 19,8 proc. visų mirties priežasčių Lietuvoje.¹ Be to, Lietuvos gyventojų mirtingumas ir sergamumas onkologinėmis ligomis vienas didžiausių Europoje.²

Lietuvos gyventojų mirtingumo ir sergamumo nuo onkologinių ligų mažinimas buvo iškeltas specialiauoju tikslu Lietuvos Sveikatos programoje ilgiau nei dešimtmetį (1998–2010 m.).³ Remiantis sveikatos technologijų vertinimo, mokslo įrodymais pagrįstų tyrimų rezultatais bei užsienio šalių patirtimi, viena efektyviausių vėžio kontrolės ir prevencijos priemonių pripažįstamas atrankinės vėžio ankstyvosios patikros programų įgyvendinimas šalyje.⁴ Įvairių užsienio šalių patirtimi įdiegtas minėtas programas sergamumą onkologinėmis ligomis galima sumažinti 30–70 proc., mirtingumą – apie 30 proc. per 5 metus.⁵ Atsižvelgiant, į tai, kad atrankinės vėžio ankstyvosios patikros programos laikomos visuomenės sveikatos intervencijomis, kurias įgyvendinant galima ženkliai sumažinti gyventojų mirtingumo ir sergamumo rodiklius šalyje, nuo 2004-ųjų metų Lietuvoje įgyvendinamos valstybinės atrankinės gimdos kaklelio⁶, krūties⁷, priešinės liaukos⁸ ir storosios žarnos⁹ vėžio patikros programos (toliau – prevencinės programos).

Kadangi, Lietuvoje, prevencinių programų vykdymas integruotas į asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą, apmokamą iš Privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, svarbų vaidmenį, įgyvendinant programas atlieka pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai. Literatūros duomenimis, paslaugų teikėjų požiūris į programas¹⁰, kliūtys su kuriomis susiduria įgyvendindami programas¹¹ ir programų įgyvendinimo organizavimas pirminės ambulatorinės asmens

¹ Higienos instituto sveikatos informacijos centras. „Mirties priežastys 2011“, 2012, p.7.

² *Health at a Glance: Europe 2012*, <www.oecd.org/health/healthataglance/europe> [žiūrėta 2013-02-25].

³ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. Žin., 1998, Nr. 64-1842.

⁴ Council of the European Union. „Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening“. 2003, 878/EC.

⁵ *NHS Cervical Screening Programme*, <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/about-cervical-screening.html>> [žiūrėta 2013-03-09].

⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 104-3856.

⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 117-4249.

⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 152-5617.

⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2009, Nr. 79-3321.

¹⁰ Line F., Jensen L. F., Mukai T. O., Andersen B., Vedsted P. „The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation“. *BMC Cancer*, 2012, 12:254.

¹¹ Guerra C. E., Schwartz J. S., Armstrong K., et al. „Barriers and facilitators to physician recommendation of colorectal cancer screening“. *J Gen Intern Med*, 2007, 22(12):1681–1688.

sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – PAASPI)¹², turi reikšmingos įtakos efektyviam programų įgyvendinimui šalyje ir dalyvių apimtimis jose.

Probleminiai klausimai. Atliktas Lietuvos sveikatos programos 1998-2010 m. laikotarpio įgyvendinimo įvertinimas išryškino neigiamus, Lietuvos gyventojų mirtingumo ir sergamumo mažinimo onkologinėmis ligomis, rezultatus.¹³ Tai leidžia teigti, kad prevencinių priemonių, kuriomis siekta sumažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą, taikymas šalyje nepakankamas. Šį teiginį pagrįsti leidžia ir Valstybinės ligonių kasos kaupiami duomenys apie programų įgyvendinimo rezultatus:¹⁴ Lietuvoje įgyvendinamų programų patikrų aprėptis nesiekia Europos Tarybos rekomenduojamų, ne mažesnių nei 80 proc., dalyvaujančiųjų apimčių. Be to, įgyvendinant programas kasmet nepanaudojamos visos jų vykdymui skirtos lėšos.¹⁴ Lietuvos autorių nuomone, viena pagrindinių priežasčių lemiančių per mažą pasitikrinusių asmenų skaičių esančių didžiausioje rizikos grupėje Lietuvoje yra programų įgyvendinimo organizavimo trūkumai.¹⁵

Darbo naujumas. Užsienio autorių atlikti tyrimai atskleidžia veikimo būdus, turinčius didžiausią poveikį gerinant prevencinių programų įgyvendinimą šalyse.¹⁶ Tuo tarpu, Lietuvoje iki šiol atlikta keletas tyrimų, analizuojančių atskirus, su prevencinių programų įgyvendinimu susijusius, klausimus, dažniausiai, aiškinantis gyventojų nedalyvavimo programose priežastis: gyventojų informuotumą apie programas,^{17, 18} dalyvavimo programose motyvus¹⁹ ir kt. Ekspertų atliktas prevencinių programų efektyvumo Lietuvoje vertinimas parodė, kad programos efektyvios, todėl rekomenduota tęsti jų vykdymą.²⁰ Visgi, nei pastarojo nei kitų Lietuvoje atliktų tyrimų metu neanalizuoti programų įgyvendinimo aspektai pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje programų paslaugų teikėjų požiūriu. Todėl, tikimasi, kad prevencinių programų įgyvendinimo vertinimas prevencinių programų paslaugų teikėjų – gydytojų ir administratorių – požiūriu, padės išsiaiškinti programų įgyvendinimo PAASPI problemas ir pateikti jų sprendimo būdus.

¹² Task Force on Community Preventive Services. „Recommendations for Client- and Provider-Directed Interventions to Increase Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening”. *Am J Prev Med*, 2008, 35(1S):21-25.

¹³ Sveikatos apsaugos ministerija. „Sveikatos reformų analizės atlikimas:Lietuvos sveikatos programos 1998-2010 vertinimas“. 2012, < http://www.sam.lt/go.php/lit/Sveikatos_sistemos_reformu_analize_placi/1186>, [žiūrėta 2013-03-06].

¹⁴ Valstybinė ligonių kasa, 2013, <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=139>> [žiūrėta 2013-01-18].

¹⁵ Smailytė G., Rimienė J., Gudlevičienė Ž., Aleknavičienė B. „Gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaka sergamumui gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje“. *Medicinos teorija ir praktika*, 2010, 16(2):152–157.

¹⁶ Brouwers M. C., De Vito C., Bahirathan L., et al. „Effective interventions to facilitate the uptake of breast, cervical and colorectal cancer screening: an implementation guideline”. *Brouwers et al. Implementation Science*, 2011, 6:112.

¹⁷ Starkuvienė S., Liaugaudaitė V. „Motelių nuomonė apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą ir dalyvavimą joje bei šeimos gydytojo vaidmenį vykdant ją“. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2010, 2: 93-97.

¹⁸ Šturienė R., Kalibatiene D., Gurevičius R. „Vyrų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką sąsajos su socialiniais ir demografiniais požymiais“. *Visuomenės sveikata*, 2012, 1(56):62-72.

¹⁹ Boguševičiūtė A., Diržytė A., Boguševičius A. „Motelių dalyvavimo atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programoje motyvai“. *Medicina*, 2003, 39(10):1007-1015.

²⁰ Pečiūra R. „Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas“. 2011, < http://ssvp.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/Peciura_Rimantas.pdf > [žiūrėta 2012-12-20].

Tyrimo objektas: Onkologinių ligų prevencinės programos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, ir jų įgyvendinimas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros grandyje.

Tyrimo dalykas: Onkologinių ligų prevencinių programų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, įgyvendinimo vertinimas.

Tyrimo tikslas – įvertinti onkologinių ligų prevencinių programų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, įgyvendinimą pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti mirtingumo ir sergamumo onkologinėmis ligomis dinamiką Lietuvoje 2000–2009 m. prevencinių programų įgyvendinimo kontekste.
2. Įvertinti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą Lietuvos gydytojų požiūriu.
3. Įvertinti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą Vilniaus m. savivaldybės PAASPI administratorių požiūriu.

Tyrimo hipotezė – onkologinių ligų prevencinių programų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, įgyvendinimas pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje nepakankamas dėl kliūčių, su kuriomis susiduria paslaugų teikėjai organizuodami programų įgyvendinimą.

Tyrimo metodai – aprašomasis, duomenų analizės ir 2 sociologiniai tyrimai: kiekybinis, taikant anketinės apklausos metodą ir kokybinis, taikant grupinės diskusijos metodą.

Darbo struktūra. Darbas susideda iš dviejų dalių ir pabaigoje pateikiamų išvadų ir rekomendacijų. Pirmoje dalyje apžvelgiama onkologinių ligų kontrolės ir prevencijos politika, dėmesį sutelkiant į atrankinės vėžio ankstyvosios patikros įgyvendinimą Europoje ir Lietuvoje. Antroje dalyje analizuojama sergamumo ir mirtingumo onkologinėmis ligomis dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje, bei prevencinių programų paslaugų teikėjų – gydytojų ir administratorių požiūris į prevencines programas, programų organizavimo ypatumai ir kliūtys įgyvendinant jas.

1. VĖŽIO KONTROLĖS IR PREVENCIJOS POLITIKA BEI ĮGYVENDINIMAS EUROPOJE IR LIETUVOJE

1.1. Vėžio kontrolės politika Europoje

Atsižvelgiant į kovos prieš onkologines ligas pažangą, našta Europos visuomenei išlieka didelė. 2012 m. Vienoje vykusioje spaudos konferencijoje pirmą kartą paskelbti moksliskai pagrįsti ekonominiai skaičiavimai apie onkologinių ligų sąlygojamą ekonominės naštos mastą Europoje. Oxfordo universiteto autorių duomenimis dėl onkologinių ligų Europa kasmet patiria 117 milijardo eurų dydžio nuostolius (234 eurų vienam ES piliečiui), kurie sudaro 36 proc. išlaidų tenkančių sveikatos priežiūrai ir sąlygoja 58 milijonus hospitalizacijos dienų. Autorių duomenimis, dėl onkologinių ligų nulemiamų priešlaikinių mirčių ir sergamumo prarandama atitinkamai 36 proc. ir 8 proc. valstybės pajamų.²¹ OECD tyrimų duomenimis, 2008 m. onkologinės ligos diagnozuotos 2,5 milijono Europos Sąjungos gyventojų.²² Europos Komisija pabrėžia, kad onkologinės ligos - antra dažniausių, po širdies kraujagyslių ligų, mirties priežasčių, 2008 m. Europoje sąlygojusi 1,2 milijono mirčių (29 proc. arba 3/10 vyrų mirčių; 23 proc. arba 2/10 moterų mirčių).^{22, 23}. PSO prognozuoja, kad dėl gyventojų senėjimo problemos mastas didės, ir atsižvelgiant į pastarojo meto tendencijas, 2030 m. kasmet diagnozuojamų naujų atvejų skaičius išaugs iki 22 mln. Ši projekcija 2030 m. lyginant su 2008 m. sudarytų 75 proc. onkologinių ligų sąlygojamos naštos padidėjimą.²⁴ Remiantis pateiktais faktais apibūdinančiais Europos šalių patiriamą sveikatos sistemų ir neigiamo poveikio visuomenės sveikatai naštą dėl piktybinių navikų, tampa aišku, kad onkologinių ligų prevencija prioritetinga sveikatos apsaugos sistemos srityje.

Europos masto bendradarbiavimas vėžio prevencijoje pradėtas plėtoti beveik prieš 30-metį pagal Europos Komisijos patvirtintą veiksmų programą „Europa prieš vėžį“ (inicijuota 1985 m.).²⁵ Atsižvelgiant į 1986 m. Europos ministrų tarybos patvirtintą rezoliuciją, kurioje išdėstytos pagrindinės pastabos ir rekomendacijos „Europa prieš vėžį“ programos įgyvendinimui, programos veiksmų priemonės nukreiptos į tris sritis: vėžio prevenciją, atrankinę patikrą ir visuomenės ir sveikatos

²¹ Luengo-Fernandez R., Leal J., Sullivan R. „Economic burden of malignant neoplasms in the European Union”. *Annals of Oncology*, 2012, 10:1093-95.

²² *Health at a Glance: Europe 2012*, <www.oecd.org/health/healthataglance/europe> [žiūrėta 2013-03-03].

²³ European Commission. Major and chronic diseases,

<http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/index_en.htm> [žiūrėta 2013-02-02].

²⁴ World cancer factsheet: Bray F., Jemal A., Grey N., Ferlay J., Forman D. „Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study”. *The Lancet Oncology*, 2012, 13(8):790-801.

²⁵ Commission to the European Communities. „Europe Against Cancer Programme”. European Council of 5-6 December, 1986. COM (86) 692.

specialistų švietimą ir mokymą.²⁵ 1987 m. patvirtintas pirmasis programos (1987-1989 m.) veiksmų planas.²⁶ Jame įtrauktos Europos Komisijos ir Tarybos pabrėžtos visuomenės sveikatos ugdymo ir prevencijos plėtros priemonės.²⁷ Vėliau patvirtinti ir kiti veiksmų planai (1990-1994 m.²⁸ ir 1996-2002 m.²⁹).

Siekiant nustatyti pažangą kovoje prieš vėžį Europoje, 2003 m. atliktas „Europa prieš vėžį“ programos poveikio gyventojų sveikatai vertinimas. Rezultatai parodė, kad tikslas, kuriuo buvo siekta sumažinti gyventojų mirtingumą nuo onkologinių ligų 15 proc. iki 2000 m.²⁶ (nuo 1000000 iki 850 000) įgyvendintas tik iš dalies. Nustatyta, kad Europos gyventojų mirtingumas nuo vėžio 2000 m. sumažėjo 9 proc., o rizika susirgti onkologine liga per 1985-2000 m. laikotarpį sumažėjo iki 10,5 proc. Paaikškėjo, kad „Europa prieš vėžį“ programos veiksmų pagalba Europoje 2000 m. išvengta 92 573 mirčių nuo vėžio.³⁰ Vertinimo duomenimis, daugumos šalių to meto vėžio mirtingumo tendencijos mažėjo. Mirtingumo mažėjimo nuo vėžio siekta ir ateities perspektyvoje, todėl Europos Komisijai pažymint prevencinės veiklos svarbą vėžio kontrolės srityje, 2003 m. patvirtinta trečioji „Europos kodekso prieš vėžį“ dalis. Joje pabrėžiama, kad „tam tikrų vėžio formų galima išvengti ir sveikatą apskritai pagerinti pradėjus sveikiau gyventi“, o taip pat, „vėžys gali būti išgydomas arba gerokai pagerėja jo gydymo galimybės, jeigu jis diagnozuojamas pakankamai anksti“. Įrodymais pagrįstame kodekse išdėstytos 11 rekomendacijų pabrėžė sveiko gyvenimo būdo ugdymo, riziką mažinančių veiksmų, atrankinės patikros ir vakcinacijos diegimo šalyse svarbą. Atrankinės patikros plėtrą šalyje rekomenduota diegti 8-10 kodekso rekomendacijomis. Kodekse aiškiai įvardinama, kad „yra visuomenės sveikatos atrankinės patikros programų, kurių dėka galima išvengti vėžio ar padidinti susirgusiųjų galimybę išgydyti“. Šalims rekomenduota diegti krūties, gimdos kaklelio bei storosios žarnos vėžio atrankinės patikros programas, akcentuojant, kad pastarosios turi atitinkti Europos Sąjungos dėl vėžio patologijos nustatytas nuostatas atrankinei patikrai, o kokybė turi būti kontroliuojama.³¹

2003 m. pripažįstant vėžio naštos reikšmę Europos gyventojams ir pažymint atrankinių vėžio patikrų veiksmingumą, siekiant sumažinti šios ligos naštą, Europos ministrų taryba priėmė

²⁶ Europe Against Cancer Programme Action Plan 1987-1989, <http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-86-159_en.htm> [žiūrėta 2013-02-03].

²⁷ Europe Council resolution, 1986. <http://europa.eu/rapid/press-release_IP-88-237_en.htm?locale=en;%20http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:41986X0723%2804%29:EN:HTML> [žiūrėta 2013-02-03].

²⁸ Europe Against Cancer Programme Action plan 1990-1994, <http://europa.eu/legislation_summaries/other/c11505b_en.htm> [žiūrėta 2013-02-03].

²⁹ Europe Against Cancer Programme Action plan 1996-2002, <<http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c11505c.htm>> [žiūrėta 2013-02-03].

³⁰ Boyle P., d'Onofrio A., Maisonneuve P., et al. „Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about?“ *Annals of Oncology*, 2003, 14:1312–1325.

³¹ Boyle P. „European Code Against Cancer“. Scientific Report, 2005, p.1-73.

rekomendaciją dėl krūtų, gimdos kaklelio bei storosios žarnos vėžio atrankinės patikros.³² Valstybėms narėms rekomenduota įgyvendinti nacionalines visų gyventojų vėžio atrankines patikros programas, tačiau pabrėžta, kad programų efektyvumas gali būti pasiekiamas tik visais lygmenimis užtikrinant jų kokybę. Šiuo tikslu, Europos komisijos patvirtintos krūtų,³³ gimdos kaklelio³⁴ bei storosios žarnos vėžio³⁵ atrankinės patikros diagnostikos ir kokybės užtikrinimo gairės. Gairėse išdėstyta, per daugelį metų įvairių ekspertų sukaupta patirtis ir pasiekimais pagrįsta informacija, kuri prieinama bet kuriai Europos Sąjungos narės institucijai ir jos piliečiui, tikintis, kad informacija suteiks pridėtinės vertės šalyse narėse gerinant vėžio kontrolę.³³⁻³⁵ Be to, naujų vėžio atrankinės patikros gairių, kaip geros sveikatos propagavimo priemonės senstančioje Europoje, svarba nustatyta ir Europos sveikatos priežiūros strategijoje, kurioje įvardinami svarbiausi sveikatos srities tikslai ir prioritetai.³⁶

Rekomendacijas dėl atrankinės vėžio patikros įgyvendinimo 2003 m.³⁷, 2006 m.³⁸ ir 2008 m.³⁹ priimtomis rezoliucijomis parėmė ir Europos Parlamentas. 2003 ir 2006 m. patvirtintomis rezoliucijomis dėl krūtų vėžio išsiplėtusioje Europos Sąjungoje, siekiant drauge stoti į kovą prieš vėžį, Europos Parlamento rekomenduota krūtų vėžio prevenciją šalių narių sveikatos politiniuose dokumentuose numatyti prioritetine sveikatos apsaugos sritimi.^{37, 38} Prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos svarba pabrėžta ir 2008 m. Europos Parlamento patvirtintoje rezoliucijoje dėl kovos su vėžiu išsiplėtusioje Europos Sąjungoje. Europos Parlamentas skatino Europos Sąjungos ekspertų grupę atlikti naujus tyrimus ir diegti priemones, kurias taikant gyventojų ankstyvosios diagnostikos patikros iki 2018 m. padidėtų bent 50 proc.³⁹

Onkologinių ligų prevencijos nustatymo prioritetine nacionalinės sveikatos politikos sritimi svarba pabrėžta ir 2008 m. Europos Parlamento priimtoje rezoliucijoje „Kartu sveikatos labui: 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“. Rezoliucijoje išdėstyta, kad visapusiškai organizuotos patikros programos šalyje yra vienos efektyviausių priemonių, siekiant sumažinti gyventojų mirtingumą ir sergamumą nuo onkologinių ligų ir gerinant ankstyvąją ligų diagnostiką ir gydymą.⁴⁰

³² Council of the European Union. „Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening“. 2003, 878/EC.

³³ European Commission. „European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis“. 4th edition. 2006, p. 1-30.

³⁴ European Commission. „European guidelines for quality assurance in cervical screening“. 2nd edition. 2008, p. 1-324.

³⁵ European Commission. „European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis“. 1st edition. 2010, p. 1-32.

³⁶ Europos sveikatos priežiūros strategija, <http://eur-lex.europa.eu/lt/dossier/dossier_36.htm> [žiūrėta 2013-02-12].

³⁷ 2003 m. birželio 5 d. „Europos Parlamento rezoliucija dėl krūtų vėžio Europos Sąjungoje“. 2004, OL C 68 E, p. 611.

³⁸ 2006 m. spalio 25 d. „Europos Parlamento rezoliucija dėl krūtų vėžio išsiplėtusioje Europos Sąjungoje“. 2006, OL L 313 E, p. 273.

³⁹ 2008 m. balandžio 10 d. „Europos Parlamento rezoliucija dėl kovos su vėžiu išsiplėtusioje Europos Sąjungoje“. P6_TA(2008)0121.

⁴⁰ 2008 m. spalio 9 d. Europos Parlamento rezoliucija „Kartu sveikatos labui: 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“. P6_TA(2008)0477.

Europos Sąjungos Taryba taipogi parodė politinį įsipareigojimą ir suteikė tolesniems Europos kovos su vėžiu veiksams strateginę kryptį. 2008 m. Taryba surengė viešus debatus ir priėmė išvadas dėl vėžio naštos mažinimo. Jose pripažinta, kad trečdalis susirgimų dėl vėžio galima išvengti taikant profilaktikos priemones. Kadangi onkologinių ligų profilaktika pripažinta veiksmingiausia, ilgalaikį poveikį lemiančia priemone kovojant su vėžiniais susirgimais, Europos Tarybos išvadose pabrėžta, kad būtina gerinti gyventojų informuotumą šioje srityje. Šalims narėms rekomenduota imtis veiksmų šiose srityse: sveiko gyvenimo būdo propagavimas, ankstyva ligų diagnostika atliekant atrankinių grupių patikrą, kancerogenų poveikio gyventojų darbo ir gyvenamojoje aplinkoje mažinimas ir maisto sauga. Išvadose dėl vėžio naštos mažinimo Taryba ragino „valstybes nares parengti ir įgyvendinti visapusiškas kovos su vėžiu strategijas arba planus“, o „Europos Komisiją pateikti Europos Sąjungos kovos su vėžiu veiksmų planą, apimančią vėžio kontrolės visus aspektus ir skatinti keitimąsi informacija bei patirtimi“.⁴¹

Remiantis pastaraisiais Europos Parlamento ir Europos Tarybos dokumentais, kuriuose akcentuojama, jog esama sričių, kuriose veikdamos savarankiškai valstybės narės nepajėgia veiksmingai siekti norimų tikslų, tarp šalių narių esti sveikatos priežiūros netolygumai, o Europos Sąjunga įsipareigojusi parengti bendrąją sveikatos priežiūros politiką, kurią vykdant būtų užtikrinta pridėtinė vertė, Europos Komisija pasiūlė Europos partnerystę kovai su vėžiu 2009-2013 m. laikotarpiu. Partnerystės kovai su vėžiu tikslu numatyta remti valstybes nares kovoje su vėžiu suteikiant galimybes identifikuoti informaciją, pajėgumus ir žinias vėžio prevencijos ir kontrolės srityje ir jais dalintis, įtraukiant atitinkamas suinteresuotąsias šalis visoje Europos Sąjungoje į bendrus kovos su vėžiu veiksmus. „Kova su vėžiu: Europos partnerystė“ komunikate pateikiami Europos partnerystės kovai su vėžiu tikslai, nustatytos veiksmų sritys ir būsimi veiksmai. Vieno iš veiksmų tikslas – „mažinti vėžio naštą, siekiant 100 proc. gyventojų aprėpties, atliekant krūties, gimdos kaklelio ir storosios žarnos vėžio atrankinę patikrą, kaip nustatyta Tarybos rekomendacijoje dėl vėžio atrankinės patikros iki 2013 m.“. Siekiant šio tikslo valstybėms narėms rekomenduojama skatinti didelio masto informavimo apie vėžio atrankinę patikrą kampanijas, skirtas plačiajai visuomenei ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams“.⁴² Nors bendrų veiksmų kovoje prieš vėžį Europoje imtasi daug, pabrėžtina, kad vadovaujantis sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 168 straipsniu, veiksmai susiję su sveikatos sritimi pirmiausia priklauso valstybių narių kompetencijai.⁴³

⁴¹ Council of the European Union. Council conclusions on reducing the burden of cancer. 2008, <http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lisa/101031.pdf> [žiūrėta 2013-02-10].

⁴² Commission of the European Communities. „Communication of 24 June 2009 on action against cancer: European partnership“. 2009, COM 291/4.

⁴³ Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo (168 str.), <<http://eur-law.eu/LT/Sutarties-Europos-Sajungos-veikimo-suvestine-redakcija-TRECIOJI-DALIS-487384,d>> [žiūrėta 2013-02-20].

1.2. Vėžio kontrolės planai Europos šalyse: atrankinės vėžio ankstyvosios patikros programos

XXI a. pradžioje Europos šalyse narėse pradėti rengti, viešinti ir įgyvendinti valstybiniai vėžio kontrolės planai.⁴⁴ PSO pastaruosius apibrėžia kaip visuomenės sveikatos programas, kuriomis siekiama sumažinti gyventojų mirtingumą ir sergamumą nuo vėžio bei pagerinti sergančiųjų gyvenimo kokybę, sistemingai ir tolygiai įgyvendinant įrodymais pagrįstas strategijas: prevencijos, ankstyvos diagnostikos, gydymo, reabilitacijos, paliatyvios pagalbos ir tyrimų srityse, efektyviai panaudojant turimus išteklius.⁴⁵

Europos Komisijos duomenimis, įgyvendinant gerai parengtus ir tinkamai valdomus šalių narių vėžio kontrolės planus galima sumažinti vėžio ir mirties nuo vėžio atvejų skaičių, kai kuriais atvejais daugiau nei 70 proc., o taip pat, pagerinti vėžiu sergančiųjų gyvenimą, nepaisant to, kokių išteklių trūksta atitinkamai šaliai. Europos Komisijos požiūriu, tokių planų parengimas darniai prisidėtų prie ilgalaikio Europos partnerystės tikslo įgyvendinimo iki 2020 m. sumažinti vėžio naštą 15 proc. Todėl Europos Komisijos komunikate nurodoma, kad baigiantis Europos partnerystei kovoje su vėžiu, t.y. 2013 m. pabaigoje siekiama, kad visos valstybės narės turėtų integruotus vėžio kontrolės planus.⁴⁶

Išankstinis Europos partnerystės veiksmų, rengiant integruotus vėžio kontrolės planus šalyse, vertinimas išryškino esamą šalių narių vėžio kontrolės planų rengimo ir įgyvendinimo padėtį. Vertinimo duomenimis, valstybinę vėžio kontrolės strategiją, planą ar programą parengusios 24 iš 29 (83 proc.) Europos valstybių: Belgija, Kipras, Čekijos Respublika, Danija, Estija, Suomija, Prancūzija, Vokietija, Graikija, Vengrija, Airija, Italija, Latvija, Lietuva, Malta, Olandija, Norvegija, Lenkija, Portugalija, Rumunija, Slovėnija, Ispanija, Švedija ir Anglija. 15 iš jų (51 proc.) įgyvendina Valstybinius vėžio kontrolės planus, 5 šalys - Valstybines vėžio kontrolės strategijas, o likusios šalys narės - kitus politinius dokumentus: Valstybinius vėžio kontrolės planus ir strategijas, Valstybines vėžio prevencijos ir kontrolės programas ir kt. (toliau tekste visi vėžio kontrolės politiniai dokumentai – vėžio kontrolės planai).^{47, 48}

Europos valstybės narės, kurios nėra parengusios valstybinių vėžio kontrolės planų (Ausrija, Bulgarija, Islandija, Liuksemburgas ir Slovakijos Respublika) valstybinę vėžio kontrolę ir prevenciją

⁴⁴ European Commission. National Cancer Plans, <<http://www.epaac.eu/national-cancer-plans>> [žiūrėta 2013-02-20].

⁴⁵ World Health Organization, National cancer control programmes, <<http://www.who.int/cancer/nccp/en/>> [žiūrėta 2013-02-20].

⁴⁶ Commission of the European Communities. „Communication of 24 June 2009 on action against cancer: European partnership”. 2009, COM 291/4.

⁴⁷ Gorgojo L. Harris M., Garcia-Lopez E., et al. „National Cancer Control Programmes: Analysis of Primary Data from Questionnaires”. European Partnership for Action Against Cancer final report.

⁴⁸ Rifat Atun R., Ogawa T. Martin-Moreno J. M. „Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe”. Imperial College London, 2009.

įgyvendina įvairiais būdais, dažniausiai gyventojams teikiant atskiras paslaugas dėl onkologinių ligų. Dauguma jų įgyvendina atrankines vėžio patikros programas, įgyvendina priemones, tokias kaip: rūkymo draudimo ar visuomenės budrumo dėl vėžio prevencijos kampanijų taikymas. Kai kuriose šių šalių įgyvendinamos vėžio kontrolės ir prevencijos priemonės integruotos Valstybinėse sveikatos strategijose, pavyzdžiui: sveikos gyvensenos skatinimas, klinikinės diagnostikos ir gydymo gairių parengimas, vaikų vėžio rizikos vertinimas, įvairūs generinių markerių tyrimai.^{47, 48}

Valstybiniuose vėžio kontrolės planuose įprastai įtrauktos veiklos, kurios įrodytos efektyviausiomis mažinant gyventojų mirtingumą ir sergamumą nuo vėžio bei gerinant jų gyvenimo kokybę. Todėl dauguma Europos valstybių narių, įgyvendinančių valstybinius vėžio kontrolės planus, teikia šias paslaugas: pirminės prevencijos (įskaitant aplinkos apsaugos ir sveikatos stiprinimo); antrinės prevencijos (atrankinės patikros) ir integruotos priežiūros bei paliatyvios pagalbos ir/ar psichoonkologijos. Kai kurios šalys vykdo tyrimus ar investuoja į mokymus vėžio kontrolės kokybės užtikrinimui. Kitos prevencijos priemonės šalyse narėse taikomos skirtingai, pavyzdžiui Belgijoje, Danijoje, Vokietijoje, Vengrijoje, Maltoje, Olandijoje, Ispanijoje, Švedijoje ir Anglijoje onkologine liga sergantiems ir jų šeimos nariams suteikiama socialinė pagalba, Čekijos Respublikoje, Prancūzijoje, Airijoje, Ispanijoje ir Anglijoje prioritetą skiriamas socialinių ir sveikatos netolygumų mažinimui, Čekijos Respublikoje ir Anglijoje diegiamos išlaidų dėl onkologinių ligų gydymo kontrolės sistemos.⁴⁷

Siekiant efektyvaus vėžio kontrolės planų įgyvendinimo šalyse, ypatingai, žemo ir vidutinio ekonominio išsivystymo šalyse, PSO 2002 m. pateikė įvairaus pobūdžio praktines Valstybinių vėžio kontrolės programų planavimo, rengimo, ir valdymo gaires.⁴⁹ Remiantis Pasaulio sveikatos asamblėjos priimta rezoliucija dėl vėžio prevencijos ir kontrolės, PSO parengė gairės apimančias šešis vėžio kontrolės modulius: planavimo, vėžio prevencijos, ankstyvos diagnostikos, gydymo, paliatyvios pagalbos ir politikos ir atstovavimo.⁵⁰ Parengti valstybinių vėžio kontrolės planų gaires Europos šalims, jose nurodant efektyviausias vėžio kontrolės įgyvendinimo veiklas, numatyta įgyvendinant ir Europos partnerystės dešimtojo darbo paketo veiklas iki 2013 m.⁵¹

2012 m. atliktas Europos šalių vėžio kontrolės planų įgyvendinimo sisteminis vertinimas atskleidė, kad nepaisant išaugusio valstybinių vėžio kontrolės planų rengimo masto Europoje, išlieka netolygumai tarp priemonių įtraukiamų juose.⁵² Viena svarbiausių kovos su vėžiu priemonių, kuria

⁴⁹ World Health Organization. „National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines”. 2002, p.1-203.

⁵⁰ WHO. „Cancer control: knowledge into action, WHO guide for effective programmes”

<<http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>> [žiūrėta 2013-02-25].

⁵¹ European Commission. National Cancer Plans,

<http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/ev_20100928_co10_en.pdf> [žiūrėta 2013-02-20].

⁵² Gorgojo L. Harris M., Garcia-Lopez E., et al. „National Cancer Control Programmes: Analysis of Primary Data from Questionnaires”. European Partnership for Action Against Cancer final report.

šalims narėms rekomenduojama įtraukti į jų valstybinius vėžio kontrolės planus, įvardinama - atrankinių vėžio ankstyvosios patikros programų įgyvendinimas šalyje. Europos Komisija pabrėžia atrankinės vėžio patikros, kaip vienos iš svarbiausių kovos su vėžiu priemonių, vaidmenį ir teigia, kad vėžio atvejų skaičius gali būti sumažintas ir kontroliuojamas, įgyvendinant įrodymais pagrįstas ankstyvo sergančiųjų vėžiu išaiškinimo ir jų kontrolės strategijas. Europos Komisija ragina valstybes nares investuoti į atrankines vėžio patikros programas, pabrėžiant, kad šios iniciatyvos veiksmingiausios tada, kai yra prieinamos kuo didesniai skaičiui žmonių ir kai vykdomos reguliariai.⁵³ Europos Taryba valstybėms narėms rekomenduodama įtraukti į jų valstybinius vėžio kontrolės planus ir įgyvendinti atrankines vėžio ankstyvosios patikros programas, pažymi, kad jos turi būti populiacinės, įgyvendinamos valstybės mastu ir organizuotai: gimdos kaklelio vėžio, atliekant gimdos kaklelio citologinius tyrimus ne jaunesnioms nei 20 ir ne vyresnioms nei 30 metų moterims; krūties vėžio, atliekant mamografijos tyrimus 50-69 m. amžiaus moterims ir storosios žarnos vėžio, atliekant išmatų tyrimus dėl slapto kraujavimo 50-74 m. amžiaus moterims ir vyrams.⁵⁴ Vertinimo rezultatai parodė, kad Europos Tarybos ir Europos Komisijos rekomenduojama atrankinė vėžio patikra įgyvendinama visose vėžio kontrolės planus parengusiose šalyse (24), tačiau šalių taikomos atrankinės vėžio ankstyvosios patikros priemonės skirtingos.^{52, 55} 2008 m. atlikta Europos Tarybos rekomendacijų dėl vėžio atrankinės patikros įgyvendinimo Europos Sąjungoje analizė išryškino gyventojų atrankinės patikros programų aprėptį: taikomus tipus ir jų įgyvendinimą (1 lentelė). Vertinimo duomenimis, Europos Tarybos rekomenduojamos populiacinės atrankinės krūties vėžio ankstyvosios patikros programos 2008 m. buvo įgyvendinamos 22 šalyse narėse, gimdos kaklelio vėžio – 15 šalių narių, storosios žarnos vėžio – 12 šalių narių (1 lentelė).⁵⁶

⁵³ Commission of the European Communities. „Communication of 24 June 2009 on action against cancer: European partnership”. 2009, COM 291/4.

⁵⁴ Council of the European Union. „Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening”. 2003, 878/EC.

⁵⁵ Rifat Atun R., Ogawa T. Martin-Moreno J. M. „Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe”. Imperial College London, 2009.

⁵⁶ Von Karsa L., Anttila A., Ronco G., et al. „Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening” (2003/878/EC). 2008, p. 1-160.

1 lentelė. Atrankinės krūties, gimdos kaklelio ir storosios žarnos vėžio ankstyvosios patikros programos Europos Sąjungoje šalyse pagal jų tipus ir įgyvendinimą, (2007 m. ir vėliausiai prieinami)

Atrankinės ankstyvosios patikros programos						
Šalis	Krūties vėžio		Gimdos kaklelio		Storosios žarnos	
	Programos tipas	Įgyvendinimas šalyje	Programos tipas	Įgyvendinimas šalyje	Programos tipas	Įgyvendinimas šalyje
Austrija	Pop., valst. Nepop., valst.	Bandomosios	Nepop., valst.		Dalies šalies	
Belgija	Pop., valst.	Įgyvendintos	Nepop., valst.			Neįgyvendinamos
Bulgarija		Neįgyvendinamos	Nepop., valst.		Nepop., valst.	
Kipras	Pop., valst.	Įgyvendintos		Neįgyvendinamos	Pop., valst.	Planuojamos
Čekija	Pop., valst.	Įgyvendinamos	Nepop., valst.		Nepop., valst.	
Danija	Pop., valst.	Įgyvendinamos	Pop., valst.	Įgyvendintos		Neįgyvendinamos
Estija	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Įgyvendinamos		Neįgyvendinamos
Suomija	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Įgyvendinamos
Prancūzija	Pop., valst.	Įgyvendintos	Nepop., valst. Pop., reg.	Bandomosios	Pop., valst.	Įgyvendinamos
Vokietija	Pop., valst.	Įgyvendinamos	Nepop., valst.		Nepop., valst.	
Graikija	Nepop., valst.	Įgyvendinamos	Nepop., valst.		Nepop., valst.	
Vengrija	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Planuojamos
Airija	Pop., valst.	Įgyvendinamos	Pop., valst. Pop., reg.	Planuojamos Įgyvendintos		Neįgyvendinamos
Italija	Pop., valst.	Įgyvendinamos	Pop., valst.	Įgyvendinamos	Pop., valst.	Įgyvendinamos
Latvija	Nepop., valst.	Įgyvendinamos	Nepop., valst.		Nepop., valst.	
Lietuva	Nepop., valst.		Nepop., valst.			Neįgyvendinamos
Liuksemburgas	Pop., valst.	Įgyvendintos	Nepop., valst.			Neįgyvendinamos
Malta	Pop., valst.	Planuojamos		Neįgyvendinamos		Neįgyvendinamos
Nyderlandai	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Įgyvendintos		Neįgyvendinamos
Lenkija	Pop., valst.	Įgyvendinamos	Nepop., valst.		Pop., valst.	Įgyvendinamos
Portugalija	Pop., valst.	Įgyvendinamos	Pop., valst. Pop., reg.	Planuojamos Įgyvendintos		
Rumunija	Pop., valst.	Planuojamos	Pop., reg.	Bandomosios	Pop., valst.	Planuojamos
Slovakija	Nepop., valst.		Nepop., valst.		Nepop., valst.	
Slovėnija	Pop., valst.	Planuojamos	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Planuojamos
Ispanija	Pop., valst.	Įgyvendintos	Nepop., reg. Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Bandomosios
Švedija	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Planuojamos
Jungtinė Karalystė	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Įgyvendintos	Pop., valst.	Įgyvendinamos

*Programų tipai: populiacinės, valstybės masto patikros programos (pop.,valst.) (*angl. – population-based, nationwide*); populiacinės, regiono masto gyventojų patikros programos (pop., reg.) (*angl. – population-based, region*); ne populiacinės valstybės masto gyventojų patikros programos (ne pop., valst.) (*angl. non population-based, nationwide*); ne populiacinės regiono masto gyventojų patikros programos (ne pop., reg.) (*angl. non population-based, region*). Programų įgyvendinimas šalyje: įgyvendintos – (*angl. rollout complete*); įgyvendinamos - (*angl. rollout ongoing*); bandomosios - (*angl. piloting*); planuojamos - (*angl. planning*); Nevykdomos – (*angl. no programme*).

Šaltinis: Von Karsa L., Anttila A., Ronco G., et al. „Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening” (2003/878/EC), 2008.

2009 m. atliktos valstybinių vėžio kontrolės programų Europos Sąjungos šalyse analizės metu surinkti ir susisteminti duomenys apie šalių narių įgyvendinamų atrankinės vėžio ankstyvosios patikros

programų atrankines (tikslines) grupes ir jų patikrų dažnį.⁵⁷ Kaip matyti iš lentelėje (2 lentelė) pateiktų duomenų, šalyse narėse įgyvendinamų programų tikslinių grupių amžius ir jų patikrų dažnis varijuoja.

2 lentelė. Europos Sąjungos šalyse įgyvendinamų atrankinių krūties, gimdos kaklelio, storosios žarnos vėžio ankstyvosios patikros programų tikslinės grupės ir jų patikrų dažnis (2009 ir vėliausiai prieinami duomenys)

Šalis	Atrankinės ankstyvosios patikros programos					
	Krūties vėžio		Gimdos kaklelio		Storosios žarnos	
	Atrankinė grupė	Patikrų periodiškumas	Atrankinė grupė	Patikrų periodiškumas	Atrankinė grupė	Patikrų periodiškumas
Belgija	-	-	25–64 m.	3 m.	-	-
Danija	50–69 m.	2 m.	30–59 m.	3 m.	-	-
Anglija	47–73 m.	3 m.	25–49 m. (50–64 m.)	3 m. (5 m.)	-	-
Estija	50–59 m.	2 m.	30–59 m.	5 m.	-	-
Prancūzija	50–74 m.	-	25–69 m.	-	-	-
Vengrija	45–65 m.	2 m.	25–65 m.	3 m.	-	2 m.
Airija	50–69 m.	2 m.	25–60 m.	5 m.	50–70 m.	-
Italija	50–69 m.	2 m.	25–64 m.	3 m.	50–74 m.	-
Lietuva	50–64 m.	-	35–60 m.	-	50–74 m.	-
Malta	50–69 m.	-	-	-	-	-
Nyderlandai	-	2 m.	-	-	-	-
Lenkija	-	-	-	-	-	-
Portugalija	50–69 m.	3 m.	30–60 m.	4 m.	50–74 m.	2 m.
Škotija	75 m.	3 m.	-	-	50–69 m.	-
Ispanija	50–69 m.	2 m.	25–60 m.	3 m.	50–74 m.	-

Šaltinis: Rifat Atun R., Ogawa T. Martin-Moreno J. M. „Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe”. Imperial College London, 2009.

Literatūros duomenimis, įgyvendinti atrankines vėžio ankstyvosios patikros programas įvairiose pasaulio šalyse rekomenduojama skirtingai. Tuo tarpu, šalys programas įgyvendina atsižvelgiant į jų ekonominio išsivystymo lygį, kultūrinius ir kitus veiksnius. Žemiau lentelėje (3 lentelė) pateikiamos tam tikrų tarptautinių organizacijų rekomendacijos dėl atrankinės vėžio ankstyvosios patikros šalyse.⁵⁸

⁵⁷ Rifat Atun R., Ogawa T. Martin-Moreno J. M. „Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe”. Imperial College London, 2009.

⁵⁸ Alexe D. M., Albrecht T., McKee M., Coleman M. P. „Responding to the challenge of cancer in Europe”. *Eur J Cancer*. 2008, 44(10):1404-1413.

3 lentelė. Tarptautinių organizacijų rekomendacijos dėl atrankinės vėžio ankstyvosios patikros

Atrankinės vėžio ankstyvosios patikros programos				
Organizacija	Gimdos kaklelio vėžys	Krūties vėžys	Storosios žarnos vėžys	Priešinės liaukos vėžys
PSO (angl. WHO)	Rekomenduojama	Kas 2-3 metus 50-69 m.	Mirtingumas gali būti sumažintas, nėra aiškos rekomendacijos	Nerekomenduojama
Tarptautinė kovos su vėžiu sąjunga (angl. International Union Against Cancer)	PAP tepinėlio tyrimas kas 3-5 metus nuo 20-30 m. iki 60 m. ir vyresniems	Mamografijos tyrimas kas 2 metus 50-69 m.	Išmatų dėl slaptos kraujavimo tyrimas kas 2 metus vyresniems nei 50 m.	Nėra įrodymų
Europos taryba (angl. EU)	PAP tepinėlio tyrimas ne anksčiau 20-30 m. kas 3-5 metus ir tęsiant iki 60 m. ir vyresniems	Mamografijos tyrimas kas 2-3 metus 50-69 m.	Išmatų dėl slaptos kraujavimo tyrimas kas 1-2 metus 50-74 m.	Nerekomenduojama
Kanados sveikatos priežiūros prevencijos organizacija (angl. Canadian Task Force on Preventive Health Care)	Kasmetinis PAP tepinėlio tyrimas nuo 18 m. arba pirmųjų lytinių santykių; kas 3 m. po dviejų neigiamų atsakymų; iki 69 m.	Mamografijos tyrimas kas 1-2 metus 50-69 m.	Nepakanka įrodymų	Nerekomenduojama
Jungtinių Amerikos Valstijų prevencijos organizacija (angl. US Preventive Services Task Force)	PAP tepinėlio tyrimas kas 3-5 metus tarp lytiškai aktyvių moterų iki 65 m.	Mamografijos tyrimas kas 1-2 metus 50-69 m.	Kasmetinis išmatų dėl slaptos kraujavimo tyrimas nuo 50 m. amžiaus; arba sigmoidoskopija	Nerekomenduojama
Amerikos vėžio asociacija (angl. American Cancer Society)	Kasmetinis PAP tepinėlio tyrimas nuo 18 m. arba pirmųjų lytinių santykių; rečiau po 2-3 neigiamų atsakymų	Kasmetinė mamografija nuo 40 m.	Kasmetinis išmatų dėl slaptos kraujavimo tyrimas ir sigmoidoskopija nuo 50 m.; arba kolonoskopija kas 10 m. arba bario klizmos tyrimas kas 5-10 m.	Kasmetinis kompiuterinis tiesiosios žarnos tyrimas ir PSA testas nuo 50 m.

Šaltinis: Alexe D. M., Albrecht T., McKee M., Coleman M. P. „Responding to the challenge of cancer in Europe”. *Eur J Cancer*. 2008, 44(10):1404-1413.

PSO pateikia įrodymus apie pagrindinių tyrimų veiksmingumą ir efektyvumą, kuriuos valstybės narės taiko įgyvendindamos atrankines gimdos kaklelio, krūties, storosios žarnos bei priešinės liaukos vėžio programas.⁵⁸ Šalys įgyvendindamos gimdos kaklelio vėžio atrankines patikras dažniausiai atlieka gimdos kaklelio citologinius tyrimus (*angl. - PAP test*), įgyvendinant krūties vėžio atrankines patikras – mamografijos tyrimus, o storosios žarnos vėžio – išmatų dėl slaptos kraujavimo (*angl. - FOBT*) tyrimus. Kai kurios Europos šalys įgyvendinančios storosios žarnos vėžio atrankinę patikrą atlieka išmatų tyrimus dėl slaptos kraujavimo ir sigmoidoskopijos (Austrija, Kipras, Vokietija, Graikija, Lenkija, Slovakijos Respublika) ar kolonoskopijos (Italija) tyrimus.⁵⁹ Priešinės liaukos atrankines patikras vykdančios šalys dažniausiai atlieka prostatos specifinio antigeno (*angl. - PSA test*) tyrimą.⁶⁰

Kaip minėta anksčiau, įgyvendinant programas, šalims narėms rekomenduojama diegti organizuotas populiarias patikros programas, atsižvelgiant į Europos Komisijos patvirtintas

⁵⁹ Von Karsa L., Anttila A., Ronco G., et al. „Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening” (2003/878/EC). 2008, p. 1-160.

⁶⁰ Rifat Atun R., Ogawa T. Martin-Moreno J. M. „Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe”. Imperial College London, 2009.

onkologinių programų diagnostikos ir kokybės užtikrinimo gaires.⁶¹ Organizuotų populiacinių onkologinių ligų patikros programų įgyvendinimas šalyje laikomas efektyvesniu nei oportunistinė patikra dėl pastarajai būdingos mažos didžiausios rizikos grupės pasitikrinusių asmenų procentinės dalies ir dažno mažos rizikos grupių asmenų tikrinimo. Tai lemia prielaidas mažam sąnaudų našumui ir menkam programų efektyvumui. Be to, organizuota atrankinė patikra pripažįstama daugiapakopiu procesu, apimančiu planavimo, koordinavimo, stebėsenos ir vertinimo etapus bei jų užtikrimo, kokybės sistemos diegimą.^{59, 62} Tuo tarpu organizuotai programos įgyvendinamos ne visose šalyse, kadangi ne visos Europos šalys turi pakankamai išteklių ir valdymo patirties užtikrinti programų įgyvendinimo efektyvumą kiekviename iš praramų įgyvendinimo etapų. Europos Komisijos duomenimis, nors įdėta nemažai pastangų, Europos rekomendacijų dėl atrankinės vėžio patikros įgyvendinimas Europos Sąjungoje dar tik įpusėjo. Kaip rekomenduoja Europos Taryba, pagal gyventojų populiacines patikros programas, kurias įgyvendinant programų atrankinių grupių asmenys organizuotai kviečiami dalyvauti patikrose, bei užtikrinamos kitos sudėtingesnio organizacinio lygmens priemonės, tame tarpe ir, kokybės užtikrinimo sistemos diegimas, Europos Sąjungos šalyse atliekama mažiau nei pusė patikros tyrimų (41 proc.).⁵⁹

PSO pabrėžia, kad valstybinės atrankinės patikros programos šalyse turėtų būti įgyvendinamos tik jei įrodytas jų efektyvumas, onkologinė liga plačiai paplitusi šalyje, sukurtos sąlygos onkologinių ligų diagnostikai ir tolesniam jų gydymui ir pakanka išteklių (finansinių, žmogiškųjų, įrangos ir kt.) visų atrankinės grupės asmenų patikrai. Todėl Nacionalinėje Vėžio kontrolės programų politikos ir strategijos gairėse nurodoma, jog kiekvienoje šalyje vėžio prevencija ir kontrolė turi būti vykdoma pagal šaliai prieinamus išteklius.⁶³

Skirtingus išteklius turinčios šalys skiriasi socialine, ekonomine, politine ir epidemiologine situacija bei sveikatos sistemos plėtros lygiu. PSO šalis skirsto į tris grupes: žemo, vidutinio ir aukšto ekonominio išsivystymo lygio, pagal išteklių lygį šalyse. Tuo tarpu, Lietuva priskiriama vidutinio ekonominio išsivystymo šalių grupei, kuriai būdinga, jog dauguma gyventojų gyvena miestuose, o gyvenimo trukmė ilgesnė nei 60 metų, šalyse stebimas aukštas rizikos veiksnių paplitimas, ypač tokių kaip tabako vartojimas, nesveika mityba, infekcinių ligų sergamumas, kancerogenai darbo vietose, bei išgyvenamas pereinamasis epidemiologinis periodas, kai piktybiniai navikai yra viena pagrindinių gyventojų sergamumo ir mirtingumo priežasčių. Tokiose šalyse, sveikatos sistemos infrastruktūra nepakankama, trūksta žmogiškųjų išteklių, o vėžio prevencija, ankstyva diagnostika, gydymas ir

⁶¹ Council of the European Union. „Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening”. 2003, 878/EC.

⁶² Australian Health Ministers' Advisory Council. „Population based screening framework”. 2008, p. 9-10.

⁶³ World Health Organization. Early detection of cancer, < <http://www.who.int/cancer/detection/en/>> [žiūrėta 2013-03-03]

paliatyvi pagalba yra teikiama, tačiau ribota apimtimi, kokybe ir prieinamumu. Be to, vidutinio ekonominio išsivystymo šalyse prioritetas skiriamas gydymui, neatsižvelgiant į jo kaštus, o pirminės prevencijos ir ankstyvos diagnostikos svarba vertinamos nepakankamai.⁶⁴

Atsižvelgiant į ekonominio lygio grupę, kuriai priskiriama šalis, PSO pateikia tris skirtingus atrankinės vėžio patikros įgyvendinimo veiksmų planus pritaikytus pagal šalies turimą išteklių lygį (mažą, vidutinį ar didelį). Lietuvai, kaip ir kitoms vidutinio ekonominio lygmens šalims, dėl ribotų išteklių rekomenduojama įgyvendinti tik tų vėžio lokalizacijų valstybines populiarias gyventojų atrankines patikros programas, kurios įrodytos efektyvios.⁶⁴

1.3. Vėžio kontrolės politika Lietuvoje: onkologinių ligų prevencinės programos ir jų teisinis reglamentavimas

Siekiant sumažinti gyventojų mirtingumą ir sergamumą nuo vėžio šalys rengia valstybines vėžio kontrolės programas. Lietuvoje tokia programa buvo parengta 1990 m. ir tobulinta atsižvelgiant į pokyčius onkologijoje ir gydymo įstaigų reorganizavimą. Vadovaujantis PSO rekomendacijomis dėl valstybinių vėžio kontrolės programų įgyvendinimo, 2003 m. Lietuvoje patvirtinta Valstybinė vėžio profilaktikos ir kontrolės programa.⁶⁵ Šia beveik dešimtmetį (2003–2010 m.) Lietuvoje įgyvendinta programa vadovautasi kaip strateginiu dokumentu formuojančiu vėžio kontrolės politiką šalyje.

Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos artimaisiais tikslais numatyta organizuoti ir vykdyti vėžio profilaktiką, užtikrinti geros kokybės ankstyvąją onkologinių ligų diagnostiką, užtikrinti visavertį onkologinių ligonių gydymą, mažinti ligų užleistumą ir skleisti onkologijos žinias visiems medicinos darbuotojams ir gyventojams. Tolimesniuju tikslu buvo siekiama sumažinti gyventojų sergamumą, jų mirtingumą ir invalidumą.⁶⁵ Pastarieji tikslai atitiko Lietuvos sveikatos programos tikslus⁶⁶, taip pat sveikatos sistemos prioritetą, nurodytą 2002 m. patvirtintoje Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje.⁶⁷ Mirtingumo ir sergamumo onkologinėmis ligomis sumažinimas buvo iškeltas specialiuoju Lietuvos sveikatos programos (1998 – 2010 m.) tikslu. Iki 2010 m. buvo siekta sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio 15 proc., sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc., vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio 15 proc., piktybinių navikų užleistumą 20 proc.⁶⁶ Sveikatos prioritetu

⁶⁴ World Health Organization. „National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines“. 2002, p.1-203.

⁶⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. 1593 „Dėl Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo“. Žin., 2003, Nr. 117-5348.

⁶⁶ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. Žin., 1998, Nr. 64-1842.

⁶⁷ Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimas Nr. IX-1187 „Dėl Valstybės ilgalaikės raidos strategijos patvirtinimo“. Žin., 2002, Nr. 113-5029.

ilgalaikės raidos strategijoje numatyta „visiems gyventojams užtikrinti prieinamą kokybišką stacionarią ir ambulatorinę pagalbą, įgyvendinant lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją, tobulinti ankstyvo nustatymo ir kontrolės sistemą, tobulinti išteklių paskirstymą ir optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai“.⁶⁷

2006 m. Nacionalinės sveikatos tarybos atliktas tarpinis valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo vertinimas parodė, kad Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo dėl vėžio rodikliai ir jų tendencijos analizuotaisiais metais išliko nepatenkinamos. Dėl šios ir kitų, vertinime įvardintų priežasčių, Nacionalinė sveikatos taryba, pritardama LR Vyriausybės įsipareigojimui 2006–2008 m. programos įgyvendinimo priemonių plane parengti Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 m. programos pakeitimą, pasiūlė dokumentą daugiau integruoti populiacinės profilaktikos pagrindu. Nacionalinė sveikatos taryba tuomet konstatavo, kad pagrindinės veiksmų kryptys, galinčios įtakoti sergamumo ir mirtingumo nuo vėžio mažėjimą, yra sveikos gyvensenos ugdymas, atrankinių gyventojų sveikatos būklės patikros programų įgyvendinimas, ir moksliniais pasiekimais pagrįsto gydymo prieinamumas.⁶⁸

Atsižvelgiant į sergamumo ir mirtingumo rodiklius, kaip ir daugelyje išsivysčiusių pasaulio šalių, onkologinės ligos Lietuvoje išlieka prioritetine sveikatos problema. Šiuo metu šalyje įgyvendinant onkologinių ligų prevenciją vykdomos keturios valstybinės atrankinės vėžio ankstyvosios patikros programos,⁶⁹⁻⁷² o taip pat, „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007-2013 m. programa“ susijusi su onkologinės pagalbos gerinimu.⁷³

Viena iš keturių prioritetinių „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 m. programos“ kryptių nukreipta į ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo gerinimą. Programos onkologinės krypties tikslas tiesiogiai susijęs su kitų valstybinių vėžio kontrolės programų siekiniais – sumažinti gyventojų mirtingumą ir neįgalumą dėl onkologinių susirgimų. Šį tikslą siekiama įgyvendinti investuojant Europos Sąjungos struktūrinių fondų paramos ir valstybės biudžeto lėšas į onkologinę pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų

⁶⁸ Nacionalinės sveikatos tarybos 2006 m. spalio 26 d. nutarimas Nr. N-3 „Dėl valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo“, <http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_d=60463&p_r=698&p_k=1> [žiūrėta 2013-02-20].

⁶⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 104-3856.

⁷⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 117-4249.

⁷¹ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl piešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 152-5617.

⁷² Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2009, Nr. 79-3321.

⁷³ Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-799 „Dėl sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programos patvirtinimo“. Žin., 2007, Nr. 106-4354.

infrastruktūrą. Tai sudarys prielaidas teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas ir gerinti jų prieinamumą.⁷³

Programos ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo krypties uždavinio siekinys – pagerinti ankstyvąją vėžio diagnostiką prisideda prie šalyje įgyvendinamų onkologinių ankstyvosios diagnostikos programų siekinių. Atsižvelgiant į Europos Tarybos patvirtintas rekomendacijas Lietuvoje įgyvendinamos valstybinės atrankinės gimdos kaklelio, krūties ir storosios žarnos vėžio ankstyvosios patikros programos.^{69,70,72} Taip pat, valstybiniu mastu įgyvendinama atrankinė priešinės liaukos vėžio ankstyvosios patikros programa.⁷¹ Toliau tekste – prevencinės programos (PP). Šios programos skiriasi nuo kitų šalyje įgyvendinamų valstybinių programų, kadangi jų vykdymas integruotas į asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą. Pacientų informavimo ir pirminių patikrų paslaugos teikiamos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, o nustačius patologinius tyrimų rezultatus, atrankinių amžiaus grupių asmenys sunčiami konsultacijai pas specialistus – diagnozei patikslinti ir gydyti. Įstaigų teikiamos paslaugos apmokamos iš privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Įgyvendinant atrankines vėžio ankstyvosios patikros programas siekiama sumažinti Lietuvos moterų sergamumą gimdos kaklelio piktybiniais navikais bei mirtingumą nuo šios ligos; sumažinti Lietuvos moterų mirtingumą nuo krūties piktybinių navikų; pagerinti ankstyvųjų priešinės liaukos vėžio stadijų diagnostiką, taikyti radikalius priešinės liaukos vėžio gydymo metodus, siekiant pailginti sergančiųjų išgyvenamumo trukmę bei sumažinti pacientų neįgalumą ir mirtingumą dėl šios ligos; pagerinti ankstyvųjų storosios žarnos vėžio stadijų išaiškinamumą ir sumažinti mirtingumą dėl šios ligos. Programų uždaviniais numatoma: išaiškinti asmenis, sergančius ikivėžinėmis gimdos kaklelio, krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos ligomis, ir siųsti juos specialisto konsultacijai, diagnozuoti šių lokalizacijų piktybinį naviką ankstyvoje jo stadijoje, skatinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus plėtoti ankstyvąją gimdos kaklelio, krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos piktybinių navikų diagnostiką ir prevenciją, skatinti šiuolaikinių ankstyvosios diagnostikos metodų taikymą ir stiprinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų institucinį bendradarbiavimą šių lokalizacijų piktybinių navikų prevencijos srityje.

Pirmoji Lietuvoje nuo 2004 m. įgyvendinama Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-482 patvirtinta Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa.⁷⁴ Programos įgyvendinimo laikotarpiu patvirtinta vienuolika pakeimų. Pusė jų (šeši pakeitimai) susiję su

⁷⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 104-3856.

bazinių paslaugų kainų keitimu. Kitų pakeitimų metu, programa papildyta paslaugomis ir apmokėjimu už jų teikimą, pakeista atrankinės grupės amžiaus riba, taip pat, sudarytos galimybės taikyti kitus gyventojų informavimo būdus ir gauti apmokėjimą už juos: 2006 m. programa papildyta gimdos kaklelio biopsijos ir jos rezultatų įvertinimo bei gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslaugomis ir apmokėjimu už jų teikimą; 2008 m. pakeista programos atrankinės grupės amžiaus riba – anksčiau vykdyta 30–60 m. amžiaus moterų patikra, patvirtinus pakeitimą pradėta vykdyti nuo 25 m. amžiaus moterims; Nuo 2011 m. rugsėjo 1 d. teikiant informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos paslaugą įstaigoms apmokėta ne tik už informacinio pranešimo užpildymą ir įteikimą pasirašytinai bet ir už išsiuntimą paštu arba elektroniniu paštu.

Taigi, Gimdos kaklelio vėžio prevencinė programa apima penkias paslaugas: informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos; gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimas ir rezultatų įvertinimo; gimdos kaklelio citologinio tepinėlio ištyrimo; gimdos kaklelio biopsijos ir jos rezultatų įvertinimo ir gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo. Pirmųjų dviejų paslaugų teikimas organizuojamas PAASPI. Informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos paslauga teikiama moterims nuo 25 iki 60 metų. Paslauga teikiama ne dažniau kaip vieną kartą per metus iki moteriai bus suteikta gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslauga. Suteikus gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugą, minėta paslauga teikiama po trejų metų. Informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos paslauga apima dvi priemones: įsakymo priedu nustatytos formos informacinio pranešimo pasirašytiną įteikimą ir pokalbius su moterimis apie gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos priemones bei patarimus sveikatos stiprinimo ir išsaugojimo klausimais. Gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugą moterims nuo 25 iki 60 metų teikia šeimos gydytojas arba pirminės asmens sveikatos priežiūros komandos narys – gydytojas akušeris ginekologas ne dažniau kaip vieną kartą per trejus metus.

Įvendinant Valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programą 2004 m. liepos 16 d. įsakymu Nr.V-548 patvirtinta Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos atlikimo metodika. 2008 m. vasario 14 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-92 patvirtinta, kad gydytojas akušeris ginekologas įgyvendindamas ankstyvosios diagnostikos atrankinę gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą ir teikdamas gimdos kaklelio biopsijos ir jos rezultatų įvertinimo paslaugą vadovaujasi šia metodika.⁷⁵

⁷⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2004 liepos 16 d. įsakymas Nr. V-548 „Dėl atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos atlikimo metodikos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 117-4390.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa patvirtinta 2005 m. rugsėjo 23 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-729 ir pradėta vykdyti šalies mastu 2005 metais.⁷⁶ Informavimo paslauga ir atrankinis mamografinis tyrimas iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas 50–69 metų moterims kas dvejus metus. Viso programos įgyvendinimo metu patvirtinti šeši pakeitimai daugiausiai susiję su paslaugų bazinės kainos keitimu. Šioje programoje “informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografiją” paslauga apima keturias priemones: įsakymu patvirtintos formos informacinio pranešimo įteikimą pasirašytinai; pokalbius su moterimis apie krūties piktybinių navikų profilaktikos priemones bei patarimus, kaip stiprinti ir išsaugoti sveikatą; moterų siuntimą atlikti mamografinį tyrimą ir mamografijos rezultatų įvertinimą ir moterų, kurių mamografinio tyrimo rezultatas patologinis, siuntimą konsultuotis pas specialistą – diagnozei patikslinti ir gydyti. Atkreiptinas dėmesys, kad už šią paslaugą iš PSDF biudžeto lėšų apmokama tik įvykdžius visas ją apimančias priemones, t. y. ir įvertinus atlikto mamografijos tyrimo rezultatus, o tais atvejais, kai mamografinio tyrimo rezultatas patologinis, siunčiant pacientę konsultuotis pas specialistą.

Įgyvendinant Valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programą, Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 10 d. įsakymu Nr. V-901 patvirtinta Atrankinės moterų mamografinės patikros programos atlikimo metodika.⁷⁷

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa patvirtinta 2005 m. gruodžio 14 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-973.⁷⁸ Programoje numatytos paslaugų išlaidos vyrams nuo 50 iki 75 m. ir vyrams nuo 45 m., jei jų broliai ar tėvai sirgo priešinės liaukos vėžiu, buvo apmokamos kasmet, bet atsižvelgus į gydytojų specialistų rekomendacijas nuo 2009 m. liepos mėnesio paslaugos teikiamos ne dažniau kaip kartą per dvejus metus. Programos informavimo ir patikros paslaugos apjungtos, apima penkias priemones: informavimo apie priešinės liaukos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir PSA nustatymo paslauga apima: įsakymu patvirtintos formos informacinio pranešimo įteikimą pasirašytinai; pokalbį su pacientu apie priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos priemones, PSA tyrimo reikšmę ir tolesnius veiksmus, jei nustatomas PSA kiekio padidėjimas; PSA kiekio kraujo serume nustatymą; PSA tyrimo rezultato įvertinimą ir paciento siuntimą konsultuotis pas urologą (atlikti priešinės liaukos biopsiją), jeigu PSA kiekis viršija 3 ng/ml. Už paslaugą apmokama tik įvykdžius minėtas priemones. Siekiant vertinti programos efektyvumą, Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti programos vykdymo rodikliai, bei sudaryta

⁷⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 117-4249.

⁷⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-901 „Dėl atrankinės moterų mamografinės patikros programos atlikimo metodikos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 184-6815.

⁷⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 152-5617.

koordinavimo grupė atsakinga už programos rezultatų vertinimą pagal nustatytus kriterijus bei siūlymų dėl programos vykdymo teikimą.

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 ir vykdyta kaip bandomasis projektas Vilniaus ir Kauno apskrityse iki 2011 m. gruodžio 31 d.⁷⁹ 2012 m. sausio mėn. programa pradėta įgyvendinti dar dvejose apskrityse ir nuo 2012 m. sausio mėn. programa įgyvendinama Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Šiaulių apskrityse. Šios programos paslaugos kas dvejus metus teikiamos 50–74 m. vyrams ir moterims. Pirminės sveikatos priežiūros grandyje teikiamos dvi programos paslaugos: informavimas apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose rezultatų įvertinimas; paciento siuntimas pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymo rodikliai ir koordinavimo grupė, kuri atsakinga už programos rezultatų vertinimą bei siūlymų dėl programos vykdymo pateikimą.

Nacionalinės sveikatos tarybos 2011 ir 2012 m. metiniuose pranešimuose atkeipiamas dėmesys, kad pasirinktas valstybinių atrankinės vėžio ankstyvosios patikros programų įgyvendinimo modelis turi ir kai kurių trūkumų. Autorių nuomone, prevencinių programų organizavimas PAASPI leido greitai pradėti jų vykdymą neskiriant papildomo laiko, lėšų ir žmogiškųjų išteklių prevencijos centrų kūrimui, tačiau pagrindinė programų vykdymo našta tenka PAASPI. Autoriai pabrėžia, kad PAASPI turi galimybę užsidirbti papildomų lėšų iš PSDF biudžeto, tačiau skiria mažiau dėmesio aktyviam pacientų kvietimui dalyvauti prevencinėse programose, nepakankamai analizuoja programų vykdymo eigos rezultatus. Be to, autorių teigimu, programų valdymui ir organizavimui atskirai lėšų neskiriama, ši darbą atlieka tarpinstitucinės programų koordinavimo grupės be atskiros atlygio. Dėl šių priežasčių Nacionalinė sveikatos taryba siūlė tobulinti programų valdymą ir organizavimą, sisteminti programų vykdymo duomenis, sieti juos su sergamumo ir mirtingumo pokyčiais.^{80,81} Tokių programų valdymo modelį kritikavo ir prevencinių programų vertinimą atlikę ekspertai, savo rekomendacijose siūlydami pavesti programų stebėseną nacionalinio lygmens institucijai, kartu sprendžiant programų administravimo išlaidų ir atsakomybės už jų stebėseną klausimą.^{81,82}

⁷⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2009, Nr. 79-3321.

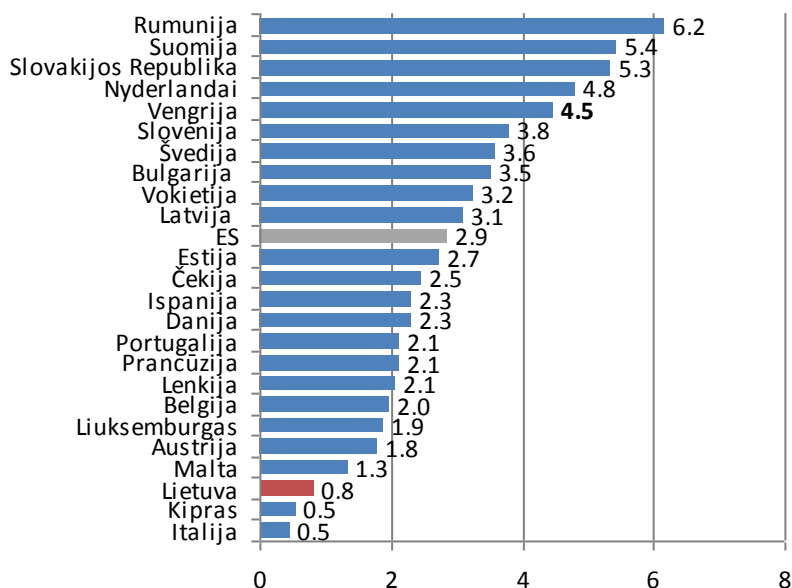
⁸⁰ Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011, < http://www3.lrs.lt/pls/inter/nst.show?p_rid=697 > [žiūrėta 2013-03-02].

⁸¹ Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012, < http://www3.lrs.lt/pls/inter/nst.show?p_rid=697 > [žiūrėta 2013-03-02].

⁸² Pečiūra R. „Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas“. 2011, < http://ssvp.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/Peciura_Rimantas.pdf > [žiūrėta 2013-03-02].

1.4. Onkologinių ligų prevencinių programų finansavimo ir įgyvendinimo Lietuvoje analizė

Lyginant išlaidas tenkančias visuomenės sveikatos programų, jų tarpe ir onkologinių ligų prevencinių programų, įgyvendinimui Lietuvoje ir kitose Europos Sąjungos šalyse, matyti, kad netolygumai dideli, o išlaidos Lietuvoje vienos mažiausių ES (1 pav.).⁸³



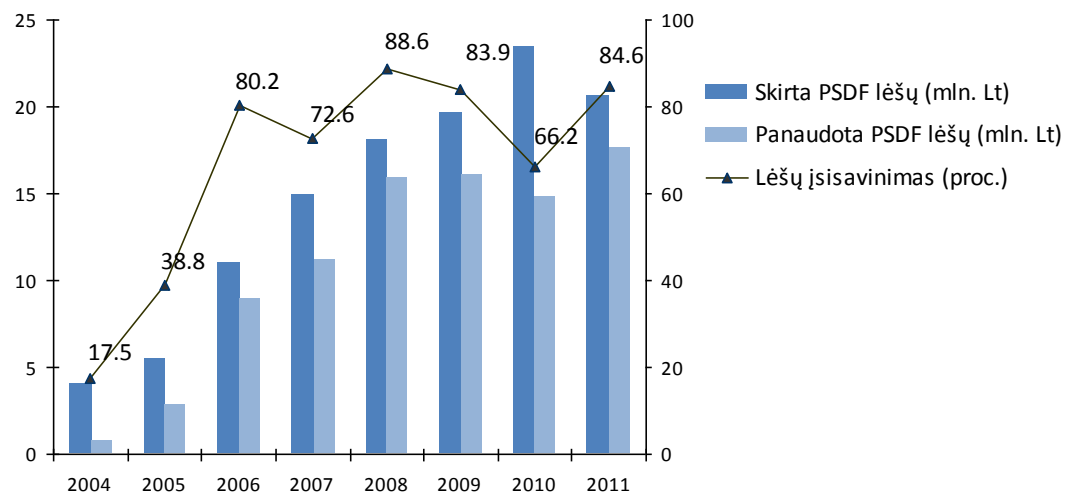
Šaltinis: Health at glance, 2012. OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

1 pav. Visuomenės sveikatos programoms tenkančios išlaidos Europos Sąjungos šalyse proc. nuo sveikatos sektoriui skirtų lėšų

Įgyvendinti onkologinių ligų prevencines programas 2004–2011 m. laikotarpiu Lietuvoje skirta 117, 3 mln. litų. Per šį laikotarpį programų įgyvendinimui panaudota 88,1 mln. litų (lėšų įsisavinimas 75,4 proc.). Kiekvienai programai skiriamų ir panaudojamų lėšų suma programų įgyvendinimo laikotarpiu skiriasi. Daugiausia lėšų programos įgyvendinimo laikotarpiu skirta priešinės liaukos vėžio PP (2006–2011 m.) – 42,9 mln. litų. Gimdos kaklelio vėžio PP įgyvendinimui (2004–2011 m.) skirta 39 mln. litų. Tuo tarpu, krūties vėžio PP įgyvendinimui skirta beveik dvigubai mažiau lėšų – 26,7 mln. litų (2005–2011 m.) nei pastarųjų programų, o storosios žarnos vėžio programai, kuri įgyvendinama Vilniaus ir Kauno apskrityse (2009–2011 m.) – 8,7 mln. litų. Nepriklausomai nuo programų įgyvendinimui skirtų lėšų sumos, t.y. sumos didinimo ar mažinimo, lėšos programų įgyvendinimo laikotarpiu, nė vienais metais nebuvo pilnai panaudotos. Vidutiniškai daugiausia panaudota priešinės

⁸³ Health at a Glance: Europe 2012, <www.oecd.org/health/healthataglance/europe> [žiūrėta 2013-03-03].

liaukos vėžio PP įgyvendinimui skirtų lėšų – 34,6 mln. litų (82,3 proc.), o mažiausiai – gimdos kaklelio vėžio PP – 25 mln. litų (62,1 proc.). Suprantama, mažiausios išlaidos skirtos storosios žarnos vėžio PP įgyvendinimui, kuri pradėta įgyvendinti vėliausiai (nuo 2009 m.) ir vykdoma Vilniaus ir Kauno apskrityse (2 pav.).⁸⁴



Šaltinis: Valstybinės ligonių kasos duomenys

2 pav. Prevencinių programų įgyvendinimui iš PSDF biudžeto skirtos ir panaudotos lėšos
2004–2011 m.

Atkreiptinas dėmesys, kad skiriasi ne tik programų įgyvendinimo laikotarpis, tačiau ir programų atrankinių grupių apimtys bei jų patikrų dažnis. Krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos prevencinių programų atrankinės patikrų grupės vidutiniškai apima 0,4 mln. gyventojų, šias apimtis siekiama patikrinti per dvejus metus. Tuo tarpu gimdos kaklelio vėžio PP – beveik 0,8 mln. atrankinės amžiaus grupės moterų apimtys tikrinamos kas trejus metus. Analizuojant prevencinių programų įgyvendinimą, paaiškėjo, kad Europos Tarybos rekomenduojamų, ne mažesnių nei 80 proc., dalyvių patikros apimčių nesiekama nė vienoje programų jų įgyvendinimo laikotarpiu. Arčiausiai siekiamų rodiklių įgyvendinama priešinės liaukos PP, kurią įgyvendinant vidutiniškai patikrinama 56,4 proc. atrankinės grupės vyrų Lietuvoje. Mažiausios dalyvių apimtys krūties vėžio PP (24,7 proc. 50–60 m. moterų). Atkreiptinas dėmesys, kad paveikluose apie prevencinių programų įgyvendinimą pateikiami duomenys surinkti iš kelių informacijos šaltinių, t.y. programos atrankinės amžiaus grupės skaičius Lietuvoje pateiktas remiantis LR Statistikos departamento duomenimis, o programų patikrų apimtys –

⁸⁴ Valstybinės ligonių kasos duomenys, < <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/prevencija/BendraPrev.pdf> > [žiūrėta 2013-03-03].

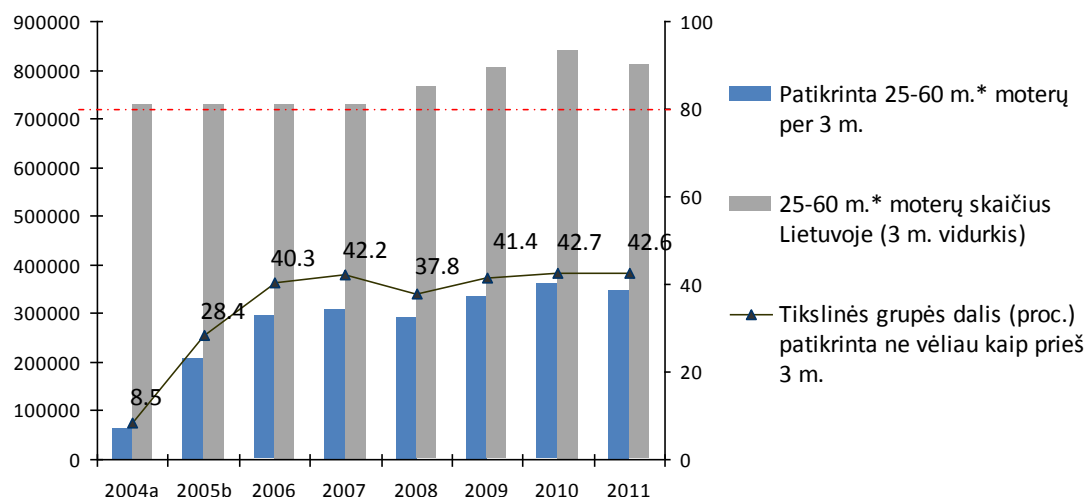
Valstybinės ligonių kasos duomenimis (bei TLK).^{85,86} Paveiksluose pateiktais duomenimis vaizduojama programų įgyvendinimo bendra tendencija, t.y. joje yra skaičiavimo netikslumų, nes skaičiuojant patikrintų asmenų rodiklį (proc.) neatsižvelgta į emigravusius ir sveikatos draudimu nedraustus asmenis, o taip pat asmenis, kurie galėjo tikrintis privačiai ir nepatekti į bendrąją prevencinių programų įgyvendinimo statistiką. Nors skaičiavimuose yra minėtų netikslumų, paveikslai parengti taikant oficialius statistikos duomenis, kuriais remiasi VLK vetindama Lietuvos prevencinių programų įgyvendinimą. Toliau tekste detaliau analizuojamos kiekvienos iš programų finansavimo ir įgyvendinimo tendencijos programų įgyvendinimo laikotarpiais.

Iš duomenų apie gimdos kaklelio vėžio prevencinių programų finansavimą, matyti, kad pirmaisiais programos įgyvendinimo metais (2004–2005 m.) skirta lėšų suma siekė po 4 mln. lt., tačiau 2004 m. panaudota 17,5 proc. lėšų, o 2005 m. – 64,3 proc. Panaši lėšų suma skirta 2004–2007 m. laikotarpiu. 2008 m. panaudota daugiausiai lėšų skirtų programos įgyvendinimo laikotarpiu – 4,9 mln. Lt (įsisavinta 85,1 proc.). Nuo 2008 m. skiriama lėšų suma kasmet didėjo ir 2010 m. skirta didžiausia lėšų suma per programos įgyvendinimo laikotarpį – 6,5 mln. lt. 2010 m. programų lėšų panaudota pusė (52,6 proc.), todėl 2011 m. skirta beveik milijonu litų mažiau.⁸⁵

Kaip matyti iš 3 paveikslė pateiktų duomenų, didžiausios gimdos kaklelio vėžio atrankinės amžiaus grupės moterų patikrų apimtys pasiektos 2010 m.: 25–60 m. moterų pasitikrinusių ne vėliau kaip prieš tris metus buvo 42,7 proc. 2006–2011 m. prevencinės programos įgyvendinimo rezultatai panašūs. Remiantis paveikslė pateiktais duomenimis, apskaičiuota, kad vidutiniškai kas tris metus patikrinama apie 41 proc. visų 25–60 m. amžiaus Lietuvos moterų. Tai sudaro pusę Europos Tarybos rekomenduojamų (ne mažesnių nei 80 proc.) patikrų apimčių.

⁸⁵ Valstybinės ligonių kasos duomenys, < <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/prevencija/BendraPrev.pdf> > [žiūrėta 2013-03-03].

⁸⁶ Lietuvos statistikos departamentas, < <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1280> > [žiūrėta 2012-03-03].



* iki 2008 m. vasario mėn. 30-60 m. Moterys;

a – rodikliai apskaičiuoti šiuo laikotarpiu: 2004-01-01 – 2004-12-31;

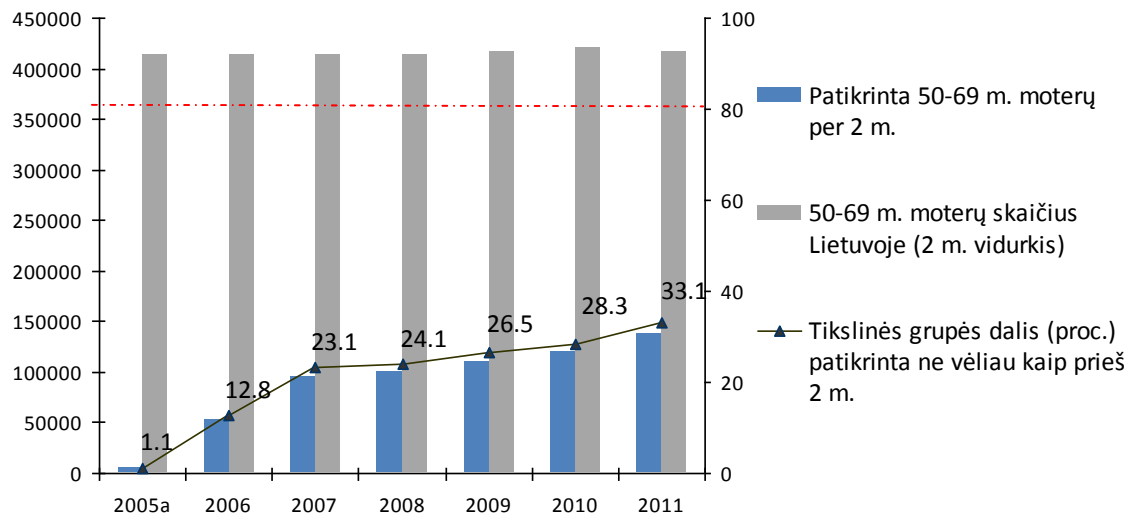
b – rodikliai apskaičiuoti šiuo laikotarpiu: 2004-01-01 – 2005-12-31.

Šaltinis: Apskaičiuota iš Lietuvos statistikos departamento ir Valstybinės ligonių kasos duomenų

3 pav. Gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos patikrų apimtys 2004–2011 m.

Analizuojant krūties vėžio prevencinės programos įgyvendinimui skirtų lėšų dinamiką, matyti, kad programos įgyvendinimo laikotarpiu (2005–2011m.) kasmet lėšų skirta daugiau: nuo 1,5 mln. litų 2005 m. iki 5,2 mln. litų 2011 m. Nors skiriamų lėšų suma analizuojamu laikotarpiu didėjo, lėšų panaudojimas netolygus ir programos įgyvendinimo laikotarpiu varijuoja. Daugiausia lėšų panaudota 2011 m. – apie penkis milijonus litų (96,6 proc.).⁸⁵

Panaši tendencija stebima įgyvendinant pačią programą: nuo programos įdiegimo šalyje metų (2005 m.) kasmet patikrinama vis daugiau atrankinės amžiaus grupės moterų. Daugiausiai atrankinės amžiaus grupės asmenų patikrinta 2011 m. – apie trečdalis (33,1 proc.) 50–69 m. amžiaus moterų. Atsižvelgiant, kad moterys tikrinamos kas dvejus metus, apskaičiuota, kad įgyvendinant programas vidutiniškai patikrinama apie 25 proc. 50–69 m. amžiaus Lietuvos moterų (4 pav.).



a – rodikliai apskaičiuoti šiuo laikotarpiu: 2005-01-01 – 2005-12-31;

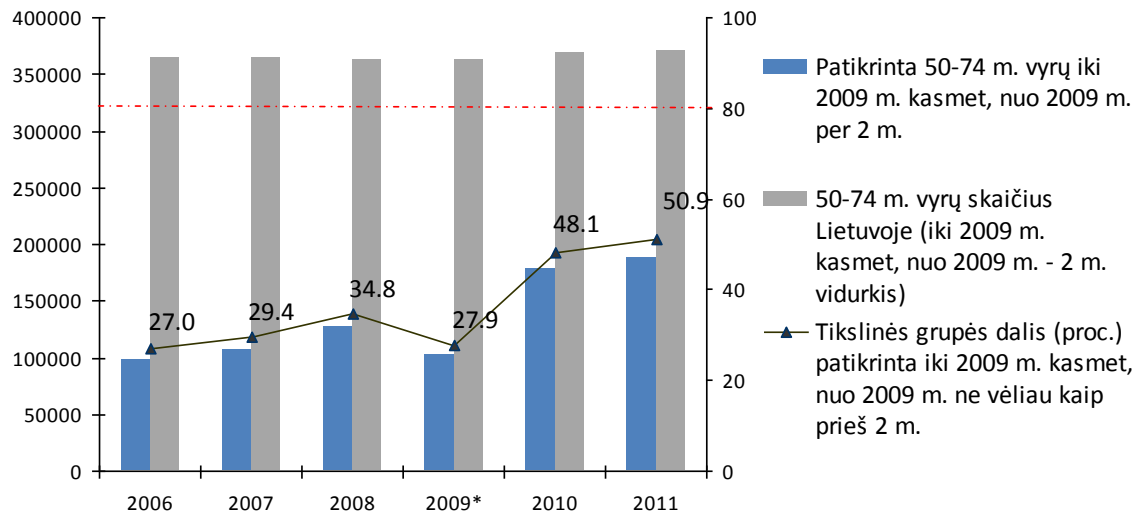
Šaltinis: Apskaičiuota iš Lietuvos statistikos departamento ir Valstybinės ligonių kasos duomenų

4 pav. Krūties vėžio prevencinės programos patikrų apimtys 2005–2011 m.

Priešinės liaukos vėžio prevencinės programos įgyvendinimui 2006–2008 m. laikotarpiu buvo skirta kasmet vis daugiau lėšų: nuo 4,7 iki 8,3 mln. litų. Pirmaisiais programos įgyvendinimo metais lėšų skirta mažiau nei panaudota (103,7 proc. lėšų įsisavinimas). Programos įgyvendinimo laikotarpiu kasmet panaudojama daugiau nei 80 proc. skiriamų lėšų, išskyrus 2010 m. – 51,2 proc. 20120 m. programos įgyvendinimui skirta panašiai kaip ankstesniaisiais metais - 7,8 mln. lt., tačiau panaudota – 4 mln. litų. 2011 m. skirtų lėšų suma lyginant su 2010 m. buvo sumažinta milijonu litų (6,8 mln. litų), jos panaudota 87,7 proc.⁸⁷

Lyginant su kitomis prevencinėmis programomis priešinės liaukos vėžio prevencinės programos patikrų rodikliai vieni didžiausių. Programos patikrų apimtys buvo didžiausios 2008–2009 m. laikotarpiu, kuomet pasitikrino 62,3 proc. 50-74 m. amžiaus vyrų. Patikrų apimtys ženkliai sumažėjo 2010 m., kuomet atrankinės amžiaus grupės vyrų ne vėliau kaip prieš du metus buvo pasitikrinę 48,1 proc. Skaičiuojama, kad vidutiniškai per dvejus metus įgyvendinant programą patikrinama apie 56 proc. 50–74 m. amžiaus Lietuvos vyrų (5 pav.).

⁸⁷ Valstybinės ligonių kasos duomenys, < <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/prevencija/BendraPrev.pdf> > [žiūrėta 2013-03-03].



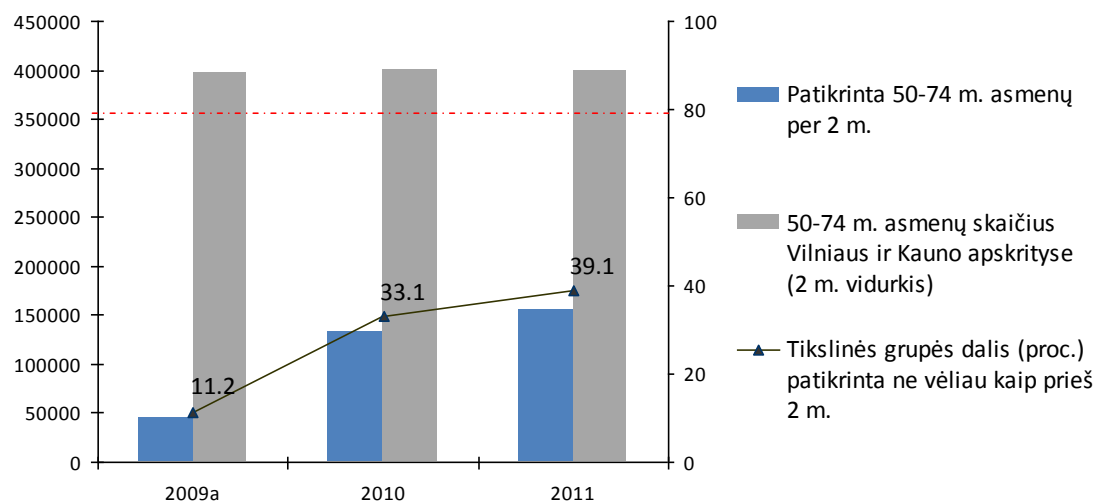
*Nuo 2009 m. liepos 1 d. programos paslaugos PAASPĮ teikiamos kas 2 m.

Šaltinis: Apskaičiuota iš Lietuvos statistikos departamento ir Valstybinės ligonių kasos duomenų

5 pav. Priešinės liaukos vėžio prevencinės programos patikrų apimtys 2006–2011 m.

Storosios žarnos vėžio prevencinės programos įgyvendinimui 2009 m. skirta 1,5 mln. litų, 2010 m. – 4 mln. litų, o 2011 m. - 3,1 mln. litų. Programos lėšos 2009-2011 m. laikotarpiu vidutiniškai panaudojamos 80,1 proc.⁸⁷

Kaip matyti iš paveiksle (6 pav.) pateiktų duomenų, Vilniaus ir Kauno apskrityse įgyvendinant storosios žarnos vėžio prevencinę programą vidutiniškai per dvejus metus patikrinama apie 36,1 proc. šių apskričių 50–74 m. amžiaus moterų ir vyrų.



a – rodikliai apskaičiuoti šiuo laikotarpiu: 2009-01-01 – 2009-12-31;

Šaltinis: Apskaičiuota iš Lietuvos statistikos departamento ir Valstybinės ligonių kasos duomenų

6 pav. Storosios žarnos vėžio prevencinės programos patikrų apimtys 2006–2011 m.

Apibendrinant duomenis galima teigti, kad prevencinių programų įgyvendinimas Lietuvoje 2004–2011 m. laikotarpiu netolygus: skiriasi programų įgyvendinimui skiriamų lėšų suma ir jų panaudojimas, netolygios ir nepakankamos ir dalyvių kiekvienoje iš programų apimtys.

1.5. Užsienio šalių praktika įgyvendinant atrankines vėžio ankstyvosios patikros programas

Literatūros duomenimis, gydytojai lemia dalyvių prevencinėse programose apimtis pasirinkdami teikti ar ne informavimo ir patikrų paslaugas bei užtikrindami jų kokybę.⁸⁸ Be to, tyrimų rezultatai leidžia teigti, kad gydytojai atlieka svarbų vaidmenį informuodami ir motyvuodami gyventojus dalyvauti patikrose.^{88,89} Užsienio autorių tyrimų rezultatai parodė, kad gydytojų elgsena priklauso nuo jų nuomonės apie prevencines programas.^{90,91} Nustatyta, kad gydytojai, kurių nuomonė apie atrankinę patikrą teigiama, dažniau gyventojus apsilankančius PAASPI informuoja ir kviečia patikroms, lyginant su tais, kurių nuomonė neigiama.^{92,93} Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Kanadoje atliktų gydytojų nuomonės apie prevencines programas tyrimų rezultatai, išryškino, kad teigiamą nuomonę apie programas turintys gydytojai, paslaugas gyventojams teikia nepriklausomai nuo to, ar atrankinės patikros tyrimai įrodyti efektyviais ir, ar rekomenduojami šalyje.^{94,95}

Literatūros duomenimis, gydytojų nuomonės susiformavimui apie prevencines programas lemiamą reikšmę turi žinių lygis apie atrankinę patikrą ir jų sukeltą naudą bei žalą.⁹⁶ Gydytojų žinių trūkumą apie ligas, kurių atrankinės patikros vykdomos šalyse patvirtina ir kitų autorių tyrimai. Juose

⁸⁸ Schueler K. M., Chu P. W., Smith-Bindman R. „Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature”. *J Womens Health*. 2008, 17(9):1477-98.

⁸⁹ Lagerlund M., Hedin A., Sparén P., Thurfjell E., Lambe M. „Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program”. *Prev Med*. 2000, 31(4):417-28.

⁹⁰ Line F., Jensen L. F., Mukai T. O., Andersen B., Vedsted P. „The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation”. *BMC Cancer*. 2012, 12:254.

⁹¹ Rabah D. M., Mostafa A. „Determinants of primary care physicians' practice of prostate cancer counseling and screening”. *Health*, 2010, 2:1312-1315.

⁹² Livingston, P., Cohen, P., Frydenberg, M., et al. „Knowledge, attitudes and experience associated with testing for prostate cancer: A comparison between male doctors and men in the community”. *Internal Medicine Journal*, 2002, 32(5-6): 215-223.

⁹³ Nutting P. A., Baier M., Werner J. J., et al. „Competing demands in the office visit: what influences mammography recommendations?” *J Am Board Fam Pract*, 2001, 14:352-361.

⁹⁴ Hoffman R. M., Papenfuss M. R., Buller D.B., Moon T.E. „Attitudes and practices of primary care physicians for prostate cancer screening”. *Am J Prev Med*. 1996, 12(4):277-81.

⁹⁵ Curran V., Solberg S., Mathews M., et al. “Prostate cancer screening attitudes and continuing education needs of primary care physicians”. *J Cancer Educ*. 2005, 20(3):162-6.

⁹⁶ Arafa M. A., Rabah D. M., Abdel-Gawad E., Ibrahim F. K. „Association of physicians' knowledge and behavior with prostate cancer counseling and screening in Saudi Arabia”. *Saudi Med J*, 2010, 11:1245-50.

pabrėžiama gydytojų švietimo svarba.^{97,98} Tuo tarpu, Jungtinių Amerikos Valstijų autoriai nenustatė ryšio tarp gydytojų žinių lygio ir gydytojų požiūrio bei elgsenos dėl atrankinės patikros. Todėl, pastarieji rekomendavo atlikti tyrimus, kuriuose būtų vykdoma ne tik gydytojų švietimo, tačiau ir kitų, galimai geresnį programų įgyvendinimą lemiančių, veiksnių paieška.⁹⁹

Aiškinantis veiksnius, kurie gydytojus motyvuoja vykdyti valstybines atrankines gyventojų patikras, autorių nustatyta, kad dažniausiai tai lemia: pacientų prašymai pasitikrinti, gydytojų teigiama nuomonė apie atrankinę patikrą, gydytojų pripažinimas programų vykdymą prioritetine veikla, pacientų apsilankymai dėl profilaktikos, priminimai bei kitos iniciatyvos.^{100,101} Taip pat, kitų tyrimų duomenimis, gydytojai dažniau teikia prevencinių programų paslaugas, jei jos rekomenduojamos šalyje arba įstaigos vadovų.¹⁰¹

Valstybinio Jungtinių Valstijų vėžio instituto duomenimis, pagrindinė priežastis lemianti nepakankamas dalyvių prevencinėse programose apimtis – nepakankamas gyventojų informavimas apie programas gyventojų apsilankymo PAASPI metu.¹⁰² Užsienio autoriai pabrėžia, kad dažnai gydytojai klaidingai įvertina kaip dažnai jie informuoja gyventojus apie patikras. Kad gyventojai dažnai neinformuojami apie programas apsilankymo pas gydytoją metu patvirtina ir gyventojų apklausos tyrimai.¹⁰²⁻¹⁰⁴

Autoriai palyginę atrankinių patikrų paslaugas teikiančių gydytojų bei atrankinių grupių asmenų apklausų duomenis, nustatė, kad dalyvių programose apimtys nepakankamos dėl kliūčių, su kuriomis susiduria tiek paslaugų gavėjai tiek teikėjai.¹⁰² Tyrimai, kurių metu analizuotos programų įgyvendinimo kliūtys su kuriomis susiduria paslaugų teikėjai, atskleidė, kad: gydytojams trūksta laiko dėl didelio jų darbo krūvio, gyventojų apsilankymo įstaigoje metu, gydytojai užmiršta ar prioritetą skiria kitų – gretutinių ligų – gydymui, gyventojai atsisako atlikti patikras, gydytojams trūksta

⁹⁷ Hsairi M., Fakhfakh R., Bellaaj R., Achour N. „Knowledge and practice of doctors and midwives working in primary health care regarding screening for cervical and breast cancers”. *East Mediterr Health J*, 2003, 9(3):353-63.

⁹⁸ Gennarelli M., Jandorf L., Cromwell C., Valdimarsdottir H., Redd W., Itzkowitz S. „Barriers to colorectal cancer screening: inadequate knowledge by physicians”. *Mt Sinai J Med*, 2005, 72(1):36-44.

⁹⁹ Pendleton J., Curry R. W., Kaserian A., Chang M., Anal S., Nakamura K., Abdoush P., Rosser C. J. „Knowledge and attitudes of primary care physicians regarding prostate cancer screening”. *J Natl Med Assoc*. 2008, 100(6):666-70.

¹⁰⁰ Carmen E. Guerra, J. Sanford Schwartz, Katrina Armstrong., et al. „Barriers of and Facilitators to Physician Recommendation of Colorectal Cancer Screening”. *J Gen Intern Med*. 2007, 22(12):1681–1688.

¹⁰¹ Smith P., Hum S. Kakzanov V., Del Giudice M. E., Heisey R. „Physicians' attitudes and behaviour toward screening mammography in women 40 to 49 years of age”. *Can Fam Physician*. 2012, 58(9):508-13.

¹⁰² Klabunde C. N., Vernon S. W., Nadel M. R., et al. „Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults”. *Medical Care*. 2005, 43:939–44.

¹⁰³ Guerra C. E., Sanford Schwartz S. J., Armstrong K., et al. „Barriers of and Facilitators to Physician Recommendation of Colorectal Cancer Screening”. *J Gen Intern Med*. 2007, 22(12):1681–1688.

¹⁰⁴ Hoffman R. M., Rhyne R. L., Helitzer D. L., et al. „Barriers to colorectal cancer screening: physician and general population perspectives, New Mexico, 2006”. *Prev Chronic Dis*. 2011, 8(2).

priminimų ir programų paslaugų apskaitos sistemų.¹⁰³⁻¹⁰⁶ Viena pagrindinių autorių nustatytų kliūčių – gydytojų žinių trūkumas apie programų vykdymo rekomendacijas šalyje bei programose taikomų tyrimų veiksmingumą.^{103,104} Gydytojų žinių trūkumą apie programas patvirtina ir kitų autorių tyrimai.^{107,108} Todėl, kai kurių užsienio autorių teigimu, gydytojų bei gyventojų švietimas apie prevencines programas viena veiksmingiausių priemonių, siekiant pagerinti PP įgyvendinimą.^{107, 109} Tuo tarpu, gyventojai, gydytojų nuomone, dažniausiai nedalyvauja programose dėl sunkumų užsiregistruoti gydymo įstaigoje patikroms (ilgos eilės), teigiamo tyrimo atsakymo baimės, nesant simptomų, geros savijautos, atvykimo į įstaigą sunkumų (didelis atstumas iki įstaigos, išsiprašymai iš darbo arba vaikų palikimas be piežiūros), nuostatos, kad tyrimai nebūtini bei patiriamų nepatogumų tyrimo metu.^{110,111}

Įvairūs užsienio autorių atlikti tyrimai atskleidžia veikimo būdus, turinčius didžiausią poveikį gerinant PP įgyvendinimą ir didinant dalyvių atrankinėse patikrose apimtis. Jungtinių Amerikos Valstijų autorių rezultatai parodė, kad dalyvių PP apimtys padidėjo 13,2 proc. taikant priemones, kuriomis siekiama paveikti atrankinių grupių elgseną. Šio tyrimo duomenimis, lyginant vieno veikimo būdo taikymą su keliais ir tarpusavyje suderintais būdais, dalyvių programose apimtys padidėjo 5,6 proc. Taip pat, tyrimo duomenys atskleidė, kad 23,6 proc. dalyvių apimčių padidėjimą galima pasiekti taikant moksliškai pagrįstus švietimo apie atrankines patikras būdus, pvz.: tikėjimo sveikata modelį (angl. Health believe model) nei bendrai gyventojus informuojant apie programas.¹¹²

Užsienio autoriai kartu su Jungtinių Amerikos Valstijų prevencijos organizacija atlikę sisteminę literatūros apžvalgos analizę, pateikia efektyviausių veikimo būdų sąrašą, kurie užsienio šalyse taikomi siekiant pagerinti PP įgyvendinimą. Veikimo būdai skiriami į tris grupes, kuriais: 1) didinama PP paslaugų paklausa (į PP atrankines grupes nukreiptos priemonės); 2) gerinamas PP paslaugų

¹⁰⁵ Al-Alaboud L. A., Kurashi N. Y. „The Barriers of Breast Cancer Screening Programs Among PHHC Female Physicians”. *Middle East J of Family Medicine*. 2006, 4(5):11-14.

¹⁰⁶ Ramos M., Esteva M., Jesús Almeda J., et al. „Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona”. *BMC Cancer*. 2010, 10(500):1-9.

¹⁰⁷ Hsairi M., Fakhfakh R., Bellaaj R., Achour N. „Knowledge and practice of doctors and midwives working in primary health care regarding screening for cervical and breast cancers”. *East Mediterr Health J*. 2003, 9(3):353-63.

¹⁰⁸ Gennarelli M., Jandorf L., Cromwell C., Valdimarsdottir H., Redd W., Itzkowitz S. Barriers to colorectal cancer screening: inadequate knowledge by physicians. *Mt Sinai J Med*. 2005, 72(1):36-44.

¹⁰⁹ Levy T. B., Nordin T., Sinift S., Rosenbaum M., James A. P. „Why Hasn't This Patient Been Screened for Colon Cancer?”. *Journal of the American board of family medicine*. 2007, 20(5):458-468.

¹¹⁰ Bakemeier R. F., Krebs L. U., Murphy J. R., Shen Z., Ryals T. „Attitudes of Colorado health professionals toward breast and cervical cancer screening in Hispanic women”. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1995, 18:95-100.

¹¹¹ Trigoni M., Griffiths F., Tsiftsis D., et al. „Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete”. *BMC Women's Health*. 2008, 8(20):1-12.

¹¹² Yabroff R. K., Mandelblatt J. S. „Interventions Targeted toward Patients to Increase Mammography Use”. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1999, 8:749-757.

prieinamumas (įstaigų struktūriniai pokyčiai); 3) gerinamas PP palaugų teikimas (į paslaugų teikėjus).¹¹³⁻¹¹⁵

Literatūros duomenimis, veikimo būdai, kuriuos rekomenduojama taikyti siekiant padidinti gyventojų atrankinės patikros poreikį šalyje apima: priminimo apie (pakartotines) patikras gyventojams priemonės (individualiai ar grupėms siunčiamos priminimo apie patikras žinutės, laiškai, atvirutės ir kt.), gyventojų informavimą apie atrankines patikras taikant sklaidos priemones sveikatos priežiūros įtaigose ar viešuose renginiuose (informaciniai skelbimai, skrajutės, žinutės spaudoje ir kt.), bei individualų atrankinės grupės asmenų informavimą ir švietimą apie atrankinę patikrą (bendraujant telefonu ar apsilankymo pas gydytoją metu ir kt.).¹¹³ Tyrimas, kurio metu analizuota kokio turinio informacija lemia didžiausią poveikį pateikiant ją gyventojams taikant aukščiau išvardintus būdus, išryškino, kad patikrų apimtys padidėjo taikant pranešimus, kuriuose pabrėžiama šeima, socialiniai vaidmenys, gyvenimo užimtumas, tuo tarpu, mažesnes dalyvių apimtis lėmė pranešimai, kuriuose įvardintas tikėjimas, drovėjimasis ar baimė.¹¹⁶ Kitą pavyzdį pateikia Jungtinių Amerikos Valstijų autoriai, siekę nustatyti priemones ir modelius, kurie, juos taikant kartu, turi daugiausiai įtakos gyventojui elgsenos pokyčiams. Tyrimo metu taikytos priemonės, kuriomis siekta pakeisti gyventojų elgseną, apėmė: viešus renginius, (kurių metu vykdytos mokymo pamokos ir patikros, maistas, prizai ir kt.), informacijos apie programas pateikimą bažnyčios programoje, informaciniai leidiniai (skrajutės, užduotys, pvz.: “kur atlikti mamogramą“), žiniasklaidos priemonės (skelbimai viešose transporto priemonėse, laikraščiai, radijo-reklamos, gimtadienio atvirukai, pranešimai kabinami ant namų durų rankenų, laiškai), švietimo pamokas bendraujant individualiai su asmenimis ir bendruomene. Iš tyrimo duomenų paaiškėjo, kad minėtos priemonės turi didžiausią poveikį taikant jas žemas pajamas turinčiose šalyse.¹¹⁷

Literatūros duomenimis, priemonės, kurias rekomenduojama įgyvendinti mažinant gyventojų prieinamumo ir prevencinių programų paslaugų gavimo kliūtis, apima sveikatos priežiūros įstaigų taikomų struktūros priemonių gerinimą, tokių kaip: atstumo ir laiko tarp paslaugų teikėjų ir gavėjų

¹¹³ Brouwers M. C., De Vito C., Bahirathan L., et al. „Effective interventions to facilitate the uptake of breast, cervical and colorectal cancer screening: an implementation guideline”. *Implementation Science*. 2011, 6:112.

¹¹⁴ Sabatino S. A., Lawrence B., Community Preventive Services Task Force, et al. „Effectiveness of Interventions to Increase Screening for Breast, Cervical, and Colorectal Cancers Nine Updated Systematic Reviews for the Guide to Community Preventive Services”. *AmJ Prev Med*. 2012, 43(1):97–118.

¹¹⁵ Brouwers M. C., De Vito C., Bahirathan L., et al. „What implementation interventions increase cancer screening rates? a systematic review”. *Implementation Science*, 2011, 6:111.

¹¹⁶ Kreuter M. W., Garibay L. B., Pfeiffer D. J., et al. „Small Media and Client Reminders for Colorectal Cancer Screening: Current Use and Gap Areas in CDC’s Colorectal Cancer Control Program”. *Prev Chronic*. 2012, 9:1-9.

¹¹⁷ Paskett E. D., Tatum C. M., D’Agostino R. „Community-based Interventions to Improve Breast and Cervical Cancer Screening: Results of the Forsyth County Cancer Screening (FoCaS) Project”. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 1999, 8:453-459.

mažinimą, teikiamų paslaugų valandų keitimą į palankesnes gyventojams, galimybių sudarymą paslaugas gauti alternatyviais būdais (mobilios atrankinės patikros transporto priemonės), administravimo procedūrų ar/ir kitų kliūčių šalinimą ar gerinimą (transportavimo, vertimo, darbo grafiko keitimo). Taip pat, rekomenduojama priemonės taikyti kartu su kitomis priemonėmis, pvz.: priminimo sistemomis, švietimo apie programas ir informacijos sklaidos būdais).¹¹⁸

Priemonių įgyvendinimui, kuriomis siekiama gerinti prevencinių programų paslaugų teikimą, rekomenduojama vykdyti paslaugų teikėjų vertinimo ar atsiliepimų apie juos sistemos diegimą. Įprastai, tai apima informacijos apie paslaugos teikėjo (įstaigos, gydytojų ar kt.) suteiktas paslaugas kaupimą ir pastarųjų supažindinimą su šia informacija.¹¹⁹ Jungtinių Amerikos Valstijų federalinė tarnyba pateikia pavyzdį, kaip sėkmingai perorganizavus paslaugų teikimą ir įdiegus grįžtamojo ryšio (atsiliepimų) sistemą PAASPI pasiektas prevencinių programų dalyvių apimčių padidėjimas iki 68 proc.¹²⁰

Pabrėžtina, kad tyrimų, kuriais analizuotas atrankinių vėžio ankstyvosios patikros prevencinių programų įgyvendinimas šalyse metodologijos skiriasi, kai kurių jų rezultatai papildo vieni kitus, tačiau rezultatai interpretuojami atsižvelgiant į konkrečios šalies kontekstą. Priemonės, gerinančios prevencinių programų įgyvendinimą ir didinančios dalyvių jose apimtį, įvairiose šalyse taikomos įvairiai ir lemia skirtingą poveikį, todėl svarbu identifikuoti priemones, tinkančias ir veiksmingas konkrečiai šaliai.

2. ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVCINIŲ PROGRAMŲ ĮGYVENDINIMO PIRMINĖJE AMBULATORINĖJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS GRANDYJE VERTINIMAS

2.1. Tyrimo metodai ir organizavimas

Tyrimo tikslui įgyvendinti numatyti trys uždaviniai. Pirmojo uždavinio „Išanalizuoti mirtingumo ir sergamumo onkologinėmis ligomis dinamiką Lietuvoje 2000-2009 m. prevencinių programų įgyvendinimo kontekste“ atlikimui analizuoti antriniai, Vilniaus universiteto onkologijos instituto vėžio registro bei Lietuvos statistikos departamento, duomenys. Darbe analizuojami duomenys

¹¹⁸ Sabatino S. A., Lawrence B., Community Preventive Services Task Force, et al. „Effectiveness of Interventions to Increase Screening for Breast, Cervical, and Colorectal Cancers Nine Updated Systematic Reviews for the Guide to Community Preventive Services”. *AmJ Prev Med.* 2012, 43(1):97–118.

¹¹⁹ Brouwers M. C., De Vito C., Bahirathan L., et al. „What implementation interventions increase cancer screening rates? a systematic review”. *Implementation Science*, 2011, 6:111.

¹²⁰ Evans D. C., Nichol W. P., Perlin J. B. „Effect of the implementation of an enterprise – wide Electronic Health Record on productivity in the Veterans Health Administration”. *Health Econ Policy Law.* 2006, 1(2):163-9.

surinkti apie Lietuvos gyventojų mirtingumą ir sergamumą nuo krūties, gimdos kaklelio, priešinės liaukos ir storosios žarnos vėžio 2000-2009 m. laikotarpiu. Mirtingumo ir sergamumo duomenys lyginti tarp visų (bendra to amžiaus Lietuvos moterų ar/ir vyrų populiacija) ir prevencinių programų atrankinių amžiaus grupių. Duomenys apie gyventojų mirtingumą nuo šių onkologinių ligų surinkti iš Vilniaus universiteto onkologijos instituto, o gyventojų demografinė statistika iš Lietuvos statistikos departamento duomenų bazės, atsižvelgiant į prevencinėse programose nurodytas amžiaus ribas. Mirtingumo ir sergamumo bei santykio tarp jų rodikliai apskaičiuoti, bei grafiškai pavaizduoti naudojant kompiuterinę Microsoft Excel programą.

Antrojo uždavinio „Įvertinti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą Lietuvos gydytojų požiūriu“ atlikimui, taikytas kiekybinio tyrimo metodas. Anketinė anoniminė Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros gydytojų, teikiančių prevencinių programų paslaugas, apklausa vykdėta 2012 m. gegužės-birželio mėn. Tiriamąjį kontingentą sudarė 400 gydytojų, iš jų: 296 (74,6 proc.) bendrosios praktikos (šeimos), 56 (14,1 proc.) vidaus ligų gydytojų, 45 (11,3 proc.) pirminės sveikatos priežiūros komandos narių – ginekologų-akušerių. Siekiant užtikrinti tyrimo reprezentatyvumą imtis buvo apskaičiuota remiantis Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis apie Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros gydytojų (fizinių asmenų) pasiskirstymą darbo rinkoje pagal gydytojų profesinę kvalifikaciją. 2010 m. Lietuvoje registruoti 2526 dirbantys gydytojai (šeimos, vidaus ligų gydytojai, pirminės sveikatos priežiūros komandos nariai – ginekologai-akušeriai). Imties dydis apskaičiuotas pagal formulę¹²¹ esant 95% patikimumo lygmeniui, kai pasikliautinas intervalas ± 4 proc. (reprezentatyvi imtis - 485 gydytojai, atsižvelgiant į tyrimo atlikimo galimybes (pirkta tyrimo atlikimo paslauga) buvo apklausta 400 gydytojų). Tyrimas atliktas dešimtyje apskričių (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, Tauragės, Telšių, Utenos, Alytaus, Marijampolės), apklausiant gydytojus atrinktose įstaigose. Analizės metu rezultatai suskirstyti į penkis regionus (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio). Analizėje apskritys apjungtos į regionus remiantis Teritorinių ligonių kasų PAASPI aparnaujamų zonų struktūra (4 lentelė).

Tyrimas atliktas Higienos institute vykdant priemonę, „Atlikti antrinės profilaktikos programų įgyvendinimo galimybių Lietuvoje vertinimą ir parengti sliūlymus dėl jų plėtos (apimčių), atlikus reprezentatyvų medikų ir antrankinėms grupėms priklausančių gyventojų tyrimą“. Gydytojų apklausos atlikimui buvo pirkti paslauga, kurios išlaidos apmokėtos iš Higienos institute vykdomo tarptautinio projekto „Visuomenės sveikatos gerinimas, stiprinant asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje“ (*angl. ImPrim*) lėšų.

¹²¹ Creative Research Systems, <<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>> [skaičiuota 2012-12-16].

4 lentelė. Gydytojų pasiskirstymas atsižvelgiant į regionus ir apskritis

Regionas/ proc. (abs. sk.)	Apskritis	Proc. (abs. sk.)
Vilniaus regionas/ 33,8 (135)	Vilniaus apskritis	30,3 (121)
	Alytaus apskritis	3,5 (14)
Kauno regionas/ 30,8 (123)	Kauno apskritis	27,5 (110)
	Marijampolės apskritis	3,3 (13)
Klaipėdos regionas/ 16,8 (67)	Klaipėdos apskritis	15 (60)
	Tauragės apskritis	1,8 (7)
Šiaulių regionas/ 9,3 (37)	Šiaulių apskritis	6,5 (26)
	Telšių apskritis	2,8 (11)
Panevėžio regionas/ 9,5 (38)	Panevėžio apskritis	6,3 (25)
	Utenos apskritis	3,3 (13)

Gydytojų apklausai skirtu klausimynu buvo siekta surinkti informaciją apie: gydytojų nuomonę apie gyventojų dalyvavimą prevencinėse programose (2-5 klausimai), gydytojų nuomonę apie prevencines programas ir patirtį ir kliūtis įgyvendinant jas (7-10, 18-21 klausimai), prevencinių programų įgyvendinimo (paslaugų teikimo) organizacinius ypatumus (1, 6, 11-17 klausimai) (1 priedas). Duomenys buvo analizuojami atsižvelgiant į gydytojų specialybę ir regioną, kuriame dirba. Analizuoti duomenys atskirai nepateikiami, jei nebuvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai.

Trečiojo uždavinio „Įvertinti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą Vilniaus miesto savivaldybės administratorių požiūriu“ atlikimui, taikytas kokybinio tyrimo metodas. 2012 m. gegužės mėn. vykdytoje grupinėje diskusijoje (focus grupė) dalyvavo 6 PAASPI administratoriai ir 3 specialistai iš PAASPI, susiję su prevencinių programų įgyvendinimo organizavimu Vilniaus mieste. Tyrimo dalyviams taikytas atrankos kriterijus – administravimo ar kitas pareigas užimantys asmenys, susiję su prevencinių programų įgyvendinimo organizavimu PAASPI, kuriose jie dirba.

Kokybinio tyrimo atlikimui parengtas klausimynas, kuriuo siekta nustatyti respondentų nuomonę apie prevencines programas, prevencinių programų įgyvendinimo PAASPI organizacinius aspektus. Taip pat, siekta išsiaiškinti prevencinių programų įgyvendinimo patirtį ir kliūtis PAASPI, bei jų sprendimo galimybes (2 priedas).

Kiekybinio tyrimo duomenys buvo suvesti į SPSS kompiuterinę programą, sudaryta duomenų bazė. Duomenims analizuoti naudotas statistinių duomenų analizės paketas SPSS (15 versija). Požymių tarpusavio priklausomumo hipotezėms tikrinti taikytas chi kvadrato (χ^2) testas. Hipotezių tikrinimui pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Kokybinio tyrimo metu, dalyviams sutikus, pokalbis buvo įrašytas į diktofoną, vėliau surinkti duomenys transkribuoti ir sudaryta duomenų byla. Kokybinių duomenų analizei taikytas turinio analizės (content) metodas, leidžiantis formuluoti išvadas remiantis analizuojamu tekstu. Turinio analizė apimė 4 etapus: daugkartinį teksto skaitymą; esminių kategorijų

išskyrimą remiantis „raktiniais“ žodžiais; kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas; kategorijų ir subkategorijų interpretavimą bei pagrindimą remiantis tekstiniais įrodymais.¹²²

Darbo autorės idėlis. Analizuojant mirtingumo ir sergamumo onkologinėmis ligomis dinamiką Lietuvoje 2000–2009 m. prevencinių programų įgyvendinimo kontekste (1 uždavinys) darbo autorė rinko duomenis, parengė duomenų bazę (Microsoft Excel programoje), apskaičiavo rodiklius ir atliko duomenų analizę. Vertinant onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą Lietuvos gydytojų požiūriu (2 uždavinys): parengė tyrimo planą, tyrimo instrumentą ir jį išbandė, dalyvavo rengiant duomenų bazę, pritaikė statistinės analizės metodus ir interpretavo tyrimo rezultatus. Vertinant onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą Vilniaus m. savivaldybės administratorių požiūriu (3 uždavinys), darbo autorė parengė tyrimo instrumentą, organizavimo grupinę diskusiją (parengė diskusijos dalyvių sąrašą, kvietė telefonu ir elektroniniu paštu PAASPI administratorius dalyvauti diskusijoje), diskusijos metu surinktus duomenis (įrašytus diktofonu) transkribavo ir sudarė duomenų bylą, remiantis kokybinių duomenų analizei taikomu turinio analizės (content) metodu, išanalizavo duomenis ir juos interpretavo.

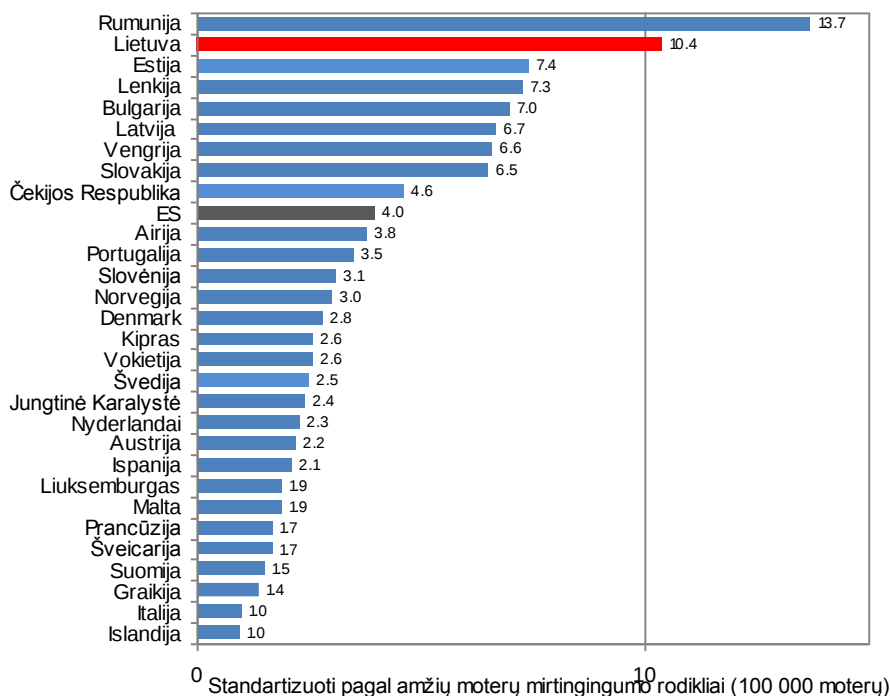
2.2. Sergamumo ir mirtingumo onkologinėmis ligomis dinamikos Lietuvoje 2000–2009 m. prevencinių programų įgyvendinimo kontekste analizė

Gimdos kaklelio vėžys

Gimdos kaklelio vėžio sąlygojami moterų mirtingumo rodikliai Lietuvoje yra vieni aukščiausių lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis narėmis. Iš 27 Europos Sąjungos šalių narių vienintelės Rumunijos šalies moterų mirtingumo rodikliai yra aukštesni nei Lietuvos (7 pav.).¹²³

¹²² Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V. „Kokybinių tyrimų metodologija“. 2008, p. 304.

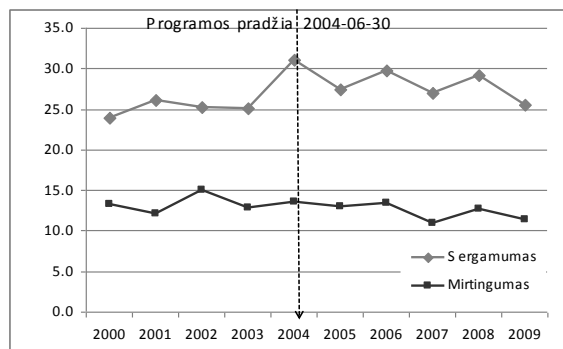
¹²³ Eurostato statistikos duomenų bazė, <http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf> [žiūrėta 2012-05-08].



Šaltinis: Eurostato statistikos duomenų bazė

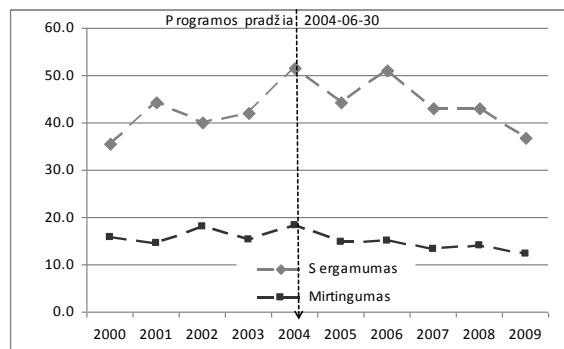
7 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio Europos Sąjungos šalyse (2008 ir paskutiniai prieinami metai)

Vertinant mirtingumo ir sergamumo gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje dinamiką 2000–2009 m. laikotarpiu nustatyta, kad 2004 m., pradėjus įgyvendinti gimdos kaklelio vėžio prevencinę programą (toliau – PP), sergamumo ir mirtingumo didėjimas stabilizavosi. 2004–2009 m. laikotarpiu stebima nežymi, bet stabili sergamumo ir mirtingumo mažėjimo tendencija. Atkreiptinas dėmesys, jog Lietuvos moterų mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio du kartus mažesnis lyginant su sergamumu. Programos atrankinės amžiaus grupės moterų mirtingumas – tris kartus mažesnis už sergamumą. Be to, moterų mirtingumo ir sergamumo santykis, analizuojamu laikotarpiu, didėjo: nuo 1,9 karto bendroje (visų moterų) amžiaus grupėje iki PP įgyvendinimo (2000–2004 m. laikotarpiu) iki 2,3 karto įgyvendinant PP (2005–2009 m.) bei nuo 2,6 karto PP atrankinės amžiaus grupės moterų grupėje 2000–2004 m. laikotarpiu iki 3 kartų - 2005-2009 m. (8 ir 9 pav.).



Šaltinis: Apskaičiuota iš Vilniaus universiteto onkologijos instituto (toliau – VUOI) vėžio registro ir Lietuvos statistikos departamento duomenų

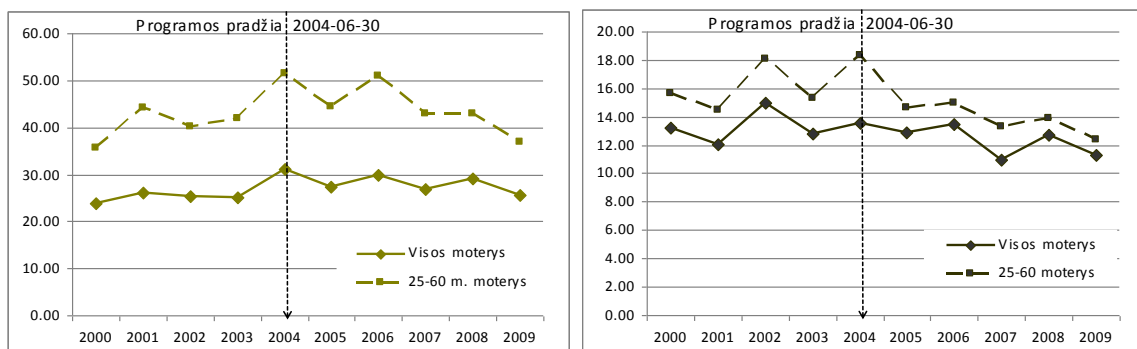
8 pav. Lietuvos moterų sergamumo ir mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamika 2000-2009 m.



9 pav. PP atrankinės amžiaus gr. moterų sergamumo ir mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamika 2000-2009 m.

Prevenčinės programos priemonių efektyvumas mažinant (bei stabilizuojant) Lietuvos moterų sergamumą ir mirtingumą gimdos kaklelio vėžiu, aiškiau matomas PP atrankinėje moterų amžiaus grupėje. 2004–2009 m. laikotarpiu moterų sergamumas 25–60 m. amžiaus grupėje sumažėjo 30 proc., tuo tarpu, bendroje (visų moterų) amžiaus grupėje – 19, 36 proc. Be to, PP atrankinės amžiaus grupės moterų sergamumas beveik du kartus didesnis už bendrą populiacijos sergamumą gimdos kaklelio vėžiu (27/100 000 mot.; 43/100 000 mot.) (10 pav.).

Kaip ir sergamumo, moterų mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio mažėjimo tendencija aiškiau pastebima PP atrankinėje moterų amžiaus grupėje. Bendroje moterų amžiaus grupėje 2004–2009 m. laikotarpiu mirtingumas sumažėjo neženkliai, kai tarp atrankinės amžiaus grupės moterų mirtingumas sumažėjo nuo 18,4 iki 12,4 atvejo 100 000 moterų. Lyginant su bendrąją (visų moterų) amžiaus gr. didžiausias mirtingumas, kaip ir sergamumas, stebėtas atrankinėje amžiaus moterų grupėje. Iki PP programos įdiegimo, t.y. 2000–2004 m. laikotarpiu stebėta, tiek atrankinės amžiaus grupės tiek visų moterų, didėjanti mirtingumo gimdos kaklelio vėžiu tendencija (11 pav.).



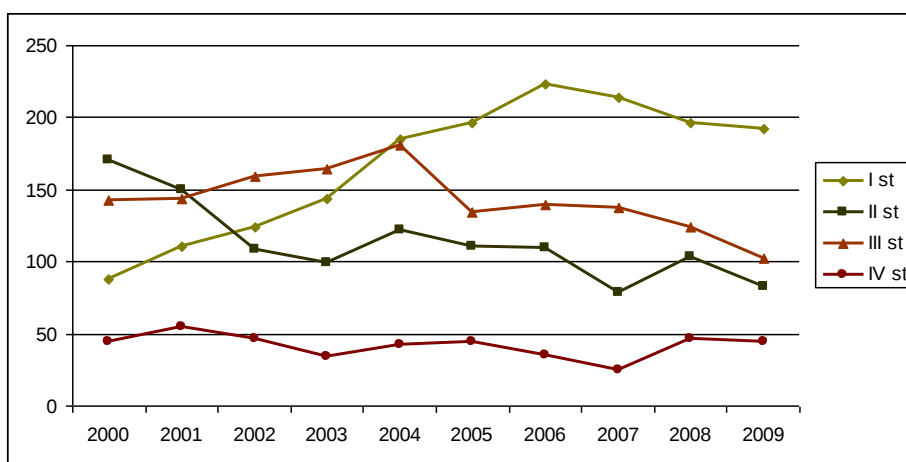
*iki 2008 m. varario mėn. 30-60 m. moterys

Šaltinis: Apskaičiuota iš VUOI vėžio registro ir Lietuvos statistikos departamento duomenų

10 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. moterų sergamumo gimdos kaklelio vėžiu dinamika 2000-2009 m.

11 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. moterų mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžiu dinamika 2000-2009 m.

Vertinant prevencinių programų poveikį gyventojų sergamumui ir mirtingumui, vienas svarbiausių PP įgyvendinimo vertinimo rodiklių – diagnozuojamų vėžio atvejų stadijų struktūra. Analizuojant moterų gimdos kaklelio vėžio sergamumo dinamiką 2000–2009 m. laikotarpiu pagal stadijas, nustatytas žymus I stadijos sergamumo augimas ir II-osios stadijos – mažėjimas. Lietuvos moterų sergamumas III stadijos gimdos kaklelio vėžiu mažėjo neženkiai, o IV-osios stadijos atvejų sumažėjimo nefiksuota (12 pav.). Tuo tarpu, kitų autorių duomenimis, šie I-osios stadijos augimo, bei II-osios – mažėjimo skirtumai statistiškai reikšmingi programos patikros grupėje.¹²⁴ Autorių, taip pat, pabrėžta, Lietuvoje stebima, programinio vykdymo efektyvumo vertinimui svarbi, diagnozuojamų preinvazinio vėžio atvejų didėjimo tendencija.¹²⁵



Šaltinis: VUOI vėžio registro duomenys

12 pav. Naujai išaiškintų gimdos kaklelio vėžio stadijų dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje

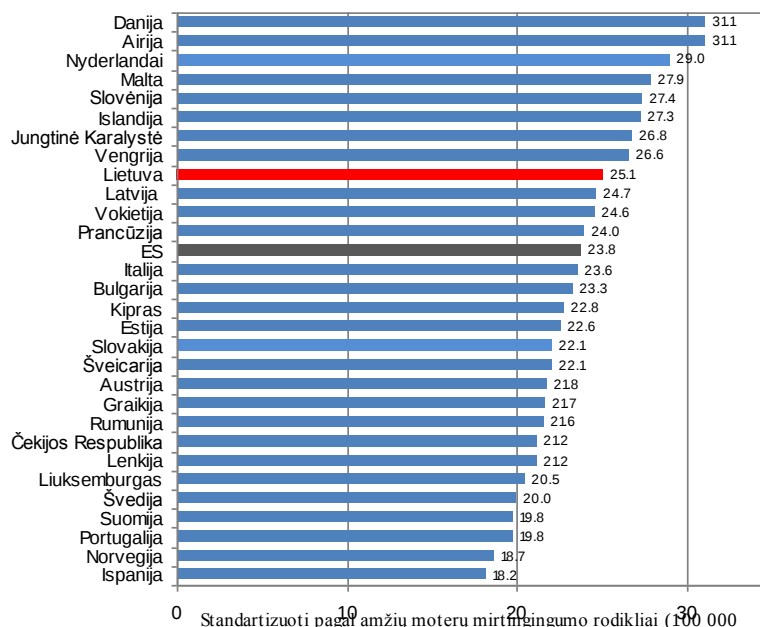
¹²⁴ Smailytė G., Rimienė J., Gudlevičienė Ž., Aleknavičienė B. „Gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaka sergamumui gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje“. *Medicinos teorija ir praktika*. 2010, 6(2):152–157.

¹²⁵ Pečiūra R., Gurevičius R., Jankauskienė D. „Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skyringas“. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2011, 1(3):50-63.

Užsienio šalių patirtis rodo, kad organizuotų atrankinės gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios patikros programų įgyvendinimas šalyse efektyvus mažinant sergamumą invazine šios ligos forma ir mirtingumą nuo jos.¹²⁶ Tapatūs rezultatai gauti ir išanalizavus gimdos kaklelio vėžio epidemiologinių rodiklių dinamikos pokyčius Lietuvoje 2000-2009 m. laikotarpiu: nuo programos įdiegimo metų stebimas nežymus, tačiau stabilus moterų sergamumo ir mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio mažėjimas. Atkreiptinas dėmesys, kad didėjantis Lietuvos moterų neinvazinio^{124,125} ir I stadijos gimdos kaklelio vėžio sergamumas, bei išlikusi neženkli ar nepakitusi diagnozuojamų vėlyvųjų stadijų (III ir IV) vėžio dalis, atspindi oportunistinio pobūdžio prevencinių programų (skryningo) įgyvendinimui būdingas patikros išraiškas, kas Lietuvos autorių nuomone, rodo per mažą pasitikrinsusių moterų, esančių didžiausioje rizikos grupėje, skaičių.¹²⁴

Krūties vėžys

Lietuvos moterų mirtingumas nuo krūties vėžio lyginant su kitomis ES šalimis vienas didžiausių. Standartizuotas mirtingumo krūties vėžiu rodiklis Lietuvoje siekia 25,1 atvejo 100 000 gyv., kai tuo tarpu ES šalyse – 23,8 (11 pav.).¹²⁷



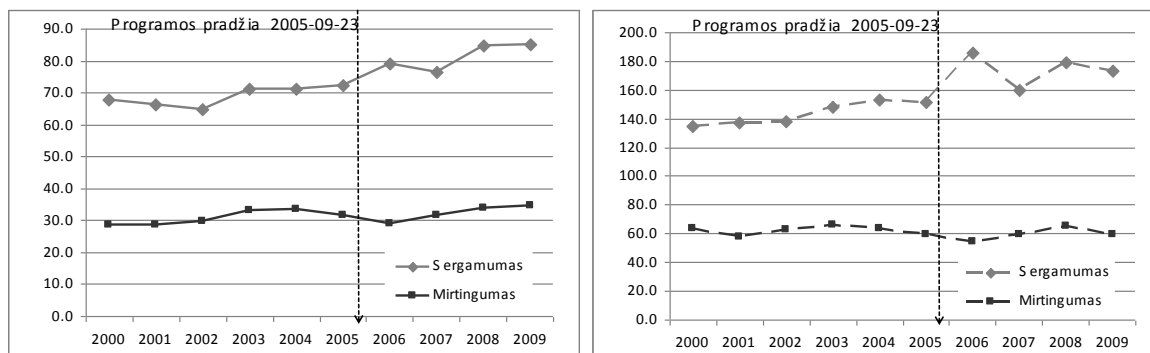
Šaltinis: OECD sveikatos duomenys

13 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo krūties vėžio Europos Sąjungos šalyse (2008 ir paskutiniai prieinami metai)

¹²⁶ Council of the European Union. „Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening”. 2003, 878/EC.

¹²⁷ Health at a Glance: Europe 2012, <www.oecd.org/health/healthataglance/europe> [žiūrėta 2013-02-10].

Iš 14 ir 15 paveiksluose pateiktų Lietuvos moterų mirtingumo ir sergamumo kreivių, matyti, kad mirtingumas ir sergamumas krūties vėžiu 2000–2009 m. Lietuvoje didėjo. Žymesnis mirtingumo ir sergamumo krūties vėžiu didėjimas stebėtas laikotarpiu nuo prevencinės programos įdiegimo (nuo 2005 m. pabaigos) (14 pav.). Sergamumo ir mirtingumo santykis 2000-2009 m. laikotarpiu bendroje populiacijoje kito nežymiai ($\pm 0,1$ karto), kai tuo tarpu atrankinės moterų amžiaus grupėje, nuo 2,1 karto 2000-aisiais metais padidėjo iki 3,4 karto – programos įdiegimo metais. 2009-aisiais metais siekė 2,9 karto (15 pav.).



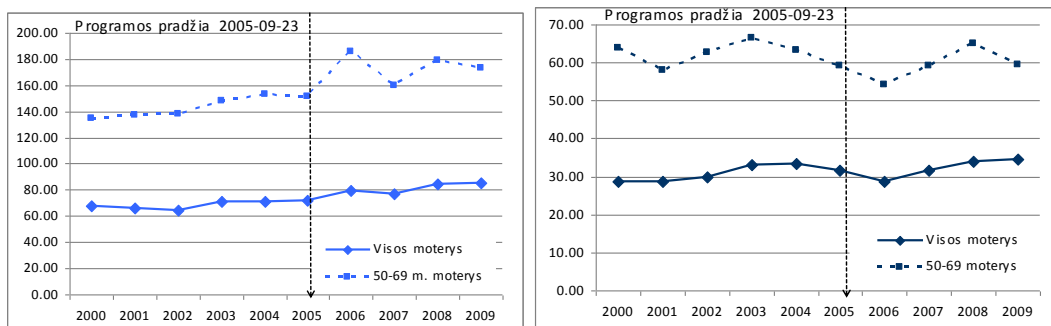
Šaltinis: Apskaičiuota iš VUOI vėžio registro ir Lietuvos statistikos departamento duomenų

14 pav. Lietuvos moterų sergamumo ir mirtingumo nuo krūties vėžio dinamika 2000-2009 m.

15 pav. PP atrankinės amžiaus gr. moterų sergamumo ir mirtingumo nuo krūties vėžio dinamika 2000-2009 m.

Analizuojant duomenis detaliau, matyti, kad 2005–2009 m. laikotarpiu 50–69 m. amžiaus moterų sergamumo rodikliai didėjo daugiau nei tarp visų amžiaus moterų grupės. Pirmaisiais programos įgyvendinimo metais stebėtas ir daugiau nei du kartus didesnis atrankinės amžiaus grupės moterų sergamumas lyginant su visų moterų amžiaus grupe (16 pav.).

Lyginant mirtingumo dinamiką tarp atrankinės ir visų amžiaus grupių moterų 2005–2009 m. programos įgyvendinimo laikotarpiu, stebėta, kad mirtingumo pokyčiai aiškiau matomi PP atrankinės moterų amžiaus grupėje. Nors visų moterų mirtingumo nuo krūties vėžio rodikliai 2000–2009 m., nežymiai didėjo, 50–69 m. amžiaus moterų mirtingumas šiuo laikotarpiu išliko stabilus ir nežymiai sumažėjo. Mirtingumas, kaip ir sergamumas, atrankinės amžiaus grupės moterų du kartus didesnis lyginant su visų amžiaus moterų grupe (17 pav.).

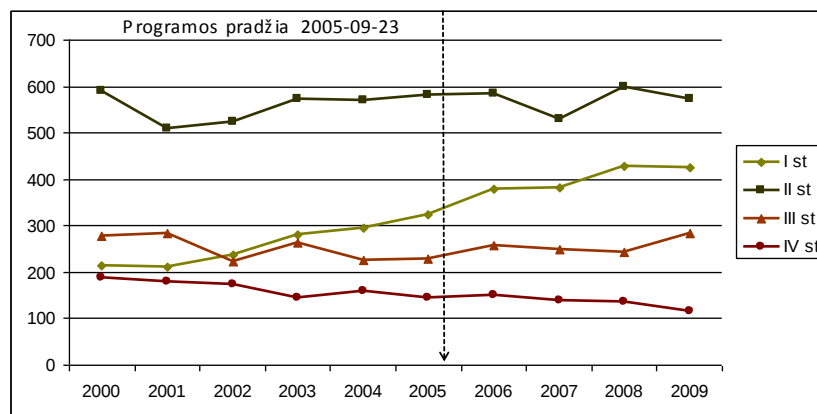


Šaltinis: Apskaičiuota iš VUOI vėžio registro ir Lietuvos statistikos departamento duomenų

16 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. moterų sergamumo krūties vėžiu dinamika 2000-2009 m.

17 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. moterų mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamika 2000-2009 m.

Ženklų dinamikos pokyčių krūties vėžio stadijų sergamumo struktūroje, prevencinės programos įgyvendinimo laikotarpiu, nestebima. 2000–2009 m. laikotarpiu daugiausia diagnozuota II-osios krūties vėžio stadijos susirgimų. Stabilia išliko III stadijos sergamumo diagnostikos struktūra. Tuo tarpu, nors I-osios vėžio stadijos susirgimų skaičius 2000–2009 m. laikotarpiu tolygiai didėjo, o IV-osios stadijos nežymiai mažėjo, abejotina, kad pokyčiai įtakoti atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos priemonių, kadangi krūties vėžio stadijų struktūra tapati iki ir po programos įdiegimo (18 pav.).



Šaltinis: VUOI vėžio registro duomenys

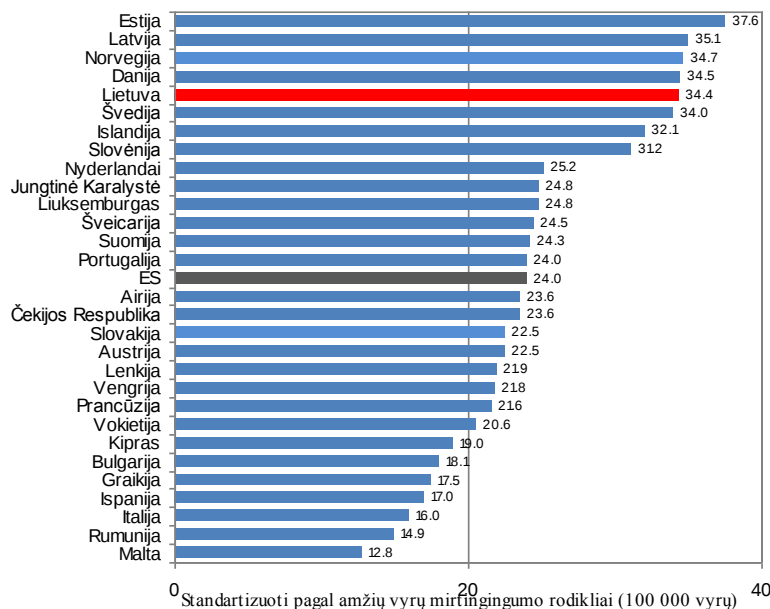
18 pav. Naujai išaiškintų krūties vėžio stadijų dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje

Lietuvos moterų mirtingumas ir sergamumas nuo krūties vėžio 2000-2009 m. laikotarpiu didėjo, ženkliau - programos įgyvendinimo laikotarpiu. Mirtingumo ir sergamumo epidemiologinių rodiklių pokyčiai aiškiau stebimi atrankinėje moterų amžiaus grupėje. Kai visų moterų (bendras) mirtingumas nuo krūties vėžio didėjo, šioje amžiaus grupėje moterų mirtingumas išliko stabilus. Visgi, teigiamo prevencinės programos priemonių poveikio mažinant Lietuvos moterų mirtingumą ir sergamumą nuo

krūties vėžio nestebima, kadangi diagnozuojamų vėžio stadijų struktūra išliko nepakitusi: nepadidėjo diagnozuojamų atvejų ankstyvose vėžio stadijose ir nesumažėjo – vėlyvose.

Priešinės liaukos vėžys

Priešinės liaukos vėžys – dažniausiai Europos Sąjungos šalyse diagnozuojamas piktybinis navikas.¹²⁸ Dažniausiai priešinės liaukos vėžys diagnozuojamas ir Lietuvoje,¹²⁹ o mirtingumas nuo priešinės liaukos vėžio Lietuvos vyrų vienas didžiausių ES (19 pav.).¹³⁰



Šaltinis: OECD sveikatos duomenys

19 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo priešinės liaukos vėžio Europos Sąjungos šalyse (2008 ir paskutiniai prieinami metai)

Analizuojant vyrų mirtingumo ir sergamumo priešinės liaukos vėžiu dinamiką 2000–2009 m. laikotarpiu stebėtas tolygus sergamumo didėjimas iki programos įdiegimo pradžios (iki 2005 m. pab.) ir, ypač ženklus, sergamumo didėjimas 2005 m. pab. – 2007 m. Vyrų mirtingumas nuo priešinės liaukos vėžio 2000–2009 m. laikotarpiu didėjo nežymiai. Atsižvelgiant į vyrų sergamumo ir mirtingumo nuo priešinės liaukos vėžio kreives, matyti, kad santykis tarp gyventojų sergamumo ir mirtingumo padidėjo nuo 4 kartų 2005 m. iki 6 kartų 2007 m. Tuo tarpu, atrankinėje vyrų amžiaus grupėje stebimas šis santykis 2007 m. padidėjo net iki 12 kartų (20-21 pav.).

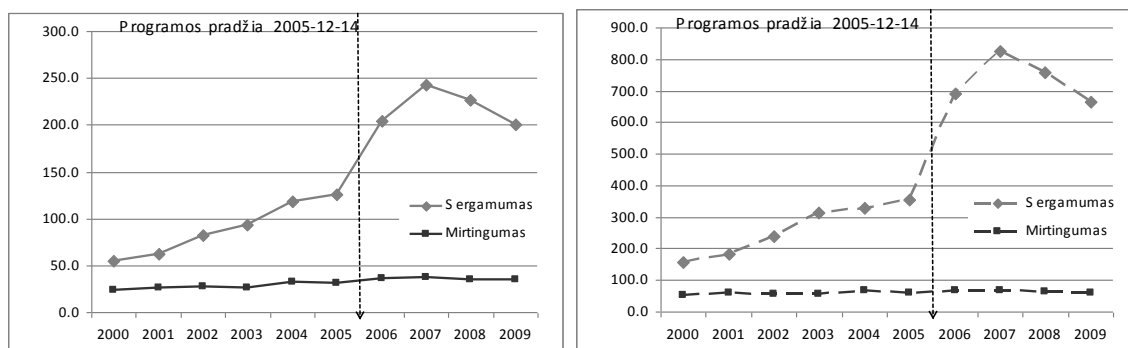
Atkreiptinas dėmesys, kad sergamumo priešinės liaukos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamiką Lietuvoje, iki ir po priešinės liaukos vėžio PP įdiegimo, nagrinėjusių autorių prognozės 2007–2009-

¹²⁸ World Health Organization, <<http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=930>> [žiūrėta 2012-10-20].

¹²⁹ VUOI vėžio registras, <<http://www.vuoi.lt/index.php?-1413089819>> [žiūrėta 2012-20-03].

¹³⁰ Health at a Glance: Europe 2012, <www.oecd.org/health/healthataglance/europe> [žiūrėta 2013-02-25].

iesiems metams nepasitvirtino.¹³¹ Nors, atsižvelgiant į didžiulį vyrų sergamumo priešinės liaukos vėžiu didėjimą po prevencinės programos įdiegimo, autoriai prognozavo jo didėjimo tendenciją, nuo 2007-ųjų metų stebimas vyrų sergamumo stabilizavimasis, o 2007–2009 m. laikotarpiu mažėjimas (20 pav.).



Šaltinis: apskaičiuota iš VUOI vėžio registro ir Lietuvos statistikos departamento duomenų

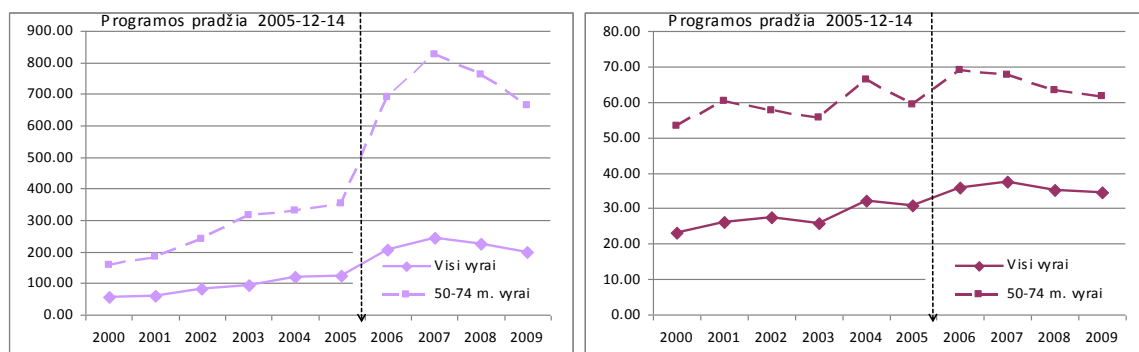
20 pav. Lietuvos vyrų sergamumo ir mirtingumo nuo priešinės liaukos vėžio dinamika 2000-2009 m.

21 pav. PP atrankinės amžiaus gr. vyrų sergamumo ir mirtingumo nuo priešinės liaukos vėžio dinamika 2000-2009 m.

Žymiai aiškiau stebimi sergamumo pokyčiai PP atrankinėje vyrų amžiaus grupėje. 2006–2009 m. laikotarpiu sergamumas 50–74 m. vyrų amžiaus grupėje lyginant su bendrąją (visų vyrų) grupe buvo 3 kartus didesnis. Atrankinės vyrų amžiaus grupėje 2007-aisiais metais lyginant su ankstesniaisiais metais mažiau daugiau nei bendrojoje (visų vyrų) amžiaus grupėje (tuo pačiu laikotarpiu) padidėjo sergamumas.

Tuo tarpu, nors 50–74 m. amžiaus vyrų mirtingumas didesnis, vyrų mirtingumo dinamika tarp bendros (visų) ir PP atrankinės amžiaus grupės vyrų, panaši (22-23 pav.).

¹³¹ Čepanauskienė R., Gurevičius R. „Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamika Lietuvoje iki psa eros ir po jos“. *Visuomenės sveikata*. 2009, 1(44): 19-27.

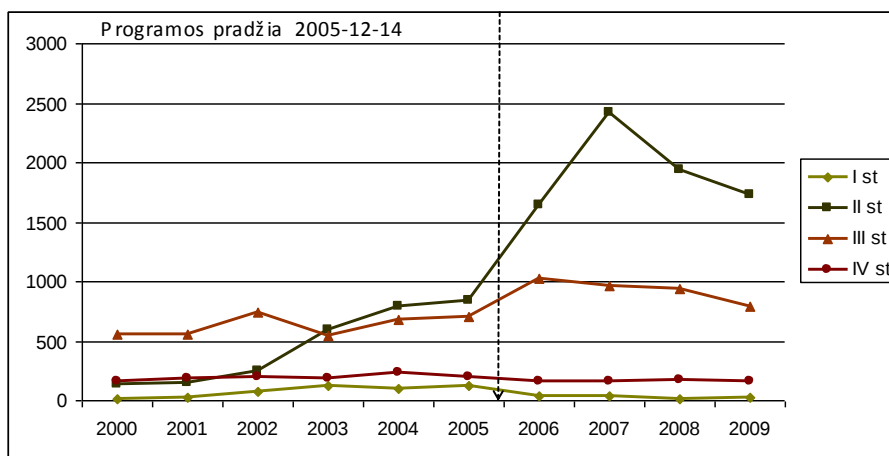


Šaltinis: apskaičiuota iš VUOI vėžio registro ir Lietuvos statistikos departamento duomenų

22 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. vyrų sergamumo priešinės liaukos vėžiu dinamika 2000-2009 m.

23 pav. Lietuvos ir PP atrankinės amžiaus gr. vyrų mirtingumo nuo priešinės liaukos vėžio dinamika 2000-2009 m.

Antrinės vėžio profilaktikos esmė – ankstyva diagnostika, vėžį nustatant kuo ankstesnėje jo stadijoje. Deja, Lietuvos vyrų susirgimų priešinės liaukos I-oje stadijoje, lyginant su kitomis stadijomis, diagnozuojama mažiausiai. Dar mažiau I-osios stadijos priešinės liaukos vėžio diagnozuota 2006–2009 m. laikotarpiu. Susirūpinimą esama situacija kelia ir HI Sveikatos informacijos centro duomenys: „2003 m., kai organizuotų profilaktikos programų šalyje dar nebuvo, pirmos stadijos prostatos vėžys buvo diagnozuojamas apie 8 proc. atvejų. Ši dalis sumažėjo 2008 m. apie 10 kartų“.¹³² Kaip paaiškėjo, 2000–2009 m. laikotarpiu daugiausia Lietuvoje diagnozuojama II bei III stadijos priešinės liaukos piktybinių navikų (24 pav.).



Šaltinis: VUOI vėžio registro duomenys

24 pav. Naujai išaiškintų priešinės liaukos vėžio stadijų dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje

¹³² LR SAM Higienos institutas sveikatos informacijos centras. „2008 m. Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apžvalga“. 2009, p.1-52.

Kadangi, vyrų sergamumo ir mirtingumo rodikliai po programos įdiegimo Lietuvoje ženkliai išaugo, galima teigti, kad matomas aiškus PP priemonių poveikis vyrų priešinės liaukos sergamumo ir mirtingumo dinamikos pokyčiams. Ilgą laikotarpį Lietuvoje didėjusį vyrų sergamumą ir mirtingumą priešinės liaukos vėžiu, nuo 2007 m. stabilizuoti ir sumažinti galimai padėjo priešinės liaukos vėžio PP priemonių taikymas šalyje. Visgi, vyrų mirtingumo ir sergamumo nuo priešinės liaukos vėžio mažėjimas stebimas tik kelerius metus, o diagnozuojamų priešinės liaukos vėžio stadijų struktūra išryškina galimai dar mažą PP efektyvumą dėl diagnozuojamų, itin mažų, I-osios stadijos priešinės liaukos vėžio, apimčių. Kitų autorių duomenimis pabrėžiama, kad norint pasiekti laukiamo vyrų mirtingumo priešinės liaukos vėžiu sumažėjimo (20-60 proc.) šalyje, būtina pasiekti ne mažesnes 80 proc. dalyvių apimtis PP.¹³³

Storosios žarnos vėžys

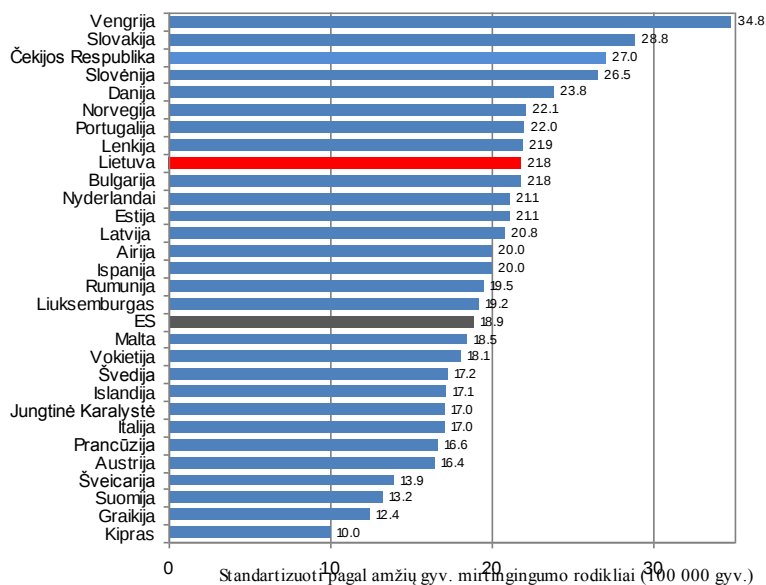
Nors storosios žarnos vėžys – trečias dažniausiai diagnozuojamas piktybinis navikas Europos Sąjungos šalyse, pastarąjį dešimtmetį stebima ES gyventojų mirtingumo nuo storosios žarnos vėžio mažėjimo tendencija.¹³⁴ Tuo tarpu Lietuvoje, stebimi priešingi rezultatai: literatūros duomenimis, pastarąjį keturiasdešimtmetį Lietuvos gyventojų mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio sparčiai didėjo.¹³⁵ Lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis matyti, kad Lietuvos gyventojų mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio siekia 21,8 atvejus 100 000 gyv., kai ES šalyse – 18,9 (25 pav.).¹³⁶

¹³³ R.Adomaitis, F.Jankevičius. „Lietuvos priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos programa 2006-2010 m.: paslaugų teikimo tendencijos“. *Sveikatos mokslai*. 2011, 21(2):43-47.

¹³⁴ Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue M., Colombet M., Boyle P. „Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006“. *Ann Oncol*. 2007, 18(3): 581–92.

¹³⁵ World Health organization database, <<http://data.euro.who.int/hfad/>> [žiūrėta 2013-02-20].

¹³⁶ Eurostat statistikos duomenų bazė, <<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>> [žiūrėta 2012-02-05].



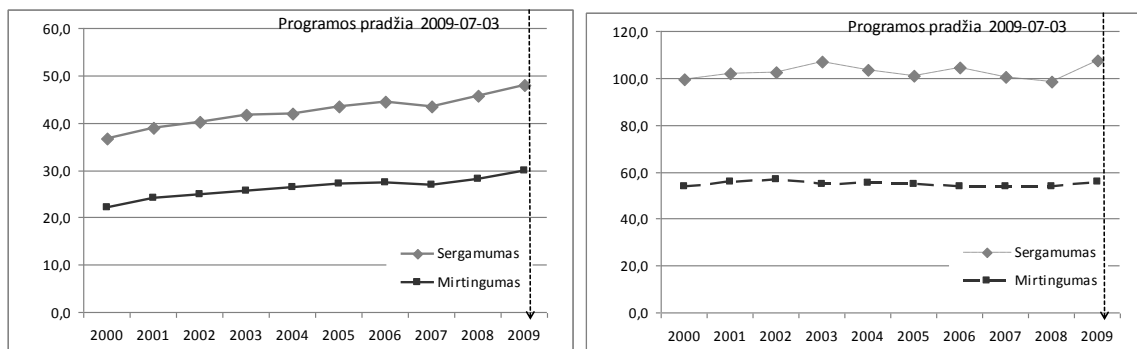
Šaltinis: Eurosto statistikos duomenų bazė.

25 pav. Standartizuotas mirtingumas nuo storosios žarnos vėžio Europos Sąjungos šalyse (2008 ir paskutiniai prieinami metai)

2000-2009 m. laikotarpiu Lietuvoje, nuo storosios žarnos vėžio, didėjo ne tik gyventojų mirtingumas, tačiau ir sergamumas (26 pav.). PP atrankinės amžiaus grupės asmenų mirtingumo ir sergamumo rodikliai apie 3 kartus didesni nei visų gyventojų, tačiau tiek visų tiek PP atrankinės amžiaus grupės gyventojų mirtingumas ir sergamumas, analizuojamu laikotarpiu, didėjo tolygiai (27 pav.). Kadangi, storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos bandomasis projektas pradėtas vykdyti nuo 2009 m. ir tik Vilniaus ir Kauno apskrityse¹³⁷, o nuo 2012 m. sausio 1 d. Ši programa vykdoma Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Šiaulių apskrityse,¹³⁸ programos priemonių įtaka epidemiologinių rodiklių pokyčiams ir jų analizė Lietuvoje galima tik ateityje.

¹³⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2009, Nr. 79-3321.

¹³⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2012 m. sausio 4 d. įsakymas Nr. V-7 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymo Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“. Žin., 2012, Nr. 6-202.

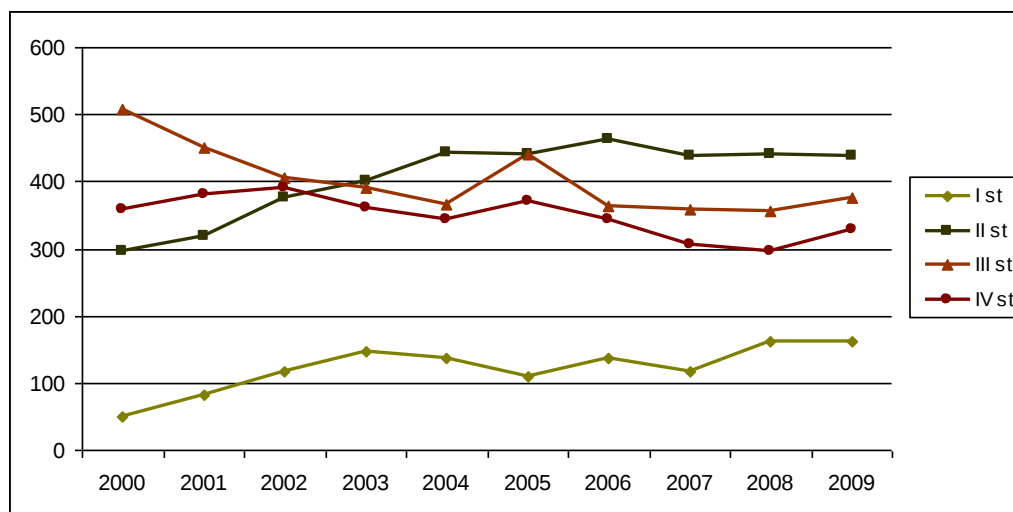


Šaltinis: apskaičiuota iš VUOI vėžio registro ir Lietuvos statistikos departamento duomenų

26 pav. Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo storosios žarnos vėžio dinamika 2000-2009 m.

27 pav. PP atrankinės amžiaus gr. asmenų sergamumo ir mirtingumo nuo storosios žarnos vėžio dinamika 2000-2009 m.

Esama Lietuvos gyventojų storosios žarnos vėžio sergamumo struktūra, kai vėžys dažniausiai diagnozuojamas vėlyviausiose (III-IV) stadijose, o I-II stadijų, bei ikinavikinių būklių išaiškinamumo apimtys mažos, atspindi problemos aktualumą ir prevencinių priemonių taikymo poreikį šalyje (21 pav.).



Šaltinis: VUOI vėžio registro duomenys

28 pav. Naujai išaiškintų storosios žarnos vėžio stadijų dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje

Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo storosios žarnos vėžiu tendencijos 2000-2009 m. laikotarpiu didėjo, o PP priemonių įtakos pastarųjų rodiklių poveikiui analizė galima tik ateityje.

Apibendrinimas

Analizuojant gyventojų mirtingumo ir sergamumo onkologinėmis ligomis dinamiką 2000–2009 m., pastebimi pokyčiai programų įgyvendinimo laikotarpiais. Nors PP poveikis gyventojų mirtingumui ir sergamumui stebėtas įgyvendinant gimdos kaklelio, krūties ir priešinės liaukos vėžio PP, tačiau, gyventojų mirtingumo ir sergamumo mažėjimo teigiami rezultatai nustatyti tik įgyvendinant gimdos kaklelio (2004–2009 m. laikotarpiu) ir priešinės liaukos (2007–2009 m.) vėžio PP. Atlikta sergamumo stadijų struktūros analizė leidžia teigti, kad, Lietuvoje įgyvendinamos PP labiau atspindi oportunistinio pobūdžio PP įgyvendinimui būdingas patikras, kai diagnozuojamų ankstyvųjų stadijų atvejų daugėja, o vėlyvųjų stadijų struktūra išlieka stabili (t.y. nemažėja). Kitų autorių duomenimis, tokiems struktūros pokyčiams įtakos turi per maža pasitikrinusių asmenų dalis.^{139,140}

2.3. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo vertinimas Lietuvos gydytojų požiūriu

Gydytojų nuomonė apie gyventojų dalyvavimą prevencinėse programose

Tyrimo metu analizuota gydytojų nuomonė apie gyventojų informuotumą, motyvaciją ir gyventojų supratimo dalyvauti PP reikšmę bei svarbą. Iš tyrimo duomenų paaiškėjo, kad daugumos gydytojų nuomone (46,2–78,1 proc.) gyventojai pakankamai ir visiškai pakankamai (toliau – pakankamai) informuoti apie PP (22 pav.). Lietuvos autorių, analizavusių gyventojų informuotumą apie PP, duomenimis, gyventojų informuotumas apie PP nepakankamas: tik trečdalis gyventojų žinojo apie krūties vėžio, gimdos kaklelio bei priešinės liaukos PP ir jų patikros sąlygas bei trečdalis apie programas žinojo šiek tiek.¹⁴¹ Tuo tarpu, užsienio autoriai analizavę kliūtis lemiančias nepakankamą gyventojų informuotumą apie PP, nustatė, kad dažnai gydytojai klaidingai įvertina kaip dažnai jie informuoja gyventojus apie programas. Šiuos duomenis, kad gyventojai ne visada informuojami apie programas apsilankymo pas gydytoją metu, patvirtina ir gyventojų apklausų tyrimų rezultatai.^{142,143}

¹³⁹ Smailytė G., Rimienė J., Gudlevičienė Ž., Aleknavičienė B. „Gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaka sergamumui gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje“. *Medicinos teorija ir praktika*. 2010, 6(2):152–157.

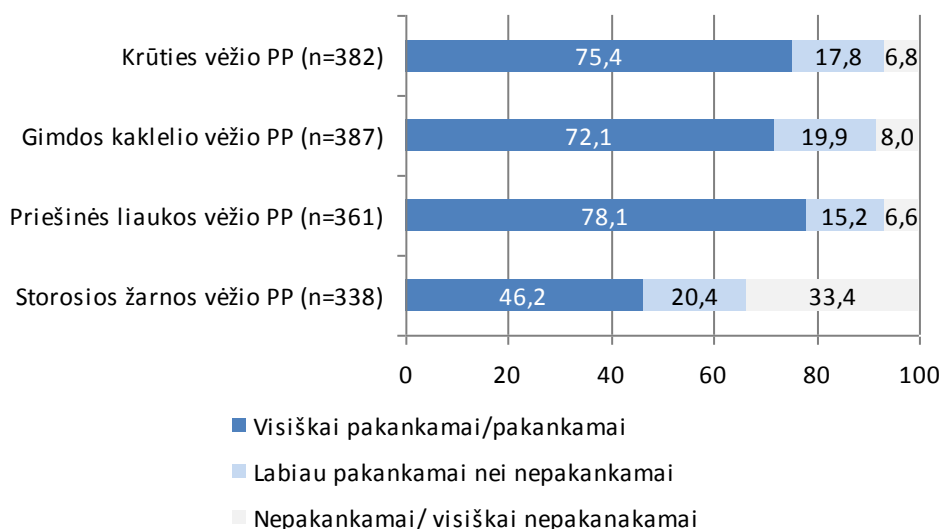
¹⁴⁰ R. Adomaitis, F. Jankevičius. „Lietuvos priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos programa 2006–2010 m.: paslaugų teikimo tendencijos“. *Sveikatos mokslai*. 2011, 21(2):43–47.

¹⁴¹ Mokymų, tyrimų ir vystymo centras. „Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas“. 2008, p.20–26.

¹⁴² Klabunde C. N., Vernon S. W., Nadel M. R., et al. „Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults“. *Medical Care*. 2005, 43:939–44.

¹⁴³ Guerra C. E., Sanford Schwartz S. J., Armstrong K., et al. „Barriers of and Facilitators to Physician Recommendation of Colorectal Cancer Screening“. *J Gen Intern Med*. 2007, 22(12):1681–1688.

Daugiau nei du trečdaliai (71,8 proc.) gydytojų teigė, kad gyventojai pakankamai informuoti apie priešinės liaukos vėžio PP. Tuo tarpu, kad gyventojai pakankamai informuoti apie storosios žarnos vėžio PP teigė mažiau nei pusė apklaustųjų (46,2 proc.) (29 pav.). Statistiškai reikšmingai daugiau gydytojų atsakė, kad gyventojai nepakankamai ir visiškai nepakankamai (toliau – nepakankamai) informuoti apie storosios žarnos vėžio PP (33,4 proc.) lyginant su krūties (6,8 proc.), gimdos kaklelio (8 proc.) ir priešinės liaukos (6,6 proc.) vėžio PP ($p < 0,05$). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp gydytojų nuomonės apie gyventojų storosios žarnos vėžio PP informuotumą, atsižvelgiant į regionus, kurių PAASPI dirba gydytojai ($\chi^2=24,5$, $lfs=8$, $p=0,002$). Daugiau gydytojų iš Klaipėdos (52,5 proc.), Šiaulių (36,7 proc.) ir Panevėžio (33,4 proc.) regionų nei Vilniaus (28,1 proc.) ir Kauno (22,6 proc.) manė, kad gyventojai nepakankamai informuoti apie storosios žarnos vėžio PP ($p < 0,05$). VLK duomenimis, gyventojų informuotumas mažiausias apie storosios žarnos vėžio PP, o didžiausias apie gimdos kaklelio vėžio PP.¹⁴⁴



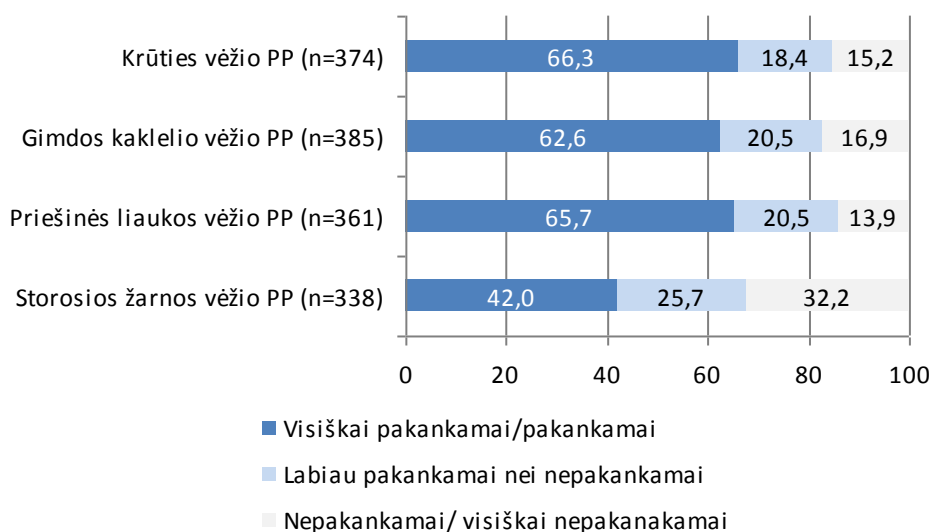
29 pav. Gyventojų informuotumas apie PP gydytojų požiūriu

Daugiau nei pusės (54,7–66,3 proc.) gydytojų nuomone, gyventojai pakankamai supranta reikšmę ir svarbą dalyvauti PP patikrose. Kad gyventojai nepakankamai supranta reikšmę ir svarbą dalyvauti PP patikrose, teigė mažiau nei penktadalis gydytojų (13,9–18,1 proc.) (30 pav.). Panašūs rezultatai gauti autorių analizavusių moterų dalyvavimo krūties vėžio PP motyvus. Jų duomenimis,

¹⁴⁴ Valstybinė ligonių kasa, 2012, <<http://www.vlk.lt/resources/files/2012/other/20120327TyrimoPristatymasSAM.pdf> > [žiūrėta 2013-02-16].

moterys supranta apie pavojų ir tiki, kad profilaktinis patikrinimas gali apsaugoti nuo šių ligų pasekmių.¹⁴⁵

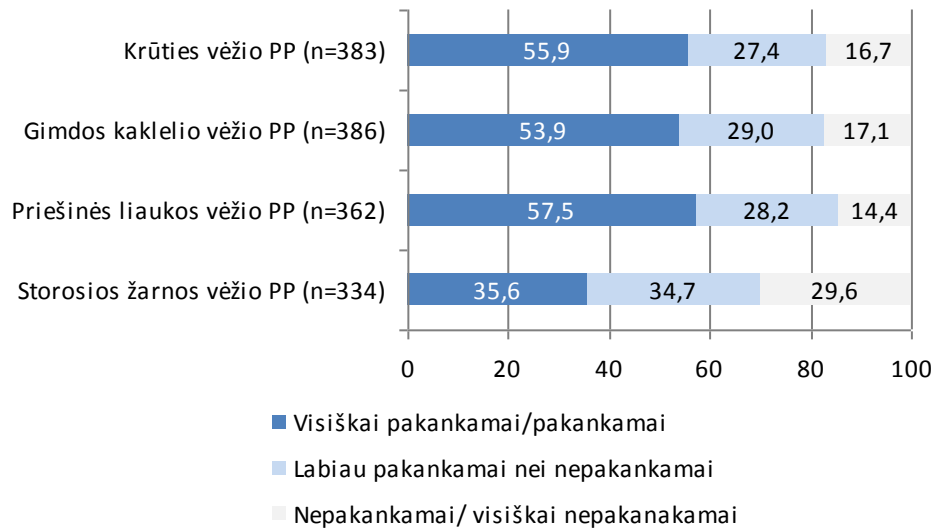
Tyrimo duomenimis, daugiau gydytojų atsakė, kad gyventojai nepakankamai supranta reikšmę ir svarbą dalyvauti storosios žarnos vėžio PP (32,2 proc.) lyginant su krūties (15,2 proc.), gimdos kaklelio (16,9 proc.) ir priešinės liaukos vėžio (13,9 proc.) PP ($p < 0,05$).



30 pav. Gydytojų nuomonė apie gyventojų dalyvavimo PP supratimą

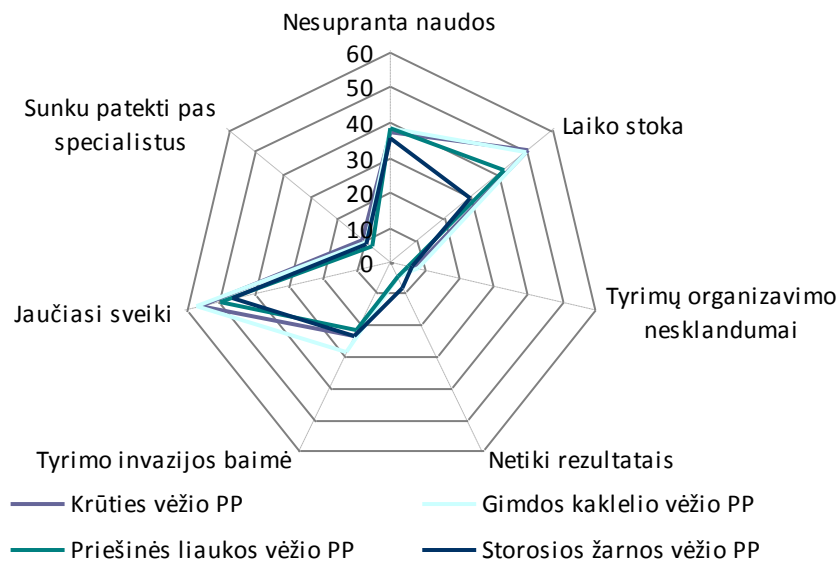
Kad gyventojai pakankamai motyvuoti dalyvauti PP pažymėjo apie pusę gydytojų (35,6–57,5 proc.). Lyginant programas, gydytojų nuomone, gyventojai mažiausiai motyvuoti dalyvauti storosios žarnos vėžio PP ($p < 0,05$) (31 pav.).

¹⁴⁵ Boguševičiūtė A., Diržytė A., Boguševičius A. „Moterų dalyvavimo atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programoje motyvai“. *Medicina*. 2003, 39(10):1007-1015.



31 pav. Gydytojų nuomonė apie gyventojų dalyvavimo PP motyvaciją

Tyrimo metu gydytojų klausta, kokios pagrindinės priežastys jų nuomone lemia gyventojų nepakankamai aktyvų dalyvavimą PP. Nustatyta, kad gydytojų nuomone, dažniausiai gyventojai nedalyvauja patikrose dėl geros jų savijautos (49,5–56,8 proc.) ir laiko stokos (28,8–50,5 proc.) (32 pav.). Šias priežastis įvardino ir gyventojai, kitų autorių tyrimų metu.^{146,147}



32 pav. Priežastys lemiančios nepakankamai aktyvų gyventojų dalyvavimą PP gydytojų požiūriu, (proc.)

¹⁴⁶ Mokymų, tyrimų ir vystymo centras. „Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas“. 2008, p.20-26.
¹⁴⁷ Starkuvienė S, Liaugaudaitė V. „Motelių nuomonė apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą ir dalyvavimą joje bei šeimos gydytojo vaidmenį vykdančią ją“. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2010; 2:93-97.

Daugiau nei pusės gydytojų nuomone, gyventojai pakankamai informuoti apie PP, supranta PP reikšmę ir svarbą ir yra motyvuoti dalyvauti krūties, gimdos kaklelio ir priešinės liaukos vėžio prevencinėse programose. Gydytojų nuomone, gyventojai mažiausiai informuoti apie storosios žarnos vėžio prevencinę programą, mažiau supranta šios programos reikšmę ir svarbą ir yra motyvuoti dalyvauti joje. Kad gyventojai mažiausiai informuoti apie storosios žarnos vėžio PP patvirtina ir gyventojų apklausos tyrimai.¹⁴⁸ Tikėtina, kad šiuos rezultatus galėjo lemti tai, kad programa Lietuvoje pradėta vykdyti vėliausiai lyginant su kitomis PP (nuo 2009 m.) ir vykdoma ne visose Lietuvos apskrityse. Gydytojų nuomone, gyventojai nepakankamai aktyviai dalyvauja prevencinėse programose dėl geros jų savijautos, laiko stokos. Šiuos duomenis, taip pat, patvirtina, kitų autorių, gyventojų apklausos tyrimai.^{149,150}

Prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai aspektai

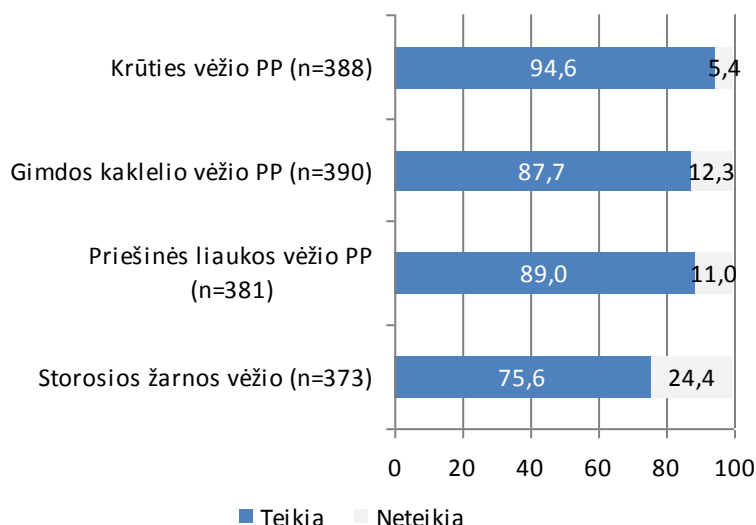
Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos sudarydamos sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl paslaugų apmokėjimo iš PSDF, įsipareigoja teikti gyventojams sutartyse numatytas paslaugas ir užtikrinti jų kokybę.¹⁵¹ Prevencinių programų paslaugos – ne išimtis. Tyrimo duomenimis, dauguma gydytojų (75,6–94,6 proc.) teigė, kad teikia prevencinių programų paslaugas, tačiau ne visi (5,4–24,4 proc.) (33 pav.).

¹⁴⁸ Valstybinė ligonių kasa, 2012, <<http://www.vlk.lt/resources/files/2012/other/20120327TyrimoPristatymasSAM.pdf>> [žiūrėta 2013-02-16].

¹⁴⁹ Mokymų, tyrimų ir vystymo centras. „Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas“. 2008, p.20-26.

¹⁵⁰ Starkuvienė S, Liaugaudaitė V. „Moterų nuomonė apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą ir dalyvavimą joje bei šeimos gydytojo vaidmenį vykdančią ją“. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2010; 2:93-97.

¹⁵¹ Sveikatos apsaugos ministro 2005 gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 “Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo”. Žin. 2005, Nr. 143-5205.



33 pav. Gydytojų, teikiančių ir neteikiančių prevencinių programų paslaugas, dalis (proc.)

Aiškinantis priežastis, kodėl ne visi gydytojai teikia PP paslaugas, išaiškėjo, kad gydytojai nurodė neteikiantys tų PP paslaugų, kurių teikimas jiems neprivalomas, atsižvelgiant į Sveikatos apsaugos ministro įsakymus.¹⁵²⁻¹⁵⁵ Be to, iš tyrimo duomenų paaiškėjo, kad PP paslaugų teikimas ar neteikimas PAASPI priklauso nuo įstaigos organizacinių ypatumų. Tyrimo duomenimis, visi gimdos kaklelio vėžio (n=45) ir priešinės liaukos vėžio (n=29) PP paslaugų neteikimo priežastis įvardinę gydytojai nurodė, kad paslaugas teikia kiti specialistai. Visi įvardinę storosios žarnos vėžio (n=68) PP paslaugų neteikimo priežastis nurodė, kad paslaugas teikia kiti specialistai arba regione, kuriame dirba gydytojas, programa nevykdoma. Tapatūs rezultatai gauti ir krūties vėžio PP atveju, beveik visi (n=13) priežastis įvardinę (n=14) gydytojai nurodė, kad paslaugų neteikia, nes jas teikia kiti įstaigos darbuotojai. Tuo tarpu, tik vienas gydytojas (iš visų įvardinusių neteikimo priežastis (n=156)) nurodė, kad krūties vėžio PP paslaugų neteikia dėl finansavimo ypatumų. Atsižvelgiant į priežastis įvardinusių gydytojų specialybę ir regioną, kuriame dirba, buvo vertinta ar gydytojai galėtų teikti šias paslaugas, remiantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, reglamentuojančiais prevencinių programų įgyvendinimą. Paaiškėjo, kad remiantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, šiems (paslaugų neteikimo priežastimis įvardinusiems specialybę ar regioną) gydytojams atitinkamų programų paslaugų

¹⁵² Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 104-3856.

¹⁵³ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrakinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 117-4249.

¹⁵⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2009, Nr. 79-3321.

¹⁵⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 152-5617.

teikti nerekomenduojama, išskyrus gimdos kaklelio vėžio PP paslaugas. Tyrimo metu išaiškėjo, kad gydytojai, kurie pažymėjo neteikiantys gimdos kaklelio vėžio PP paslaugų dėl to, kad jas teikia kiti PAASPI specialistai, buvo bendrosios praktikos (šeimos) ir vidaus ligų specialybių gydytojai. Sveikatos apsaugos ministro įsakyme, reglamentuojančiame gimdos kaklelio vėžio PP įgyvendinimą, nurodyta, kad „informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos“ paslaugą gali teikti slaugytojas, bendruomenės slaugytojas arba bendrosios praktikos gydytojas, arba pirminės asmens sveikatos priežiūros komandos narys – vidaus ligų gydytojas, o „gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo“ paslaugą – bendrosios praktikos gydytojai arba pirminės asmens sveikatos priežiūros komandos nariai – gydytojai ginekologai-akušeriai“.¹⁵⁶ Remiantis ministro įsakymu pastarieji gali teikti gimdos kaklelio PP paslaugas, tačiau akivaizdu, kad paslaugų teikimas priklauso nuo darbo organizavimo ypatumų PAASPI. Pabrėžtina, kad statistikos duomenimis, gyventojų kreipimūsi skaičius į šeimos gydytoją (298,54/ 100 gyv.) ženkliai didesnis lyginant su kreipimūsi skaičiumi į pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiantį, ginekologą-akušerį (22,94/ 100 gyv.),¹⁵⁷ todėl siekiant padidinti gyventojų informavimo ir patikros apimtį, palankiau, kad programos paslaugas teiktų ne tik ginekologai-akušeriai, tačiau ir šeimos (bendrosios praktikos) ir vidaus ligų gydytojai. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad iki 2008 m. vasario mėn. Sveikatos apsaugos ministro įsakymo pakeitimo, apmokėjimas už gimdos kaklelio vėžio PP informavimo paslaugą akušeriui-ginekologui, nevykdytas.^{156,158}

Analizuojant kitą organizacinį PP įgyvendinimo PAASPI aspektą siekta išsiaiškinti kokiais būdais gyventojai sveikatos priežiūros įstaigose informuojami apie PP. Nustatyta, kad dažniausias PAASPI taikomas gyventojų informavimo būdas – PP atrankinės amžiaus grupės asmenų informavimas apsilankymo pas gydytojus (97,5 proc.) ar slaugos personalą (83,5 proc.) metu. Kitų autorių duomenimis, šeimos gydytojas yra pagrindinis, gyventojų informuotumo apie PP programas šaltinis.^{159,160} Be to, literatūros duomenimis, dažnai gydytojas tampa pagrindiniu gyventojų motyvu

¹⁵⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 104-3856.

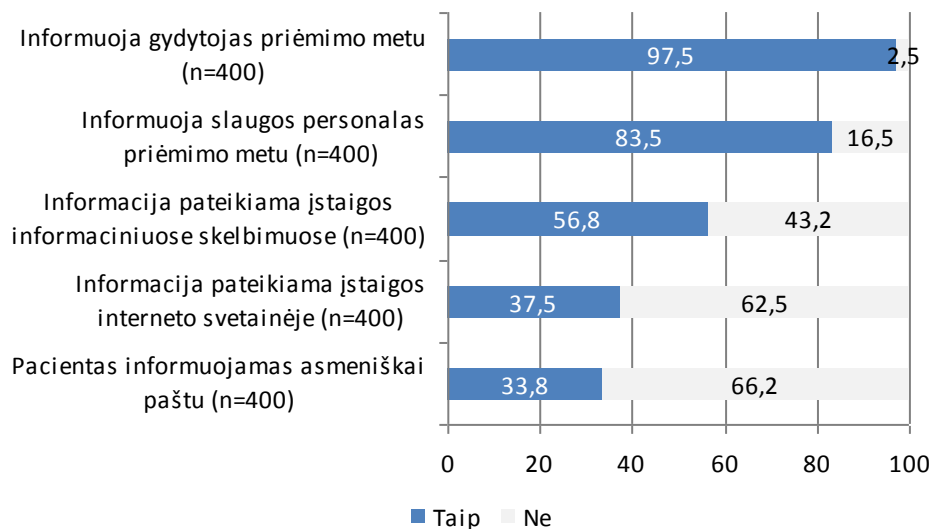
¹⁵⁷ Higienos instituto sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m., 2012, 84 p.

¹⁵⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 23 d. įsakymas Nr. V-92 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“. Žin., 2008, Nr. 22-816.

¹⁵⁹ Mokymų, tyrimų ir vystymo centras. „Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas“. 2008, p.20-26.

¹⁶⁰ Boguševičiūtė A., Diržytė A., Boguševičius A. „Motelių dalyvavimo atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programoje motyvai“. *Medicina*. 2003, 39(10):1007-1015.

pasirenkant patikras.¹⁶¹ Kitus gyventojų informavimo būdus, tyrimo duomenimis, taiko mažiau nei pusė (42,7 proc.) PAASPI: informacija pateikiama įstaigos informaciniuose skelbimuose (56,8 proc.) bei interneto svetainėse (37,5 proc.), pacientai informuojami asmeniškai paštu (33,8 proc.) (34 pav.). Tyrimo metu, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp įstaigose taikomo gyventojų informavimo būdo informaciją pateikiant įstaigos interneto svetainėje, atsižvelgiant į regioną, kuriame įsteigta PAASPI ($\chi^2=41,9$; $lfs=4$; $p=0,001$). Daugiau gydytojų iš Vilniaus (54,1 proc.), Kauno (39,8 proc.) ir Panevėžio (36,8 proc.) regionų lyginant su gydytojais iš Klaipėdos (11,9 proc.) ir Šiaulių (16,2 proc.) regionų, nurodė, kad informuoja gyventojus apie PP informaciją pateikiant įstaigos interneto svetainėje ($p<0,05$). Tuo tarpu, Lietuvoje atlikto tyrimo duomenys rodo, kad taikant papildomas gyventojų informavimo priemones apie PP, tokias kaip laiškų siuntimas asmeniškai atrankinių amžiaus grupių asmenims, padidina dalyvavimo apimtį jose. Tyrimo duomenimis, moteris asmeniškai laiškų informuojant apie PP, dalyvių programoje apimtys padidėjo beveik du kartus nei taikant įprastus informavimo būdą, kai gyventojai informuojami apsilankymo gydymo įstaigoje metu. Įrodžius priemonės efektyvumą, autorių rekomenduota Lietuvoje diegti priemones, kurias taikant atrankinių amžiaus grupių asmenys būtų informuojami apie programas asmeniškai centralizuotu būdu.¹⁶² Pastarieji duomenys, leidžia teigti, kad PAASPI taikomi gyventojų informavimo ir jų organizavimo būdai apie prevencines programas turi įtakos bendram gyventojų informuotumui apie PP ir dalyvavimui jose.



34 pav. PAASPI taikomi gyventojų informavimo būdai apie PP

¹⁶¹ Verikienė J., Jankauskienė D. Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ ataskaita. 2012, p. 9, 32.

¹⁶² Kurtinaitienė R., Rimienė J. „Report of EUROCHIP-3 WP-4 action in Lithuania. Study to increase attendance at screening for cervical cancer, 2011”.

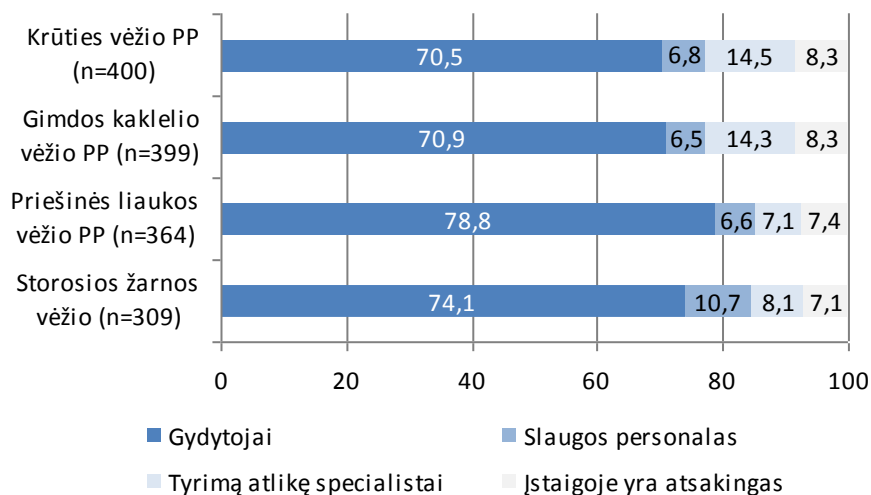
Analizuojant PP įgyvendinimo organizavimą PAASPI, siekta išsiaiškinti ar gydytojai planuoja PP paslaugų apimtis, kurias turi suteikti gyventojams per atitinkamą laikotarpį ir ar vertina PP įgyvendinimo rezultatus. Išaiškėjo, kad trys ketvirtadaliai (74,9 proc.) gydytojų neplanuoja PP paslaugų apimčių, kurias turi suteikti gyventojams per atitinkamą laikotarpį, o ketvirtadalis (25,5 proc.) nevertina PP įgyvendinimo rezultatų (pasiekimų). Detaliau analizuojant įstaigų PP paslaugų planavimo organizavimą nustatyta, kad, pusė PP paslaugų apimtis planuojančių gydytojų (52,5 proc.) patys numato tikrintinų asmenų skaičių, penktadaliui gydytojų (24,2 proc.) tikrintinų asmenų skaičių pateikia administracija. Autorių, atlikusių PP įgyvendinimo Klaipėdos miesto ir rajono PAASPI vertimą, duomenimis, PP patikrų apimčių planavimas vykdomas vadovaujantis neaiškiais kriterijais, o programų veiklos planuojamos ir įgyvendinamos nesiorientuojant į tolygų rizikos grupių ištyrimą numatytu periodiškumu ir apimtimis. Be to, autorių duomenimis, nustatyti dideli planų įgyvendinimo ir tikslinių grupių patikrų apimčių netolygumai tarp jas planuojančių ir įgyvendinančių.¹⁶³

PP įgyvendinimo pasiekimus vertinantys gydytojai, nurodė, kad dažniausiai suteiktų PP paslaugų apimtis bei veiklos organizavimo aspektus susijusius su PP vykdymu vertina bendrame darbuotojų susirinkime (86,5 proc.) kas ketvirtį (50,9 proc.). Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp gydytojų vertinančių PP įgyvendinimo rezultatus, atsižvelgiant į regioną, kuriame dirba ($\chi^2=11,6$; $l/s=4$; $p=0,025$). Tai lėmė, kad daugiau Klaipėdiečių gydytojų (35,8 proc.) nevertina PP įgyvendinimo rezultatų, nei Šiauliečių (13,5 proc.) ir Vilniečių (17,8 proc.) ($p<0,05$).

Analizuojant PP įgyvendinimo PAASPI ypatumus, taip pat, aiškinasi kaip organizuojamas gyventojų tyrimų rezultatų (atsakymų) įvertinimas ir gyventojų informavimas apie jų tyrimų rezultatus.

Iš tyrimo duomenų paaiškėjo, kad PP tyrimų rezultatus vertina ne tik gydytojai ar tyrimus atlikę specialistai, tačiau ir slaugos bei kiti PAASPI specialistai (35 pav.).

¹⁶³ Eigirdaitė A, Jurkuvėnas V. „Preveninių programų įgyvendinimo Klaipėdos miesto ir rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose 2008–2010 metais vertinimas“. *Visuomenės sveikata*. 2011, 4(55):76-84.



35 pav. PAASPI specialistų, vertinančių gyventojų PP tyrimų (atsakymų) rezultatus, dalis (proc.)

Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose, reglamentuojančiuose krūties ir gimdos kaklelio vėžio PP įgyvendinimą, įvardinta, kad paslauga, apimanti priemonę „tyrimų rezultatų įvertinimas“ teikiama „slaugytojos, bendruomenės slaugytojos, šeimos gydytojo arba pirminės asmens sveikatos priežiūros komandos nario – vidaus ligų gydytojo“ (krūties vėžio PP)¹⁶⁴ arba „bendrosios praktikos gydytojo arba pirminės asmens sveikatos priežiūros komandos nario – gydytojo akušerio-ginekologo“ (gimdos kaklelio vėžio PP).¹⁶⁵ Įsakymuose, nedetalizuojami atsakingi asmenys ir nenurodomi specialybės reikalavimai kiekvienos iš paslaugos priemonių vykdymui. Ministro įsakymuose, reglamentuojančiuose priešinės liaukos¹⁶⁶ ir storosios žarnos vėžio¹⁶⁷ PP įgyvendinimą, specialybės reikalavimai nenurodomi ir paslaugos, kuri apima priemonę „įvertinti tyrimų rezultatus“ vykdymui. Todėl, kaip iš tyrimo metu gautų duomenų matyti, gyventojų PP tyrimų rezultatų (atsakymų) vertinimas PAASPI vykdomas skirtingai ir už gyventojų PP tyrimų rezultatų įvertinimą atsakingo asmens paskyrimas priklauso nuo PAASPI darbo organizavimo ypatumų. Tuo tarpu, kitų autorių, pabrėžiama, kad sunkumų įvertinti į pirminę sveikatos priežiūros grandį grįžusių PP atrankinių amžiaus grupės asmenų tyrimų rezultatus

¹⁶⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 117-4249.

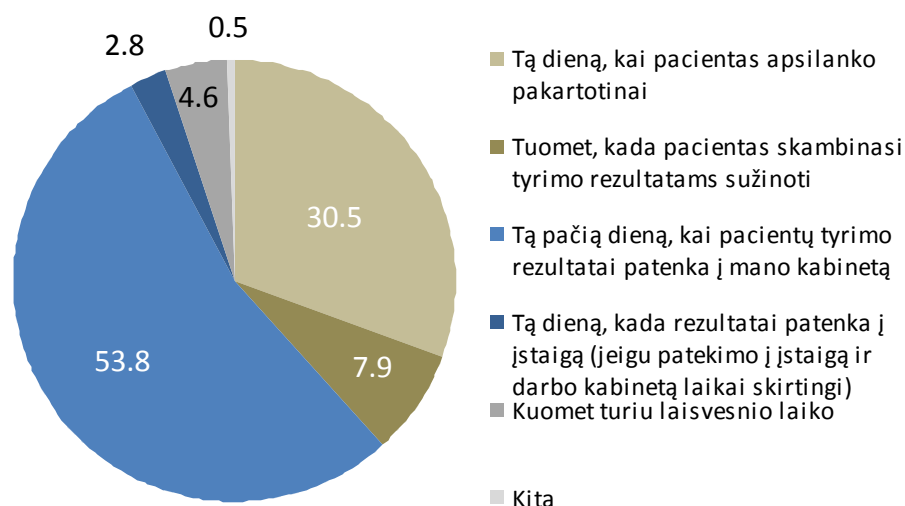
¹⁶⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 104-3856.

¹⁶⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 152-5617.

¹⁶⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2009, Nr. 79-3321.

kyla net gydytojams, ypač vertinant mamogramas. Autorių teigimu, rezultatus vertinantiems specialistams keliama aukščiausi profesinės kvalifikacijos reikalavimai.^{168,169}

Atkreiptinas dėmesys į duomenis gautus apie gyventojų tyrimų rezultatų (atsakymų) įvertinimo laiką. Nustatyta, kad tik pusė gydytojų PP atrankinių amžiaus grupių asmenų tyrimų rezultatus (atsakymus) įvertina tą pačią dieną, kai tyrimų rezultatai patenka į gydytojo kabinetą (53,8 proc.) arba tą dieną, kai rezultatai patenka į įstaigą (2,8 proc.). Likusi pusė gydytojų (43,4 proc.), gyventojų tyrimų rezultatus įvertina tada, kai gyventojai patys kreipiasi norėdami sužinoti apie jų tyrimų rezultatus: registruojasi pakartotiniam apsilankymui PAASPI (30,5 proc.) arba skambina (7,9 proc.). 4,6 proc. gydytojų rezultatus įvertina, kada turi laisvesnio laiko (36 pav.).



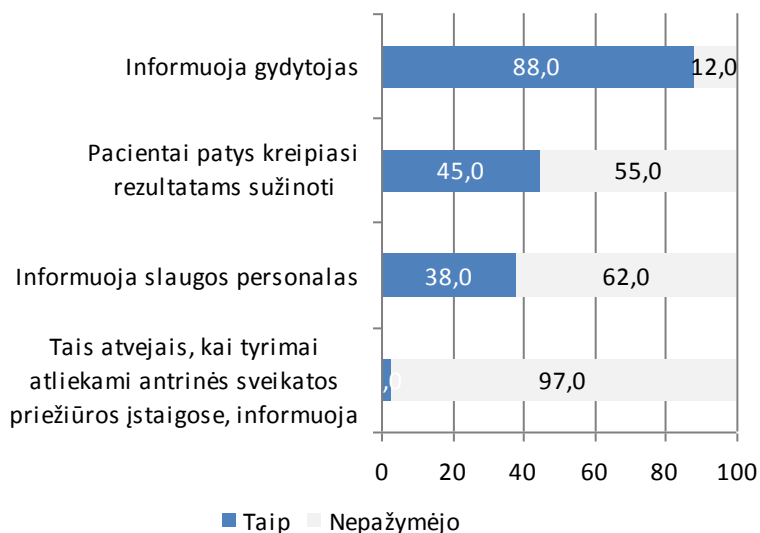
36 pav. Gyventojų PP tyrimų rezultatų (atsakymų) įvertinimo laikas PAASPI (proc.), (n=394)

Iš tyrimo duomenų paaiškėjo, kad daugiau nei pusė gydytojų (67,4 proc.) gyventojus apie jų tyrimų rezultatus informuoja visada (t.y. nepriklausomai ar rezultatai teigiami ar neigiami), o trečdalis gydytojų (32,6 proc.) – tik tais atvejais, kai gyventojų tyrimų rezultatai patologiniai. Detaliau analizuojant gyventojų informavimo apie jų tyrimų rezultatus organizavimą PAASPI, paaiškėjo, kad dauguma gydytojų (63,8 proc.) visada gyventojus apie jų tyrimų rezultatus informuoja gyventojų apsilankymo PAASPI metu. Tuo tarpu, kai gyventojų tyrimų rezultatai patologiniai, tyrimo duomenimis, gydytojai dažniau gyventojams skambina (36,8 proc.) nei informuoja juos apsilankymo PAASPI metu (15,5 proc.) ($p < 0,05$). Tyrimo duomenimis, gyventojus apie jų tyrimų rezultatus dažniau

¹⁶⁸ Jonaitienė E., Želvienė A., Strodomskytė M. „Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio etiniai aspektai“. *Medicinos teorija ir praktika*. 2007, 13(3):274-280.

¹⁶⁹ Brenner R. J. „Mammography and malpractice litigation: current status, lessons and admonitions“. *American Journal of Roentgenology*. 1993, 161:931-5.

informuoja gydytojai (88 proc.) apsilankymo PAASPI metu nei patys gyventojai kreipiasi (45 proc.) (37 pav.).

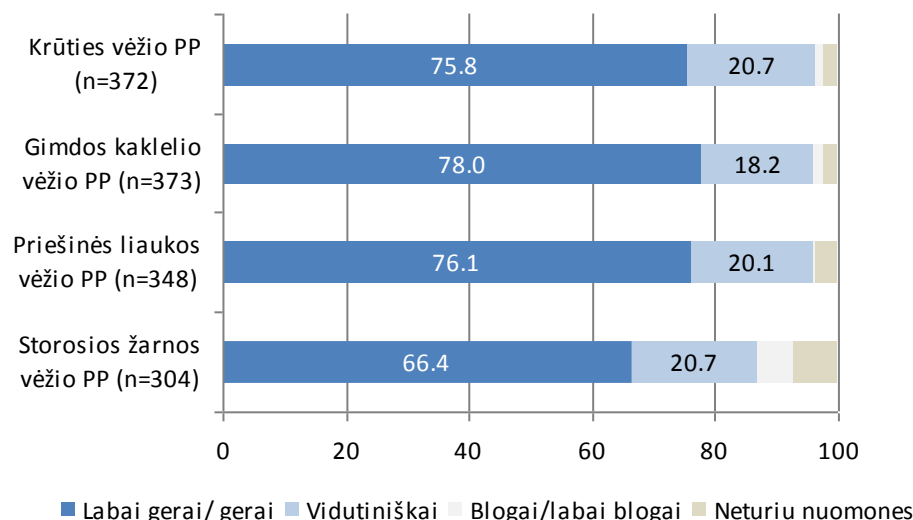


37 pav. Gyventojų informavimo būdai apie jų PP tyrimų rezultatus (proc.)

Remiantis tyrimo rezultatais, kad gydytojai gyventojų tyrimų rezultatus įvertina tuomet, kai gyventojai apsilanko pakartotinai ir kad gyventojus dažniau informuoja gydytojai nei jie kreipiasi patys, tačiau informuoja apie jų tyrimų rezultatus tik gyventojų apsilankymo PAASPI metu, leidžia kelti prielaidą, kad gyventojai yra skatinami registruotis pakartotiniam apsilankymui PAASPI, kad sužinotų apie jų PP tyrimų rezultatus. Tikėtina, kad šis įtaigų taikomas gyventojų rezultatų įvertinimo ir informavimo apie juos organizavimo būdas gali skatinti papildomus (nebūtinus) gyventojų apsilankymus PAASPI ir lemti didėjančias registracijos pas gydytojus eiles bei didinti gydytojų darbo krūvį. Kadangi onkologinių ligų išgydymo tikimybė didėja aptikus jas kuo ankstyvesnėje jų stadijoje, šis PP įgyvendinimo organizavimo PAASPI aspektas turi reikšmingos įtakos bendro laukiamo šalies rezultato pasiekimui. Akivaizdu, kad rezultatų identifikavimas prevencinių programų tyrimų metu mažai naudingas, jei tolimesni veiksmai (tyrimai ir gydymas) nėra atliekami laiku. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje pristatyti gimdos kaklelio vėžio prevencinės programos įgyvendinimo strategijos 2011 m. rezultatai rodo, kad 98.6 proc. moterijų informuojamos apie jų tyrimų rezultatus (atsakymus) per 2 savaites nuo jų patikros dienos.¹⁷⁰

Atkreiptinas dėmesys, kad nepaisant aukščiau įvardintų problemų, dauguma gydytojų (74 proc.) PP įgyvendinimo organizavimą PAASPI vertino gerai ir labai gerai (38 pav.).

¹⁷⁰ Patnick J. „NHS Cervical Screening Programme Annual Review 2011“. *NHS Cancer Screening Programmes*. 2012, 1-24.



38 pav. Prevencinių programų įgyvendinimo organizavimo vertinimas gydytojų požiūriu (proc.)

Užsienio šalių patirtis rodo, kad sėkmingai organizavus paslaugų teikimą PAASPI prevencinių programų dalyvių apimtis padidėjo iki 68 proc.¹⁷¹ Gydytojų apklausos rezultatai, atskleidė PP įgyvendinimo organizavimo ypatumus Lietuvos PAASPI. Paaiškėjo, kad PP įgyvendinimas PAASPI organizuojamas skirtingai, o tai lemia netolygų PP įgyvendinimą ir paslaugų teikimą Lietuvoje. Kai kurių PAASPI PP įgyvendinimo organizavimo ypatumai lemia ir jų įgyvendinimo kliūtis: teiktinų programų paslaugų apimtis daugumos (74,9 proc.) neplanuojamos, ketvirtadalio nevertinami programų įgyvendinimo pasiekimai, tik pusės gyventojų tyrimų rezultatai įvertinami tą pačią dieną, kai patenka į gydytojo kabinetą; trys ketvirtadaliai įstaigų netaiko įvairių, anksčiau aptartų ir užsienio šalyse rekomenduojamų diegti, gyventojų skatinimo dalyvauti programose priemonių.

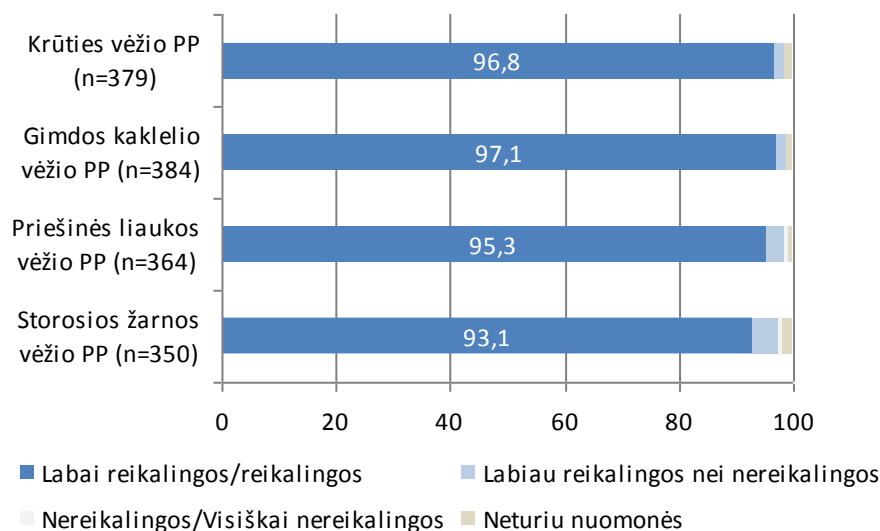
Gydytojų nuomonė apie prevencines programas, jų vykdymo patirtis ir kliūtys

Remiantis šio darbo literatūros apžvalgos skyriuje apžvelgtų užsienio autorių tyrimais, nuo gydytojų požiūrio į programas priklauso jų elgsena: apsisprendiams teikti ar neteikti PP paslaugas.¹⁷² Be to, teigiamas gydytojų požiūris turi įtakos didinant dalyvių apimtį patikrose, o taip pat, lemia teikiamų paslaugų kokybę. Iš tyrimo duomenų paaiškėjo, kad daugumos Lietuvos gydytojų (95,6 proc.) požiūris į prevencines programas teigiamas, jų nuomone PP reikalingos ir labai reikalingos (39 pav.).

¹⁷¹ Evans D. C., Nichol W. P., Perlin J. B. „Effect of the implementation of an enterprise – wide Electronic Health Record on productivity in the Veterans Health Administration”. *Health Econ Policy Law*. 2006, 1(2):163-9.

¹⁷² Schueler K. M., Chu P. W., Smith-Bindman R. „Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature”. *J Womens Health*. 2008, 17(9):1477-98.

Kad programos nereikalingos pažymėjo mažiau nei 1 proc. (0,5–0,9 proc.), todėl detaliau priežastys, dėl kurių, gydytojų nuomone, programos nereikalingos, neanalizuotos.



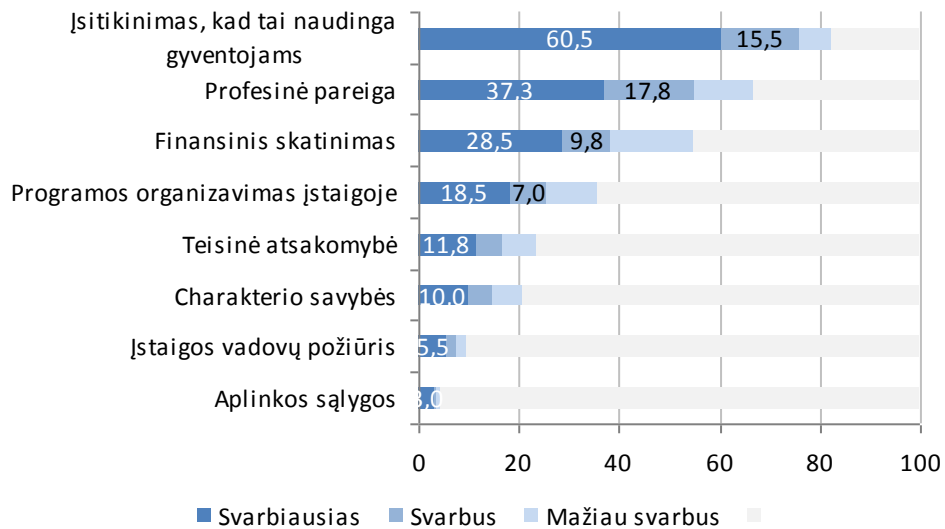
39 pav. Gydytojų požiūris į prevencines programas, (proc.)

Kaip rodo kitų šalių patirtis, gydytojų požiūrio formavimasis priklauso nuo jų žinių lygio apie PP.¹⁷³ Užsienio autorių tyrimų duomenimis, gydytojams dažnai trūksta žinių apie PP,¹⁷⁴ tuo tarpu šio tyrimo metu išryškėjo, kad beveik visų (99 proc.) apklaustųjų Lietuvos gydytojų nuomone, profesinių žinių ir kompetencijos vykdyti PP jiems pakanka. Jungtinių Amerikos Valstijų autorių duomenimis, gydytojai savo žinias, taip pat, vertino teigiamai, tačiau atlikus apklausą apie PP, nustatyta, kad jų žinios nepakankamos.¹⁷⁵ Tyrimo duomenimis, pagrindiniai trys veiksniai, turintys daugiausiai įtakos asmeniniam gydytojų apsisprendimui vykdyti PP: įsitikinimas, kad tai naudinga gyventojams (60,5 proc.), profesinė pareiga (37,3 proc.) ir finansinis skatinimas (28,5 proc.) (40 pav.).

¹⁷³ Arafa M. A., Rabah D. M., Abdel-Gawad E., Ibrahim F. K. „Association of physicians' knowledge and behavior with prostate cancer counseling and screening in Saudi Arabia”. *Saudi Med J*, 2010, 11:1245-50.

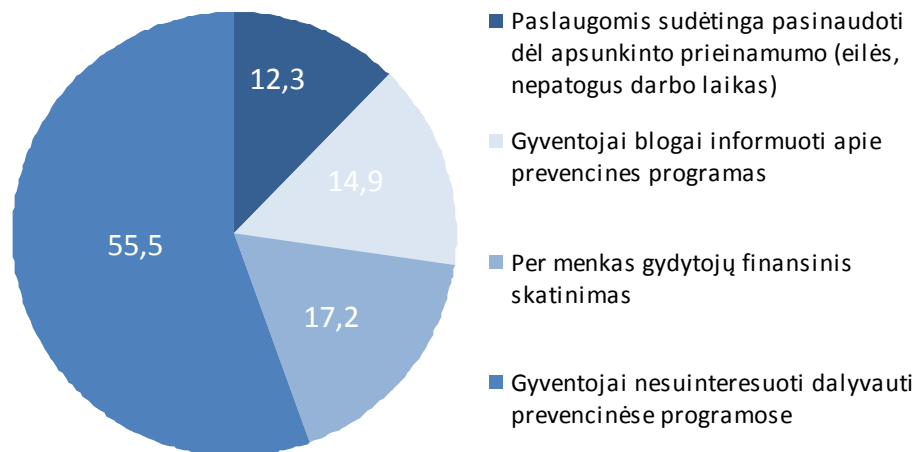
¹⁷⁴ Hsairi M., Fakhfakh R., Bellaaj R., Achour N. „Knowledge and practice of doctors and midwives working in primary health care regarding screening for cervical and breast cancers”. *East Mediterr Health J*. 2003, 9(3):353-63.

¹⁷⁵ Klabunde C. N., Marcus P. M., Han P. K., et al. „Lung Cancer Screening Practices of Primary Care Physicians: Results From a National Survey”. *Ann Fam Med*. 2012, 10(2):102-110.



40 pav. Veiksniai motyvuojantys gydytojus vykdyti PP pagal jų svarbą (proc.), (n=400)

Tyrimo metu, gydytojų buvo prašoma įvardinti priežastis, dėl kurių PP paslaugomis pasinaudoja ne visi atrankinių amžiaus grupių asmenys. Gydytojai pagrindinėmis priežastimis nurodė: gyventojų nesuinteresuotumą dalyvauti patikrose (55,5 proc.) ir per menką gydytojų finansinį skatinimą (17,2 proc.) (41 pav.)

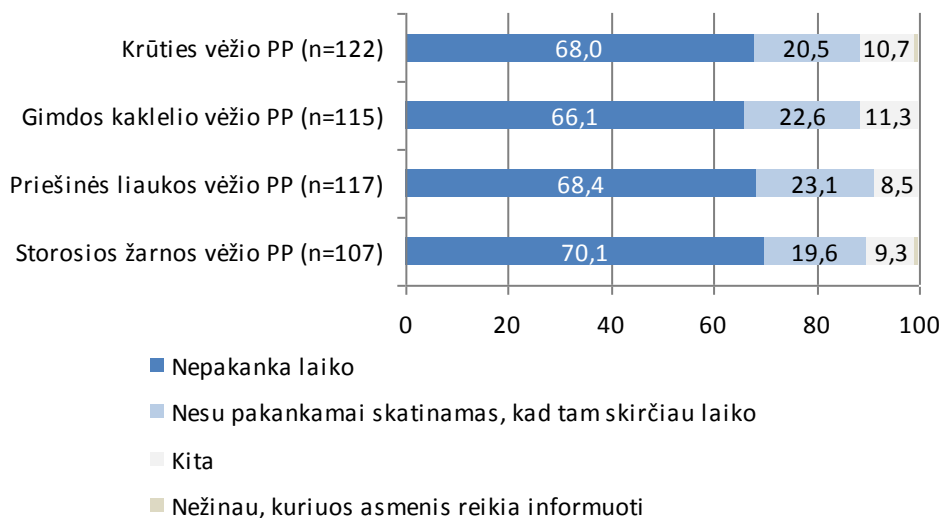


41 pav. Priežastys, dėl kurių, gydytojų nuomone, PP paslaugomis pasinaudoja ne visi atrankinių amžiaus grupių asmenys (proc.)

Vienas esminių efektyvaus PP įgyvendinimo rodiklių – ne mažesnės nei 80 proc. prevencinių programų dalyvių apimtys.¹⁷⁶ Daugiau nei trečdalis gydytojų (37,2 proc.) nurodė, kad susiduria su

¹⁷⁶ Council of the European Union. „Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening”. 2003, 878/EC.

problemomis, dėl kurių negali informuoti (ir kviešti dalyvauti PP) visų pas juos apsilankančių PP tikslinės grupės asmenų (42 pav.). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp gydytojų, susiduriančių su kliūtimis informuojant gyventojus apie PP, atsižvelgiant į jų specialybę ($\chi^2=10,5$; $l/s=2$; $p<0,05$). Daugiau bendrosios praktikos (40,8 proc.) ir vidaus ligų (33,3 proc.) gydytojų teigė negalintys informuoti visų tikslinės grupės asmenų nei ginekologų-akušerių (15,9 proc.) ($p<0,05$). Pagrindinėmis priežastimis dėl kurių gyventojai apsilankymo įstaigoje metu nėra informuojami apie PP, gydytojai įvardino: laiko stoką (68,4 proc.) ir nepakankamą finansinį skatinimą (21,6 proc.) (35 pav.). Kitomis priežastimis dešimtadalis gydytojų (10 proc.) įvardino gyventojų abejingumą dalyvauti patikrose ir gyventojų kontaktų įstaigoje trūkumą („pasikeitę telefono numeriai ir/ar adresai“, „nesilanko arba retai lankosi PAASPI“). Gydytojų laiko trūkumą dėl didelio darbo krūvio, Lietuvos autoriai vertina prasčiausiu pirminio lygio ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizaciniu aspektu.¹⁷⁷



42 pav. Priežastys, dėl kurių gydytojai neinformuoja atrankinės amžiaus grupės asmenų apie PP (proc.)

Aiškinantis finansinio skatinimo sistemos PAASPI ypatumus, nustatyta, kad apie penktadalis (16,8 proc.) apklaustųjų nėra skatinami finansiškai už PP įgyvendinimo rezultatus. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp gydytojų finansinio skatinimo, atsižvelgiant į regioną, kuriame dirba ($\chi^2=19,07$; $l/s=4$; $p=0,001$). Tai lėmė, kad daugiau Šiaulių (27 proc.) bei Kauno regionuose (26,3 proc.) dirbančių gydytojų, pažymėjo, kad nėra skatinami finansiškai už PP paslaugų teikimą, nei Vilniaus regione (7,5 proc.) ($p<0,05$). Dauguma gydytojų (74,3 proc.) teigė, kad finansinio skatinimo sistemos kriterijai aiškūs, taip pat, dauguma sutiko (89 proc.), kad finansinis skatinimas priklauso nuo suteiktų

¹⁷⁷ Verikienė J., Jankauskienė D. Projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“ ataskaita. 2012, p. 9, 32.

paslaugų skaičiaus. Tačiau, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp gydytojų nuomonės apie finansinį skatinimą, atsižvelgiant į regioną, kuriame jie dirba (5 lentelė).

5 lentelė. Gydytojų, į klausimą „ar skatinimas pakankamas“ atsakiusių Taip, pasiskirstymas atsižvelgiant į regionus

Prevenicinė programa	Regionai, proc. (abs. sk.)						χ^2 , lls, p
	Bendras	Vilniaus	Kauno	Klaipėdos	Šiaulių	Panevėžio	
Krūties vėžio	44,6 (99)	41 (32)	29,8 (14)	58,8 (30)	55,6 (15)	42,1 (8)	$\chi^2=10,1$; lls=4; p=0,039
Gimdos kaklelio vėžio	43,6 (98)	40,5 (30)	26,4 (14)	58,8 (30)	57,7 (15)	42,9 (9)	$\chi^2=13,5$; lls=4; p=0,009
Priešinės liaukos vėžio	44,3 (90)	39,4 (28)	32,6 (15)	58,7 (27)	56,5 (13)	41,2 (7)	$\chi^2=8,6$; lls=4; p=0,073
Storosios žarnos vėžio	40,8 (73)	37,5 (24)	30 (12)	56,8 (25)	54,4 (12)	–	$\chi^2=7$; lls=3; p=0,073

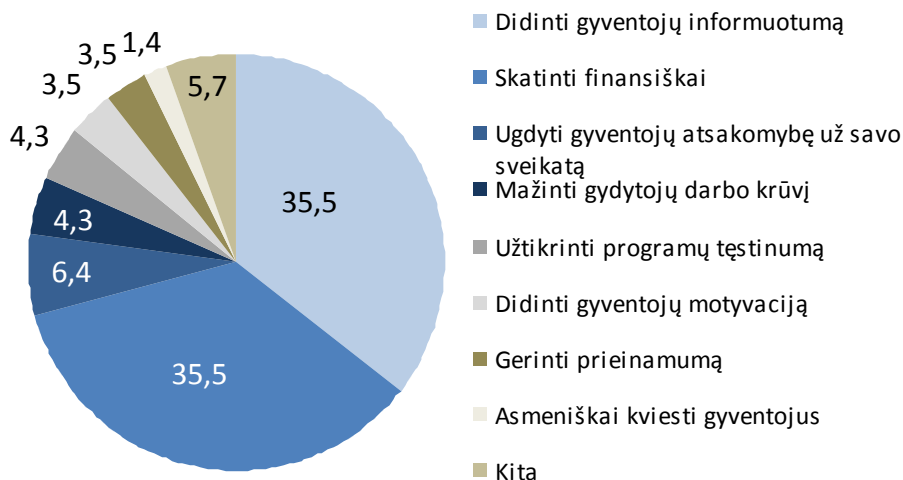
* Lentelėje pateikiami gydytojų, kurie skatinami finansiškai ir atsakė į klausimą "ar skatinimas pakankamas" atsakymai

Tuo tarpu, Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakyme Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ bei 2008 m. sausio 17 d. įsakymu Nr. V-48 pakeitime įvardinti mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas būdai, apimantys finansinį PAASPI skatinimą už PP vykdymą. Įsakyme reglamentuojama, kad apmokėjimas už PP įgyvendinimą PAASPI vykdomas šiais būdais: papildomas mokėjimas už suteiktas skatinamąsias PAASPI paslaugas, kurių sąraše įtrauktas apmokėjimas už vėžio diagnostiką ankstyvoje stadijoje; papildomas mokėjimas už prevencinių programų priemonių vykdymą ir papildomas mokėjimas už gerus darbo rezultatus, į kurių sąrašą įtraukti gimdos kaklelio bei priešinės liaukos vėžio prevencinių programų vykdymo rodikliai.¹⁷⁸

Tyrimo metu, taip pat, siekta sužinoti gydytojų nuomonę apie priemones, kurias jie laiko efektyviausiomis ir siūlo taikyti gerinant PP įgyvendinimą. Rezultatai atskleidė, kad pagrindinės gydytojų siūlomos priemonės apima gyventojų informuotumo apie PP didinimą (35,5 proc.) ir paslaugų teikėjų finansinį skatinimą (35,5 proc.). Taip pat gydytojų siūlyta ugdyti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą (6,4 proc.), mažinti gydytojų darbo krūvį (4,3 proc.), gerinti paslaugų prieinamumą (3,5 proc.) ir kt. (43 pav.). Gydytojų siūlomos priemonės siekiant pagerinti PP įgyvendinimą reikšmingai skyrėsi atsižvelgiant į regioną kuriame dirba ($\chi^2=17,5$; lls=8; p=0,025). Didinti gydytojų finansinį skatinimą

¹⁷⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2005 gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. Žin. 2005, Nr. 143-5205.

siūlė daugiau gydytojų iš Vilniaus (42,9 proc.), Kauno (40 proc.) bei Klaipėdos (37,5 proc.) regionų, kai tuo tarpu didinti gyventojų informuotumą apie PP taikant masines informavimo priemones – daugiau Šiaulių regiono gydytojų (66,7 proc.). Taikyti kitas priemones siūlė daugiau Panevėžio regione dirbančių gydytojų (53,3 proc.).



43 pav. Priemonės gerinančios PP įgyvendinimą gydytojų požiūriu, (proc.)

Užsienio literatūros duomenimis, lemiamos įtakos gydytojų motyvacijai teikti PP paslaugas turi įstaigos vadovo požiūris bei patvirtintos programų įgyvendinimo rekomendacijos šalyje.¹⁷⁹ Kai kurių autorių duomenimis, paslaugų teikėjus vykdyti programas motyvuoja įrodymai, kad programos ir jose taikomi tyrimai efektyvūs.¹⁸⁰ Lietuvos gydytojų apklausos duomenys atskleidė prieštarigus rezultatus. Įstaigos vadovo požiūris bei teisinis statusas turi mažiau įtakos gydytojų motyvacijai vykdyti programas, nei pagrindiniai Lietuvos gydytojų prevencinių programų įgyvendinimo motyvai – įsitikinimas, kad tai naudinga gyventojams ir profesinė pareiga. Žinių ir kompetencijos įgyvendinti programas gydytojų nuomone jiems netrūksta. Literatūros duomenimis, nėra įrodymų, kad priešinės liaukos vėžio programoje atliekamas tyrimas (PAP testas) efektyvus, dėl ko daugelyje šalių valstybinis priešinės liaukos vėžio PP įgyvendinimas nerekomenduojamas.¹⁸¹ Tuo tarpu, Lietuvos gydytojų nuomone, visos Lietuvoje šiuo metu įgyvendinamos onkologinės (krūties, gimdos kaklelio, storosios žarnos ir priešinės liaukos vėžio) prevencinės programos reikalingos ir labai reikalingos.

¹⁷⁹ Smith P., Hum S. Kakzanov V., Del Giudice M. E., Heisey R. „Physicians' attitudes and behaviour toward screening mammography in women 40 to 49 years of age”. *Can Fam Physician*. 2012, 58(9):508-13.

¹⁸⁰ World Health Organization. „National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines”. 2002, p.1-203.

¹⁸¹ World Health Organization. „Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level?”. *Evidence for decision-makers*. 2004, p. 1-12.

Pagrindinės kliūtys su kuriomis susiduria gydytojai teikdami paslaugas: laiko stoka dėl didelio darbo krūvio ir nepakankamas jų finansinis skatinimas. Šios priežastys bei gyventojų nesuinteresuotumas, gydytojų nuomone turi daugiausiai įtakos nepakankamoms dalyvių programose apimtimis. Nors pirminės asmens sveikatos priežiūroms įstaigoms už PP įgyvendinimą VLK finansuoja trim būdais, be to, gydytojo medicinos normos pareigose pabrėžta, kad prevencinių priemonių taikymas būtinas, pusės gydytojų nuomone, finansinis skatinimas už PP įgyvendinimą Lietuvoje nepakankamas.

Apibendrinimas:

Prevencinių programų paslaugų teikėjų apklausos analizė leido identifikuoti problemiškas prevencinių programų įgyvendinimo sritis, tačiau siekiant įdiegti efektyvų prevencinių programų paslaugų teikimo modelį Lietuvoje, rekomenduotina atlikti išsamesnę PAASPI taikomų organizacinių būdų analizę ir jų pagrįstumą bei įvertinti priemones, kurios yra efektyviausios skatinanti gyventojus dalyvauti prevencinėse programose.

2.4. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo vertinimas Vilniaus m. savivaldybės PAASPI administratorių požiūriu

Administratorių nuomonė apie prevencinių programų įgyvendinimą Lietuvoje

Diskusijos pradžioje klausimu **“ką Jūs manote apie prevencines programas?”** siekta sužinoti PAASPI administratorių požiūrį į Lietuvoje įgyvendinamų prevencinių programų svarbą ir poreikį. Rezultatai išryškino teigiamą diskusijos dalyvių požiūrį: visų atsakiusiųjų nuomone prevencinės programos svarbios ir reikalingos. Diskusijos dalyvių, taip pat, pabrėžtas teigiamas PP poveikis padidėjusiam ankstyvųjų vėžio stadijų išaiškinamumui Lietuvoje (6 lentelė).

6 lentelė. Administratorių požiūris į prevencines programas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Požiūris į prevencines programas	Svarba	„Visos programos yra puikios, diagnozuojama ankstyvam amžiui, rezultatai labai geri“; „Svarbus darbas žinoma“.
	Reikalingumas	„Storosios žarnos tikrai labai reikia, geriausiai vykdoma. Gimdos kaklelio puikiausiai atsiperka, krūtų labai reikia“.

Vienas, požiūrį į PP išreiškusių dalyvių, įvardino, kad programų poreikis susijęs su finansine nauda PAASPI „kadangi medicina vis mažiau tampa humanitarine sritimi ir daugiau ekonomine

ūkiskaitos, mes žiūrim į pinigus, kai mums apsimoka, mes darom, metam pajėgas į šitą sritį. <...> Įstaigos nuomonė labai paprasta, apsimokės finansiskai – jie darys”.

Prevencinių programų įgyvendinimo organizavimo būdai PAASPI ir jų kliūtys

Siekiant sužinoti kokios priemonės PAASPI taikomos organizuojant PP įgyvendinimą Lietuvoje, diskusijos metu įstaigų administratorių klausta **„kokiais būdais gyventojai PAASPI informuojami apie prevencines programas“**. Paaiškėjo, kad siekiant padidinti dalyvių patikroze apimtis, įstaigose gyventojai informuojami ne tik apsilankymo pas gydytoją metu, tačiau taikant ir kitas (papildomas) gyventojų informavimo apie PP priemones. Diskusijos metu išaiškėjo, kad dažniausios gyventojų informavimo priemonės taikomos PAASPI – informacinių pranešimų apie programas skelbimas įstaigų skelbimų lentose bei lankstinukų platinimas. Kaip paaiškėjo, kai kuriose įstaigose atrankinių amžiaus grupių asmenys apie programas informuojami siunčiant elektroninius laiškus: *„Centralizuotai įstaigos visoms programoms siunčiam elektroniniu paštu informacinį pranešimą. Taip atrodo, jeigu ir gydytojų paklausinėji, ai išsiutėm ir nieks neina, bet jeigu taip pasižiūrėti kiek buvo, tai vistiek beveik dvigubai padidėjo tos, kurios ateina pasitikrinti, reiškia tas veikia“*.

Diskusijos dalyviai, teigė, kad vykdo ar yra bandę gyventojų informavimo apie programas būdą – elektroninių žinučių siuntimą, diskusijos metu pabrėžė, kad įstaigos retai taiko papildomus gyventojų informavimo būdus, kadangi įstaigoms nėra už juos apmokama. Diskusijos dalyviai siūlė keisti Sveikatos apsaugos ministro įsakymą reglamentuojantį apmokėjimo už suteiktas PP paslaugas tvarką, pavyzdžiui, įtraukiant apmokėjimą už informavimo būdą, kai gyventojai informuojami elektroniniu paštu, o gyventojų informacinis pranešimas patvirtinamas elektroniniu parašu.

Vienas diskusijos dalyvis pasidalino patirtimi apie organizacinius būdus taikomus PAASPI, kurioje jis dirba. Jis pristatė, kad PAASPI įdiegtas kabinetas, kuriame teikiamos PP paslaugos. Tokiu būdu sudaromos sąlygos programų dalyviams greičiau gauti PP paslaugas nei registruojantis bendra tvarka ir nesudaromos eilės bei papildomas darbo krūvis, teikiant planines PAASPI paslaugas: *„Pas mus poliklinikoje, bent jau šiuo metu, dėl dviejų programų, priešinės liaukos ir širdies, tam kabinete kuriam aš dirbu, mes tas programas ir vykdom, padarom taip, kad jie aplenktų gydytoją, mes paimam tą šaknelę, jo parašus ir kraują ir pacientas su visa ta šaknele keliauja pas gydytoją ir jisai mato rezultatus, gali įvesti koduką, pasikviesti pacientą, jeigu kažkas yra negerai (visi rezultatai keliauja pas gydytoją)“*.

Diskusijos metu dalyviai pasidalino gerąją patirtimi ir pristatė kitas PAASPI taikomas gyventojų informavimo apie PP priemones: informacinių pranešimų siuntimą paštu, skambinimą

gyventojams telefonu, informavimą žinutėmis ir kt. Administratoriai išryškino ir problemas kylančias jas įgyvendinant: gyventojų kontaktų PAASPI trūkumas, gyventojų abejingumas dalyvauti patikrose ir kt. Tačiau diskusijos dalyvių klausiant „*su kokiomis problemomis susiduriate įgyvendindami prevencines programas*“, išryškėjo, kad papildomas gyventojų informavimo priemonės taiko tik mažuma PAASPI, o jas įgyvendinant susiduriama su kliūtimis.

Diskusijos metu išryškėjo pagrindinės priežastys, dėl kurių PP paslaugų įgyvendinimas PAASPI organizuojamas skirtingai ir lemia programų paslaugų netolygumus Lietuvoje. Pirma, siekiant padidinti dalyvių programose apimtis ir diegti įvairius gyventojų informavimo būdus, įstaigos susiduria su nepakankamo finansinio apmokėjimo už PP įgyvendinimą kliūtimi. Antra, siekiant pagerinti programų paslaugų teikimą įstaigoms dėl didelio jų darbo krūvio trūksta žmogiškųjų išteklių ir palankesnių sąlygų (reglamentuotų ministro įsakymuose) organizuoti PP paslaugų teikimą. Siekdami spręsti šias problemas ir pagerinti PP įgyvendinimą, administratoriai siūlė keisti ministro įsakymus, reglamentuojančius PP įgyvendinimą: 1) sudaryti lankstesnes apmokėjimos sąlygas už PP įgyvendinimą; 2) įtraukti slaugos ir kitų specialybių PAASPI darbuotojus teikti PP paslaugas ir sudaryti palankesnes PAASPI sąlygas organizuoti PP įgyvendinimą. Šios diskusijos metu įvardintos problemos ir jų galimi sprendimo būdai aptariami detaliau.

Kaip jau užsiminta, diskusijos metu išryškėjo ir buvo aptarta, PAASPI administratoriams aktuali, nepakankamo finansinio apmokėjimos ir skatinimo už PP įgyvendinimą problema. Išskirtos penkios kokybinės kategorijos: PAASPI finansavimas už papildomų informavimo būdų diegimą, prevencinių programų paslaugas teikiančių specialistų finansinis skatinimas, finansavimo įkainis ir jo apskaičiavimo pagrįstumas šalyje, apmokėjimo sistemos lankstumas bei vieningos VLK ir PAASPI apmokėjimo už suteiktas PP paslaugas apskaičiavimo metodikos taikymas (6 lentelė).

Kaip išaiškėjo diskusijos metu, įstaigos diegdamos ir taikydamos įvairias organizacines priemones, susiduria su finansavimo trūkumo problema. Dalyvių akcentuota, kad PP įgyvendinamos valstybiniu mastu, kuriomis siekiama sumažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo šių onkologinių ligų, tačiau papildomo finansavimo inovatyvių organizacinių priemonių taikymui PAASPI neskiriama. Siekiant padidinti atrankinių grupių PP apimtis, diskusijos dalyvių vieningai teigta, kad viena efektyviausių priemonių – gyventojų informuotumo apie PP didinimas ir kvietimas PP dalyvavimui. Administratorių nuomone, asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikia ligų prevencijos, gydymo ir kitas paslaugas, tačiau neatlieka vadybinių funkcijų, kuriomis būtų siekiama padidinti atrankinių grupių programose apimtis. Jų nuomone, gyventojų kvietimas dalyvauti PP nėra gydytojų ir administratorių tiesioginė pareiga ir reikalauja papildomų lėšų bei laiko.

PP paslaugas teikiančių specialistų finansinis skatinimas, diskusijos metu, įvardintas vienu svarbiausiu, skatinančiu geresnį PP įgyvendinimą veiksniu. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti PAASPI apmokėjimo būdai apima papildomą įstaigų finansinį skatinimą už PP paslaugų teikimą.¹⁸² Nors skatinimas už PP įgyvendinimą PAASPI skiriamas, visi dalyviai laikėsi nuostatos, kad finansinis skatinimas už PP įgyvendinimą, nepakankamas: „Gydytojas pvz.: žino tą įkainį ir sako, kodėl man tiek mažai duodat, sakau: tyrimas, SODRA, mokesčiai visokie kitokie ir lieka keli litai. <...> Gi atskaičiavus tuos mokesčius lieka tikra nedaug“.

Diskusijos dalyviai nurodė priežastis, dėl ko jų nuomone, finansinis skatinimas nepakanamas: mažas PP paslaugų apmokėjimo įkainis ir nepagrįstas jo apskaičiavimas šalyje. Teigdami, kad siekė išsiaiškinti PP paslaugų įkainio apskaičiavimo pagrįstumą šalyje, diskusijos metu, dalyviai pasidalino neigiama tarpinstitucinio bendradarbiavimo su VLK patirtimi: „Neapsiskaičiavo su biopsijos tyrimo įkainiu, ten minimum trys objektai, o įkainis eina už vieną, ta prasme - tris kartus per mažas. <...> Kažkada prašiau pateikti prostatos programos įkainio sudėtį ir finansinius apskaičiavimus ir gavau: negalima, neduosim <...>“.

PAASPI administratorių požiūriu, esama apmokėjimo už suteiktas PP paslaugas tvarka, reglamentuojama Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, yra nepakankamai lanksti. Joje „perdaug biurokratijos, sunkiai įgyvendinami tam tikri teisės aktuose nurodyti organizaciniai aspektai“. Pasak dalyvių, dalį apmokėjimo PAASPI praranda dėl ministro įsakymu patvirtintos apmokėjimo už suteiktas PP paslaugas tvarkos, kai PAASPI apmokama už atrankinės amžiaus grupės asmenims suteiktas PP paslaugas. Tokia situacija PAASPI susiklosto, kai PP atrankinės amžiaus grupės asmens tyrimų rezultatai į PSP lygmenį grįžta tuomet, kai gyventojas nebepatenka į PP atrankinių grupių amžiaus ribas, o įstaigai nėra apmokama už suteiktą paslaugą. Šiai problemai spręsti, dalyvių siūlyta už suteiktas PP paslaugas apmokėti atsižvelgiant į periodą nuo atrankinės amžiaus grupės asmens apsilankymo PAASPI iki paslaugos atlikimo pabaigos.

Kita, su apmokėjimu susijusi problema, kurią PAASPI administratorių nuomone reikėtų spręsti, susijusi su tarpinstituciniu bendradarbiavimu tarp PAASPI, VLK ir SAM. Dalyviai pabrėžė, kad nežino vieningos metodikos, kuria remiantis PAASPI apskaičiuojamas apmokėjimas už suteiktas PP paslaugas iš VLK „Slaptų metodikų turėtų nebūti. Turėtų būti aiškus tas mechanizmas. <...> Mes pasiskaičiuojam, kad vykdom neblogai, o ligonių kasos kitaip suskaičiuoja“. Diskusijos dalyvių siūlyta

¹⁸² Sveikatos apsaugos ministro 2005 gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. Žin. 2005, Nr. 143-5205.

patvirtinti ir pavišinti vieningą PAASPI PP paslaugų apskaitos ir apmokėjimo už paslaugas metodiką šalyje (7 lentelė).

7 lentelė. Finansinio skatinimo problemos PAASPI įgyvendinant prevencines programas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių apmokėjimo už PP įgyveninimą tvarką, pakeitimai	Finansinis skatinimas už papildomų gyventojų informavimo priemonių taikymą PAASPI	„Įstaiga susiduria su problema, kaip juos pakviesti: laiškus įstaigai siųsti kainuoja, laišką išsiuntę mes parašo negausim, pinigų neatsiimsim, elektroniniu paštu arba elektronines žinutes tik tai vienai programai pernai leido siųsti ir belieka skambinti žmonėms mobiliaisiais telefonais arba paprastais - irgi kainuoja, paštu voką siųsti irgi kainuoja, adresai keičiasi, žmonės išvažiuoja“;
	PP paslaugas teikiančių PAASPI specialistų finansinis skatinimas	„Programų vykdymo sėkmė priklauso nuo gydytojų motyvacijos <...> paslaugos įkainis gydytojų netenkina. Suinteresuotumas padidėtų, jeigu jis pajustų naudą kažkokią dar didesnę“; „Jeigu įkainis būtų didesnis, galbūt ir kito laiko atsirastų, suinteresuotumas padidėtų jeigu jis pajustų naudą dar kažkokią tai didesnę, galbūt tikrai“;
	PP paslaugų įkainiai ir jų apskaičiavimo pagrįstumas šalyje	„Visą laiką pas mus yra patvirtinama tam tikra programa ir skiriamos tam tikros lėšos, bet tikslaus sąnaudų skaičiavimo nebūna padaryta nei vienai“; „Mūsų laboratorija jau seniai verčia tiesiogine prasme, todėl, kad to įkainio pakanka turbūt tik laboratorinėm sąnaudom padengti“.
	Apmokėjimo sistemos už suteiktas PP paslaugas lankstumas PAASPI	„Žmogus pakviestas likus 3 mėn. iki programos pabaigos ir nesusėję to padaryti, nesusėję grįžti rezultatai <...>. „Iš žmogaus, kliento pusės, jam viskas padaryta ir tikrai efektyvu, ekonominiu šalies požiūriu, kad žmogus patikrintas irgi, kad žmogus sveikas, bet įstaiga, toj vietoj gali ir nukentėti, nes nė vienoje programoje nėra laisvai plaukiojančio paslaugos atlikimo pabaigos termino“.
	VLK ir PAASPI vieninga apmokėjimo už suteiktas PP paslaugas apskaičiavimo metodika	„Turėtų būti įdėta metodika skaičiavimo, labai aiškiai formulės į kiekvieną programą ir visiems aišku, kad skaičiuojam taip“; „Dėl gerų darbo rezultatų: o skaičiuojasi nuo įregistruotų pacientų skaičiaus, kuris yra pvz.: PSA nuo 50-75 m. ir teikiame mes kas du metus, iš jų dar kai kuriems mes negalim teikt kadangi jiems jau nustatyta, o už gerus darbo rezultatus ima nuo tų registruotų ir gauni išvis perpusę mažiau negu padarai“; „Ligonių kasos visada apmoka pagal tuos skaičius, kuriuos jie turi ir gauna, tai šiaip galėtų tada ir tas gyventojų grupes pateikti, pavyzdžiui, jie suskaičiuoja savo programoj, kad tokiai programai turėtų priklausantių 2000 ir tegul atsiunčia tą skaičių“.

Diskusijos metu pateikus klausimą „su kokiomis problemomis susiduriate įgyvendindami prevencines programas“ išryškėjo PP paslaugų teikimo kliūtys. Administratoriai, diskusijos metu, nuolatos pabrėžė didelio gydytojų darbo krūvio ir laiko trūkumo teikti PP paslaugas problemišumą. Be to, dalyviai teigė, kad įstaigose diegiant įvairias gyventojų informavimo apie programas priemones, padidėja dalyvių jose apimtys, kas lemia padidėjusį apsilankančių asmenų srautą PAASPI ir padidėjusį gydytojų darbo krūvį. Siekdami išspęsti šią problemą administratoriai siūlė keisti Sveikatos apsaugos ministro įsakymus, kuriais reglamentuojamas PP paslaugų teikimas PAASPI: skirti funkciją slaugos ir

kitiems PAASPI specialistams teikti PP paslaugas, tokiu būdu sudarant palankesnes PAASPI organizavimo sąlygas teikti PP paslaugas (8 lentelė).

Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose reglamentuojančiuose krūties bei gimdos kaklelio vėžio PP įgyvendinimą, nurodyta, kad informuoti gyventoją pasirašytinai jam įteikiant informacinį lapelį gali ne tik gydytojai, tačiau ir bendrosios praktikos bei bendruomenės slaugytojai. Įsakymuose reglamentuojančiuose priešinės liaukos ir storosios žarnos vėžio PP įgyvendinimą šios paslaugos teikėjai neįvardinti. Nors atsižvelgiant į minėtus ministro įsakymus, dviejų programų informavimo priemonę gali teikti ir slaugos specialistai, tiesiogiai apmokėjimas už šiems gyventojams suteiktas paslaugas vykdomas atsižvelgiant į gydytojo aptarnaujamų asmenų sąrašą (pas gydytoją priregistuoti asmenys). Kadangi krūties bei gimdos kaklelio vėžio PP informavimo paslauga už kurią apmoka VLK apima ir kitas priemones, tokias kaip atrankinės amžiaus grupės asmenų tyrimų rezultatų įvertinimas ir jų siuntimo tikslesnei diagnostikai ar gydymui skyrimas, o paslauga iš VLK apmokama tik užtikrinus visas jos priemones, pastarąsias priemones gali atlikti tik gydytojas specialistas ir apmokėjimas už suteiktą paslaugą vykdomas atsižvelgiant į prie pastarojo priregistruotų asmenų sąrašą.¹⁸³ Kaip išaiškėjo diskusijos metu, dėl aiškumo trūkumo minėtuose ministro įsakymuose, įstaigose PP informavimo paslaugų teikimas organizuojamas įvairiai ir ne visose jų tekiant programų informavimo paslaugas dalyvauja slaugos specialistai. Administratoriai kalbėdami apie PP įgyvendinimo patirtį ir kliūtis PAASPI, viena svarbiausių problemų įvardino didelį gydytojų darbo krūvį. Įstaigų administratorių teigimu, PP paslaugas arba tam tikras jų priemones galėtų teikti kiti PAASPI specialistai „*informavimą gi gali net ne medikas atlikti <...>Būtent, o čia aukščiausiam medikui duodama, gydytojui*“, todėl diskusijos dalyviai siūlė papildyti teisės aktus „*prevencinių programų apraše galėtų būti parašyta, kad paciento apylinkę aptarnaujantis medicinos personalas*“.

Dalyvių teigimu, tam tikri įsakymų pakeitimai palengvintų paslaugų teikimo organizavimą. Pavyzdžiui, Sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimai, įgalinantys PP paslaugas teikti ir kitus PAASPI specialistus arba patvirtinantys ir kitų gyventojų informavimo būdų teikimą PAASPI ir apmokėjimą už jų vykdymą, sudarytų sąlygas PAASPI organizuoti paslaugų teikimą atskirai nuo planinės veiklos. Tokiu būdu gyventojams būtų sudaromos sąlygos greičiau pasinaudoti PP paslaugomis, o įstaigoms neapkraunant papildomo krūvio vykdant planinę veiklą. Pavyzdžiui, gyventojams galėtų būti sudaromos sąlygos atvykti į atskirą kabinetą, kuriame jis būtų informuojamas

¹⁸³ Sveikatos apsaugos ministro 2005 gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. Žin. 2005, Nr. 143-5205.

ir patikrinamas dėl onkologinių ligų arba gyventojai galėtų kreiptis tiesiogiai į laboratoriją ir kt. (8 lentelė).

8 lentelė. Funkcijų perskirstymo problemos įgyvendinant PP

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių PP paslaugų teikimo tvarką, pakeitimai	Slaugos ir kitų PAASPI specialistų funkcijų priskyrimas teikti PP paslaugas	“Įsakyme galbūt nereikėtų reikalauti to konkrečiai, kas turėtų informuoti, įstaigos atstovo”; “PSA tikrai galėtų, kur yra neigiamas atsakymas storosios žarnos, tikrai slaugytoja galėtų suvaldyti, nes jeigu yra neigiamas, tą kodą galėtų su slaugytojos kodu įrašyti ir gydytojui nereikėtų, o jeigu jau teigiamas, tai galėtų įrašyti tik gydytojas”; “slaugytojai, nes tai vistiek yra medicinos personalas, labai palengvintų, nes tikrai nesunku yra vertinti ar rezultatas yra teigiamas ar neigiamas ir tada iš karto sutrumpėtų tas kelias”; “Gydytojo istorijoje turi būti su parašu, o gal galėtų su slaugytojos parašu būti”; “Slaugytoja galėtų su savo kodu pildyti”.
	Palankesnių sąlygų sudarymas PAASPI organizuojant PP paslaugų teikimą	“Jeigu skambini ir prašai, kad ateikit, mano nuomone biurokratijos labai daug. Tarkim PSA tyrimas teigiamas arba neigiamas, ar tikrai reikia eiti pas gydytoją, kad pasirašytų, kad jam apie tą programą, gal užtektų pirmam etape paskambinti, kad tu tik į laboratoriją, kažkaip prisiviliot, nes visi bijo tų eilių, tu tik atbėk į laboratoriją, pasidaryk, o paskui jau tuos teigiamus vykdytumėm toliau, o jeigu neigiamas, kam jam eiti pas gydytoją, registruotis, paskui bėgti į laboratoriją”; “Kad į programą ateiti, reikia dar suorganizuoti tą darbą taip, kad jeigu jau pakvieteit programai jis ateitų ir nereiktų tose bendrose eilėse laukti, tam kaštai irgi reikalingi, kad sudaryti tą koridorių programiniams”.

Siekiant išsiaiškinti PP įgyvendinimo PAASPI organizacinius aspektus, administratorių, taip pat, klausta apie PP paslaugų apimčių planavimą („Ar planuojamos prevencinių programų paslaugų apimtys, kurios gyventojams turi būti suteiktos per atitinkamą laikotarpį?“) ir rezultatų vertinimą („Ar įstaigoje periodiškai vertinami vykdomų prevencinių programų rezultatai (pasiekimai?“). Iš daugumos dalyvių atsakymų paaiškėjo, kad PP paslaugų apimtys nėra planuojamos. Pagrindine priežastimi, kodėl PAASPI PP paslaugų apimtys nėra planuojamos, administratoriai įvardino – programinės įrangos, padedančios identifikuoti PP atrankinių amžiaus grupių asmenis ir vykdyti jiems suteiktų paslaugų apskaitą, trūkumą. Diskusijos metu paaiškėjo, kad programinę įrangą, kurios pagalba PAASPI identifikuoja PP atrankinės amžiaus grupės asmenis ir vykdo, jiems suteiktų PP paslaugų apskaitą, įdiegusios mažiau nei pusė PAASPI. Kaip išaiškėjo diskusijos metu, programinė įranga įdiegta ne visose PAASPI dėl lėšų PAASPI trūkumo (9 lentelė).

Administratorių teigimu, PAASPI neturinčiose programinės įrangos PP paslaugų apskaita vykdoma tik tiek, kiek susijusi su VLK apmokėjimu už suteiktas paslaugas. Įstaigų atstovų, kuriose įdiegtos programinės įrangos, teigimu, PP patikrų apimčių rezultatai vertinami, tačiau PP paslaugų apimtys, kurios gyventojams turi būti suteiktos per atitinkamą laikotarpį, neplanuojamos. Taip pat išaiškėjo, kad pasiektų patikrų apimčių rezultatų įvertinimas PAASPI labiau susijęs su apmokėjimo už

gerus darbo rezultatus stebėsena nei įstaigos strateginiu veiklos planavimu ir rezultatų (pasiekimų) vertinimu. Gydytojo profesinės kvalifikacijos dalyvių pabrėžta, kad PP paslaugų apimtys PAASPI neplanuojamos ir nevertinamos dėl didelio darbuotojų darbo krūvio ir laiko trūkumo. Šių problemų sprendimui PAASPI administratoriai siūlė šalyje kurti centralizuotą gyventojų informavimo–kvietimų sistemą bei didinti gyventojų informuotumą įtraukiant kitų sektorių veiklą.

9 lentelė. PP įgyvendinimo organizacinės problemos

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Prevenčių programų įgyvendinimo organizaciniai aspektai	Prevenčių programų atrankinės amžiaus grupės asmenų identifikavimo ir informavimo bei jiems suteiktų paslaugų apskaitos sistema	<...> susiskaičiuoji, kad va pas mane tą mėnesį yra tiek, imant pagal visas apylinkes, bet kitą mėnesį jau reikia žiūrėti, kurie jau patikrinti, kurie nepatikrinti, nes programos nėra kasmetinės, ir tas ciklas trejų metų kažkaip išmuša iš tų skaičiavimų, <...> išimtys, kurie patikrinti ir kurie susirgę tame tarpe“; “Sukasi ratas jau nuo 2005 metų, tai sukasi vis tie patys ir tie patys pacientai, kurie nuolat lankosi gydymo įstaigoje, o tie kurie nesilanko, jie taip ir nėra pakviesti“.
	Prevenčių programų paslaugų apimčių planavimo ir rezultatų vertinimo sistema	“Aš galvoju, tas planavimas su skaičiukais tikrais, gali vykti tik tada, kada yra gera informacinė sistema, gera programa kai duomenis turi kiek gyventojų, kiek moterų tokios amžiaus grupės yra. Tai čia yra pirmiausia, kad mes tuos duomenis ne visada turim, nes Sveidroje tokios amžiaus grupės nėra, moterų pagal lytį ten irgi nėra. Tos įstaigos kur neturi jokios sistemos, visų pirma, tų duomenų greičiausiai ir neturi, bet čia yra didžioji Vilniaus miesto dalis ir Lietuvos. Tos kurios turi šiokią tokią informacinę sistemą, aš jau sakau, mes atseit gerą turim, bet mes vistiek joje galim išsitraukti moterų skaičių tokios amžiaus grupės, bet paskui vėl programuot reikia ir sekti, o kiek iš jų mes patikrinom, o kiek iš jų atėjo; „Laiko nėra visai, o apie tą kompiuterinę programą, tai išvis kalbos nėra, nėra tų programų, yra tik užrašymas pas specialistus, nedarbingumo lapeliui išduoti, o apie planavimą ir analizę, neįmanoma ir sakyti apie šitą, laiko nėra visai.“

Diskusijos dalyvių buvo prašoma pateikti siūlymus, kurie jų nuomone, pagerintų PP įgyvendinimą PAASPI („Ką dar norėtumėte pasakyti ir pasiūlyti dėl profilaktinių programų įgyvendinimo pagerinimo, turint omenyje Jūsų veiklą“). Dalyviai įvardino visuomeninio intereso trūkumą įgyvendinant prevencines programas (10 lentelė). Dalyvių nuomone, prevencinių programų įgyvendinimas PAASPI pagerėtų, jei asmenys būtų informuoti dar iki apsilankymo PAASPI. Administratorių teigimu, kartais gydytojai dėl didelio jų užimtumo pamiršta informuoti gyventojus apie PP, todėl būtų palanku jei ir gyventojai patys primintų ir kreiptųsi į gydytoją siekdami pasitikrinti dėl onkologinių ligų. Dalyviai siūlyė didinti gyventojų informuotumą apie PP ir ugdyti jų atsakomybę už savo sveikatą, taikant masines informavimo priemones. Ypatingai pabrėžtas socialinės reklamos transliacijos per televiziją poreikis. Dalyvių nuomone, gyventojus motyvuojant dalyvauti patikrose, galėtų aktyviau prisidėti ir visuomenės sveikatos specialistai.

10 lentelė. Visuomeninio intereso trūkumas įgyvendinant prevencines programas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Visuomenės intereso didinimas įgyvendinant prevencines programas	Masinių informavimo priemonių taikymas apie PP	„Įstaigoms palengvintų darbų, pacientas turi žinoti atėjęs jau“; „Pačio valstybinio masto, ministerijos, sakykim užsakymu ar kažkuo, na tiesiog laidose, žiūrimose laidose, aktualiose, kur tam tikro amžiaus dalyvaujantys programoje žiūri, galbūt vietoj kažkokios reklamos turėtų tikrai“; „Turi būti pateikta tokia forma, kad pačiam gyventojui būtų aišku“; „Žmogus turi žinoti, kad dėl tokio ir tokio dalyko aš turiu eiti ten“.
	Visuomenės sveikatos specialistų įtraukimas įgyvendinant PP	„Kvietimas, kaip ir ne gydytojo reikalas, galėtų ir visuomenės sveikatos specialistai, galėtų būti platinama ir viešinama labiau, negu šiuo metu yra, kad žmonės patys suprastų, kad yra ir jie turi galimybę ateiti pasitikrinti dėl tokių programų“; „Išorinis informavimas svarbu, kai iš kelių kanalų ateina“.

Apibendrinimas

PAASPI administratorių nuomone prevencinės programos Lietuvoje svarbios ir reikalingos. Gydytojų apklausos tyrimų duomenimis, pagrindiniai gydytojų motyvai teikti PP paslaugas – įsitikinimas, kad tai naudinga gyventojams. Tuo tarpu, diskusijos metu išsakytų administratorių nuomonės turinio analizė atskleidė, kad prevencinių programų vykdymas PAASPI dažniau siejamas su finansiniu apmokėjimu už PP įgyvendinimą. Administratorių atsakymai leidžia teigti, kad PP paslaugų teikimo būdai organizuojami atsižvelgiant į finansinį apmokėjimą už jų diegimą PAASPI, nuo pastarojo priklauso ir teikiamų paslaugų apimtys. Diskusijos metu išryškėjo PP įgyvendinimo PAASPI kliūtys: didelis gydytojų darbo krūvis, jų laiko, bendradarbiavimo su VLK ir SAM, bei tarpsektorinio bendradarbiavimo stoka. Dėl programinės įrangos trūkumo, padedančios identifikuoti atrankinės amžiaus grupės asmenis, juos informuoti bei vykdyti jiems suteiktų paslaugų apskaitą, problemiška organizuojamas gyventojų informavimas apie PP, paslaugų planavimas ir programų įgyvendinimo rezultatų vertinimas. Be to, diskusijoje paaiškėjo, kad atrankinių grupių asmenys neidentifikuojami ir nekviečiami asmeniškai dalyvauti patikrose, o informuojami tik tie atrankinės amžiaus grupės asmenys, kurie apsilanko PAASPI, leidžia teigti, kad patikrose dalyvauja tie patys asmenys, kurie tikrinasi reguliariai, o tie asmenys, kurie, dažniausiai yra didžiausioje rizikos grupėje, lieka neinformuoti ir nepasitikrinę.

IŠVADOS

1. Išanalizavus sergamumo ir mirtingumo nuo onkologinių ligų dinamiką 2000-2009 m. laikotarpiu, nustatyta, kad gyventojų mirtingumo ir sergamumo mažėjimo tendencijos stebimos 2004-2009 m. gimdos kaklelio vėžio ir 2007-2009 m. priešinės liaukos vėžio prevencinių programų įgyvendinimo kontekste. Sergamumo pagal vėžio stadijas struktūros duomenys išryškino, kad I arba II stadijos vėžio išaiškinamumas didėjo, tačiau, išaiškinamų III ir IV vėžio stadijų sergamumo struktūra išliko nepakitusi. Šie rezultatai leidžia teigti, kad prevencinių priemonių taikymas Lietuvoje nepakankamas. Tuo tarpu, PP poveikis gyventojų sergamumo ir mirtingumo rodiklių pokyčiams aiškiausiai stebimas atrankinėje amžiaus grupėje: šios grupės sergamumo ir mirtingumo rodikliai kelis kartus didesni lyginant su bendrąja populiacija.
2. Daugumos gydytojų (95,6 proc.) nuomone, prevencinės programos reikalingos Lietuvoje. Gydytojai pagrindinėmis problemomis, su kuriomis susiduria įgyvendindami prevencines programas, įvardino laiko stoką (68,4 proc.) ir nepakankamą jų finansinį skatinimą (21,6 proc.). Jų nuomone, šios priežastys bei gyventojų nesuinteresuotumas labiausiai sąlygoja nepakankamas prevencinių programų patikrų apimtis.
3. Administratorių požiūriu PAASPI finansavimas už prevencinių programų įgyvendinimą turi reikšmingos įtakos įstaigose organizuojamų prevencinių programų paslaugų teikimui. Prevencinių programų organizacinių aspektų analizė išryškino jų įgyvendinimo kliūtis: įstaigos netaiko įvairių priemonių, skatinančių gyventojus dalyvauti prevencinėse programose; problemiška organizuojamas gyventojų informavimas apie PP, paslaugų planavimas ir programų įgyvendinimo rezultatų vertinimas dėl programinės įrangos trūkumo, padedančios identifikuoti atrankinės amžiaus grupės asmenis, juos informuoti bei vykdyti jiems suteiktų paslaugų apskaitą. Prevencinių programų paslaugų teikimas PAASPI organizuojamas skirtingai ir lemia netolygų jų įgyvendinimą Lietuvoje bei dalyvių apimtis jose.

REKOMENDACIJOS

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms

- Diegti organizuotas gyventojų informavimo apie prevencines programas priemones (asmeniniai kvietimai elektroniniu paštu, telefonu ir kt.) ir užsienio šalyse taikomas efektyvias organizacines prevencinių programų paslaugų teikimo priemones (atsiliepimų apie suteiktas paslaugas sistema, paslaugų teikėjų ir gavėjų priminimo sistemos ir kt.).
- Įtraukti bendrosios praktikos ir bendruomenės slaugytojus į prevencinių programų informavimo paslaugos teikimą, siekiant sumažinti gydytojų darbo krūvį.
- Motyvuoti gyventojus dalyvauti prevencinėse programose, taikant priemones, kurios turi daugiausiai įtakos didinant gyventojų dalyvavimo prevencinėse programose apimtį.
- Spręsti prevencinių programų įgyvendinimo organizavimo kliūtis: gydytojų laiko stokos, dėl per didelio darbo krūvio problemą bei finansinio skatinimo už prevencinių programų įgyvendinimą PAASPI klausimą.

Valstybinei ligonių kasai

- Įvertinti priemones, kurios yra efektyviausios skatinant gyventojus dalyvauti prevencinėse programose, atitinkamai skirti finansavimą už jų įgyvendinimą.

Sveikatos apsaugos ministerijai

- Siekiant užtikrinti prevencinių programų įgyvendinimo koordinavimą, planavimą, vertinimą ir stebėseną bei kokybės užtikrinimo sistemą šalyje, rekomenduojama prevencinių programų valdymą priskirti valstybinio lygmens įstaigai.
- Įvertinti galimybes taikyti centralizuotą prevencinių programų atrankinės amžiaus grupės asmenų identifikavimą ir asmeninį informavimą apie vykdomas PP šalyje.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Teisės aktai

Lietuvos:

1. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. Žin., 1998, Nr. 64-1842.
2. Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimas Nr. IX-1187 „Dėl Valstybės ilgalaikės raidos strategijos patvirtinimo“. Žin., 2002, Nr. 113-5029.
3. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimas Nr. 1593 „Dėl Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo“. Žin., 2003, Nr. 117-5348.
4. Sveikatos apsaugos ministro 2004 liepos 16 d. įsakymas Nr. V-548 „Dėl atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos atlikimo metodikos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 117-4390.
5. Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2004, Nr. 104-3856.
6. Sveikatos apsaugos ministro 2005 gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. Žin. 2005, Nr. 143-5205.
7. Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl piešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 152-5617.
8. Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 117-4249.
9. Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2005, Nr. 117-4249.
10. Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-799 „Dėl sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programos patvirtinimo“. Žin., 2007, Nr. 106-4354.
11. Sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl storosios žarnos ankstyvos diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Žin., 2009, Nr. 79-3321.

Užsienio:

1. Commission of the European Communities. „Communication of 24 June 2009 on action against cancer: European partnership”. 2009, COM 291/4.
2. Commission to the European Communities. „Europe Against Cancer Programme”. European Council of 5-6 December, 1986. COM (86) 692.
3. Council of the European Union. Council conclusions on reducing the burden of cancer. 2008, <http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/101031.pdf>.
4. Europe Against Cancer Programme Action Plan 1987-1989, <http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-86-159_en.htm>.
5. Europe Against Cancer Programme Action plan 1990-1994, <http://europa.eu/legislation_summaries/other/c11505b_en.htm>.
6. Europe Against Cancer Programme Action plan 1996-2002, <<http://europaeu/scadplus/leg/en/cha/c11505c.htm>>.
7. Europe Council resolution, 1986. <http://europa.eu/rapid/press-release_IP-88-237_en.htm?locale=en;%20http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:41986X0723%2804%29:EN:HTML>.
8. Europos sveikatos priežiūros strategija, <http://eur-lex.europa.eu/lt/dossier/dossier_36.htm>.
9. Sutartis dėl Europos Sąjungos veikimo (168 str.), <<http://eur-law.eu/LT/Sutarties-Europos-Sajungos-veikimo-suvestine-redakcija-TRECIOJI-DALIS-,487384,d>>.
10. 2003 m. birželio 5 d. „Europos Parlamento rezoliucija dėl krūties vėžio Europos Sąjungoje“. 2004, OL C 68 E, p. 611.
11. 2006 m. spalio 25 d. „Europos Parlamento rezoliucija dėl krūties vėžio išsiplėtusioje Europos Sąjungoje“. 2006, OL L 313 E, p. 273.
12. 2008 m. balandžio 10 d. „Europos Parlamento rezoliucija dėl kovos su vėžiu išsiplėtusioje Europos Sąjungoje“. P6_TA(2008)0121.
13. 2008 m. spalio 9 d. Europos Parlamento rezoliucija „Kartu sveikatos labui: 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“. P6_TA(2008)0477.

Rekomendacijos, gairės:

1. Council of the European Union. „Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening”. 2003, 878/EC.
2. European Commission. „European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis”. 4th edition. 2006, p. 1-30.

3. European Commission. „European guidelines for quality assurance in cervical screening”. 2nd edition. 2008, p. 1-324.
4. European Commission. „European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis”. 1st edition. 2010, p. 1-32.
5. World cancer factsheet: Bray F., Jemal A., Grey N., Ferlay J., Forman D. „Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study”. *The Lancet Oncology*, 2012, 13(8):790-801.
6. World Health Organization. „National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines”. 2002, p.1-203.

Mokslo darbai, pranešimai, ataskaitos, straipsniai

Lietuvos autorių:

1. Bitinas B., Rupšienė L., Žydzūnaitė V. „Kokybinių tyrimų metodologija“. 2008, p. 304.
2. Boguševičiūtė A., Diržytė A., Boguševičius A. „Moterų dalyvavimo atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programoje motyvai”. *Medicina*, 2003, 39(10):1007-1015.
3. Čepauskienė R., Gurevičius R. „Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamika Lietuvoje iki psa eros ir po jos“. *Visuomenės sveikata*. 2009, 1(44): 19-27.
4. Eigirdaitė A., Jurkuvėnas V. „Prevencinių programų įgyvendinimo Klaipėdos miesto ir rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose 2008–2010 metais vertinimas”. *Visuomenės sveikata*. 2011, 4(55):76-84.
5. Jonaitienė E., Želvienė A., Strodomsytė M. „Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio etiniai aspektai“. *Medicinos teorija ir praktika*. 2007, 13(3):274-280.
6. Kurtinaitienė R., Rimienė J. „Report of EUROCHIP-3 WP-4 action in Lithuania. Study to increase attendance at screening for cervical cancer, 2011”.
7. Mokymų, tyrimų ir vystymo centras. „Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas“. 2008, p.20-26.
8. Nacionalinės sveikatos tarybos 2006 m. spalio 26 d. nutarimas Nr. N-3 „Dėl valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo“,
<http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_d=60463&p_r=698&p_k=1>.
9. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011, <
http://www3.lrs.lt/pls/inter/nst.show?p_rid=697>.
10. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2012, <
http://www3.lrs.lt/pls/inter/nst.show?p_rid=697>.

11. Pečiūra R. „Prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimas“. 2011, <
http://ssvp.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/Peciura_Rimantas.pdf >.
12. Pečiūra R., Gurevičius R., Jankauskienė D. „Onkologinių susirgimų profilaktikos programų efektyvumo vertinimas: gimdos kaklelio vėžio skryningas“. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2011, 1(3):50-63.
13. R. Adomaitis, F. Jankevičius. „Lietuvos priešinės liaukos vėžio ankstyvos diagnostikos programa 2006-2010 m.: paslaugų teikimo tendencijos“. *Sveikatos mokslai*. 2011, 21(2):43-47.
14. Smailytė G., Rimienė J., Gudlevičienė Ž., Aleknavičienė B. „Gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo įtaka sergamumui gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje“. *Medicinos teorija ir praktika*, 2010, 16(2):152–157.
15. Starkuvienė S., Liaugaudaitė V. „Moterų nuomonė apie gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programą ir dalyvavimą joje bei šeimos gydytojo vaidmenį vykdant ją“. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2010, 2: 93-97.
16. Sveikatos apsaugos ministerija. „Sveikatos reformų analizės atlikimas: Lietuvos sveikatos programos 1998-2010 vertinimas“. 2012, <
http://www.sam.lt/go.php/lit/Sveikatos_sistemos_reformu_analize_placi/1186>.
16. Šturienė R., Kalibaitienė D., Gurevičius R. „Vyrų žinių apie prostatos vėžį ir jo profilaktiką sąsajos su socialiniais ir demografiniais požymiais“. *Visuomenės sveikata*, 2012, 1(56):62-72.

Uzsienio autorių:

1. Al-Alaboud L. A., Kurashi N. Y. „The Barriers of Breast Cancer Screening Programs Among PHHC Female Physicians”. *Middle East j of Family Medicine*. 2006, 4(5):11-14.
2. Alexe D. M., Albrecht T., McKee M., Coleman M. P. „Responding to the challenge of cancer in Europe”. *Eur J Cancer*. 2008, 44(10):1404-1413.
3. Arafa M. A., Rabah D. M., Abdel-Gawad E., Ibrahim F. K. „Association of physicians' knowledge and behavior with prostate cancer counseling and screening in Saudi Arabia”. *Saudi Med J*, 2010, 11:1245-50.
4. Australian Health Ministers' Advisory Council. „Population based screening framework”. 2008, p. 9-10
5. Bakemeier R. F., Krebs L. U., Murphy J. R., Shen Z., Ryals T. „Attitudes of Colorado health professionals toward breast and cervical cancer screening in Hispanic women”. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1995, 18:95-100.
6. Boyle P. „European Code Against Cancer“. *Scientific Report*, 2005, p.1-73.

7. Boyle p., d'Onofrio A., Maisonneuve P., et al. „Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about?” *Annals of Oncology*, 2003, 14:1312–1325.
8. Brenner R. J. „Mammography and malpractice litigation: current status, lessons and admonitions”. *American Journal of Roentgenology*. 1993, 161:931-5.
9. Brouwers M. C., De Vito C., Bahirathan L., et al. „Effective interventions to facilitate the uptake of breast, cervical and colorectal cancer screening: an implementation guideline”. *Brouwers et al. Implementation Science*, 2011, 6:112.
10. Carmen E. Guerra, J. Sanford Schwartz, Katrina Armstrong., et al. „Barriers of and Facilitators to Physician Recommendation of Colorectal Cancer Screening”. *J Gen Intern Med*. 2007, 22(12):1681–1688.
11. Curran V., Solberg S., Mathews M., et al. “Prostate cancer screening attitudes and continuing education needs of primary care physicians”. *J Cancer Educ*. 2005, 20(3):162-6.
12. Evans D. C., Nichol W. P., Perlin J. B. „Effect of the implementation of an enterprise – wide Electronic Health Record on productivity in the Veterans Health Administration”. *Health Econ Policy Law*. 2006, 1(2):163-9.
12. Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue M., Colombet M., Boyle P. „Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006”. *Ann Oncol*. 2007, 18(3): 581–92.
13. Gennarelli M., Jandorf L., Cromwell C., Valdimarsdottir H., Redd W., Itzkowitz S. „Barriers to colorectal cancer screening: inadequate knowledge by physicians”. *Mt Sinai J Med*, 2005, 72(1):36-44.
14. Gorgojo L. Harris M., Garcia-Lopez E., et al. „National Cancer Control Programmes: Analysis of Primary Data from Questionnaires”. *European Partnership for Action Against Cancer final report*.
15. Guerra C. E, Sanford Schwartz S. J., Armstrong K., et al. „Barriers of and Facilitators to Physician Recommendation of Colorectal Cancer Screening”. *J Gen Intern Med*. 2007, 22(12):1681–1688.
16. Hoffman R. M., Papenfuss M. R., Buller D.B., Moon T.E. „Attitudes and practices of primary care physicians for prostate cancer screening”. *Am J Prev Med*. 1996, 12(4):277-81.
17. Hsairi M., Fakhfakh R., Bellaaj R., Achour N. „Knowledge and practice of doctors and midwives working in primary health care regarding screening for cervical and breast cancers”. *East Mediterr Health J*, 2003, 9(3):353-63.
18. Yabroff R. K., Mandelblatt J. S. „Interventions Targeted toward Patients to Increase Mammography Use”. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1999, 8:749-757.
19. Klabunde C. N., Marcus P. M., Han P. K., et al. „Lung Cancer Screening Practices of Primary Care Physicians: Results From a National Survey”. *Ann Fam Med*. 2012, 10(2):102-110.

20. Kreuter M. W., Garibay L. B., Pfeiffer D. J., et al. „Small Media and Client Reminders for Colorectal Cancer Screening: Current Use and Gap Areas in CDC’s Colorectal Cancer Control Program”. *Prev Chronic*. 2012, 9:1-9.
21. Lagerlund M., Hedin A., Sparén P., Thurfjell E., Lambe M. „Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program”. *Prev Med*. 2000, 31(4):417-28.
22. Levy T. B, Nordin T., Sinift S., Rosenbaum M., James A. P. „Why Hasn’t This Patient Been Screened for Colon Cancer?”. *Journal of the American board of family medicine*. 2007, 20(5):458-468.
23. Line F., Jensen L. F., Mukai T. O., Andersen B., Vedsted P. „The association between general practitioners’ attitudes towards breast cancer screening and women’s screening participation”. *BMC Cancer*, 2012, 12:254.
24. Livingston, P., Cohen, P., Frydenberg, M., et al. „Knowledge, attitudes and experience associated with testing for pros-tate cancer: A comparison between male doctors and men in the community”. *Internal Medicine Journal*, 2002, 32(5-6): 215-223.
25. Luengo-Fernandez R., Leal J., Sullivan R. „Economic burden of malignant neoplasms in the European Union”. *Annals of Oncology*, 2012, 10:1093-95.
26. Nutting P. A., Baier M., Werner J. J., et al. „Competing demands in the office visit: what influences mammography recommendations?” *J Am Board Fam Pract*, 2001, 14:352-361.
27. Paskett E. D., Tatum C. M., D’Agostino R. „Community-based Interventions to Improve Breast and Cervical Cancer Screening: Results of the Forsyth County Cancer Screening (FoCaS) Project”. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 1999, 8:453-459.
28. Patnick J. „NHS Cervical Screening Programme Annual Review 2011”. *NHS Cancer Screening Programmes*. 2012, 1-24.
29. Pendleton J., Curry R. W., Kaserian A., Chang M., Anal S., Nakamura K., Abdoush P., Rosser C. J. „Knowledge and attitudes of primary care physicians regarding prostate cancer screening”. *J Natl Med Assoc*. 2008, 100(6):666-70.
30. Rabah D. M., Mostafa A. „Determinants of primary care physicians’ practice of prostate cancer counseling and screening”. *Health*, 2010, 2:1312-1315.
31. Ramos M., Esteva M., Jesús Almeda J., et al. „Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona”. *BMC Cancer*. 2010, 10(500):1-9.
32. Rifat Atun R., Ogawa T. Martin-Moreno J. M. „Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe”. *Imperial College London*, 2009.

33. Sabatino S. A., Lawrence B., Community Preventive Services Task Force, et al. „Effectiveness of Interventions to Increase Screening for Breast, Cervical, and Colorectal Cancers Nine Updated Systematic Reviews for the Guide to Community Preventive Services”. *AmJ Prev Med.* 2012, 43(1):97–118.
34. Schueler K. M., Chu P. W., Smith-Bindman R. „Factors associated with mammography utilization: a systematic quantitative review of the literature”. *J Womens Health.* 2008, 17(9):1477-98.
35. Smith P., Hum S. Kakzanov V., Del Giudice M. E., Heisey R. „Physicians' attitudes and behaviour toward screening mammography in women 40 to 49 years of age”. *Can Fam Physician.* 2012, 58(9):508-13.
36. Task Force on Community Preventive Services. „Recommendations for Client- and Provider-Directed Interventions to Increase Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening”. *Am J Prev Med,* 2008, 35(1S):21-25.
37. Trigoni M., Griffiths F., Tsiftsis D., et al. „Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete”. *BMC Women's Health.* 2008, 8(20):1-12.
38. Von Karsa L., Anttila A., Ronco G., et al. „Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening” (2003/878/EC). 2008, p. 1-160.
39. World Health Organization. „Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level?”. *Evidence for decision-makers.* 2004, p. 1-12.

Internetinės prieigos:

1. European Commission. Major and chronic diseases,
<http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/index_en.htm> [žiūrėta 2013-02-02].
2. European Commission. National Cancer Plans,
<http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/ev_20100928_co10_en.pdf>.
3. European Commission. National Cancer Plans, <<http://www.epaac.eu/national-cancer-plans>>.
4. NHS Cervical Screening Programme, <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/about-cervical-screening.html>>.
5. Valstybinė ligonių kasa, 2013, <<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=139>>.
6. Valstybinės ligonių kasos duomenys, <
<http://www.vlk.lt/resources/files/2012/prevencija/BendraPrev.pdf>>.
7. World Health Organization, „Cancer control: knowledge into action, WHO guide for effective programmes” <<http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>>.

8. World Health Organization, <<http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=930>>.
9. World Health Organization, National cancer control programmes, <<http://www.who.int/cancer/nccp/en/>>.
10. World Health Organization. Early detection of cancer, < <http://www.who.int/cancer/detection/en/>>.

Statistinių duomenų bazių internetinės prieigos ir leidiniai:

1. Creative Research Systems, <<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>>.
2. Eurostato statistikos duomenų bazė, <<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>> .
3. Eurostato statistikos duomenų bazė, <http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf>.
4. *Health at a Glance: Europe 2012*, <www.oecd.org/health/healthataglance/europe>.
5. Higienos instituto sveikatos informacijos centras. „Mirties priežastys 2011“, 2012, p.7.
6. Lietuvos statistikos departamentas, < <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1280>>.
7. LR SAM Higienos institutas sveikatos informacijos centras. „2008 m. Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apžvalga“. 2009, p.1-52.
8. Valstybinės ligonių kasos duomenys, <
<http://www.vlk.lt/resources/files/2012/prevencija/BendraPrev.pdf>>.
9. VUOI vėžio registras, <<http://www.vuoi.lt/index.php?-1413089819>>.
10. World Health organization database, <<http://data.euro.who.int/hfadb/>>.

Eigirdaitė A. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje vertinimas/ Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013, 100 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe vertinamas onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje. Pirmoje dalyje apžvelgiama onkologinių ligų kontrolės ir prevencijos politika, dėmesį sutelkiant į atrankinės vėžio ankstyvosios patikros įgyvendinimą Europoje ir Lietuvoje. Antroje dalyje analizuojama sergamumo ir mirtingumo onkologinėmis ligomis dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje, bei prevencinių programų paslaugų teikėjų – gydytojų ir administratorių požiūris į prevencines programas, programų organizavimo ypatumai ir kliūtys įgyvendinant jas.

Pagrindiniai reikšminiai žodžiai: onkologinės ligos, prevencinės programos, pirminė sveikatos priežiūros grandis

Eigirdaitė A. Assessment of implementation of cancer screening programmes in primary health care/ Health Policy and Management Master's Thesis/ Supervisor dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013, 100 p.

ABSTRACT

The implementation of the cancer screening programmes in primary health care sector is assessed in the Thesis of Master. Firstly, the policy of cancer control and prevention in Europe and Lithuania, with a specific focus on implementation of the cancer screening programmes, is reviewed. Secondly, the morbidity and mortality trends of cancer during the period of 2000-2009 in Lithuania are analysed, considering in the context of cancer screening programmes implementation. Finally, the assessment of the attitudes and barriers of programmes services providers is made, as well as the organizational peculiarities of cancer screening programmes implementation in primary health care are assessed.

The main key words: cancer diseases, screening programmes, primary health care

Eigirdaitė A. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimo pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje vertinimas/ Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013, 100 p.

SANTRAUKA

Onkologinės ligos Lietuvoje, antra dažniausių mirties priežasčių, o viena efektyviausių priemonių mažinant gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo šių ligų – atrankinės vėžio ankstyvosios patikros programų įgyvendinimas šalyje.

Tyrimo tikslas. Įvertinti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje.

Tyrimo uždaviniai. Išanalizuoti mirtingumo ir sergamumo onkologinėmis ligomis dinamiką Lietuvoje 2000-2009 m. prevencinių programų įgyvendinimo kontekste; Įvertinti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą Lietuvos gydytojų požiūriu; Įvertinti onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimą Vilniaus m. savivaldybės PAASPI administratorių požiūriu.

Tyrimo objektas. Onkologinių ligų prevencinės programos ir jų įgyvendinimas pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūroje.

Tyrimo dalykas. Onkologinių ligų prevencinių programos įgyvendinimo vertinimas.

Tyrimo metodai. Aprašomasis, duomenų analizės ir 2 sociologiniai tyrimai: kiekybinis, taikant anketinės apklausos ir kokybinis, taikant focus grupės diskusijos, metodus.

Tyrimo rezultatai. Nustatyta gyventojų sergamumo ir mirtingumo mažėjimo tendencija nuo gimdos kaklelio (2004-2009 m.) ir priešinės liaukos (2007-2009 m.) vėžio, tačiau išaiškinamų III ir IV gimdos, krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos vėžio stadijų struktūra išlieka nepakitusi. Paslaugų teikėjų nuomone prevencinės programos Lietuvoje svarbios ir reikalingos, bei prisideda prie gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo onkologinių ligų mažinimo. Pagrindinės kliūtys su kuriomis susiduria paslaugų teikėjai įgyvendindami programas: gydytojams trūksta laiko dėl didelio jų darbo krūvio, nepakankamas finansinis skatinimas. Be to, prevencinių programų įgyvendinimo netolygumus šalyje lemia skirtingi PP įgyvendinimo organizavimo ypatumai: įstaigos netaiko įvairių priemonių, sktinančių gyventojus dalyvauti programose; problemiška organizuojamas gyventojų informavimas apie prevencines programas, paslaugų planavimas ir programų įgyvendinimo rezultatų vertinimas dėl programinės įrangos trūkumo, padedančios identifikuoti atrankinės amžiaus grupės asmenis, juos informuoti bei vykdyti jiems suteiktą paslaugų apskaitą.

Išvados. Onkologinių ligų prevencinių programų įgyvendinimas pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje nepakankamas dėl kliūčių, su kuriomis paslaugų teikėjai susiduria organizuodami jų įgyvendinimą.

Darbo struktūra. Darbas susideda iš dviejų dalių ir pabaigoje pateikiamų išvadų ir rekomendacijų. Pirmoje dalyje apžvelgiama onkologinių ligų kontrolės ir prevencijos politika, dėmesį sutelkiant į atrankinės vėžio ankstyvosios patikros įgyvendinimą Europoje ir Lietuvoje. Antroje dalyje analizuojama sergamumo ir mirtingumo onkologinėmis ligomis dinamika 2000–2009 m. Lietuvoje, bei prevencinių programų paslaugų teikėjų – gydytojų ir administratorių požiūris į prevencines programas, programų organizavimo ypatumai ir kliūtys įgyvendinant jas.

Eigirdaitė A. Assessment of implementation of cancer screening programmes in primary health care/ Health Policy and Management Master's Thesis/ Supervisor dr. G. Petronytė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2013, 100 p.

SUMMARY

Since the cancer diseases are the second causes of mortality in Lithuania, one of the most effective acting strategies is the implementation of national cancer screening programmes.

Aim of the paper. To evaluate the implementation of cancer screening programmes in Primary health care (PHC).

Main objectives. To analyze the trends of cancer morbidity and mortality during the period of 2000-2009 in Lithuania; to assess the implementation of cancer screening programmes considering the attitude of Lithuania's physicians; to assess the implementation of cancer screening programmes considering the attitude of PHC administrators from Vilnius municipality.

Object of the research. Cancer screening programmes and their implementation in the PHC.

Subject of the research: Assessment of cancer screening programmes' implementation.

Working methods: Descriptive, data analysis and two sociological researches: quantitative questionnaire survey and qualitative focus group discussion methods.

Results: The research revealed decreasing morbidity and mortality trends of cervical (2004-2009) and prostate (2007-2009) cancer in Lithuania. However, the incidence structure of the breast, cervical, prostate and colorectal cancer III and IV stages remained unchanged. The screening programmes services providers implied that programmes are important and contribute to the morbidity and mortality reduction of the cancer. The main barriers in cancer screening programmes

implementation were: lack of time and financial support of physicians. Furthermore, inequalities of cancer screening programmes implementation were caused by organizational peculiarities: institutions do not use various interventions that increase the coverage of participants; because of the lack of software (that helps to identify and account the provided programmes services), PHC units cannot use the interventions that promote public awareness, cannot plan and evaluate the cancer screening programmes implementation processes.

Conclutions. Implementation of cancer screening programmes is insufficient due to the barriers occuring to services prociders when organizing programmes implementation.

Structure of paper. The paper consists of two parts followed by the proposed conclutions and reccommendations. In the first part the policy of cancer control and prevention in Europe and Lithuania is reviewed by focusing on the implementation of the cancer screening programmes. In the second part, morbidity and mortality trends of cancer during the period of 2000-2009 in Lithuania is analyzed, considering the context of cancer screening programmes implementation. Moreover, the attitudes and barriers of programmes services providers and the organizational peculiarities of cancer screening programmes implementation in the primary health care sector are assessed.

PRIEDAI

Priedas 1

Gerbiamas gydytojai,

Sveikatos apsaugos ministerijos Higienos institutas atlieka prevencinių programų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, įgyvendinimo plėtos galimybių vertinimą, kuriuo siekiama išsiaiškinti gydytojų nuomonę apie šias programas. Atsižvelgiant į Jūsų patirtį, prašome atsakyti į žemiau pateiktus klausimus (pažymint ir/ar įrašant tinkamą atsakymą). Anketa anoniminė, Jūsų atsakymai prisidės sprendimų, gerinančių prevencinių programų įgyvendinimą, identifikavimo.

Iš anksto dėkojame už atsakymus.

1. Pažymėkite, kurias (iš žemiau pateiktų) prevencinių programų (toliau -PP) vykdyte?

Programa	Vykdu	Nevykdu	Jeigu nevykdote, tai kodėl ?
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio	☐	☐	
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių	☐	☐	
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos	☐	☐	
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos	☐	☐	

2. Jūsų nuomone, ar gyventojai yra pakankamai informuoti apie prevencines programas?

Programa	Visiškai pakankamai	Pakankamai	Labiau pakankamai, nei nepakankamai	Nepakankamai	Visiškai nepakankamai
Krūties vėžio	☐	☐	☐	☐	☐
Gimdos kaklelio	☐	☐	☐	☐	☐
Priešinės liaukos	☐	☐	☐	☐	☐
Storosios žarnos	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jūsų nuomone, ar gyventojai pakankamai supranta dalyvavimo programose reikšmę/svarbą?

Programa	Visiškai pakankamai	Pakankamai	Nei pakankamai, nei nepakankamai	Nepakankamai	Visiškai nepakankamai
Krūties vėžio	☐	☐	☐	☐	☐
Gimdos kaklelio	☐	☐	☐	☐	☐
Priešinės liaukos	☐	☐	☐	☐	☐
Storosios žarnos	☐	☐	☐	☐	☐

4. Jūsų nuomone, ar pacientai yra pakankamai motyvuoti dalyvauti programose?

Programa	Visiškai pakankamai	Pakankamai	Nei pakankamai, nei nepakankamai	Nepakankamai	Visiškai nepakankamai
Krūties vėžio	☐	☐	☐	☐	☐
Gimdos kaklelio	☐	☐	☐	☐	☐
Priešinės liaukos	☐	☐	☐	☐	☐
Storosios žarnos	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jūsų nuomone, kodėl gyventojai nepakankamai aktyviai dalyvauja PP siūlomuose sveikatos patikrinimuose?

Pažymėkite tris pagrindines priežastis

Programa	Nesupranta naudos	Laiko stoka	Tyrimų organizavimo nesklandumai	Netiki rezultatais	Tyrimo invazijos baimė	Jaučiasi sveiki	Sunku patekti pas specialistus
Krūties vėžio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gimdos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

kaklelio							
Priešinės	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
liaukos							
Storosios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
žarnos							

6. Kaip Jūsų įstaiga gyventojus informuoja apie galimybę dalyvauti prevencinėse programose? (galimi keli variantai)

- ☐ Informuoja gydytojas priėmimo metu
☐ Informuoja slaugos personalas priėmimo metu
☐ Pacientas informuojamas asmeniškai paštu
☐ Informacija pateikiama įstaigos interneto svetainėje
☐ Informacija pateikiama įstaigos informaciniuose skelbimuose (lankstinukuose, skelbimuose, skrajutėse, įstaigos televizijos reklamoje ir kt.)
☐ Kita (*įrašyti*).....
☐ Nežinau

7. Ar susiduriate su problemomis, dėl kurių negalite informuoti visų pas Jus apsilankančių prevencinių programų tikslinės grupės asmenų taip kaip norėtumėte?

- ☐ NE ☐ TAIP

Jei TAIP, pažymėkite su kokiomis problemomis susiduriate (*galimi keli atsakymai, tokiu atveju sunumeruoti pagal svarbą*)

Programa	Nežinau kuriuos asmenis reikia informuoti	Nesu pakankamai skatinamas, kad tam skirčiau laiko	Nepakanka laiko	Kita (<i>įrašyti</i>)
Krūties vėžio	☐	☐	☐	
Gimdos kaklelio	☐	☐	☐	
Priešinės liaukos	☐	☐	☐	
Storosios žarnos	☐	☐	☐	

8. Kuris (iš žemiau pateiktų) veiksnio labiausiai įtakoja Jūsų asmeninį apsisprendimą dalyvauti prevencinių programų vykdyme? (sunumeruokite tris labiausiai įtakančius veiksnius pagal svarbą, kai 1 – svarbiausias)

- ☐ finansinis skatinimas
☐ įsitikinimas, kad tai naudinga gyventojams
☐ programų organizavimas įstaigoje
☐ teisinė atsakomybė (pacientų sveikatos žalos atlyginimo ir kt.)
☐ profesinė pareiga (medicinos normos)
☐ aplinkos sąlygos (didelis darbo krūvis ir kt.)
☐ charakterio savybės (esu sąžiningas ir kt.)
☐ įstaigos vadovų požiūris
☐ kita (*įrašyti*)

9. Ar Jums pakanka profesinių žinių ir gebėjimų prevencinių programų vykdymui?

- ☐ TAIP ☐ NE (*įvardinkite, kokių?*).....

10. Ar esate skatinamas finansiškai už PP įgyvendinimo rezultatus?

- ☐ NE ☐ TAIP

Jei TAIP, ar skatinimas pakankamas ir ar aiškūs jo skyrimo kriterijai

Programa	Skatinimas pakankamas		Kriterijai aiškūs		Skatinimas priklauso nuo suteiktų paslaugų sk.	
	Taip	Ne	Taip	Ne	Taip	Ne

Krūties vėžio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gimdos kaklelio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Priešinės liaukos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Storosios žarnos	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Ar planuojate prevencinių programų paslaugų apimtį, kurias turite suteikti gyventojams per atitinkamą laikotarpį?

- ☐ NE ☐ TAIP,
Jei TAIP, kaip tai darote?
☐ ° pats išskaičiuoju tikrintinų asmenų skaičių iš prisirašiusių pas mane
☐ ° planą „nuleidžia“ administracija (metinį, pusės metų, ketvirtinį, mėn)
☐ ° kita (įrašykite)

12. Ar jūsų įstaigoje periodiškai vertinami vykdomų prevencinių programų rezultatai?

- ☐ NE ☐ TAIP
Jei TAIP, kas ir koku būdu ir kaip dažnai vertinama?

Programa	Individualiai su specialistu	Bendrame darbuotojų susirinkime	Kas mėnesį	Kas ketvirtį	Kartą metuose
☐ suteiktų prevencinių programų paslaugų apimtys	☐	☐	☐	☐	☐
☐ veiklos organizavimo aspektai, susiję su prevencinių programų vykdymu	☐	☐	☐	☐	☐
☐ kita (įrašyti)	☐	☐	☐	☐	☐

13. Kas atlieka pas Jus įregistruotų prevencinių programų tikslinės grupės asmenų tyrimų rezultatų (atsakymų) įvertinimą?

Programa	Tyrimą atlikę specialistai	Gydytojai	Slaugos personalas	Įstaigoje yra atsakingas
Krūties vėžio	☐	☐	☐	☐
Gimdos kaklelio	☐	☐	☐	☐
Priešinės liaukos	☐	☐	☐	☐
Storosios žarnos	☐	☐	☐	☐

14. Jeigu tyrimo rezultatus įvertinate Jūs, kada tai atliekate?

- ☐ ° Tą dieną, kai pacientas apsilanko pakartotinai
☐ ° Tuomet, kada pacientas skambinasi tyrimo rezultatams sužinoti
☐ ° Tą pačią dieną, kai pacientų tyrimo rezultatai patenka į mano kabinetą
☐ ° Tą dieną, kada rezultatai patenka į įstaigą (jeigu patekimo į įstaigą ir darbo kabinetą laikai skirtingi)
☐ ° Kuomet turiu laisvesnio laiko
☐ ° Kita (įrašyti)

15. Kas Jūsų įstaigoje atrankinės grupės asmenis informuoja apie jų tyrimų rezultatus?

- ☐ ° Informuoja gydytojas
☐ ° Informuoja slaugos personalas
☐ ° Pacientai patys kreipiasi rezultatams sužinoti:
☐ ° Registruojasi apsilankymui
☐ ° Skambinasi
☐ ° Tais atvejais, kai tyrimai atliekami antrinės sveikatos priežiūros įstaigose, informuoja toji įstaiga
☐ ° Kita (įrašyti)

16. Jeigu pacientus apie tyrimų rezultatus informuoja įstaigos personalas, kaip ir kada?

- ☐ Informuojami visada
 - Tik apsilankymo metu
 - Skambinant
 - Paštu
 - kita (įrašyti)
- ☐ Informuojami tik tada, kai tyrimų rezultatai patologiniai
 - Tik apsilankymo metu
 - Skambinant
 - Paštu
 - kita (įrašyti)

17. Kaip vertinate prevencinių programų įgyvendinimo organizavimą Jūsų įstaigoje?

Programa	Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai	Neturiu nuomonės
Krūties vėžio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gimdos kaklelio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Priešinės liaukos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Storosios žarnos	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Jūsų nuomone, kokios pagrindinės priežastys, dėl kurių prevencinių programų paslaugomis pasinaudoja ne visi atrankinės grupės asmenys ?(sunumeruokite eilės tvarka)

- ☐ ° gyventojai blogai informuoti apie prevencines programas
- ☐ ° gyventojai nesuinteresuoti dalyvauti prevencinėse programose
- ☐ ° paslaugomis sudėtinga pasinaudoti dėl apsunkinto prieinamumo (eilės, nepatogus darbo laikas)
- ☐ ° per menkas gydytojų finansinis skatinimas
- ☐ ° kita (įrašyti)

19. Ką siūlytumėt programų įgyvendinamumui ir jų efektyvumui padidinti?

.....

.....

.....

.....

20. Jūsų nuomone, ar reikalingos ligų prevencijos programos?

Programa	Labai reikalingos	Reikalingos	Vidutiniškai reikalingos	Nereikalingos	Visai nereikalingos	Neturiu nuomonės
Krūties vėžio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gimdos kaklelio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Priešinės liaukos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Storosios žarnos	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Jeigu nereikalingos, tai kodėl?

Programa	Krūties vėžio	Gimdos kaklelio	Priešinės liaukos	Storosios žarnos
Per maža dalis pacientų pasinaudoja programų paslaugomis, kad programos būtų efektyvios	☐	☐	☐	☐
Nepakankamas pacientų suinteresuotumas dalyvauti	☐	☐	☐	☐
Netinkami diagnostiniai metodai (hiper arba hipo	☐	☐	☐	☐

diagnostika)

Gydytojai perkraunami darbu ir nespėja vykdyti
tiesioginių pareigų
Kita (įrašykite)

☐

☐

☐

☐

.....

.....

.....

.....

Lytis: ☐ Vyras ☐ Moteris

Savivaldybė, kurioje dirbate (įrašykite): _____

Jūsų profesija:

☐ Bendrosios praktikos gydytojas (šeimos gydytojas)

☐ Vidaus ligų gydytojas

☐ Akušeris-ginekologas (PSP komandos narys)

Priedas 2

PAASPI administratorių klausimynas

I. Požiūris į prevencines programas

Jūsų nuomonė apie prevencines programas, finansuojamas iš PSDF lėšų .

Kaip vertinate PP įgyvendinimą Lietuvoje, savivaldybėje ir Jūsų ASPI?

II. PAASPI prevencinių programų įgyvendinimo organizaciniai aspektai:

Informacija apie įstaigos dalyvavimą prevencinių programų įgyvendinime

Kurias prevencines programas, finansuojamas iš PSDF lėšų, vykdate? Jei nevykdote, kurias ir kokios priežastys?

Kokią dalį įstaigos veiklos laiko ir finansinių požiūriu (procentais) sudaro prevencinių programų įgyvendinimas?

Planavimas

Ar ir kaip planuojamos prevencinių programų paslaugų (patikrų) apimtys?

Ką manote apie planavimo svarbą/įtaką prevencinių programų įgyvendinimui?

Sveikatos priežiūros specialistai (personalas) ir jų skatinimo sistema:

Koks gydytojų požiūris į prevencines programas?

Kokius poveikio būdus naudojate personalo motyvacijai skatinti?

Jūsų nuomonė apie prevencinių programų įgyvendinimo finansavimo (skatinimo) sistemą Lietuvoje.

Ar yra Jūsų įstaigoje ir kokia finansinio skatinimo sistema?

Gyventojams teikiamos paslaugos

Kaip Jūsų įstaigoje organizuojamas gyventojų informavimas apie prevencines programas?

Kaip Jūsų įstaigoje organizuojamas prevencinių programų tikslinės grupės informavimas apie tyrimų rezultatus?

Kiti ASPI veiklos organizaciniai aspektai:

Kaip Jūsų įstaigoje aptariamai pasiekti prevencinių programų įgyvendinimo rezultatai?

Ar Jūsų įstaigai aktuali kitų įstaigų prevencinių programų įgyvendinimo organizavimo patirtis?

Ar Jūsų įstaigoje personalas susiduria su sunkumais, atrenkant tikslinės grupės asmenis patikrai?

III. Prevencinių programų įgyvendinimo problemos

Su kokiomis problemomis susiduriate vykdydami prevencines programas?

Kaip sprendžiate tas problemas? (*sprendimo būdų pasiūlymai*).

El. paštas: ausra.eigirdaite@gmail.com