Valstybinė ligonių kasa
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMŲ EFEKTYVUMO VERTINIMAS

Vilnius, 2011

Darbą parengė	VšĮ Sveikatos priežiūros vertinimo nepriklausoma agentūra
Ekspertai:	
Projekto rengimo darbo grupės vadovas	Rimantas Pečiūra
Nariai:	
Sveikatos politikos ekspertas	Danguolė Jankauskienė
Epidemiologijos ir sveikatos statistikos ekspertas	Romualdas Gurevičius
Teisės ekspertas	Dalia Zeleckienė
Darbo aprašas:	154 lapai teksto
Elektroninis variantas:	VLK_PROFPRO_20110515.PDF
Darbą užsakovui perdavė:	
VšĮ Sveikatos priežiūros vertinimo nepriklausoma agentūros direktorė A.V.	Janina Karlienė ..... (parašas)

TURINYS

1. ĮVADAS 7
2. PREVENCINĖS PROGRAMOS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS KONTEKSTE 7
3. PROFILAKTIKOS PRIEMONIŲ, APMOKAMŲ IŠ PSDF BIUDŽETO LĖŠŲ, TEISINIS REGLAMENTAVIMAS 11
3.1. PROFILAKTIKOS PRIEMONIŲ, APMOKAMŲ IŠ PSDF BIUDŽETO LĖŠŲ EFEKTYVUMO VERTINIMO KRITERIJŲ REGLAMENTAVIMAS 14
3.2. IŠVADOS DĖL PROGRAMŲ TEISINIO REGLAMENTAVIMO 16
4. PROFILAKTIKOS (PREVENCINIŲ) PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMŲ EFEKTYVUMO VERTINIMO METODIKA 17
4.1. BENDRIEJI VERTINIMO BŪDAI IR JŲ PANAUDOJIMO APLINKYBĖS 17
5. VAIKŲ KRŪMINIŲ DANTŲ DENGIMO SILANTINĖMIS MEDŽIAGOMIS EFEKTYVUMO ANALIZĖ 23
5.1. TRUMPA PROBLEMOS APŽVALGA REMIANTIS LIETUVOS IR UŽSIENIO ŠALIŲ PATRIRTIMI 23
5.2. PROGRAMOS INICIJAVIMO IR VYKDYMO ĮVERTINIMAS METODOLOGINIU ASPEKTU 26
5.3. VAIKŲ KRŪMINIŲ DANTŲ DENGIMO SILANTINĖMIS MEDŽIAGOMIS EFEKTYVUMO ANALIZĖ 27
5.3.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PREVENCIJOS PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBIŲ LYGIU 27
5.3.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PASIEKTUS REZULTATUS 29
5.4. PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖS APIBENDRINIMAS 31
5.5. IŠVADOS DĖL PROGRAMOS TĘSTINUMO 33
6. ASMENŲ, PRISKIRTINŲ ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DIDELĖS RIZIKOS GRUPĖS, ATRANKOS IR PREVENCIJOS PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS 34
6.1. TRUMPA PROBLEMOS APŽVALGA REMIANTIS LIETUVOS IR UŽSIENIO ŠALIŲ PATIRTIMI 35

6.2. ŠIRDIES-KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINĖS PROGRAMOS UŽSIENIO ŠALYSE IR LIETUVOS SITUACIJOS PALYGINIMAS ... 37
6.3. 2005 - 2010 M. LIETUVOJE VYKDYTOS PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ ... 45
6.3.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBĖSE ... 46
6.3.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL TIESIOGIAI PASIEKTUS REZULTATUS ... 49
6.3.3. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL POPULIACINIO LYGMENS EPIDEMIOLOGINIUS RODIKLIUS ... 56
6.3.4. PROGRAMOS KAŠTŲ – EFEKTYVUMO ANALIZĖ ... 63
6.3.5. PROGRAMOS VERTINIMO APIBENDRINIMAS ... 67
6.3.6. ASMENŲ, PRISKIRTINŲ ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DIDELĖS RIZIKOS GRUPEI, ATRANKOS IR PREVENCIJOS PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO TYRIMO IŠVADOS PASIŪLYMAI ... 69
7. ONKOLOGINIŲ SUSIRGIMŲ PROFILAKTINĖS PROGRAMOS ... 69
7.1. TARPTAUTINIS ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS KONTEKSTAS ... 69
7.2. ONKOLOGINĖS PROFILAKTIKOS GERINIMO PROGRAMOS LIETUVOJE ... 70
7.3. POPULIACINIO LYGMENS PROFILAKTINIŲ ONKOLOGINIŲ PROGRAMŲ VERTINIMO YPATYBĖS ... 72
8. GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ, APMOKAMŲ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS ... 73
8.1. GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ PREVENCINIŲ PROGRAMŲ UŽSIENIO ŠALYSE IR LIETUVOS SITUACIJOS PALYGINIMAS ... 74
8.2. PROFILAKTINIŲ PROGRAMŲ POVEIKIO SERGAMUMO RODIKLIO POKYČIAMS SAVIVALDYBĖSE VERTINIMAS ... 81
8.3. PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ VYKDYMO AKTYVUMO SAVIVALDYBĖSE TYRIMAS ... 83
8.4. PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ ... 85
8.4.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBIŲ LYGIU ... 86
8.4.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL TIESIOGIAI PASIEKTUS REZULTATUS ... 89
8.4.3. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL POPULIACINIO LYGMENS EPIDEMIOLOGINIUS RODIKLIUS ... 90
8.4.4. PROGRAMOS KAŠTŲ – EFEKTYVUMO ANALIZĖ ... 94

8.4.5. PROGRAMOS VERTINIMO APIBENDRINIMAS 96
8.4.6. GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ, APMOKAMŲ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO TYRIMO IŠVADOS 101
9. ATRANKINĖS MAMOGRAFINĖS PATIKROS DĖL KRŪTIES VĖŽIO FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS 102
9.1. KRŪTIES VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS PREVENCINIŲ PROGRAMOS UŽSIENIO ŠALYSE IR LIETUVOS SITUACIJOS PALYGINIMAS 102
9.2. PROFILAKTINIŲ PROGRAMŲ POVEIKIO SERGAMUMO RODIKLIO POKYČIAMS SAVIVALDYBĖSE VERTINIMAS 108
9.3. PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ VYKDYMO AKTYVUMO SAVIVALDYBĖSE TYRIMAS. 111
9.4. PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ 113
9.4.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBIŲ LYGIU 113
9.4.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL POPULIACINIO LYGMENS EPIDEMIOLOGINIUS RODIKLIUS 116
9.4.3. PROGRAMOS KAŠTŲ – EFEKTYVUMO ANALIZĖ 119
9.4.4. PROGRAMOS VERTINIMO APIBENDRINIMAS 119
9.4. 5. ATRANKINĖS MAMOGRAFINĖS PATIKROS DĖL KRŪTIES VĖŽIO FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO TYRIMO IŠVADOS 121
10. PRIEŠINĖS LIAUKOS VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS 122
10.1. PRIEŠINĖS LIAUKOS VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS LIGŲ PREVENCINĖS PROGRAMOS UŽSIENIO ŠALYSE IR LIETUVOS SITUACIJOS PALYGINIMAS 122
10.2. PROGRAMOS POVEIKIO SERGAMUMO RODIKLIO POKYČIAMS SAVIVALDYBĖSE VERTINIMAS 128
10.3. PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ VYKDYMO AKTYVUMO SAVIVALDYBĖSE TYRIMAS 132
10.4. PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ 135
10.4.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBIŲ LYGIU 136
10.4.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL POPULIACINIO LYGMENS EPIDEMIOLOGINIUS RODIKLIUS 139
10.4.3. PROGRAMOS KAŠTŲ – EFEKTYVUMO ANALIZĖ 141

10.4.4. PROGRAMOS VERTINIMO APIBENDRINIMAS 142
10.4. 5. PRIEŠINĖS LIAUKOS VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO TYRIMO IŠVADOS 144
11. PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMŲ EFEKTYVUMO VERTINIMO RODIKLIŲ PALYGINIMAS 145
11.1. PAGRINDINIŲ SKRYNINGO PRINCIPŲ ATITIKIMAS 146
11.2. ESMINIŲ PREVENCINIŲ TIKSLŲ PASIEKIMAS 147
11.3. KAŠTŲ-EFEKTYVUMO ANALIZĖS RODIKLIAI 148
11.4. RODIKLIŲ PALYGINIMO APIBENDRINIMAS IR BAIGIAMOSIOS IŠVADOS 149

1. ĮVADAS

Ši studija atlikta pagal Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymą: nustatyti prevencinių programų priemonių, finansuojamų iš PSDF lėšų, efektyvumą.

Studijos tikslas - įvertinti prevencinių priemonių finansavimo programų efektyvumą:

1) Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. gegužės 27 d. nutarimu Nr. 651 patvirtintos Vaikų sveikatos metų programos Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis priemonės;

2) Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos;

3) Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programos;

4) Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos;

5) Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos.

2. PREVENCINĖS PROGRAMOS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS KONTEKSTE

Tinkamos prevencinės priemonės yra rekomenduojamos sveikatos politikos strategijoje kaip visuomenės sveikatos išsaugojimo pagrindas. Tačiau ne visuomet prevencinės priemonės yra efektyvios sąnaudų atžvilgiu. Kartais panaudoti ištekliai (finansiniai, žmogiškieji, informaciniai ir kt.) viršija naudą, nebūna sukurta pridedamoji vertė (sumažintas sergamumas, mirtingumas, neįgalumas ar nedarbingumas). Kai kurios studijos rodo, kad kartais rezultatai būna geri, bet gali būti ir visai priešingi, nei tikėtasi.[1]

Ar prevencinės priemonės pasiteisina - labai priklauso nuo to, kaip jos valdomos. JAV New England Medicinos centro Sąnaudų efektyvumo analizių registre (www.tufts-nemc.org/cearegistry esančios mokslinės literatūros analizės rodo, kad toli gražu ne kiekviena prevencinė priemonė, ir ypač

[1] Russell LB. Prevention's potential for slowing the growth of medical spending. Washington, DC: National Coalition on Health Care, October 2007. (žiūrėta 2010.11.14 adresu: http://www.nchc.org/nchc_report.pdf.)

skryningas, yra efektyvūs[2]. Kartais masinė atranka (skryningas) nepasiteisina, kai ji yra taikoma didelei žmonių grupei, o surandama rizikos atvejų labai nedaug. Yra nustatyta, kad, siekiant sumažinti hipertenzinės ligos riziką, kaštų požiūriu yra efektyvesnės sąnaudos pvz., vaistams, mažinantiems cholesterolio kiekį organizme, nei sąnaudos masiniam skriningui.

1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 Lietuvos Respublikos Seimo buvo patvirtinta Lietuvos Sveikatos programa. Įgyvendinant Europos Sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstytą ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, buvo aiškiai iškelti pagrindiniai programos tikslai: 1) gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, 2) sveikatos santykių teisumas, 3) gyvenimo kokybės pagerinimas.

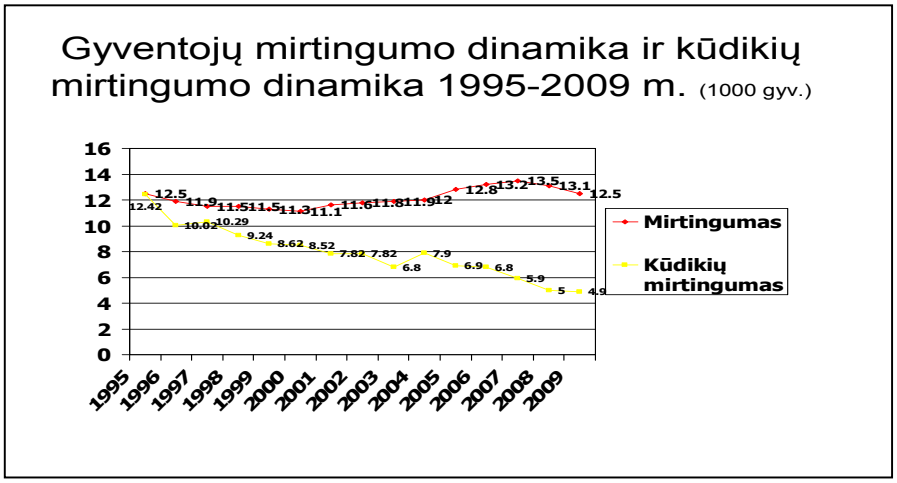
Kadangi sergamumas ir mirtingumas, susijęs su širdies kraujagyslių ligomis, yra didžiausias, Lietuvos sveikatos programoje iškeltas specialusis tikslas „3.3.1. Širdies ir kraujagyslių ligos“, kur yra nurodyti konkretūs siekiami gyventojų sveikatos lygio rodikliai: iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 15 procentų; 2010 m. sumažinti 65-74 m. žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto 10 proc.

Kitas nustatytas specialusis tikslas buvo sumažinti sergamumą onkologinėmis ligomis. Yra žinoma ir suprantama, kaip svarbu išaiškinti onkologines ligas kuo ankstesnėje jų vystymosi stadijoje. Tačiau ankstyvo ligų išaiškinimo rodikliai Lietuvoje visai nedžiugino. Viena iš priežasčių buvo ankstyvo onkologinių ligų išaiškinimo sistemos nebuvimas ir vadybinių instrumentų, įgalinančių užtikrinti šią sistemą, neturėjimas. Buvo siekiama iki 2010 m. sumažinti mirtingumų nuo krūties vėžio 15 proc., sergamumą gimdos kaklelio vėžiu 15 proc., vyrų mirtingumą nuo plaučių vėžio sumažinti 15 proc. Iki 2010 m. buvo planuota sumažinti piktybinių navikų vėlyvųjų stadijų atvejų 20 proc..

Nors ligų profilaktikos ir sveikatos stiprinimo klausimai buvo nubrėžti Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje kaip pirmaeilio svarbumo problema, rūpinimasis šia sritimi ilgą laiką buvo nepakankamas. Pirmaisiais Nepriklausomybės metais tai buvo galima pateisinti ekonominio sunkmečio poveikiu. Po 1994 metais priimto Sveikatos sistemos įstatymo Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema pradėta kurti 4 kryptimis: asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros, farmacinės veiklos ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų plėtros. Tačiau jei asmens sveikatos priežiūros reformai skirta daug dėmesio, tai visuomenės sveikatos priežiūros reforma buvo pernelyg lėta: pirminės sveikatos priežiūros sektoriaus, kuriam buvo priskirta ligų prevencijos funkcija, vystymo tempai taip pat buvo nepakankami. Visa sveikatos apsaugos sistema sutelkė dėmesį išvengiamam ankstyvam mirtingumui dėl

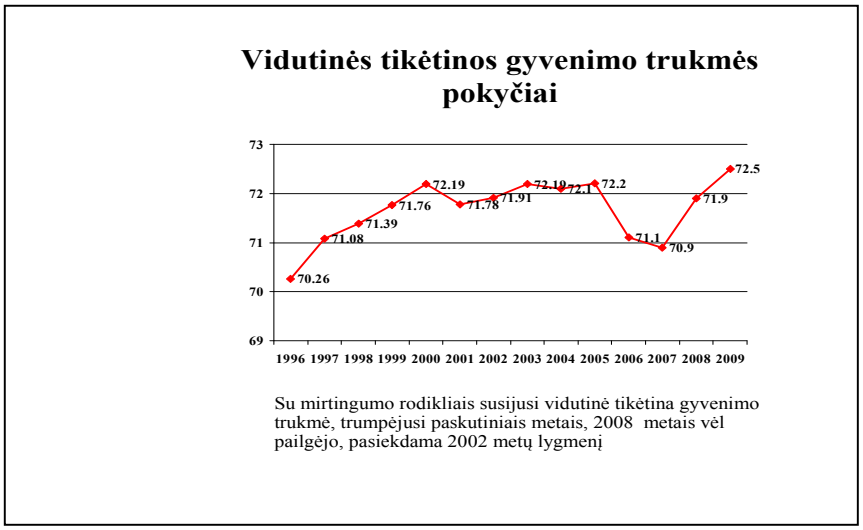
[2] Joshua T. Cohen, Peter J. Neumann, Milton C. Weinstein. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates, N Engl J Med 2008; 358:661-663

išgydomų ligų mažinti gerinant gydymo kokybę. Tam tikslui buvo ypatingai pagerinta techninė (medicinos aparatūros ir įrangos) bazė, pakeista medicinos specialistų mokymo sistema, pradėtos investicijos, gerinančios sveikatos priežiūros įstaigų patalpas, pradėti kurti kokybės užtikrinimo standartai. Visos šios priemonės davė rezultatus: gyventojų mirtingumas mažėjo, vidutinė gyventojų gyvenimo trukmė ilgėjo (1-2 pav.). Tačiau dėl prevencinių priemonių nepakankamumo ankstyvasis mirtingumas dėl išvengiamų ligų darėsi vis didesne problema.



1 pav. Gyventojų mirtingumo dinamika

Po 2000 metų pradėjo nebeužtekti išteklių toliau gerinti sveikatos apsaugos rodiklius tokiomis pačiomis sąlygomis ir vien sveikatos apsaugos sistemos ribose. Įvairiapusis stresas, alkoholio vartojimo mastai, nesveika gyvensena, didėjantys socialiniai ir sveikatos netolygumai bei kitos ekonominės ir socialinės problemos įtakojo tai, kad gyventojų mirtingumas nuo 2000 iki 2007 metų pradėjo didėti, kartu trumpėjo ir vidutinė gyvenimo trukmė (2 pav.).



2 pav. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės rodiklio dinamika

Tuo ypatingai susirūpinta 2004 metais: iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo pradėtos finansuoti profilaktinės gyventojų programos.

2004 m. rugpjūčio 17 d. SAM įsakymu Nr. V-578 buvo patvirtintas finansavimas Vaikų sveikatos metų programos Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis priemonės, kuri buvo Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. gegužės 27 d. nutarimu Nr. 651 patvirtintos Vaikų sveikatos metų programos sudėtinė dalis.

2005 m. lapkričio 25 d. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-913 patvirtinta „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa“. Programą sukurta siekiant sumažinti sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis (krūtinės angina ar miokardo infarktu, smegenų išemija, insultu, periferinių arterijų tromboze), atrinkti sergančiuosius ateroskleroze ar cukriniu diabetu, kurie nejaučia sveikatos sutrikimų, užkirsti kelią šių ligų raidai. Programa skirta vyrų nuo 40 iki 55 metų ir moterų nuo 50 iki 65 metų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai. Lietuvoje gyvena 702358 nurodyto amžiaus žmonių. Programą įgyvendina pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, bei specializuoti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padaliniai. Viena pagrindinių programos priemonių yra informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybė paslauga.

Onkologinių ligų profilaktikoje buvo pradėtos šios programos:

1) Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729;

2) Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa, patvirtinta 2004 m. birželio 30 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-482;

3) Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973.

3. PROFILAKTIKOS PRIEMONIŲ, APMOKAMŲ IŠ PSDF BIUDŽETO LĖŠŲ, TEISINIS REGLAMENTAVIMAS

Šioje dalyje apžvelgiamas žemiau nurodytų profilaktikos (prevencinių) priemonių finansavimo (apmokėjimo) programų (toliau - Programų) teisinis reglamentavimas (teisinė aplinka). Šiuo aspektu vertintos šios penkios Programos:

1. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programa;
2. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa;
3. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa;
4. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa;
5. Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa.

Visos penkios Programos yra patvirtintos LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymais. Šių įsakymų vykdymo kontrolė pavesta viceministrui arba ministerijos sekretoriui. „Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programa“ parengta vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymo 34 str. Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarka ir 61 str. Sveikatos apsaugos ministerijos įgalinimai sveikatinimo reikalų tvarkyme), Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. Iš PSDF biudžeto lėšų apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos ir 25 str. Bazinių kainų nustatymo tvarka. Įsakymuose dėl „Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos“, „Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos“ ir „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos“ patvirtinimo ir pačiose programose Sveikatos sistemos įstatymo 34 straipsnis nebenurodomas, o „Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš PSDF biudžeto programa“ parengta vadovaujantis tik Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 6 dalimi ir 25 straipsnio 1 dalimi.

Sveikatos sistemos įstatymo 34 straipsnio, reglamentuojančio neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarką, 3 dalyje yra nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija nustato neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarką.

Sveikatos sistemos įstatymo 61 straipsnyje, reglamentuojančiame Sveikatos apsaugos ministerijos pagrindinius įgaliojimus sveikatinimo reikalams tvarkyti, nustatyta, kad sveikatos apsaugos ministerija rengia valstybines sveikatos programas.

LR Seimas 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 64-1842) patvirtino Lietuvos sveikatos programą. Šioje programoje yra numatyta, kad visų šią programą įgyvendinančių valstybinių sveikatos programų rengimo ir įgyvendinimo tikslas –

pagerinti gyventojų sveikatos būklę, sumažinti atskirų socialinių ir profesinių grupių atsilikimą pagal sveikatos būklės rodiklius nuo bendrojo gyventojų sveikatos lygio, saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties ir invalidumo.

Akivaizdu, kad Lietuvos sveikatos programa yra bazinė programa, iš kurios turėtų vystytis kitos programos. Tenka pažymėti, kad ryšio ar sąlyčio su Lietuvos sveikatos programa nenumato nei viena iš aukščiau minėtų penkių programų, nei jas tvirtinantys Sveikatos apsaugos ministro įsakymai. Todėl jų ryšys galėtų būti tik menamas. Kitą vertus, tvirtindama Programas (išskyrus „Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programą“), Sveikatos apsaugos ministerija vadovaujasi Sveikatos sistemos įstatymo 61 straipsniu, o tai reiškia, kad šias programas vertina kaip valstybines sveikatos programas. Atkreiptinas dėmesys, kad nagrinėjamos penkios Programos skiriasi nuo kitų valstybinių sveikatos programų, nes jų įgyvendinimo užtikrinimui naudojamos išimtinai tik PSDF biudžeto lėšos. Daugelis kitų valstybinių sveikatos programų (pvz.: Valstybinės šeimos sveikatos 2008–2010 metų programa, Nacionalinė imunoprofilaktikos 2009–2013 metų programa, Neurochirurginės pagalbos kokybės gerinimo Lietuvoje 2008–2010 metų programa, Valstybinė lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos 2008-2010 metų programa) įgyvendinamos arba tik valstybės biudžeto lėšomis arba derinant valstybės ir PSDF biudžeto lėšas. Tai svarbu dėl lėšų panaudojimo galimybių (ribojimo) ir būdų.

Nagrinėjamų penkių Prevencinių programų specifiškumą lemia ir tas faktas, kad jos, skirtingai nei daugelis kitų valstybinių sveikatos programų, parengtos vadovaujantis ir Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. ir 25 str. ir todėl programose numatytos priemonės priskiriamos (prilyginamos) prie asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, šioms paslaugoms apmokėti, kaip jau minėta, yra taikomos (leistinos) tik PSDF biudžetų lėšų panaudojimo taisyklės (algoritmai). Tai nėra būdinga valstybinio masto nacionalinėms programoms. Taigi, penkios Programos vertintinos kaip tam tikrų šiose Programose nurodytų prevencinių priemonių (asmens sveikatos priežiūros paslaugų) kitoks, nei rutininis, apmokėjimo būdas ir teisinė galimybė (leistinumas) tokias priemones (asmens sveikatos priežiūros paslaugas) apmokėti iš PSDF biudžeto lėšų. Šio proceso teisinis leistinumas yra vertinamas sekančiose šio aprašo pastraipose.

Sveikatos draudimo įstatymo 9 str., reglamentuojančiame asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą iš PSDF biudžeto lėšų, nėra numatyta galimybė iš PSDF biudžeto lėšų finansuoti valstybines sveikatos programas. Tačiau Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 1d. yra nustatyta, kad iš PSDF biudžeto lėšų gali būti apmokama prevencinė medicinos pagalba t.y. SDĮ 9 straipsnio 2 dalyje nustatyta, kad iš PSDF apmokama ši prevencinė medicinos pagalba:

1) informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais;
2) Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyti draudžiamųjų sveikatos profilaktiniai patikrinimai.

Vertinamos penkios Programos – tai prevencinių profilaktinių priemonių sistema, tačiau jų negalime priskirti vien tik informacinėms paslaugoms ligų profilaktikos klausimais ar Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytiems draudžiamųjų sveikatos profilaktiniams patikrinimams. Kas yra Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinti draudžiamųjų asmenų sveikatos profilaktiniai patikrinimai nustato Sveikatos sistemos įstatymo 18 str. (Profilaktiniai patikrinimai) ir SAM lygmens teisės aktai.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programa patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 104-3856). Įsakymas keistas vienuolika kartų. Daugiausia pakeitimų susiję su programos priemonių bazinių kainų keitimu. Pirminėje įsakymo redakcijoje buvo tik trys programos priemonės:

1) informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos paslauga;
2) gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimas ir rezultatų įvertinimo paslauga;
3) gimdos kaklelio citologinio tepinėlio ištyrimo paslauga.

Nuo 2006 m. rugsėjo 24 d. numatytos 2 papildomos prevencinės priemonės:

4) gimdos kaklelio biopsijos ir jos rezultatų įvertinimo paslauga;
5) gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 117-4249). Įsakymas keistas penkis kartus. Beveik visi pakeitimai yra susiję tik su programos priemonių bazinių kainų pasikeitimais. Nuo 2010 m. rugsėjo 26 d. programoje numatyta, kad mamogramų atlikimo paslaugą teikia įstaigos, turinčios ne tik mamografijos aparatus, bet ir mobiliuosius mamografus.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 152-5617). Įsakymas keistas šešis kartus. Beveik visi pakeitimai susiję su programos priemonių bazinės kainos pasikeitimais. Nuo 2009 m. liepos 1 d. programoje numatyta, kad Informavimo apie priešinės liaukos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir PSA nustatymo paslauga ir urologo konsultacijos ir priešinės liaukos biopsijos paslauga apmokama šios programos nustatyta tvarka ir teikiama ne dažniau kaip vieną kartą per dvejus metus (iki tol galiojusioje įsakymo redakcijoje buvo numatytas vienų metų terminas). Nuo 2010 m. liepos 28 d. pakeista Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos administravimo grupė, įtraukiant į ją VLK, Higienos instituto ir Lietuvos sergančiųjų prostatos vėžiu draugijos atstovus.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymu Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 145-5288). Įsakymas keistas šešis kartus. Dauguma pakeitimų susiję su programos priemonių bazinių kainų pasikeitimais. Nuo 2009 m. balandžio 1 d. buvo patvirtinta Asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketos forma. Nuo 2009 m. balandžio 24 d. pakeista Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos administravimo grupė, sumažinant jos skaičių nuo 14 iki 9 asmenų. Visi grupės nariai yra sveikatos priežiūros įstaigų ir universitetų atstovai. Kiti pakeitimai susiję su kainų pasikeitimu.

Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis priemonės tvirtintos per kelis etapus. Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 17 d. įsakymu Nr. V-578 „Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis apmokėjimo 2004 metais tvarkos aprašo tvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 129-4642) patvirtinta terminuota programa 2004 metams. Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymu Nr. V-713 „Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei Krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 114-4179) patvirtinta nuolatinė programa. Šis įsakymas keistas penkis kartus. Dauguma pakeitimų susiję su programos priemonių bazinės kainos pasikeitimais Nuo 2008 m. sausio 1 d. pakeista Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų teikimo tvarka, paslaugų apmokėjimo tvarka. Nuo 2008 m. liepos 6 d. pakeistas vaikų amžius. Nustatyta, kad silantinėmis medžiagomis dengiami vaikų nuo 6 iki 14 metų krūminiai dantys (iki tol galiojusioje įsakymo redakcijoje buvo numatytas vaikų amžius nuo 5 iki 13).

3.1. PROFILAKTIKOS PRIEMONIŲ, APMOKAMŲ IŠ PSDF BIUDŽETO LĖŠŲ EFEKTYVUMO VERTINIMO KRITERIJŲ REGLAMENTAVIMAS

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos teisiniame reglamente **efektyvumo vertinimo kriterijų nustatyta nėra.**

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos teisiniame reglamente **efektyvumo vertinimo kriterijų nustatyta nėra.**

Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos apraše **efektyvumo kriterijų nustatyta nėra.**

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos apraše yra numatyti programos vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas. Programos vykdymo rodiklius, rezultatus ir efektyvumą pagal nustatytus kriterijus vertina, siūlymus dėl programos vykdymo teikia Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos administravimo grupė (toliau – administravimo grupė). Administravimo grupę sudaro 10 asmenų, iš kurių didžioji dalis yra sveikatos priežiūros įstaigų atstovai, po vieną atstovą iš SAM, VLK, Higienos instituto ir Lietuvos sergančiųjų prostatos vėžiu draugijos.

Administravimo grupė atlieka programos rezultatų vertinimą pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus ne rečiau kaip vieną kartą per metus. Programos rezultatų ir efektyvumo ataskaitas administravimo grupė teikia Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Programos vykdymo rodikliai:

- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį PASPĮ suteikė informaciją apie galimybę dalyvauti patikroje dėl priešinės liaukos vėžio, skaičius;
- per ataskaitinį laikotarpį PASPĮ suteiktų informavimo apie priešinės liaukos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir PSA nustatymo paslaugų skaičius;
- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį nustatytas PSA kiekis 3 ng/ml ir didesnis, skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį gavusių siuntimą konsultuotis pas urologą ir atlikti prostatos biopsiją, skaičius;
- asmenų, kurie per ataskaitinį laikotarpį kreipėsi į urologą dėl konsultacijos ir prostatos biopsijos, skaičius;
- per ataskaitinį laikotarpį suteiktų urologo konsultacijos ir priešinės liaukos biopsijos paslaugų skaičius.

Programos efektyvumo kriterijai:

- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą buvo diagnozuotas priešinės liaukos vėžys, skaičius;
- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą buvo diagnozuotas T1 ir T2 stadijų priešinės liaukos vėžys, skaičius;
- programoje dalyvaujančių asmenų mirtingumo, susijusio su priešinės liaukos vėžiu, dinamika, palyginti su visos Lietuvos vyrų mirtingumu nuo šios ligos.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programoje yra **numatyti programos vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas.** Programos vykdymo rodiklius, rezultatus ir efektyvumą pagal

nustatytus kriterijus vertina, visų PASPĮ ir specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinių (toliau – KPP) suteiktų paslaugų rezultatus į bendrą duomenų bazę sukelia, siūlymus dėl programos vykdymo teikia Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos administravimo grupė (toliau – Administravimo grupė). Administravimo grupę sudaro 9 asmenys. Visi šie asmenys yra sveikatos priežiūros įstaigų ir universitetų atstovai. Administravimo grupė atlieka programos rezultatų vertinimą pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus ne rečiau kaip vieną kartą per metus.

Numatyti efektyvumo kriterijai yra praktiškai vienodi. Jų paskirtis - objektyviai nustatyti, ar mažėja žmonių grupių, dalyvaujančių programose, mirtingumo rodikliai.

3.2. IŠVADOS DĖL PROGRAMŲ TEISINIO REGLAMENTAVIMO

1. Vertinamos penkios Programos priskirtinos prevencinėms (profilaktikos) valstybinėms programoms, kurios nuo kitų valstybinių programų skiriasi pasirinktu jų finansavimo (priemonių apmokėjimo) būdu.

Programos vertintinos kaip tam tikrų šiose programose nurodytų prevencinių priemonių (asmens sveikatos priežiūros paslaugų) kitoks, nei rutininis apmokėjimo būdas ir teisinė galimybė (leistinumas) tokias priemones (asmens sveikatos priežiūros paslaugas) apmokėti iš PSDF biudžeto lėšų. Šios aplinkybės apsprendžia vykdomų priemonių išlaidų apmokėjimo specifiką,

2. Dviejose („Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos“ ir „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių“) iš penkių Programų yra numatyti programos vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas, yra paskirtos jos administravimo darbo grupės. Tai sudaro sąlygas valdyti Programas efektyviau. Likusiose trejose Programose jų vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas nėra įvardinti.

4. PROFILAKTIKOS (PREVENCINIŲ) PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMŲ EFEKTYVUMO VERTINIMO METODIKA

4.1. BENDRIEJI VERTINIMO BŪDAI IR JŲ PANAUDOJIMO APLINKYBĖS

Lietuvos mokslinėje literatūroje tiesioginio ir kompleksinio prevencinių programų vertinimo nėra atlikta. Šiame kontekste yra atlikti kai kurie moksliniai darbai ir prevencinių programų vertinimo aspektu [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9].

2009 metais moksliniame žurnale " Visuomenės sveikata" paskelbtas straipsnis apie sveikatos programų vertinimo poreikį ir metodologiją[10]. Autoriai programos vertinimą apibrėžia kaip sisteminį ir objektyvų jos kokybės ar vertės nustatymą, metodiškai renkant, analizuojant ir interpretuojant informaciją. Vertinimu ne tik nustatoma programos vertė, bet ir sukuriamas grįžtamasis ryšys, nusprendžiant, kad kažkas joje yra gerai ar blogai, teisinga ar neteisinga. Platesniu aspektu vertinimas nusako programos poveikį, vertę ir kokybę jos efektyvumo didinimo, tobulinimo ir vykdymo atžvilgiu.

Straipsnyje apžvelgiami pagrindiniai programų vertinimo tipai, principai, modeliai ir metodai, kuriuos reikia žinoti planuojant visuomenės sveikatos programų, tame tarpe ir pagrįstų masine atranka, vertinimus.

Masinė gyventojų atranka prevenciškai tikrinant jų sveikatos būklę ar teikiant informacines paslaugas yra klasifikuojama kaip skryningas - specialūs, organizuoti veiksmai, nukreipti ankstyvam ligų išaiškinimui. Tai asmens testavimas, kai asmuo dar neturi ir nejaučia jokių šio sveikatos sutrikimo klinikinių simptomų. Skryningo tikslas nėra vien tik diagnozuoti ligą – pagrindinis tikslas yra nustatyti rizikos faktorius ir paveikti žmones sveikesnės gyvensenos, leidžiančios išvengti rizikos faktorių.

Pagrindiniai ir fundamentalūs skryningo principai [11] yra šie:

- skriningu turi būti sprendžiama itin svarbi sveikatos problema;

---

[3] Pūrienė A., Petrauskienė J., Balčiūnienė I., Janulytė V., // *Gydytojų odontologų požiūrio į odontologinės priežiūros pokyčius po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo įvertinimas. //* Medicinos teorija ir praktika, 2008-T.14 (Nr. 2), P. 152-158.

[4] Gurevičius, Romualdas/Drulytė, Gerda, Prarastų gyvenimo metų dėl išorinių mirties priežasčių kiekis, dažnis ir vertėLietuvoje 2000–2006 m., 2009, Visuomenės sveikata, Vol. 4, p. 61-73.

[5] Gerasimavičiūtė, Vaida, Gurevičius, Romualdas, Mirtingumo nuo išorinių priežasčių ir savižudybių dinamika Lietuvoje 1996–2008 metais: skirtumai tarp amžiaus ir lyties, 2009, Public health Vol 4, p.9-99.

[6] Mikelaitytė Rita,/ Jankauskas, Remigijus, Mokslinių tyrimų rezultatų panaudojimas formuojant visuomenės sveikatos politiką, 2009, Public health, Vol 3, p. 10-15.

[7] Jankauskienė, Danguole, Sveikatos politikos raida Lietuvoje ir perpektyvos, Regnum est. Monografija. Mykolo Romerio universitas, 2010. P. 845-866.

[8] Keniausytė, Inga/ Čepulis, Rolandas, Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997–2008 m. ir palyginimas su Europos Sąjungos šalimis, 2009, Visuomenės sveikata, Vol 3.p. 20-27.

[9] Pečiūra, Rimantas Sveikatos politikos efektyvumo užtikrinimo instrumentai, Sveikatos politika ir valdymas, 2010 (2), P. 94-103.

[10] Polianskienė, Rasa, Jurkuvėnas, Vytautas, Visuomenes sveikatos programų vertinimas, 2009, Visuomenės sveikata, Vol.4, p.25-36

[11] J.M.G. Wilson, G.Jugner. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers No.34, WHO, 1968

- turi būti taikomas tinkamas gydymas aptiktų susirgimų atvejais (*gydymas iki simptominio ligos etapo turi turėti įtakos jos eigai bei prognozei; gydymas išsivysčiusios klinikinės būklės ankstesniame etape turi turėti įtakos jos eigai bei prognozei*);
- yra prieinamos priemonės (ištekliai) diagnozuoti ir gydyti;
- turi būti įmanoma atpažinti ankstyvąją arba latentinę ligos stadiją;
- turi būti tinkami testai ir procedūros;
- testai turi būti priimtini gyventojams;
- turi būti tinkamai apibrėžta sveikatos būklė būsenos, kai yra pereita iš fiziologinių variacijų į patologines;
- turi būti nustatyta tvarka (kriterijai), kuris asmuo laikomas (registruojamas) pacientu;
- nustatytų ligos atvejų diagnozės ir gydymo sąnaudos turi būti įskaitomos (priskiriamos) prie bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų;
- skryningas turi būti tęstinas procesas, ne vienkartinis projektas.

Šiuo metu, atsižvelgiant į technologinius pokyčius asmens ir visuomenės sveikatos priežiūroje yra siūlomos klasikinių principų modifikacijos[12]:

- skryningo programa turi atitikti realius (pripažintus) poreikius;
- skryningo siekiniai (tikslai) turi būti nustatyti (apibrėžti) pačioje pradžioje;
- turi būti nustatyta (apibrėžta) tikslinė gyventojų grupė;
- skryningo programos efektyvumą įmanoma nustatyti moksliškai pagrįstais įrodymais;
- programoje turi būti integruota: mokymas (informavimas, lavinimas), testai, klinikinės procedūros ir programos valdymas;
- turi veikti kokybės užtikrinimas minimizuojant potencialią skryningo riziką;
- programa turi užtikrinti pasirinkimo (informacijos pagrindu) laisvę, konfidencialumą;

[12] Anne Andermann,a Ingeborg Blancquaert,b Sylvie Beauchampb & Véronique Déryc. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organization | April 2008, 86 (4)

- programa turi užtikrinti lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams;
- programos vertinimo planas turi būti parengtas pačioje pradžioje;
- programos poveikio balansas turi būti teigiamas.

Vienas iš (daugelio) skryningo sunkumų yra būtinybė užtikrinti palyginimą naudojant kontrolines tyrimų grupes, t.y., lyginti rezultatus tarp atrankos programos dalyvių ir nedalyvavusiųu atrankoje asmenų grupės. Tai yra ypatingai sunku įgyvendinti atskiroje populiacijoje, kadangi asmenų, dalyvavusių atrankoje, patikros rezultatai įtakoja kontrolinių grupių atitinkamus rodiklius. Kita problema yra tyrimų ilgas laiko periodas, kurio metu mažėja tiriamosios ir kontrolinės grupės narių skaičius.

Pagal J.M.G. Wilson, G.Jugner yra naudinga ekonomiškai įvertinti ir palyginti sveikatos priežiūros kaštus, atsirandančius vykdant skryningo programas su kaštais, patiriamais įprastomis išlaidomis sveikatos priežiūrai. Dažnai skaičiuojama, kad skryningas padeda sutaupyti lėšas (dėl ankstyvesnės diagnostikos), o panaudotos lėšos skriningui nėra įvertinamos – tuo būdu skryningo programos sukuriama nauda būna pervertinta. Aptiktų ligų atveju visi tokių pacientų diagnozės ir gydymo kaštai turėtų būti priskirti skryningo kaštams.

Dar viena aplinkybė, apsunkinanti objektyvų Lietuvos 5 prevencinių programų rezultatų vertinimą yra ta, kad pačios programos turi, nors ir nevienodu lygiu, oportunistinio skryningo pobūdį, t.y., tiriami rizikos veiksniai tų asmenų, kurie atvyksta pas bendrosios praktikos gydytoją dėl tam tikro sveikatos būklės sutrikimo, ir gydytojui tenka priimti individualų sprendimą, ar šis sutrikimas negali būti papildančiu programos nustatomąją bendrąją riziką veiksniu. Tuo galima paaiškinti pastebimą žymiai didesnį sergamumą, pvz., grupės asmenų, gavusių prevencines paslaugas dėl širdies – kraujagyslių ligų rizikos sumažinimo, nei kad sergamumas asmenų, tų paslaugų negavusių.

Atsižvelgiant į aukščiau išvardintus skryningo programų principus ir aplinkybes, kuriose buvo vykdomos Lietuvos 5 prevencinių programų priemonės, programų efektyvumas buvo vertinamas:

1) pagal tai, kaip jos atitinka PSO patvirtintus analogiškų programų principus ir užsienio šalių patirtį;
2) pagal nustatytus ir patvirtintus prieš pradedant vykdyti programas efektyvumo vertinimo kriterijus ir siektinus rodiklius;
3) pagal kaštų – efektyvumo analizės metodą.

Nustatant, ar programų vykdymas atitiko principą, kad programa turi užtikrinti lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams, buvo pasirinktas lyginamosios analizės metodas, lyginant pasiektus rezultatus atskirose savivaldybėse.

Pagal kiekvieną atskirą programą buvo nustatoma, ar yra esminių sergamumo trendų pokyčių; sergamumo rodiklių pokyčiai palyginami bendrai ir pagal atskiras savivaldybes su:

a) tirtų asmenų skaičiumi; b) suteiktų paslaugų skaičiumi.

1 lentelė. Galimi rezultatai ir jų įvertinimas

Galimi tyrimo rezultatai kiekvienos atskiros programos atveju	**Indikatorius**	**Įvertinimo metodas**	**Rezultatų interpretavimas, išvados ir pasiūlymai**
a) Nustatyti skirtumai lyginant savivaldybes pagal suteiktų paslaugų skaičių, tenkantį vienam asmeniui;	Programos vykdymo aktyvumas	Gauto rodiklio reikšmės nuokrypis skalėje nuo pasirinktos teorinės standartinės reikšmės ar nuo faktinės vidutinės reikšmės	Įžvalgos dėl nustatytų faktų priežasčių, dėl optimizavimo poreikio ir pan.
b) Nustatyti skirtumai lyginant savivaldybes pagal sergamumo pokyčio ir patikrintų gyventojų skaičiaus santykį;	Programos vykdymo efektyvumas	Gauto rodiklio reikšmės nuokrypis skalėje nuo pasirinktos teorinės standartinės reikšmės ar nuo faktinės vidutinės reikšmės	Įžvalgos dėl nustatytų faktų priežasčių, dėl optimizavimo poreikio ir pan.
c) Nustatyti skirtumai lyginant savivaldybes pagal sergamumo pokyčio ir suteiktų paslaugų vienam asmeniui santykį.	Programos vykdymo efektyvumas	Gauto rodiklio reikšmės nuokrypis skalėje nuo pasirinktos teorinės standartinės reikšmės ar nuo faktinės vidutinės reikšmės	Įžvalgos dėl nustatytų faktų priežasčių, dėl optimizavimo poreikio ir pan.

Programų efektyvumo ekonominė analizė atlikta tiriant kaštų (sąnaudų) ir efektyvumo santykį bei kaštų (sąnaudų) ir naudos santykį.

Tikslinės populiacijos dydis įtakoja prevencijos kainą. Jei ligos gydymo atveju kaštai yra panaudojami ribotam skaičiui pacientų (kurie jau serga), tai prevencines priemones naudoja daug daugiau gyventojų, kurie paprastai yra geresnės sveikatos ir priklauso mažesnės absoliučios rizikos grupei. Prevencinių paslaugų teikimas populiaciniu lygiu gali būti labai brangus, net jei vienam gyventojui tenkančios išlaidos yra mažos. Kita vertus, jei žmogus ir turi rizikos veiksnių (pvz., padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje) ir, tuo pačiu, turi didesnę tikimybę, vis dar mažai tikėtina, kad ištiks liga ar teks patirti klinikines intervencijas. Prevencijos programų efektyvumą patiria tam tikra mažuma gyventojų, kurių gaunama nauda neatsveria sąnaudų, tenkančių visiems gyventojams.

Pagrindinis prevencijos tikslas - užkirsti kelią mirčiai, ligai ar negaliai – silpnas argumentas. Bendrąja prasme mirtis yra neišvengiama, todėl racionalus tikslas yra išvengti ankstyvos mirties, pratęsti darbingo amžiaus metus ir pan., tačiau vis viena ginčijamas prevencijos programų tikslas dėl ekonominių aspektų. Vertas aptarimo argumentas, kad prevencija turi neigiamą ekonominę vertę, nes gyventi ilgiau kainuoja daugiau. Kaip teigia Mongan[13]: "Ilgesnio gyvenimo trukmę palaikome vis didesnėmis bendrosiomis išlaidomis". Todėl poveikio efektyvumas yra matuojamas nepiniginiais rodikliais, kurie yra palyginami su sąnaudomis (kaštais), patirtomis kad pasiekti šiuos rodiklius.

Pagal kiekvieną atskirą programą nustatoma sergamumo rodiklių pokyčiai palyginami bendrai ir pagal atskiras savivaldybes su panaudotomis lėšomis (skaičiuojama balais). Programų vertinimas lyginamuoju būdu yra galimas pagal indikatorius, nurodytus 2 lentelėje.

2 lentelė. Galimi rezultatai ir jų įvertinimas

Galimi tyrimo rezultatai	Indikatorius	Įvertinimo metodas	Rezultatų interpretavimas, išvados ir pasiūlymai
a) Nustatyti skirtumai pagal panaudotų lėšų skaičių, tenkantį vienam tikrintam asmeniui	Programos vykdymo kaštai	Gauto rodiklio reikšmės nuokrypis skalėje nuo pasirinktos teorinės standartinės reikšmės ar nuo faktinės vidutinės reikšmės	Palyginimas su statistiniais duomenimis, išvados
b) Nustatyti skirtumai pagal panaudotas lėšas, tenkančias sergamumo pokyčiui, išvengto susirgimo metų skaičiui	Programos vykdymo kaštų efektyvumas	Gauto rodiklio reikšmės nuokrypis skalėje nuo pasirinktos teorinės standartinės reikšmės ar nuo faktinės vidutinės reikšmės	Programų rangavimas, pasiūlymai

[13] Mongan JJ, Ferris TG, Lee TH. Options for slowing the growth of health care costs. NEnglJ Med.,2008;358:1509-14

Tais atvejais, kai buvo įmanoma panaudoti patikimus duomenis, buvo skaičiuojamas kaštų – naudos santykis (3 lentelė).

3 lentelė. Galimi tyrimo rezultatai

Galimi tyrimo rezultatai	Indikatorius	Įvertinimo metodas	Rezultatų interpretavimas, išvados ir pasiūlymai
Nustatyti skirtumai (lyginant programas) pagal kaštų, panaudotų programą įgyvendinti, ir apskaičiuojamos naudos santykį	Kaštų – naudingumo santykis	Lyginamoji analizė	Programų rangavimas, pasiūlymai

Atskiros programos atveju kaštų efektyvumas buvo vertinamas pagal PSO metodiką [14]. Pagal ją kaštai laikomi labai efektyvūs, jei vieniems metams, kai yra išvengiama ankstyvosios mirties, arba neįgalumo, ar sunkios ligos, susijusios su diagnoze (DALY, *anglų k.: disability-adjusted life year*), tenka išleisti mažiau, nei BVP, tenkantis vienam gyventojui per metus. Kaštai laikomi efektyvūs, kai DALY tenka kaštai, nuo 2 iki 3 kartų didesni, kaip BVP, tenkantis vienam gyventojui per metus, ir neefektyvūs, kai kaštai yra daugiau kaip 3 kartus didesni už BVP, tenkantį vienam gyventojui.

Atsižvelgiant į vertinimo tikslą, profilaktikos programų efektyvumas vertintas dviem, vienas kitą papildančiais lygmenimis:

1. Nacionaliniu – įvertinant sergamumo ir mirtingumo trendus iki programų įdiegimo ir po jų, pritaikant „prieš ir po“ (angl. „before and after“) vertinimo metodologiją. Minėtų „negatyvios sveikatos“ rodiklių dinamika analizuojama 5 m. iki prasidedant programai ir tęsiama iki 2009 metų.

2. 60 savivaldybių lygmenyje, nustatant:

   - sergamumo paplitimo ypatumus prieš profilaktikos programas ir joms funkcionuojant;

   - ryšį tarp programos priemonių (paslaugų) apimčių ir sergamumo, t.y. naujai išaiškintų susirgimų lygio, pritaikant publikuotą metodą. Atsižvelgiant į tai, kad vienas asmuo galėjo gauti kelių rūšių paslaugas, taip pat ir pakartotinai, buvo pasirinktas panaudotų lėšų iš PSDF, apmokėtų už suteiktas paslaugas, rodiklis.

Darbe panaudoti pirminiai duomenys apie naujai išaiškintus susirgimus Lietuvoje 2000-2009 m. pagal amžių, lytį ir savivaldybes, gauti iš Higienos instituto prie SAM, VLK, Lietuvos vėžio registro. Duomenys apie mirtis nuo analizuojamų navikų Lietuvoje gauti iš EUROSTAT duomenų bazės.

[14] Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global reports, WHO 2005

Vidutinis gyventojų skaičius šalyje ir savivaldybėse gautas iš statistikos departamento. Rodikliai standartizuoti pagal amžių tiesioginiu metodu, panaudojant Europos standartą.

Programas vertinti buvo pritaikyta aprašomosios epidemiologijos metodologija, panaudojant statistikos duomenis nuo 2001 iki 2010 metų. Yra pagilintai išanalizuoti visų programose numatytų Lietuvos gyventojų sveikatos būklę charakterizuojantys rodikliai, atlikta jų pagilinta analizė dinamikoje, pritaikant dinamikos eilučių regresinę analizę bei nustatant ne tik „taškines“ šių rodiklių vertes, bet ir jų svyravimus su 95 proc. tikimybe. Kadangi tikimybė pataikyti į tašką yra lygi nuliui, šis intervalų vertinimas, parodantis leistinas rodiklių svyravimo ribas, ženkliai objektyviau atspindėjo dinamiką.

Remiantis aptiktais tiriamo laikotarpio trendais buvo galima nustatyti sergamumo nuo analizuojamų ligų prognozę, jeigu nesikeistų sąlygos. Naudoti šie pagrindiniai informacijos šaltiniai: LR Statistikos departamento duomenys, SVEIDROS duomenų bazė, Mirčių registro duomenų bazė.

5. VAIKŲ KRŪMINIŲ DANTŲ DENGIMO SILANTINĖMIS MEDŽIAGOMIS EFEKTYVUMO ANALIZĖ

5.1. TRUMPA PROBLEMOS APŽVALGA REMIANTIS LIETUVOS IR UŽSIENIO ŠALIŲ PATRIRTIMI

Dantų ėduonis plačiai paplitęs vaikų bei paauglių tarpe. Ši liga dažnai komplikuojasi, todėl jos gydymui reikia daug lėšų ir laiko. Daugybė tyrimų, atliktų įvairiose pasaulio šalyse rodo, kad profilaktikos programos, paruoštos ir organizuotai įdiegtos visuomenėje, žymiai sumažina dantų ėduonies paplitimą ir intensyvumą [15] [16] [17] [18] [19]. Šių profilaktikos programų efektyvumas labai priklauso ne tik nuo jų įdiegimo į praktinę sveikatos apsaugą organizacinio lygio, bet ir nuo to kaip efektyviai taikomos profilaktikos priemonės.

Cochrane Burnos sveikatos grupė (Cochrane Oral Health Group) aiškiai įrodė, kad vaikų krūminių dantų kramtomųjų paviršių dengimas silantais sumažina karieso tikimybę [20]. 16 studijų

[15] Sarmadi R, Gabre P, Gahnberg L. Strategies for caries risk assessment in children and adolescents at public dental clinics in a Swedish county. International Journal of Paediatric Dentistry. 2009;19:135-140.
[16] Almeida CM, Petersen PE, Andre SI, Toscano A. Changing oral health status of 6-and 12-year-old schoolchildren in Portugal. Community Dent Health. 2003;20(4): 211-216.
[17] Vrbič V. Reasons for the caries decline in Slovenia. Community Dent Oral Epidemiol. 2000; 28:126-132.
[18] Haugejorden O, Birkeland JM. Evidence for reversal of caries decline among Norwegian children. Intern. Journal of Paediatric Dentistry. 2002;12:306-315.
[19] Monajem S. The WHO's action plan for oral health. Int J Dent Hygiene. 2009;7:71-73.
[20] Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD001830. DOI: 10.1002/14651858.CD001830.pub3.

sisteminė analizė rodo, kad 4,5 metų laikotarpiu 5-10 metų vaikams, kurių dantys buvo padengti silantais 50 proc. rečiau išsivysto kariesas.

Vaikų dantų ėduonies atsiradimas priklauso nuo daugelio veiksnių: burnos higienos būklės, fluoro kiekio geriamajame vandenyje, mitybos įpročių[21] [22] [23]. Teisingai laikantis asmens burnos higienos, rizika atsirasti dantų ėduoniui sumažėja. Tačiau atliktos epidemiologinės studijos parodo, kad Lietuvos vaikams dažnai diagnozuojami sugedę dantys, kas turi įtakos bendrai organizmo sveikatai, estetikai [20] [24] [25]. Dantų būklei vertinti naudojamas KPI (ėduonies pažeistų, plombuotų ir išrautų dantų skaičius, tenkantis vienam individui) indeksas [26].

Atlikus epidemiologinę studiją nustatyta, kad Lietuvos 3 metų amžiaus vaikų [27] dantų ėduonies intensyvumas – 2,11, o paplitimas siekia nuo 31,4 iki 58 proc., iš jų ankstyvas dantų ėduonis sudaro 6,5 proc. Vaikui augant situacija ne tik kad negerėja, bet labai žymiai blogėja. J.Razmienės [28] atlikto tyrimo duomenimis Kauno mieste 7-8 metų amžiaus moksleivių pieninių dantų ėduonies paplitimas 96,6 proc., intensyvumas – 6,45, o nuolatinių dantų ėduonies paplitimas siekia 38,2 proc., intensyvumas (KPI) -1,0.

Kiti atlikti epidemiologiniai tyrimai parodė, kad Lietuvos 12-mečių vaikų dantų ėduonies intensyvumas, svyruoja nuo 1,9 iki 4,5 [20] [29]. Panašius duomenis pateikia ir gydytoja R.Račienė [30], tyrusi Vilniaus miesto 12-15 m. moksleivių dantis, kur ėduonies intensyvumas siekia 4,1. Kaip teigia

---

[21] Aleksiejūnienė J, Holst D, Balčiūnienė I. Factors influencing the caries decline in Lithuanian adolescents – trends in the period 1993-2001. Eur J oral Sci. 2004;112:3-7.

[22] Milčiuvienė S. Lietuvos 12-mečių moksleivių dantų ėduonies paplitimas ir intensyvumas. Stomatologija. 2001;3:9-12.

[23] Zaborskis A, Milčiuvienė S, Narbutaitė J, Bendoraitienė E, Kavaliauskienė A. Caries experience and oral health behaviour among 11–13-year-olds: an ecological study of data from 27 European Countries, Israel, Canada and USA. Community Dental Health. 2010;XX:1-7.

[24] Milčiuvienė S. Pirmųjų krūminių dantų ėduonis. Stomatologija. 1999;3:7-9.

[25] Milčiuvienė S, Bendoraitienė E, Andruškevičienė V, Narbutaitė J, Sakalauskienė J, Vasiliauskienė J ir kt. Dental caries prevalence among 12–15-year-olds in Lithuania between 1983 and 2005. Medicina (Kaunas). 2009;45(1):68-76.

[26] Oral Health Surveys. Basic Methods. Third Edition.WHO, Geneva. 1987, p.87.

[27] Slabšinskienė E, Milčiuvienė S, Narbutaitė J, Vasiliauskienė I, Andruškevičienė V, Bendoraitienė EA ir kt. Severe aearly childhood caries and behavioral risk factors among 3-year-old children in Lithuania. Medicina (Kaunas). 2010;46(2):135-141.

[28] Razmienė J, Milčiuvienė S. Kauno miesto 7-8 metų amžiaus moksleivių burnos būklės analizė. Sveikatos mokslai. 2009;3:2434-2439.

[29] Saldūnaitė K, Pūrienė A, Milčiuvienė S, Brukienė V, Kutkauskienė J. 7-12 metų Lietuvos moksleivių krūminių dantų ėduonies profilaktikos programos analizė. Medicina (Kaunas). 2009;45(11):887-895.

[30] Račienė R. Moksleivių dantų gydymo baimė ir su ja susiję socialiniai bei psichologiniai veiksniai. Daktaro disertacija. 2009.

J.Aleksiejūnienė[19], manoma, kad tai susiję su burnos higienos įpročiais, fluoro kiekiu geriamajame vandenyje ir profilaktikos galimybėmis.

Ėduonis dažniausiai pažeidžia dantų paviršiuje esančias vageles ir duobeles. Įvairių šalių mokslininkų duomenimis, šios lokalizacijos ėduonis sudaro 50–88 proc. visų vaikų ir paauglių dantų ėduonies atvejų. Lietuvoje ši tendencija taip pat pastebima: net 69,4 proc. 7–8 metų vaikų krūminių dantų kramtomųjų paviršių yra pažeisti ėduonies [22].

Analizuojant užsienio šalių, kurios yra įgyvendinusios vaikų dantų ėduonies profilaktikos programas duomenis, pastebime, kad ėduonies intensyvumas nėra didelis: Švedijoje ir Danijoje 12-mečių vaikų KPI 0,9 – 0,7, Vokietija – 0,7, Jungtinė Karalystė – 0,7, Šveicarija – 0,86, Austrijoje – 1,0, Belgijoje – 1,1, Italija – 1,1, Suomija – 1,2 (16). Tuo tarpu Rytų Europos šalyse dar stebime gana aukštą vaikų dantų ėduonies paplitimą ir intensyvumą: Albanijoje 12-mečių vaikų KPI – 3,1, Baltarusijoje – 2,7 [31]. Štai Latvijos 12-mečių vaikų KPI siekia 3,5, Estijoje – 2,7, Lietuvoje 3,6, Lenkijoje- 3,2. Šie rodikliai didesni negu Europos Sąjungos šalių vidutinis dydis [21 32 33]. Šalyse, kuriose buvo eilę metų įdiegtos įvairios profilaktinės dantų ėduonies programos (asmens burnos higienos mokymas, vietinis fluoridų naudojimas (burnos skalavimai, dantų vagelių tepimas fluoro laku ir kt.), dantų vagelių dengimas silantais), sumažino dantų ėduonies atsiradimą [34 35 36 37 38 39 40].

---

[31] WHO Oral Health Countryry/Area Profile Programme. 2010. http://www.whocollab.od.mah.se/euro.html

[32] Petersen AK, Torrea AM.Preventive oral health care and health promotion provided for children and adolscents by the municipal Dental health service in Denmark. Int j Paediatr Dent. 1999;9:81-91.

[33] Vanobbergen J, Martens L, Declerk D. Caries prevalence in Belgian children: a review. Int J Paediatr Dent. 2001;11:164-170.

[34] Demertzi A, Topitsoglou V, Muronidis S. Caries prevalence of 11,5 year-olds between 1989 and 2001 in a provinceof North-Eastern Greece. Community Dental Health. 2006;23:140-146.

[35] Emerich K, Adamowicz-Klepalska B. Dental caries among 7-year-old children in Northern Poland,1987-2003. Public Health Reports. 2007;122:552-558.

[36] Bravo M, Montero J, Bravo JJ, Baca P, Llodra JC. Sealants and fluoride varnish in caries: a randomized trial. J Dent Res. 2005;84(12):1138-1143.

[37] Siegal MD, Detty AMR. Targeting school-based dental sealants programs: who is at „higerrisk?“. Journal of Public Health Dentistry. 2010;70:140-147.

[38] Berger S, Goddon I, Chen CM, Senkel H, Hickel R, Stösser L et al. Are pit and fissure sealants needed in children with a higher caries risk? Clin Oral Invest DOI 10.1007/s00784-009-0343-8:2009.

[39] Wyk PJ, Kroon J, White JG. Evaluation of a fissure sealant programa s part of community-based teaching and training. Journal of Dental Education. 2004;68(1):50-54.

[40] Levin KA, Jones CM, Wight C, Valentine C, Topping GVA, Naysmith R. Fluoride rinsing and dental health inequalities in 11-year-old children: an evaluation of a supervised school-based fluoride rinsing programme in Edinburgh. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2008;37(1):19-26.

Įvairiose šalyse atlikti tyrimai parodė, kad pastangos išsaugoti burnos sveikatą būtų kur kas vaisingesnės, jei būtų kontroliuojamas nuolatinių dantų kramtomųjų paviršių ėduonies atsiradimas. Viena iš efektyviausių vaikų dantų ėduonies profilaktikos priemonių išlieka silantinės medžiagos, kurios naudojamos kaip mechaninis barjeras tarp danties emalio ir mikrobinio dantų apnašo bei burnoje susidarančių rūgščių. Jos užtikrina ką tik išdygusių dantų paviršiaus vagelių ir duobelių apsaugą nuo ėduonies. Ilgą laiką buvo manoma, kad rizika atsirasti šios lokalizacijos ėduoniui yra didžiausia pirmuosius ketverius metus, kai dantis išdygsta, tačiau pastarųjų metų mokslo tyrimai rodo, kad šis laikotarpis gali trukti net iki 8–10 metų [27.]

Remiantis anksčiau išvardintais mokslinių tyrimų duomenimis Lietuvos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 17d. įsakymu Nr.578 buvo parengta ir patvirtinta Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa kaip sudėtinė Vaikų sveikatos metų programos dalis. Jos tikslas buvo - išsaugoti kuo daugiau krūminių dantų ir taip sumažinti dantų ėduonies paplitimą ir intensyvumą tarp Lietuvos vaikų.

5.2. PROGRAMOS INICIJAVIMO IR VYKDYMO ĮVERTINIMAS METODOLOGINIU ASPEKTU

Programos pradžioje buvo numatyta dengti silantinėmis medžiagomis tik nuolatinių pirmųjų krūminių dantų kramtomuosius paviršius 6-8 metų vaikams. Vėliau, 2005 metais profilaktikos programa buvo patikslinta įvedant kai kuriuos metodologinius aspektus. Programos apimtis praplėsta, joje gali dalyvauti 7-13 metų amžiaus vaikai, siekiant išsaugoti jų pirmų ir antrų krūminių bei kaplių kramtomuosius paviršius. Silantai - tai dantų anatominius plyšius – vageles ir duobeles, hermetizuojančios medžiagos, skirtos šių sričių ėduonies profilaktikai. Sukietėjęs silantas sudaro mechaninę užtvarą tarp danties ir žalingų burnos ertmės poveikių (bakterijų, jų gaminamų rūgščių). Be to, silantuose esantis fluoras dalyvauja emalės mineralizacijoje. Dantų silantavimas reikalauja kruopščios vaiko burnos ertmės ištyrimo ir vagelių vertinimo bei tam tikrų priemonių iš kurių svarbu pati silantinė medžiaga ir šviesos lempa, reikalinga silanto sukietinimui. Šį darbą atlieka gydytojas odontologas ar burnos higienistas. Programos vykdymas buvo numatytas pasitelkiant pirminės sveikatos priežiūros personalą (kurie yra sudarę sutartis su teritorine Ligonių kasa ir gauna apmokėjimą).

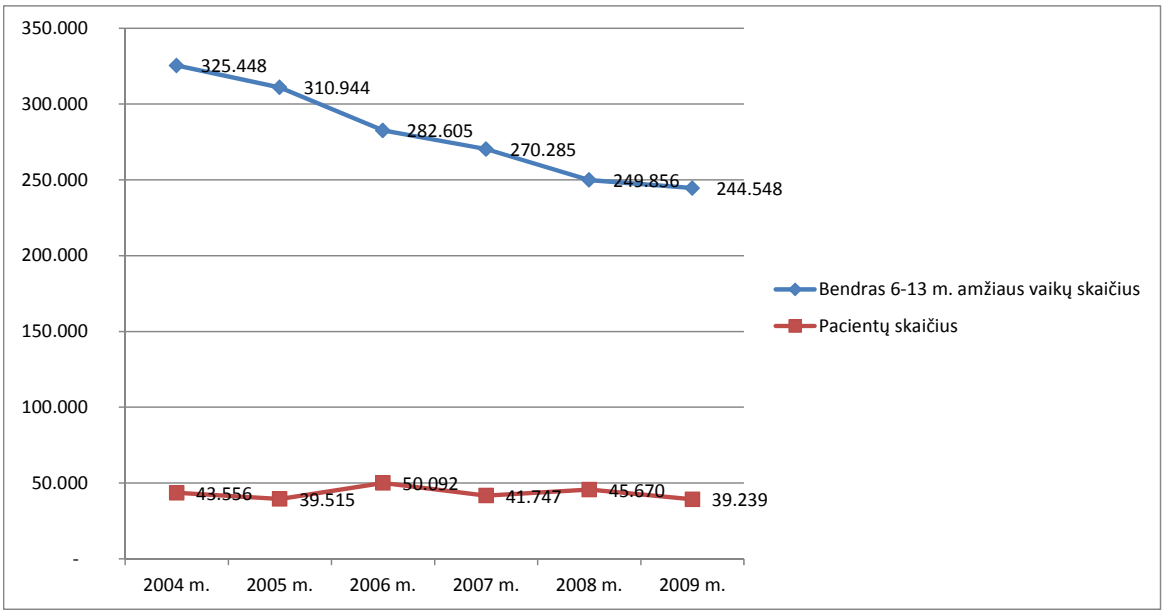
Išsaugoti sveiki dantys vaikams - pagerina bendrą sveikatą, sumažina išlaidas vaikų dantų gydymui. Vieno nekomplikuoto ėduonies gydymas kainuoja žymiai brangiau nei silanto uždėjimas. Be to, ši procedūra (dantų silantavimas) neskausminga, nesukelia vaikams streso, dantų gydymo baimės. Tokiu būdu, tai gerina vaikų emocijas ir kartu psichinę sveikatą.

Siekiant programos efektyvumo, reikalinga detali demografinė situacijos analizė, įvertinant kiek turime 7-13 metų amžiaus vaikų, kuriems šios priemonės gali būti taikomos. Tam reikalinga žinoti ir vaikų, kuriems šios priemonės bus taikomos, burnos būklę t.y. įvertinti pradinę epidemiologinę burnos būklės situaciją, kuri nebuvo atlikta.

5.3. VAIKŲ KRŪMINIŲ DANTŲ DENGIMO SILANTINĖMIS MEDŽIAGOMIS EFEKTYVUMO ANALIZĖ

5.3.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PREVENCIJOS PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBIŲ LYGIU

Per 2004 – 2009 metus Lietuvoje, 60 savivaldybių buvo atliktos krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis 259.819 asmenų – 6-13 metų amžiaus vaikams. Bendras šio amžiaus vaikų skaičius Lietuvoje 2004 – 2009 metais mažėjo, o asmenų, kuriems buvo atliktos procedūros, skaičius svyravo nežymiai (3 pav.).



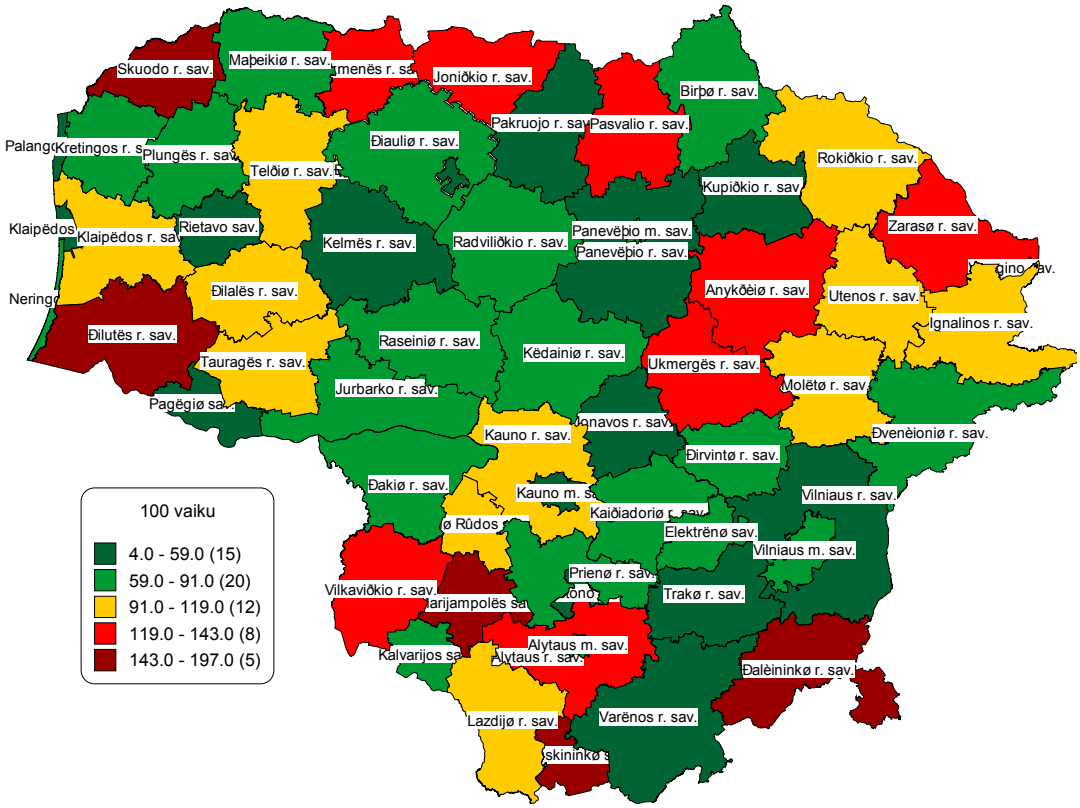
3 pav. Krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis pacientų skaičiaus pokytis per 2004 – 2009 metus

Pacientų dalis bendrame 6-13 m. amžiaus vaikų skaičiuje kiekvienais programos vykdymo metais svyravo nuo 11,8 iki 15,06 proc. (4 lentelė).

4 lentelė. Pacientų dalis bendrame 6-13 m. amžiaus vaikų skaičiuje

Metai	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Pacientų dalis bendrame 6-13 m. amžiaus vaikų skaičiuje, proc.	11,80	11,28	15,06	13,38	15,45	13,83

Programos vykdymo aktyvumas buvo nevienodas atskirose savivaldybėse. Kai kuriose savivaldybėse vaikų, kuriems buvo atliktos procedūros, skaičius viršijo 6 – 13 m. amžiaus vaikų grupės bendrą skaičių, kai kuriose – nesiekė 20 proc. dalies šio skaičiaus (4 pav.).



4 pav. Suteiktų paslaugų per 2004-2009 metus, sk./100 vaikų (6-13 m. amžiaus) pasiskirstymas Lietuvos savivaldybėse

Vidutinis kvadratinis nuokrypis (*angl.standard deviation*), apskaičiuojamas paslaugų skaičiaus, tenkančio 100 vaikų, pasiskirstymui savivaldybėse, yra 40,55, o variacijos koeficientas *(angl. coefficient of variation*) yra 0,460 (46,01%).

5.3.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PASIEKTUS REZULTATUS

Atlikti tikslų programos efektyvumo vertinimą dabar nėra galimybės, kadangi nebuvo programos pradžioje įvertinta epidemiologinė situacija, nebuvo pastovaus programos rezultatų stebėjimo ir vertinimo. Todėl programos efektyvumą galime vertinti tik remdamiesi Lietuvoje atliktomis epidemiologinėmis studijomis, kurios nebuvo susiję su šia programa, bet gali dalinai atspindėti pokyčius vaikų dantų ėduonies dinamikoje, vykusius per paskutinius dešimt metų. Šie rezultatai, be abejo, yra susiję ir su Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa.

Lietuvoje atliktos epidemiologinės studijos parodo tokius rezultatus. S.Milčiuvienės ir kt. (9) 1999 metais burnos būklė buvo vertinta 9 Lietuvos vietovėse (daugiausia apskrities centruose), tirta 867 7-8 metų amžiaus vaikai. Epidemiologiniai duomenys parodė, kad dantų ėduonies paplitimas siekė 33,7 proc., o intensyvumas (KPI) – 0,8.

2007 m. rugsėjo – 2008 m. gegužės mėn. K. Saldūnaitės[41] buvo atliktas momentinis 7-8 metų amžiaus vaikų burnos būklės tyrimas dešimtyje Lietuvos apskrities centrų. Buvo ištirta 774 7-8 metų moksleiviai. Nagrinėjant padengimą dantų silantine medžiaga, nustatyta, kad šioje amžiaus grupėje nuo 39 proc. iki 41,9 proc. vaikų turi nors po vieną silantu dengtą dantį [27]. Tyrimas parodė, kad dantų ėduonies paplitimas šioje amžiaus grupėje sudarė 20,4 proc., intensyvumas – 0,33. Šie duomenys rodo, kad dantų ėduonies paplitimas sumažėjo tarp 7-8 metų amžiaus moksleivių nuo 33,7 proc. iki 20,4 proc., o intensyvumas (KPI) nuo 0,8 iki 0,3. Tai atitinka bendro gyventojų skaičiaus pokytį nuo 33,3 tūkst. iki 14,12 tūkst., t.y., apie 19 tūkst. vaikų, tikėtinai išvengusių karieso susirgimo. Iki tyrimo pradžios programinės procedūros pagal VLK duomenis buvo atliktos maždaug 164 tūkst. vaikų, taigi, jei laikyti, kad sergamumo kariesu mažėjimo šioje amžiaus grupėje pagrindinis veiksnys yra dantų dengimas silantais, galima teigti, kad priemonės efektyvumo ir bendrojo masto santykis yra 1: 8,62 (teko padengti silantais krūminius dantis daugiau, kaip 8 vaikams, vidutiniškai, kad vienas išvengtų susirgimo kariesu).

Dvylikamečių burnos būklės tyrimas atliktas 2001 m. dešimtyje Lietuvos apskrities centrų parodė, kad ėduonies paplitimas siekė 74,6 proc., o intensyvumas 2,35 [20], o 2007 rugsėjo – 2008 gegužės mėn. studija parodė, kad tose pačiose vietovėse dantų ėduonies paplitimas sumažėjęs ir siekė 66,9 proc., o intensyvumas (KPI) - 1,93 [39]. Šie duomenys rodo, kad dantų ėduonies paplitimas sumažėjo tarp 12 metų amžiaus moksleivių nuo 74,6 proc. iki 66,9 proc., o intensyvumas (KPI) nuo 2,35 iki 1,93. Tai atitinka bendrąjį gyventojų skaičiaus pokytį nuo 39.9 tūkst. iki 27,1 tūkst., t.y., apie 12,8 tūkst. vaikų, tikėtinai išvengusių karieso susirgimo. Iki tyrimo pradžios programinės procedūros pagal VLK

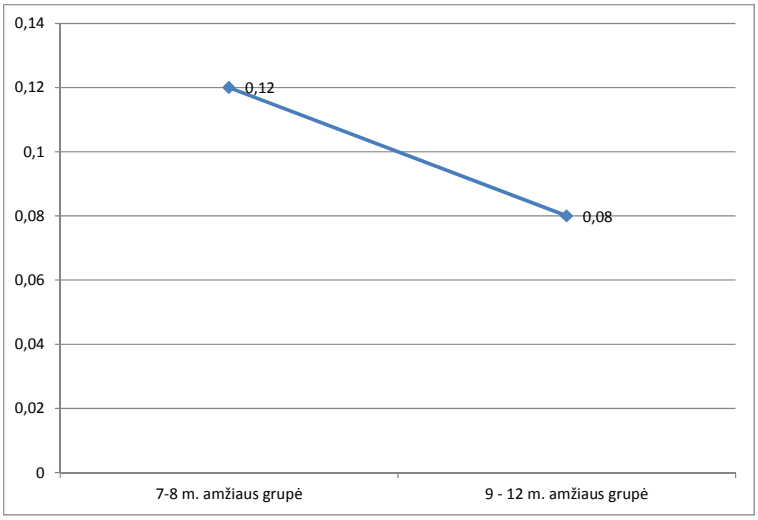
[41] Saldūnaitė K, Tamošiūnas A, Milčiuvienė S. Moksleivių nuolatinių krūminių dantų paviršių pažeidžiamumas ėduonimi ir jų išsaugojimo galimybės. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2010;tomas XIV, 9:624-630.

duomenis buvo atliktos maždaug 164 tūkst. vaikų, taigi, jei laikyti, kad sergamumo kariesu mažėjimo šioje amžiaus grupėje pagrindinis veiksnys yra dantų dengimas silantais, galima teigti, kad priemonės efektyvumo ir bendrojo priemonės masto santykis yra 1:12,8 (teko padengti silantais krūminius dantis daugiau, kaip 12 vaikų, vidutiniškai, kad vienas išvengtų susirgimo kariesu).

Tyrimo metu nustatyta, kad penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose 43,3 proc. dvylikos metų moksleivių turėjo silantais dengtų dantų [27], o kituose regionuose silantais dengtų dantų moksleiviai turėjo nuo 39 iki 54 proc. Šie pokyčiai įvyko per 7 metus, iš kurių apie keturis metus jau buvo vykdoma Vaikų krūminių dantų dengimo silantais programa.

Dvylikamečių būklė buvo vertinama ir penkiose savivaldybėse (Kaišiadorys, Kupiškis, Varėna, Joniškis ir Kretinga). Ten nustatyta, kad 2000 m. paplitimas buvo 84,8 proc., KPI siekė 3,73 [23], o 2009 m. tose pačiose vietovėse dantų ėduonies paplitimas siekė 80,7 proc. ir intensyvumas – 2,27 (LSMU Burnos priežiūros ir vaikų odontologijos klinikos gydytojos Ž.Matulaitienės sukaupti duomenys). Tai rodo teigiamą efektą, dantų ėduonies paplitimo ir intensyvumo mažėjimą.

Prilyginant priemonės efektyvumo 7-8 m. amžiaus grupėje ir bendrojo masto santykį 1:8,62 efektyvumo koeficientui 0,12, o efektyvumo ir bendrojo masto santykį 1:12,9 (9 -12 m. amžiaus grupėje) efektyvumo koeficientui 0,08 galime stebėti priemonės efektyvumo pokyčio dinamiką keičiantis amžiaus grupėms. Nesant kitų amžiaus grupių vaikų momentinių tyrimų tenka naudotis tik dviem galutiniais taškais, tačiau tyrimo metu nustatyti rezultatai atitinka bendrai žinomas tendencijas dėl karieso profilaktikos priemonių didesnio efektyvumo, pradedant jas naudoti jaunesniame amžiuje (5 pav.)



5 pav. Karieso profilaktikos priemonių efektyvumo priklausomybė nuo vaiko amžiaus

Apibendrinant galima teigti, kad programos įtakoje per trejus vykdymo metus (nuo 2004 m. rugpjūčio mėn. iki 2007 m. rugsėjo mėn.) išvengė karieso nuo 19 tūkst. iki 31,8 tūkst. vaikų, kurių amžiaus grupė yra 6 -13 metų. Tikėtina, kad, vykdant programą toliau (per 2008 – 2009 metus), ir,

atsižvelgiant į 2004-2007 metais ir 2008 - 2009 metais asmenų, kuriems buvo atliktos procedūros, skaičių santykį, galime prognozuoti, kad programos vykdymo rezultatas yra sumažėjimas karieso atvejų 28 - 47 tūkstančiams vaikų.

5.4. PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖS APIBENDRINIMAS

Apibendrinant programos efektyvumo tyrimo metu gautus duomenis ir atliktus skaičiavimus, palyginimus, yra pateikiami vertinimai, kaip nustatyti rodikliai atitinka vertinimo metodikoje pasirinktus kriterijus.

Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis finansavimo programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pavaizduotas 5 lentelėje.

5 lentelė. Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas

Kriterijus	Atitinka (+), neatitinka (-)
1. Programa atitinka realius (pripažintus) poreikius	+
2. Siekiniai (tikslai) yra nustatyti (apibrėžti) pačioje pradžioje	-
3. Yra nustatyta (apibrėžta) tikslinė gyventojų grupė	+
4. Programos efektyvumą įmanoma nustatyti moksliškai pagrįstais įrodymais	+
5. Programoje yra integruota: mokymas (informavimas, lavinimas), testai, klinikinės procedūros ir programos valdymas	+
6. Veikia kokybės užtikrinimas minimizuojant potencialią skryningo riziką	+
7. Programa užtikrina pasirinkimo (informacijos pagrindu) laisvę, konfidencialumą	+
8. Programa užtikrina lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams	-
9. Programos vertinimo planas yra parengtas pačioje pradžioje	-
10. Programos kaštų ir naudingumo balansas yra priimtinas*	-

*Išvengto susirgimo metai ar išsaugoto gyvenimo metai šios programos atveju nėra nustatomi

Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pagal 1 -7 ir 9 kriterijus yra stebimas teisės aktuose ir įstaigų, teikusių prevencines paslaugas, veikloje.

Programos atitikimas užtikrinti lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams (8 kriterijus) yra grindžiamas rodiklio - paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 savivaldybių gyventojų - nustatytu variacijos koeficientu, kuris yra 46 proc. dydžio. Šis dydis atitinka **neigiamą** prevencinių paslaugų prieinamumo vertinimą pasirinktoje skalėje:

Prevencijos priemonių prieinamumas	Neigiamai vertinamas	Teigiamai vertinamas	
	Nepatenkinamas	Patenkinamas	Geras
Variacijos koeficientas, %	0 - 50	51 - 75	75 - 100

Programos priemones (paslaugas) 2005 – 2009 m. gavo 174.265 asmenų. Vienam asmeniui, vidutiniškai, tenka 1,5 paslaugos (iš viso buvo suteikta 259.819 paslaugų). Vienam karieso išvengimo atvejui tenka atrankos būdu įvykdytų dantų padengimo atvejų: beveik 9 atvejai 7-8 m. amžiaus vaikų grupėje ir beveik 13 atvejų 12 metų amžiaus vaikų grupėje. Programos poveikio rezultatų rodikliai yra pateikiami 6 lentelėje.

6 lentelė. Prevencijos programos poveikio rodikliai, pasiekti 2005 – 2009 m.

Periodas, metų sk.	5
Ištirtų asmenų, sk.	174.265
Programos finansavimo lėšos, tenkančios vienam asmeniui, vidutiniškai, Lt	43,87
Išvengta susirgimų kariesu ankstyvame amžiuje, atvejų sk. (3 metų periodas)	31.800
Programos lėšos, tenkančios vieno išvengto susirgimo atvejui, Lt	240,39

Vienas tūkstantis Lt., panaudotų prevencinei programai finansuoti, leido suteikti prevencines paslaugas beveik 23 vaikams.

Ėduonies pažeisto danties gydymas, įskaitant gydymo paslaugas ir plombavimo medžiagų kainas, gali svyruoti nuo 52 iki 68,60 Lt. Gydant ėduonį, kai pacientas turi apsilankyti papildomai kelis kartus, gydymo išlaidos siektų net 125,04 Lt [27]. Privačių odontologijos klinikų teikiamų paslaugų kainos gali būti dar didesnės. Atsižvelgiant į šią kainą, asmenų skaičių, kuriems programos dėka pavyko išvengti karieso bei į paslaugų skaičių, tenkantį vienam asmeniui, vidutiniškai (1,5), apskaičiuojami sutaupymai (7 lentelė).

7 lentelė. Prognozuojami sutaupymai

Išvengta atvejų, asmenų sk.	31.800,00
Vienos gydymo paslaugos vidutinė kaina, Lt	60,30
Sutaupymai, Lt	2.876.310

5.5. IŠVADOS DĖL PROGRAMOS TĘSTINUMO

Pateikti dantų ėduonies dinamikos duomenys rodo, kad yra teigiami poslinkiai Lietuvoje vaikų dantų ėduonies atvejų dinamikoje. Per paskutinius dešimt metų stebima dantų ėduonies paplitimo mažėjimas ir intensyvumo mažėjimas, kuris atskiruose regionuose svyruoja nuo 25 iki 50 procentų. Pateiktų duomenų analizė rodo, kad dantų ėduonies intensyvumo mažėjimas tarp 7-8 metų moksleivių nuolatiniuose dantyse siekia nuo 35-63 proc., o dvylikamečių tarpe - iki 32 proc.

Šiai dantų ėduonies mažėjimo tendencijai įtakos galėjo turėti ne tik „Vaikų krūminių dantų dengimo silantais“ programa, bet ir dantų valymas fluoro turinčiomis dantų pastomis, kitos profilaktinės priemonės, kurias jau gana aktyviai taiko gydytojai odontologai dirbantys tiek pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose, tiek privačiuose kabinetuose.

Jei būtų sprendžiama tęsti šios programos vykdymą yra siūlytina ją optimizuoti:

1. Geresniam programos koordinavimui numatyti jos koordinavimo tarybą, paskirti programos vadovą, suformuoti programos ekspertų komisiją ir priskirti jų darbą koordinuoti vienai iš Nacionalinio lygmens įstaigų.

2. Stebėti programos dinamiką, atliekant kas 2-3 metai epidemiologinius tyrimus ir vertinant rezultatus ir, esant reikalui, koreguoti programos metodiką.

4. Numatyti programoje sveikos gyvensenos, teisingos burnos higienos mokymo, vietinių fluoridų vartojimo (fluoro laką ar fluoro gelį) komponentą iš tų pačių programai skirtų lėšų.
5. Labiau skatinti (materialiai ar kitaip) gydytojus odontologus bei burnos higienistus, pasižymėjusius programoje ir išsaugojusius vaikams kuo daugiau sveikų dantų.

6. Įtraukti į programos vykdymą privačių odontologinių klinikų ar kabinetų gydytojus, sudarant su jais sutartis dėl profilaktinių paslaugų teikimo.

7. Vykdyti per TV ir radiją gyventojų informavimą ir mokymą apie sveiką gyvenseną ir teisingus burnos higienos įpročius, jų įtaką burnos sveikatai.

6. ASMENŲ, PRISKIRTINŲ ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DIDELĖS RIZIKOS GRUPĖS, ATRANKOS IR PREVENCIJOS PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programoje yra numatyti programos vykdymo rodikliai, efektyvumo kriterijai ir rezultatų vertinimas. Programos vykdymo rodiklius, rezultatus ir efektyvumą pagal nustatytus kriterijus vertina, visų PASPĮ ir specializuotų širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos padalinių (toliau – KPP) suteiktų paslaugų rezultatus į bendrą duomenų bazę sukelia, siūlymus dėl programos vykdymo teikia Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos administravimo grupė (toliau – Administravimo grupė). Administravimo grupę sudaro 9 asmenys. Visi šie asmenys yra sveikatos priežiūros įstaigų ir universitetų atstovai. Administravimo grupė atlieka programos rezultatų vertinimą pagal jos vykdymo rodiklius ir efektyvumo kriterijus ne rečiau kaip vieną kartą per metus.

Programos vykdymo rodikliai:

- per ataskaitinį laikotarpį PASPĮ suteiktų informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslaugų skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį priskirtų didelės rizikos grupei, skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį gavusių siuntimą į KPP išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę, skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį atvykusių į KPP dėl nuodugnaus ištyrimo, ir asmenų, ištirtų KPP, skaičius;
- asmenų, per ataskaitinį laikotarpį priskirtų ypač didelės rizikos grupei, skaičius;
- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuotos brachiocefalinių ir periferinių arterijų stenozės, skaičius;
- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuota koronarinė širdies liga arba nebylioji miokardo išemija, skaičius;

- asmenų, kuriems per ataskaitinį laikotarpį pirmą kartą diagnozuotas cukrinis diabetas ar sutrikusi gliukozės tolerancija, skaičius.

Programos efektyvumo kriterijai:

- programoje dalyvaujančių asmenų sergamumo ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu, praeinančiu smegenų išemijos priepuoliu ar smegenų infarktu, periferinių arterijų tromboze) mažėjimas, palyginti su visos Lietuvos gyventojų sergamumu ūminiais kardiovaskuliniais sindromais;
- programoje dalyvaujančių asmenų mirtingumo, susijusio su ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, mažėjimas, palyginti su visos Lietuvos gyventojų mirtingumu nuo ūminių kardiovaskulinių sindromų;
- programoje dalyvaujančių asmenų iki 65 metų sergamumo ir mirtingumo nuo ūminių kardiovaskulinių sindromų dinamika PASPĮ aptarnaujamose teritorijose.

Asmens širdies ir kraujagyslių ligų rizikos nustatymo anketos formos kopijas, programos įgyvendinime dalyvaujančios PASPĮ, užtikrindamos pacientų duomenų konfidencialumą, siunčia Programos administravimo grupės pirmininkui vieną kartą per ketvirtį iki kito mėnesio 10 dienos. Kitus duomenis, reikalingus programos rezultatų ir efektyvumo ataskaitai parengti, administravimo grupei teikia programos įgyvendinime dalyvaujančios PASPĮ, KPP, Lietuvos sveikatos informacijos centras, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Programos rezultatų ir efektyvumo ataskaitas administravimo grupė teikia Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

6.1. TRUMPA PROBLEMOS APŽVALGA REMIANTIS LIETUVOS IR UŽSIENIO ŠALIŲ PATIRTIMI

Vertinant širdies-kraujagyslių funkcijų sutrikimų prevencijos priemones reikia, visų pirma, įvertinti šios prevencijos išlaidų valdymą. Tradicinės medicinos praktika yra ta, kad pirmenybė išlaidų prasme teikiama asmenims, kurie atvyksta į gydymo įstaigą su akivaizdžia liga[42] (Principles for National and Regional Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention: A Scientific Statement From the World Heart and Stroke Forum. Sidney C. Circulation 2004;109;3112-3121). Tačiau didelė visuomenės dalis palaiko siekius užkirsti kelią lėtinėms ligoms, tuo pačiu suprasdama, kad sumažins ekonominę naštą vėlesniam laikotarpiui.

[42] Principles for National and Regional Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention: A Scientific Statement From the World Heart and Stroke Forum. Sidney C. Circulation 2004;109;3112-3121

Širdies ligos, insultas ir lėtinis inkstų nepakankamumas bei diabetas pirmauja visų ligų prevencijos priemonių sąraše. Dėka pažangios medicinos praktikos dabar įmanoma užkirsti kelią šioms ligoms ar vėlinti šių ligų amžių, todėl prevencija tampa vis svarbesnė. Kita vertus, prevencijos priemonės didina įprastos medicinos praktikos išlaidas ir, tuo pačiu, sunaudoja vis didesnę bendrojo biudžeto dalį.

Kiekvienos valstybės sveikatos politika turi apspręsti, kokia dalis visų sveikatos priežiūros išlaidų gali tekti prevencijai, ir kokia turi tekti ligų gydymui. Medicinos (sveikatos) ekonomika bando palyginti prevencijos ir gydymo naudą sąnaudų ir efektyvumo (veiksmingumo) vertinimu. Vertinimas yra atliekamas matuojant sąnaudas ir efektyvumą, kuris dažniausiai yra išreiškiamas išsaugotų gyvenimo metų skaičiumi, išvengtų ankstyvųjų mirčių skaičiumi, išvengtų hospitalizacijų, klinikinių intervencijų skaičiumi ir pan.

Dauguma ekonomiškai stiprių šalių gali lengvai sau leisti taikyti prevencines priemones didelės rizikos asmenims visos populiacijos mastu. Mažiau ekonomiškai išvystytos šalys sunkiau gali leisti sau net ir didelės rizikos veiksnių prevenciją. Nepaisant to, kad šiose šalyse vis dar vyrauja sveikatos priežiūros politika, teikianti prioritetus klinikinėms intervencijoms (ligų gydymui), visuomenės sveikatos priemonės (pirminė prevencija) turi būti vykdoma ir visada yra rentabili.

„Kiekvienas naująjį tūkstantmetį gimęs vaikas turi teisę išvengti širdies ir kraujagyslių ligų iki 65 metų“, skelbia Europos širdies sveikatos chartija, kurią 2007 m. spalio 16d. pasirašė Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministras. Šiuo žingsniu Lietuva oficialiai įsipareigojo bendradarbiauti su kitomis Europos sąjungos valstybėmis, politinėmis ir nevyriausybinėmis organizacijomis, siekiant suaktyvinti širdies ligų prevenciją, mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą. Kaip teigiama šioje chartijoje, širdies ir kraujagyslių ligų plitimas gali būti mažinamas anksti diagnozuojant ir gydant atitinkamas ligas, vykdant reabilitacijos ir prevencijos programas, apimančias sveikos gyvensenos mokymą.

Širdies kraujagyslių ligų prevencija Lietuvoje yra finansuojama iš kelių šaltinių: ES struktūrinių fondų pagal Bendrąjį Programavimo Dokumentą Rytų ir Pietryčių Lietuvos (Ignalinos, Kupiškio, Molėtų, Rokiškio, Šalčininkų, Širvintų, Švenčionių, Trakų, Utenos, Varėnos, Vilniaus, Zarasų rajonai, Visagino, Elektrėnų, Druskininkų savivaldybes) gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo projektas (sutrumpintai - Rytų Lietuvos kardiologijos projektas), apima tris Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos lygius. Projekte dalyvauja 40 sveikatos priežiūros įstaigų. Įgyvendinus projektą ambulatorines paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos bus aprūpintos reikiama įranga ankstyvai ŠKL diagnostikai ir klinikinei prevencijai, visų lygių stacionarines paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos bus aprūpintos būtina įranga efektyviai ŠKL diagnostikai ir gydymui, bus sukurtos mobilios brigados, kurios užtikrins specializuotos skubios pagalbos suteikimą

rytų ir pietryčių Lietuvos regiono rajonuose bei saugų grėsmingos būklės pacientų transportavimą į VUL SK – specializuotos pagalbos centrą. Įgyvendinus projektą, bus įdiegtos informacinės technologijos bei sistemos, užtikrinsiančios savalaikius duomenų apie paciento sveikatą ir gydymą mainus bei sudarysiančios sąlygas teikti tele- medicinos paslaugas, pagerės teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, įvairovė, išaugs teikiamų paslaugų apimtis, padidės paslaugų teikimo operatyvumas bei kompleksiškumas. Panašus projektas pradėtas ir Vakarų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose. Tačiau abu projektai kol kas neapima visos Lietuvos teritorijos ir veikia gana izoliuotai.

Lietuva pagal sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklius priklauso didelės rizikos zonai. Pažymėtina, kad sergamumas miokardo infarktu Lietuvoje didėjo: jei 1980 m. 100-tui tūkstančių gyventojų buvo 42 atvejai, tai 2006 m. - 206 atvejai (padidėjo 5 kartus).

Svarbu ir tai, kad su širdies kraujagyslių ligomis susiję daugybė psicho-socialinių veiksnių (stresas, depresija, nerimas, pyktis, socialinė izoliacija), kurie įtakoja sergančiųjų ir jų šeimos narių gyvenimo visavertiškumą.

Atskirų šalių naujausią patirtį siekiant joms užkirsti kelią ankstyvoms mirtims dėl širdies – kraujagyslių funkcijų sutrikimų specialiomis programomis pateikiame žemiau.

6.2. ŠIRDIES-KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ PREVENCINĖS PROGRAMOS UŽSIENIO ŠALYSE IR LIETUVOS SITUACIJOS PALYGINIMAS

JAV patirtis parodė[43], kad įdiegtos nacionalinės programos per ilgesnį laiką (10-20 metų) sumažina mirčių nuo kardiovaskulinių ligų apie 40 %, cerebrovaskulinių komplikacijų – 50%. Mirtingumo mažėjimą lemia prevencinės priemonės (lipidų korekcija – 24%, kraujospūdžio normalizavimas – 20%, rūkymo metimas – 12%, fizinio aktyvumo padidinimas – 8%. Mirtingumo mažėjimui įtakos taip pat turi ir antrinė prevencija.

Nuo XX a. 8 dešimtmečio Suomijoje, Didžiojoje Britanijoje, Vokietijoje ir kt. Europos šalyse yra atlikta daug tyrimų, kurių tikslas buvo išaiškinti rizikos veiksnius, galinčius sukelti širdies ligas ir su jomis susijusias kūno disfunkcijas ar ankstyvas mirtis. Pirminė sveikatos priežiūra čia vaidina svarbų vaidmenį nustatant, nagrinėjant ir stebint pacientus su padidinta širdies ir kraujagyslių ligų rizika. Todėl daugelyje Europos šalių yra vykdomos plataus masto programas, kurių tikslas pagerinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos priemones bei rizikos valdymą: informavimo apsilankymai Olandijoje, ligos valdymo programos Vokietijoje, nustatytų indikatorių panaudojimo bendrosios praktikos gydymo tinkle pagal paskatos sutartis Jungtinėje Karalystėje. Kitos šalys, pavyzdžiui, Prancūzija ir Belgija, turi

[43] Trends and Disparities in Coronary Heart Disease, Stroke, and Other Cardiovascular Diseases in the United States Findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention. Circulation. 2000;102:3137.

vietos ir regionų masto kokybės prevencijos gerinimo projektus[44] (Jan van Lieshout, Michel Wensing, Richard Grol: Prevention of cardiovascular diseases.The role of primary care in Europe. - February 2008. Bertelsmann Stiftung – *vok.: Bertelsmano fondas*). Žemiau pateikiami Europos valstybių , kuriose sergamumas širdies – kraujagyslių ligomis labai skiriasi: didžiausias sergamumas stebimas Šiaurės Europos kraštuose, mažesnis – Vakarų Europos valstyėse, o mažiausias – Prancūzijoje ir Ispanijoje, Pietų Europos valstybėse, kuriose širdies – kraujagyslių ligos nėra pirmaujanti ankstyvųjų mirčių priežastis.

Didžiojoje Britanijoje kai kurie iš šiuolaikinių tyrimo darbų konstatuoja, kad rizikos veiksniai dažnai būna pervertinti socioekonominiu atžvilgiu[45], ir kad yra būtina šių veiksnių korekcija atsižvelgiant į populiacinius skirtumus tarp skirtingų valstybių (konkrečiu atveju – tarp Didžiosios Britanijos ir kitų Europos valstybių).

2008 m. sausio mėnesį Didžiosios Britanijos vyriausybė paskelbė, kad ketina pereiti į širdies – kraujagyslių funkcijų sutrikimų rizikos valdymą nacionaliniu lygiu. Kaip pagrindinė šio tikslo priemonė buvo įvardintas asmenų patikrinimų prieinamumas, siekiant pateikti žmonėms informaciją apie jų sveikatą, skatinti gyvensenos pokyčius ir, kai kuriais atvejais, pasiūlyti ankstyvąsias intervencijas.

2008 m. balandžio mėn. buvo paskelbtas planas, kaip įgyvendinti sistemingą ir integruotą kraujagyslių rizikos vertinimo ir valdymo programą (NHS Health Check), numatančią prevencinius patikrinimus visiems 40 -74 m. amžiaus asmenims. Įgyvendinti šią programą pradėta 2009 m. balandžio mėn.

Programos esmė yra suteikti galimybę asmenims, kurie neturi širdies veiklos sutrikimų simptomų, pasitikrinti sveikatą pagal nustatant parametrus, leidžiančius konstatuoti vieną ar kelias iš keturių rizikos grupių (6 pav.).

6 pav. Širdies funkcinių sutrikimų sąryšis

[44] Jan van Lieshout, Michel Wensing, Richard Grol: Prevention of cardiovascular diseases.The role of primary care in Europe. - February 2008. Bertelsmann Stiftung – *vok.: Bertelsmano fondas*
[45] Peter Brindle et all. BMJ vol. 327, November, 2003

Vėlesnis Didžiosios Britanijos nacionalinių prevencinių strategijų vertinimas[46] skelbia nuostatas, kad gaunamos naudos ir išlaidų pusiausvyra yra labai svarbi visuomenės sveikatos sprendimų priėmimo prasme, ir kad universaliųjų (masinės atrankos) prevencijos priemonių programos gali padėti išvengti nemažai naujų širdies ir kraujagyslių sutrikimų. Tačiau tokias programas gali būti nerealu įgyvendinti dėl vis didėjančių jų kaštų. Kiti tyrėjai[47] daro išvadą, kad, naudojant reguliariai surinktus duomenis apie pacientus siekiant stratifikuoti širdies ir kraujagyslių rizikas, galima sumažinti žmonių, kurie būtų kviečiami aktyvia atranka, palyginti su universaliąja (masine) atranka. Autorių argumentais pagrindžiama nuostata, kad tikslinių grupių metodas (nei kad universalioji atranka) gali būti racionalesnis kaštų prasme.

Šią išvadą patvirtina ir kiti autoriai[48]. Jie teigia: tam, kad nustatyti vieną asmenį, kuriam gresia didelis pavojus susirgti širdies – kraujagyslių liga, tenka patikrinti 16 žmonių, o vieno rimto pavojaus nustatymo kaina yra turi 436 £. Prevencijos programos mažesnių bendruomenių mastu, tikrinant asmenų, kuriems nustatytas didelis pavojus susirgti širdies – kraujagyslių liga, šeimos narius leistų sutaupyti 60% visų masinio patikrinimo išlaidų, būtų dvigubai efektyvesnis kaštų prasme ir leistų nustatyti iki 84% visų didelę riziką susirgti turinčių žmonių bendroje populiacijoje.

Austrijoje pirminė sveikatos priežiūra atlieka svarbų vaidmenį prevencinėje veikloje. Širdies – kraujagyslių ligų prevencija pirminės sveikatos priežiūros grandyje atliekama pagal nustatytą tvarką ir taisykles. Sisteminis monitoringas didelę riziką turintiems pacientams taikomas tik savanoriškumo pagrindu. Keletas projektų, skirtų tiek visuomenei ir pacientams, tiek ir specialistams, buvo įdiegti Austrijoje siekiant sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų riziką gyventojams. Šie projektai buvo regioninio pobūdžio, pavyzdžiui, federalinėse žemėse Štajermarke (Štirijoje), Forarlberge, taip pat Vienoje. Taip pat veikia du nacionaliniai projektai: sveikatos patikros ir diabeto (DMP). Visų programų vykdymui vadovauja valdžios ar draudimo institucijos. Sunkinanti programų eigą aplinkybė yra ta, kad Austrijoje pacientai nėra prisirašę prie BPG, todėl sunku tikėtis BPG lyderystės šiose programose.

Austrijoje vykdomos (ar vykdytos) šios su širdies – kraujagyslių ligų prevencija susijusios programos:

1. Ligos valdymo programa „Cukrinis diabetas“ (Disease Management Programme (DMP) Diabetes mellitus Type 2);

[46] Parinya Chamnan, PhD student,1 Rebecca K Simmons, research fellow,1 Kay-Tee Khaw, professor of clinical gerontology,2 Nicholas J Wareham, director,1 Simon J Griffin, programme leader1. Estimating the population impact of screening strategies for identifying and treating people at high risk of cardiovascular disease: modelling study. B/W/2010;340:c1693 doi:10.1136/bmj.c1693

[47] Jim Glare. Targeted screening for cardiovascular disease may be more cost-effective than universal screening. Br. Med. J. 2010; 340: c1376, c1693

[48] K. Lawson, E. Fenwick, J. Pell. Cost effectiveness of alternative screening strategies for identifying people at high risk of cardiovascular disease. J Epidemiol Community Health 2009;63:93 doi:10.1136/jech.2009.096735o

2. Širdis Vienai (A Heart for Vienna; *Herz fur Wien*)

3. Forarlbergo Sveikatos stebėsenos ir skatinimo programa (Vorarlberg Health Monitoring & Promotion Programme);

4. Nacionalinė prevencinė sveikatos patikra (National preventive health check-up);

5. Širdis. Gyvybės projektas (Heart. Life Project; *Herz. Leben projekt*).

Ligos valdymo programa „Cukrinis diabetas“ (Disease Management Programme (DMP) Diabetes mellitus Type 2).

Projekto vadovas yra Nacionalinė sveikatos draudimo organizacija. Kiti suinteresuotųjų šalių projekto dalyviai: Austrijos Diabeto draugija (ODG); Austrijos Medicinos rūmai ir Austrijos Bendrosios praktikos ir šeimos medicinos draugija (OGAM).

Programos pradžia – 2006 m. Programos baigimo data – nenustatyta.

Širdis Vienai (A Heart for Vienna; *Herz fur Wien*)

Projekto lyderis yra Vienos socialinis fondas (Wien Fonds Soziales). Projektas yra finansuojamas pagal Vienos miesto municipaliteto. Kitas suinteresuotųjų šalių atstovas yra Nacionalinė socialinio draudimo organizacija.

Programos pradžia – 2006 m. Programos baigimo data – nenustatyta.

Visi Vienos miesto gyventojai gali dalyvauti programoje. Programos dėmesys skiriamas išimtinai širdies ir kraujagyslių ligų prevencijai. Veiksmų ir intervencijų

Programos priemonės yra skirtos pacientams, visuomenei ir sveikatos priežiūros specialistams. Veikla nukreipta šviesti visuomenę: rengiamos Vienos širdies informacijos dienos pritraukiant apie 2,5 tūkst. dalyvių, daromi mažesnio masto visuomeniniai renginiai, veikia speciali interneto svetainė. Taip pat yra organizuojami mokymai bendrosios praktikos gydytojams ir vaistininkams širdies tyrimų tema.

Be šių lavinimo priemonių yra skatinama Vienos gyventojų kraujospūdžio matavimai ir rodiklių stebėsena darbo vietose. Ši priemonė vykdoma bendradarbiaujant su Otavos (Kanada) Širdies institutu.

Forarlbergo Sveikatos stebėsenos ir skatinimo programa (Vorarlberg Health Monitoring & Promotion Programme)

Programą inicijavo ir valdė Austrijos Forarlbergo federalinės žemės Sveikatos prevencijos ir Socialinės medicinos darbo grupė. Ji buvo finansuojama Forarlbergo federalinės vyriausybės. Visi Forarlbergo federalinės žemės bendrosios praktikos gydytojai dalyvavo programoje.

Programa buvo pradėta 1995 metais ir baigėsi 2005 metais. Pasiektų rezultatų duomenys dar nėra prieinami.

Nacionalinė prevencinė sveikatos patikra (National preventive health check-up)

Programai vadovauja Socialinės apsaugos institucijų federacija ir Austrijos Medicinos rūmai. Programa finansuojama iš socialinio sveikatos draudimo fondo. Programos dalyvis yra Austrijos sveikatos ministerija.

Programa buvo pradėta dar 1976 m. Atnaujinta programos veikla buvo 2005 metais. Programos baigimo data – nenustatyta.

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija yra tik viena iš keleto programos veiklos sričių. Kitos sritys yra:

- mažinti pavojų susirgti medžiagų apykaitos ligomis;
- skatinti žalingų įpročių prevenciją;
- skatinti vėžio profilaktiką;
- skatinti "senatvės ligų", prevenciją (pavyzdžiui, klausos, regos sutrikimų);
- užkirsti kelią parodontozei ir glaukomai.

Programos tikslai: sumažinti širdies ir kraujagyslių susirgimų riziką; koreguoti gyvenimo būdą (visuomenės ir pacientų); gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir klinikinės veiklos rezultatus, riboti išlaidas didinant jų efektyvumą. Švietimas (pacientų ir visuomenės) yra svarbi programos dalis.

Pasiektų rezultatų duomenys dar nėra prieinami.

Širdis. Gyvybės projektas (Heart. Life Project; *Herz. Leben projekt*)

Programai vadovauja Austrijos federalinės žemės Stajermarko (Steiermark) Medicinos rūmai ir Nacionalinės sveikatos draudimo organizacijos Stajermarko padalinys. Programą finansuoja Stajermarko federalinė vyriausybė ir Nacionalinė sveikatos draudimo organizacija. Kiti programos dalyviai yra Stajermarko ligoninių korporacija ir Austrijos dietologų draugija.

Programos pradžia – 2005 m. Programos baigimo data – nenustatyta. Visi Stajermarko bendrosios praktikos gydytojai yra kviesti dalyvauti programos priemonėse – specialistų mokymuose, kaip reikia informuoti visuomenę probleminiu klausimu.

Programa išskirtinai veikia tik širdies ligų prevencijos srityje. Programos tikslai: sumažinti širdies ir kraujagyslių susirgimų riziką; koreguoti gyvenimo būdą (visuomenės ir pacientų); gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir klinikinės veiklos rezultatus, riboti išlaidas didinant jų efektyvumą. Švietimas (pacientų ir visuomenės) yra svarbi programos dalis.

Pasiektų rezultatų duomenys dar nėra prieinami.

Belgijoje nuolat veikia šios prevencijos programos:

1. Širdies –kraujagyslių ligų skritingas bendrosios praktikos sektoriuje;
2. PreCardio programa;
3. Diabeto projektas Leuven

Širdies – kraujagyslių ligų skryningas bendrosios praktikos sektoriuje

Programą vykdo Sveikatos skatinimo ir Bendrosios medicinos asamblėja kartu su Belgijos prancūzų bendruomene. Asamblėja jungia savyje bendrosios praktikos gydytojus, akademinės sferos atstovus ir Belgijos prancūzų bendruomenės atstovus. Programos vykdymą finansiškai remia Belgijos prancūzų bendruomenė.

Programa startavo 2004 metais 8 bendrosios praktikos apskrityse. Dvi priemonės buvo dėl skryningo ir rizikos valdymo išbandytos 90 bendrosios praktikos kabinetų, kurie surinko duomenis apie 3231 pacientą. Kiekvienas BPG turėjo ištirti 90 pacientų, kurių amžius - nuo 30 iki 70 m. Iš bendro tirtų pacientų skaičiaus (3231) 50 proc. buvo veikiamas rizikos veiksnių, 25 proc. buvo didelės rizikos asmenys, 17 proc. – vidutinės rizikos, 8 – turėjo rūkymo keliamą riziką. Po mėnesio du trečdaliai visų asmenų su padidinta rizika buvo pakartotinai kviečiami konsultuotis dėl profilaktikos (mitybos, pratimų, viršsvorio reguliavimo klausimais). Maždaug pusei visų asmenų buvo patarta keisti gyvenimo būdą, tačiau tik apie 30 proc. iš jų bandė tai daryti.

Programa yra ir dabar veikianti, jos užbaigimo terminas nėra nustatytas

Programa PreCardio

Programą inicijavo sveikatos draudimo bendrovė „Onderlinge Ziekenkas“, kuri kartu su Hasselt universitetu įkūrė laikiną katedrą „De On-derlinge Ziekenkas-Preventie‘. Šios katedros veikla ir buvo programos PreCardio įgyvendinimas.

Kiti programos vykdymo dalyviai yra Belgijos universitetai ir Hasselt Širdies centras (Hartcentrum Hasselt).

Programa yra orientuota išimtinai į širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnių prevenciją. Rizikos veiksniai buvo suskirstyti į medicinos rizikos veiksnius (kraujospūdis, glikemija, cholesterolemia ir svoris) ir gyvenimo būdo veiksnius (maisto vartojimas, fizinis aktyvumas ir rūkymo įpročiai). Precardio turėjo nustatyti, kokiu mastu reikia keisti gyvenimo būdą, jos tikslai yra silpninti rizikos veiksnius ir visuomenės sveikatos išlaidas dėl širdies – kraujagyslių ligų.

Esminis programos vykdymo pobūdis: elektroninė rizikos skaičiuoklė (EPD) buvo prijungta prie esamos kompiuterinės programos (EMD), kuria naudojasi gydytojai visoje Belgijoje. Pagal suskaičiuotus paciento balus, naudojant algoritmą, EPD sukuria terapinį planą pacientams priklausomai nuo jų kardiovaskulinės rizikos.

Projektas startavo 2007 m. kovo mėn. ir jo pirmasis etapas buvo baigtas 2009 m. Atsižvelgiant į rezultatų vertinimą remiantys tyrimo ir kontrolinių grupių analize sekantis etapas buvo pradėtas 2010 m. Prospektyvinis randomizuotas tyrimas buvo atliekams su tyrimo (400 dalyvių, periodas 3 metai) ir kontroline grupe.

Diabeto projektas Leuven

Diabeto projektas yra vykdomas Liuveno Katalikiškojo universiteto (KUL Leuven), yra finansuojamas Bwelgijos viešosios socialinio draudimo organizacijos (RIZ|IV). Šio projekto tikslas buvo pabandyti įgyvendinti diabetu sergančių pacientų gydymo naują protokolą (algoritmą) – sudėtinę dalį „Multifunkcinės kokybės gerinimo programos“ - bendrosios medicinos praktikos lygmenyje. Buvo naudojamas tyrimo ir kontrolinių grupių naudojimo principas.

Visų programų eiga turėjo parodyti, kiek efektyvus gali būti Belgijos pirminės sveikatos priežiūros sektorius vykdant prevencija ir nustatyti, kokie yra kaštai, susiję su teigiamų rezultatų gavimu.

Suomijoje pirminės sveikatos priežiūros sektoriaus vaidmuo profilaktikoje yra labai aiškiai apibrėžtas. Šalyje pirminės sveikatos sektorius veikia municipaliniu (savivaldybių) lygmeniu, kiekviena savivaldybė turi sveikatos centrą steigėjo teisėmis. Širdies-kraujagyslių ligų profilaktikos tvarka yra nustatyta Nacionalinio visuomenės sveikatos instituto ir Suomijos medicinos draugijos.

Šiaurės Kareljos projektas[49] buvo pirmoji nacionalinė širdies-kraujagyslių ligų prevencijos programa Suomijoje. Ji startavo 1972 m. ir buvo baigta 1997 m. Esminiai programos pasiekimai yra tie, kad Suomijoje sumažėjo rūkančiųjų dalis nuo 52 proc. iki 31 proc. visų gyventojų, o sviesto suvartojimas šalyje sumažėjo beveik 8 kartus, pakeičiant jį racione augaliniais aliejais. Mirtingumas nuo išeminės širdies ligos 1970 m. Suomijoje buvo 672 atvejai 100.000 gyventojų; per 1970 – 1995 metus jis sumažėjo 73 procentais. Mirtingumas nuo visų širdies - kraujagyslių ligų kartu paėmus 1970 m. buvo 855 atvejai 100.000 gyventojų; per 1970 – 1995 metus jis sumažėjo 68 procentais. Programos priemonės buvo vykdomos daugelio organizacijų, kooperuojantis sveikatos priežiūros įstaigoms ar institrucijoms su mokyklomis, maisto pramonės įmonėmis ir kt.. Priemonių esmė – gyventojų ir sveikatos priežiūros specialistų mokymas.

Kita svarbi programa buvo Diabeto prevencijos ir rūpybos plėtros programa (Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes 2000 – 2010 – DEHKO). Ji buvo vykdoma iki 2000 - 2010 metais nacionaliniu mastu. Programos pasiekti rezultatai dar nėra publikuoti.

Suomijoje taip pat veikia Nacionalinė sveikatos biblioteka - interneto svetainė. Ją finansuoja Socialinių reikalų ir sveikatos ministerija bei Suomijos medicinos draugija. Programa startavo 2005 metais, yra laikoma nacionaline.

Prancūzijoje šiuo metu veikia programa „Privačios komandos sveikatos akcija“ (Action de sante liberale en equipe). Jos pagrindinis tikslas yra įtraukti slaugytojus į aktyvią prevencinę veikla pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Kadangi programa yra finansuojama Prancūzijos Nacionalinio sveikatos draudimo, pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje šiuo metu stebimas naujas fenomenas, kuomet privačiose įstaigose įdarbinama vis daugiau slaugytojų. Ši programa startavo 2004 metais, jos pabaiga nėra nustatyta. Planuojama, kad programa apimtų vieną iš 95 žemės ūkio Prancūzijos regionų,

[49] National Public Health Institute – Finland: The North Karelia Project: pioneering work to improve National Public Health

įtraukdama visus jame praktikuojančius bendrosios praktikos gydytojus. Yra numatyta, kad turės būti atliktas programos naudingumo įvertinimas. 2008 metais šios programos dalyvių duomenų bazėje buvo 40.000 asmenų įrašų.

Kita programa, kuri tebevyksta, yra „Prevencinio pasimatymo“ programa. Ją taip pat finansuoja Prancūzijos Nacionalinio sveikatos draudimas. Programa taikoma visiems gyventojams, kurie yra ne senesni, kaip 75 metų amžiaus. Programos priemonės – mokymai, kurių metu savanoris asmuo – dalyvis – turi dalyvauti 3 valandų trukmės praktiniuose mokymuose, kurių metu išmoksta geriau suprasti sveikatos problemas, planuoti fizinio aktyvumo priemones, atpažinti širdies - kraujagyslių ligų pirmuosius ženklus, susipažinti su reikiamų vaistų naudojimo ypatybėmis. Pacientai yra aprūpinami rašytine mokymo medžiaga. Numatyti programos kaštai, tenkantys vienam dalyviui – 120 eurų.

Lenkijoje 2004 metais Nacionalinis sveikatos fondas įdiegė Širdies-kraujagyslių ligų prevencijos programą. Programos priemonės, kurias finansavo Nacionalinis sveikatos fondas , buvo:

- asmenų, prisirašiusių pirminės sveikatos priežiūros centruose, skryningas nustatant susirgimo rizikos faktorius;
- konsultavimas (informacija) kaip išvengti pagrindinių rizikos veiksnių.

2007 – 2008 metais Lenkijos sveikatos ministerija pradėjo programos poveikio gerinant prevencijos klinikinėje praktikoje kokybę, vertinimą. Šiuo metu yra nustatyta, kad programa leidžia efektyviai identifikuoti padidintos rizikos pacientus. Kita vertus, taip pat nustatyta, kad rizikos veiksnių valdymas pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje yra labai žemas. Bandymai aktyvinti bendrosios praktikos gydytojus programos rėmuose pasirodė neefektyvūs. Priimtas sprendimas, kad būtina programa turi būti tobulinama įdiegiant į ją labiau struktūruotas rizikos veiksnių valdymo priemones.

Programa apėmė visas 16 Lenkijos vaivadijų, kuriose nuo 2 iki 6 pirminės sveikatos priežiūros centrų dalyvavo programos priemonėse. Iš viso programoje dalyvavo 66 gydymo įstaigos – 33 iš jų kaip aktyvios dalyvės ir 33 – kaip kontrolinė grupė. Tuo būdu iš pradžių buvo užtikrintas programos poveikio ir priemonių efektyvumo objektyvus vertinimas. Iš viso buvo ištirta 12289 asmenys (35 – 55 m. amžiaus). Iš jų 7102 buvo be jokių širdies – kraujagyslių funkcinių sutrikimų požymių (mažiausiai – nuo 2005 m. sausio 1 d.).

Anksčiau (2002 – 2005 metais) vykdytas projektas „Polscreen“, kurį rėmė vaistų gamintoja - firma Polfarm, kurio metu buvo nustatomi rizikos veiksniai: rūkymas, padidintas kraujospūdis ir bendras cholesterolio kiekis kraujyje, apėmė daugiau kaip 700.000 gyventojų.

Apibendrinant kitų Europos šalių patirties nagrinėjamoje srityje apžvalgą reikia pastebėti, kad savo mastais daugiausiai atitinka Lietuvoje vykdomą širdies-kraujagyslių ligų prevencijos programą situacija Didžiojoje Britanijoje. Pagrindinės visų šalių problemos yra bendrosios praktikos gydytojų

aktyvumo stoka – tikėtina, kad dėl nepakankamos motyvacijos. Daugumos šiuo metu vykdomų programų priemonių iš esmės sutampa su Lietuvoje taikomomis – tai informacinės palaugos ir tyrimai. Priemonės taikomos žymiai mažesniu mastu, tačiau pagrindinis skiriamasis užsienio šalių ir Lietuvos prevencinių programų skiriamasis bruožas yra tas, kad dauguma užsienio šalių programų buvo vykdomos lygiagrečiai naudojant pacientų ir įstaigų kontrolinių grupių stebėjimą, buvo nuo pat pradžių patvirtinti šių programų vertinimo planai ir tvarka.

6.3. 2005 - 2010 M. LIETUVOJE VYKDYTOS PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos tikslas – sumažinti sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu, praeinančiu smegenų išemijos priepuoliu ar smegenų infarktu, periferinių arterijų tromboze), naujai išaiškinti latentines aterosklerozės būkles (miego arterijų stenozes, periferinę arterijų ligą, stabiliąją krūtinės anginą) ir cukrinį diabetą, siekiant užkirsti kelią aterosklerozės progresavimui didelės kardiovaskulinės rizikos gyventojų populiacijoje, ypatingą dėmesį kreipiant į rajonų gyventojus, sumažinti pacientų neįgalumą dėl širdies – kraujagyslių ligų.

Programos uždaviniai:

1) skatinti pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (PASPĮ) medikų (bendrosios praktikos gydytojų ir slaugytojų) budrumą, išaiškinant didelės kardiovaskulinės rizikos asmenis, kad galima būtų užkirsti kelią širdies ir kraujagyslių ligų išsivystymui dar iki prasidedant klinikinei kardiovaskulinei ligai (koronarinei širdies ligai, periferinių arterijų obstrukcinei ligai, galvos smegenų arterijų ligai), sudaryti jiems ilgalaikės prevencijos programas, ir, reikalui esant, siųsti juos į specializuotus kardiovaskulinės prevencijos padalinius (KPP) Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose bei Kauno medicinos universiteto klinikose, o ateityje (nuo 2006 m. vidurio), sukūrus reikiamą instrumentinę diagnostiko bazę, ir į Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio ligonines pagilintam laboratoriniam, kardiologiniam ir angiologiniam ištyrimui ir konsultacijai, o, bei nustačius ypač didelę kardiovaskulinę riziką – ilgalaikei prevencinei priežiūrai ir pakartotiniems, laboratoriniams, kardiologiniams ir angiologiniams tyrimams, atliekamiems KPP;

2) sudaryti praktines prielaidas PASPĮ bendrosios praktikos gydytojams užsiimti pirmine kardiovaskulinių ligų prevencija: nedidelės ir vidutinės rizikos pacientams –

savarankiškai, didelės rizikos pacientams – po KPP specialistų konsultacijos; ypač didelės rizikos pacientams – prevenciją vykdyti kartu su KPP medikais;

3) suformuoti didelės rizikos pacientų, kuriems reikalingas pagilintas kardiovaskulinės rizikos ir ankstyvos aterosklerozės išaiškinimas, srautus ir nukreipti juos į specializuotus prevencijos padalinius Vilniuje ir Kaune, o vėliau (nuo 2006 m. vidurio) – ir Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje, skatinant platesnį šiuolaikinių kardiovaskulinės rizikos ir ankstyvos aterosklerozės, o taip pat cukrinio diabeto bei gliukozės tolerancijos sutrikimų išaiškinimo metodų taikymą (šiuo metu šie tyrimai daugiau prieinami stambiųjų miestų gyventojams ir kur kas mažiau rajonų gyventojams) bei taikant intensyvesnius gyvensenos modifikavimo, aterosklerozės progresavimą ir aterotrombozės vystymąsi sulaikančių bei gliukozės metabolizmą koreguojančių medikamentų skyrimo principus;

4) stiprinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų institucinį bendradarbiavimą ypač didelės kardiovaskulinės rizikos asmenų išaiškinimo ir prevencinės priežiūros srityje.

5) programos priemonės apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skirtų asignavimų.

Vertinant prevencinę programą pagal proceso indikatorius buvo nustatoma, kaip programos priemonės atitiko esminius skriningo principus[50], įvertinant atitikimą pagal pasirinktą skalę.

Analizuojant programos efektyvumą pagal pasiektus užsibrėžtus tikslus buvo pasirinktas sergamumo širdies – kraujagyslių ligomis dinamikos tyrimas, hospitalinio sergamumo dinamikos tyrimas ir mirtingumo rodiklio pokyčio dinamikos tyrimas panaudojant bendruosius, populiacinio lygmens, epidemiologinius statistinius duomenis bei gyventojų – prevencinės programos dalyvių (prevencinės grupės) ir to paties amžiaus grupės gyventojų, negavusių prevencinių paslaugų (kontrolinė grupė) duomenis.

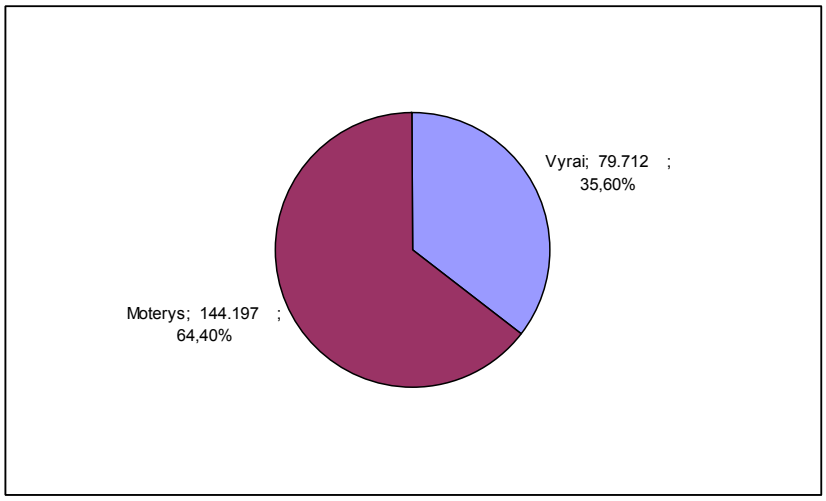
Vertinant programą kaštų – efektyvumo analizės metodu buvo nustatoma, kaip šis santykis atitinka PSO rekomenduojamą vertinimo skalę[51].

6.3.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBĖSE

[50] Anne Andermann,a Ingeborg Blancquaert,b Sylvie Beauchampb & Véronique Déryc. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organization | April 2008, 86 (4)

[51] Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global reports, WHO 2005

Asmenų, gavusių programos paslaugas per 2006 – 2009 metus, skaičius siekė 223.909. Pagal lytį (VUL Santariškių klinikos duomenimis) asmenys pasiskirstė, kaip pavaizduota 7 pav.



7 pav. Asmenų, kurie gavo prevencinės programos paslaugas per 2006 – 2009 metus, pasiskirstymas pagal lytį

Siekiant įvertinti, kaip programa aprėpė Lietuvos gyventojus, buvo analizuojama, kaip programa buvo vykdoma atskirose savivaldybėse. Buvo nustatomas programos vykdymo intensyvumas pagal suteiktų programos paslaugų skaičių, tenkantį 1000 gyventojų (8 lentelė).

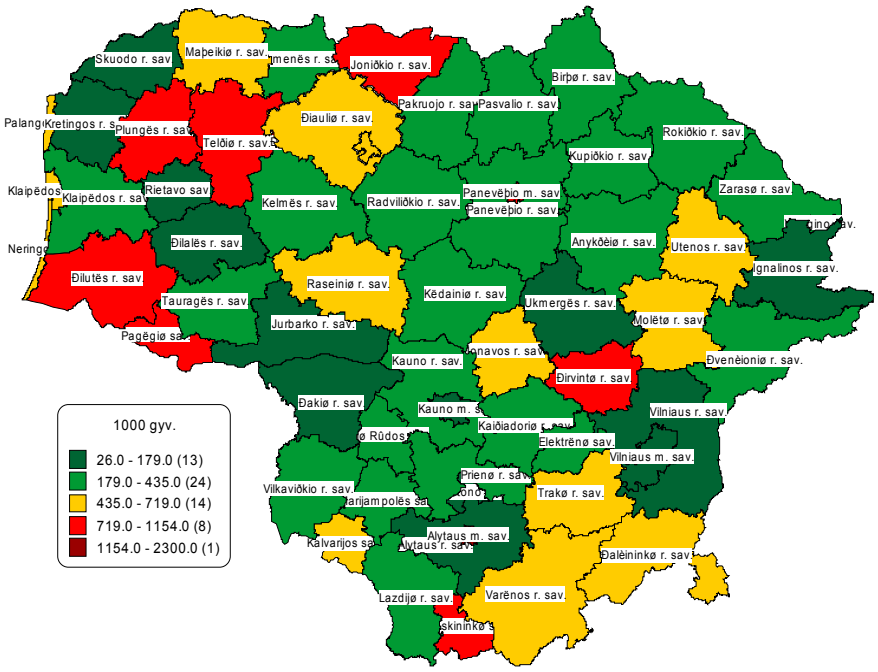
8 lentelė. Programos vykdymo intensyvumas savivaldybėse per 2006 – 2009 metus

Savivaldybė	Suteiktų paslaugų skaičius	Suteikta paslaugų, sk./1000 gyv. (vyrai 40-55 m., moterys 50-65 m.)	Nuokrypis nuo vidurkio, %
Akmenės r. sav.	1.854	317	-38,04
Alytaus r. sav.	2.673	179	-145,23
Alytus	14.637	2.300	80,95
Anykščių r. sav.	2.647	394	-11,23
Birštonas	138	121	-262,94
Biržų r. sav.	1.494	224	-95,19
Druskininkai	4.662	882	50,37
Elektrėnų sav.	3.377	564	22,38
Ignalinos r. sav.	4.704	1.082	59,53
Jonavos r. sav.	296	27	-1.500,07
Joniškio r. sav.	3.579	580	24,44
Jurbarko r. sav.	2.905	395	-10,77
Kaišiadorių r. sav.	611	81	-440,31
Kalvarijos sav.	803	325	-34,65
Kaunas	26.628	355	-23,52
Kauno r. sav.	6.486	368	-19,13
Kazlų Rūdos sav.	1.538	544	19,46
Kėdainių r. sav.	7.442	569	23,02
Kelmės r. sav.	2.732	353	-24,05
Klaipėda	22.708	565	22,50

Klaipėdos r. sav.	1.241	125	-250,45
Kretingos r. sav.	2.701	302	-45,13
Kupiškio r. sav.	1.734	366	-19,82
Lazdijų r. sav.	1.502	312	-40,28
Marijampolės sav.	7.217	519	15,57
Mažeikių r. sav.	8.311	635	30,99
Molėtų r. sav.	3.752	787	44,35
Neringa	204	259	-69,40
Pagėgių sav.	456	208	-110,91
Pakruojo r. sav.	1.314	233	-87,82
Palanga	3.222	842	47,98
Panevėžio r. sav.	2.415	335	-30,61
Panevėžys	8.289	272	-61,16
Pasvalio r. sav.	4.564	706	37,93
Plungės r. sav.	2.346	280	-56,68
Prienų r. sav.	1.052	154	-184,18
Radviliškio r. sav.	7.116	719	39,08
Raseinių r. sav.	603	72	-506,68
Rietavo sav.	2.061	1.105	60,37
Rokiškio r. sav.	7.248	885	50,52
Skuodo r. sav.	288	59	-638,59
Šakių r. sav.	1.902	267	-64,01
Šalčininkų r. sav.	1.588	214	-104,73
Šiauliai	31.120	1.153	62,02
Šiaulių r. sav.	6.957	673	34,92
Šilalės r. sav.	514	91	-379,54
Šilutės r. sav.	5.623	550	20,42
Širvintų r. sav.	1.926	481	8,87
Švenčionių r. sav.	319	49	-789,35
Tauragės r. sav.	267	26	-1.581,17
Telšių r. sav.	5.302	484	9,51
Trakų r. sav.	3.903	521	15,86
Ukmergės r. sav.	1.576	163	-168,10
Utenos r. sav.	2.118	204	-114,88
Varėnos r. sav.	1.691	281	-55,79
Vilkaviškio r. sav.	389	41	-971,81
Vilniaus r. sav.	3.914	434	-0,91
Vilnius	51.360	199	-120,13
Visaginas	5.752	795	44,94
Zarasų r. sav.	1.075	249	-76,25

VLK (SVEIDRA) duomenys

Kaip matyti iš 8 lentelės duomenų programos vykdymo aktyvumas buvo nevienodas atskirose savivaldybėse. Pasiskirstymo netolygumai yra pavaizduoti 8 pav.



8 pav. Suteiktų paslaugų per 2006-2009 metus, sk./1000 gyventojų (vyrai 40-55 m., moterys 50-65 m.)

Paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų (vyrai 40-55 m., moterys 50-65 m. amžiaus), pasiskirstymo savivaldybėse vidutinis kvadratinis nuokrypis yra 372,22, o variacijos koeficientas yra 0,84997 (84,99 %).

6.3.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL TIESIOGIAI PASIEKTUS REZULTATUS

Analizuojant programos prevencinių priemonių poveikį sergamumo rodiklių pokyčio per 2006 – 2009 metus aspektu yra stebimas aiškus skirtumas tarp hospitalinio sergamumo trendų dinamikos Lietuvos gyventojų (vyrai 40-55 m. amžiaus ir moterys 50 - 65 m. amžiaus) grupėje ir asmenų - programos dalyvių, gavusių prevencines paslaugas per atitinkamą laikotarpį, grupėje.

Vyrų, 40-55 m. amžiaus, ir 50 - 65 m. amžiaus moterų, stacionare gydytų susirgimų širdies – kraujagyslių ligomis atvejų skaičius buvo nustatytas atlikus stratifikuotą paiešką SVEIDROS duomenų bazėje, išskiriant visus atvejus į dvi grupes: asmenų, gavusių prevencines paslaugas (prevencinė grupė) ir asmenų, kurie negavo prevencinių paslaugų (kontrolinė grupė).

Hipertenzijos, išeminės ligos, miokardo infarkto, cerebrovaskulinių ligų ir insulto atvejais hospitalinis sergamumas asmenų (vyrai 40-55 m. amžiaus ir moterys 50 - 65 m. amžiaus), gavusių prevencinės programos paslaugas, grupėje (prevencinė grupė) per 2006 – 2009 buvo apskaičiuojamas

pagal didėjantį nustatytų atvejų skaičių ir pagal didėjantį asmenų, gavusių prevencines paslaugas, skaičių (9 lentelė).

9 lentelė. Hospitalinio sergamumo širdies-kraujagyslių ligomis rodiklio pokyčiai prevencines paslaugas gavusių asmenų grupėje per 2006 – 2009 metus

Prevencinė grupė: vyrai 40-55 amžiaus ir moterys 50 - 65 m. amžiaus				
Metai	Gyventojų skaičius	TLK-10	Atvejų skaičius	Sergamumas, 1000 grupės asmenų
2006	15535	I10-I15	1.109	71,39
2007	52861	I10-I15	1.362	36,13
2008	76064	I10-I15	1.553	27,86
2009	79449	I10-I15	1.717	25,64
2006	15535	I20,I24,I25	2.392	153,98
2007	52861	I20,I24,I25	2.355	69,40
2008	76064	I20,I24,I25	2.825	52,42
2009	79449	I20,I24,I25	2.916	46,84
2006	15535	I21-I23	391	25,17
2007	52861	I21-I23	432	12,03
2008	76064	I21-I23	635	10,09
2009	79449	I21-I23	758	9,90
2006	15535	I60-I64	662	42,61
2007	52861	I60-I64	764	20,85
2008	76064	I60-I64	900	16,10
2009	79449	I60-I64	967	14,71

VLK (SVEIDRA) duomenys

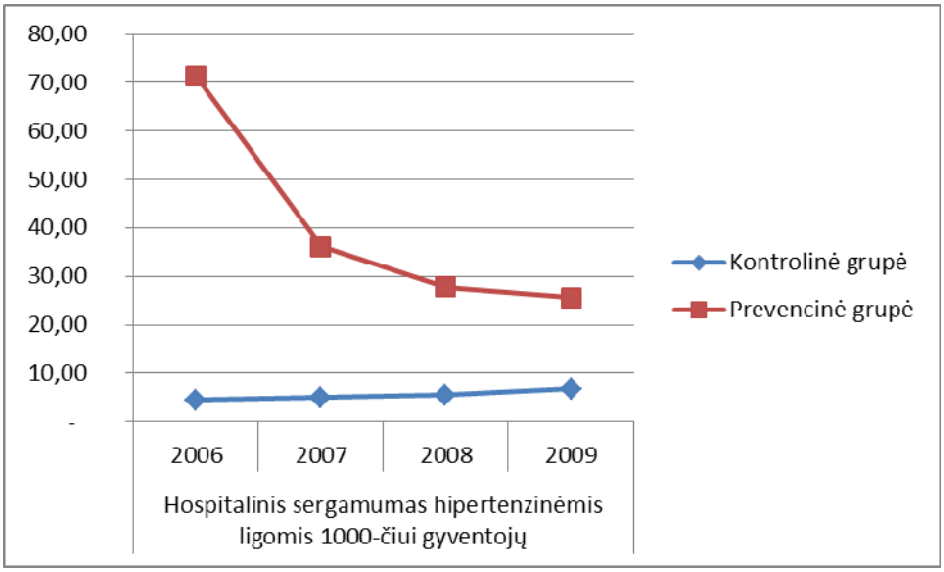
Atitinkamai, hospitalinio sergamumo rodikliai gyventojų (vyrai 40-55 m. amžiaus ir moterys 50 - 65 m. amžiaus) grupėje, negavusioje prevencinės programos paslaugų (kontrolinė grupė), keitėsi taip, kaip parodyta 10 lentelėje.

10 lentelė. Sergamumo širdies-kraujagyslių ligomis rodiklio pokyčiai asmenų, negavusių prevencinių paslaugų, grupėje per 2006 – 2009 metus

Kontrolinė grupė: vyrai 40-55 amžiaus ir moterys 50 - 65 m. amžiaus				
Metai	Gyventojų skaičius	TLK-10	Atvejų skaičius	Sergamumas, 1000 grupės asmenų
2006	682307	I10-I15	3.072	4,50
2007	632388	I10-I15	3.185	5,04
2008	558853	I10-I15	3.128	5,60
2009	483221	I10-I15	3.311	6,85
2006	682307	I20,I24,I25	8.404	12,32
2007	632388	I20,I24,I25	7.566	11,96
2008	558853	I20,I24,I25	6.935	12,41
2009	483221	I20,I24,I25	7.007	14,50
2006	682307	I21-I23	1.998	2,93
2007	632388	I21-I23	1.935	3,06
2008	558853	I21-I23	1.850	3,31
2009	483221	I21-I23	1.813	3,75
2006	682307	I60-I64	3000	4,40
2007	632388	I60-I64	2872	4,54
2008	558853	I60-I64	2716	4,86
2009	483221	I60-I64	2590	5,36

VLK (SVEIDRA) duomenys

Hospitalinio sergamumo hipertenzine liga rodiklio pokytis kontrolinėje ir prevencinėje (tiriamoje) grupėje per 2006 – 2009 metus yra pavaizduotas 9 pav.

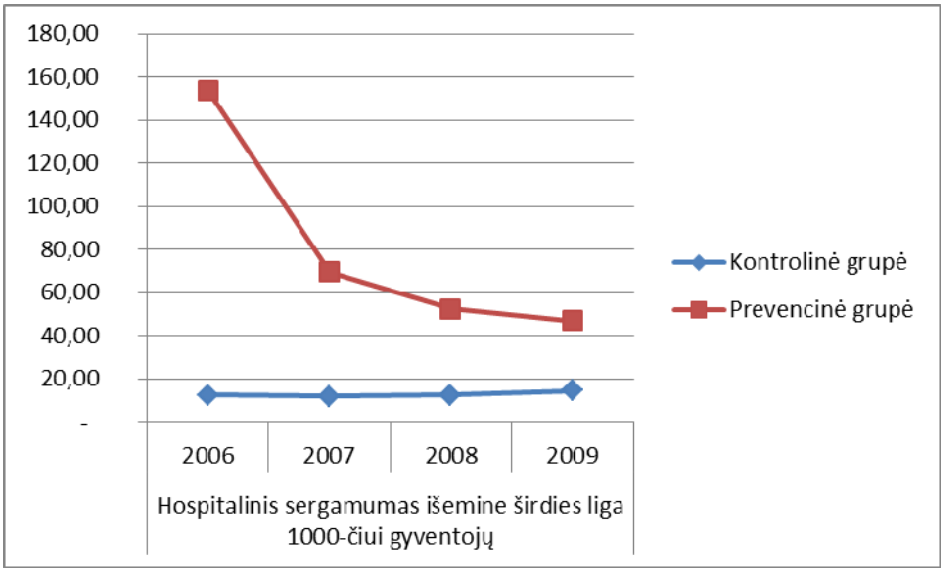


VLK (SVEIDRA) duomenys

9 pav. Hospitalinio sergamumo hipertenzine liga kontrolinėje ir prevencinėje grupėse per 2006 – 2009 m. palyginimas

Kaip pavaizduota 9 pav., hospitalinio sergamumo mažėjimo trendas tyrimo grupėje yra aiškiai mažėjantis, kai, tuo tarpu, kontrolinės grupės sergamumo trendas yra augantis; ši dinamika liudija apie neabejotinai teigiamą prevencinės programos poveikį.

Hospitalinis sergamumas išemine širdies liga (1000-čiui gyventojų) kontrolinėje ir prevencinėje grupėje per 2006 – 2009 metus keitėsi taip, kaip pavaizduota 10 pav.

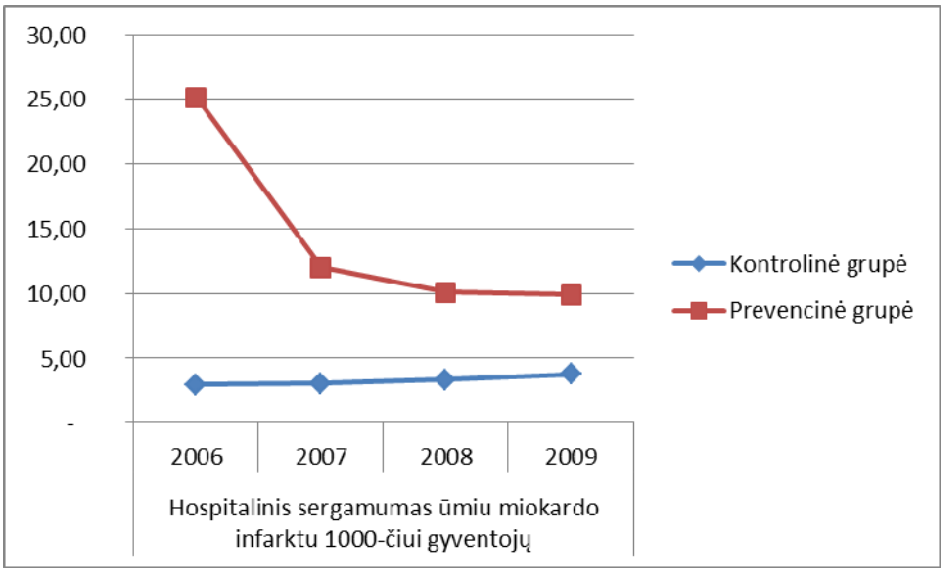


VLK (SVEIDRA) duomenys

10 pav. Hospitalinio sergamumo išemine liga kontrolinėje ir prevencinėje grupėse per 2006 – 2009 m. palyginimas

Kaip pavaizduota 10 pav., hospitalinio sergamumo mažėjimo trendas tyrimo grupėje yra aiškiai mažėjantis, kai, tuo tarpu, kontrolinės grupės sergamumo trendas yra augantis; ši dinamika liudija apie neabejotinai teigiamą prevencinės programos poveikį.

Hospitalinis sergamumas ūminiu miokardo infarktu (1000-čiui gyventojų) kontrolinėje ir prevencinėje grupėje per 2006 – 2009 metus keitėsi taip, kaip pavaizduota 11 pav.

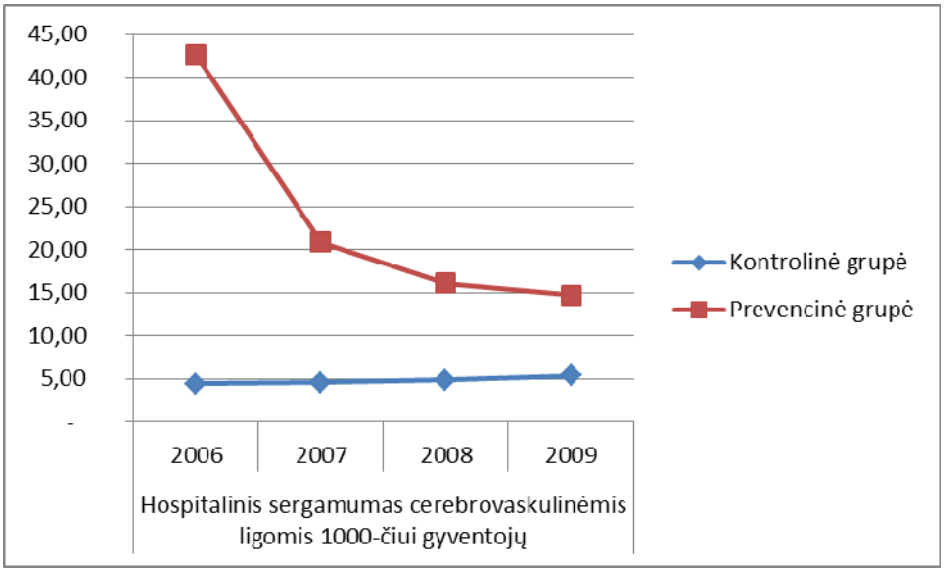


VLK (SVEIDRA) duomenys

11 pav. Hospitalinio sergamumo ūminiu miokardo infarktu kontrolinėje ir prevencinėje grupėse per 2006 – 2009 m. palyginimas

Kaip pavaizduota 11 pav., hospitalinio sergamumo mažėjimo trendas tyrimo grupėje yra aiškiai mažėjantis, kai, tuo tarpu, kontrolinės grupės sergamumo trendas yra augantis; ši dinamika liudija apie neabejotinai teigiamą prevencinės programos poveikį.

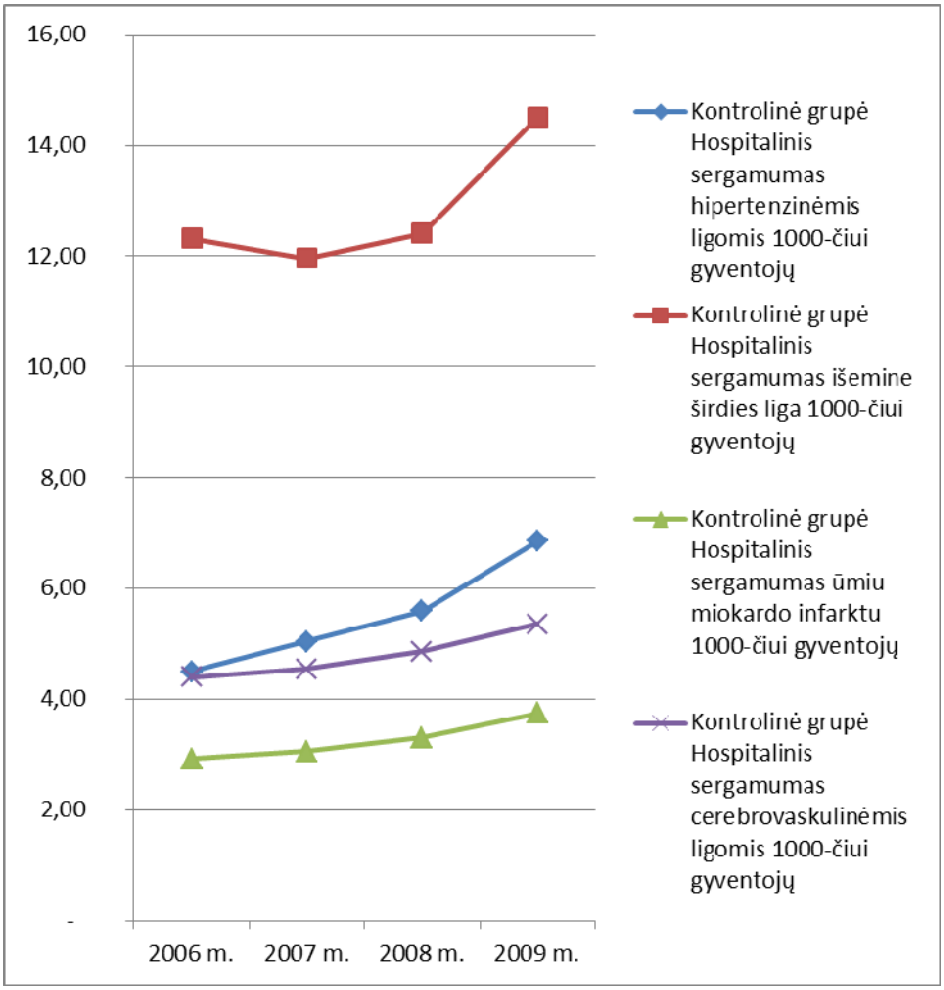
Hospitalinis sergamumas cerebrovaskulinėmis ligomis (1000-čiui gyventojų) kontrolinėje ir prevencinėje grupėje per 2006 – 2009 metus keitėsi taip, kaip pavaizduota 12 pav.



VLK (SVEIDRA) duomenys

12 pav. Hospitalinio sergamumo cerebrovaskulinėmis ligomis kontrolinėje ir prevencinėje grupėse per 2006 – 2009 m. palyginimas

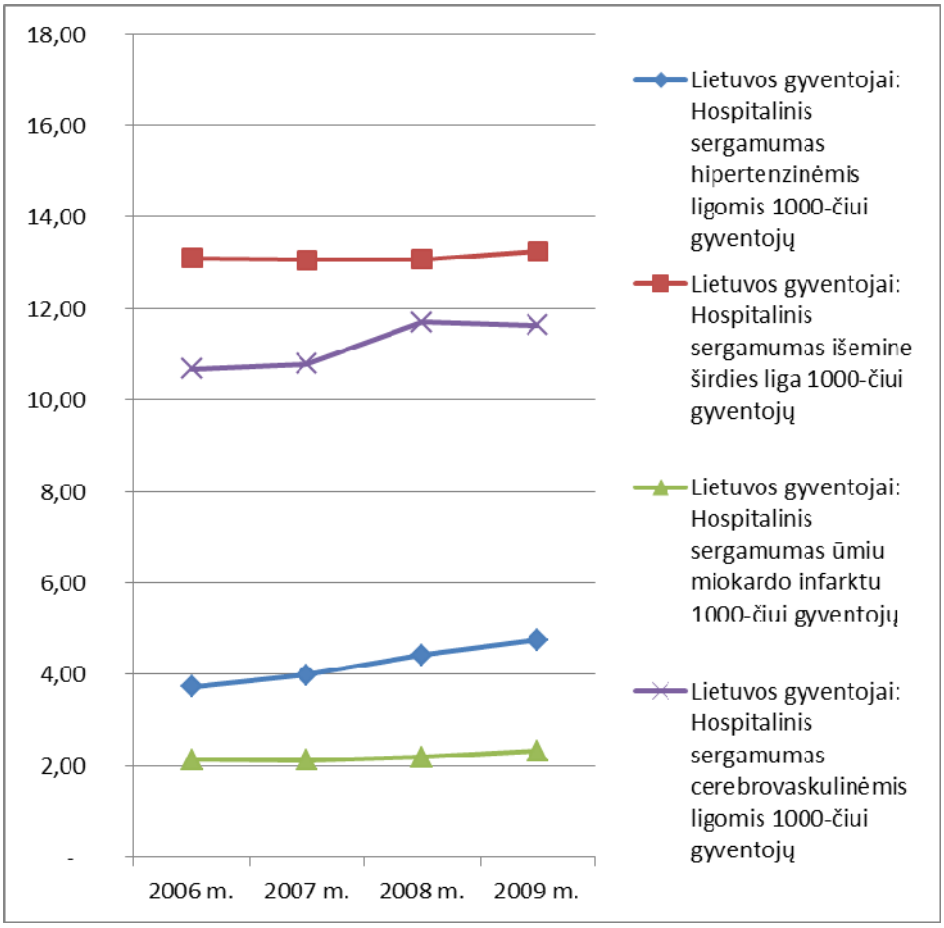
Kaip matyti iš 9 – 12 pav. pavaizduotų rodiklių pokyčių, hospitalinis sergamumas kontrolinėje grupėje (Lietuvos gyventojai: vyrai 40-55 amžiaus ir moterys 50 - 65 m. amžiaus, negavę prevencinės programos paslaugų) didėjo; ši tendencija yra stebima ir visų Lietuvos gyventojų (populiacinėje) grupėje (13-14 pav.).



VLK (SVEIDRA) duomenys

13 pav. Hospitalinis sergamumas širdies - kraujagyslių ligomis kontrolinėje grupėje per 2006 – 2009 m.

Visų Lietuvos gyventojų (populiacinės grupės) hospitalinis sergamumo širdies – kraujagyslių ligomis trendai taip pat didėjo per 2006 – 2009 metus, tačiau ne taip sparčiai, kaip kontrolinėje grupėje. Tai paaiškinama itin retais širdies – kraujagyslių susirgimo atvejais vaikiškame ar jaunatviniame amžiuje. Hospitalinis sergamumas cerebrovaskulinėmis ligomis populiacinėje grupėje 2008 metais pradėjo mažėti. Šie teigiami skirtumai ir pokyčiai neabejotinai yra pasiekti dėka prevencinės programos priemonių 2005 – 2009 metų laikotarpyje (14 pav.).



Higienos instituto prie SAM duomenys

14 pav. Lietuvos gyventojų hospitalinis sergamumas širdies - kraujagyslių ligomis tarp per 2006 – 2009 m.

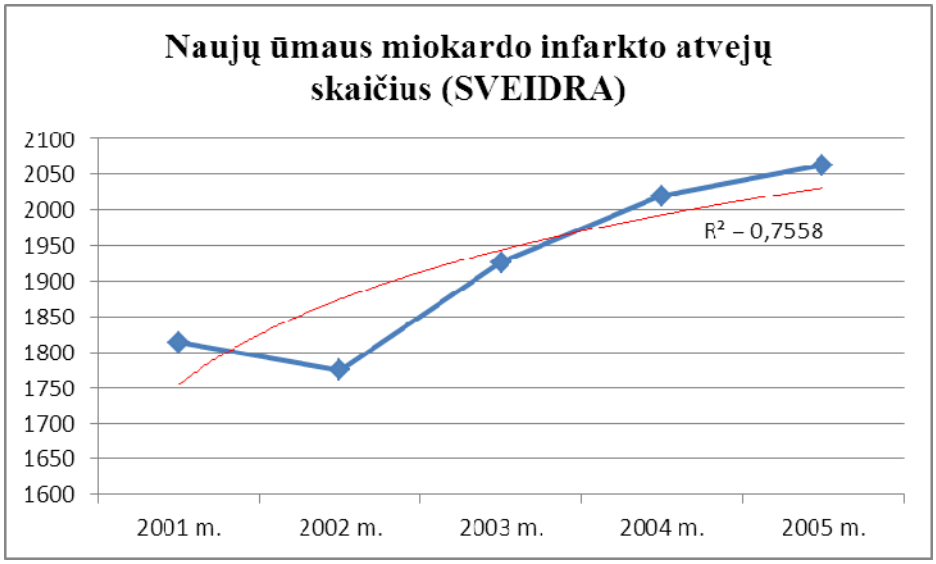
6.3.3. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL POPULIACINIO LYGMENS EPIDEMIOLOGINIUS RODIKLIUS

Prevencinės programos dalyvių skaičius yra pakankamai didelis tam, kad galima būtų tikėtis prevencijos priemonių pastebimo poveikio ir bendrosios statistikos aspektu. Tiriant galimą poveikį bendriesiems gyventojų sergamumo rodiklių pokyčiams nagrinėjome ūmaus miokardo infarkto, hipertenzinės ligos, išeminės ligos, cerebrovaskulinių ligų ir ukrinio diabeto naujų atvejų skaičių pokyčio dinamiką (Higienos instituto prie SAM duomenys).

Naujų ūmaus miokardo infarkto atvejų skaičiaus pokyčio dinamika per 2001 – 2009 metus ir atskirais periodais pavaizduota 15 – 17 pav.

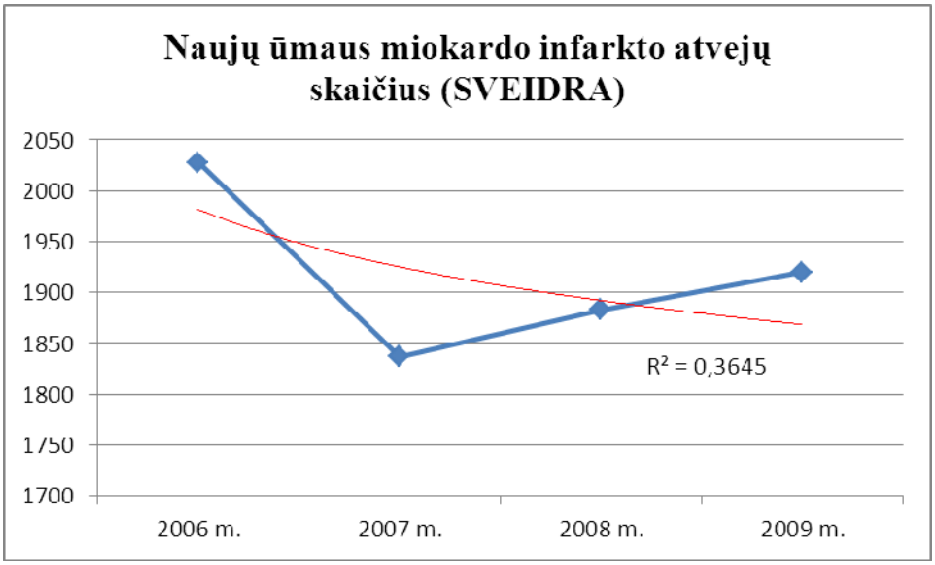
15 pav. Naujų ūmaus miokardo infarkto atvejų skaičiaus pokytis per 2001 – 2009 metus

Analizuojant naujų ūmaus miokardo infarkto atvejų skaičiaus pokytį 2001 – 2005 metais, t.y., iki programos pradžios, yra stebimas aiškus kylantis pokyčio dinamikos trendas (16 pav.)



16 pav. Miokardo infarkto atvejų skaičiaus pokytis 2001 – 2005 metais

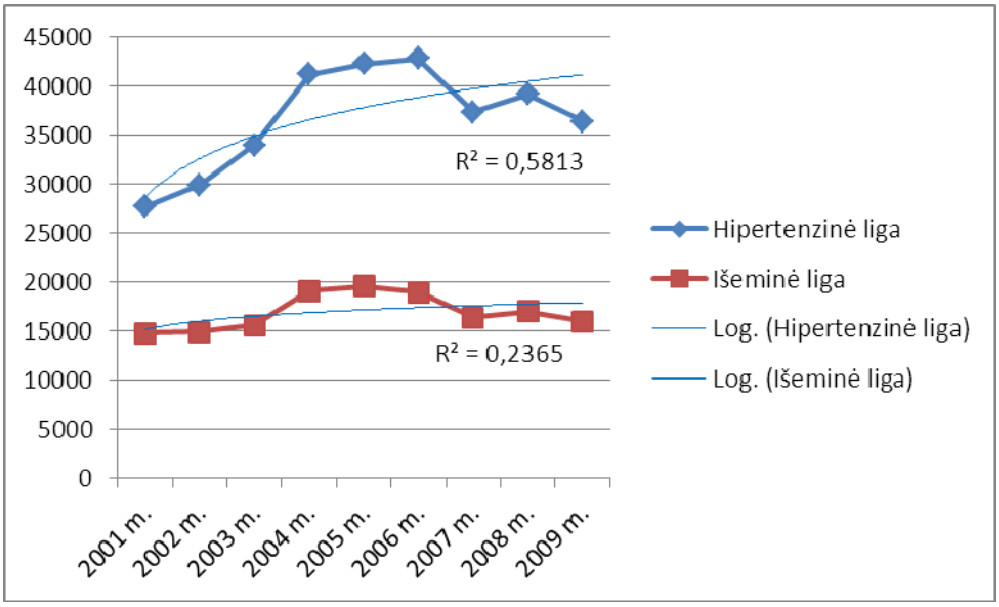
Naujų ūmaus miokardo infarkto atvejų skaičiaus pokytis 2006 – 2009 metais, t.y., programos vykdymo laikotarpyje, yra stebimas aiškus žemėjantis pokyčio dinamikos trendas (17 pav.)



17 pav. Naujų ūmaus miokardo infarkto atvejų skaičiaus pokytis 2006 – 2009 metais

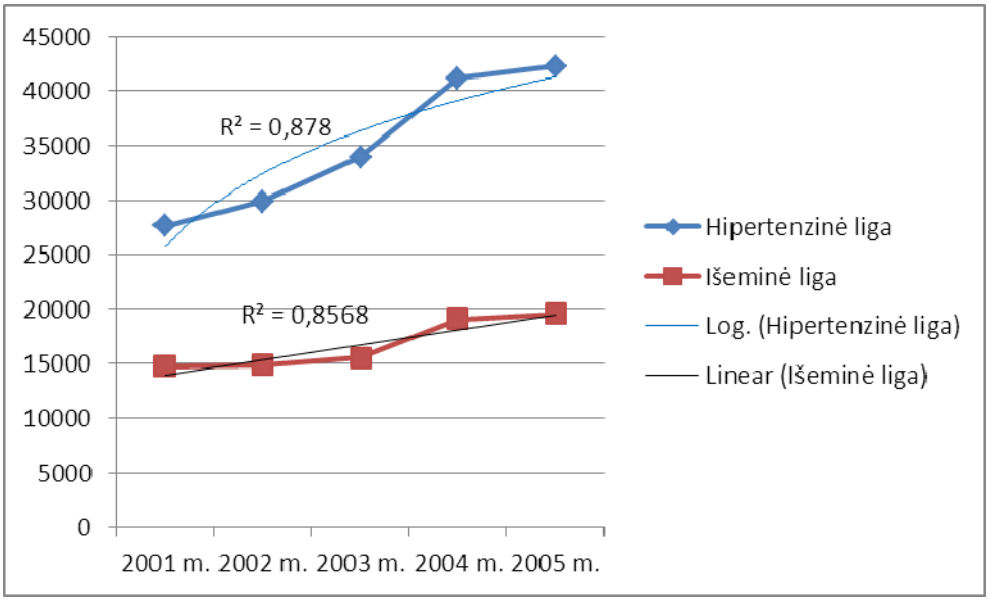
Trendo linijos lūžis dviejų periodų (iki prevencijos programos pradžios ir po) sandūroje leidžia manyti, kad prevencinė programa turėjo esminį poveikį mažėjant naujų ūmaus miokardo infarkto atvejų skaičiui Lietuvoje.

Hipertenzinės ligos ir išeminės ligos naujų atvejų skaičiaus pokytis per 2001 – 2009 metus pavaizduotas 18 pav.



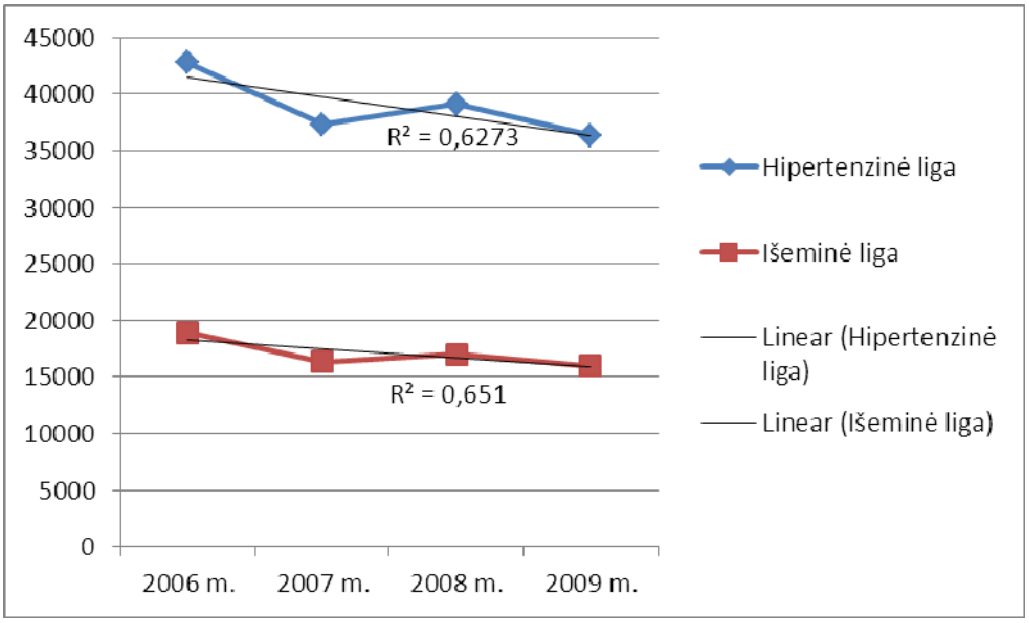
18 pav. Hipertenzinės ligos ir išeminės ligos naujų atvejų skaičiaus pokytis per 2001 – 2009 metus

Analizuojant naujų hipertenzinės ligos ir išeminės ligos atvejų skaičiaus pokytį 2001 – 2005 metais, t.y., iki programos pradžios, yra stebimas aiškus kylantis pokyčio dinamikos trendas (19 pav.)



19 pav. Naujų hipertenzinės ligos ir išeminės ligos atvejų skaičiaus pokytis 2001 – 2005 metais

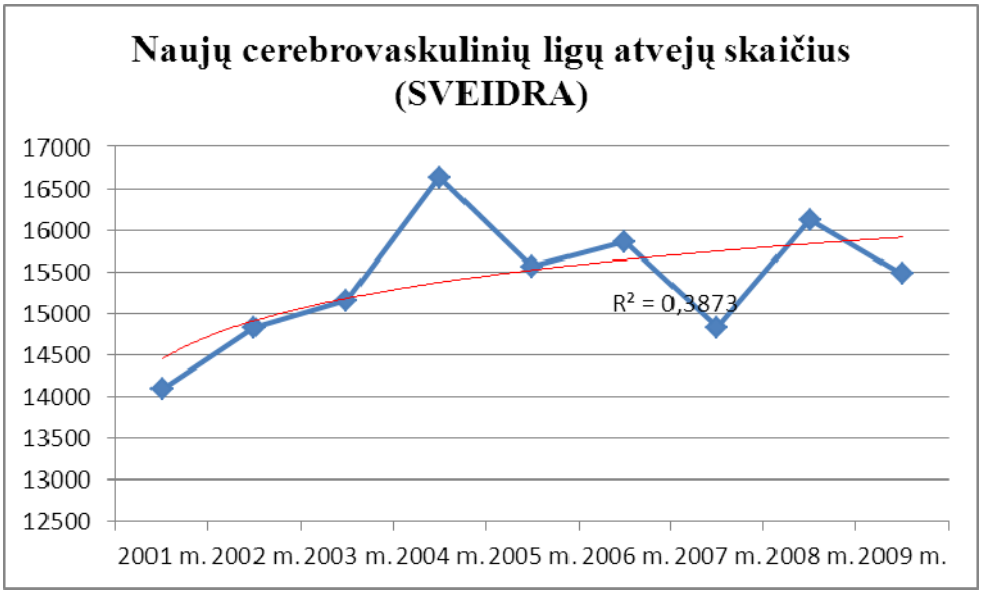
Naujų hipertenzinės ligos ir išeminės ligos atvejų skaičiaus pokytis 2006 – 2009 metais, t.y., programos vykdymo laikotarpyje, yra stebimas aiškus žemėjantis pokyčio dinamikos trendas (20 pav.)



20 pav. Naujų hipertenzinės ligos ir išeminės ligos atvejų skaičiaus pokytis 2006 – 2009 metais

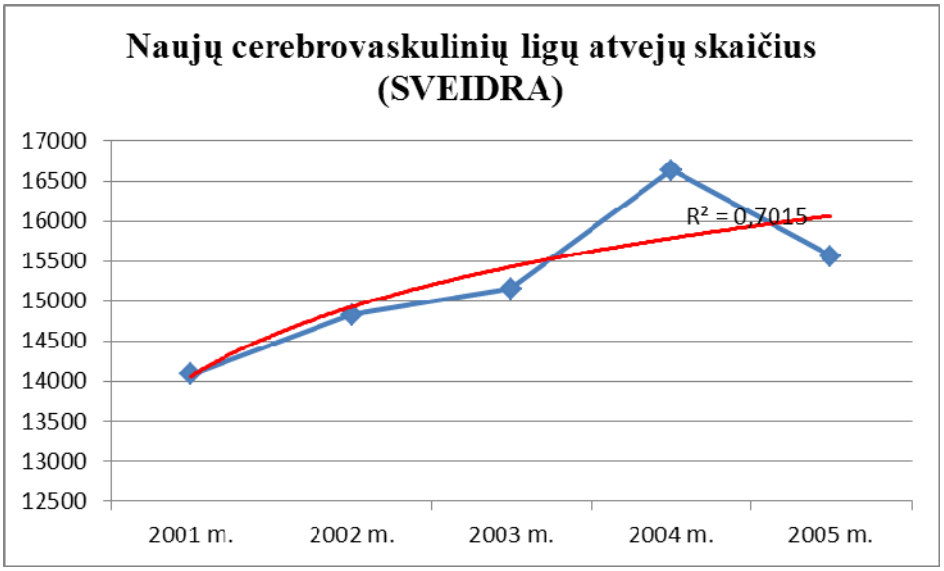
Trendo linijos lūžis dviejų periodų (iki prevencijos programos pradžios ir po) sandūroje leidžia manyti, kad prevencinė programa turėjo esminį poveikį mažėjant naujų hipertenzinės ligos ir išeminės ligos atvejų skaičiui Lietuvoje.

Naujų cerebrovaskulinių ligų atvejų skaičiaus pokytis per 2001 – 2009 metus pavaizduotas 21 pav.



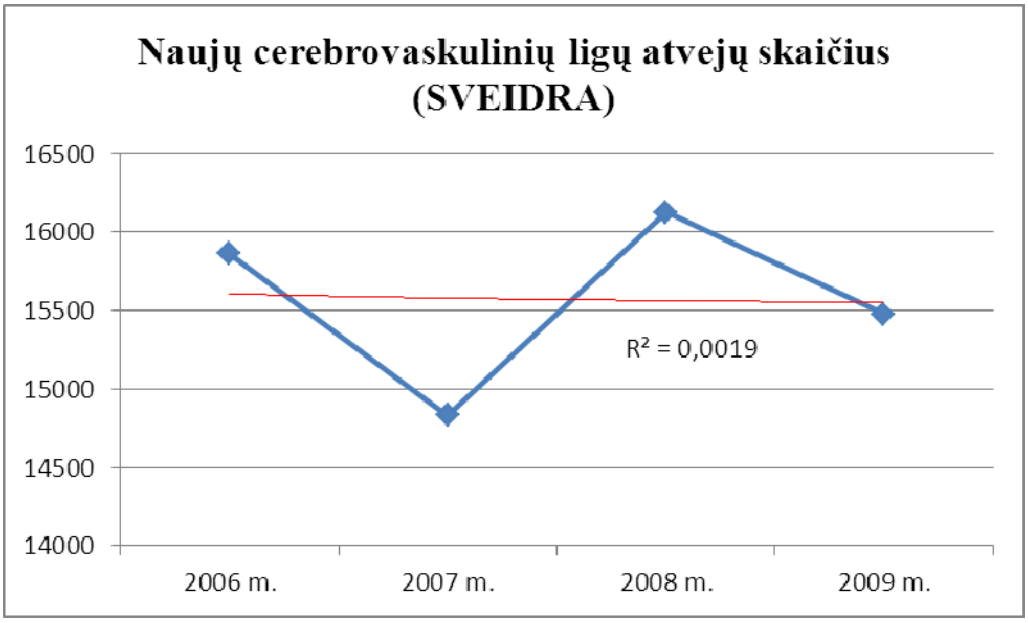
21 pav. Naujų cerebrovaskulinių ligų atvejų skaičiaus pokytis per 2006 -2009 metus

Analizuojant naujų cerebrovaskulinės ligos atvejų skaičiaus pokytį 2001 – 2005 metais, t.y., iki programos pradžios, yra stebimas aiškus kylantis pokyčio dinamikos trendas (22 pav.)



22 pav. Naujų cerebrovaskulinių ligų atvejų skaičiaus pokytis per 2001 – 2005 metus

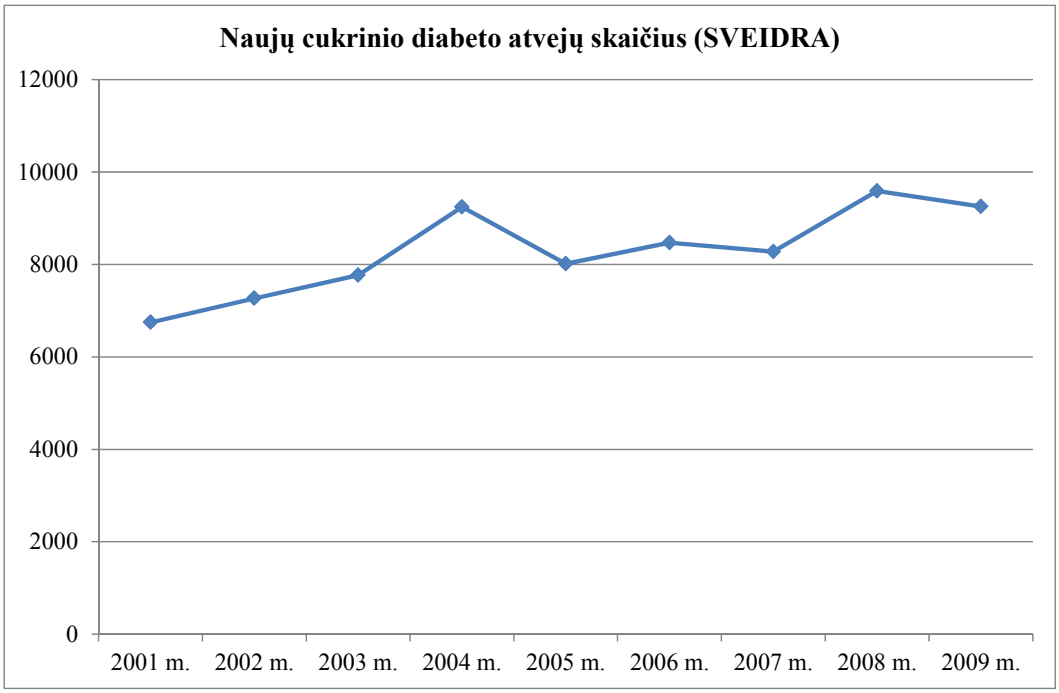
Naujų cerebrovaskulinės ligos atvejų skaičiaus pokytis 2006 – 2009 metais, t.y., programos vykdymo laikotarpyje, yra stebimas aiškus dinamikos trendas krypties pasikeitimas link žemėjančios (23 pav.).



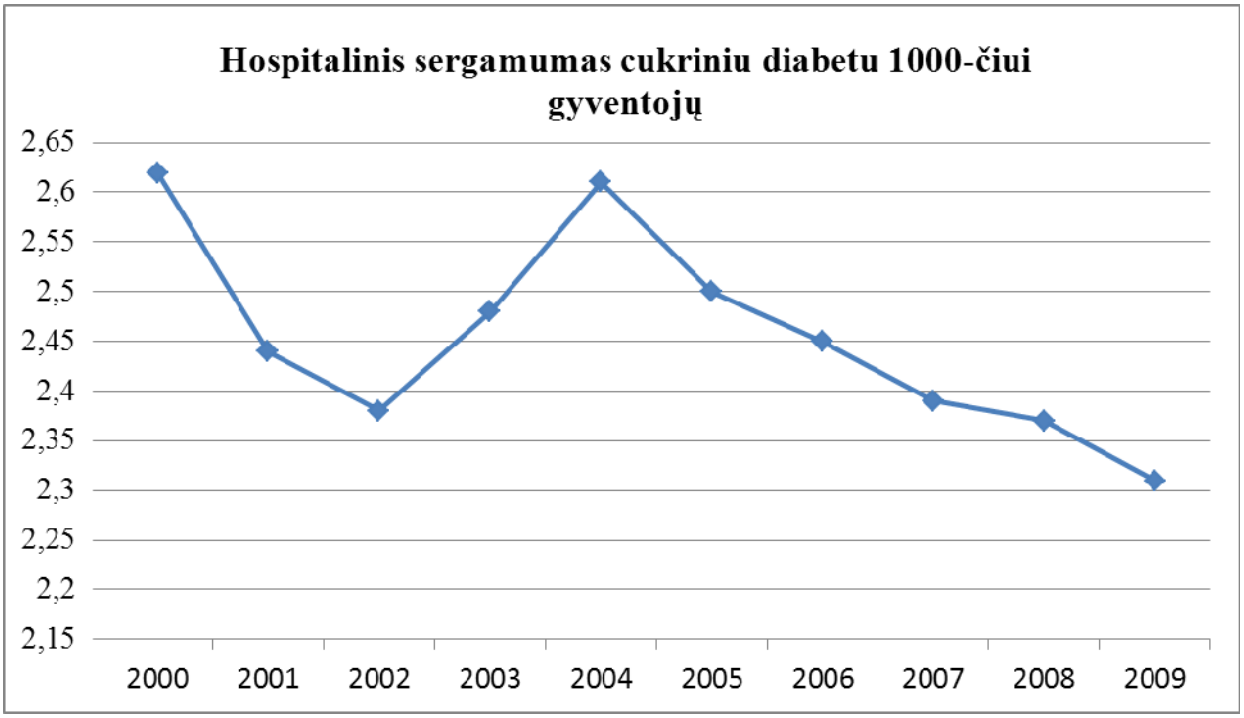
23 pav. Naujų cerebrovaskulinės ligos atvejų skaičiaus pokytis 2006 – 2009 metais

Trendo linijos lūžis dviejų periodų (iki prevencijos programos pradžios ir po) sandūroje leidžia manyti, kad prevencinė programa turėjo esminį poveikį mažėjant naujų cerebrovaskulinių ligų atvejų skaičiui Lietuvoje.

Nors sergamumas cukriniu diabetu (bendras naujų atvejų skaičius) per 2001 – 2009 metus nuolat didėjo (24 pav.), nuo programos įgyvendinimo pradžios pastebimai mažėjo hospitalinis sergamumas šia liga (25 pav.).



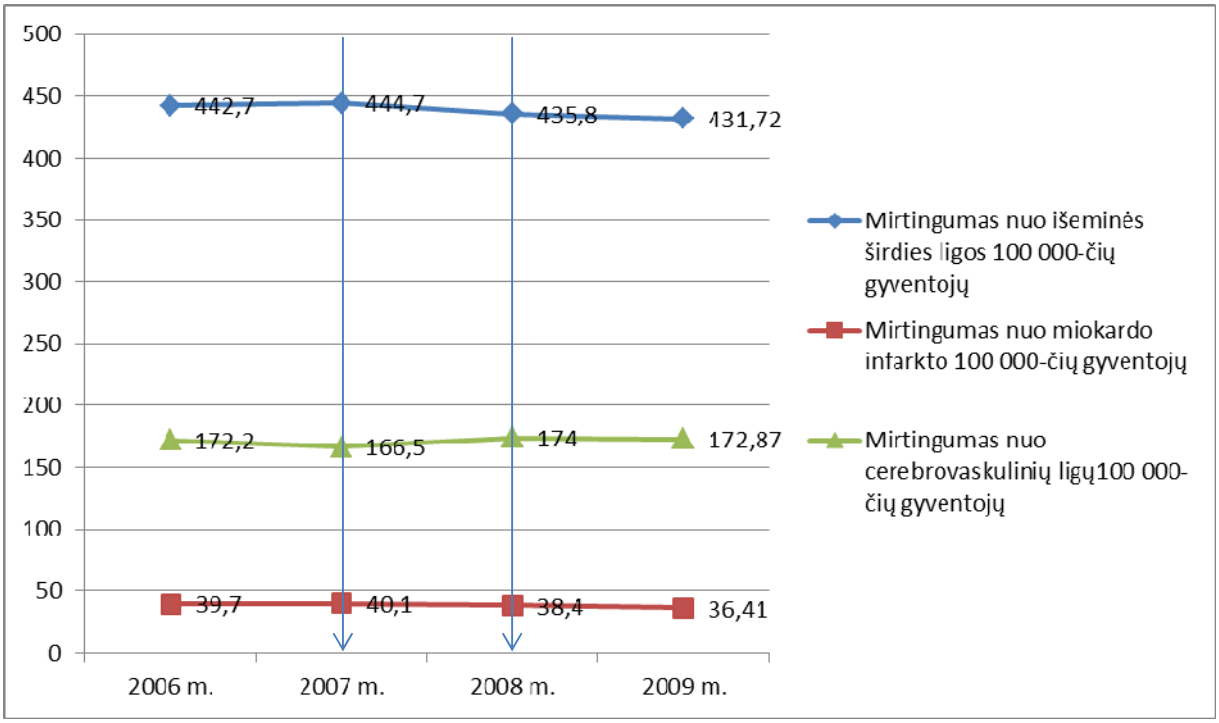
24 pav. Cukrinio diabeto naujų atvejų skaičiaus pokytis per 2001 – 2009 metus



25 pav. Hospitalino sergamumo atvejų skaičiaus pokytis per 2001 – 2009 metus

Apskaičiuoti, kiek programa stabdo cukrinio diabeto paplitimo didėjimą, nėra prieinamas pakankamas tam kiekis duomenų, tačiau, įvertinant tai, jog hospitalinis sergamumas cukriniu diabetu mažėja labai aiškiai, galima teigti, kad ši programa turėjo ir šiuo aspektu teigiamą poveikį.

Analizuojant mirtingumo nuo širdies – kraujagyslių ligų pokytį per 2006 – 2009 metus populiaciniu lygiu yra pastebimas rodiklio reikšmės mažėjimas mirčių nuo išeminės širdies ligos atveju ir mirčių nuo miokardo infarkto atveju. Mirtingumas nuo cerebrovaskulinių ligų 2009 metais, palyginus su 2006 m., yra nežymiai padidėjęs (nuo 172,2 iki 172,87 atvejų, tenkančių 100.000 gyv.). Pradedant 2008 metais visi trys trendai, vaizduojantys mirtingumo nuo širdies – kraujagyslių ligų pokytį, turi mažėjimo tendenciją (26 pav.)..



Higienos instituto prie SAM duomenys

26 pav. Mirtingumo rodiklio pokytis per 2006 – 2009 metus

6.3.4. PROGRAMOS KAŠTŲ – EFEKTYVUMO ANALIZĖ

Vertinant prevencinę programą kaštų – efektyvumo analizės metodu buvo apskaičiuojama:

- kaštai, tenkantys vienam gyventojui - prevencinės programos dalyviui;
- kaštai, tenkantys susirgimų širdies-kraujagyslių ligomis sumažinimui vienu atveju;
- kaštai, tenkantys mirčių nuo širdies – kraujagyslių ligų skaičiaus sumažinimui vienu atveju;
- kaštai, tenkantys 1000 Lt hospitalizacijos dėl širdies – kraujagyslių ligų kaštų sumažinimui.

<u>Kaštai, tenkantys vienam gyventojui - prevencinės programos dalyviui</u>

Programos finansavimo lėšos per 2006 – 2009 metus buvo 15.561.500 Lt , asmenų, gavusių prevencines paslaugas skaičius per tą patį laiką – 223909. Tuo būdu vienam gyventojui – prevencinės programos dalyviui tenka 69,5 Lt programos finansavimo lėšų, vidutiniškai. Vienas tūkstantis Lt., panaudotų prevencinei programai finansuoti, leido suteikti prevencines paslaugas 14 asmenų.

Kaštai, tenkantys susirgimų širdies-kraujagyslių ligomis sumažinimui vienu atveju

Naujų susirgimų skaičius Lietuvoje per 2005 – 2009 metus nurodytas 11 lentelėje.

11 lentelė. Naujų susirgimų širdies – kraujagyslių ligomis per 2005 – 2006 metus atvejai

Metai	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Naujų išeminės širdies ligos atvejų skaičius (SVEIDRA)	18924	16358	16993	15994
Naujų ūmaus miokardo infarkto atvejų skaičius (SVEIDRA)	2028	1837	1883	1920
Naujų cerebrovaskulinių ligų atvejų skaičius (SVEIDRA)	15862	14832	16126	15476
Iš viso atvejų	36814	33027	35002	33390
Metinis atvejų sk. sumažėjimas		3787	-1975	1612

Higienos instituto prie SAM duomenys

Nustatant kaštų – efektyvumo santykį išvengto susirgimo aspektu skaičiuojami programos finansavimo kaštai, tenkantys vieniems išvengto kritinio susirgimo metams. Išvengto nuo susirgimų metų skaičius (ISM) nustatomas pagal formulę:

$$ISM = a_1 \times (P-1) + a_2 \times (P-2) + \ldots + a_{n+1} \times (P-n);$$

a_1 – naujų susirgimų skaičiaus pokytis antraisiais laiko periodo kalendoriniais metais palyginus su pirmaisiais laiko periodo kalendoriniais metais;

a_2 – naujų susirgimų skaičiaus pokytis trečiaisiais laiko periodo kalendoriniais metais palyginus su antraisiais laiko periodo kalendoriniais metais;

P – metų skaičius laiko periode;

n – kalendorinių metų eilės numeris laiko periode.

Tokiu būdu apskaičiuotas ISM yra lygus 9023. Kaštai, tenkantys vieniems ISM yra apskaičiuojami pagal formulę:

15.561.500 (finansavimo lėšos, Lt) : (9023) = 1.725 Lt/išvengto susirgimo metams.

Kaštai, tenkantys mirčių nuo širdies – kraujagyslių ligų skaičiaus sumažinimui vienu atveju

Mirusiųjų nuo širdies – kraujagyslių ligų skaičius Lietuvoje per 2005 – 2009 metus nurodytas 12 lentelėje.

12 lentelė. Mirusiųjų nuo širdies – kraujagyslių ligų per 2005 – 2006 metus atvejai

Metai	2006	2007	2008	2009
Mirusiųjų nuo išeminės širdies ligos skaičius	15026	15013	14633	14417
Mirčių atvejų pokytis palyginus su ankstesniais kalendoriniais metais		-13	-380	-216
Mirusiųjų nuo miokardo infarkto skaičius	1346	1352	1291	1216
Mirčių atvejų pokytis palyginus su ankstesniais kalendoriniais metais		6	-61	-75
Mirusiųjų nuo cerebrovaskulinių ligų skaičius	5844	5621	5843	5773
Mirčių atvejų pokytis palyginus su ankstesniais kalendoriniais metais		-223	222	-70

Nustatant kaštų – efektyvumo santykį išsaugotų gyvenimo metų aspektu skaičiuojami programos finansavimo kaštai, tenkantys vieniems išsaugoto gyvenimo metams. Išsaugotų gyvenimo metų (IGM) skaičius yra apskaičiuojamas pagal formulę:

$$IGM = m_1 \times (P-1) + m_2 \times (P-2) + \ldots + m_{n+1} \times (P-n);$$

m_1 – mirčių skaičiaus pokytis antraisiais laiko periodo kalendoriniais metais palyginus su pirmaisiais laiko periodo kalendoriniais metais;

m_2 – mirčių skaičiaus pokytis trečiaisiais laiko periodo kalendoriniais metais palyginus su antraisiais laiko periodo kalendoriniais metais;

P – metų skaičius laiko periode;

n – kalendorinių metų eilės numeris laiko periode.

Tokiu būdu apskaičiuotas IGM yra lygus 1489. Kaštai, tenkantys vieniems IGM yra apskaičiuojami pagal formulę:

15.561.500 (finansavimo lėšos, Lt) : (1489) = 10.451 Lt/išsaugoti gyvenimo metai

Kaštai, tenkantys 1000 Lt hospitalizacijos kaštų dėl širdies – kraujagyslių ligų sumažinimui

2005 – 2009 metų hospitalizacijos atvejų (stacionaro paslaugų) dėl pacientų grupės, negavusios prevencinių paslaugų (kontrolinė grupė) ir gyventojų, gavusių prevencines paslaugas (prevencinė grupė) ir, nepaisant to, susirgusių širdies – kraujagyslių ligomis, gydymo kaštai, apmokėti PSDF lėšomis yra nurodyti 13 lentelėje.

13 lentelė. Lėšos stacionaro išlaidoms apmokėti kontrolinės ir prevencinės grupės asmenų gydymo atvejais

	Susirgimų atvejų skaičius	Panaudota lėšų* stacionariniam gydymui per 2005 - 2009 m.		Teko lėšų vienam atvejui, vidutiniškai	
		Lt	Balai**	Lt	Balai**
Kontrolinė grupė	74134	102.769.535	104.386.183	1.386,27	1.408,07
Prevencinė grupė	24490	33.126.328	33.826.096	1.352,65	1.381,22

VLK (SVEIDRA) duomenys

*Įskaičiuoti tie susirgimų atvejai, kurių gydymas buvo apmokėtas PSDF lėšomis

**SAM įsakymu nustatyti paslaugų įkainiai balais

Prevencinės grupės asmenų, susirgusių širdies – kraujagyslių ligomis, per 2005 – 2009 metus gydymui buvo panaudota 33,62 Lt, vidutiniškai, mažiau, mokant už vieną statistinį atvejį, arba 26,85 balo, vidutiniškai, mažiau, mokant už vieną statistinį atvejį , nei gydant kontrolinės grupės asmenis per tą patį laikotarpį. Atitinkamai, faktiškai stebimi sutaupymai prevencinės grupės asmenų gydymo atveju yra 823.356 Lt, arba 657.644 balai.

Kaštai, tenkantys 1000 Lt hospitalizacijos kaštų dėl širdies – kraujagyslių ligų sutaupymui, apskaičiuojami:

15.561.500 (finansavimo lėšos, Lt) : 823.356 (faktiški sutaupymai) x 1000 = 18.900 Lt/1000 Lt stacionaro kaštų sutaupymas

6.3.5. PROGRAMOS VERTINIMO APIBENDRINIMAS

Apibendrinant programos efektyvumo tyrimo metu gautus duomenis ir atliktus skaičiavimus, palyginimus, yra pateikiami vertinimai, kaip nustatyti rodikliai atitinka vertinimo metodikoje pasirinktus kriterijus.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pavaizduotas 14 lentelėje.

14 lentelė. Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas

Kriterijus	Atitinka (+), neatitinka (-)
1. Programa atitinka realius (pripažintus) poreikius	+
2. Siekiniai (tikslai) yra nustatyti (apibrėžti) pačioje pradžioje	+
3. Yra nustatyta (apibrėžta) tikslinė gyventojų grupė	+
4. Programos efektyvumą įmanoma nustatyti moksliškai pagrįstais įrodymais	+
5. Programoje yra integruota: mokymas (informavimas, lavinimas), testai, klinikinės procedūros ir programos valdymas	+
6. Veikia kokybės užtikrinimas minimizuojant potencialią skryningo riziką	+
7. Programa užtikrina pasirinkimo (informacijos pagrindu) laisvę, konfidencialumą	+
8. Programa užtikrina lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams	+
9. Programos vertinimo planas yra parengtas pačioje pradžioje	-
10. Programos kaštų ir naudingumo balansas yra priimtinas	+

Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pagal 1 -7 ir 9 kriterijus yra stebimas teisės aktuose ir įstaigų, teikusių prevencines paslaugas, veikloje.

Programos atitikimas užtikrinti lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams (8 kriterijus) yra grindžiamas rodiklio - paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 savivaldybių gyventojų - nustatytu variacijos koeficientu, kuris yra 84,99 proc. dydžio. Šis dydis atitinka **teigiamą** prevencinių paslaugų prieinamumo vertinimą pasirinktoje skalėje:

Prevencijos priemonių prieinamumas	Neigiamai vertinamas	Teigiamai vertinamas	
	Nepatenkinamas	Patenkinamas	Geras
Variacijos koeficientas, %	0 - 50	51 - 75	75 - 100

Pagrindiniai programos siekiniai – sumažinti sergamumą širdies – kraujagyslių ligomis ir mirtingumą nuo jų per 2006 – 2009 metų laikotarpį iš esmės yra pasiekti (15 lentelė).

15 lentelė. Programos tikslų pasiekimas

Rodiklis	Rodiklio pobūdis	Pasiektas tikslas (+), nepasiektas (-)
Mirtingumas*	Mirtingumas nuo išeminės širdies ligos 100.000 gyventojų	+
	Mirtingumas nuo miokardo infarkto 100.000 gyventojų	+
	Mirtingumas nuo cerebrovaskulinių ligų 100.000 gyventojų	-
Sergamumas*	Sergamumas hipertenzinėmis ligomis 1000-čiui gyventojų	+
	Sergamumas išemine širdies liga 1000-čiui gyventojų	+
	Sergamumas ūmiu miokardo infarktu 1000-čiui gyventojų (SVEIDRA)	+
	Sergamumas cerebrovaskulinėmis ligomis 1000-čiui gyventojų (SVEIDRA)	+
Hospitalinis sergamumas**	Hospitalinis sergamumas hipertenzinėmis ligomis 1000-čiui gyventojų	+
	Hospitalinis sergamumas išemine širdies liga 1000-čiui gyventojų	+
	Hospitalinis sergamumas ūmiu miokardo infarktu 1000-čiui gyventojų	+
	Hospitalinis sergamumas cerebrovaskulinėmis ligomis 1000-čiui gyventojų	+

*Lyginant su visų Lietuvos gyventojų atvejais (Higienos instituto prie SAM duomenys)

** Lyginant su kontroline grupe (VLK duomenys).

6.3.6. ASMENŲ, PRISKIRTINŲ ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ DIDELĖS RIZIKOS GRUPEI, ATRANKOS IR PREVENCIJOS PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO TYRIMO IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

1. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa yra efektyvi, ji daro teigiamą poveikį asmens ir visuomenės sveikatai.
2. Programos priemonės atitinka daugelio Europos šalių patirtį širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos srityje.
3. Programos kaštų ir efektyvumo santykis yra labai geras naujų susirgimų išvengimo aspektu ir geras išsaugotų gyvenimo metų aspektu, vertinant pagal PSO metodiką.
4. Remiantis interviu su sveikatos priežiūros įstaigų specialistais, programos koordinatoriais programos kaštų – efektyvumo balansas gali būti pagerintas optimizuojant programos valdymą
   - įgyvendinant programos rezultatų nuolatinio monitoravimo sistemą;
   - išvengiant netikslingų kaštų (kai kurių tyrimų dubliavimo ir kt.);
   - sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų motyvacijos dalyvauti programoje gerinimo

7. ONKOLOGINIŲ SUSIRGIMŲ PROFILAKTINĖS PROGRAMOS

7.1. TARPTAUTINIS ONKOLOGINIŲ LIGŲ PREVENCIJOS KONTEKSTAS

PSO nacionalinėje Vėžio kontrolės programų politikos ir strategijos gairėse nurodoma, jog kiekvienoje šalyje vėžio prevencija ir kontrolė turi būti vykdoma pagal šaliai prieinamus išteklius. Visos šalys yra klasifikuojamos į tris grupes: žemas, vidutines ir aukštas pajamas turinčios[52].

[52] National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. World Health Organization, Geneva,

Lietuva, pagal ekonominį statusą yra priskiriama vidutinius išteklius turinčių šalių grupei. Tokiose šalyse dauguma gyventojų gyvena miestuose, o gyvenimo trukmė ilgesnė nei 60 metų. Šios šalys išgyvena perinamąjį epidemiologinį periodą, o piktybiniai navikai yra viena pagrindinių gyventojų sergamumo ir mirties priežasčių. Tokiose šalyse stebimas aukštas rizikos veiksnių paplitimas, ypač tokių kaip tabako vartojimas, mityba, infekciniai susirgimai, kancerogenai darbo vietose. Infrastruktūra yra nepakankama, trūksta žmoniškųjų išteklių, o vėžio prevencija, ankstyva diagnostika, gydymas ir paliatyvi pagalba teikiama, tačiau ribota apimtimi, kokybe ir prieinamumu. Pirminės prevencijos ir ankstyvos diagnostikos svarba yra nepakankamai įvertintos, o kaip prioritetas išskiriamas gydymo galimybių stiprinimas, neatsižvelgiant į jo kaštus[53]. Europos Komisijos 2003 metų gruodžio 2 dieną išleistame dokumente dėl vėžio skryningo[54], kuris apibendrino visus prieinamus mokslo įrodymus, yra rekomenduojama šalims narėms vykdyti:

1. Gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skryningą, pradedant ne anksčiau kaip nuo 20 metų ir ne vėliau kaip nuo 30 metų amžiaus moterims.
2. Mamografinį krūties vėžio skryningą moterims tarp 50 ir 69 metų amžiaus
3. Slapto kraujavimo testo skryningą storosios žarnos vėžiui nustatyti.

7.2. ONKOLOGINĖS PROFILAKTIKOS GERINIMO PROGRAMOS LIETUVOJE

LR Vyriausybė 2003 metais patvirtino Valstybinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003-2010 metų programą". Pagrindinis šios programos tikslas - organizuoti ir vykdyti vėžio profilaktiką, užtikrinti geros kokybės ankstyvąją onkologinių ligų diagnostiką, gydymą bei mažinti onkologinių ligų užleistumą ir užtikrinti visavertį onkologinių ligonių gydymą. Tolimasis programos tikslas - sumažinti sergančiųjų vėžiu, jų mirtingumą ir neįgalumą Lietuvoje.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa, patvirtinta 2004 m. birželio 30 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-482. Gimdos kaklelio patologijos patikros programos tikslas – sergamumo invaziniu gimdos kaklelio vėžiu sumažinimas.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729. Jos uždavinys yra diagnozuoti ankstyvųjų stadijų vėžį, jas vykdant sergamumas nemažėja, o pradiniuose etapuose, dažniausiai padidėja. Tikslas – sumažinti mirtingumą.

2002.

[53] National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines. World Health Organization, Geneva, 2002.

[54] EK rekomendacijos dėl vėžio skriningų, 2003 metų gruodžio 2. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973. Jos uždavinys yra diagnozuoti ankstyvųjų stadijų vėžį, jas vykdant sergamumas nemažėja, o pradiniuose etapuose, dažniausiai padidėja. Tikslas – sumažinti mirtingumą.

2004 m. pradėta vykdyti Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa. Šios programos tikslinę grupę sudaro 25-60 metų moterys, kurioms sudaryta galimybė kas trejus metus nemokamai pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio. Valstybinės ligonių kasos duomenimis, per pirmus 3 programos įgyvendinimo metus (2004 m. liepos mėn. - 2007 m. birželio mėn.) dėl gimdos kaklelio vėžio pasitikrino daugiau kaip 332 tūkstančiai moterų: 209 moterims nustatyti gimdos kaklelio vėžio požymiai, 6222 - ikivėžinės būklės [55].

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinės programos įgyvendinimo laikotarpiu nuo 2004 m. liepos 1 d. iki 2007 m. pabaigos, šioje programoje dalyvavo 5 infrastruktūros tyrime dalyvaujančios įstaigos (KMUK, KMUK-OL, ŠAL, PAL, KUL), kuriose onkologinio susirgimo indikatoriai nustatyti 12 proc. visų patikrintų moterų.

2005 m. Lietuvoje pradėta įgyvendinti Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa. Atrankinis mamografinis tyrimas iš PSDF biudžeto apmokamas 50- 69 metų moterims kas dvejus metus. 2006 m. daugiau kaip 48 tūkstančiai moterų pasinaudojo galimybe nemokamai pasitikrinti dėl krūties vėžio. 2007 m. programos paslaugos buvo suteiktos daugiau kaip 47 tūkstančiams moterų.

Užsienio mokslininkų duomenimis, rekomenduojama atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programose patikrinti apie 80 proc. tikslinės grupės moterų. Šiuo metu, remiantis Valstybinės ligonių kasų (VLK) duomenimis, patikrinama apie 30 proc. tikslinės grupės moterų, tačiau ketinama patikros apimtis išplėsti ir patikrinti 60 proc. tikslinės amžiaus grupės moterų. Patikros masto didinimui viena iš reikalingų prielaidų - priartinti patikros paslaugas prie gyventojų, aprūpinant mamografais bent tas sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose dirba gydytojai radiologai (kaip antai Vilkaviškyje, Telšiuose ir kt.).

2005 m. taip pat pradėta įgyvendinti ir Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą 13. Programos tikslinė grupė - tai 50-75 metų vyrai bei vyrai nuo 45 metų, jei jų broliai ar tėvai sirgo priešinės liaukos vėžiu. 2006 m. pasitikrino daugiau kaip 98 tūkst. vyrų, 2007 m. - daugiau kaip 107 tūkstančiai, per 2006-2007 m. 3391 iš jų nustatytas priešinės liaukos vėžys 14. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programoje dalyvavo penkios infrastruktūros tyrime

[55] Zaksas V., Golubajeva T. Prevencinių programų vykdymo duomenys ir džiugina, ir atskleidžia problemas. Prieiga per internetą: http://www.vlk.ltlvlklsdl?page=item&item id=139

dalyvaujančios sveikatos priežiūros įstaigos (KMUK, PAL, ŠAL, VULSK, VUOI), kuriose 2007 m. buvo nustatyta 42 proc. visų šios programos metu diagnozuotų piktybinių navikų.

7.3. POPULIACINIO LYGMENS PROFILAKTINIŲ ONKOLOGINIŲ PROGRAMŲ VERTINIMO YPATYBĖS

Teoriškai informacija apie konkretaus individo dalyvavimą patikros programoje iš atitinkamos duomenų bazės gali būti susieta su vėžio registro duomenimis ir tokiu būdu įvertinta patikros vykdymo ar nevykdymo, taip pat jos intensyvumo (dažnumo) svarba patikros rezultatams. Tačiau, dėl įvairių priežasčių, svarbiausios iš kurių, vis dar netobulas asmens duomenų apsaugos įstatymas ir/ar jo teiginių interpretacija, automatinis duomenų sugretinimas panaudojant asmens kodą, mūsų šalyje vis dar sunkiai įmanomas. Nesant galimybei vertinti išgyvenamumą (angl. survival) dėl onkologinių ligų, dažniausiai atliekamas vertinimas panaudojant rutiniškai renkamus populiacinės statistikos rodiklius. Paprastai profilaktikos priemonių efektyvumas vertinamas atsižvelgiant į sergamumo rodiklių pokyčius nuo programos įgyvendinimo praėjus tam tikram laikotarpiui.

Dar viena efektyvumo vertinimo galimybė yra sergamumo rodiklių palyginimas teritorijose, kuriose vykdoma vėžio kontrolės programa, su sergamumu teritorijose, kur tokia programa nevykdoma. Sergamumo ir mirtingumo duomenys labai plačiai naudojami vertinant patikros programų eigą ir efektyvumą.

Naudojant sergamumo ir mirtingumo duomenis gali būti palygintas sergamumas ar mirtingumas patikros grupėje su sergamumu ar mirtingumu grupėje, kurioje patikra nevykdyta. Kai jau yra tiksliai nustatyta, kad organizuotos patikros yra efektyvios mažinant mirtingumą, tarpiniai rodikliai, tokie kaip naviko dydis, stadija, išgyvenamumas, gali būti naudojami patikros proceso stebėsenai.

Dažniausiai nesant informacijos apie kiekvieno individo dalyvavimą patikroje atliekamos analizės populiaciniame lygmenyje. Pačios paprasčiausios yra sergamumo tendencijų įvertinimas tų lokalizacijų vėžio, kurio patikros programų tikslas yra sergamumo invaziniu vėžiu sumažinimas. Dėl programų, kurių tikslas ankstyvoji vėžio diagnostika (krūties, storosios žarnos ir prostatos) įgyvendinimo, sergamumo sumažėjimo nelaukiama. Priešingai, pradėjus vykdyti šias programas, turėtų pradėti didėti sergamumas dėl asimptominių vėžio atvejų nustatymo, po kurio jau vėliau turėtų sekti mirtingumo sumažėjimas. Jei programa yra efektyvi, šie patikros metu diagnozuoti vėžiai turėtų būti ankstyvesnių stadijų ir navikai mažesni nei tie, kurie nustatomi kliniškai, kai jau yra ligos simptomai. Dėl patikros programos vykdymo turėtų mažėti sergamumo išplitusiu vėžiu rodikliai. Mirtingumas yra neabejotinas vėžio kontrolės programų efektyvumo rodiklis ir jo kitimai yra sąlygoti sergamumo ir išgyvenamumo pokyčių. Vėžio kontrolės priemonių efektas mirtingumo rodikliams dažnai yra vėlyvas, priklauso nuo

naviko biologijos ir agresyvumo, todėl programų efektyvumui vertinti dažnai naudojami sergamumo ar išgyvenamumo rodikliai, leidžiantys greičiau įvertinti gautus pokyčius po diagnozės nustatymo[56].

Šio vertinimo tikslas - panaudojant rutiniškai renkamos populiacinės statistikos duomenis, įvertinti šalyje organizuotų antrinės vėžio profilaktikos programų priemonių efektyvumą

Tyrimo metodika

Atsižvelgiant į vertinimo tikslą, antrinės profilaktikos programų efektyvumas vertintas trimis, vienas kitą papildančiais lygmenimis:

1) Nacionaliniu – įvertinant sergamumo ir mirtingumo trendus iki programų įdiegimo ir po jų, pritaikant „prieš ir po“ (angl. „before and after“) vertinimo metodologiją. Minėtų „negatyvios sveikatos“ rodiklių dinamika analizuojama 5 m. iki prasidedant programai ir tęsiama iki 2009 metų.

2) 60 savivaldybių lygmenyje, nustatant:

   - analizuojamų vėžio formų sergamumo paplitimo ypatumus prieš antrinės profilaktikos programas ir joms funkcionuojant;

   - ryšį tarp programoms skirtų lėšų ir sergamumo, t.y. naujai išaiškintų navikų lygio, pritaikant publikuotą metodą (žiūr. 4. Profilaktikos (prevencinių) priemonių finansavimo programų efektyvumo vertinimo metodika).

Darbe panaudoti pirminiai duomenys apie naujai išaiškintus analizuojamus piktybinius navikus Lietuvoje 2000-2009 m. pagal amžių, lytį ir savivaldybes, gauti iš Lietuvos vėžio registro. Duomenys apie mirtis nuo analizuojamų navikų Lietuvoje gauti iš EUROSTAT duomenų bazės. Vidutinis gyventojų skaičius šalyje ir savivaldybėse gautas iš statistikos departamento. Rodikliai standartizuoti pagal amžių tiesioginiu metodu, panaudojant Europos standartą.

Gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skryningą, pradedant ne anksčiau kaip nuo 20 metų ir ne vėliau kaip nuo 30 metų amžiaus moterims Europos Komisija rekomenduoja šalims narėms 2003 metų gruodžio 2 dieną išleistame dokumente dėl vėžio skryningo[57].

8. GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ, APMOKAMŲ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS

[56] http://www.imed.lt/index.php/spaudos_apzvalga/vezio_registravimo_istorija_ir_vezio_registru_atsiradimas/10197
[57] EK rekomendacijos dėl vėžio skriningų, 2003 metų gruodžio 2. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF

8.1. GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ PREVENCINIŲ PROGRAMŲ UŽSIENIO ŠALYSE IR LIETUVOS SITUACIJOS PALYGINIMAS

Gimdos kaklelio vėžys ir daugumoje atvejų išvengiamas. Skryningas atliekant gimdos kaklelio tepinėlį bei patikrinant mažojo dubens organus yra pagrindinė rekomendacija ankstyvam gimdos kaklelio ikivėžinių būklių diagnozavimui ir kas gali būti sėkmingai pagydoma. Reguliarus skryningas leidžia anksti diagnozuoti ir ankstyvąsias gimdos kaklelio vėžio stadijas, kas leidžia padidinti išgyvenamumą. Todėl Europos Sąjungos taryba bei Europos Komisija rekomendavo jau 2003 metais šalims narėms įvesti populiacines gimdos kaklelio skryningo programas (European Union, 2003; European Commission, 2008c). Europos Sąjungos šalys institucionalizavo šias programas ir nustatė jų periodiškumą specialioms amžiaus grupėms. Taip pat buvo sukurtos specialios vakcinos, skirtos gimdos kaklelio vėžio profilaktikai. Šių vakcinų veiksmingumas ir saugumas yra jau gerai ištirtas ir diskusija vyksta tik apie sąnaudų efektyvumą ir vakcinacijos programų įdiegimą paauglių tarpe (Huang, 2008).

Taigi, gimdos kaklelio vėžio skryningą taiko dauguma ES šalių. Mirtingumo ir skryningo apimties duomenys pateikti 16-17 lentelėse [58].

Mirtingumo rodikliai yra didesni Centrinės ir rytų Europos šalyse. Per pastaruosius metus mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio rodiklius gerokai pagerino Islandija, Danija, Slovėnija, Čekija ir Norvegija.

16 lentelė Standartizuotas pagal amžių mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio

	Mirtingumas, 100 000 moterų		
Šalis	1998	2003	2008
Rumunija	14.8	15.2	13.7
Lietuva	10.6	10.6	10.4
Estija	8.7	6.7	7.4
Lenkija	8.7	8.2	7.3
Bulgarija	6.6	7.3	7.0
Latvija	6.5	6.8	6.7
Vengrija	7.4	7.2	6.6
Slovakija	7.4	6.2	6.5
Čekijos Respublika	6.4	6.0	4.6
ES	***5.0***	***4.3***	***4.0***
Airija	4.5	3.4	3.8
Portugalija	3.4	3.3	3.5

[58] Eurostato Statistikos duomenų bazė (standartizuotas mirtingumas pagal amžių prilygintas Europos standartui) http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8110161ec040.pdf?expires=1299322325&id=0000&accname=guest&checksum=2E2B2B3438FDFE8225236E186F13BFFE

Slovėnija	5.0	4.1	3.1
Norvegija	4.8	3.6	3.0
Belgija	2.6	2.8	
Danija	5.0	3.8	2.8
Kipras	:	1.8	2.6
Vokietija	3.5	3.0	2.6
Švedija	2.4	2.0	2.5
Jungtinė karalystė	3.6	2.8	2.4
Niderlandai	2.8	2.0	2.3
Austrija	3.0	2.9	2.2
Ispanija	2.4	2.0	2.1
Liuksemburgas	2.3	1.3	1.9
Malta	2.3	3.1	1.9
Prancūzija	:	2.0	1.7
Šveicarija	2.2	1.5	1.7
Suomija	1.7	1.3	1.5
Graikija	1.7	1.4	1.4
Italija	1.1	0.9	1.0
Islandija	4.4	2.0	1.0

Gimdos kaklelio vėžio skryningo apimtys labai skiriasi tarp OECD valstybių. Apie 80 proc. apimties yra pasiekę Austrija, Norvegija, Jungtinė Karalystė ir Švedija. Kai kurios šalys, turinčios žemus patikrintų moterų rodiklius, Kaip Turkija ir Latvija, netaiko universalių skryningo programų (2008 metų duomenimis). Žemi skryningo apimties rodikliai yra visur, kur taikomos oportunistinės arba lokalios skryningo programos. 5 metų išgyvenamumo rodikliai, kaip parodė EUROCARE studija varijuoja tarp 71 proc. Islandijoje iki 20 proc. Lenkijoje. Išgyvenamumo rodikliai pataraisiais metais gerėja. 28 lentelėje nurodyti skryningo duomenys, surinkti arba statistikos arba apklausos būdu (procentais, patikrintų 20-69 metų amžiaus moterų)[59]

17 lentelė. Gimdos kaklelio vėžio skryningas 2000-2008 m. Europos šalyse

Šalis	Moterų sk., proc.		
	2000 m.	2004 m.	2008 m.
Turkija			11.8
Latvija			13.2
Slovakijos Respublika		24.9	22.6
Vengrija	28.4	28.1	24.5
Italija			38.0
Čekijos respublika	33.3	36.5	46.1
Estija			48.0
Lenkija		49.0	
Liuksemburgas	36.0	39.6	49.3
ES	***56.6***	***58.0***	***54.7***

[59] http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8110161ec040.pdf?expires=1299322325&id=0000&accname=guest&checksum=2E2B2B3438FDFE8225236E186F13BFFE

Vokietija		55.9	
Graikija			59.4
Airija		65.5	62.5
Niderlandai	65.6	65.6	65.9
Belgija	59.5	63.1	66.1
Suomija		71.6	69.8
Olandija	74.0	73.0	70.0
Slovėnija		62.4	71.2
Danija	69.7	71.9	
Prancūzija		76.3	
Švedija	78.2	79.2	78.4
Jungtinė Karalystė	82.0	80.4	78.4
Norvegija	78.9	80.1	78.5
Austrija			81.5

Daugiau kaip 600 moterų pasaulyje kasdien miršta nuo gimdos kaklelio vėžio – daugiausia besivystančiose šalyse. Kasmet pasaulyje diagnozuojama apie 500 000 naujų gimdos kaklelio vėžio atvejų ir apie 200 000 moterų kasmet miršta nuo šios ligos. Net 80 proc. šia liga sergančių moterų gyvena besivystančio pasaulio šalyse, kurių finansinės išlaidos kovai su vėžiu sudaro tik 5 proc. visų tam reikalui pasaulyje išleidžiamų pinigų. Lietuvoje gimdos kaklelio vėžio susirgimų dažnis per pastaruosius penketą metų svyruoja tarp 20 ir 24 atv./100000 moterų ir yra pats didžiausias ne tik Baltijos kraštuose, bet ir visoje Šiaurės Europoje. Jis yra 4 kartus didesnis negu Suomijoje, 2 kartus didesnis negu Švedijoje ir 1,5 karto didesnis negu Norvegijoje. Standartizuotas mirtingumo dažnis nuo gimdos kaklelio vėžio Lietuvoje (8 atvejai šimtui tūkstančių gyventojų) ryškiai viršija ne tik Šiaurės Europos (Suomijoje – 0,9 atv./100000; Švedijoje – 1,5 atv./100000; Norvegijoje – 2,8 atv./100000), bet ir kaimyninių Baltijos šalių (Latvija – 4,6 atv./100000; Estija – 6,5 atv./100000) atitinkamus rodiklius.

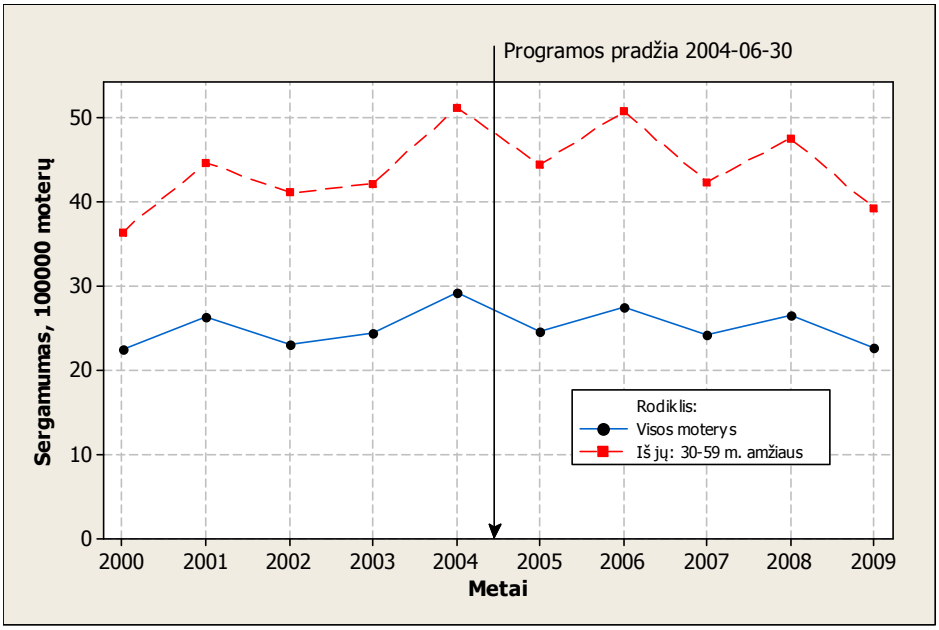
1991 metais atlikta sergamumo gimdos kaklelio piktybiniais navikais dinamikos analizė[60] parodė, jog periode nuo 1964 iki 1988 metų buvo stebima sergamumo mažėjimo tendencija vidutiniškai po 1,7 proc. kasmet, ir, jeigu būtų nesikeitusi situacija, 2009 metais sergamumas būtų pasiekęs 10,2 100000 moterų ir svyravęs nuo 8,4 iki 12,2 su 95 proc. tikimybe. Deja, prognozė remiantis buvusiais trendais nepasitvirtino ir 2009 metais turime dvigubai didesnį sergamumą 22,6 atvejo 100000 moterų. Tam, greičiausiai, turėjo įtakos pereinamojo periodo problemos ir sunkumai, bei sveikatos reformos klystkeliai, atsiliepę gimdos kaklelio antrinės profilaktikos sistemai, kuri sovietmečiu turėjo platų tinklą, garantavusį pakankamai gerą prieinamumą ir, žiūrint į sergamumo dinamiką, panašu, veikė pakankamai efektyviai[61].

[60]Stukonis M, Gurevičius R., Kuzmickienė I., Bičiūnaitė V. Sergamumo vėžiu trendai Lietuvoje 1964-1988 m. ir jų prognozė. Lietuvos Medicina, 1991, Nr 2, p. 8-14, ISSN 0491-6514

[61] Stukonis M, Gurevičius R., Kuzmickienė I., Bičiūnaitė V. Sergamumo vėžiu trendai Lietuvoje 1964-1988 m. ir jų prognozė. Lietuvos Medicina, 1991, Nr 2, p. 8-14, ISSN 0491-6514

Tiek sergamumas gimdos kaklelio vėžiu, tiek mirtingumas nuo jo Lietuvoje iki pradedant atrankines patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programas buvo didžiausias tarp Šiaurės Europos šalių ir vienas didžiausių Europoje.

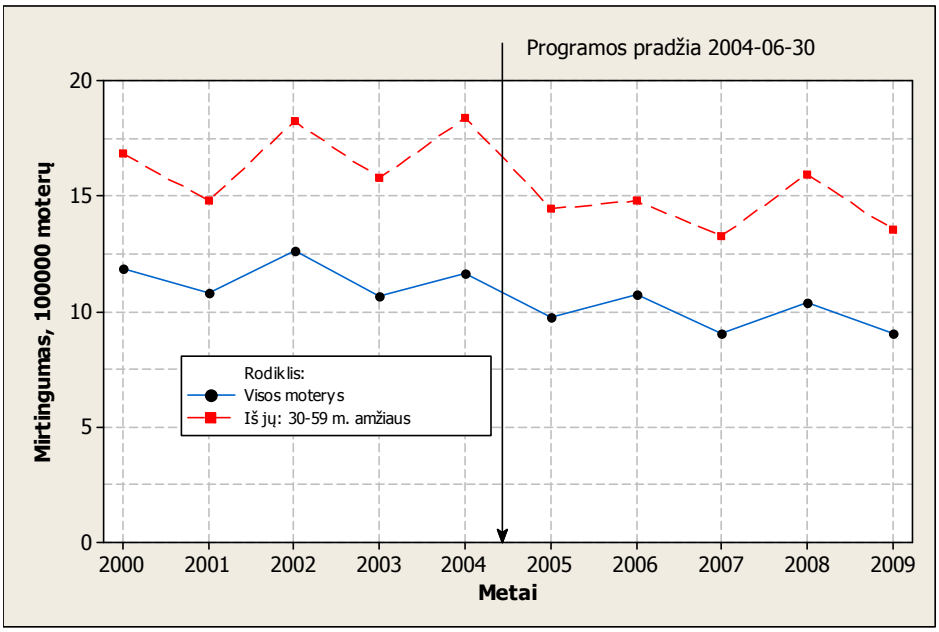
Vertinant sergamumo gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje tendencijas nuo 2000-jų metų ir atsižvelgiant į antrinės profilaktikos programos pradžią 2004 metų viduryje, matosi, jog šia efektyvia priemone pavyko stabilizuoti sergamumo didėjimą, ir, po programos įvedimo, kasmet stebima nežymi, bet stabili sergamumo mažėjimo tendencija. Ypač ši tendencija yra išreikšta tarp Lietuvos 30-59 metų amžiaus moterų, nors sergamumas šioje amžiaus kategorijoje yra beveik du kartus aukštesnis už bendrą, visų moterų sergamumą (**27** pav.).



27 pav. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu tarp visų Lietuvos ir tikslinės grupės moterų dinamika 2000-2009 metais

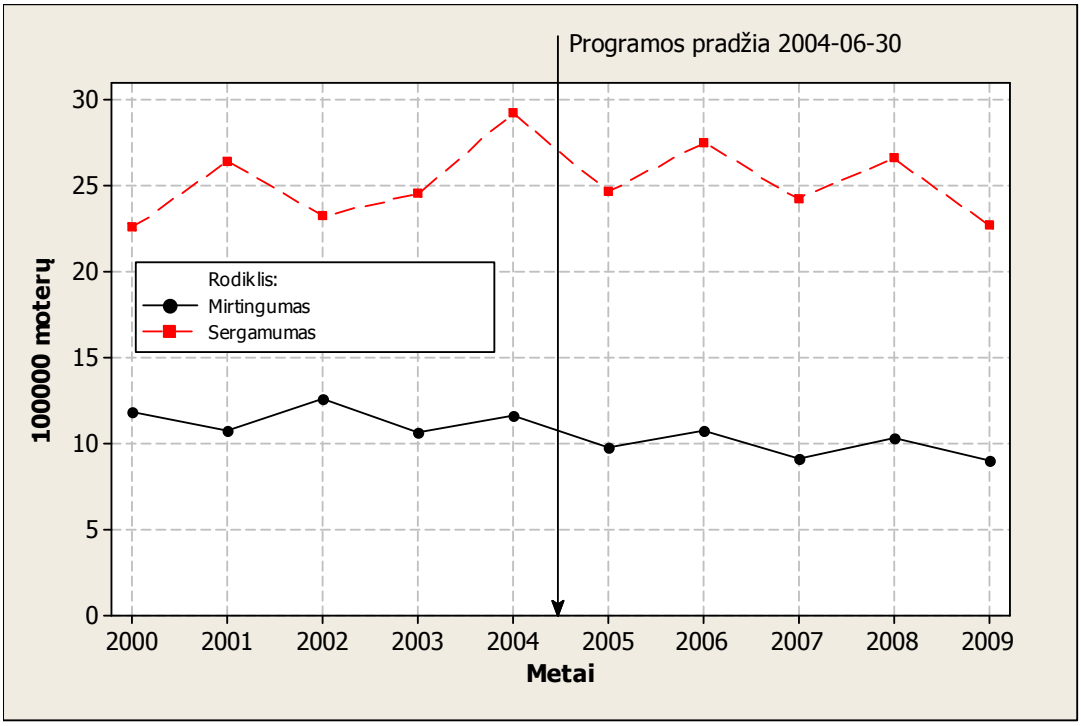
Vertinant mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamiką, nustatyta mažėjimo tendencija su nežymiais svyravimais nuo pat 2000-jų metų. Ženklus mirtingumo "kritimas" užfiksuotas tarp Lietuvos moterų jau 2005 metais (**28** pav.). Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 30-59 m. amžiaus grupėje buvo didesnis už bendrą moterų mirtingumą ir rodė labai panašias kitimo tendencijas, tačiau su ryškesniu mažėjimu,

lyginant su periodu prieš programos įdiegimą.



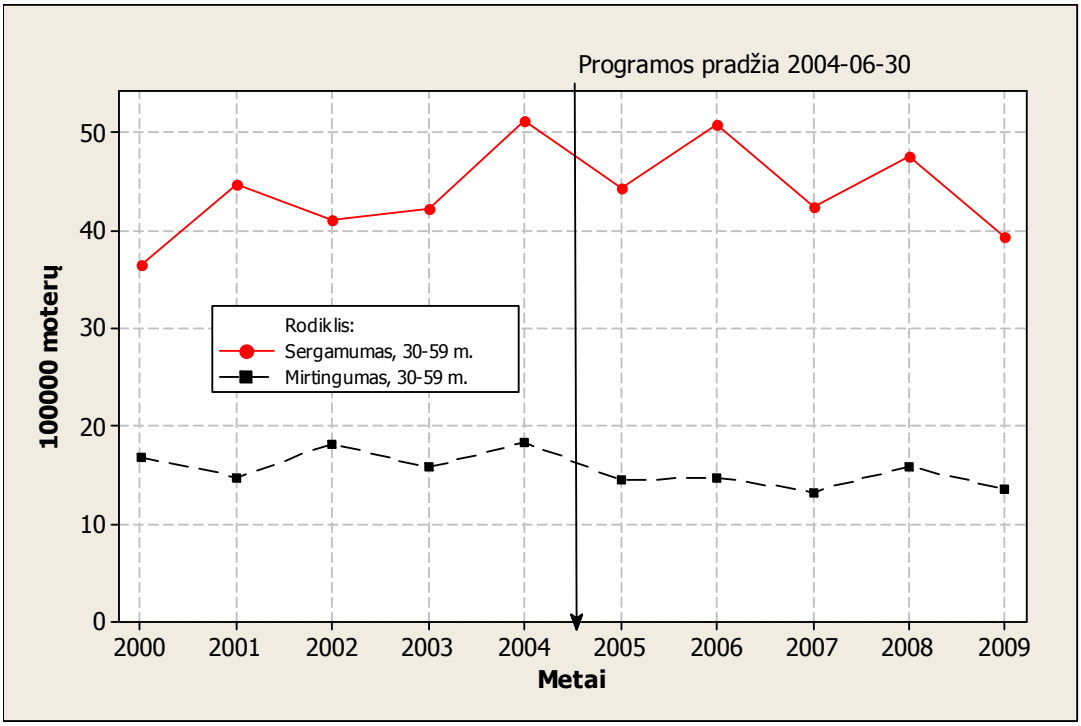
28 pav. Mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamika tarp visų Lietuvos ir tikslinės grupės moterų 2000-2009 metais

Lietuvos moterų sergamumo gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos kreivių palyginimas atvaizduotas **29** pav., kuriame matosi anksčiau aprašyta tendencija bei tai, kad mirtingumas yra daugiau nei du kartus mažesnis už sergamumą ir šis santykis, laikui bėgant (mažėjant mirtingumui) linkęs didėti.



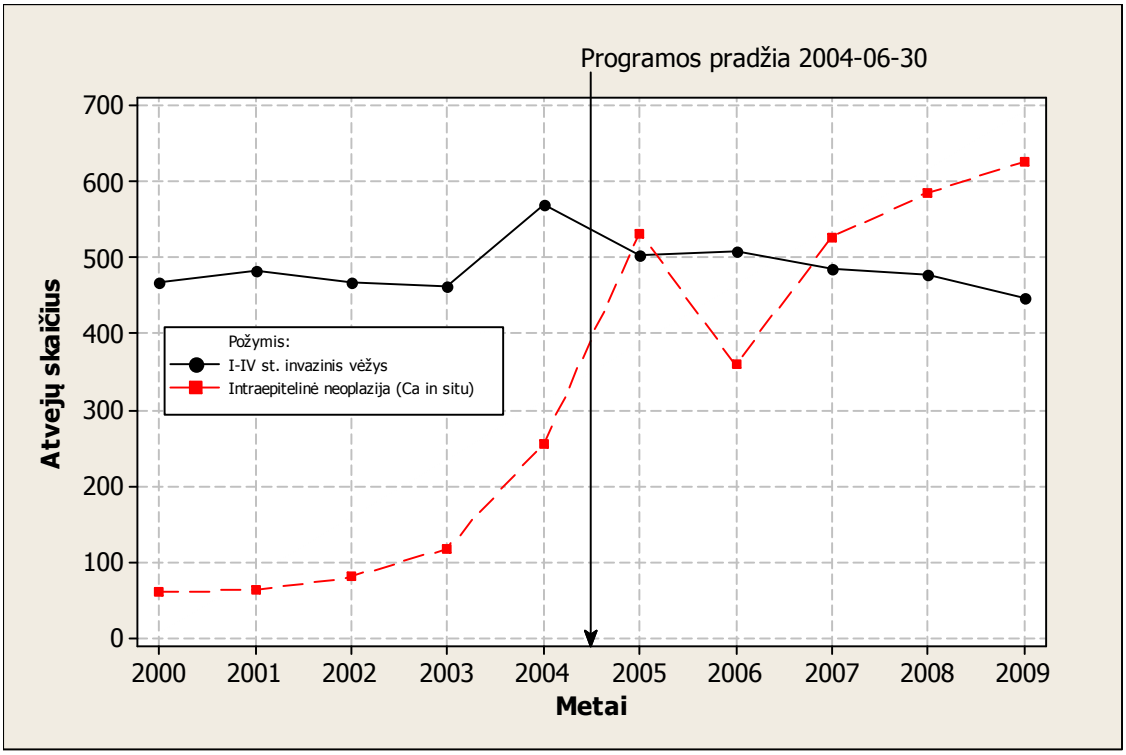
29 pav. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos palyginimas 2000-2009 metais

Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamika tarp 30-59 m. Lietuvos moterų atvaizduota **30** pav. Atkreiptinas dėmesys į tai kad tiek sergamumo tiek mirtingumo absoliutinės reikšmės yra ženkliai didesnės lyginant su kreivėmis 26 pav., tačiau sergamumas šioje amžiaus kategorijoje yra tris kartus didesnis už mirtingumą. Be to, įvertinus rodiklių dinamiką iki 2004 ir po 2004, stebima aiški ir sergamumo ir mirtingumo rodiklių mažėjimo tendencija, tiesa, sergamumo mažėjime stebimai didesni svyravimai.



30 pav. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos palyginimas 2000-2009 metais tarp tikslinės grupės moterų

Naujai išaiškintų visų stadijų gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičiaus ir preinvazinio gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičiaus dinamika atvaizduota 31 pav. Ryškiai matoma, kad preinvazinio vėžio išaiškintų atvejų skaičius pradėjo augti nuo 2003 metų, maksimumą pasiekė paskutiniaisiais trim analizuojamais metais ir toliau rodo aiškią didėjimo tendenciją, nuosekliai mažėjant naujai išaiškintų invazinio vėžio atvejams.



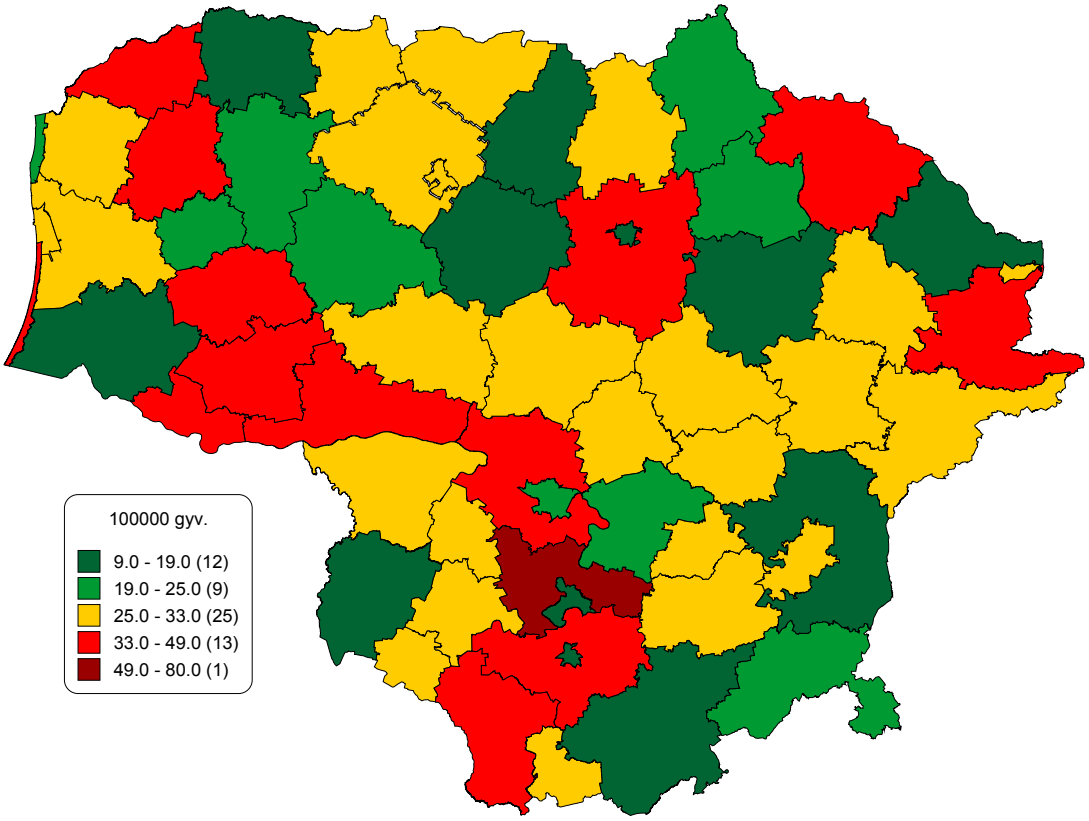
31 pav. Naujai išaiškintų gimdos kaklelio vėžio ir preinvazinio vėžio atvejų skaičiaus dinamika Lietuvoje 2000-2009 metais

Apibendrinant kas aukščiau aprašyta, ir analizuojant pagal amžių standartizuoto mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio dinamiką, tarp visų šalies moterų matosi nežymiai svyruojanti mirtingumo mažėjimo tendencija nuo 2000-jų metų. Ta pati tik ženkliai labiau išreikšta tendencija stebima ir tarp 30-59 metų amžiaus moterų.

Gimdos kaklelio vėžys, kaip ir daugelis kitų solidinių navikų, formuojasi ilgai. Jei laiku atpažįstamas, ligonėms galima suteikti efektyvią pagalbą. Kol žemo laipsnio displazija pasiekia aukštą laipsnį, vidutiniškai praeina 9 metai, o kol iš didelio laipsnio displazijos susiformuoja invazinis vėžys, užtrunka nuo 3 mėnesių iki 2 metų. Naujausi tyrimai rodo, kad didelio laipsnio displazijos evoliucija į vėžį nėra neišvengiamas procesas. Iki 70 proc. gimdos kaklelio intra-epitelinių pirmo laipsnio neoplazijų (CIN1) išnyksta savaime per 1-2 metus. Danijoje 1992 m. pradėjus atrankinio moterų patikrinimo programą jau po trejų metų gimdos kaklelio vėžio atvejų diagnozuota 20 proc. mažiau. 10 proc. patikros efektyvumo galima pasiekti po 10-15 metų, o norint, kad sergamumas sumažėtų 30-40 proc., reikės 20-30 metų. Suomiai patikros programą pradėjo 1963 m., norvegai - 1990 m. JAV mirtingumas nuo šios ligos sumažėjo 40 proc. per 30 metų, Kanadoje per tokį pat laiko tarpą jis sumažėjo per 50 proc. Islandijoje per 35 metus sugebėta mirtingumą nuo šios ligos sustabdyti net 80 proc. Suomiai per 32 patikros metus mirtingumą sumažino 52, norvegai - 10 proc. per 10 metų.

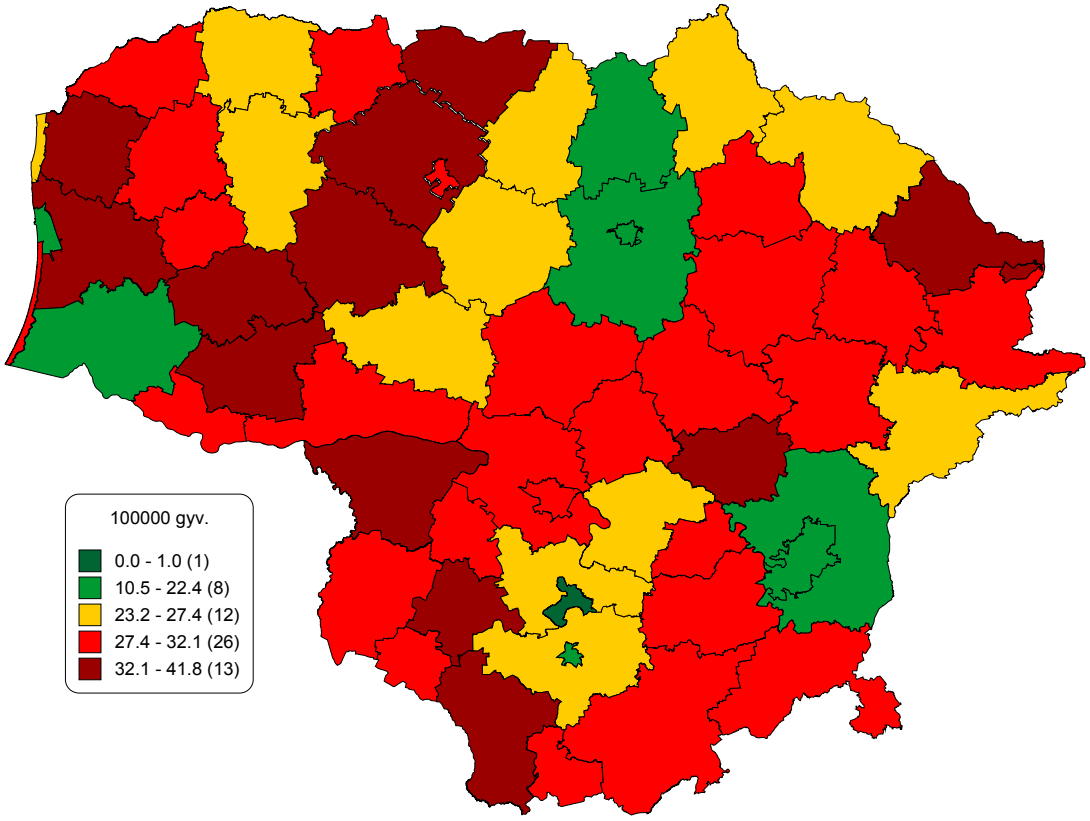
8.2. PROFILAKTINIŲ PROGRAMŲ POVEIKIO SERGAMUMO RODIKLIO POKYČIAMS SAVIVALDYBĖSE VERTINIMAS

Šio vertinimo tikslas – įvertinti programos priemonių prieinamumą gyventojams teritoriniu aspektu, kurį tiesiogiai veikia programos valdymo savivaldybių ir centriniu lygiu aktyvumas ir kokybė.



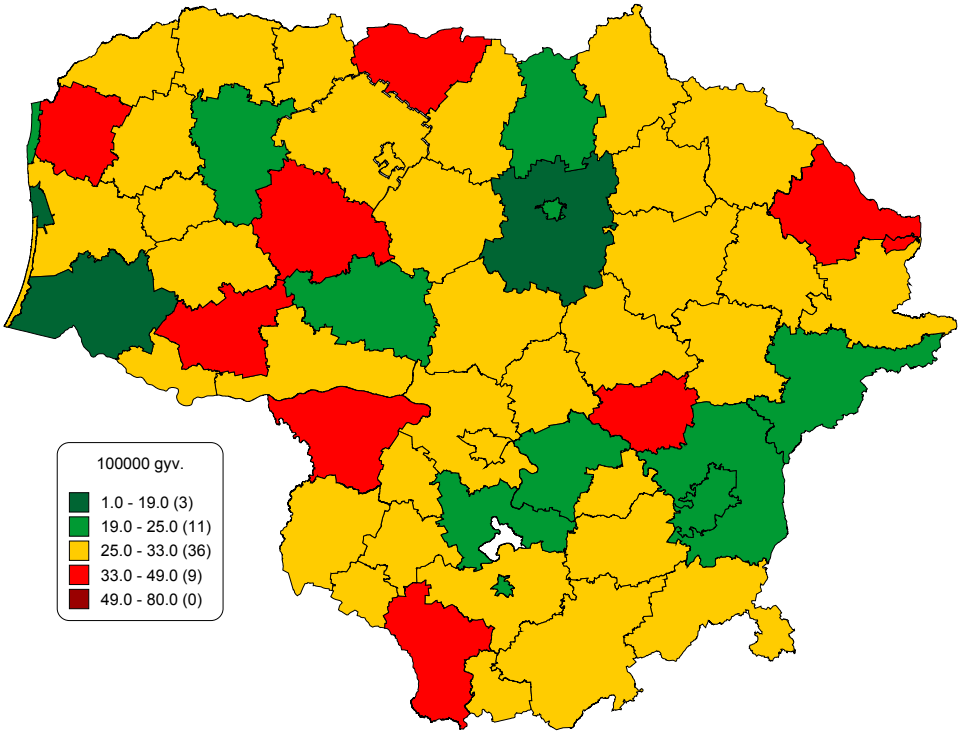
32 pav. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2000-2004 m., remiantis šio periodo kartogramos laipsnių dydžiais

Lietuvos moterų sergamumo gimdos kaklelio vėžiu paplitimo ypatumai tarp 60 savivaldybių atvaizduoti **32** pav. Kartogramos legendoje matoma, jog žemiausias sergamumo lygis buvo iki 19 atvejų 100000 moterų ir jis buvo užfiksuotas 12-je savivaldybių. Žemo sergamumo (19 - 25 atvejai 100000 moterų) 9 savivaldybės buvo pasiskirsčiusios Lietuvoje gan atsitiktinai išskyrus grupę savivaldybių pietryčių ir šiaurės Lietuvos dalyje. Net 25-iose savivaldybėse buvo užfiksuotas šalies vidurkis (25-33 atvejai 100000 moterų) 13-oje – aukštas (33- 49 atvejai) ir tik vienoje, Prienų savivaldybėje nustatytas labai aukštas sergamumas, siekiantis daugiau nei 49 atvejus 100000 moterų (**32** pav.)



33 pav. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2005-2009 m., remiantis šio periodo kartogramos laipsnių dydžiais

Laikotarpiu, kai veikė gimdos kaklelio antrinės profilaktikos vėžio programa, labai pasikeitė šio piktybinio naviko paplitimo ypatumai šalies savivaldybėse (**33** pav.). Labai žemas sergamumas užfiksuotas tik Birštono savivaldybėje, žemas – 8-iose savivaldybėse. Tai Alytaus miesto, Vilniaus rajono, Vilniaus miesto, Šilutės, Panevėžio rajono, ir miesto bei Pasvalio savivaldybėse. Aukštas ir labai aukštas sergamumas užfiksuotas 39-iose savivaldybėse, iš jų labai aukštas 13-oje ir aukštas 26 (**34** pav.).

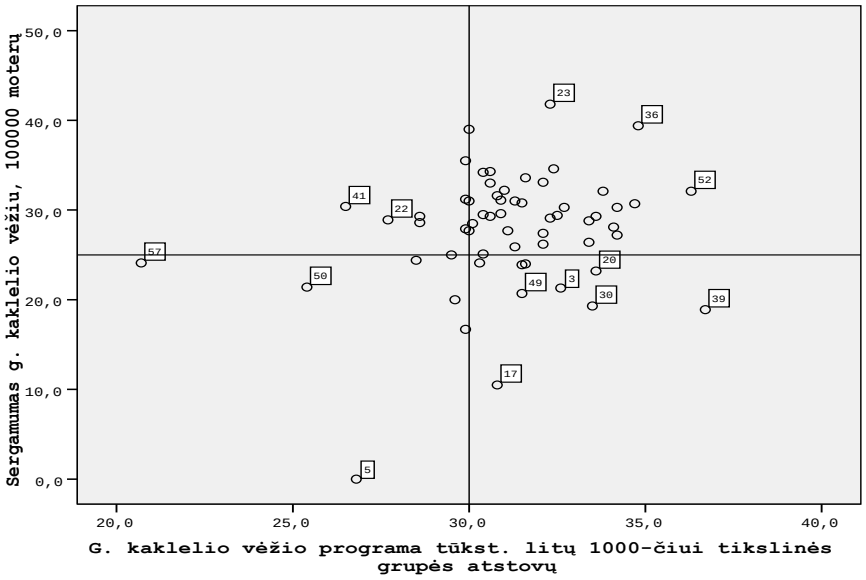


34 pav. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2005-2009 m., remiantis pirmo periodo kartogramos laipsnių dydžiais

8.3. PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ VYKDYMO AKTYVUMO SAVIVALDYBĖSE TYRIMAS

Šios tyrimo dalies tikslas buvo nustatyti ryšį tarp programos priemonių (paslaugų) apimčių ir sergamumo, t.y., naujai išaiškintų susirgimų lygio, pritaikant publikuotą metodą. Atsižvelgiant į tai, kad vienas asmuo galėjo gauti kelių rūšių paslaugas, taip pat ir pakartotinai, programos priemonių (paslaugų) apimčių rodiklis buvo pasirinktas panaudotos lėšos iš PSDF apmokėti už suteiktas paslaugas.

Programos rezultatų – sergamumo rodiklio ir panaudotų lėšų vėžio profilaktikos programoms vykdyti santykis atskirose savivaldybėse atsispindi **35** pav.



35 pav. Ryšys tarp lėšų, skirtų gimdos kaklelio vėžio profilaktikos programai ir sergamumo gimdos kaklelio vėžiu 60-yje Lietuvos savivaldybių 2005-2009 metais

.

35 pav. „X“ ašyje atvaizduotos lėšos, tūkstančiais litų, 1000 tikslinės grupės moterų, „Y“ ašyje sergamumas gimdos kaklelio vėžiu 100000 moterų 60-yje Lietuvos savivaldybių. Atlikus porinių požymių koreliaciją tarp šių galimai tarpusavyje susijusių požymių nustatyta, jog yra silpnesnis negu vidutinis teigiamas ryšys tarp jų **r=0.163**. Kitaip tariant, yra silpna tendencija, jog didėjant gimdos kaklelio programai skirtoms lėšoms, didėja ir sergamumas gimdos kaklelio vėžiu Lietuvos savivaldybėse. Pvz. Trakų (52) savivaldybei buvo skirta santykinai daug lėšų, joje taip pat sergamumas gimdos kaklelio vėžiu aukštas. Panaši situacija ir Kupiškio (23) ir Prienų (36) savivaldybėse. Iš kitos pusės, Vilniaus rajono savivaldybei (57) programai skirta lėšų nedaug, tačiau sergamumas gimdos kaklelio vėžiu siekia šalies vidurkį. Panaši situacija stebima Tauragės savivaldybėje (50), Birštono savivaldybėje (5).

Tačiau, kai kuriose savivaldybėse pastebėta kitokia tendencija – pvz. Skuodo raj. savivaldybei (41) skirta lėšų mažiau negu šalies vidurkis, o sergamumas gimdos kaklelio vėžiu buvo gan aukštas (7.8.1.. pav). Ta pati tendencija aptikta ir Kretingos savivaldybėje (22). Iš kitos pusės, Rietavo savivaldybei (39) gimdos kaklelio profilaktikos programai buvo skirta santykinai daug lėšų, tačiau sergamumas gimdos

kaklelio vėžiu buvo žemesnis už šalies vidurkį. Panaši situacija stebima ir Pakruojo (30), Klaipėdos (20) ir Alytaus savivaldybėje

Antrinės profilaktikos programų atsiradimas ženkliai paveikė analizuojamų vėžio lokalizacijos paplitimo ypatumus šalies savivaldybėse. Vertinant geografiškai padidėjo sergamumo homogeniškumas, o tai apsprendė smarkiai sumažėjusį sergamumo rodiklių variabilumą. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu geografija pasikeitė ryškiausiai, atsirado net 39 savivaldybės, kurių teritorijose registruojamas aukštas ir labai aukštas sergamumas, tačiau atkreiptinas dėmesys, jog sergamumo absoliutinė reikšmė ryškiai sumažėjo. Tai aiškiai demonstruoja sergamumo atvaizdavimas, panaudojant pirmo periodo sergamumo kartogramos skalę, kada matomas labai smarkiai padaugėjo savivaldybių su vidutiniu sergamumo lygiu. Tai rodo, kad ši programa yra efektyvi, ją reikėtų smarkiai išplėsti, nes sergamumo kitimo dinamikoje ir geografiškai tendencijos rodo, jog jai vis dar būdingi oportunistinės patikros elementai.

8.4. PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ

Prevencinės programos monitoringas ir vertinimas yra būtinas tam, kad nustatyti, ar yra pasiekti užsibrėžti tikslai, ir ar jie yra pasiekti efektyviai ir racionaliai. Teigiami vertinimai yra pagrindas toliau tęsti ir finansuoti programą.

Pats vertinimas reikalauja nemažai laiko ir finansinių išteklių, todėl yra būtina apsibrėžti monitoringo ir vertinimo metodiką, pasitvirtinti išteklius ir konkrečias priemones dar prieš pradedant vykdyti programą.

Vertinant prevencinę programą pagal proceso indikatorius buvo nustatoma, kaip programos priemonės atitiko esminius skriningo principus[62], įvertinant atitikimą pagal pasirinktą skalę.

Analizuojant programos efektyvumą pagal pasiektus užsibrėžtus tikslus buvo pasirinktas sergamumo gimdos kaklelio vėžiu dinamikos tyrimas ir mirtingumo rodiklio pokyčio dinamikos tyrimas panaudojant bendruosius, populiacinio lygmens, epidemiologinius statistinius duomenis.

Vertinant programą kaštų – efektyvumo analizės metodu buvo nustatoma, kaip šis santykis atitinka PSO rekomenduojamą vertinimo skalę[63].

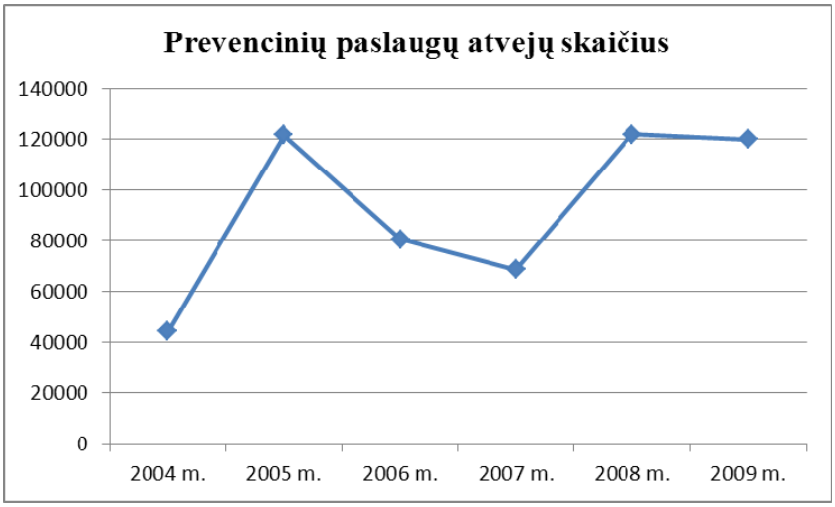
Šioje studijoje yra panaudota gimdos kaklelio vėžio prevencijos programų vertinimo metodika, publikuota leidinyje „Tinkamas gimdos kaklelio vėžio prevencijos programų planavimas“[64]. Remiantis

[62] Anne Andermann,a Ingeborg Blancquaert,b Sylvie Beauchampb & Véronique Déryc. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organization | April 2008, 86 (4)
[63] Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global reports, WHO 2005
[64] Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs, 2nd Edition, 2000. PATH, 2000

šia metodika gimdos kaklelio vėžio prevencijos programa buvo vertinama pagal vadinamuosius proceso indikatorius bei pagal poveikio indikatorius (pasiektų rezultatų rodiklius).

8.4.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBIŲ LYGIU

Per 2004 – 2009 m. gimdos kaklelio vėžio profilaktikos tikslu buvo patikrinta 450.801 moteris, iš viso buvo užfiksuota 556.846 paslaugos teikimo atvejai; vienai moteriai, įskaitant pakartotinas priemones, teko 1,24 paslaugos, vidutiniškai (36 pav.).



36 pav. Programos apimtyje tikrintų moterų skaičiaus kitimas per 2004 – 2009 metus

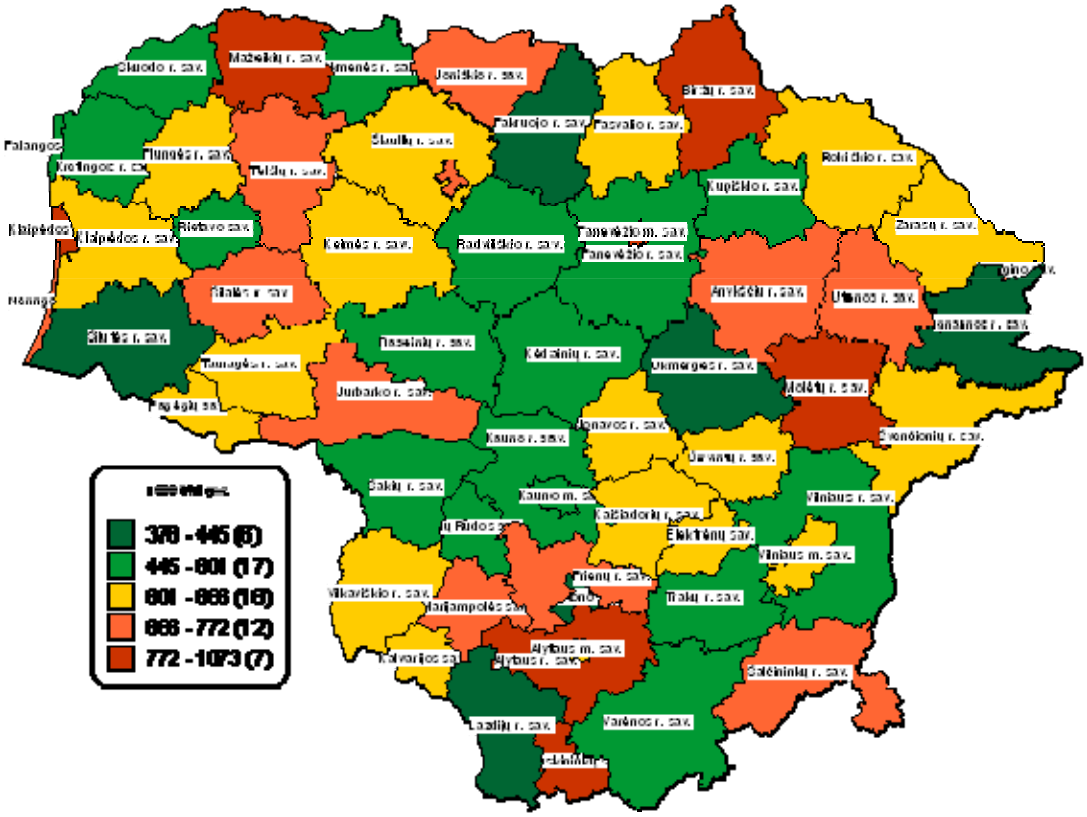
Siekiant įvertinti programos priemonių prieinamumo tolygumą Lietuvoje buvo analizuojama, kaip programa buvo vykdoma atskirose savivaldybėse. Buvo nustatomas programos vykdymo intensyvumas pagal suteiktų programos paslaugų skaičių, tenkantį 1000 gyventojų (18 lentelė).

18 lentelė. Programos vykdymo intensyvumas savivaldybėse per 2004 – 2009 metus

Savivaldybė	Suteiktų paslaugų skaičius	Suteikta paslaugų, sk./1000 gyv. (moterys 25-60 m.)	Nuokrypis nuo vidurkio, %
Akmenės r. sav.	3514	532	-17
Alytaus m. sav.	17864	960	49
Alytaus r. sav.	3963	647	1
Anykščių r. sav.	5178	752	17
Birštono sav.	528	422	-34
Biržų r. sav.	6976	938	46
Druskininkų sav.	6558	1.072	67
Elektrėnų sav.	4270	617	-4
Ignalinos r. sav.	3062	712	11
Jonavos r. sav.	9965	749	16
Joniškio r. sav.	4560	657	2
Jurbarko r. sav.	4666	574	-11
Kaišiadorių r. sav.	4036	498	-22
Kalvarijos sav.	1521	544	-15
Kauno m. sav.	58544	583	-9
Kauno r. sav.	14287	666	4
Kazlų Rūdos sav.	2726	817	27
Kėdainių r. sav.	10981	716	11
Kelmės r. sav.	5219	627	-2
Klaipėdos m. sav.	30299	579	-10
Klaipėdos r. sav.	5679	488	-24
Kretingos r. sav.	5552	515	-20
Kupiškio r. sav.	2295	445	-31
Lazdijų r. sav.	3867	772	20
Marijampolės sav.	15407	899	40
Mažeikių r. sav.	14102	840	31
Molėtų r. sav.	3320	673	5
Neringos sav.	352	423	-34
Pagėgių sav.	1244	503	-22
Pakruojo r. sav.	4080	656	2
Palangos m. sav.	3100	654	2
Panevėžio m. sav.	22878	729	13
Panevėžio r. sav.	4728	492	-23
Pasvalio r. sav.	3642	511	-21
Plungės r. sav.	6526	638	-1
Prienų r. sav.	4187	565	-12
Radviliškio r. sav.	8287	736	15
Raseinių r. sav.	6491	693	8
Rietavo sav.	911	436	-32

Rokiškio r. sav.	5417	615	-4
Skuodo r. sav.	3128	597	-7
Šakių r. sav.	4754	610	-5
Šalčininkų r. sav.	5680	649	1
Šiaulių m. sav.	24890	695	8
Šiaulių r. sav.	6177	533	-17
Šilalės r. sav.	2758	435	-32
Šilutės r. sav.	9137	744	16
Širvintų r. sav.	2371	543	-16
Švenčionių r. sav.	3752	531	-17
Tauragės r. sav.	8097	663	3
Telšių r. sav.	9845	761	19
Trakų r. sav.	5486	616	-4
Ukmergės r. sav.	6464	600	-7
Utenos r. sav.	8217	686	7
Varėnos r. sav.	4347	716	11
Vilkaviškio r. sav.	4087	379	-41
Vilniaus m. sav.	100579	617	-4
Vilniaus r. sav.	15168	636	-1
Visagino sav.	8180	937	46
Zarasų r. sav.	2947	660	3

Paslaugos teikimo pasiskirstymas savivaldybėse pavaizduotas kartografiškai, vaizduojamas netolygumai yra pavaizduoti 37 pav.



37 pav. Suteiktų paslaugų per 2006-2009 metus, sk./1000 gyventojų (moterys, 25-60 m.)

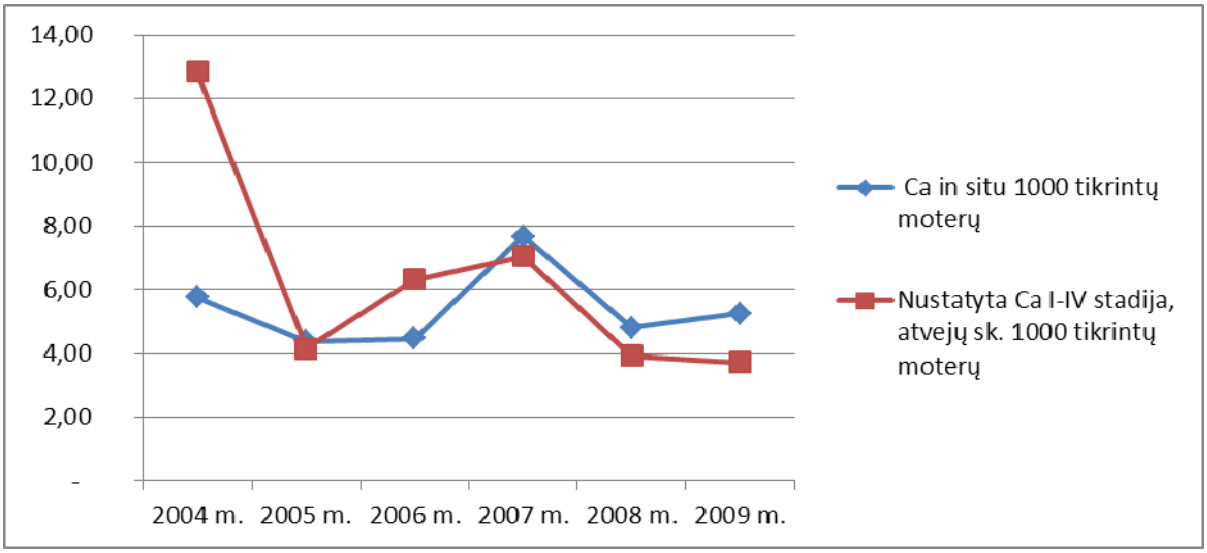
Paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų (moterys 25 - 60 m. amžiaus), pasiskirstymo savivaldybėse vidutinis kvadratinis nuokrypis, yra 142,32 , o variacijos koeficientas yra 0,22150 (22,15 %).

8.4.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL TIESIOGIAI PASIEKTUS REZULTATUS

Vienas svarbiausių programos efektyvumo rodiklių yra gimdos kaklelio *cancer in situ* (*Ca in situ*) atvejų nustatymas. Šio rodiklio dinamika per 2004 – 2009 metus ir palyginimas su aptiktais invazinio vėžio atvejais yra pateikti 19 lentelėje ir **38** pav.

19 lentelė. *Ca in situ* ir *Ca I-IV* stadijų nustatytų atvejų skaičiaus dinamika per 2004 – 2009 metus.

Metai	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Prevencijos atvejų skaičius	44404	121667	80477	68712	121731	119855
Nustatyta *Ca in situ*	256	533	359	528	586	628
Ca in situ 1000 tikrintų moterų	5,77	4,38	4,46	7,68	4,81	5,24
Nustatyta *Ca I-IV* stadija	570	505	508	485	479	448
Nustatyta *Ca I-IV* stadija, atvejų sk. 1000 tikrintų moterų	12,84	4,15	6,31	7,06	3,93	3,74

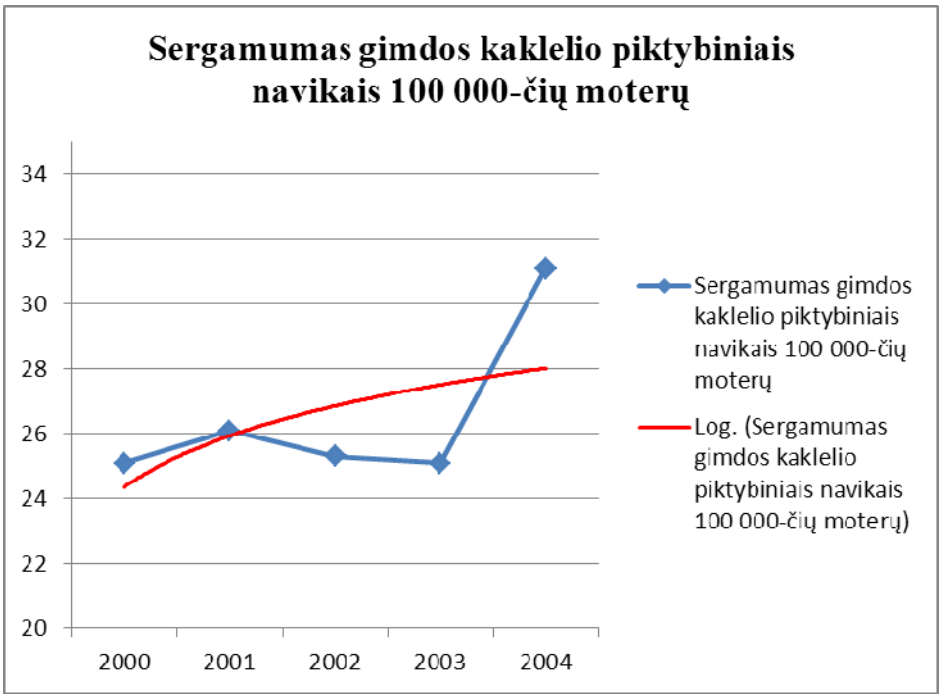


38 pav. Gimdos kaklelio būklės *Ca in situ* ir Ca I-IV stadijos nustatytų atvejų skaičiaus, tenkančio 1000 tikrintų moterų, pokytis per 2004 – 2009 metus

8.4.3. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL POPULIACINIO LYGMENS EPIDEMIOLOGINIUS RODIKLIUS

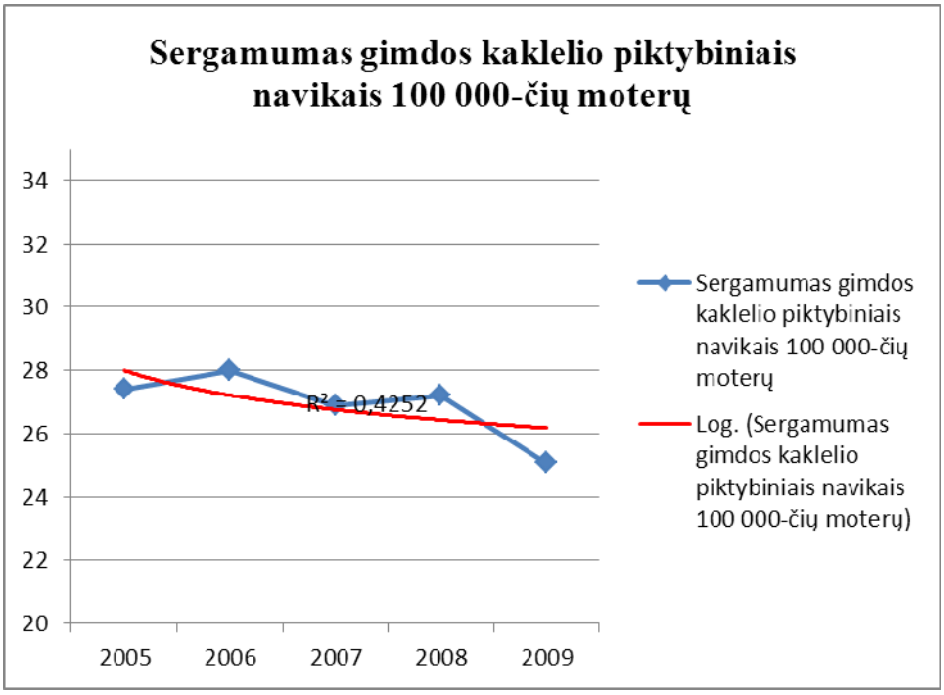
Pagrindiniai prevencinės programos siekiniai – sumažinti gimdos kaklelio vėžio sergamumo ir mirtingumo rodiklius, diagnozuoti gimdos kaklelio piktybinį naviką ankstyvoje stadijoje.

Iki programos veiklos pradžios sergamumo rodiklių dinamika (per 2000 – 2004 metus) yra pavaizduota **39** pav.



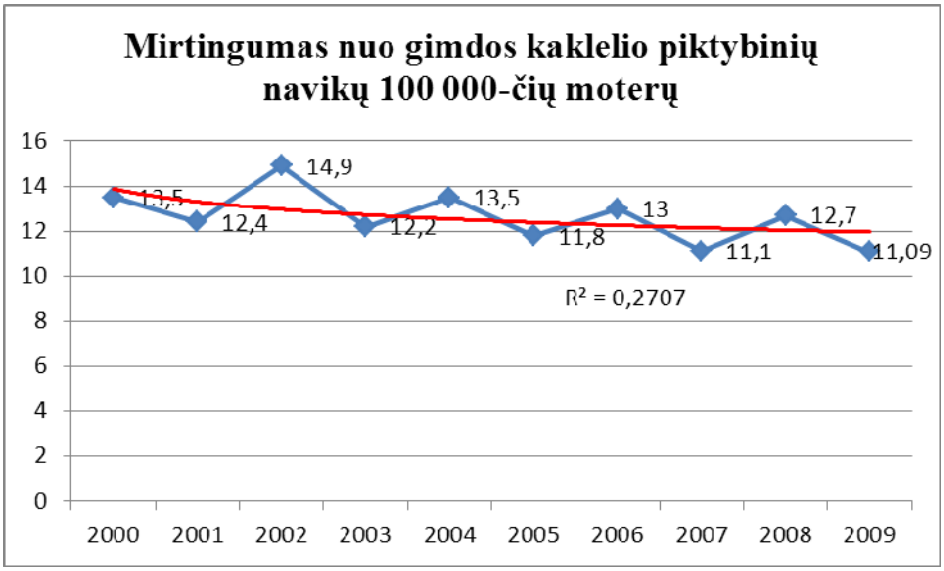
39 pav. Sergamumas gimdos kaklelio piktybiniais navikais per 2000 – 2004 metus

Sergamumo šuolis tarp 2003 ir 2004 metų galėjo turėti keletą priežasčių – viena iš jų galėjo būti prevencijos priemonių įtakojimas atrandant naujas invazinio vėžio būkles. Tačiau vėliau, plečiant programos priemones, sergamumas pradėjo mažėti (**40** pav.).



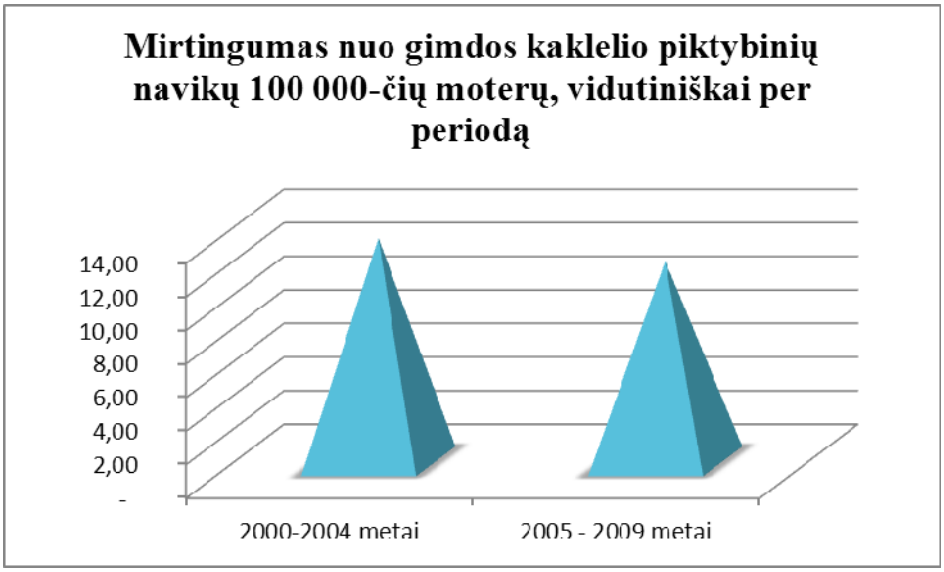
40 pav. Sergamumas gimdos kaklelio piktybiniais navikais per 2005 – 2009 metus

Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio nuosekliai mažėjo per visus 2000 – 2009 metus (**41** pav.).



41 pav. Mirtingumas nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų per 2005 – 2009 metus

Lyginant du laiko periodus: iki ir po programos pradžios yra apskaičiuojamas vidutinės mirtingumo rodiklio reikšmės sumažėjimas programos veikimo laikotarpiu 10,24 proc. - nuo 13,30 atvejų 100.000 gyventojų per 2000-2004 metus, vidutiniškai, iki 11,94 atvejų 100.000 gyventojų per 2005 – 2009 metus, vidutiniškai (**42** pav.).



42 pav. Mirtingumo nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų pokyčiai iki ir po programos pradžios

Vertinant programos efektyvumą diagnozuojant gimdos piktybinį naviką ankstyvesnėse stadijose buvo remiamasi naujų susirgimo atvejų I – IV stadijų pokyčio dinamika per 2004 – 2009 metus. I ir II stadijos atvejų skaičius ir jo dalis bendrame atvejų skaičiuje, eliminavus nedeklaruotus atvejus, per 2004 – 2009 m. kito taip, kaip pavaizduota 27 lentelėje ir 55 pav.

20 lentelė. Ankstyvųjų stadijų dalis bendrame visų stadijų atvejų skaičiuje 2004 – 2009 m

Metai	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Gimdos kaklelio vėžio I stadija, atvejų sk.	185	196	223	214	196	187
Gimdos kaklelio vėžio II stadija, atvejų sk.	122	111	109	79	103	85
Iš viso, atvejų sk.	307	307	332	293	299	272
Gimdos kaklelio vėžio III stadija, atvejų skaičius	181	134	139	137	124	102
Gimdos kaklelio vėžio IV stadija, atvejų skaičius	42	44	35	25	46	38
Iš viso, atvejų sk.	223	178	174	162	170	140
I ir II stadijos atvejų dalis bendrame sk., eliminavus nedeklaruotus atvejus, %	88	87	90	92	87	88

Kaip matyti iš 20 lentelėje pateiktų rodiklių, I ir II stadijų susirgimų nustatymo dalis bendrame nustatytų atvejų skaičiuje programos vykdymo laikotarpiu, nors ir nežymiai, padidėjo.

8.4.4. PROGRAMOS KAŠTŲ – EFEKTYVUMO ANALIZĖ

Vertinant prevencinę programą kaštų – efektyvumo analizės metodu buvo apskaičiuojama:

- kaštai, tenkantys vienam gyventojui - prevencinės programos dalyviui;
- kaštai, tenkantys susirgimų sumažinimui vienu atveju;
- kaštai, tenkantys mirčių skaičiaus sumažinimui vienu atveju.

Kaštai, tenkantys vienam gyventojui - prevencinės programos dalyviui

Programos finansavimo lėšos per 2004 – 2009 metus buvo 17.442.400 Lt , moterų, gavusių prevencines paslaugas skaičius per tą patį laiką – 450801. Tuo būdu vienam gyventojui – prevencinės programos dalyviui tenka 38,7 Lt programos finansavimo lėšų. Vienas tūkstantis Lt., panaudotų prevencinei programai finansuoti, leido suteikti prevencines paslaugas beveik 26 moterims. Vienam nustatytam *Ca in situ* atvejui teko 6035 Lt programos finansavimo kaštų, bei teko patikrinti 156 moteris.

Kaštai, tenkantys susirgimų gimdos kaklelio vėžiu sumažinimui vienu atveju

Naujų susirgimų skaičius gimdos kalelio vėžiu Lietuvoje per 2004 – 2009 metus nurodytas 21 lentelėje.

21 lentelė. Naujų susirgimų gimdos kaklelio piktybiniais navikais per 2005 – 2006 metus atvejai

Metai	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Naujų gimdos kaklelio piktybinių navikų atvejų skaičius	570	500	508	485	488	448
Naujų atvejų sk. sumažėjimas palyginus su ankstesniais kalendoriniais metais		70	-8	23	-3	40

Higienos instituto prie SAM duomenys

Nustatant kaštų – efektyvumo santykį išvengto susirgimo aspektu skaičiuojami programos finansavimo kaštai, tenkantys vieniems išvengto kritinio susirgimo metams. Išvengto nuo susirgimų metų skaičius (ISM) nustatomas pagal formulę:

$$ISM = a_1 \times (P-1) + a_2 \times (P-2) + \ldots + a_{n+1} \times (P-n);$$

a_1 – naujų susirgimų skaičiaus pokytis antraisiais laiko periodo kalendoriniais metais palyginus su pirmaisiais laiko periodo kalendoriniais metais;

a_2 – naujų susirgimų skaičiaus pokytis trečiaisiais laiko periodo kalendoriniais metais palyginus su antraisiais laiko periodo kalendoriniais metais;

P – metų skaičius laiko periode;

n – kalendorinių metų eilės numeris laiko periode.

Tokiu būdu apskaičiuotas ISM yra lygus 421. Kaštai, tenkantys vieniems ISM yra apskaičiuojami pagal formulę:

17.442.400 (finansavimo lėšos, Lt) : (421) = 41.431 Lt/išvengto susirgimo metams.

Kaštai, tenkantys mirčių nuo gimdos kaklelio vėžio skaičiaus sumažinimui vienu atveju

Mirusiųjų nuo gimdos kalelio vėžio skaičius Lietuvoje per 2005 – 2009 metus nurodytas 22lentelėje.

22 lentelė. Mirčių nuo gimdos kalelio piktybinių navikų per 2005 – 2006 metus atvejai

Metai	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Moterų mirusių nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų skaičius	248	215	236	200	228	198
Mirties atvejų sk. sumažėjimas palyginus su ankstesniais kalendoriniais metais		33	-21	36	-28	30

Nustatant kaštų – efektyvumo santykį išsaugotų gyvenimo metų aspektu skaičiuojami programos finansavimo kaštai, tenkantys vieniems išsaugoto gyvenimo metams. Išsaugotų gyvenimo metų (IGM) skaičius yra apskaičiuojamas pagal formulę:

$$IGM = m_1 \times (P-1) + m_2 \times (P-2) + \ldots + m_{n+1} \times (P-n);$$

m_1 – mirčių skaičiaus pokytis antraisiais laiko periodo kalendoriniais metais palyginus su pirmaisiais laiko periodo kalendoriniais metais;

m_2 – mirčių skaičiaus pokytis trečiaisiais laiko periodo kalendoriniais metais palyginus su antraisiais laiko periodo kalendoriniais metais;

P – metų skaičius laiko periode;

n – kalendorinių metų eilės numeris laiko periode.

Tokiu būdu apskaičiuotas IGM yra lygus 163. Kaštai, tenkantys vieniems IGM yra apskaičiuojami pagal formulę:

17.442.400 (finansavimo lėšos, Lt) : (163) = 107.008 Lt/išsaugoti gyvenimo metai.

8.4.5. PROGRAMOS VERTINIMO APIBENDRINIMAS

Apibendrinant programos efektyvumo tyrimo metu gautus duomenis ir atliktus skaičiavimus, palyginimus, yra pateikiami vertinimai, kaip nustatyti rodikliai atitinka vertinimo metodikoje pasirinktus kriterijus.

Užsienio šalių teigiamos patirties atitikimas

Organizuotu gimdos kaklelio patikros programų nauda ir efektyvumas mažinant sergamumą šia liga ir mirtingumą nuo jos laikomas įrodytu[65]. Yra parengtos bendros rekomendacijos, kaip vykdyti gimdos kaklelio patologijos patikros programas ES šalyse[66]. Siekiant padidinti patikros programos naudą ir ženkliai sumažinti mirtingumą nuo vėžio, rekomenduojama patikrą vykdyti tik organizuotai.
Tiek sergamumas gimdos kaklelio vėžiu, tiek mirtingumas nuo jo Lietuvoje iki pradedant atrankines patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programa buvo didžiausias tarp Šiaurės Europos šalių ir vienas didžiausiu Europoje. . Gimdos kaklelio patikra Lietuvoje nėra idealiai organizuota, suteikianti galimybę moterims atlikti tepinėlio tyrimą, tačiau asmeniniai kvietimai moterims nesiunčiami. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu pokyčiai Lietuvoje patikros programos vykdymo laikotarpiu yra charakteringi ne plačiai, valstybiniu mastu organizuotai patikrai – didėja nustatomo neinvazinio ir I stadijos gimdos kaklelio vėžio atvejų, o diagnozuojamo vėlyvųjų stadijų (III ir IV) vėžio dalis lieka nepakitusi. Tai rodo

[65] Sigurdsson K. Icelandic and Nordic cervical screening programs: trends in incidence and mortality rates through 1995. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78: 478–485

[66] European guidelines for quality assurance in cervical screening. 2nd Edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.

per mažą pasitikrinusių moterų, esančių didžiausioje rizikos grupėje, skaičių[67]. Su panašiomis problemomis kaip ir Lietuva vykdant patikros programas susiduria ir kitos naujosios ES šalys[68]. Pastaroji gimdos kaklelio profilaktikos programų apžvalga parodė didelius trūkumus vykdant programas visoje Europoje. Nustatyta, kad, nepaisant ryškiu poslinkių, nėra laikomasi ES Tarybos rekomendacijų ir teigiama, jog turėtu būti imtasi priemonių siekiant pagerinti gimdos kaklelio profilaktiką Europoje[69].

Europoje įgyvendinama labai daug gimdos kaklelio patikros programų. Tik keliose šalyse vykdomos organizuotos patikros programos – Šiaures šalyse, Jungtinėje Karalystėje, Nyderlanduose, dalyje Italijos provincijų, o daugumoje kitų šalių vykdoma patikra negali būti apibrėžta kaip organizuota[70]. Pastarosiose šalyse vykdoma oportunistinė patikra, kuri priklauso nuo moters ir jos gydytojo asmeninės iniciatyvos. Tokioms oportunistinėms patikroms būdinga tai, kad dažnai tikrinamos tam tikrų grupių moterys ir nepakankamai – kitų. Pagrindinis neorganizuotos patikros programos trūkumas pasireiškia mažu pasitikrinusių moterų, esančių didžiausios rizikos grupėje, procentu ir intensyviu mažos rizikos grupių moterų tikrinimu. Tai sudaro prielaidas mažam sąnaudų našumui ir menkam programų efektyvumui[71]. Pagrindinėmis patikros programų neefektyvumo priežastimis laikomas neoptimalus tepinėlių paėmimo dažnis ir nepakankama tikslinės populiacijos apimtis bei kintama patikros kokybė ir standartai. Su panašiomis problemomis kaip ir Lietuva vykdant patikros programas susiduria ir kitos naujosios ES šalys[72]. Pastaroji gimdos kaklelio profilaktikos programų apžvalga parodė didelius trūkumus vykdant programas visoje Europoje. Nustatyta, kad, nepaisant ryškiu poslinkių, nėra laikomasi ES Tarybos rekomendacijų ir teigiama, jog turėtu būti imtasi priemonių siekiant pagerinti gimdos kaklelio profilaktiką Europoje[73].

Danijoje 1992 m. pradėjus atrankinio moterų patikrinimo programą jau po trejų metų gimdos kaklelio vėžio atvejų diagnozuota 20 proc. mažiau. 10 proc. patikros efektyvumo galima pasiekti po 10-15 metų, o norint, kad sergamumas sumažėtų 30-40 proc., reikės 20-30 metų. Suomiai patikros programą

[67] Smailytė G, Rimienė R. Gudlevičienė Ž., Aleknavičienė B. Gimdos kaklelio patologijos patikros programos vykdymo Itaka sergamumui gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje Medicinos teorija ir praktika, 2010, T 16 (2) 152-157.
[68] Nicula FA, Anttila A, Neamtiu L, Zakelj MP, Tachezy R, Chil A, et al. Challenges in starting organised screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. Eur J Cancer. 2009; 45(15): 2679–2684.
[69] Anttila A, von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. Eur J Cancer. 2009; 45(15): 2649–2658.
[70] Anttila A, Ronco G, Cliff ord G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Br J Cancer. 2004; 91(5): 935–941.

[71] van Ballegooijen M, van den Akker van Marle ME, Patnick J, Lynge E, Arbyn M, Anttila A, et al. Overview of important cervical cancer screening process values in EU countries, and tentative
predictions of the corresponding eff ectiveness and cost effectiveness. Eur J Cancer. 2000; 36: 2177–2188
[72] Nicula FA, Anttila A, Neamtiu L, Zakelj MP, Tachezy R, Chil A, et al. Challenges in starting organised screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. Eur J Cancer. 2009; 45(15): 2679–2684.
[73] Anttila A, von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. Eur J Cancer. 2009; 45(15): 2649–2658.

pradėjo 1963 m.[74], norvegai - 1990 m. JAV mirtingumas nuo šios ligos sumažėjo 40 proc. per 30 metų, Kanadoje per tokį pat laiko tarpą jis sumažėjo per 50 proc. Islandijoje per 35 metus sugebėta mirtingumą nuo šios ligos sustabdyti net 80 proc. Suomiai per 32 patikros metus mirtingumą sumažino 52, norvegai - 10 proc. per 10 metų, kadangi gimdos kaklelio vėžys formuojasi ilgai. Jei laiku atpažįstamas, ligonei galima suteikti efektyvią pagalbą. Kol žemo laipsnio displazija pasiekia aukštą laipsnį, vidutiniškai praeina 9 metai, o kol iš didelio laipsnio displazijos susiformuoja invazinis vėžys, užtrunka nuo 3 mėnesių iki 2 metų. Naujausi tyrimai rodo, kad didelio laipsnio displazijos evoliucija į vėžį nėra neišvengiamas procesas. Iki 70 proc. gimdos kaklelio intraepitelinių pirmo laipsnio neoplazijų (CIN1) išnyksta savaime per 1-2 metus.

Organizuota gimdos kaklelio patologijos patikra – tai daugiapakopis procesas, apimantis: – tikslines populiacijos identifikavimą; – įtrauktų į programą moterų kvietimą; – tepinėlių paėmimą ir archyvavimą; – citologinį tyrimą ir tepinėlio įvertinimą; – moterų, kurioms nenustatyta patologija, informavimą apie kito tepinėlio paėmimo laiką; – moterų, kurioms nustatyta patologija, tolesnį stebėjimą t.y. išsamesnį ištyrimą ir gydymą; – programos eigos stebėseną ir rezultatų vertinimą.

Rekomendacijose, kaip vykdyti gimdos kaklelio patologijos patikrų programas ES šalyse, vadovaujamasi nuostata, kad kiekvieno atskiro pasiūlymo taikymas organizuojant patikros kokybės garantiją visose ES šalyse nėra pasiekiamas tikslas, nes egzistuoja sveikatos priežiūros sistemų ir įvairių specialių sąlygų įvairovė, tačiau į esminius aspektus siūloma atsižvelgti[75].

Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) ekspertai savo rekomendacijose nurodo, jog onkocitologinis tyrimas atliktas vieną kartą per tris metus savo efektyvumu praktiškai nenusileidžia kasmetiniams onkocitologiniams tyrimams - sergamumo gimdos kaklelio vėžiu dažnis sumažėja atitinkamai 91 ir 93 proc. Netgi vieną kartą per 10 metų atliktas onkocitologinis tyrimas invazinio gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičių sumažina dviem trečdaliais (64 proc.), o atliktas kartą per 5 metus – keturiais penktadaliais (84 proc.). Tokį didelį šio tyrimo efektyvumą, siekiant sumažinti gimdos kaklelio vėžio skaičių, lemia gana lėtas patologinių gimdos kaklelio būklių progresavimas, bei gana nebrangus ir efektyvus savalaikis ikivėžinių gimdos kaklelio būklių gydymas. Šalims, kurių finansinės galimybės yra labai ribotos, PSO ekspertai rekomenduoja stengtis bent vieną kartą ištirti 35 – 50 m. amžiaus moteris. Ištyrus bent 80 proc. šios amžiaus grupės moterų, galima plėsti tiriamųjų amžiaus ribas iki 30 – 59 m. intervalo ir tik po to dažninti tyrimų intervalus (kas 10, 5 ar 3 metus). Žinant tokius skaičius, niekaip negalima gimdos kaklelio vėžio antrinės profilaktikos pavadinti neįmanoma ar neįgyvendinama. O jeigu dar pridurtume, kad onkocitologinio tyrimo kaina (priklausomai nuo rastos patologijos sudėtingumo, sugaišto citologo ar citotechniko laiko) svyruoja tarp keleto ir keliolikos litų, vargu ar kam nors ši suma pasirodytų pernelyg didelė, kad sumažinti invazinio gimdos kaklelio vėžio susirgimų skaičių bent dviem trečdaliais. Žmogaus papilomos

[74] Anttila A, Pukkala E, Soderman B, Kallio M, Nieminen P, Hakama M. Eff ect of organised screening on cervical cancer incidence and mortality in Finland, 1963–1995: recent increase in cervical cancer incidence. Int J Cancer. 1999; 83: 59–65.

[75] Ibid

viruso (ŽPV) DNR tyrimas jautrumu prilygsta ir viršija onkocitologinio tyrimo jautrumą, tačiau jo specifiškumas yra ryškiai prastesnis dėl to kad ŽPV paplitimas yra pakankamai didelis tarp reliatyviai sveikų jaunų moterų. 2 viruso tipai (16 ir 18 atsakingi už šio tipo vėžio vystymąsi. Kaina ir didelis klaidingai teigiamų atsakymų skaičius riboja šio metodo panaudojimą pirminiam gimdos kaklelio vėžio skriningui (mažiau kaip 5 proc. ŽPV infekuotų moterų išsivystytų gimdos kaklelio vėžys jų negydant)[76]. Antra analizė parodė, kaip organizuotos antrinės profilaktikos programos paveikė sergamumo analizuojamomis vėžio formomis paplitimo ypatumams šalies savivaldybėse.

Trečia analizė parodė ar tai priklauso nuo skirtų lėšų, t.y. ar tose savivaldybėse, kur skirta daugiau lėšų, daugiau ir išaiškinama, ar šios priklausomybės nėra. Nustatyta, jog yra tiesinė teigiama priklausomybė tarp profilaktinei programai skirtų lėšų ir sergamumo atitinkama programos objektui vėžio forma dydžio. Šis ryšys yra silpniausias gimdos kaklelio vėžio atveju, stipresnis krūties vėžio atveju ir stipriausias prostatos vėžio atveju. Nustatytos savivaldybės turinčios šaliai būdingą tendenciją, bei savivaldybėse, kuriose yra priešinga tendencija, kad leis giliau analizuoti šio reiškinio priežastis.

Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) ekspertai savo rekomendacijose nurodo, jog onkocitologinis tyrimas atliktas vieną kartą per tris metus savo efektyvumu praktiškai nenusileidžia kasmetiniams onkocitologiniams tyrimams - sergamumo gimdos kaklelio vėžiu dažnis sumažėja atitinkamai 91 ir 93 proc. Netgi vieną kartą per 10 metų atliktas onkocitologinis tyrimas invazinio gimdos kaklelio vėžio atvejų skaičių sumažina dviem trečdaliais (64 proc.), o atliktas kartą per 5 metus – keturiais penktadaliais (84 proc.). Tokį didelį šio tyrimo efektyvumą, siekiant sumažinti gimdos kaklelio vėžio skaičių, lemia gana lėtas patologinių gimdos kaklelio būklių progresavimas bei gana nebrangus ir efektyvus savalaikis ikivėžinių gimdos kaklelio būklių gydymas. Šalims, kurių finansinės galimybės yra labai ribotos, PSO ekspertai rekomenduoja stengtis bent vieną kartą ištirti 35 – 50 m. amžiaus moteris. Ištyrus bent 80 proc. šios amžiaus grupės moterų, galima plėsti tiriamųjų amžiaus ribas iki 30 – 59 m. intervalo ir tik po to dažninti tyrimų intervalus (kas 10, 5 ar 3 metus)[77].

Kiekvienoje šalyje, priklausomai nuo turimų resursų, gimdos kaklelio patikra gali remtis atsitiktine atranka arba organizuota patikros programa. Ir vienu, ir kitu atveju pasiekiamas sergamumo invaziniu gimdos kaklelio vėžiu sumažėjimas. Tačiau organizuota patikra užtikrina lygias galimybes (visoms numatytoms programoje moterims suteikiama vienoda nauda), yra veiksminga (stipriausiai mažina susirgimus vėžiu) ir naudinga (teigiamai veikia programos sąnaudas

[76] How do screening and vaccination protect against cervical cancer? European commission, Directorate – general for Health and consumers, June 2008, ISBN 978-92-79-09321-0, 4 p.

[77] European guidelines for quality assurance in cervical screening. 2nd Edition. Luxembourg: Offi ce for Official Publications of the European Communities, 2008.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pavaizduotas 23 lentelėje.

23 lentelė. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių ir skryningo principų atitikimas

Kriterijus	Atitinka (+), neatitinka (-)
1. Programa atitinka realius (pripažintus) poreikius	+
2. Siekiniai (tikslai) yra nustatyti (apibrėžti) pačioje pradžioje	+
3. Yra nustatyta (apibrėžta) tikslinė gyventojų grupė	+
4. Programos efektyvumą įmanoma nustatyti moksliškai pagrįstais įrodymais	+
5. Programoje yra integruota: mokymas (informavimas, lavinimas), testai, klinikinės procedūros ir programos valdymas	+
6. Veikia kokybės užtikrinimas minimizuojant potencialią skryningo riziką	+
7. Programa užtikrina pasirinkimo (informacijos pagrindu) laisvę, konfidencialumą	+
8. Programa užtikrina lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams	-
9. Programos vertinimo planas yra parengtas pačioje pradžioje	-
10. Programos kaštų ir naudingumo balansas yra priimtinas	+

Galime teigti, kad ir Lietuvoje vykdyta gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa, apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, atitinka pagrindinius skryningo principus . Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pagal 1 -7 ir 9 kriterijus yra stebimas teisės aktuose ir įstaigų, teikusių prevencines paslaugas, veikloje.

Programos atitikimas užtikrinti lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams (8 kriterijus) yra grindžiamas rodiklio - paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 savivaldybių gyventojų - nustatytu

variacijos koeficientu, kuris yra 22,15 proc. dydžio. Šis dydis atitinka **neigiamą** prevencinių paslaugų prieinamumo vertinimą pasirinktoje skalėje:

Prevencijos priemonių prieinamumas	Neigiamai vertinamas	Teigiamai vertinamas	
	Nepatenkinamas	Patenkinamas	Geras
Variacijos koeficientas, %	0 - 50	51 - 75	75 - 100

Pagrindiniai programos siekiniai – sumažinti sergamumą gimdos kalelio vėžiu ir mirtingumą nuo jo - per 2004 – 2009 metų laikotarpį iš esmės yra pasiekti (24 lentelė).

24 lentelė. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programos tikslų pasiekimas

Rodiklis	Pasiektas tikslas (+), nepasiektas (-)
Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu 100.000-čiui moterų	+
Mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio 100.000 moterų	+
Diagnostikos ankstyvumas (*Ca in situ* nustatymas)	+

8.4.6. GIMDOS KAKLELIO PIKTYBINIŲ NAVIKŲ PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ, APMOKAMŲ IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO TYRIMO IŠVADOS

1. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programa atitinka pagrindinius skryningo principus, yra efektyvi, ir daro teigiamą poveikį asmens ir visuomenės sveikatai.
2. Programos priemonių prieinamumas Lietuvos savivaldybėse nebuvo tolygus, vertinant prevencinių paslaugų skaičių, tenkantį 1000 savivaldybės gyventojų.
3. Programos kaštų efektyvumas naujų susirgimų išvengimo aspektu ir išsaugotų gyvenimo metų aspektu santykis yra geras, vertinant pagal PSO metodiką.
4. Remiantis bendraisiais epidemiologiniais statistiniais rodikliais galima teigti, kad programos vykdymo laikotarpiu sergamumas gimdos kaklelio piktybiniais navikais ir mirtingumas nuo šios ligos, kad ir nežymiai, mažėjo.

5. Remiantis ilgamete užsienio šalių teigiama patirtimi bei stebimais rezultatais yra tikslinga toliau vykdyti šią prevencijos programą ir tęsti jos finansavimą.

9. ATRANKINĖS MAMOGRAFINĖS PATIKROS DĖL KRŪTIES VĖŽIO FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS

9.1. KRŪTIES VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS PREVENCINIŲ PROGRAMOS UŽSIENIO ŠALYSE IR LIETUVOS SITUACIJOS PALYGINIMAS

Krūties vėžys yra dažniausias piktybinis navikas tarp moterų Lietuvoje ir kitose išsivysčiusiose pasaulio šalyse. Kasmet pasaulyje diagnozuojama per 1 mln. krūties piktybiniu naviku, ir šis vėžys yra dažniausia mirties priežastis tarp moterų mirčių nuo piktybinių navikų[150]. Šio vėžio prognozė yra gana gera, palyginti su kitų piktybiniu navikų, taip pat gerėja susirgusiųjų krūties vėžiu išgyvenamumas[151]. Išgyvenamumas gerėja dėl ankstyvesnio ligos diagnozės nustatymo, plataus mamografinių tyrimų ir organizuotų patikros programų įdiegimo ir taikomos efektyvios adjuvantinės terapijos[152].

Analizuojant pagal amžių standartizuoto mirtingumo nuo krūties vėžio dinamiką, tarp visų šalies moterų, nuo 2006 metų matosi nežymiai svyruojanti mirtingumo didėjimo tendencija. Ta pati tik ženkliai labiau išreikšta tendencija stebima ir tarp 30-59 metų amžiaus moterų. Nežymus mirtingumo sumažėjimas fiksuojamas tik paskutiniaisiais analizuojamais metais ir yra sunkiai interpretuojamas, nežinant kokia šių rodiklių absoliutinė reikšmė bus 2010 metais. Atsitiktinės atrankos klinikinių bandymų rezultatai rodo mirtingumo nuo krūties vėžio sumažėjimą dėl mamografines patikros. Remiantis atliktu klinikiniu bandymu duomenimis, devintajame dešimtmetyje įvairiose pasaulio šalyse pradėtos populiacinės patikros programos. Populiacinės patikros efektyvumas gali skirtis nuo to efekto, kurio tikimasi, remiantis klinikiniu bandymu rezultatais[153]. Skirtumus gali sąlygoti įvairios priežastys – į mamografinę patikrą įtraukiami sveikatos priežiūros specialistai turi skirtingus įgūdžius ir patirti, populiacinės patikros organizavimas (kvietimai ir kt.) skiriasi nuo klinikiniu bandymu ir pan. Tačiau mirtingumo nuo krūties vėžio mažėjimas stebimas šalyse, kuriose vykdomos populiacinės mamografinės patikros programos, ir šis mirtingumo mažėjimas siejamas su populiacinės mamografinės patikros įgyvendinimu[154].

---

[150] Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC Cancer Base No 5 [10]. Lyon, France: IARC; 2001.
[151] Sant M, Allemani C, Capocaccia R, Hakulinen T, Aareleid T, Coebergh JW, et al. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. Int J Cancer. 2003; 106: 416–22.
[152] Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. The decline in cancer mortality in the European Union, 1988–1996. Eur J Cancer. 2000; 36: 1965–8.
[153] Gabe R, Duffy SW.Evaluation of service screening mammography in practice: the impact on breast cancer mortality. Ann Oncol. 2005; 16 Suppl 2:ii153–62.
[154] Sasieni P. Evaluation of the UK breast screening programmes. Ann Oncol. 2003; 14: 1206–8.

Mamografija iš visų „aparatinių“ diagnostinių metodų yra efektyviausias būdas nustatyti krūties vėžį ankstyvoje stadijoje[155]. Tai įrodė didžiuliai atsitiktinių imčių tyrimai Niujorke (JAV), Edinburge (Škotija), Kanadoje, Malmėje, Gioteborge (Švedija)[156]. Jungtinėse Valstijose mirtingumas nuo krūties vėžio jau keletas dekadų pastoviai mažėja. Mažėjimas priklausomai nuo regiono ir šalies įvairus ir siekia nuo 8 iki 25 proc. Nors mirtingumo mažėjimui turi reikšmės ir tobulėjantis gydymas, manoma, kad ankstyva diagnozė mamografinio tyrimo būdu suvaidino didelį vaidmenį[157]. Olandijoje per metus mamografinei patikrai pakviečiama per 800000 moterų, tačiau pažymima, jog šios priemonės efektyvumas yra nedidelis[158]. Atlikus šios profilaktinės programos vertinimą Lietuvoje, remiantis populiacinės statistikos informacija nustatyta, kad 2006-2007-2008 metais mirtingumo sumažėjimo nestebimas nei tarp visų nei tarp tikslinės grupės moterų. Iš kitos pusės, sergamumo dinamika, po programos įdiegimo tapo gan stipriai „banguojanti“, kas netiesiogiai rodo sistemingos patikros trūkumą. Paskutiniu iš analizuojamu periodu, 2009 metais, užfiksuotas tiek sergamumo krūties vėžiu tiek mirtingumo nuo jo sumažėjimas, tačiau ar ši tendencija tęsis ir po to einančiais metais, pasakyti neįmanoma negavus galutinių sergamumo ir mirtingumo duomenų bent jau už 2010 metus.

Cochrane Collaboration centro, kur renkamos atsitikinės randomizuotos studijos, darbo grupių pastarųjų metų sisteminių analizių duomenys dėl skryningų rezultatų nėra vienareikšmiai. Pvz. krūties vėžio skryningas atliekant mamografinį ištyrimą virš šešių šimtų tūstančių moterų tarpe (Cochrane Breast Cancer Group) parodė, kad skryningas leidžia sumažinti moterų mirtingumą nuo krūties vėžio apie 15 proc. Tačiau 30 proc. atvejų būna diagnozuota ir gydyta be reikalo. Tai reiškia, kad vienai iš 2000 pakviestų į skryningą moterų per 10 metų gyvenimas prailginamas. Tačiau 10 sveikų moterų, kurioms nebūtų diagnozuotas vėžys, jei jos nebūtų skrininguojamos, nebūtų be reikalo gydomos. Dar daugiau, 200 moterų turi kęsti psichologinį stresą dėl klaidingai pozityvių atsakymų[159]. Tai rodo, kad krūties vėžio programos pasiekimai turi būti tyrinėjami nuolat.

---

[155] Berry D.A. Benefits and risks of screening mamography for women in their forties: a statistical appraisal. J.Natl Cancer Inst, vol 90, p. 1431-1439

[156] Aubard Y., Genet D. Eyraud J.L. Clavere P. Tubiana-Mathieu N. Impact of screening on breast cancer dtetction. Retrospective comparative study of two periods ten years apart. Eur. J Gynaecol Oncol, 2002, vol 22, p. 37-41

[157] Nystrom L., Andersson I., Bjurstam N. Long-term effects of mamography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. Lancet, 2002, vol. 16, p.909-919.

[158] Giard R.W. Bonneux L.G. Breast cancer screening lacking effectiveness. Ned Tijdschr Geneeskd, 2001, vol 17, p. 2205-2208.

[159] Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub3. http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD001877/frame.html http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/mainSearch?products=all&Query5=&Query4=&FromYear=&Query3=&Query2=&Query1=Breast+cancer+screening&ToYear=&mode=startsearch&zones5=tables&zones4=abstract&zones3=author&zones2=article-title&zones1=%28article-title%2Cabstract%2Ckeywords%29&opt4=AND&opt3=AND&opt2=AND&unitstatus=none&opt1=OR&

Mamografinį krūties vėžio skryningą 50 ir 69 metų amžiaus moterims Europos Komisija šalims ES narėms rekomenduoja 2003 metų gruodžio 2 dieną išleistame dokumente dėl vėžio skryningų[160], kuris apibendrino visus prieinamus mokslo įrodymus.

Krūties vėžys yra dažniausiai pasitaikantis moterų tarpe Europos šalyse, kuris sudaro 31% iš viso sergamumo vėžiu moterų tarpe ir 17% mirtingumo nuo vėžio 2008 (25 lentelė). Bendros išlaidos gydymui nuo krūties vėžio paprastai sudaro apie 0.5-0.6% iš visų sveikatos apsaugos išlaidų (OECD, 2003). Krūties vėžio mamografijos skryningą ES taip pat rekomenduoja vykdyti ES šalims nuo 2003 metų. 2006 metais buvo paskelbtas uždavinys patikrinti ne mažiau 75 proc. 50-69 metų amžiaus moterų. Suomijoje, Olandijoje patikrinama beveik 85 proc. moterų, bet Turkija, Lenkija, Slovakija, Danija tepatikrina apie 20 proc. (25 lentelė). Danija kol kas neįdiegia nacionalinės skryningo programos, bet taiko opurtunistinę arba lokalias skryningo programas. Čekija 2008 metais labai pagerino skryningo rezultatus. Tačiau Norvegijoje, Suomijoje ir Jungtinėje Karalystėje rezultatai suprastėjo. Daugelis OECD šalių išlaiko išgyvenamumo rodiklius 80 proc. lygyje. Islandija - net 88 proc. Pastaraisiais metais mirtingumas nuo krūties vėžio pradėjo stabilizuotis.

25 lentelė Standartizuotas pagal amžių mirtingumas nuo krūties vėžio Europos šalyse 1998-2008 metais [161]

Šalis	Mirtingumas nuo krūties vėžio		
	1998 m.	2003 m.	2008 m.
Danija	37.4	33.2	31.1
Airija	32.2	31.6	31.1
Belgija	35.2	29.7	
Olandija	35.6	31.7	29
Malta	40.6	28.5	27.9
Slovėnija	31.9	27.1	27.4
Jungtinė karalystė	32.6	29.4	26.8
Vengrija	33.3	31.2	26.6
Islandija	28.9	24.4	26.5
Lietuva	25.0	27.1	25.1
Latvija	24.0	23.8	24.7
Vokietija	29.0	26.5	24.6
Prancūzija		25.8	24.0
ES	***27.8***	***25.5***	***23.7***
Italija	26.1	24.7	23.6
Bulgarija	20.2	20.8	23.3
Kipras		21.5	22.8
Estija	25.8	24.2	22.6
Liuksemburgas	24.3	24.7	22.5
Slovakijos Republika	26.1	23.6	22.1

[160] EK rekomendacijos dėl vėžio skriningų, 2003 metų gruodžio 2. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF

[161] Eurostat Statistics Database (mortality data are age-standardised to the WHO European standard population). http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8110161ec041.pdf?expires=1299324123&id=0000&accname=guest&checksum=6C542B76EA8DA49DEB0314130B78C686

Šveicarija	26.8	25.8	22.1
Austrija	27.7	26.2	21.8
Graikija	20.7	21.1	21.7
Romunija	23.1	22.8	21.6
Čekijos Respublika	28.8	27.1	21.2
Lenkija	21.1	21.5	21.2
Švedija	24.5	22.3	20.0
Portugalija	23.5	21.4	19.8
Suomija	23.0	21.5	19.8
Norvegija	25.8	22.9	18.7
Ispanija	22.1	20.0	18.2

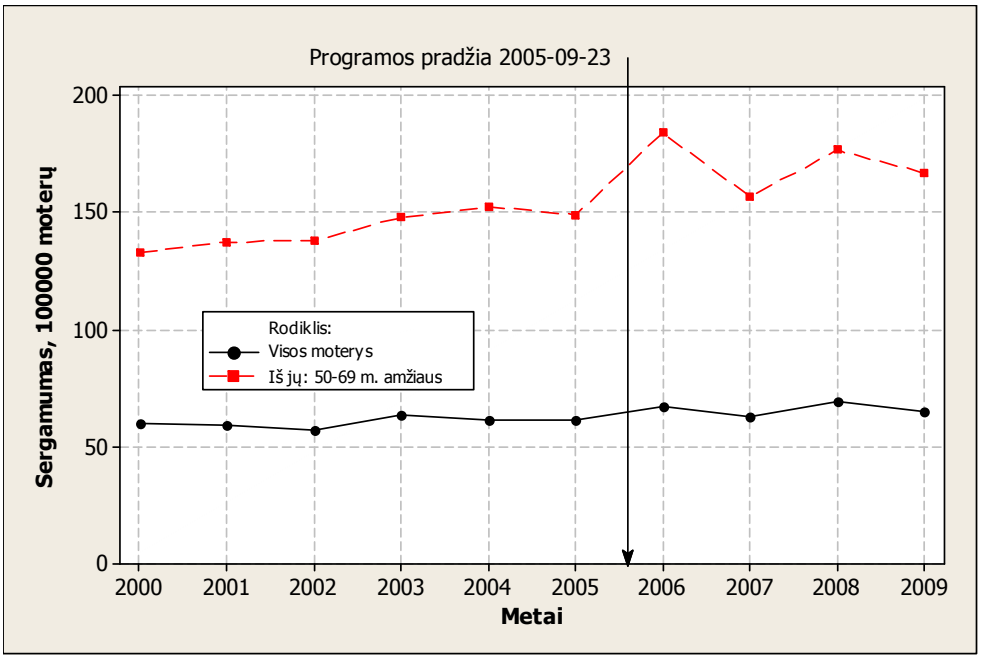
26 lentelėje nurodyti skryningo duomenys, surinkti arba statistikos arba apklausos būdu (procentais, patikrintų 50-69 metų amžiaus moterų [59] .

26 lentelė. Krūties vėžio (mamografijos) skiriningas Europos šalyse 2000-2008 metais

Šalis	Moterų sk., proc		
	2000	2004	2008
Turkija			10.7
Lenkija		15.4	
Slovakijos Respublika	6.9	14.8	15.7
Danija		17.3	
Latvija			21.2
Malta			30.4
Austrija			43.1
Vengrija	26.7	55.1	49.4
Čekijos Respublika		25.7	49.6
Estija		41.0	51.0
ES	***55.2***	***50.5***	***51.4***
Graikija			53.8
Vokietija			54.0
Prancūzija		40.0	54.5
Belgiija	50.0	59.0	
Italija			60.0
Portugalija		60.1	
Islandija	61.0	61.0	62.0
Liuksemburgas	59.8	60.8	64.5
Jungtinė Karalystė	75.3	75.5	74.1
Airija		73.1	75.0
Norvegija	79.2	74.6	75.3
Olandijai	80.5	81.9	83.1
Suomija	87.4	87.4	84.4

Ištyrę Lietuvos moterų sergamumą krūties vėžiu sergamumo tendencijas nuo 1964 metų autoriai nustatė, jog periode nuo 1964 ir 1988 m. jis rodė aiškią, statistiškai reikšmingą sergamumo didėjimo tendenciją vidutiniškai kasmet po 2,7 proc. Buvo nustatyta, jog jeigu situacija nesikeis, sergamumas 2009 m. pasieks 59,5 atvejus 100000 moterų ir svyruos nuo 51,1 iki 69,3 su 95 proc. tikimybe[162]. Įdomu tai, kad atlikta prognozė buvo ypač tiksli, nes realus sergamumo rodiklis 2009 m. buvo 65 atvejai 100.000 moterų.

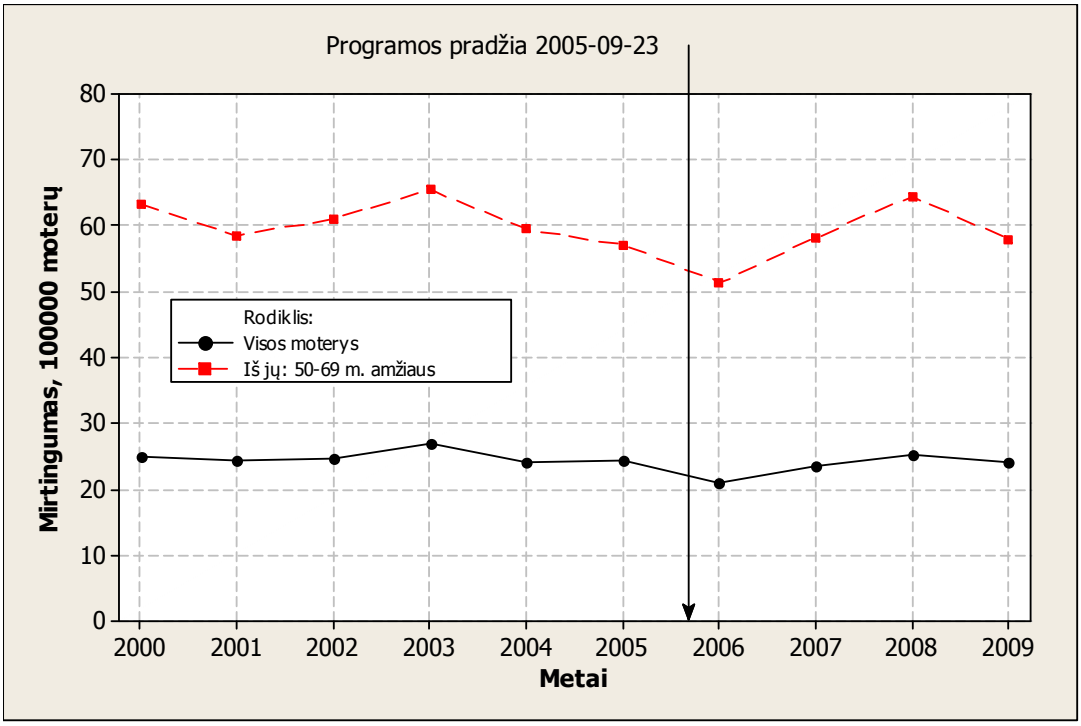
Sergamumas krūties piktybiniais navikais tarp visų ir 50-69 metų amžiaus moterų atvaizduotas 43 pav., kuriame matoma nežymi sergamumo didėjimo tendencija nuo 2002, ypač 50-69 m. amžiaus kategorijoje - sergamumo šuolis nuo 2005 iki 2006 metų. Po profilaktinės programos bendrasis sergamumas nerodo ryškios tendencijos o tarp 50-69 m. amžiaus moterų užfiksuoti gan ryškūs svyravimai, neleidžiantys nustatyti tikras paskutiniąsias tendencijas. Jos, galimas dalykas išryškės gavus 2010 m. sergamumo duomenis.



43 pav. Sergamumo krūties vėžiu tarp visų Lietuvos ir tikslinės grupės moterų dinamika 2000-2009 metais

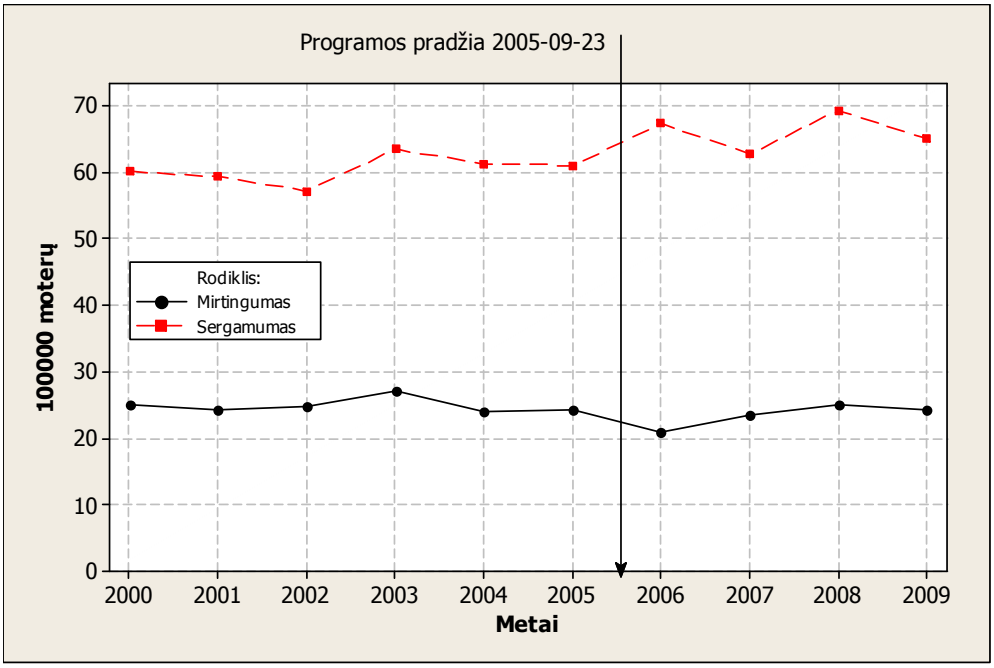
Mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų, nuo 2003 metų rodė aiškią mažėjimo tendenciją tarp visų moterų ir ypač amžiaus grupėje 50-69, tačiau po programos įdiegimo, du metus (2007 ir 2008) rodė gan ryškią didėjimo tendenciją, ypač tarp 50-69 m. amžiaus moterų. 2009 metais bendras mirtingumas nuo krūties vėžio ir ypač tarp 50-69 m. amžiaus moterų rodė mažėjimo tendenciją, kurią dar reikėtų patvirtinti įvertinus 2010 metų duomenis (44 pav.).

[162] Stukonis M., Gurevičius R., Kuzmickienė I., Bičiūnaitė V. Sergamumo vėžiu trendai Lietuvoje 1964-1988 m. ir jų prognozė. Lietuvos Medicina, 1991, Nr 2, p. 8-14, ISSN 0491-6514



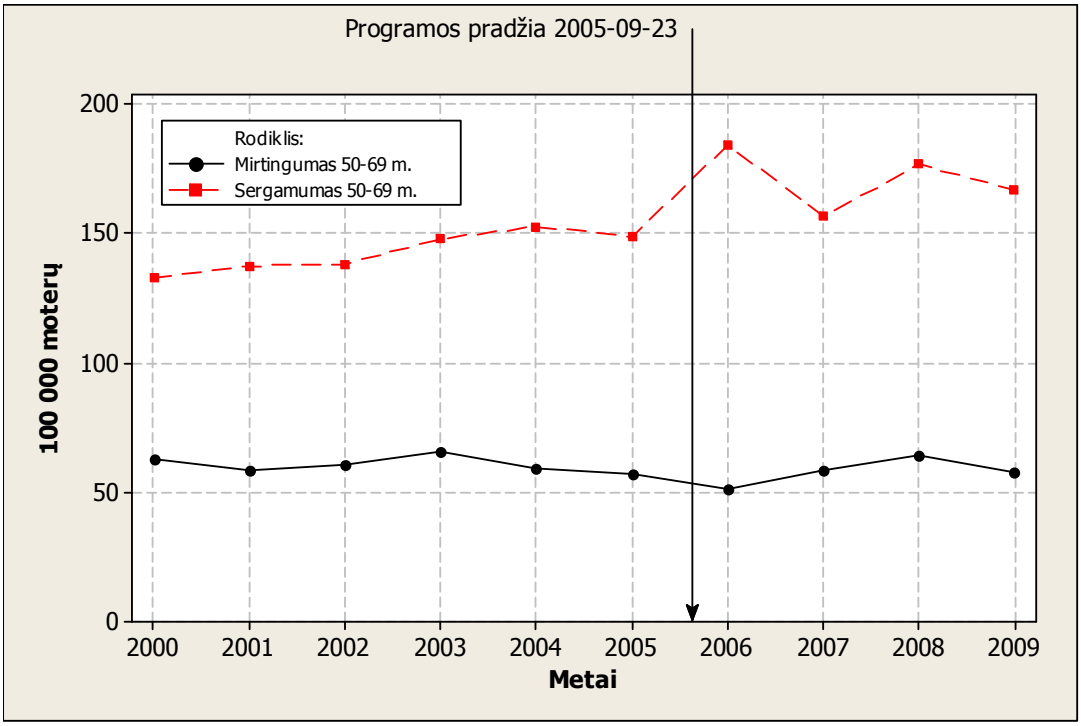
44 pav. Mirtingumo nuo krūties vėžio tarp visų Lietuvos ir tikslinės grupės moterų dinamika 2000-2009 metais

Sergamumo krūties vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos kreivių palyginimas pateiktas 45 pav.



45 pav. Sergamumo krūties vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos palyginimas 2000-2009 metais tarp visų moterų

Sergamumo krūties piktybiniais navikais ir mirtingumo nuo jų dinamikos palyginimas tarp 50-69 m. amžiaus moterų atvaizduotas 46 pav. Rodiklių dinamikos tendencijos beveik tiksliai "atkartoja" visų moterų dinamikos tendencijas, išskyrus tai, jog sergamumo ir mirtingumo rodikliai yra ženkliai didesni, lyginant su pateiktais 46 pav.



46 pav. Sergamumo krūties vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos palyginimas 2000-2009 metais tarp tikslinės grupės moterų

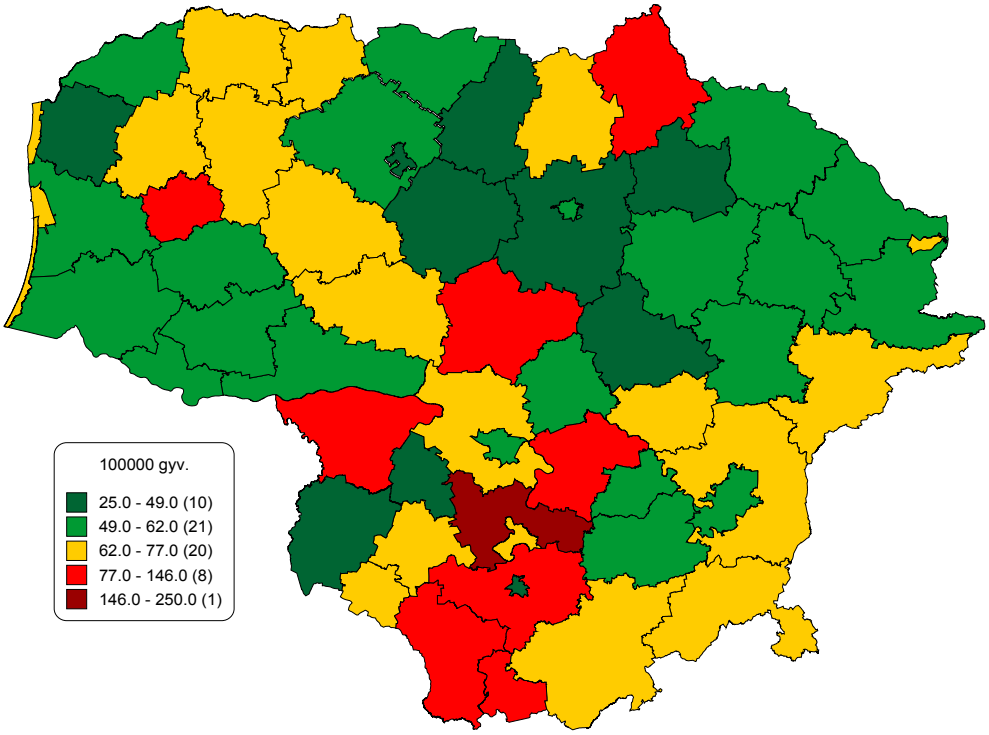
.

Mirtingumo dinamikos kreivėje matome keli tendencijų periodai nuo 2000 iki 2003 metų nežymus didėjimas, nuo 2003 iki 2006 metų mirtingumo kritimas, bei nuo 2006 iki 2008 vėl nežymus didėjimas. Sergamumo krūties vėžiu mažėjimas buvo užfiksuotas tik 2000-2001 metais vėliau jis nežymiai augo iki pat 2008 metų. Mirtingumas nuo krūties vėžio, visais periodais buvo 2-3 kartus mažesnis už sergamumą.

9.2. PROFILAKTINIŲ PROGRAMŲ POVEIKIO SERGAMUMO RODIKLIO POKYČIAMS SAVIVALDYBĖSE VERTINIMAS

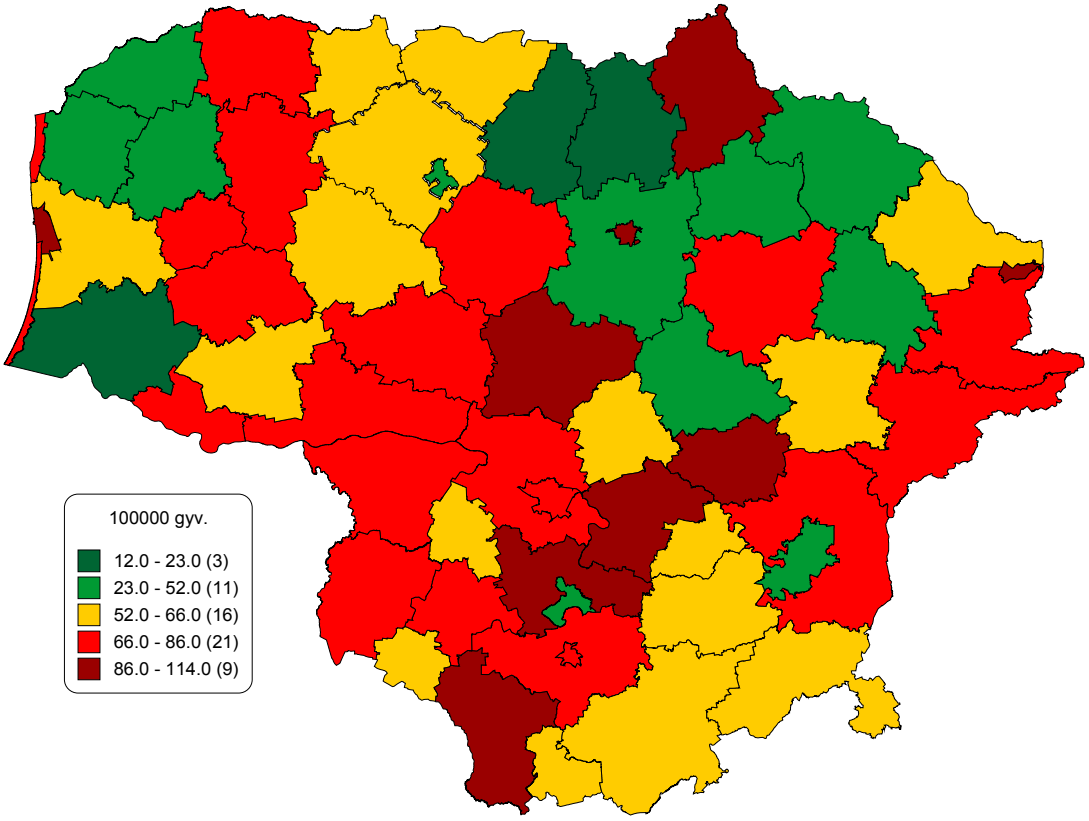
Lietuvos moterų sergamumo krūties vėžiu paplitimo ypatumai tarp 60 savivaldybių iki antrinės profilaktikos programos, atvaizduoti **47** pav. Kartogramos legendoje matoma, jog žemiausias sergamumo lygis buvo iki 49 atvejų 100000 moterų ir jis buvo užfiksuotas 10-je savivaldybių. Žemo sergamumo (49 - 62 atvejai 100000 moterų) 21 savivaldybė buvo pasiskirsčiusios Lietuvoje gan atsitiktinai išskyrus

grupę savivaldybių pietvakarių ir šiaurės Lietuvos dalyje. Net 20-yje savivaldybėse buvo užfiksuotas šalies vidurkis (62-77 atvejai 100000 moterų) 8-ose – aukštas (77- 146 atvejai) ir tik vienoje, Prienų savivaldybėje nustatytas labai aukštas sergamumas, siekiantis virš 146 atvejų 100000 moterų (**47** pav.).



47 pav. Sergamumo krūties vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2000-2004 m., remiantis šio periodo kartogramos laipsnių dydžiais

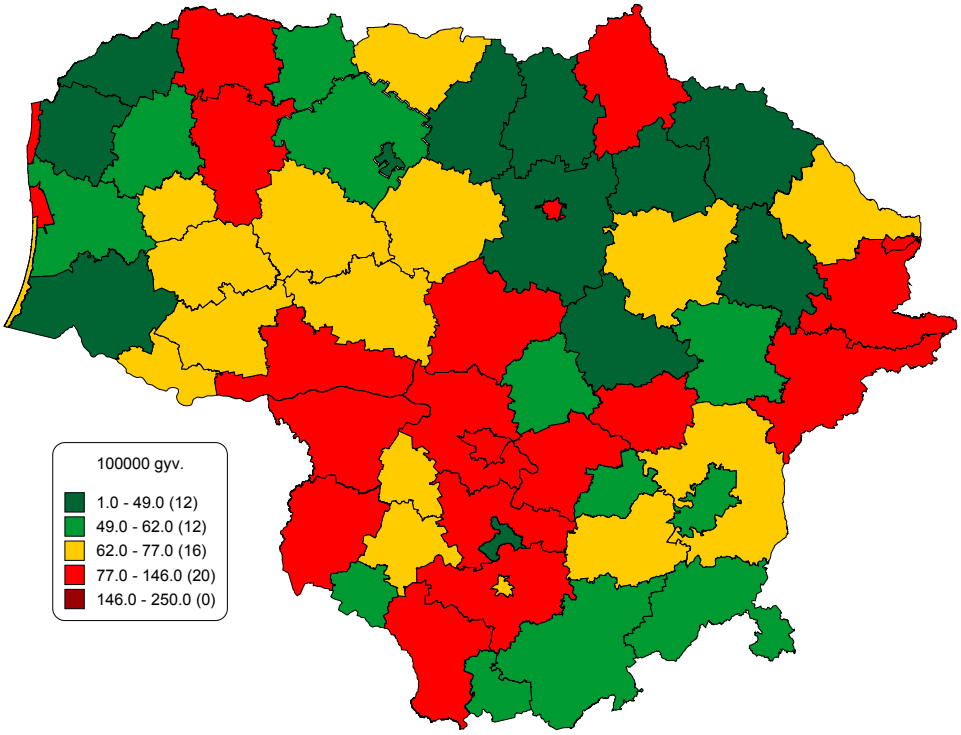
Laikotarpiu, kai veikė krūties vėžio antrinės profilaktikos programa, taip pat labai pasikeitė šio piktybinio naviko paplitimo ypatumai šalies savivaldybėse (48 pav.). Labai žemas sergamumas užfiksuotas trijose savivaldybėse – tai Šilutės, Pakruojo ir Pasvalio savivaldybėse, žemas – 11-oje savivaldybių (48 pav.) Labai aukštas sergamumas (66-86 atvejo 100000 moterų) aptiktas 9-se savivaldybėse Tai Lazdijų, Prienų, Kaišiadorių, Kėdainių, Biržų, Klaipėdos m. ir Visagino savivaldybėse.



48 pav. Sergamumo krūties vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2005-2009 m., remiantis šio periodo kartogramos laipsnių dydžiais

Sergamumas krūties piktybiniais navikais taip pat ženkliai pasikeitė, jei lyginsime paplitimo kartogramas prieš ir po profilaktinių programų įdiegimo. Ženkliai sumažėjo žemo sergamumo savivaldybių, greičiausiai dėl to, jog anksčiau krūties vėžys paprasčiausiai nebuvo diagnozuojamas. Įdomu tai, jog lyginant sergamumo krūties vėžiu kartogramų legendas prieš ir po programų įdiegimo, matosi, jog sergamumo absoliutinės reikšmės dabartiniu metu yra mažesnės visuose sergamumo lygio intervaluose.

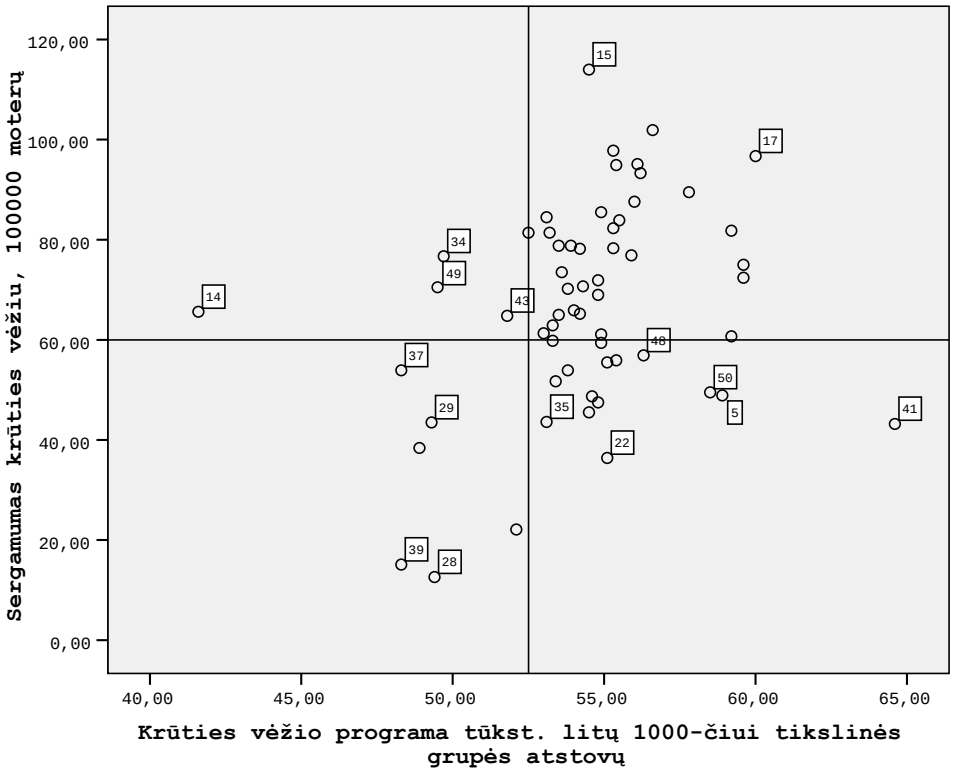
Sergamumo krūties vėžiu paplitimo ypatumai, pritaikius intervalus iš pirmo, prieš organizuotas patikras periodo, atvaizduota 49 pav. Iš kartogramos pagal šią skalę matosi, jog ženkliai sumažėjo savivaldybių, patenkančių į aukšto ir labai aukšto sergamumo. Antai, buvusio labai aukšto sergamumo intervale, (nuo 146 iki 250 atvejų 100000 moterų) apskritai nebuvo savivaldybių.



49 pav. Sergamumo krūties vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2005-2009 m., remiantis pirmo periodo kartogramos laipsnių dydžiais

9.3. PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ VYKDYMO AKTYVUMO SAVIVALDYBĖSE TYRIMAS

50 pav. atvaizduotos anksčiau aprašytos priklausomybės tarp lėšų skirtų krūties vėžio profilaktikos programai ir sergamumo krūties vėžiu 60-yje Lietuvos savivaldybių. Atlikus porinių požymių koreliaciją tarp šių galimai tarpusavyje susijusių požymių nustatyta, jog yra statistiškai reikšmingas, artimas vidutiniam, teigiamas ryšys tarp jų r=0.3383, P<0,01. Tai rodo, jog yra statistiškai reikšminga, vidutinio stiprumo tendencija, jog didėjant programai skirtoms lėšoms, didėja ir sergamumas krūties vėžiu Lietuvos savivaldybėse. Absoliuti dauguma savivaldybių “sukrito” į viršutinį lateralinį kvadrantą, kuris rodo, kad daugiau programai skiriant lėšų, daugiau išaiškinama ir krūties vėžio, t.y. šiose teritorijose turime didesnį sergamumą.



50 pav. Ryšys tarp lėšų, skirtų krūties vėžio profilaktikos programai ir sergamumo krūties vėžiu 60-yje Lietuvos savivaldybių 2005-2009 metais

Surinkti duomenys apie naujai išaiškintų onkologinių ligonių dinamiką, ypač sergamumo didėjimas lygiagrečiai su antrinės profilaktikos programų pradžia, parodė tam tikrą šalies ambulatorinės grandies bei pirminės sveikatos priežiūros aktyvumą, kuris, teoriškai, turėtų priklausyti nuo toms programoms skiriamų lėšų kiekio. Atlikus koreliacinę analizę erdvėje (60-yje savivaldybių) kiekybiškai nustatytas šio ryšio pobūdis, stiprumas bei statistinis reikšmingumas, parodė, jog kai kuriose savivaldybėse yra aptinkama priešinga tendencija.

Pirma analizė parodė, kokį rezultatą šiai dienai turime, ar tik sergamumo t.y. naujai išaiškintų navikų skaičiaus didinimą, ar ir mirtingumo mažėjimo tendencijas, kurios netiesiogiai rodytų, jog antrinės profilaktikos priemonės yra veiksmingos.

Atlikus krūties profilaktinės programos vertinimą Lietuvoje, remiantis populiacinės statistikos informacija nustatyta, kad 2006-2007-2008 metais mirtingumo sumažėjimo nestebimas nei tarp visų nei tarp tikslinės grupės moterų. Iš kitos pusės, sergamumo dinamika, po programos įdiegimo tapo gan stipriai „banguojanti“, kas netiesiogiai rodo sistemingos patikros trūkumą. Paskutiniu iš analizuojamu

periodu, 2009 metais, užfiksuotas tiek sergamumo krūties vėžiu tiek mirtingumo nuo jo sumažėjimas, tačiau ar ši tendencija tęsis ir po to einančiais metais, pasakyti neįmanoma negavus galutinių sergamumo ir mirtingumo duomenų bent jau už 2010 metus. Sugretinus krūties vėžio profilaktikos programai skirtų lėšų kiekį tūkstančiui tikslinės grupės moterų ir sergamumo krūties vėžiu 60-yje Lietuvos savivaldybių, nustatyta, jog yra statistiškai reikšmingas, artimas vidutiniam, teigiamas ryšys tarp jų **r=0.3383**, P<0,01. Tai rodo, jog yra statistiškai reikšminga, vidutinio stiprumo tendencija, jog didėjant programai skirtoms lėšoms, didėja ir sergamumas krūties vėžiu Lietuvos savivaldybėse.

9.4. PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ

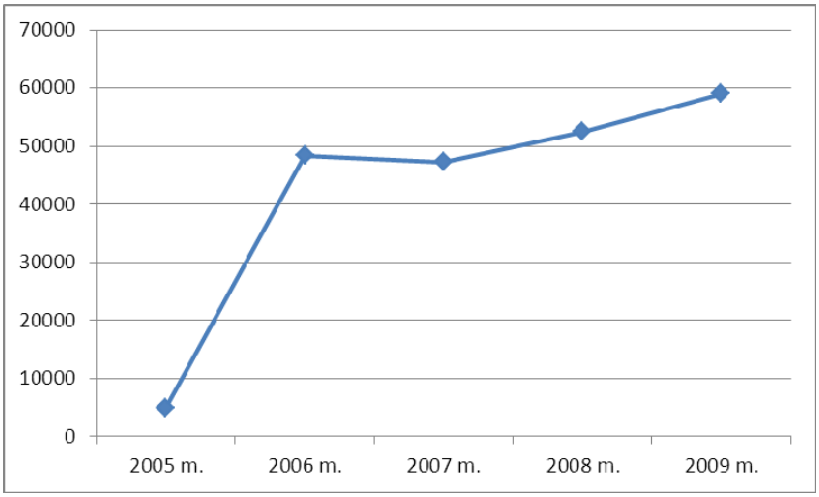
Vertinant prevencinę programą pagal proceso indikatorius buvo nustatoma, kaip programos priemonės atitiko esminius skriningo principus[163], įvertinant atitikimą pagal pasirinktą skalę.

Analizuojant programos efektyvumą pagal pasiektus užsibrėžtus tikslus buvo pasirinktas sergamumo krūties vėžiu dinamikos tyrimas ir mirtingumo rodiklio pokyčio dinamikos tyrimas panaudojant bendruosius, populiacinio lygmens, epidemiologinius statistinius duomenis.

9.4.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBIŲ LYGIU

Per 2004 – 2009 m. krūties vėžio profilaktikos tikslu buvo patikrinta 177.51 moteris, iš viso buvo užfiksuota 212.076 paslaugos teikimo atvejai; vienai moteriai, įskaitant pakartotinas priemones, teko 1,19 paslaugos, vidutiniškai (51 pav.).

[163] Anne Andermann,a Ingeborg Blancquaert,b Sylvie Beauchampb & Véronique Déryc. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organization | April 2008, 86 (4)



51 pav. Mamografinių patikrinimų atvejų skaičius

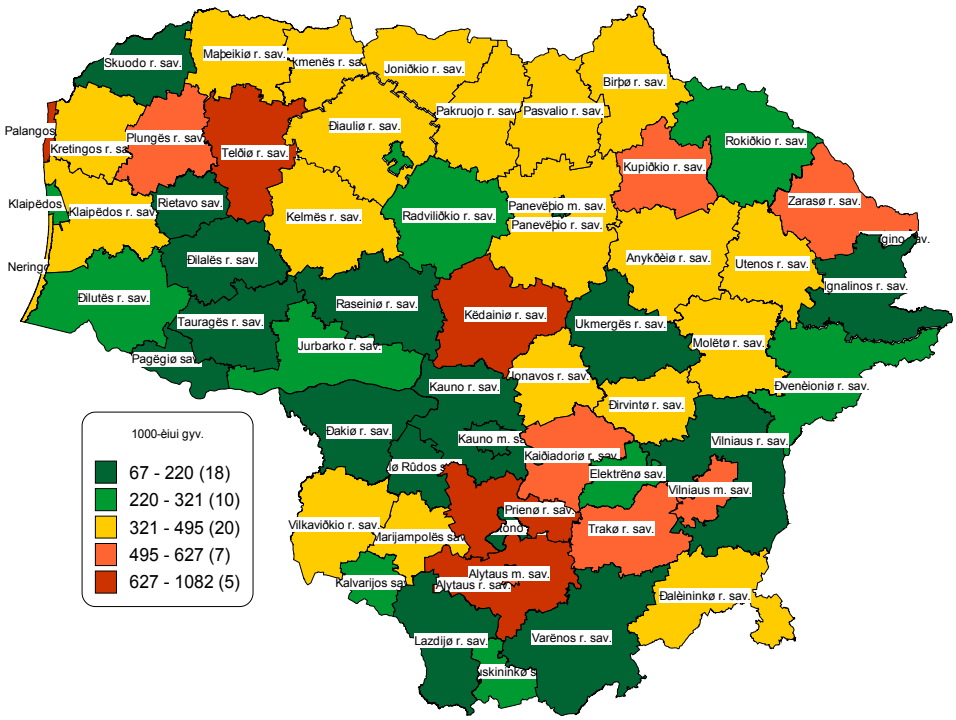
Siekiant įvertinti programos priemonių prieinamumo tolygumą Lietuvoje buvo analizuojama, kaip programa buvo vykdoma atskirose savivaldybėse. Buvo nustatomas programos vykdymo intensyvumas pagal suteiktų programos paslaugų skaičių, tenkantį 1000 gyventojų (27 lentelė).

27 lentelė. Programos vykdymo intensyvumas savivaldybėse per 2005 – 2009 metus

Savivaldybė	Suteiktų paslaugų skaičius	Suteikta paslaugų, sk./1000 gyv. (moterys 50-69 m.)	Nuokrypis nuo vidurkio, %
Akmenės r. sav.	1574	430	16
Alytaus m. sav.	8949	1.082	192
Alytaus r. sav.	2287	626	69
Anykščių r. sav.	1800	425	15
Birštono sav.	85	129	-65
Biržų r. sav.	1679	400	8
Druskininkų sav.	857	266	-28
Elektrėnų sav.	1143	335	-10
Ignalinos r. sav.	1009	361	-3
Jonavos r. sav.	1826	282	-24
Joniškio r. sav.	1153	318	-14
Jurbarko r. sav.	871	201	-46
Kaišiadorių r. sav.	769	178	-52
Kalvarijos sav.	248	178	-52
Kauno m. sav.	36927	774	109
Kauno r. sav.	4287	444	20
Kazlų Rūdos sav.	460	278	-25
Kėdainių r. sav.	3590	442	19
Kelmės r. sav.	1591	352	-5

Klaipėdos m. sav.	17357	730	97
Klaipėdos r. sav.	2380	440	19
Kretingos r. sav.	2758	539	45
Kupiškio r. sav.	586	204	-45
Lazdijų r. sav.	955	337	-9
Marijampolės sav.	3226	432	16
Mažeikių r. sav.	3322	464	25
Molėtų r. sav.	647	219	-41
Neringos sav.	122	348	-6
Pagėgių sav.	436	348	-6
Pakruojo r. sav.	1441	429	16
Palangos m. sav.	1362	567	53
Panevėžio m. sav.	12522	849	129
Panevėžio r. sav.	1288	255	-31
Pasvalio r. sav.	833	212	-43
Plungės r. sav.	1560	321	-14
Prienų r. sav.	585	146	-61
RadviliŠkio r. sav.	2802	483	30
Raseinių r. sav.	860	170	-54
Rietavo sav.	279	260	-30
Rokiškio r. sav.	1852	379	2
Skuodo r. sav.	248	88	-76
Šakių r. sav.	982	236	-37
Šalčininkų r. sav.	632	149	-60
Šiaulių m. sav.	12992	826	123
Šiaulių r. sav.	3430	576	55
Šilalės r. sav.	431	139	-63
Šilutės r. sav.	2828	494	33
Širvintų r. sav.	421	178	-52
Švenčionių r. sav.	267	68	-82
Tauragės r. sav.	3649	611	65
Telšių r. sav.	1628	253	-32
Trakų r. sav.	1549	352	-5
Ukmergės r. sav.	1306	218	-41
Utenos r. sav.	3673	609	64
Varėnos r. sav.	580	157	-58
Vilkaviškio r. sav.	1077	188	-49
Vilniaus m. sav.	43462	607	64
Vilniaus r. sav.	2881	273	-26
Visagino sav.	609	180	-51
Zarasų r. sav.	1153	430	16

Paslaugos teikimo pasiskirstymas savivaldybėse pavaizduotas kartografiškai, vaizduojamas netolygumai yra pavaizduoti 52 pav.



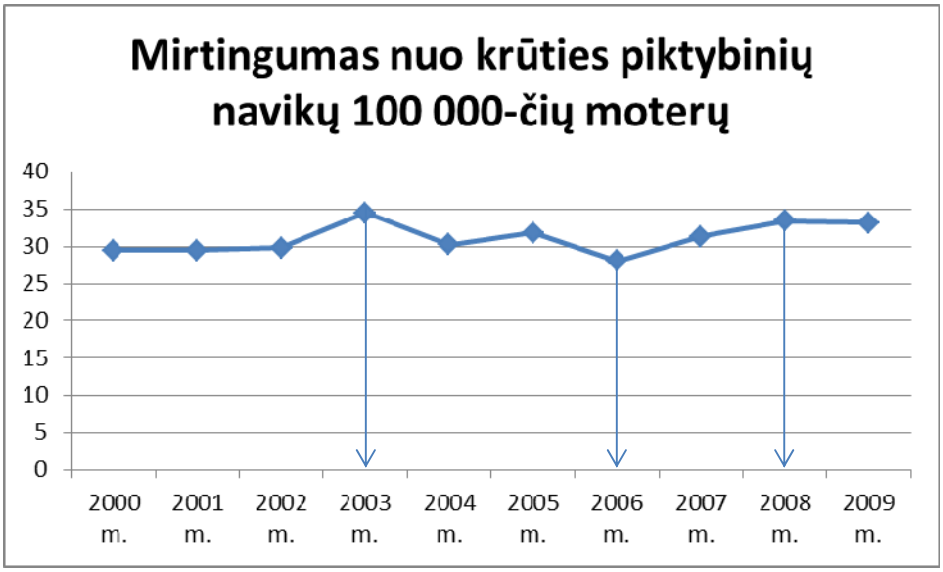
52 pav. Suteiktų paslaugų per 2006-2009 metus, sk./1000 gyventojų (moterys, 50-69 m.)

Paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų (moterys 50 - 69 m. amžiaus), pasiskirstymo savivaldybėse vidutinis kvadratinis nuokrypis, yra 207,11, o variacijos koeficientas yra 0,55812 (55,81 %).

9.4.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL POPULIACINIO LYGMENS EPIDEMIOLOGINIUS RODIKLIUS

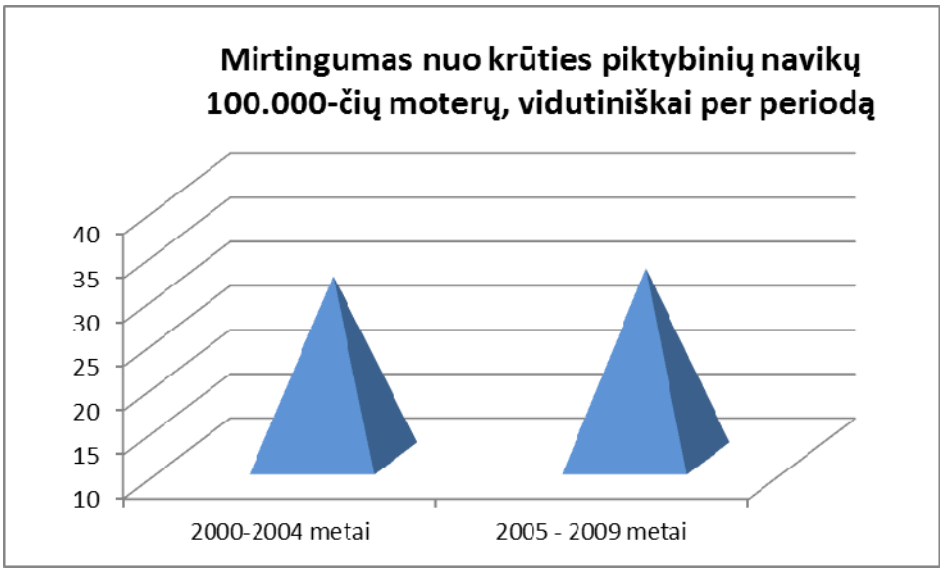
Pagrindinis prevencinės programos tikslas – sumažinti Lietuvos moterų mirtingumą nuo krūties piktybinių navikų, o iš nustatytų uždavinių esminis yra diagnozuoti krūties piktybinį naviką ankstyvoje stadijoje.

Mirtingumo nuo krūties piktybinių navikų per visus 2000 – 2009 metus ryškesni teigiami pokyčiai stebimi 2003 – 2006 metų periode, tačiau nuo 2006 metų mirtingumas vėl praėjo didėti, ir tik 2008 metais yra pastebima mažėjimo tendencija (53 pav.).



53 pav. Mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų per 2000– 2009 metus

Lyginant du laiko periodus: iki ir po programos pradžios yra apskaičiuojamas vidutinės mirtingumo rodiklio reikšmės padidėjimas programos veikimo laikotarpiu 2,88 proc. - nuo 30,7 atvejų 100.000 gyventojų per 2000-2004 metus, vidutiniškai, iki 31,58 atvejų 100.000 gyventojų per 2005 – 2009 metus, vidutiniškai (54 pav.).



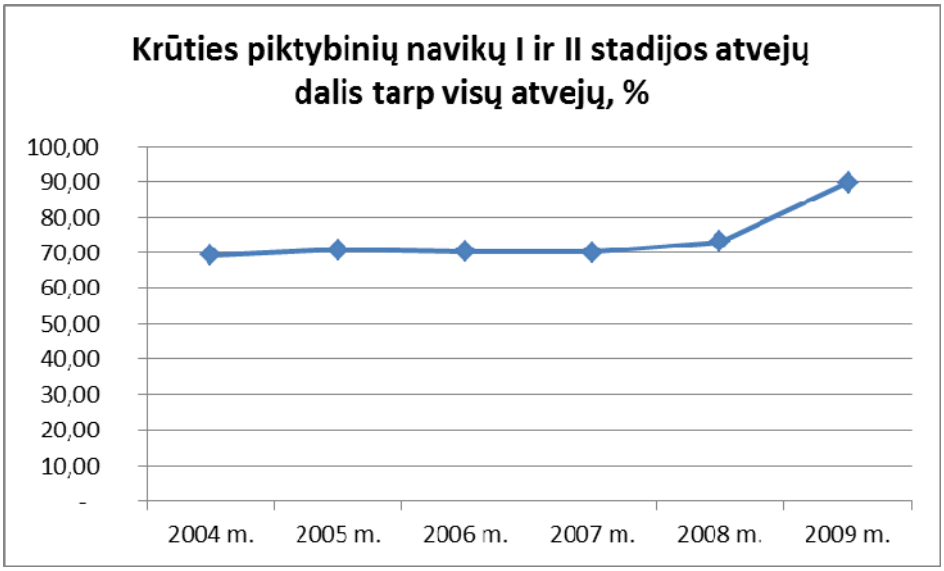
54 pav. Mirtingumo nuo krūties piktybinių navikų pokyčiai iki ir po programos pradžios

Vertinant programos efektyvumą diagnozuojant krūties piktybinį naviką ankstyvesnėse stadijose buvo nustatyta naujų susirgimo atvejų I – IV stadijų pokyčio dinamiką per 2004 – 2009 metus. I ir II stadijos atvejų skaičius ir jo dalis bendrame atvejų skaičiuje, eliminavus nedeklaruotus atvejus, per 2004 – 2009 m. kito taip, kaip pavaizduota 28 lentelėje ir 55 pav.

28 lentelė. Ankstyvųjų stadijų dalis bendrame visų stadijų atvejų skaičiuje 2004 – 2009 m.

	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Krūties vėžio I stadija, atvejų sk.	296	323	378	381	427	437
Krūties vėžio II stadija, atvejų sk.	570	582	583	528	600	585
IŠ VISO, atvejų sk.	866	904	961	909	1027	1022
Krūties vėžio III stadija, atvejų sk.	227	229	258	249	243	87
Krūties vėžio IV stadija, atvejų sk.	158	145	150	140	136	29
IŠ VISO, atvejų sk.	385	374	408	389	379	116
I ir II stadijos atvejų dalis bendrame sk., eliminavus nedeklaruotus atvejus, %	69	71	70	70	73	90

Kaip matyti iš 55 pav., programos vykdymo laikotarpiu ankstyvųjų susirgimo stadijų nustatymo dalis bendrame visų nustatytų atvejų skaičiuje padidėjo.



55 pav. Ankstyvųjų stadijų dalies pokytis bendrame visų stadijų atvejų skaičiuje per 2004 – 2009 m.

9.4.3. PROGRAMOS KAŠTŲ – EFEKTYVUMO ANALIZĖ

Atlikus krūties profilaktinės programos vertinimą Lietuvoje, remiantis populiacinės statistikos informacija nustatyta, kad 2005 - 2009 metais mirtingumo sumažėjimo, palyginus su analogiškos trukmės ankstesniuoju periodu, nepastebima nei tarp visų, nei tarp tikslinės grupės moterų.

Iš kitos pusės, sergamumo dinamika po programos įdiegimo tapo gan stipriai „banguojanti“, kas netiesiogiai rodo sistemingos patikros trūkumą.

Paskutiniu iš analizuojamų periodų (2009 metais), užfiksuotas tiek sergamumo krūties vėžiu tiek mirtingumo nuo jo sumažėjimas, tačiau ar ši tendencija tęsis ir po to einančiais metais, pasakyti neįmanoma negavus galutinių sergamumo ir mirtingumo duomenų bent jau už 2010 metus.

Todėl, vertinant prevencinę programą, kaštų – efektyvumo analizės metodu buvo apskaičiuojama:

- kaštai, tenkantys vienam gyventojui - prevencinės programos dalyviui.

Krūties vėžio prevencijos priemonių finansavimo programai per 2005 – 2009 metus buvo panaudota 12.695.900 Lt, moterų, gavusių prevencines paslaugas skaičius per tą patį laiką – 177.512. Tuo būdu vienai moteriai, dalyvavusiai programoje, kaštų, dengiamų PSDF lėšomis, teko 71,52 Lt. Vienas tūkstantis Lt., panaudotų prevencinei programai finansuoti, leido suteikti prevencines paslaugas beveik 14 moterų.

9.4.4. PROGRAMOS VERTINIMO APIBENDRINIMAS

Apibendrinant programos efektyvumo tyrimo metu gautus duomenis ir atliktus skaičiavimus, palyginimus, yra pateikiami vertinimai, kaip nustatyti rodikliai atitinka vertinimo metodikoje pasirinktus kriterijus.

Užsienio šalių teigiamos patirties atitikimas

Kadangi krūties vėžys yra dažniausiai pasitaikantis moterų tarpe Europos šalyse (31% iš viso sergamumo vėžiu moterų tarpe), bei atsižvelgiant į tai, kad krūties vėžio mamografijos skryningą ES nuo 2003 metų rekomenduojama vykdyti sąjungos šalims, Lietuvos Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa atitinka teigiamą Europos šalių patyrimą.

Krūties piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pavaizduotas 29 lentelėje.

29 lentelė. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos prevencinių priemonių ir skryningo principų atitikimas

Kriterijus	Atitinka (+), neatitinka (-)
1. Programa atitinka realius (pripažintus) poreikius	+
2. Siekiniai (tikslai) yra nustatyti (apibrėžti) pačioje pradžioje	+
3. Yra nustatyta (apibrėžta) tikslinė gyventojų grupė	+
4. Programos efektyvumą įmanoma nustatyti moksliškai pagrįstais įrodymais	+
5. Programoje yra integruota: mokymas (informavimas, lavinimas), testai, klinikinės procedūros ir programos valdymas	+
6. Veikia kokybės užtikrinimas minimizuojant potencialią skryningo riziką	+
7. Programa užtikrina pasirinkimo (informacijos pagrindu) laisvę, konfidencialumą	+
8. Programa užtikrina lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams	+
9. Programos vertinimo planas yra parengtas pačioje pradžioje	-
10. Programos kaštai ir naudingumo balansas yra priimtinas*	-

*programos vykdymo laikotarpiu sergamumas ir mirtingumas padidėjo, todėl naudingumo rodiklis nėra apskaičiuotinas

Galime teigti, kad ir Lietuvoje vykdyta krūties piktybinių navikų prevencinių priemonių programa, apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, atitinka pagrindinius skryningo principus . Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pagal 1 -7 ir 9 kriterijus yra stebimas teisės aktuose ir įstaigų, teikusių prevencines paslaugas, veikloje.

Programos atitikimas užtikrinti lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams (8 kriterijus) yra grindžiamas rodiklio - paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 savivaldybių gyventojų - nustatytu variacijos koeficientu, kuris yra 55,81 proc. dydžio. Šis dydis atitinka **teigiamą** prevencinių paslaugų prieinamumo vertinimą pasirinktoje skalėje:

Prevencijos priemonių prieinamumas	Neigiamai vertinamas	Teigiamai vertinamas	
	Nepatenkinamas	Patenkinamas	Geras
Variacijos koeficientas, %	0 - 50	51 - 75	75 - 100

Pagrindinis programos tikslas – sumažinti mirtingumą nuo krūties vėžio - per 2004 – 2009 metų laikotarpį iš esmės nėra pasiektas (30 lentelė).

30 lentelė. Krūties piktybinių navikų prevencinių priemonių programos tikslų pasiekimas

Rodiklis	Pasiektas tikslas (+), nepasiektas (-)
Mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų 100.000 moterų	-
Siekis diagnozuoti krūties piktybinį naviką ankstyvoje stadijoje	+

9.4. 5. ATRANKINĖS MAMOGRAFINĖS PATIKROS DĖL KRŪTIES VĖŽIO FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO TYRIMO IŠVADOS

1. Krūties piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programa nepilnai atitinka pagrindinius skryningo principus.
2. Remiantis bendraisiais epidemiologiniais statistiniais rodikliais galima teigti, kad programos vykdymo laikotarpiu mirtingumas nuo šios ligos, kad ir nežymiai, didėjo. Todėl yra tikslinga atlikti šios problemos gilesnę analizę, įvertinant programos vykdymo kokybę visuose etapuose bei kitus išorinius veiksnius, kurie galėjo turėti įtakos nustatytai pokyčių tendencijai.
3. Remiantis ilgamete užsienio šalių teigiama patirtimi bei stebimais rezultatais yra tikslinga toliau vykdyti šią prevencijos programą ir tęsti jos finansavimą kartu atliekant studiją pagal šių išvadų p. 2. ir, gavus papildomo vertinimo rezultatus, galutinai spręsti dėl šios programos finansavimo apimčių ar apskritai.

10. PRIEŠINĖS LIAUKOS VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO VERTINIMAS

Priešinės liaukos vėžys yra viena dažniausių vyrų onkologinių ligų. Europos Sąjungos šalyse priešinės liaukos vėžys kasmet diagnozuojamas 85 tūkstančiams vyrų. Ši liga lemia apie 9 proc. onkologinių vyrų mirčių. Lietuvoje prostatos vėžys dažnėja. Jeigu 1999 m. Lietuvoje buvo išaiškinti 824 ligoniai, sergantys priešinės liaukos vėžiu, 2000 m.- 963, 2001 m.- 1007 ligoniai, tai nuo 2003 m. priešinės liaukos vėžys tapo pagrindine vyrų onkologine liga. Sergamumas priešinės liaukos vėžiu Lietuvoje yra 125.9 atvejai 100 000 gyventojų. Kasmet Lietuvoje sergamumas padidėja apie 10-15%.

10.1. PRIEŠINĖS LIAUKOS VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS LIGŲ PREVENCINĖS PROGRAMOS UŽSIENIO ŠALYSE IR LIETUVOS SITUACIJOS PALYGINIMAS

Oliveris ir kt.[165] nustatė, kad mirtingumas nuo prostatos vėžio, nuo 1990 metų mažėjo septyniose iš 24 industrializuotų valstybių. Šis mirtingumo mažėjimas patvirtintas atskiromis studijomis JAV, Kanadoje, Anglijoje, Prancūzijoje ir Austrijoje[166]. Postuluojamos šio reiškinio priežastys buvo prostatos vėžio rizikos faktorių sumažėjimas, geresnis gydymas, pasikeitimai pagrindinės mirties priežasties nustatymo praktikoje ir padidėjęs PSA taikymas. Ypač daug dėmesio paskutiniais metais patraukė PSA testavimo pasekmės, kadangi kai kurie ekspertai nustatė, jog mirtingumas nemažėjo Australijoje[167] nežiūrint labai plačiai taikomo PSA testavimo šioje šalyje[168]. Kadangi organizuotos patikros yra brangios, o vienas svarbiausių jų siekinių yra gerėjantis išgyvenamumas, kuris per se turi mažinti mirtingumą nuo šios ligos. S. Hassain ir kolegos pažymėjo, kad Anglijoje ir Velse sergamumo prostatos vėžiu 1994- 2004 m. mažėjo 75 ir vyresnių metų vyrų grupėje vidutiniškai po 0,71 proc. (95% PI nuo -0.26 iki -1,15) kiekvienais metais. Idealaus diagnostinio testo, pasižyminčio aukštu jautrumu ir absoliučiu specifiškumu, kad ir kaip būtų gaila, šiuo metu nėra. Todėl dauguma diagnostinių programų remiasi pagrindinių trijų tyrimų taikymu: digitaliniu rektaliniu ištyrimu (DRE), prostatos specifinio

[165] Oliver, S.E.; May, M.T.; ir Gunnell, D. International trends in prostate-cancer mortality in the "PSA ERA". *Int.J.Cancer,* 2001, vol. 92, nr. 6, p. 893-898.
[166] Quinn, M.; ir Babb, P. Patterns and trends in prostate cancer incidence, survival, prevalence and mortality. Part I: international comparisons. *BJU Int.,* 2002, vol. 90, nr. 2, p. 162-173.
[167] Smith, D.P.; ir Armstrong, B.K. Prostate-specific antigen testing in Australia and association with prostate cancer incidence in New South Wales. *Med.J.Aust.,* 1998, vol. 169, nr. 1, p. 17-20
[168] Hussain, S.; Gunnell, D.; Donovan, J.; Mcphail, S.; Hamdy, F.; NEal, D.; Albertsen, P.; Verne, J.; Stephens, P.; Trotter, C.; ir Martin, R.M. Secular trends in prostate cancer mortality, incidence and treatment: England and Wales, 1975-2004. *BJU Int.,* 2008, vol. 101, nr. 5, p. 547-555.

antigeno (PSA) lygio nustatymu ir transrektaline ultrasonografija (TRUS). Žinoma, kad amžius yra vienas didžiausių prostatos vėžio rizikos faktorių. Sakoma, jog ilgėjant vyrų vidutinei gyvenimo trukmei, rizika susirgti prostatos vėžiu taip pat dramatiškai didės, nes kiekvienas vyresnis vyras, kuriam, kaip taisyklė, būdinga didesnė androgenų koncentracija, turi padidintą prostatos vėžio riziką, ir dažniausiai juo serga. Šiai vėžio formai, lyginant su kitais piktybiniais navikais yra keletas būdingų savybių – santykinai lėta eiga bei tendencija būti latentinėje formoje, t.y. tokioje formoje, kuri neduoda jokių subjektyvių klinikinių simptomų. Dar daugiau, manoma, jog didelė dalis prostatos vėžių, dėl aukščiau minėtų jo savybių taip ir lieka nediagnozuoti iki pat mirties. Organizuotos pastangos, valstybiniu mastu anksti diagnozuoti prostatos vėžį, ypač atsiradus PSA testams, aptinkamos daugelyje pasaulio šalių. Tačiau vis dažniau šios šalys aptinka, jog brangiai kainuojančios ankstyvos diagnostikos priemonės dramatiškai padidina sergamumą, tačiau nesumažina mirtingumo nuo prostatos vėžio.

Cochrane Prostatos ligų ir urologijos vėžio grupė (Cochrane Prostatic Diseases and Urologic Cancers Group) tyrusi prostatos vėžio skriningus atsitiktiniuose kontroliuojamuose tyrimuose su 341351 pacientais, kuriems taikytas rektalinis tyrimas, PSA testas ir transrektalinė ultragarsu kontroliuojama biopsija, parodė, kad nerasta statistiškai patikimo skirtumo mirtingumo nuo prostatos vėžio sumažėjime skryningą patyrusių ir neskrininguotų žmonių tarpe[169]. Tik specifinio 55-69 metų amžiaus vyrų grupėje rastas 20 proc. mirtingumo sumažėjimas. Ir tarp šios vyrų grupės 1410 vyrus reikia skrininguoti tam, kad išvengti vienos mirties 9 metų laikotarpiu. Žala taip pat matuojama aukštu klaidingai pozityvių tyrimų procentu (net 75,9 proc), komplikacijomis, susijusiomis su infekcija, kraujavimu, skausmu po biopsijos[170]. Pasaulio sveikatos organizacijos paskelbtame raporte „Ar populiacinis prostatos vėžio skryningas turi būti įdiegtas nacionalinėse programose?“[171] nerekomenduojama kol kas taikyti masinio skryningo. 2011 metais Europos urologų asociacija paskelbė straipsnį, apibendrinantį pastarųjų metų atliktas 2 dideles atsitiktines randomizuotas studijas Jungtinėse Amerikos Valstijose (76692 pacientai) ir Europoje (162243 pacientai) dėl prostatos vėžio ankstyvo nustatymo ir gydymo ir paskelbė, kad žinojimas apie prostatos vėžio išaiškinimą ir gydymą labai greitai keičiasi[172]. Visgi šiokį tokį mirtingumo sumažėjimą skrininguotų pacientų tarpe galima aptikti. Tačiau dėl komplikacijų ir netikslios diagnostikos žala ir kaina labai išauga. Nors populiacijos mastu prostatos vėžio skryningas yra ir toliau nerekomenduojamas, tačiau visgi siūloma taikyti oportunistinį skryningą ankstyvam ligos išaiškinimui gerai informuotiems pacientams gydytojui ir pacientui kartu nusprendus, kad tyrimas yra būtinas.

[169] Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004720. DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub2

[170] Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004720. DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub2.

[171] Should mass screening for prostate cancer be introduced at the national level. World health organization WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) *May 2004.*

[172] Axel Heiderreich et all EAU Guidlines on Prostatte Cancer. Part 1 Screèening, disgnosis and treatment of clinically localised disease

Rekomenduojama tirti nuo nuo 40 metų amžiaus. Skryningo intervalas esant PSA <1ng/ml reikalingas po 8 metų. Po 75 metų skryningas nerekomenduojamas, jei PSA<3ng/ml, nes tokiems pacientams rizika numirti nuo prostatos vėžio yra labai maža.

Prostatos vėžys – ypatingas, nuo hormonų priklausantis, lėtai augantis piktybinis navikas, būdingas vyresnio amžiaus vyrams[173].

Šiai vėžio formai, lyginant su kitais piktybiniais navikais, yra keletas būdingų savybių – palyginti lėta eiga ir tendencija būti latentinės formos, kuri nerodo jokių subjektyvių klinikinių simptomų. Didelė dalis prostatos vėžio atvejų dėl pirmiau minėtų savybių taip ir lieka nediagnozuoti iki pat paciento mirties[174].

Jungtinėse Amerikos Valstijose PSA testavimas atliekamas nuo 1980 metų pabaigos, daugelyje Europos šalių nuo 1990 metų, tačiau jis niekada nebuvo rekomenduojamas kaip masinės organizuotos atrankos (angl. *Screening*) priemonė. Dažniausiai jis buvo taikomas pacientams, jau turintiems urinarinio trakto ligų simptomų[175]. Lietuvoje 2005 metais pradėta įgyvendinti priešinės liaukos vėžio diagnostikos programa, finansuojama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, kai šis testas taikomas jokių klinikinių simptomų neturintiems vyrams, sulaukusiems tam tikro amžiaus. Šios programos tikslas – pagerinti ankstyvųjų priešinės liaukos vėžio stadijų diagnostiką, plačiai taikant prostatos specifinio antigeno (PSA) nustatymą, naudoti radikalius priešinės liaukos vėžio gydymo metodus, siekiant pailginti sergančiųjų išgyvenamumo trukmę bei sumažinti pacientų neįgalumą ir mirštamumą nuo šios ligos[176]. Visiems nuo 50 iki 75 metų amžiaus vyrams PSA testas atliekamas vieną kartą per dvejus metus. Tikslingiausia 45–50 metų vyrams patarti kreiptis, jei jų seneliai, tėvai ar broliai sirgo prostatos vėžiu arba vyras turi įtaria, kad jam gali būti pradinė prostatos vėžio stadija. Tačiau žinoma, jog PSA neatspindi vėžinio proceso aktyvumo prostatoje ir labiau yra susijęs su prostatos išvešėjimo laipsniu. Arizonos universiteto Medicinos koledžo imunologijos ir patologijos profesorius, PSA testo sukūrėjas, R. Ablinas rašo, esą JAV biudžetui kasmetinė PSA patikra atsieina 3 mlrd. dolerių ir yra didžiulė našta valstybės sveikatos biudžetui[177].

---

[173] Richie JP, Catalona WJ, Ahmann F, et al. Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate-specific antigen and digital rectal examination. Urology. 1993;42: 365-374

[174] Whittington R, Vaughn DJ. Prostate Cancer. In: Chang A. E., Ganz P. A., Hayes D. F., KinsellaT., Pass H. I., Schiller J. H. et all. Oncology An Evidence- Based Approach. 2006;826-843.

[175] Pashayan N, Powles J, Brown C, Duffy SW. Incidence trends of prostate cancer in East Anglia, before and durring the era of PSA diagnostic testing. British Journal of Cancer. 2006; 95 (3):398-400.

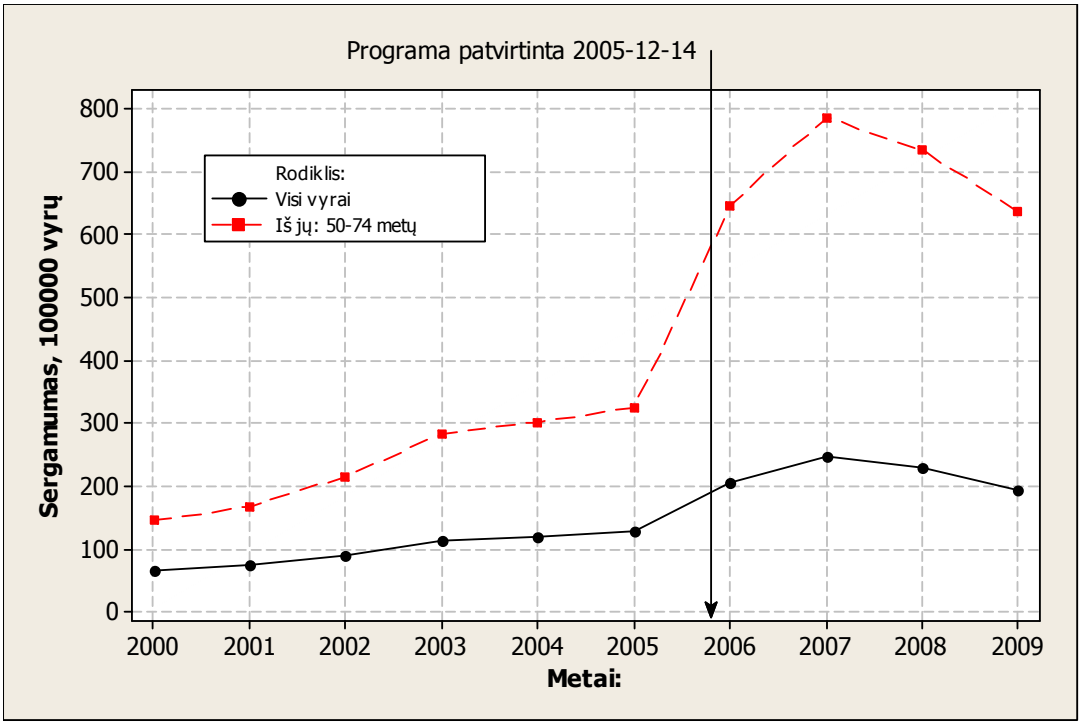
[176] Lietuvos Respublikos SAM įsakymas 2005 m. gruodžio 14 d. Nr. V-973 Dėl priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos". Valstybės žinios, 2005.

[177] Chustecka Z. PSA Discoverer Says PSA Screening is „Public Health Disaster“. Medscape Medical News. (2010). //http:www.medscape. com/viewarticle/718351 (Aplankyta 2010-03-20)

Pirmą kartą Lietuvoje pagilintai sergamumas prostatos vėžiu ir jo dinamika aprašyta ir atlikta prognozė į ateitį 1983 metais[178].

Paskutinės sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo tendencijos Lietuvoje analizuotos už 1998-2007, ir publikuotos [179].

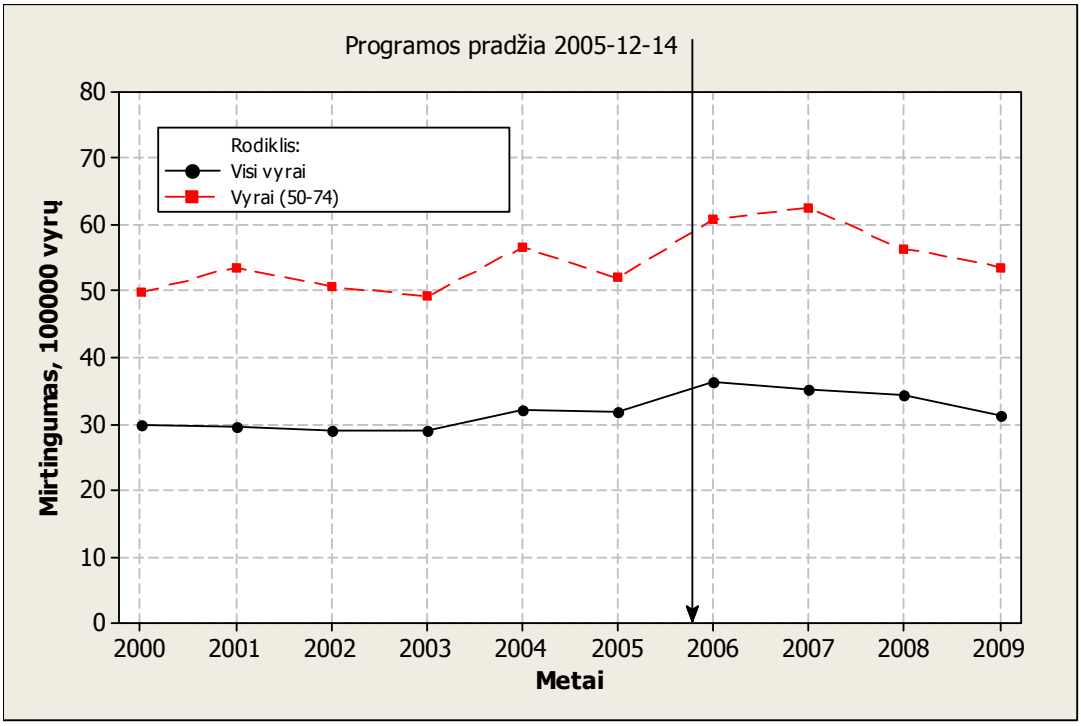
Nustatyta, kad 1998-2007 metais užfiksuoti skirtingi sergamumo ir mirtingumo nuo prostatos vėžio didėjimo tempai. Sergamumas prostatos vėžiu buvo didesnis už mirtingumą 2 kartus periodo pradžioje (1998-2001 m.) ir didėjo iki 5-6 kartų periodo pabaigoje. Tai apsprendė mažesni mirtingumo didėjimo tempai. Sergamumas ir mirtingumas ypač paskutiniais metais didėja tais pačiais tempais. Analizuojamu periodu (1998-2007 m.) mirtingumo nuo prostatos vėžio mažėjimas nefiksuotas [180].



56 pav. Sergamumo prostatos vėžiu tarp visų Lietuvos ir tikslinės grupės vyrų dinamika 2000-2009 metais

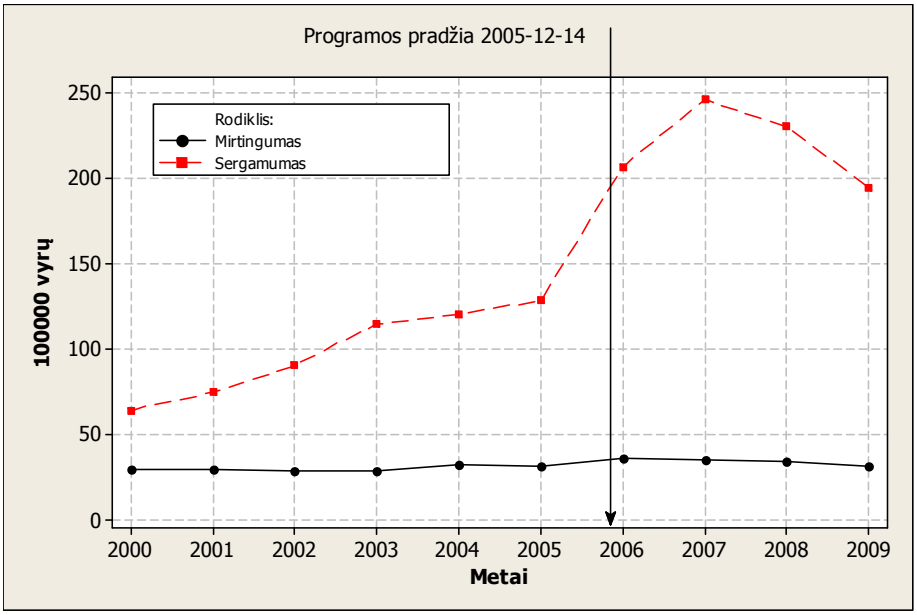
Sergamumo prostatos vėžiu dinamika tarp visų ir 50-74 m. amžiaus vyrų atvaizduota 56 pav. Periode nuo 2000 iki 2005 metų buvo stebima šių rodiklių didėjimo tendencija, tačiau prasidėjus programai labai išaugo 50-74 metų vyrų sergamumas, kuris aukščiausią tašką pasiekė 2007 metais. 2007-2008 metais užfiksuota sergamumo mažėjimo tendencija.

[178] Gurevičius R. Lazutka V. Sergamumas prostatos vėžiu Lietuvoje 1973-1978 m. ir jo prognozė.-Onkologija –5, Vilnius, Mokslas, 1983, p. 12-20.
[179] Čepanauskienė R, Gurevičius R. Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamika Lietuvoje iki PSA eros ir po jos. Visuomenės sveikata. 2009; 1(44):19-26.
[180] Ibid



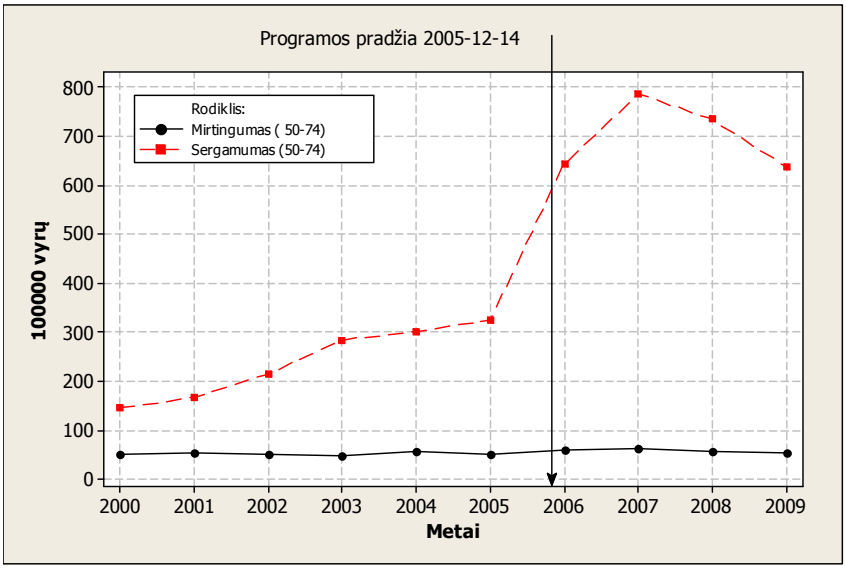
57 pav. Mirtingumo nuo prostatos vėžio tarp visų Lietuvos ir tikslinės grupės vyrų dinamika 2000-2009 metais

Mirtingumo nuo prostatos vėžio dinamikos tendencija tarp Lietuvos visų, bei 50-74 metų amžiaus vyrų atvaizduota 57 pav. Iki programos pradžios mirtingumas rodė nežymią didėjimo tendenciją tiek bendroje, tiek 50-74 metų amžiaus grupėje. Mirtingumo nuo prostatos vėžio didėjimo tendencija, bendroje grupėje buvo fiksuota iki 2006 metų, o amžiaus grupėje 50-74 m., iki 2007 metų. 2008-2009 metais stebima mirtingumo mažėjimo tendencija tiek vertinant bendra tiek 50-75 metų vyrų rodiklius.



58 pav. Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos palyginimas 2000-2009 metais tarp visų vyrų

Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos kreivės atvaizduotos 58 pav. Nežiūrint į didžiulį sergamumo padidėjimą po profilaktinės programos įdiegimo, nuo 2007 metų matoma mirtingumo nuo prostatos vėžio mažėjimo tendencija.



59 pav. Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo nuo jo dinamikos palyginimas 2000-2009 metais tarp tikslinės grupės vyrų

Sergamumo prostatos vėžiu ir mirtingumo dinamikos kreivių tarp 50-74 metų vyrų atvaizduotas 59 pav. Jame matoma labai panaši tendencija užfiksuota 57 pav., išskyrus tai, kad mirtingumo nuo

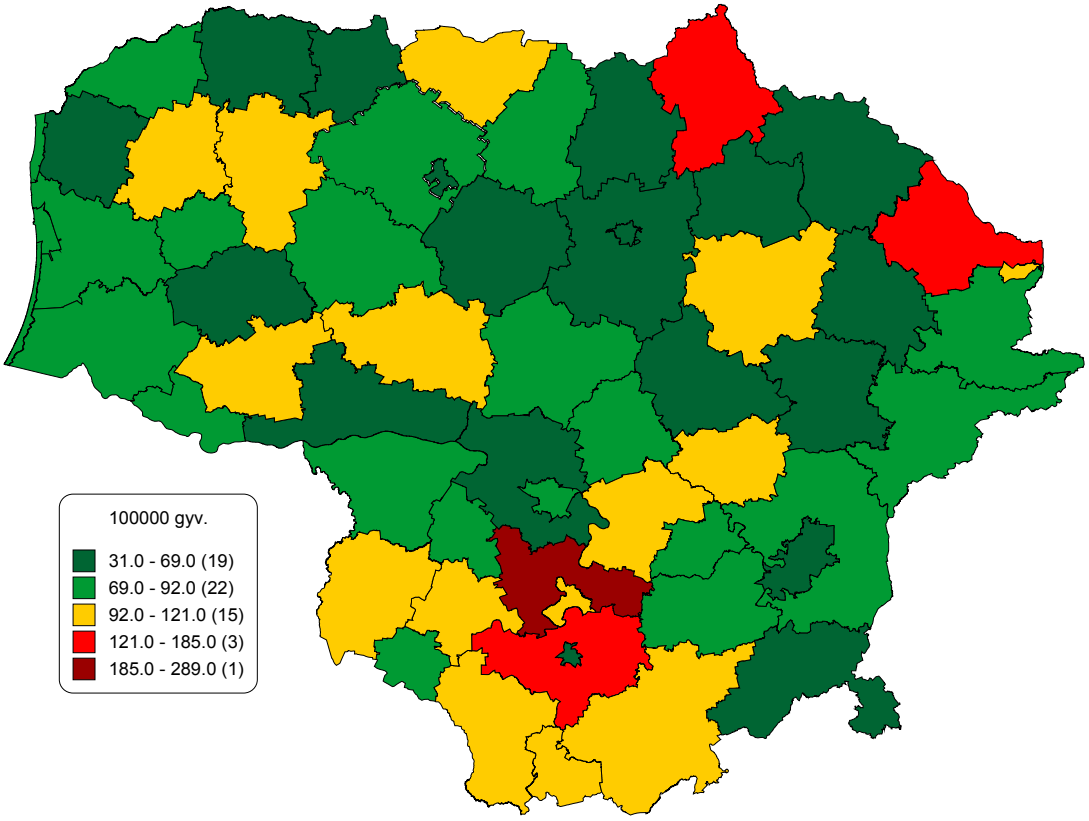
prostatos vėžio ir ypač sergamumo absoliutinė reikšmė dramatiškai skiriasi. Tai ryškiai matosi palyginant 57 ir 58 paveikslo "Y" ašis.

Daugelyje pasaulio šalių PSA testas yra taikomas *ad hoc* ligos diagnozavimui, o ne organizuotam populiaciniam skryningui, t.y. prostatos vėžio ieškojimui tarp vyrų, kurie nejaučia šios ligos simptomų. 2004 metų spalio mėn. žurnale Journal of Urology paskelbti tyrimo rezultatai, rodantys, kad rutininis prostatos specifinio antigeno (PSA) tyrimas parodo tik prostatos išvešėjimo dydį ir nėra patikimas ir naudingas prostatos vėžio ar jo rizikos žymuo. Tokią išvadą mokslininkai padarė išanalizavę 20 metų prostatos audinių tyrimo rezultatus. PSA neatspindėjo vėžinio proceso aktyvumo prostatoje ir labiau buvo susijęs su prostatos išvešėjimo laipsniu[181].

10.2. PROGRAMOS POVEIKIO SERGAMUMO RODIKLIO POKYČIAMS SAVIVALDYBĖSE VERTINIMAS

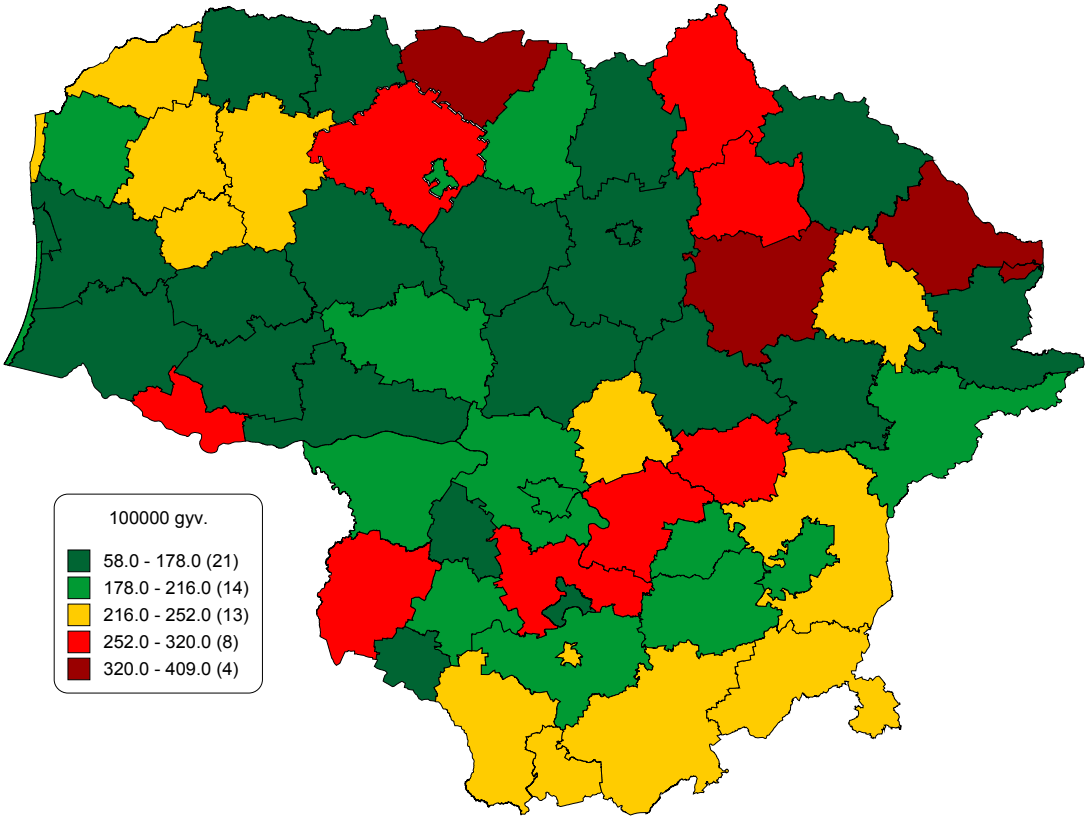
Lietuvos autorių[182] tyrimas parodė, kad ne visose šalies savivaldybėse yra teigiamas ryšys tarp skirtų finansų prostatos antrinei profilaktikai ir naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų. Tai netiesiogiai rodo, jog ne tik finansavimas, bet ir kiti faktoriai, tokie kaip glaudus šeimos gydytojų ir urologų bendradarbiavimas, pačių šeimos gydytojų ar net pacientų iniciatyva anksti išaiškinti šią ligą.

[181] Stamey, T.A.; Caldwell, M.; Mcneal, J.E.; Nolley, R.; Hemenez, M.; ir Downs, J. The prostate specific antigen era in the United States is over for prostate cancer: what happened in the last 20 years? *J.Urol.,* 2004, vol. 172, nr. 4 Pt 1, p. 1297-1301.
[182] Čepanauskienė R., Kairys J., Gurevičius R. Sergamumo prostates vėžiu ir profilaktinės programos finansavimo netolygumai Lietuvoje 2006-2008 m.. Sveikatos mokslai, 2010, Vol. 20, Nr 6, p 3589-3592., ISSN 1392-6373



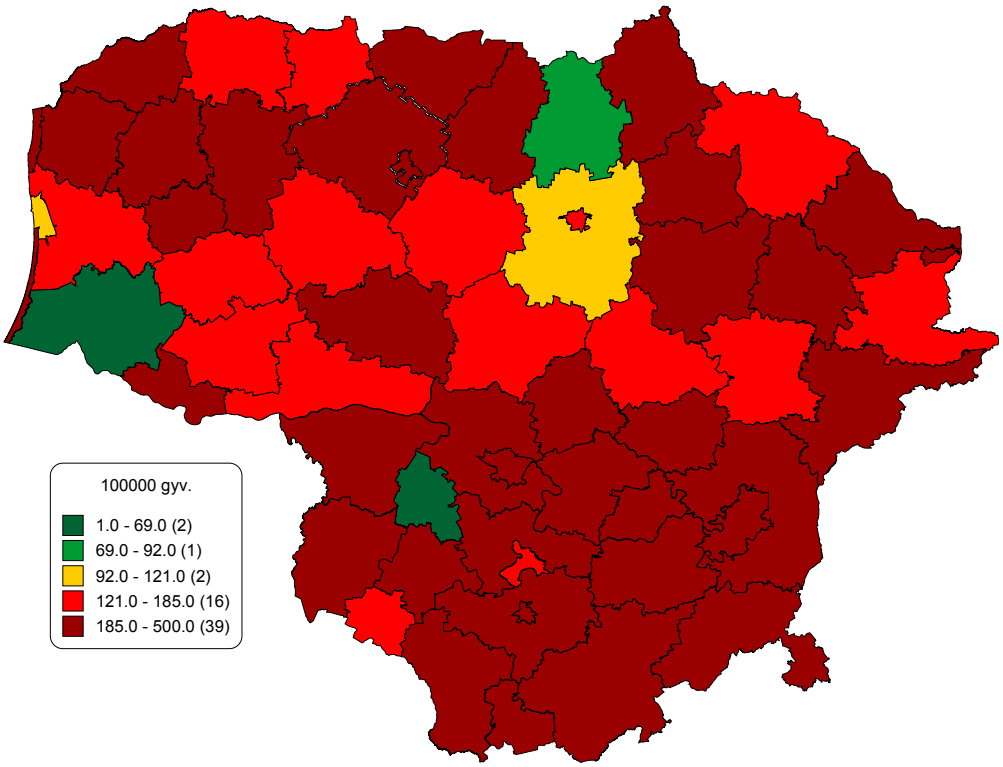
60 pav. Sergamumo prostatos vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2000-2004 m., remiantis šio periodo kartogramos laipsnių dydžiais

Lietuvos vyrų sergamumo prostatos vėžiu paplitimo ypatumai tarp 60 savivaldybių iki pradėjo veikti antrinės profilaktikos programa, atvaizduoti (60 pav.) Katogramos legendoje matoma, jog žemiausias sergamumo lygis buvo iki 69 atvejų 100000 vyrų ir jis buvo užfiksuotas 22-jose savivaldybėse. Žemo sergamumo (69 - 92 atvejai 100000 vyrų) 22 savivaldybės buvo pasiskirsčiusios Lietuvoje gan atsitiktinai išskyrus grupę savivaldybių pietinėje Lietuvos dalyje. Net 15-oje savivaldybių buvo užfiksuotas šalies vidurkis (92-121 atvejai 100000 vyrų) 3-ose – aukštas (121- 185 atvejai) ir tik vienoje, Prienų savivaldybėje nustatytas labai aukštas sergamumas, siekiantis virš 185 atvejų 100000 vyrų (60 pav.).



61 pav. Sergamumo prostatos vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2006-2009 m., remiantis šio periodo kartogramos laipsnių dydžiais

Laikotarpiu, kai veikė prostatos vėžio antrinės profilaktikos programa, taip pat labai pasikeitė šio piktybinio naviko paplitimo ypatumai šalies savivaldybėse (61 pav.). Labai žemas sergamumas užfiksuotas 21-oje savivaldybėje, o žemas 14-oje. Labai aukštas sergamumas (daugiau nei 320 atvejų 100000 vyrų) aptiktas 4-se savivaldybėse Tai Anykščių, Ignalinos, Visagino ir Akmenės savivaldybėse. Aukštas sergamumas prostatos vėžiu buvo aptiktas 8-se savivaldybėse, jos išsidėsčiusios skirtingose šalies geografinėse vietose (61 pav.).



62 pav. Sergamumo prostatos vėžiu paplitimo ypatumai Lietuvos savivaldybėse 2006-2009 m., remiantis pirmo periodo kartogramos laipsnių dydžiais

Sergamumo prostatos vėžiu paplitimo ypatumai atrame periode, pritaikius pirmo periodo kartogramos legendoje esačius intervalus atvaizduota 62 pav. Kartogramoje labai aškiai matosi, jog pritaikius pirmo periodo skalę turime dramatišką sergamumo labai aukštoje klasėje (185- ir daugiau) padidėjimą. Šiuo atveju visada kils klausimai – ar valstybė gali garantuoti įrodymais pagrįstą gydymą šiems ligoniams, ar visada jo reikia ir kaip tai atsiliepia į gydytų (ypač jaunesnių) vyrų gyvenimo kokybę?

Apibendrinimas

Sergamumas prostatos vėžiu, lyginant du periodus pasikeitė mažiausiai. Viena iš šio reiškinio priežasčių gali būti santykinai nedidelis laiko periodas nuo programos įdiegimo, lyginant su kitomis programomis. Iš kitos pusės, lyginant su pirmuoju periodu aptiktos net 4 savivaldybės su labai aukštu sergamumu prostatos vėžiu ir net 8-ios, turinčios aukštą sergamumo lygį. Skirtingai nuo tendencijų aptiktų su kitais, moterų navikais, sergamumo prostatos vėžiu absoliutinės reikšmės išaugo labai smarkiai (kai kur net 2x ir daugiau) visose kartogramų legendoje esančiuose lygiuose.

Sergamumo dinamikos analizė parodė, kokį rezultatą šiai dienai turime, ar tik sergamumo t.y. naujai išaiškintų navikų skaičiaus didinimą, ar ir mirtingumo mažėjimo tendencijas, kurios netiesiogiai rodytų, jog antrinės profilaktikos priemonės yra veiksmingos. Aptiktos labai skirtingos atskirų vėžio lokalizacijų tendencijos, netiesiogiai rodančios, jog trijų vėžio formų antrinės profilaktikos programos vertintinos skirtingai.

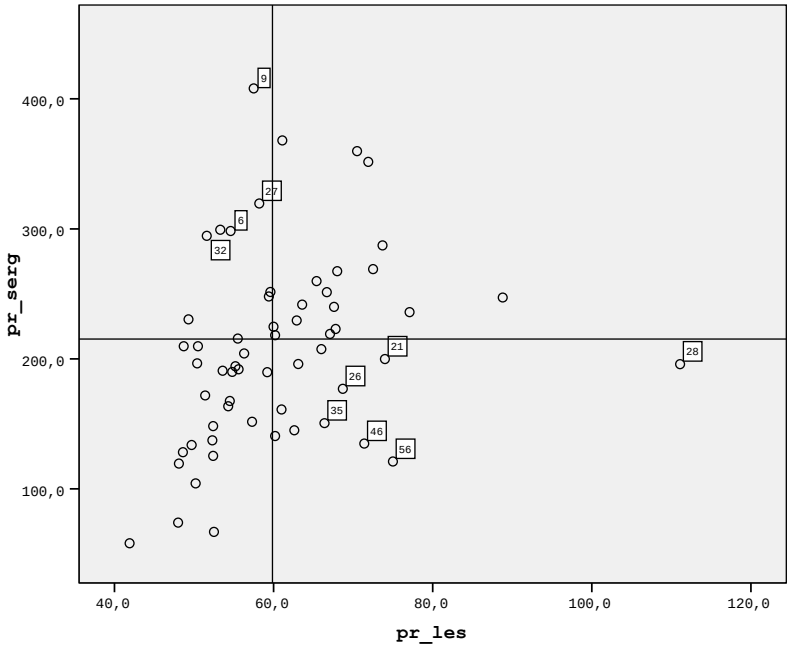
Analizuojamų piktybinių navikų analizė pagal Lietuvos savivaldybes parodė, kaip organizuotos antrinės profilaktikos programos paveikė sergamumo analizuojamomis vėžio formomis paplitimo ypatumams šalies savivaldybėse.

Atlikta analizė koreliuojant programai panaudotas lėšas su sergamumo lygiu parodė ar tai priklauso nuo skirtų lėšų, t.y. ar tose savivaldybėse, kur skirta daugiau lėšų, daugiau ir išaiškinama, ar šios priklausomybės nėra. Nustatyta, jog yra tiesinė teigiama priklausomybė tarp profilaktinei programai skirtų lėšų ir sergamumo atitinkama programos objektui vėžio forma dydžio. Šis ryšys yra silpniausias gimdos kaklelio vėžio atveju, stipresnis krūties vėžio atveju ir stipriausias prostatos vėžio atveju. Nustatytos savivaldybės turinčios šaliai būdingą tendenciją, bei savivaldybėse, kuriose yra priešinga tendencija, kad leis giliau analizuoti šio reiškinio priežastis.

Programa dramatiškai padidino sergamumą (naujai išaiškintų atvejų) prostatos vėžiu Lietuvoje. Šis dramatiškas segamumo prostatos vėžiu padidėjimas rodo, kad, matomai, išaiškinama didelė dalis latentinių piktybinių navikų, tačiau tam patvirtinti ar paneigti reikia specialaus tyrimo.

10.3. PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ VYKDYMO AKTYVUMO SAVIVALDYBĖSE TYRIMAS

Kai kurios savivaldybės išsiskyrė labai ryškiai. Antai, Kauno (15), Kazlų Rūdos (17) savivaldybėms buvo skirta daugiau lėšų, jose užfiksuotas ir didesnis sergamumas krūties vėžiu (63 pav.) viršutinis lateralinis kvadrantas. Didėjant krūties vėžio antrinės profilaktikai skirtoms lėšos didėja ij sergamumas krūties vėžiu ir Radviliškio (37), Pagėgių (29), Rietavo (39 ir Neringos (28) savivaldybėse (63 pav. apatinis medialinis kvadrantas).



63 pav. Ryšys tarp lėšų, skirtų prostatos vėžio profilaktikos programai ir sergamumo prostatos vėžiu 60-yje Lietuvos savivaldybių 2006-2009 metais

Kai kurios savivaldybės išsiskyrė labai ryškiai. Antai, Kauno (15), Kazlų Rūdos (17) savivaldybėms buvo skirta daugiau lėšų, jose užfiksuotas ir didesnis sergamumas krūties vėžiu (64 pav.) viršutinis lateralinis kvadrantas. Didėjant krūties vėžio antrinės profilaktikai skirtoms lėšos didėja ij sergamumas krūties vėžiu ir Radviliškio (37), Pagėgių (29), Rietavo (39 ir Neringos (28) savivaldybėse (63 pav. apatinis medialinis kvadrantas).

Iš kitos pusės, eilėje savivaldybių stebima atvirkščia tendencija negu aptikta šalyje. Antai Pasvalio (34), Švenčionių (49) savyvaldybėms buvo skirta santykinai nedaug lėšų, tačiau jose fiksuojamas aukštas sergamumas krūties vėžiu (63 pav. Viršutinis medialinis kvadrantas). Atvirkščia tendencija stebima ir Plungės (35), Tauragės (50), Kretingos (22), Skuodo (41) ir Birštono savivaldybėse (63 pav., apatinis lateralinis kvadrantas).

63 pav. X ašyje atvaizduotos lėšos, tūkstančiais litų, 1000 tikslinės grupės vyrų, Y ašyje sergamumas prostatos vėžiu 100000 vyrų 60-yje Lietuvos savivaldybių. Atlikus porinių požymių koreliaciją tarp šių galimai tarpusavyje susijusių požymių nustatyta, jog yra statistiškai reikšmingas, vidutinio stiprumo, teigiamas ryšys tarp jų r=0.414, p< 0,001. Kitaip tariant, yra statistiškai reikšmingas, vidutinio stiprumo

tendencija, jog didėjant programai skirtoms lėšoms, didėja ir sergamumas prostatos vėžiu Lietuvos savivaldybėse.

Tačiau, eilėje savivaldybių stebima atvirkščia negu visoje Lietuvoje, tendencija. Tos savivaldybės išsidėsčiusios viršutiniame medialiniame ir apatiniame lateraliniame kvadrantuose (57 pav). Antai Neringos savivaldybe buvo skirta santykinai daug lėšų, tačiau sergamumas prostatos vėžiu yra mažas. Ta pati tendencija užfiksuota ir Klaipėdos rajono (21), Mažeikių (26), Plungės (35), Šilalės (46) ir Vilkaviškio (56) savivaldybėse (7.8.3. pav., apatinis lateralinis kvadrantas) Iš kitos pusės, kai kuriose savivaldybėse, kaip antai Ignalinos (9), Molėtų (27), Biržų (6) ir Panevėžio rajone, programai gavus santykinai nedaug lėšų, sergamumas prostatos vėžiu buvo aukštas (57 pav., viršutinis medialinis kvadrantas).

Surinkti duomenys apie naujai išaiškintų onkologinių ligonių dinamiką, ypač sergamumo didėjimas lygiagrečiai su antrinės profilaktikos programų pradžia, parodė tam tikrą šalies ambulatorinės grandies bei pirminės sveikatos priežiūros aktyvumą, kuris, teoriškai, turėtų priklausyti nuo toms programoms skiriamų lėšų kiekio. Atlikus koreliacinę analizę erdvėje (60-yje savivaldybių) kiekybiškai nustatytas šio ryšio pobūdis, stiprumas bei statistinis reikšmingumas, parodė, jog kai kuriose savivaldybėse yra aptinkama priešinga tendencija.

Pirma analizė parodė, kokį rezultatą šiai dienai turime, ar tik sergamumo t.y. naujai išaiškintų navikų skaičiaus didinimą, ar ir mirtingumo mažėjimo tendencijas, kurios netiesiogiai rodytų, jog antrinės profilaktikos priemonės yra veiksmingos.

Lietuvos autorių[183] tyrimas parodė, kad ne visose šalies savivaldybėse yra teigiamas ryšys tarp skirtų finansų prostatos antrinei profilaktikai ir naujai išaiškintų prostatos vėžio atvejų. Tai netiesiogiai rodo, jog ne tik finansavimas, bet ir kiti faktoriai, tokie kaip glaudus šeimos gydytojų ir urologų bendradarbiavimas, pačių šeimos gydytojų ar net pacientų iniciatyva anksti išaiškinti šią ligą.

Sveikatos politikai turi suprasti, kad vis plačiau plintantis PSA testavimas didina bendrą sveikatos priežiūros kainą. Šis didėjimas yra ne tiek dėl kliniškai nepasireiškusio prostatos vėžio išaiškinimo, bet ir dėl, taip vadinamojo „stadijos migracijos“ fenomeno. Daugiau, kaip 95 proc. prostatos vėžių, kurie yra aptinkamas taikant PSA testą, yra kliniškai lokalizuoti, ir tinkami ankstyvam gydymui[184]. Ekstraprostatinio vėžio dalis, diagnozuota organizuotų patikrų, nedidelė ir rodo, kad 30 proc. vyrų atliekama radikali prostatektomija su po to sekančia adjuvantine terapija[185]. Ši terapija ženkliai padidina gydymo kainą vyrams, kuriems patikrų metu diagnozuojamas prostatos vėžys. Taigi, vadinamoji „stadijos migracija“, duoda daugiau vyrų, kuriems reikia taikyti ankstyvą

[183] Čepanauskienė R., Kairys J., Gurevičius R. Sergamumo prostatos vėžiu ir profilaktinės programos finansavimo netolygumai Lietuvoje 2006-2008 m.. Sveikatos mokslai, 2010, Vol. 20, Nr 6, p 3589-3592., ISSN 1392-6373

[184] Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, et al. Detection of organ confined prostate cancer is increased through prostate-specific antigen-based screening. JAMA. 1993;270:948-954.

[185] Jones GW, Mettlin C, Murphy GP, et al. Patterns of care for carcinoma of the prostate gland: Results of a national survey of 1984 and 1990. J Am Coll Surg. 1995;180:545-554.

gydymą, o jis yra kur kas brangesnis, nei vėlyvos ligos gydymas. Pasaulinė patirtis rodo, kad kliniškai lokalizuotų prostatos vėžių gydymas (radikali prostatektomija ir kvalifikuotas spindulinis gydymas) yra brangesni už išplitusio vėžio (androgeninė abliacija)[186]. Labai svarbu ir tai, kad ankstyvas prostatos vėžio išaiškinimas leis gydyti keleriais metais anksčiau nei būtų atsitikę netaikant patikrų. Kadangi už gydymą reikia sumokėti dabartiniais, o ne būsimais pinigais, pinigų vertė, gauta iš prostatos vėžio patikrų, daro gydymą dar brangesnį, nei gydymas ligonių, išaiškintų tradiciniais metodais. Svarbu suprasti ir tai, kad, be jokios abejonės, 50–70 metų vyrai, turi individualios naudos iš PSA patikros, tačiau populiaciniame lygmenyje, valstybei, ši nauda pasireikš tik tada, kai jie sulauks septintos ar aštuntos gyvenimo dekados. Todėl valstybė ir visuomenė turi nuspręsti, ar šiems vyrams išsaugoti gyvenimo metai garantuoja ribotų lėšų, skirtų sveikatai, panaudojimą. Šiam sprendimui paremti turi būti atlikti labai detalūs randomizuoti, kontroliuojami tyrimai, parodysiantys PSA patikrų kainą ir gaunamą naudą. Prostatos vėžio gydymas yra brangus. Paskaičiuota, kad JAV šiuo metu vieno paciento gydymas kainuoja vidutiniškai virš 20000 dolerių. Išlaidų dydis tiesiogiai priklauso nuo ligos stadijos ir kitų paciento ligų. Šiuo metu nėra įrodymų, kad reikėtų organizuoti plataus masto antrinės profilaktikos programą prostatos vėžio ankstyvai diagnostikai. Sprendimas PSA testavimui turi būti bendras gydytojo ir ligonio susitarimas, kai gydytojas suprantamai paaiškina pacientui apie galimus šio testo privalumus ir trūkumus. Jeigu vyrui nustatytas PAS lygis < 1 ng/ml tinkamas skryningo intervalas yra 8 metai. Tolimesnis PSA testavimas vyrams po 75 metų, kuriems nustatytas PAS <3 ng/ml yra nereikalingas, kadangi tikimybė žūti nuo prostatos vėžio yra labai nedidelė.

10.4. PREVENCIJOS PROGRAMOS EFEKTYVUMO ANALIZĖ

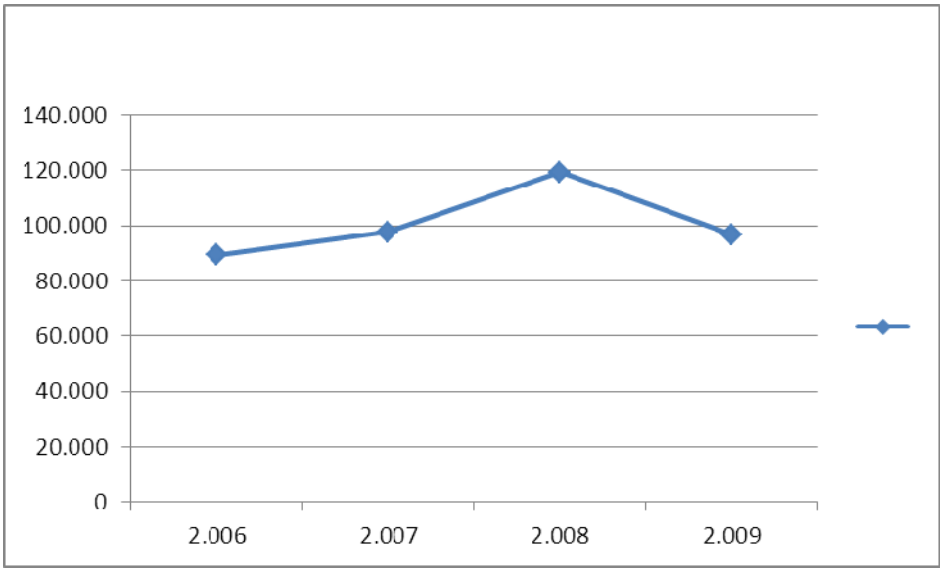
Vertinant prevencinę programą pagal proceso indikatorius buvo nustatoma, kaip programos priemonės atitiko esminius skriningo principus[187], įvertinant atitikimą pagal pasirinktą skalę. Analizuojant programos efektyvumą pagal pasiektus užsibrėžtus tikslus buvo pasirinktas sergamumo priešinės liaukos vėžiu dinamikos tyrimas ir mirtingumo rodiklio pokyčio dinamikos tyrimas panaudojant bendruosius, populiacinio lygmens, epidemiologinius statistinius duomenis.

[186] Krahn MD, Mahoney JE, Eckman MH, et al. Screening for prostate cancer: a decision analytical view. JAMA. 1994;272:773-780.

[187] Anne Andermann,a Ingeborg Blancquaert,b Sylvie Beauchampb & Véronique Déryc. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organization | April 2008, 86 (4)

10.4.1. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL PRIEMONIŲ PRIEINAMUMĄ SAVIVALDYBIŲ LYGIU

Per 2004 – 2009 m. priešinės liaukos vėžio profilaktikos tikslu buvo patikrinti 233266 vyrai, iš viso buvo užfiksuota 403.299 paslaugos teikimo atvejai; vienam vyrui, įskaitant pakartotinas priemones, teko 1,73 paslaugos, vidutiniškai (64 pav.).



64 pav. Ankstyvosios diagnostikos atvejų skaičius

Siekiant įvertinti programos priemonių prieinamumo tolygumą Lietuvoje buvo analizuojama, kaip programa buvo vykdoma atskirose savivaldybėse. Buvo nustatomas programos vykdymo intensyvumas pagal suteiktų programos paslaugų skaičių, tenkantį 1000 gyventojų (31 lentelė).

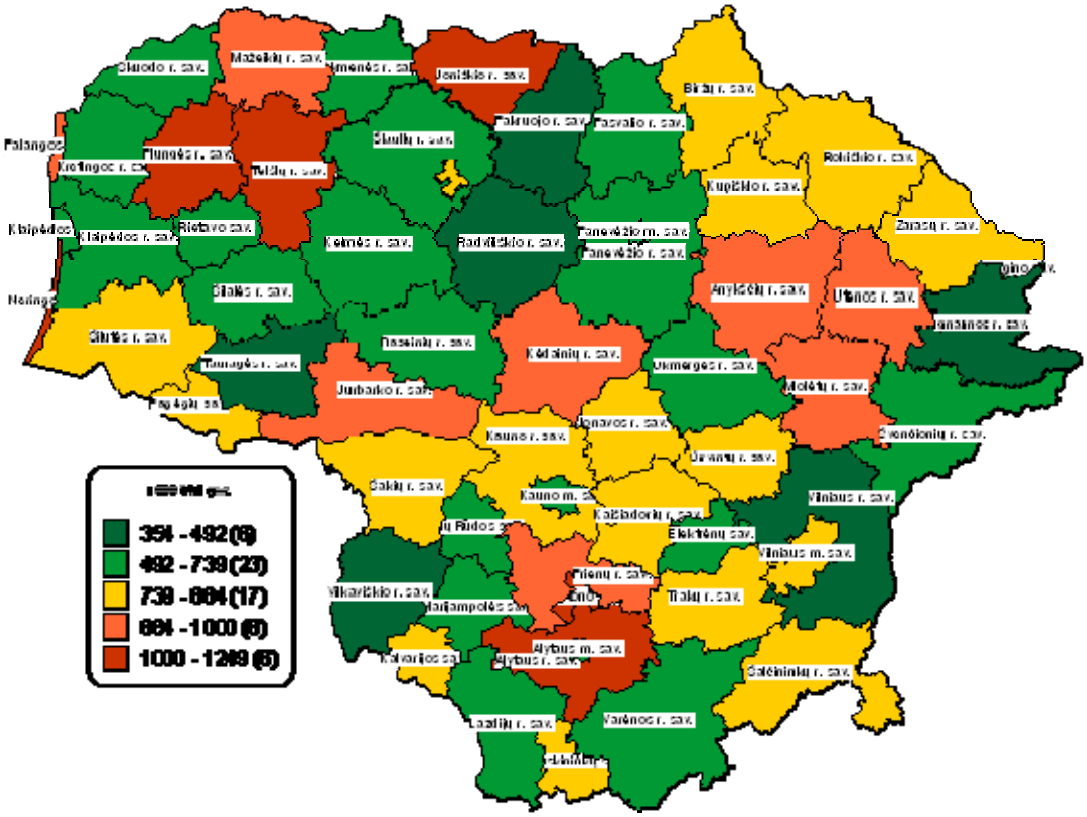
31 lentelė. Programos vykdymo intensyvumas savivaldybėse per 2004 – 2009 metus

Savivaldybė	Suteiktų paslaugų skaičius	Suteikta paslaugų, sk./1000 gyv. (vyrai, 45- 75 m.)	Nuokrypis nuo vidurkio, %
Akmenės r. sav.	2916	700	-7
Alytaus m. sav.	12376	1.248	66
Alytaus r. sav.	3292	604	-20
Anykščių r. sav.	4838	891	18
Birštono sav.	891	1.109	47
Biržų r. sav.	4563	867	15

Druskininkų sav.	3319	884	17
Elektrėnų sav.	3388	766	2
Ignalinos r. sav.	4336	1.209	60
Jonavos r. sav.	7133	989	31
Joniškio r. sav.	3470	761	1
Jurbarko r. sav.	4419	811	8
Kaišiadorių r. sav.	3865	686	-9
Kalvarijos sav.	1287	679	-10
Kauno m. sav.	49337	987	31
Kauno r. sav.	9384	738	-2
Kazlų Rūdos sav.	1390	646	-14
Kėdainių r. sav.	10342	1.084	44
Kelmės r. sav.	3741	621	-18
Klaipėdos m. sav.	25584	930	23
Klaipėdos r. sav.	4669	637	-15
Kretingos r. sav.	5500	848	13
Kupiškio r. sav.	2007	536	-29
Lazdijų r. sav.	2586	648	-14
Marijampolės sav.	9564	971	29
Mažeikių r. sav.	7982	921	22
Molėtų r. sav.	2943	761	1
Neringos sav.	241	432	-43
Pagėgių sav.	867	534	-29
Pakruojo r. sav.	2797	653	-13
Palangos m. sav.	2723	1.076	43
Panevėžio m. sav.	16628	999	33
Panevėžio r. sav.	2511	364	-52
Pasvalio r. sav.	3058	619	-18
Plungės r. sav.	4497	747	-1
Prienų r. sav.	4263	781	4
RadviliŠkio r. sav.	6376	863	15
Raseinių r. sav.	4025	625	-17
Rietavo sav.	1234	855	13
Rokiškio r. sav.	5006	775	3
Skuodo r. sav.	2048	557	-26
Šakių r. sav.	3755	678	-10
Šalčininkų r. sav.	2073	378	-50
Šiaulių m. sav.	19230	1.084	44
Šiaulių r. sav.	5890	758	1
Šilalės r. sav.	2501	601	-20
Šilutės r. sav.	6909	950	26
Širvintų r. sav.	1864	618	-18
Švenčionių r. sav.	1781	354	-53
Tauragės r. sav.	6437	873	16
Telšių r. sav.	6137	774	3

Trakų r. sav.	3792	703	-7
Ukmergės r. sav.	4474	608	-19
Utenos r. sav.	5938	770	2
Varėnos r. sav.	2946	605	-20
Vilkaviškio r. sav.	3538	492	-35
Vilniaus m. sav.	61550	801	6
Vilniaus r. sav.	8368	599	-20
Visagino sav.	3093	664	-12
Zarasų r. sav.	1627	474	-37

Paslaugos teikimo pasiskirstymas savivaldybėse pavaizduotas kartografiškai, vaizduojamas netolygumai yra pavaizduoti 65 pav.



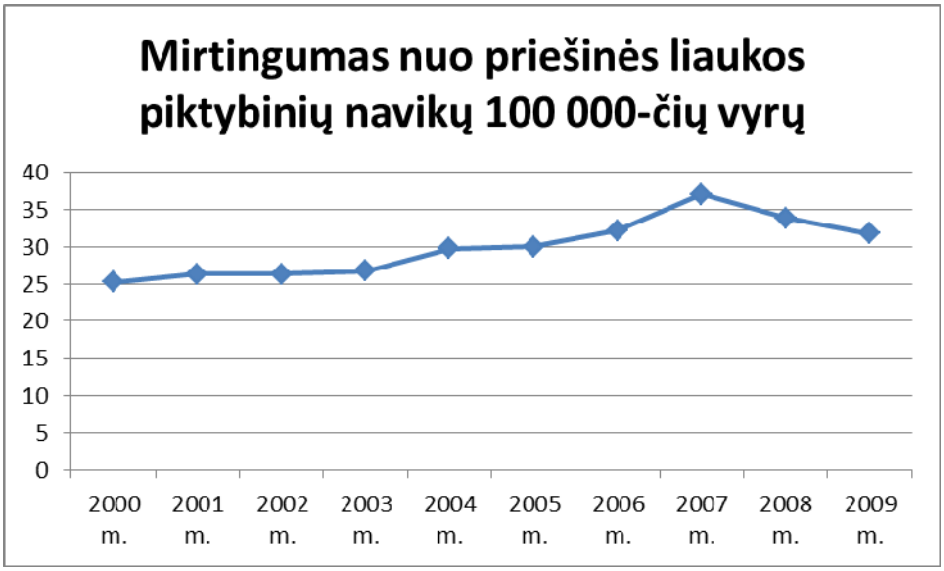
65 pav. Ankstyvosios diagnostikos atvejų skaičius

Paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 gyventojų (vyrai, 45 - 75 m. amžiaus), pasiskirstymo savivaldybėse vidutinis kvadratinis nuokrypis yra 202,25 , o variacijos koeficientas yra 0,26851 (26,85 %).

10.4.2. PROGRAMOS VERTINIMAS PAGAL POPULIACINIO LYGMENS EPIDEMIOLOGINIUS RODIKLIUS

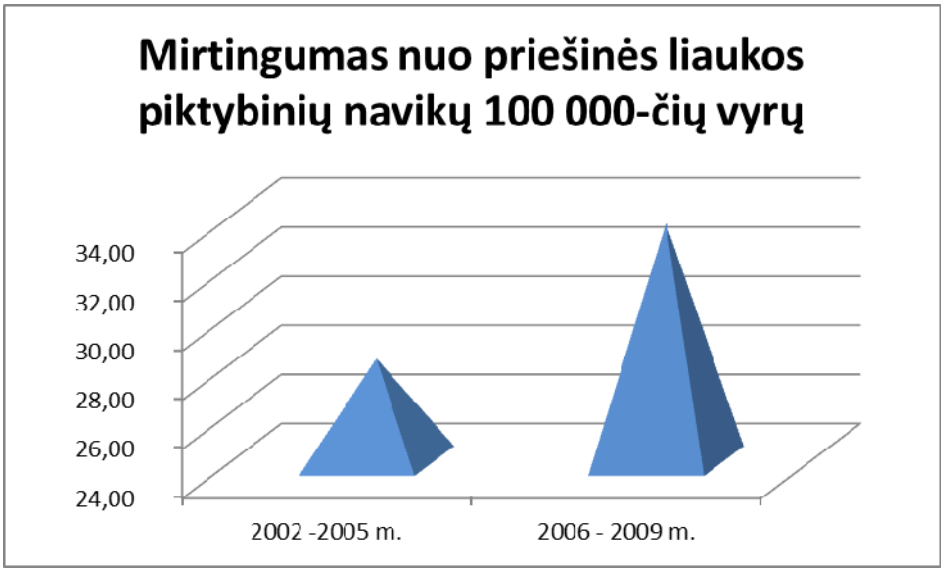
Pagrindinis prevencinės programos tikslas - sumažinti neįgalumą ir mirtingumą dėl priešinės liaukos vėžio, o iš nustatytų uždavinių esminis yra diagnozuoti priešinės liaukos piktybinį naviką ankstyvoje stadijoje.

Mirtingumo nuo priešinės liaukos piktybinių navikų didėjimas yra stebimas per 2000 – 2007 metus, ir tik nuo 2008 m. yra pastebimas mirtingumo mažėjimas (66 pav.).



66 pav. Mirtingumas nuo priešinės liaukos piktybinių navikų per 2000– 2009 metus

Lyginant du laiko periodus: iki ir po programos pradžios yra apskaičiuojamas vidutinės mirtingumo rodiklio reikšmės padidėjimas programos veikimo laikotarpiu 19,57 proc. - nuo 28,18 atvejų 100.000 vyrų per 2002 - 2005 metus, vidutiniškai, iki 33,99 atvejų 100.000 vyrų per 2005 – 2009 metus, vidutiniškai (67 pav.).



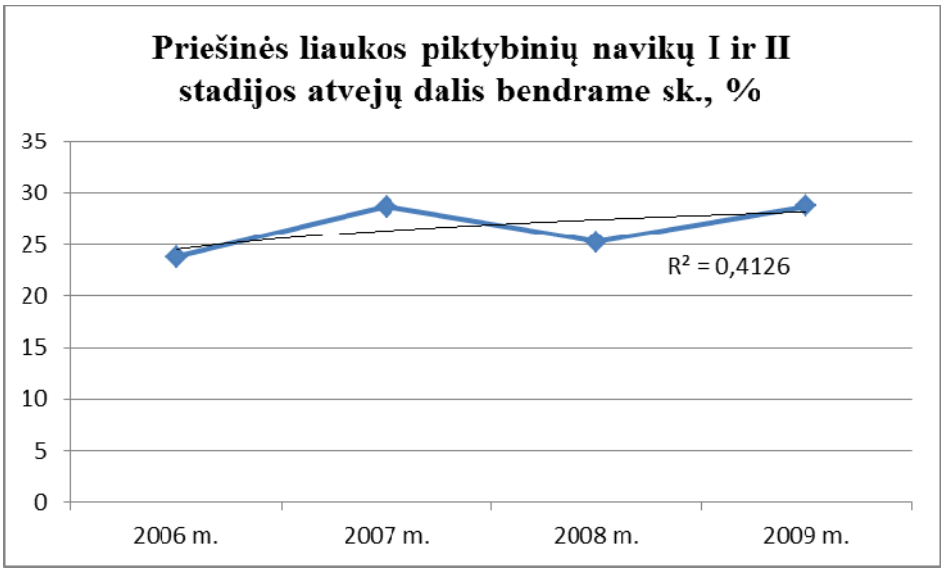
67 pav. Mirtingumo nuo priešinės liaukos piktybinių navikų pokyčiai iki ir po programos pradžios

Vertinant programos efektyvumą diagnozuojant priešinės liaukos piktybinį naviką ankstyvesnėse stadijose buvo nustatyta naujų susirgimo atvejų I – IV stadijų pokyčio dinamiką per 2001 – 2009 metus. I ir II stadijos atvejų skaičius ir jo dalis bendrame atvejų skaičiuje, eliminavus nedeklaruotus atvejus, per 2006 – 2009 m. kito taip, kaip pavaizduota 32 lentelėje ir 68 pav.

32 lentelė. Naujų susirgimo atvejų I – IV stadijų pokyčio dinamika per 2004 – 2009 metus

	2001 m.	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Prostatos vėžio I stadija, atvejų sk.	17	46	91	59	78	33	27	8	31
Prostatos vėžio II stadija, atvejų sk.	98	126	263	278	282	340	422	364	366
IŠ VISO, atvejų sk.	115	172	353	337	360	373	449	373	398
Prostatos vėžio III stadija, atvejų sk.	551	744	538	682	708	1.030	962	934	831
Prostatos vėžio IV stadija, atvejų sk.	191	193	180	233	193	163	156	168	158
IŠ VISO, atvejų sk.	742	937	718	915	901	1.193	1.118	1.102	989

I ir II stadijos atvejų dalis bendrame sk., eliminavus nedeklaruotus atvejus, %	13,42	15,51	32,96	26,92	28,55	23,82	28,65	25,29	28,70



68 pav. Priešinės liaukos piktybinių navikų nustatymo ankstyvesnėse stadijose dinamika

Kaip matyti iš 68 pav., priešinės liaukos piktybinių navikų nustatymo ankstyvesnėse stadijose dalis per 2006 – 2009 m., kad ir nežymiai, tačiau didėjo.

10.4.3. PROGRAMOS KAŠTŲ – EFEKTYVUMO ANALIZĖ

Atlikus priešinės liaukos piktybinių navikų profilaktinės programos vertinimą Lietuvoje, remiantis populiacinės statistikos informacija nustatyta, kad 2006 - 2009 metais mirtingumo sumažėjimo, palyginus su analogiškos trukmės ankstesniuoju periodu, nepastebima nei tarp visų, nei tarp tikslinės grupės vyrų.

Iš kitos pusės, sergamumo dinamika po programos įdiegimo tapo gan stipriai „banguojanti“, kas netiesiogiai rodo sistemingos patikros trūkumą.

Paskutiniu iš analizuojamų periodų (2008 - 2009 metais) užfiksuotas tiek mirtingumo nuo priešinės liaukos piktybinių navikų sumažėjimas, tačiau ar ši tendencija tęsis ir po to einančiais metais, pasakyti neįmanoma negavus galutinių sergamumo ir mirtingumo duomenų bent jau už 2010 metus.

Vertinant prevencinę programą kaštų – efektyvumo analizės metodu buvo apskaičiuojama:

- kaštai, tenkantys vienam gyventojui - prevencinės programos dalyviui.

Priešinės liaukos piktybinių navikų prevencijos priemonių finansavimo programai per 2006 – 2009 metus buvo panaudota 24.439.300 Lt, vyrų, gavusių prevencines paslaugas skaičius per tą patį laiką – 277876. Tuo būdu vienam vyrui, dalyvavusiam programoje, kaštų, dengiamų PSDF lėšomis, teko 87,95 Lt. Vienas tūkstantis Lt., panaudotų prevencinei programai finansuoti, leido suteikti prevencines paslaugas beveik 11 vyrų.

10.4.4. PROGRAMOS VERTINIMO APIBENDRINIMAS

Apibendrinant programos efektyvumo tyrimo metu gautus duomenis ir atliktus skaičiavimus, palyginimus, yra pateikiami vertinimai, kaip nustatyti rodikliai atitinka vertinimo metodikoje pasirinktus kriterijus.

Priešinės liaukos piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pavaizduotas 33 lentelėje.

33 lentelė. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos prevencinių priemonių ir skryningo principų atitikimas

Kriterijus	Atitinka (+), neatitinka (-)
1. Programa atitinka realius (pripažintus) poreikius	+
2. Siekiniai (tikslai) yra nustatyti (apibrėžti) pačioje pradžioje	+
3. Yra nustatyta (apibrėžta) tikslinė gyventojų grupė	+
4. Programos efektyvumą įmanoma nustatyti moksliškai pagrįstais įrodymais	+
5. Programoje yra integruota: mokymas (informavimas, lavinimas), testai, klinikinės procedūros ir programos valdymas	+
6. Veikia kokybės užtikrinimas minimizuojant potencialią skryningo riziką	+
7. Programa užtikrina pasirinkimo (informacijos pagrindu) laisvę, konfidencialumą	+
8. Programa užtikrina lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams	-
9. Programos vertinimo planas yra parengtas pačioje pradžioje	-
10. Programos kaštų ir naudingumo balansas yra priimtinas*	-

*programos vykdymo laikotarpiu sergamumas ir mirtingumas padidėjo, todėl naudingumo rodiklis nėra apskaičiuotinas

Galime teigti, kad ir Lietuvoje vykdyta priešinės liaukos piktybinių navikų prevencinių priemonių programa, apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, atitinka pagrindinius skryningo principus . Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas pagal 1 -7 ir 9 kriterijus yra stebimas teisės aktuose ir įstaigų, teikusių prevencines paslaugas, veikloje.

Programos atitikimas užtikrinti lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams (8 kriterijus) yra grindžiamas rodiklio - paslaugų skaičiaus, tenkančio 1000 savivaldybių gyventojų - nustatytu variacijos koeficientu, kuris yra 26,85 proc. dydžio. Šis dydis atitinka **neigiamą** prevencinių paslaugų prieinamumo vertinimą pasirinktoje skalėje:

Prevencijos priemonių prieinamumas	Neigiamai vertinamas	Teigiamai vertinamas	
	Nepatenkinamas	Patenkinamas	Geras
Variacijos koeficientas, %	0 - 50	51 - 75	75 - 100

Pagrindinis programos tikslas – sumažinti mirtingumą nuo priešinės liaukos piktybinių navikų - per 2004 – 2009 metų laikotarpį iš esmės nėra pasiektas (34 lentelė).

34 lentelė Priešinės liaukos piktybinių navikų prevencinių priemonių programos tikslų pasiekimas

Rodiklis	Pasiektas tikslas (+), nepasiektas (-)
Mirtingumas nuo priešinės liaukos piktybinių navikų 100.000 vyrų	-
Siekis diagnozuoti priešinės liaukos piktybinį naviką ankstyvoje stadijoje	+

10.4. 5. PRIEŠINĖS LIAUKOS VĖŽIO ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS FINANSAVIMO PROGRAMOS EFEKTYVUMO TYRIMO IŠVADOS

1. Priešinės liaukos piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, finansavimo programa nepilnai atitinka pagrindinius skryningo principus.

2. Remiantis bendraisiais epidemiologiniais statistiniais rodikliais galima teigti, kad programos vykdymo laikotarpiu sergamumas priešinės liaukos piktybiniais navikais ženkliai didėjo, tačiau mirtingumas nuo šios ligos, kad ir nežymiai, taip pat didėjo. Kadangi antrame programos vykdymo laikotarpio periode mirtingumas pradėjo mažėti, yra tikslinga atlikti šios problemos gilesnę analizę panaudojant 2010 m. statistinius duomenis, įvertinant programos vykdymo kokybę visuose etapuose bei kitus išorinius veiksnius, kurie galėjo turėti įtakos nustatytai pokyčio tendencijai.

3. Remiantis ilgamete užsienio šalių teigiama patirtimi bei stebimais rezultatais šios programos prasmingumas yra vertinamas kontraversiškai, todėl šią prevencijos programą toliau vykdyti ir tęsti jos finansavimą reikėtų tik po papildomos gilesnės studijos panaudojant naujausius epidemiologinius duomenis.

11. PREVENCINIŲ PRIEMONIŲ FINANSAVIMO PROGRAMŲ EFEKTYVUMO VERTINIMO RODIKLIŲ PALYGINIMAS

Visų 5 vertintų prevencinių programų priemonių efektyvumo rodikliai palyginami 35 - lentelėse.

Lentelėse naudojamų santrumpų reikšmės:

SIL - Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis apmokėjimo programa;

ŠKL - Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa;

GKV - Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa;

KV - Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa;

PLV - Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa.

11.1. PAGRINDINIŲ SKRYNINGO PRINCIPŲ ATITIKIMAS

35 lentelė. Programos ir bendrųjų skryningo principų atitikimas

Kriterijus	Atitinka (1), neatitinka (0)				
	SIL	ŠKL	GKV	KV	PLV
1. Programa atitinka realius (pripažintus) poreikius	1	1	1	1	1
2. Siekiniai (tikslai) yra nustatyti (apibrėžti) pačioje pradžioje	0	1	1	1	1
3. Yra nustatyta (apibrėžta) tikslinė gyventojų grupė	1	1	1	1	1
4. Programos efektyvumą įmanoma nustatyti moksliškai pagrįstais įrodymais	1	1	1	1	1
5. Programoje yra integruota: mokymas (informavimas, lavinimas), testai, klinikinės procedūros ir programos valdymas	1	1	1	1	1
6. Veikia kokybės užtikrinimas minimizuojant potencialią skryningo riziką	1	1	1	1	1
7. Programa užtikrina pasirinkimo (informacijos pagrindu) laisvę, konfidencialumą	1	1	1	1	1
8. Programa užtikrina lygias galimybes dalyvauti joje visiems gyventojams	0	1	0	1	0
9. Programos vertinimo planas yra parengtas pačioje pradžioje	0	0	0	0	0
10. Programos kaštų ir naudingumo balansas yra priimtinas	0	1	1	0	0
Iš viso	6	9	8	8	7

11.2. ESMINIŲ PREVENCINIŲ TIKSLŲ PASIEKIMAS

36 lentelė. Tikslų pasiekimas

Kriterijus	Pasiekta (1), nepasiekta (0)				
	SIL	ŠKL	GKV	KV	PLV
1. Mirtingumo rodiklio sumažinimas	Nebuvo užsibrėžta	1	1	0	0
2. Sergamumo rodiklio sumažinimas	1	1	1	Nebuvo užsibrėžta	0
3. Susirgimo ankstyvesnių stadijų diagnozė	Nebuvo užsibrėžta	Nebuvo užsibrėžta	1	1	1
4. Asmenų, turinčių padidintą riziką susirgti, išaiškinimas	Nebuvo užsibrėžta	1	1	Nebuvo užsibrėžta	Nebuvo užsibrėžta
Iš viso	1	3	4	2	2

11.3. KAŠTŲ-EFEKTYVUMO ANALIZĖS RODIKLIAI

37 lentelė. Kaštų-efektyvumo rodiklių palyginimas

Rodiklis	SIL		ŠKL		GKV		KV		PLV	
	Reikšmė, matav. vnt.	Balų sk.	Reikšmė, matav. vnt.	Balų sk.	Reikšmė, matav. vnt.	Balų sk.	Reikšmė, matav. vnt.	Balų sk.	Reikšmė, matav. vnt.	Balų sk.
1. Asmenų, gavusių prevencines paslaugas, skaičius, tenkantis 1000 Lt programos finansavimo lėšų	23	2,1	14	1,3	26	2,4	14	1,3	11*	1
2. Programos kaštai, atitinkantys vienus išvengtų susirgimų metus programos vykdymo laikotarpyje	nenustatoma		1.725	24	41.431	1	nenustatoma		nenustatoma	
3. Programos kaštai, atitinkantys vienus išsaugoto gyvenimo metus programos vykdymo laikotarpyje	nenustatoma		10.451	10	107.008	1**	nenustatoma		nenustatoma	
Iš viso, balai	2,1			35,3	4,4		1,3		1	

*Mažiausia reikšmė (matavimo vienetais) eilutėje yra prilyginta 1 balui. Kitų atvejų balų skaičius apskaičiuojamas proporcijų taisykle.

** Didžiausia reikšmė (matavimo vienetais) eilutėje yra prilyginta 1 balui. Kitų atvejų balų skaičius apskaičiuojamas dalinant didžiausią reikšmę (matavimo vienetais) iš mažesnės.

11.4. RODIKLIŲ PALYGINIMO APIBENDRINIMAS IR BAIGIAMOSIOS IŠVADOS

38 lentelė. Programų rangavimas

Programa	Bendras vertinimo balų skaičius
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	47,3
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa	16,4
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	11,3
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	10
Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis apmokėjimo programa;	9,1

39 lentelė. Baigiamosios išvados dėl programos tęstinumo

Programa	Išvados ir pasiūlymai dėl programų tęstinumo
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	Stebimi teigiami Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos rezultatai. Programa sumažino sergamumą ūminiais kardiovaskuliniais sindromais (nestabilia krūtinės angina ar miokardo infarktu); sumažino sergamumą praeinančiais smegenų išemijos priepuoliais ar insultu (galvos smegenų infarktas, kraujosruvos); sumažino neįgalumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų. Programa žymiai paskatino cukrinio diabeto naujų atvejų išaiškinimą. Sumažėjus sergamumui ūminiais kardiovaskuliniais sindromais, išvengta hospitalizacijos į kardiologijos skyrius. Nors tokio pobūdžio programa nėra rekomenduojama kaip skryningas Europos valstybėms, įvertinant sergamumo širdies kraujagyslių ligomis problemos mastą ir profilaktikos priemonių trūkumą Lietuvoje, rekomenduotina tęsti programą ir jos apimtį plėsti visoje Lietuvoje, jos monitoringą pavedant vienai atsakingai nacionalinio lygmens institucijai ir jai skiriant finansavimą už programos stebėseną, rezultatų vertinimą ir viešinimą bei programos vykdymo problemų identifikavimą bei sprendimą. Reikėtų patobulinti ir supaprastinti gyventojų siuntimo tvarką ir patekimą į aukštesnio lygmens įstaigas pagal SCORE sistemą, pritaikyti daugiau inovacijų informacijos pasikeitimui tarp įstaigų, daugiau funkcijų deleguojant vietiniu lygmeniu
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš	Organizuotų gimdos kaklelio patikros programų nauda ir efektyvumas mažinant sergamumą invazine šiuos ligos forma ir mirtingumą nuo jos laikomas įrodytu. Siekiant padidinti patikros programos naudą ir ženkliai sumažinti mirtingumą nuo vėžio, rekomenduojama patikrą vykdyti tik organizuotai, kadangi

PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa	pagrindinis neorganizuotos patikros programos trūkumas pasireiškia mažu pasitikrinusių moterų, esančių didžiausios rizikos grupėje, procentu ir intensyviu mažos rizikos grupių moterų tikrinimu. Tai sudaro prielaidas mažam sąnaudų našumui ir menkam programų efektyvumui. Remiantis užsienio šalių ilgamete patirtimi galime teigti, kad ir Lietuvoje vykdyta gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programa, apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų, turi teigiamą efektą. Šis efektas yra įrodomas analizuojant faktus, susijusiais su programos vykdymu (netiesioginiai matavimai). Šiuo būdu analizavus programos pasiektus rezultatus prognozuojama, kad programos vykdymo dėka 2005-2009 m. laikotarpyje yra išvengta ankstyvųjų mirčių, susijusių gimdos kalelio vėžiu – daugiau, kaip 2,8 tūkst. atvejų. Prevencijos priemonės turėjo neabejotiną poveikį sutaupant hospitalizacijos kaštus, susijusius su gimdos kalelio vėžiu. Programa rekomenduojama taikyti ES valstybėse Europos Komisijos ir PSO pagal sveikatos technologijų vertinimo ir mokslo įrodymais pagrįstus tyrimus. Rekomenduojama tęsti programą, pavedant nacionalinio lygmens institucijai rūpintis jos monitoringu, bei sprendžiant programos administravimo išlaidų ir atsakomybės už jos stebėseną klausimą. Būtina Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos pavyzdžiu sukurti apskaitos ir informacijos pasikeitimo tarp įstaigų sistemą.
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	Nežiūrint į tai, kad mamografinį krūties vėžio skryningą 50 ir 69 metų amžiaus moterims Europos Komisija šalims ES narėms rekomendavo 2003 metų gruodžio 2 dieną išleistame dokumente dėl vėžio skryningų, Cochrane Collaboration centro, kur renkamos atsitikinės randomizuotos studijos, ekspertų pastarųjų metų sisteminių analizių duomenys dėl krūties vėžio skryningo yra prieštaringi. Tai rodo, kad krūties vėžio programos pasiekimai turi būti tyrinėjami nuolat, kadangi iki šiol nėra įrodyta, kad vien mamografinis skryningas mažintų mirtingumą nuo šios ligos. 2006-2007-2008 metais mirtingumo nuo krūties vėžio sumažėjimo nestebima nei tarp visų nei tarp tikslinės grupės moterų. Iš kitos pusės, sergamumo dinamika, po programos įdiegimo tapo gan stipriai

	„banguojanti“, kas netiesiogiai rodo sistemingos patikros trūkumą. Paskutiniu iš analizuojamų periodu, 2009 metais, stebimas tiek sergamumo krūties vėžiu tiek mirtingumo nuo jo sumažėjimas, tačiau ar ši tendencija tęsis ir po to einančiais metais, pasakyti neįmanoma negavus galutinių sergamumo ir mirtingumo duomenų bent jau už 2010 metus. Programa rekomenduojama tęsti, tačiau jos rodikliai turi būti vertinami kasmet ir koreguojamos programos vykdymo problemos savivaldybėse. Programos stebėseną taip pat siūlome institucionalizuoti nacionaliniame lygmenyje kartu skiriant tam finansavimą ir papildant jos nuostatus šia atsakomybe
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	PSA testavimas taikomas pasaulyje nuo praėjusio amžiaus septinto dešimtmečio, tačiau jis niekada nebuvo rekomenduojamas kaip masinės organizuotos atrankos tyrimų – skryningo - priemonė. Todėl Pasaulio sveikatos organizacijos paskelbtoje ataskaitoje „Ar populiacinis prostatos vėžio skryningas turi būti įdiegtas nacionalinėse programose?“ kol kas taikyti masinio skryningo nerekomenduoja. Nors populiacijos mastu prostatos vėžio skryningas yra ir toliau nerekomenduojamas, tačiau visgi siūloma taikyti oportunistinį skryningą ankstyvam ligos išaiškinimui gerai informuotiems pacientams gydytojui ir pacientui kartu nusprendus, kad tyrimas yra būtinas. Lietuvoje Prostatos vėžio patikros programa dramatiškai padidino sergamumą (naujai išaiškintų atvejų) prostatos vėžiu Lietuvoje. Niekas nežino, kiek pacientų nukentėjo dėl agresyvaus ir brangaus gydymo taikyto tada, kai jo nereikėjo. Sprendimas PSA testavimui turi būti bendras gydytojo ir ligonio susitarimas, kai gydytojas suprantamai paaiškina pacientui apie galimus šio testo privalumus ir trūkumus. Moksliniai tyrimai, ar tokia programa pasiteisina, kol kas vienareikšmiškai nepatvirtina, tačiau mokslinio vertinimo rezultatai kinta. Ši programa yra pati komplikuočiausia rezultatų ir sąnaudų atžvilgiu. Labai svarbu ir tai, kad ankstyvas prostatos vėžio išaiškinimas leis gydyti keleriais metais anksčiau nei būtų atsitikę netaikant patikrų. Kadangi už gydymą reikia sumokėti dabartiniais, o ne būsimais pinigais, pinigų vertė, gauta iš prostatos vėžio patikrų, daro gydymą brangesnį, už gydymą išaiškintų tradiciniais metodais. Svarbu

	suprasti ir tai, kad, be jokios abejonės, 50–70 metų vyrai, turi individualios naudos iš PSA patikros, tačiau populiaciniame lygmenyje, valstybei, ši nauda pasireikš tik tada, kai jie sulauks septintos ar aštuntos gyvenimo dekados. Todėl valstybė ir visuomenė turi nuspręsti, ar šiems vyrams išsaugoti gyvenimo metai pateisina ribotų visuomenės lėšų, skiriamų sveikatos apsaugai, panaudojimą. Šiam sprendimui paremti turi būti atlikti labai detalūs randomizuoti, kontroliuojami tyrimai, parodysiantys PSA patikrų kainą ir gaunamą naudą. Kol kas siūlytina šios programos nestabdyti, pritaikant tokias pačias vadybines priemones, kaip ir kitoms programoms (institucionalizaciją bei jos administravimo finansavimą).
Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis apmokėjimo programa;	Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programos per trejus vykdymo metus (nuo 2004 m. rugpjūčio mėn. iki 2007 m. rugsėjo mėn.) pasėkoje išvengė karieso nuo 19 tūkst. iki 31,8 tūkst. vaikų, kurių amžiaus grupė yra 7-13 metų. Tikėtina, kad, vykdant programą toliau (per 2008 – 2009 metus), ir, atsižvelgiant į 2004-2007 metais ir 2008-2009 metais asmenų, kuriems buvo atliktos procedūros, skaičių santykį, galime prognozuoti, kad programos vykdymo rezultatas yra sumažėjimas karieso atvejų 28 - 47 tūkstančiams tos pačios amžiaus grupės vaikų. Ji davė ekonominį ir socialinį efektą. Siūlome programą tęsti, taikant tas pačias programos stebėsenos ir administravimo institucionalizavimo nacionalinėje institucijoje bei šios veiklos finansavimo premones, patvirtinti programos vertinimo kriterijus ir rodiklius, numatyti epidemiologinius tyrinėjimus monitoruojant dantų ėduonies paplitimą vaikų tarpe.

Apibendrinant galima teigti, jog profilaktinių programų vykdymas Lietuvoje davė teigiamus rezultatus. Per laikotarpį nuo 2004 metų Lietuvos gyventojų tarpe atsirado daugiau supratimo, jog ligų profilaktika yra svarbiausias sveikatos sistemos pertvarkos uždavinys. Tai įrodo neseniai atlikta 1200 gyventojų reprezentatyvi apklausa. Šeimos gydytojų paslaugos vertinamos 4-4,5 balais iš 5 ir kas penktas gyventojas teigia,

kad jos dar pagerėjo[189]. Viešojoje erdvėje komunikuojama informacija apie profilaktinių programų naudą ir kvietimas pasitikrinti ugdo žmonių sąmoningumą ir jų pasiekiamumą.

Programų rezultatų žinomumas yra nepakankamas, ir šis nežinojimas arba rezultatų individualus interpretavimas kenkia visai ligų profilaktikos politikai, kai tuo tarpu profilaktinių programų iniciatyva ir politika Lietuvoje yra labai sveikintina ir pagirtina. Būtina ženkliai pagerinti programų vadybą ir administravimą. Institucionalizavus programų valdymą ir sukūrus jų administravimo grupes (nacionaliniu ir lokaliniu lygmeniu), į kurių sudėtį įeitų administratoriai ir klinikiniai specialistai- ekspertai ar patarėjai ir apmokant programos bent jau administratoriams (pvz., programos vadovui, koordinatoriui, epidemiologui (nacionalinio lygmens institucijoje), programos finansų valdytojui (VLK), sukūrus programos administravimo reglamentą, kuriame nustačius atsakomybės ir atskaitomybės ribas, sukūrus programos valdymo priemones: statistines formas ir jų pasikeitimą tarp programos visų grandžių, organizuojant periodiškai konferencijas, ataskaitas, sukūrus neatitikčių stebėsenos sistemą, programų efektyvumas ženkliai pagerėtų.

Visų profilaktikos programų administravimo priemones siūlytina traukti į SAM biudžetą ir į savivaldybių programų biudžetus, kaip strategines priemones sveikatos politikai vystyti, pavedant jas vykdyti bei atsiskaityti už jas nacionalinio lygmens institucijoms.

[189] Projektas „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“. Tarpinė ataskaita Sveikatos apsaugos ministerijai, SAM, 2011.02.07