Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo" pakeitimo ir Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos įgyvendinimo 2014-2016 metais priemonių plano patvirtinimo

Rūšis: **Įsakymas**	Numeris: **V-1209**	Data: **2014-11-24**	Kalba: **Lietuvių**
Publikavimas: **Teisės aktų registras, 2014-11-28, Nr. 2014-18190**		Statusas: **Įsigalioja 2014-11-29**	
2014-11-24 Priėmė - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija			
Susiję dokumentai			
Word 2007 dokumentas			
Eurovoc 4.2 terminai: **kova su vėžiu, sveikatos politika, veiksmų programa, vėžys, visuomenės sveikata**			

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS
DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2014 M. LIEPOS 16 D. ĮSAKYMO NR. V-814 „DĖL NACIONALINĖS VĖŽIO PROFILAKTIKOS IR KONTROLĖS 2014–2025 METŲ PROGRAMOS PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO IR NACIONALINĖS VĖŽIO PROFILAKTIKOS IR KONTROLĖS 2014–2025 METŲ PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO 2014–2016 METAIS PRIEMONIŲ PLANO PATVIRTINIMO

2014 m. lapkričio 24 d. Nr. V-1209
Vilnius

1. P a k e i č i u Nacionalinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, ir ją išdėstau nauja redakcija (pridedama).
2. T v i r t i n u Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos įgyvendinimo 2014–2016 metais priemonių planą (pridedama).
3. P a v e d u įsakymo vykdymo kontrolę viceministrui pagal veiklos sritį.

Sveikatos apsaugos ministrė Rimantė Šalaševičiūtė

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2014 m. liepos 16 d.
įsakymu Nr. V-814
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2014 m. lapkričio 24 d.
įsakymo Nr. V-1209 redakcija)

NACIONALINĖ VĖŽIO PROFILAKTIKOS IR KONTROLĖS 2014–2025 METŲ PROGRAMA

I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Vėžys – viena dažniausių mirties priežasčių visame pasaulyje, nors daugumos vėžio sukeltų mirčių galima išvengti. Piktybiniai navikai ir Europos Sąjungoje, ir Lietuvoje užima antrą vietą tarp visų mirties priežasčių.
2. Pasaulio sveikatos organizacijos vertinimu, mažiausiai trečdalio (iki 40 proc.) mirčių nuo piktybinių navikų galima išvengti suvaldžius pagrindinių rizikos veiksnių (rūkymo ir alkoholio vartojimo, antsvorio ir nutukimo, nesveikos mitybos, fizinio pasyvumo, infekcijų ir oro taršos) poveikį.
3. Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programa (toliau – Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programa) nustato strategines kryptis, pagal kurias Lietuvoje bus gerinama vėžio profilaktika ir kontrolė, vėžio profilaktikos ir kontrolės tikslus ir uždavinius, siekiamus gyventojų sveikatos rodiklius.
4. Svarbiausias Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos tikslas – pasiekti, kad iki 2025 m. sumažėtų Lietuvos gyventojų mirštamumas nuo onkologinių ligų.
5. Pasiekti Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos tikslą numatoma skatinant sveiką elgseną, gerinant ankstyvą piktybinių navikų diagnostiką, užtikrinant kokybišką onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gydymą, gerinant jų gyvenimo kokybę, keliant sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją, mažinant socialinius netolygumus, efektyvinant sveikatos priežiūros sektoriaus funkcijas, bendradarbiavimą su nevyriausybinėmis pacientų teisėms atstovaujančiomis organizacijomis, tobulinant vėžio profilaktikos ir kontrolės koordinavimą ir valdymą.
6. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos nuostatos remiasi Europos šalių gerąja patirtimi ir Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono naujosios sveikatos politikos „Sveikata 2020“ vertybine sistema.
7. 2013 m. gegužės 27 d. vykusioje 66-ojoje Pasaulio sveikatos asamblėjoje priimta Rezoliucija dėl Generalinės Asamblėjos aukšto lygio susitikimo

politinės deklaracijos dėl neužkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės, kuria pritarta Visuotiniam lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės 2013–2020 metų veiksmų planui. Jame nustatyta, kad šalys, siekdamos sumažinti lėtinių neinfekcinių ligų (taip pat ir onkologinių ligų) sukeliamas ekonomines ir socialines pasekmes, turi veikti remdamosi šiais pagrindiniais principais:

7.1. žmogaus teisių užtikrinimo principu – kiekvieno žmogaus teisė į aukštus standartus atitinkančią sveikatos priežiūrą yra pamatinė, ji negali būti ribojama priklausomai nuo rasės, lyties, religijos, politinių ar kitokių įsitikinimų, socialinės padėties, priklausymo tam tikroms grupėms ir jokiais kitais pagrindais, nurodytais Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje;

7.2. tolygaus sveikatos priežiūros prieinamumo užtikrinimo principu – skirtingas onkologinių ligų paplitimas teritoriniu atžvilgiu nulemtas nevienodo socialinių sveikatą lemiančių veiksnių pasiskirstymo, todėl turi būti šalinami sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumai;

7.3. nacionalinės veiklos ir tarptautinio bendradarbiavimo principu – svarbiausias vaidmuo organizuojant sveikatos priežiūrą ir atsakomybė už jos organizavimą yra suteikiama šalims narėms, o tarptautinis bendradarbiavimas papildo šalių narių pastangas;

7.4. tarpsektorinio bendradarbiavimo principu – efektyvi onkologinių ligų profilaktika ir kontrolė gali būti užtikrinta tik bendradarbiaujant įvairiems sektoriams tiek Vyriausybės lygiu, tiek kitais lygiais, todėl turi bendradarbiauti sveikatos, socialinių reikalų, švietimo, žemės ūkio, ryšių, darbo, energetikos, aplinkos, finansų sektoriai, į bendradarbiavimą turi būti įtraukiamos piliečių bendruomenės, privatus sektorius;

7.5. prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų visą gyvenimą užtikrinimo principu – onkologinių ligų prevencija ir kontrolė turi būti užtikrinta visą gyvenimą. Didžiausią poveikį turi intervencijos jauname amžiuje. Turi būti numatyti onkologinių ligų prevencijos ir kontrolės veiksmai kiekvienu amžiaus tarpsniu – pradedant motinos sveikata, vaikų, paauglių, jaunų suaugusiųjų sveikatos gerinimu, aplinkos veiksnių poveikio mažinimu, sveiku senėjimu ir baigiant žmonių, sergančių onkologinėmis ligomis, priežiūra;

7.6. žmonių ir bendruomenių dalyvavimo principu – žmonės ir bendruomenės turi aktyviai dalyvauti vykdant onkologinių ligų prevenciją ir kontrolę, pradedant sveikatos politikos formavimu, baigiant paslaugų vertinimu;

7.7. įrodymais pagrįstų strategijų taikymo principu – onkologinių ligų prevencijos ir kontrolės strategijos turi būti mokslo įrodymais pagrįstos, ekonomiškai naudingos, jos turi remtis gerąja patirtimi, būti priimtinos kultūriniu požiūriu;

7.8. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo principu – sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos sveikatos priežiūros paslaugos ir saugūs, efektyvūs bei kokybiški vaistiniai preparatai turi būti prieinami kiekvienam žmogui;

7.9. interesų konfliktų vadybos principu – onkologinių ligų prevencijos ir kontrolės strategijos, bendri įvairių sektorių veiksmai turi būti apsaugoti nuo bet kokių interesų įtakos, interesų konfliktai turi būti identifikuoti ir suvaldyti.

II SKYRIUS
VĖŽIO KONTROLĖS 2014–2025 M. PROGRAMOS RYŠYS SU KITOMIS LIETUVOJE VYKDOMOMIS PROGRAMOMIS

8. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programa atitinka šių strateginių dokumentų nuostatas:

8.1. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų, patvirtintų Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“;

8.2. Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015 „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“;

8.3. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“;

8.4. 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“ (toliau – 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programa);

8.5. 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 293 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“;

8.6. Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programos, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“;

8.7. 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinių fondų investicijų veiksmų programos, kurios projektas, atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 12 d. pasitarimo protokolą Nr. 6, pateiktas derinti Europos Komisijai.

9. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programa glaudžiai susijusi su šiomis programomis ir planais:

9.1. Alkoholio ir tabako kontrolės programa (tarpinstituciniu veiklos planu), patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. rugsėjo 14 d. nutarimu Nr. 1080 „Dėl Alkoholio ir tabako kontrolės programos (tarpinstitucinio veiklos plano) patvirtinimo“;

9.2. Klinikinių laboratorinių tyrimų kokybės gerinimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. sausio 12 d. įsakymu Nr. V-17 „Dėl Klinikinių laboratorinių tyrimų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“ (toliau – Klinikinių laboratorinių tyrimų kokybės gerinimo programa);

9.3. Nacionalinės veiklos, susijusios su retomis ligomis, planu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 18 d. įsakymu Nr. V-938 „Dėl Nacionalinės veiklos, susijusios su retomis ligomis, plano patvirtinimo“ (toliau – Nacionalinės veiklos dėl retų ligų planas);

9.4. Nacionaline imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 3 d. įsakymu Nr. V-8 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programos patvirtinimo“ (toliau – Nacionalinė imunoprofilaktikos programa);

9.5. Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815 „Dėl Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ (toliau – Netolygumų mažinimo veiksmų planas);

9.6. Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-825 „Dėl Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ (toliau – Sveiko senėjimo užtikrinimo veiksmų planas);

9.7. kitomis onkologinių ligų rizikos veiksniams bei sveikatą lemiantiems veiksniams valdyti skirtomis specialiosiomis programomis, tarpinstituciniais veiklos planais bei kitais planavimo dokumentais.

III SKYRIUS
VALSTYBINĖS VĖŽIO PROFILAKTIKOS IR KONTROLĖS 2003–2010 METŲ PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO PASIEKIMAI IR PAGRINDINĖS ĮGYVENDINIMO PROBLEMOS

10. Valstybinėje vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimu Nr. 1593 „Dėl Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo“ (toliau – Vėžio kontrolės 2003–2010 m. programa), buvo numatyti šie pagrindiniai jos įgyvendinimo vertinimo kriterijai:

10.1. 15 procentų sumažėjęs mirtingumas nuo krūties ir gimdos kaklelio vėžio.

2003–2010 m. laikotarpiu mirtingumo nuo krūties vėžio rodiklis sumažėjo 5,3 proc., o standartizuoti mirtingumo rodikliai – daugiau kaip 15 proc. Gimdos kaklelio vėžio mirtingumo rodikliai Vėžio kontrolės 2003–2010 m. programos vykdymo laikotarpiu išaugo (1 lentelė). Galima teigti, kad numatytas kriterijus pasiektas iš dalies.

1 lentelė. Mirtingumo nuo krūties ir gimdos kaklelio piktybinių navikų pokytis (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro (toliau – HI SIC) duomenys)

Rodikliai	2003 m.	2010 m.	Pokytis
Mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų (C50 (pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą	34,49	32,68	- 5,3 proc.

„Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM (toliau – TLK-10-AM) 100 000 moterų			
Mirtingumas nuo krūties piktybinių navikų (C50 (pagal TLK-10-AM) 100 000 moterų pagal Europos standartą (EASR)	27,09	22,76	- 15,9 proc.
Mirtingumas nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų (C53 (pagal TLK-10-AM) 100 000 moterų	12,17	13,81	+ 13,5 proc.
Mirtingumas nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų (C53 (pagal TLK-10-AM) 100 000 moterų (pagal Europos standartą (EASR)	10,67	10,72	+ 0,8 proc.

10.2. Apie 30 procentų sumažėjęs sergamumas gimdos kaklelio vėžiu.

Sergamumo gimdos kaklelio vėžio rodikliai 2003–2010 metų laikotarpiu išaugo (2 lentelė) – suplanuotas kriterijus nepasiektas.

2 lentelė. Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu pokytis (Nacionalinio vėžio instituto, kuris iki 2014 m. liepos mėn. vadinosi Vilniaus universiteto Onkologijos institutu (toliau – Nacionalinis vėžio institutas) duomenys

Rodikliai	2003 m.	2010 m.	Pokytis
Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu (C53 (pagal TLK-10-AM) 100 000 moterų	26,5	28,8	+ 8,7 proc.
Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu (C53 (pagal TLK-10-AM) 100 000 moterų (pagal Europos standartą (EASR)	24,5	25,2	+ 2,9 proc.

10.3. Iki 20 procentų padaugėję anksti diagnozuotų piktybinių navikų atvejų.

Diagnozuojamų I ir II stadijos navikų skaičius 2003–2010 metų laikotarpiu padidėjo nežymiai – suplanuotas kriterijus nepasiektas (3 lentelė).

3 lentelė. Ankstyvųjų stadijų piktybinių navikų diagnostikos pokytis (Nacionalinio vėžio instituto duomenys)

Rodikliai	2003 m.	2010 m.	Pokytis
Anksti diagnozuoti piktybiniai navikai (I ir II stadijų, vyrų ir moterų), proc. nuo visų naujai diagnozuotųjų	48,5 proc.	50,3 proc.	+ 1,8 proc.
Anksti diagnozuoti piktybiniai navikai (I ir II stadijų, vyrų), proc. nuo visų naujai diagnozuotųjų	41,3 proc.	43,9 proc.	+ 2,6 proc.
Anksti diagnozuoti piktybiniai navikai (I ir II stadijų, moterų), proc. nuo visų naujai diagnozuotųjų	55,6 proc.	57,0 proc.	1,4 proc.

10.4. Apie 20 procentų sumažėję užleistų piktybinių navikų;

III ir IV stadijų piktybinių navikų diagnozavimo rodikliai 2003–2010 metų laikotarpiu gerėjo, ypač tarp vyrų – 2010 m. buvo diagnozuota 11,8 proc. mažiau vėlyvųjų stadijų navikų nei 2003 m., tačiau nustatytas vertinimo kriterijus nepasiektas (4 lentelė).

4 lentelė. Vėlyvųjų stadijų piktybinių navikų diagnostikos pokytis (Nacionalinio vėžio instituto duomenys)

Rodikliai	2003 m.	2010 m.	Pokytis
Vėlyvųjų stadijų piktybiniai navikai (III ir IV stadijų, vyrų ir moterų), proc. nuo visų naujai diagnozuotųjų	41,6 proc.	32,4 proc.	- 9,2 proc.
Vėlyvųjų stadijų piktybiniai navikai (III ir IV stadijų, vyrų), proc. nuo visų naujai diagnozuotųjų	48,1 proc.	36,3 proc.	- 11,8 proc.
Vėlyvųjų stadijų piktybiniai navikai (III ir IV stadijų, moterų), proc. nuo visų naujai diagnozuotųjų	35,1 proc.	28,4 proc.	- 6,7 proc.
Nenurodyta stadija	10,0 proc.	17,3 proc.	+ 7,3 proc.

PASTABA. Duomenys preliminarūs.

10.5. Platesnio masto atrankinė gyventojų sveikatos būklės patikra – 5 Lietuvos regionuose numatoma ištirti iki 80 proc. atitinkamo amžiaus moterų.

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) pateikti duomenys apie krūties ir gimdos kaklelio vėžio atrankinės patikros rezultatus teritorinių ligonių kasų (toliau – TLK) aptarnaujamose teritorijose rodo, kad atrankinės patikros programose dalyvavusių moterų dalis buvo nepakankama (5 lentelė).

5 lentelė. Atrankinės patikros programose dalyvavusių moterų dalis (proc.) (VLK duomenys).

Programa	Rodiklis	Ciklas	Patikrinta moterų, proc.
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	Mamogramų atlikimo paslaugos vykdymas, procentais nuo visų tikslinės amžiaus grupės moterų, kurios prisirašiusios prie TLK aptarnaujamos teritorijos asmens sveikatos priežiūros įstaigų	1 ciklas (2005-09-24–2007-09-23)	18,7
		2 ciklas (2007-09-24–2009-09-23)	22,3
		3 ciklas (2009-09-24–2011-09-23)	26,8
		4 ciklas (2011-09-24–2013-09-23)	32,6
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa	Citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugos vykdymas, procentais nuo visų tikslinės amžiaus grupės moterų, kurios prisirašiusios prie TLK aptarnaujamos teritorijos asmens sveikatos priežiūros įstaigų	1 ciklas (2004-07-01–2007-06-30)	37,3
		2 ciklas (2007-07-01–2010-06-30)	35,5
		3 ciklas (2010-07-01–2013-06-30)	36,6

10.6. 2–5 procentais padaugėjo onkologinių ligonių, išgyvenančių penkerius metus.

Šį kriterijų pavyko pasiekti – 5 ir daugiau metų išgyveno 7,1 proc. daugiau onkologinių ligonių, susirgusių 2008 m., nei susirgusiųjų 2003 m. Onkologine liga sergančių vyrų išgyvenamumas buvo didesnis nei moterų ir pasiekė 11,4 proc. (6 lentelė).

6 lentelė. Penkerius metus po gydymo išgyvenančių onkologinių ligonių skaičiaus pokytis (Nacionalinio vėžio instituto duomenys).

	Susirgo 2003 m.	Iš jų išgyveno 5 ir daugiau metų	Susirgo 2008 m.	Iš jų išgyveno 5 ir daugiau metų	Pokytis
Vyrai	7 362	2 616 (35,5 proc.)	7 787	4 154 (46,9 proc.)	11,4 proc.
Moterys	7 099	3569 (50,3 proc.)	9 153	4 293 (53,3 proc.)	3 proc.
Vyrai ir moterys	14 461	6185 (42,8 proc.)	16 940	8 447 (49,9 proc.)	7,1 proc.

11. Iš šešių nustatytų Vėžio kontrolės 2003–2010 m. programos įgyvendinimo kriterijų visiškai pavyko pasiekti tik vieną – „2–5 procentais padaugėję sergančiųjų vėžiu, išgyvenančių penkerius metus“, visi kiti kriterijai nevisiškai pasiekti arba nepasiekti, o kai kurie siekti sergamumo ir mirtingumo sumažinimo rodikliai net padidėjo (pvz., mirtingumas nuo gimdos kaklelio vėžio).

12. Vėžio kontrolės 2003–2010 m. programos įgyvendinimo vertinimas nebuvo atliktas, tačiau, atsižvelgiant į pasiektus rezultatus, galima identifikuoti šias pagrindines jos įgyvendinimo problemas:

12.1. per mažai dėmesio skirta onkologinių ligų ir jų rizikos veiksnių prevencijai;

12.2. nepavyko pasiekti pakankamo gyventojų, dalyvaujančių atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programose, skaičiaus;

12.3. stokota koordinuoto darnaus tarpusavio bendradarbiavimo, veikta nepakankamai bendradarbiaujant;

12.4. išliko sveikatos sistemos išteklių (žmogiškųjų, finansinių, informacinių) stokos ir racionalaus paskirstymo problema.

IV SKYRIUS
EPIDEMIOLOGINĖ VĖŽIO SITUACIJA

13. Sergamumas piktybiniais navikais Lietuvoje nuosekliai didėja – nuo 1993 m. iki 2011 m. kasmet didėjo po 3,8 proc. (1 pav.). 2012 m. pabaigoje Lietuvoje vėžiu sirgo 95 684 asmenys. 2011 m. 21 proc. (18 540 asmenų) asmenų nuo onkologinės ligos nustatymo buvo išgyvenę daugiau kaip 10 metų. Iš 2011 m. diagnozuotų 17 862 naujų piktybinių navikų atvejų apie 46 proc. buvo diagnozuoti I ir II stadijos, o 29 proc., t. y. apie trečdalis visų piktybinių navikų – vėlyvųjų stadijų (III ir IV).

1 pav. Lietuvos gyventojų (vyrų, moterų ir bendras) sergamumas piktybiniais navikais (C00–C96 (pagal TLK-10-AM) 100 000 gyv., 2001–2012 m. (HI SIC duomenys).

Pastaraisiais metais Lietuvoje nepastebėta ryškių sergamumo vėžiu pokyčių. 2012 m., kaip ir ankstesniaisiais metais, dažniausi piktybiniai navikai Lietuvoje buvo priešinės liaukos navikai (2 606 atv.), jie sudarė 15 proc. visų naujų vėžio atvejų. 14 proc. naujų vėžio atvejų sudarė piktybiniai odos navikai (be melanomos) ir 9 proc. – storosios žarnos (gaubtinės ir tiesiosios) vėžys. Ketvirtą ir penktą vietas pagal dažnumą užima krūties (9 proc.) ir plaučių (8 proc.) piktybiniai navikai.

Dažniausias Lietuvos vyrų piktybinis navikas 2011 m., kaip ir pastarąjį penkmetį, buvo priešinės liaukos vėžys, kuris sudarė 30 proc. visų vyrų piktybinių navikų, antroje vietoje (13 proc.) – plaučių piktybiniai navikai, trečioje – odos (be melanomos) bei storosios žarnos piktybiniai navikai (po 9 proc.).

Moterų sergamumas piktybiniais navikais kiek pasikeitė – padaugėjo odos piktybinių navikų: 2011 m. jie jau sudarė 18,6 proc. visų moterų piktybinių navikų. Moterų krūties ir storosios žarnos piktybiniai navikai pagal dažnumą užėmė antrą ir trečią vietas (atitinkamai 17,6 proc. ir 9,2 proc.).

2001–2011 m. piktybiniai odos navikai pagal sergamumo rodiklius užima trečią vietą tarp vyrų ir antrą tarp moterų kitų piktybinių navikų. Svarbią vietą užima odos melanoma, ja serga gana daug jaunų pacientų – vidutinis ja sergančiųjų amžius – 55 metai. Palyginti su Europos regionu, Lietuvos gyventojų iki 55 metų amžiaus sergamumas odos melanoma yra vidutiniškas, tačiau šis rodiklis Lietuvoje nuolat didėja (2 pav.).

2 pav. Lietuvos gyventojų sergamumas piktybine odos melanoma (C43 (pagal TLK-10-AM) 2001-100 000 gyv., 2012 m. (HI SIC duomenys).

14. HI SIC duomenimis, Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūra jau daugelį metų išlieka nepakitusi. Išskiriamos trys pagrindinės mirties priežastys (2013 m. jos sudarė 84 proc. visų mirties priežasčių): pirmoji – kraujotakos sistemos ligos, antroji – piktybiniai navikai, trečioji – išorinės mirties priežastys.

Nuo piktybinių navikų 2013 m. Lietuvoje mirė 4 332 vyrai, t. y. 20,8 proc. visų mirusių vyrų. Vyrų mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklis 2013 m. buvo 316,5 atv./100 000 vyrų (3 pav.). Daugiausia vyrų mirė nuo plaučių, trachėjos ir bronchų, priešinės liaukos, skrandžio ir storosios žarnos

piktybinių navikų.

Išankstiniais duomenimis, nuo piktybinių navikų 2013 m. Lietuvoje mirė 3 540 moterų, tai sudarė 17 proc. visų mirusių moterų. Moterų mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklis 2013 m. padidėjo – 220,8 atv./100 000 mot. (3 pav.). Daugiausia moterų mirė nuo krūties piktybinių navikų.

3 pav. Lietuvos gyventojų (vyrų, moterų ir bendras) mirtingumas nuo piktybinių navikų (C00-C96 (pagal TLK-10-AM) 100 000 gyv., 2001–2012 m. (HI SIC duomenys).

Lietuvoje pastebėtas standartizuoto mirtingumo rodiklio netolygumas tarp savivaldybių. Vertinant rodiklio pokytį 2007–2012 m., standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklio 100 000 gyv. vidurkis viršijo Lietuvos vidurkį 8 ir daugiau proc. 28 savivaldybėse (4 pav.).

4 pav. Savivaldybės, kuriose 0–64 m. amžiaus gyventojų standartizuoto mirtingumo nuo piktybinių navikų (C00-C96 (pagal TLK-10-AM) rodiklis 100 000 gyv. 2007–2012 m. laikotarpiu 8 proc. ir daugiau viršijo Lietuvos vidurkį (HI SIC duomenys).

15. Asmenų, sergančių vėžiu, bendras išgyvenamumas yra kompleksinis rodiklis, susijęs ne tik su sergamumu piktybiniais navikais, nes jam įtakos turi ir kiti veiksniai, pvz., bendrosios išlaidos sveikatos apsaugai, onkologinės pagalbos efektyvumas bei visos sveikatos priežiūros sistemos efektyvumas. Lietuvoje bendri asmenų, susirgusių vėžiu 2002–2005 m. laikotarpiu, išgyvenamumo rodikliai, palyginti su susirgusiųjų 1994–1997 m. išgyvenamumo rodikliais, padidėjo nuo 36,5 proc. iki 48,6 proc. Ryškiausias išgyvenamumo pagerėjimas nustatytas tarp susirgusiųjų priešinės liaukos piktybiniais navikais – reliatyvusis sergančiųjų penkerių metų išgyvenamumas padidėjo net 39,6 proc. (7 lentelė).

7 lentelė. Asmenų, sergančių vėžiu, penkerių metų išgyvenamumo padidėjimas (proc.), palyginti 1994–1997 m. ir 2002–2005 m. laikotarpius (penkerių metų išgyvenamumo pokyčių analizė).

Eil. Nr.	Piktybinis navikas	Penkerių metų išgyvenamumo padidėjimas (proc.), palyginti 1994–1997 m. ir 2002–2005 m. laikotarpius
1.	Priešinės liaukos	39,6 proc.
2.	Hodžkino limfoma	21,0 proc.
3.	Kitos hematopoetinės sistemos ligos	9,7 proc., kai diagnozuota ne Hodžkino limfoma; 10,5 proc., kai diagnozuota mielominė liga
4.	Inkstų	14,0 proc.
5.	Šlapimo pūslės	8,7 proc.
6.	Krūties	11,3 proc.
7.	Gimdos kaklelio	9,0 proc.
8.	Kiaušidžių	6,7 proc.
9.	Skrandžio	3,9 proc.
10.	Gaubtinės žarnos	6,6 proc.
11.	Tiesiosios žarnos (su išange)	9,8 proc.
12.	Gerklų	9,4 proc.

Per pastaruosius 10 metų pagerėjo ilgalaikis vaikų, sergančių vėžiu, išgyvenamumas – leukemijų atveju nuo 50 proc. iki 82 proc., limfomų atveju iki 90–100 proc., pradinių stadijų solidinių navikų atveju iki 80–90 proc., atokiųjų stadijų – iki 60 proc.

Lietuvoje nustatytas tik 2002–2005 m. laikotarpiu plaučių vėžiu susirgusių asmenų penkerių metų išgyvenamumo sumažėjimas, palyginti su susirgusiųjų 1994–1997 m. išgyvenamumo rodikliais, tačiau jis buvo labai nežymus – tik 2,1 proc.

Atsiradus sritinėms ar atokiosioms limfmazgių metastazėms (III stadija), penkerius metus išgyvena 29–70 proc. ligonių, IV stadijos liga sergančių ligonių išgyvena mažiau negu 19 proc.

Europoje bendrasis penkerių metų reliatyvusis išgyvenamumas, EUROCARE. 4 tyrimo duomenimis, buvo 52 proc. EUROCARE. 4 tyrimo metu didžiausi bendrieji penkerių metų išgyvenamumo rodikliai nustatyti Šiaurės Europos šalyse (Švedijoje – 58 proc., didžiausias), o mažiausias išgyvenamumas buvo kaimyninėje Lenkijoje (39 proc.). Atskirų lokalizacijų vėžiu sergančių asmenų išgyvenamumo rodikliai Lietuvoje yra mažesni nei vidutiniai Europos šalyse, tačiau jie panašūs į Estijos (EUROCARE. 3 duomenimis) ir Lenkijos išgyvenamumo rodiklius.

V SKYRIUS
PAGRINDINIAI VĖŽIO RIZIKOS VEIKSNIAI

16. Rūkymas – rizikos veiksnys, galintis sukelti įvairių lokalizacijų vėžį. Yra pakankamai mokslinių tyrimų, įrodančių, kad rūkymas gali sukelti burnos ertmės ir ryklės, nosiaryklės, nosies ertmės ir prienosinių sinusų, stemplės, skrandžio, gaubtinės ir tiesiosios žarnos, kepenų, kasos, gerklų, plaučių, gimdos kaklelio, kiaušidžių, inkstų, šlapimo pūslės ir kitų šlapimo organų, taip pat kaulų čiulpų vėžį. Įrodyta, kad rūkymas yra pagrindinė kvėpavimo takų, plaučių, gerklų ir viršutinio virškinamojo trakto vėžinių ligų priežastis.

HI SIC duomenimis, 2012 m. nuo su rūkymu susijusių piktybinių navikų mirė 1 594 žmonės, dauguma (81,2 proc.) nuo šių piktybinių navikų mirusių asmenų buvo vyrai. 2012 m. 100 tūkst. gyventojų teko 53 mirties atvejai nuo su rūkymu susijusių piktybinių navikų (mieste – 48, kaime – 65).

Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymo organizacijos (toliau – OECD) duomenimis, 2010 m. Lietuvoje suaugusiųjų gyventojų grupėje kasdien rūkantys asmenys sudarė 26,5 proc. – 3,5 proc. daugiau nei 27 Europos Sąjungos šalių (toliau – ES-27) vidurkis (23,0 proc.) ir net 12,5 proc. daugiau nei Švedijoje (14,0 proc.). Per 2000–2010 m. laikotarpį kasdien rūkančių suaugusių gyventojų dalis Lietuvoje sumažėjo vos 5,4 proc., o ES-27 šalių vidurkis per minėtą laikotarpį sumažėjo 16,3 proc.

Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimo Europos mokyklose duomenimis, Lietuvoje rūkymo paplitimas tarp 15–16 metų amžiaus moksleivių (pagal rūkiusiųjų per pastarąsias 30 dienų rodiklį) per 2007–2011 m. laikotarpį berniukų grupėje išliko toks pat (39 proc.). Tačiau nerimą kelia tendencijos mergaičių grupėje: mergaičių rūkymo paplitimas minėtu laikotarpiu išaugo net 6 proc. – nuo 29 proc. 2007 m. iki 35 proc. 2011 m.

17. Alkoholis yra kancerogenas. Mokslinių tyrimų duomenimis, alkoholio vartojimas gali sukelti burnos ertmės, ryklės, gerklų, stemplės, gaubtinės ir tiesiosios žarnos, krūties ir kepenų vėžį. Remiantis metaanalizių duomenimis, asmenims, per dieną suvartojantiems 25 g alkoholio, rizika susirgti burnos ertmės vėžiu išauga iki 75–86 proc., stemplės vėžiu – 40–50 proc., gerklų vėžiu – 40 proc., o krūties vėžiu – 25–30 proc.

Statistikos departamento duomenimis, vienas suaugęs Lietuvos gyventojas 2011 m. vidutiniškai suvartojo 14,1 litro gryno etilo alkoholio. Šis rodiklis yra aukščiausias per pastaruosius dvylika metų ir nuo 2000 m. pakilo 45 proc. Įtraukus nelegaliai suvartojamą alkoholį, vieno Lietuvos gyventojo per 2011 m. suvartotas alkoholio kiekis išaugtų iki 18,1 litro.

18. Jau yra patikimų mokslinių įrodymų, kad tam tikri mitybos veiksniai gali didinti vėžinių susirgimų riziką, o kiti – mažinti. Tyrimų duomenimis, raudonos mėsos vartojimas yra tiesiogiai susijęs su storosios žarnos vėžio rizika. Remiantis Pasaulio vėžio tyrimo fondo ir Amerikos vėžio tyrimų instituto atliktos metaanalizės rezultatais, asmenims, papildomai per dieną suvartojantiems 100 g mėsos, rizika susirgti storosios žarnos vėžiu padidėja 17 proc.

Kitas su mityba susijęs rizikos veiksnys – druska, kurios vartojimas dideliais kiekiais didina riziką susirgti skrandžio vėžiu. Pasaulio vėžio tyrimo fondo ir Amerikos vėžio tyrimų instituto atliktos metaanalizės duomenimis, padidinus druskos vartojimą 1 g per dieną, rizika susirgti skrandžio vėžiu padidėja 8 proc.

Prie vėžinių ligų rizikos mažinimo priskiriami šie mitybos ypatumai: maisto produktų, kuriuose yra gausu ląstelienos, vaisių ir daržovių vartojimas. Yra patikimų įrodymų, kad vartojant produktus, kuriuose yra daug augalinių skaidulų, mažėja rizika susirgti gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžiu. Gausus vaisių ir daržovių vartojimas riziką susirgti burnos, ryklės, gerklų vėžiu sumažina 30–50 proc.

Su mityba iš dalies susijęs ir kitas labai svarbus vėžinių ligų rizikos veiksnys – kūno svoris. Yra patikimų įrodymų, kad didėjant kūno riebalų masei, didėja stemplės (adenokarcenoma), gaubtinės ir tiesiosios žarnos, kasos, krūties (moterims po menopauzės), endokrininės sistemos ir inkstų vėžio rizika.

OECD duomenimis, Lietuvoje nutukę asmenys sudaro penktadalį (19,7 proc.) suaugusių žmonių populiacijos. Lietuvoje (kaip ir daugelyje kitų ES šalių) nutukimas yra kiek labiau paplitęs tarp vyrų (20,6 proc.) nei tarp moterų (19,2 proc.).

19. Antsvorio turinčių ar nutukusių asmenų skaičiaus augimas yra susijęs ne tik su netinkama mityba, bet ir su mažėjančiu fiziniu aktyvumu. Mokslinių tyrimų duomenimis, fizinis aktyvumas mažina gaubtinės žarnos vėžio riziką, taip pat yra duomenų, kad fizinis aktyvumas mažina krūties vėžio (moterims po menopauzės) riziką. Remiantis metaanalizių duomenimis, tiriamų asmenų, kurie užsiėmė intensyvia fizine veikla, gaubtinės žarnos vėžio rizika buvo mažesnė 20–25 proc., o krūties vėžio – 20–30 proc., palyginti su tiriamaisiais, kurių fizinis aktyvumas buvo mažas. Remiantis įvairių mokslinių tyrimų duomenimis, 13–14 proc. (net iki 22 proc.) storosios žarnos vėžio atvejų gali būti susiję su fizinio aktyvumo stoka.

Lietuvos gyventojų apklausos, atliktos 2010 m. pagal tarptautinį klausimyną apie fizinį aktyvumą, duomenimis, 56,5 proc. šalies gyventojų priskiriami prie didelio fizinio aktyvumo (judėjimas laisvalaikiu, vaikščiojimas ar važiavimas dviračiu ir profesinis fizinis aktyvumas darbe) grupės. Sunerimti verčia tyrimo rezultatai, kurie atskleidė, kad Lietuvos gyventojai kas dieną sėdi apie 5 valandas, o paaugliai ir jaunimas (15–25 metų) – beveik po 6 valandas.

20. 1–5 proc. kvėpavimo takų, odos, skrandžio piktybinių navikų išsivystymo atvejų siejami su aplinkos (oro, vandens, maisto) užterštumu. Fizikiniai veiksniai (radonas, ultravioletinė (toliau – UV) spinduliuotė), cheminiai veiksniai (asbestas, dioksinai, aplinkos tabako dūmai, maisto ir vandens teršalai ar natūralios sudėtinės dalys, pvz., pesticidų likučiai, aflatoksinai, arsenas ir kiti), biologiniai kancerogenai (kai kurie virusai) lemia piktybinių navikų atsiradimą.

2013 m. Pasaulio sveikatos organizacijos Tarptautinė vėžio tyrimų agentūra aplinkos oro taršą paskelbė kancerogenine žmogui. Yra pakankamai įrodymų, kad aplinkos oro tarša sukelia plaučių vėžį. Aplinkos užterštumas apie 50 proc. didina rūkančių asmenų riziką susirgti plaučių vėžiu. Nemažą įtaką plaučių vėžio atsiradimui turi ir bendrasis oro užterštumas, kuris, kaip manoma, susijęs su 10,7 proc. plaučių vėžio atvejų. Pastebėtas tiesioginis ryšys tarp oro užterštumo ir padidėjusios šlapimo pūslės vėžio rizikos. Kietosios dalelės – pagrindinis aplinkos oro taršos komponentas, buvo įvertintos atskirai ir priskirtos prie kancerogeninių veiksnių. Nustatyta, kad pramoninių rajonų gyventojai dažniau serga kvėpavimo takų, odos piktybiniais navikais.

Remiantis Nacionalinės aplinkos strategijos projekte pateikiama informacija, 2012 m., palyginti su 2005 m. duomenimis, Lietuvoje į aplinkos orą išmesta daugiau vario (apie 17 proc.), benz(a)pireno (apie 10 proc.), arseno (apie 9 proc.) ir cinko (apie 5 proc.), apie 43 proc. mažiau į aplinkos orą išmesta nikelio, 26 proc. – gyvsidabrio, 18 proc. – seleno, 4 proc. – chromo, 4 proc. – kadmio. Aplinkos oro užterštumo arsenu, kadmiu ir nikeliu lygis svyruoja, tačiau nustatytų normų neviršija, o benzo(a)pireno koncentracija aplinkos ore, iš esmės sukeliama kuro deginimo energijos gamybai, ypač šilumos gamybai namų ūkyje, nuolat didėja ir jau viršija 2013 m. įsigaliojusią aplinkos oro kokybės normą.

21. Fizikiniai veiksniai, galintys sukelti kai kurių lokalizacijų vėžį, yra jonizuojančioji ir UV spinduliuotės. Jonizuojančiosios radiacijos šaltiniai yra natūralus radioaktyvumo fonas, radonas gyvenamosiose patalpose, spinduliavimas rentgenoskopijos ir rentgenografijos procedūrų metu, įvairios elektrinės (ne tik atominės) ir kt. Nustatyta, kad per pastaruosius 30 metų Lietuvos rentgeno diagnostikos kabinetuose dirbę asmenys dažniau sirgo kai kuriais navikais, ypač moterys – krūties vėžiu.

UV spinduliai (tiek natūralūs – saulės, tiek dirbtiniai) laikomi vienu iš svarbiausių veiksnių, lemiančių odos vėžio ir odos melanomos atsiradimą, o jų poveikis pripažintas sukeliančiu įvairių tipų odos ir akių vėžį. Rizika susirgti odos vėžiu priklauso nuo apšvitos dozės, odos tipo, asmens amžiaus, fizinių savybių (šviesūs plaukai, daug apgamų, strazdanos) ir nuo paveldimo polinkio sirgti odos vėžiu.

UV spinduliuotė Tarptautinės vėžio tyrimų agentūros klasifikuojama kaip 1 kategorijos kancerogenas ir šiuo metu nėra rekomendacijų dėl žmogaus odai saugių jos dozių. Tikimybė susirgti odos vėžiu padidėja net iki 75 proc., jei soliariumuose pradedama lankytis iki 30 metų amžiaus. Taip pat įtakos turi dažnesnės kelionės į saulėtas šalis, dažniau gryname ore leidžiamas laisvalaikis, ozono sluoksnio pažeidimas.

22. Vėžio priežastis gali būti ir infekcija (bakterinės, parazitinės, ypač virusinės kilmės). Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, infekcijų sukėlėjai sietini su 22 proc. mirčių nuo vėžio atvejų besivystančiose ir 6 proc. vėžio atvejų išsivysčiusiose šalyse. Su virusais (žmogaus papilomos, hepatito B, C ir kitais) sietini gimdos kaklelio vėžys, pirminis kepenų vėžys, kai kurios limfomos, nosiaryklės vėžys. Su hepatito B virusu susiję 50–55 proc. hepatoceliulinės karcinomos atvejų pasaulyje, o vakcinacija nuo hepatito B viruso gali žymiai sumažinti kepenų vėžio paplitimą. *Helicobacter pylori* infekcija lemia ikivėžinių procesų skrandyje atsiradimą.

Žmogaus papilomos virusas (toliau – ŽPV) nustatomas 90–100 proc. moterų, sergančių gimdos kaklelio vėžiu, ir tik 5–20 proc. sveikų moterų. Pasaulio sveikatos organizacija nurodo, kad 16 ir 18 tipų ŽPV infekcija sukelia apie 70 proc. visų gimdos kaklelio vėžio atvejų. Taip pat yra duomenų, kad gerybiniai ir piktybiniai navikai, susiję su ŽPV, gali atsirasti odoje, viršutiniuose kvėpavimo takuose, virškinimo trakte, anogenitalinėje srityje. Moksliniai tyrimai rodo, kad kiti sveikatos rizikos veiksniai, pvz., tabakas, gali padidinti vėžio riziką, susijusią su ŽPV infekcija.

23. Dirbantys asmenys, kurių Lietuvoje yra per 1,3 mln. (daugiau kaip trečdalis visų gyventojų), yra veikiami papildomų veiksnių, su kuriais nesusiduria nedirbantys gyventojai: cheminiai veiksniai (kancerogenai, mutagenai), fizikiniai veiksniai (jonizuojančioji spinduliuotė, UV spinduliuotė, elektromagnetiniai laukai), psichosocialiniai veiksniai (stresas, psichologinis smurtas ir kt.), kurie ilgainiui gali sukelti su darbu susijusį ar profesinį vėžį. Tarptautinės vėžio tyrimo agentūros duomenimis, nuo 4,5 proc. iki 8,5 proc. nustatytų onkologinių ligų sukelia darbo aplinkoje esantys kancerogenai. Pagrindinė profesinių onkologinių ligų lokalizacija yra kvėpavimo organų sistema. Asbesto sukeltų kvėpavimo takų vėžinių ligų tyrimas atskleidė, kad kasmet Lietuvoje turėtų būti nustatoma apie 50 su kvėpavimo sistema susijusių vėžinių susirgimų. Lietuvos pramonėje asbestas buvo plačiai naudojamas 1956–2000 m., tačiau nuo 1990 m. Lietuvoje užregistruoti tik 6 asbesto sukelti profesinių ligų atvejai (5 asbestozių atvejai ir 1 gerklų vėžio atvejis).

VI SKYRIUS
SVEIKATOS SAUGOJIMO SKATINIMAS IR PIRMINĖ PIKTYBINIŲ NAVIKŲ PROFILAKTIKA

24. Daugelis vėžio rizikos veiksnių visiškai gali būti suvaldyti tik ėmusis įvairiems sektoriams – švietimo, sporto, žemės ūkio, aplinkos apsaugos, socialinės apsaugos ir kitiems – bendros veiklos. Sveikatos problemoms ar atskiriems rizikos veiksniams, kurie turi įtakos onkologinių ligų plitimui, valdyti Lietuvoje yra parengtos ar rengiamos (numatytos rengti) programos, tarpinstituciniai veiksmų planai, kuriuose numatytos ar artimiausiu metu bus numatytos šiuos rizikos veiksnius padėsiančios valdyti nuostatos ir konkrečios priemonės, kurių įgyvendinimas prisidės ir prie sergamumo onkologinėmis ligomis ir mirtingumo nuo jų mažinimo. Šiuo metu jau yra patvirtintos programos (pvz., 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programa), apimančios visų rizikos veiksnių valdymą, kuriose numatytos kitų institucijų įgyvendinamos priemonės, taip pat sveikatos ir ne tik sveikatos sektoriuose rengiamuose strateginių dokumentų projektuose (pvz.: Visuomenės sveikatos priežiūros plėtros 2014–2023 programos projekte, Profesinės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos projekte, Nacionalinės aplinkos apsaugos strategijos projekte) numatomi tarpinstituciniai darbai, prisidėsiantys prie rizikos veiksnių, įskaitant onkologinių ligų rizikos veiksnius, valdymo. Sveikatos sistemoje gali būti atlikta nemažai darbų, vykdant vėžio rizikos veiksnių prevenciją, skatinant saugoti sveikatą, suteikiant gyventojams žinių apie vėžio ir jo rizikos veiksnių prevenciją, nes nepakankamas visuomenės dėmesys sveikai gyvensenai, sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui turi įtakos sergamumui onkologinėmis ligomis.

25. Pirminė ankstyvoji vėžio profilaktika yra susijusi su vėžio rizikos veiksnių valdymu. Manoma, kad apie 50 proc. visų piktybinių navikų būtų galima išvengti, jeigu būtų nuosekliai įgyvendinamos vėžio profilaktikos priemonės. Todėl būtina informuoti gyventojus apie vykdomas atrankinės patikros dėl piktybinių navikų programas, skatinti jose dalyvauti, kad visuomenė turėtų pakankamai žinių apie vėžio rizikos veiksnius (alkoholį, tabaką, maistą, fizinį aktyvumą, chemines medžiagas, UV spinduliuotę, virusus) ir jų prevenciją, suprastų jos reikšmę sveikatai, sąmoningai šias žinias taikytų savo kasdieniame gyvenime.

26. Lietuvoje pakankamai išplėtotas įvairių lygių visuomenės sveikatos priežiūros institucijų, kiekvienos pagal kompetenciją prisidedančių prie sveikatos rizikos veiksnių, įskaitant vėžio rizikos veiksnius, prevencijos ar (ir) sveikatos skatinimo, tinklas: universitetai, nacionaliniu lygiu veikiančios visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Higienos institutas, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, Radiacinės saugos centras); apskričių lygiu – visuomenės sveikatos centrai; savivaldos lygiu – savivaldybių visuomenės sveikatos biurai.

Šiuo metu Lietuvos Respublikos savivaldybėse įsteigti 37 visuomenės sveikatos biurai, o kai kurios savivaldybės yra sudariusios bendradarbiavimo sutartis su savivaldybėmis, turinčiomis visuomenės sveikatos biurus, kad ir tose savivaldybėse būtų teikiamos visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurai yra arčiausiai gyventojų – savivaldos lygiu vykdo visuomenės sveikatos stebėseną, stiprinimą bei vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūrą.

Visuomenės sveikatos technologijų vertinimą atlieka Higienos institutas.

27. Didelė dalis visuomenės sveikatos iniciatyvų, įskaitant vėžio rizikos veiksnių prevenciją, Lietuvoje yra vykdoma pasitelkus intuiciją arba vadovaujantis kitų šalių pavyzdžiais, stokojama išsamios ir moksliniais įrodymais pagrįstos informacijos apie veiksmingas ir efektyvias intervencijas, trūksta remiantis įrodymais parengtų metodikų ir gairių, taip pat nėra vertinama, ar vykdomos programos yra efektyvios ir (ar) veiksmingos, kokie veiksmai duotų geriausią rezultatą. Turėdami omenyje ribotus sveikatos priežiūros sistemos finansinius išteklius ir įvertinę visuomenės sveikatos technologijas, įgyvendinamas programas ir jų priemones, politikai galėtų priimti pagrįstus sprendimus dėl efektyvių priemonių diegimo praktikoje, ypač savivaldos lygiu, tikintis pagrįstų rezultatų, kurie neabejotinai prisidėtų prie sergamumo ir mirtingumo onkologinėmis ligomis sumažėjimo.

28. Vėžio ir jo rizikos veiksnių prevencijos srityje dirbančių visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija turi būti nuolat keliama, organizuojami tiksliniai mokymai, suteikiantys naujausių žinių, kurios būtų pritaikomos praktikoje, nes tik naujausias žinias pritaikyti praktikoje gebantys specialistai gali geriausiai informuoti gyventojus.

Ypač efektyvios yra ankstyvosios intervencijos programos, vykdomos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, kurias įgyvendindami šeimos gydytojai suteikia informaciją pacientams apie alkoholio, tabako ir kitų rizikos sveikatai veiksnių žalą. Todėl reikėtų sukurti, išbandyti ir pradėti diegti sveikatos priežiūros modelius, integruojančius pirminės asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų teikimą, kurie prisidėtų prie pirminės vėžio prevencijos.

29. Tik nedidelė dalis vėžio rizikos veiksnių gali būti valdoma vykdant imunoprofilaktiką. Skiepijant mergaites vakcina, kuri apsaugo nuo 16 ir 18 tipų ŽPV, galima išvengti 70 proc. visų gimdos kaklelio vėžio atvejų. Ši priemonė yra įtraukta ir į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą, numatant skiepijimą ŽPV vakcina pradėti 2016 m. Tačiau prieš pradedant vakcinaciją tikslinėms grupėms šviesti ir mokyti reikia specialistų parengto komunikacijos plano, kuriame būtų numatytos konkrečios priemonės ir finansavimas, taip pat reikia vykdyti informavimo kampaniją tikslinėms gyventojų grupėms (paauglių mergaičių tėvams), nes tik pasitikėjimas skiepų efektyvumu ir saugumu leis pasiekti dideles skiepijimų ŽPV vakcina apimtis ir sumažinti gimdos kaklelio vėžio sergamumo bei mirtingumo rodiklius.

30. Numatomos veiklos kryptys:

30.1. vykdyti praktiškai taikomų ar planuojamų diegti sveikatos stiprinimo ir pirminės piktybinių navikų profilaktikos priemonių vertinimą ir tyrimus bei programų vertinimą, kurie suteiktų įrodymais pagrįstą informaciją sprendimų priėmėjams ir specialistams leistų jų pagrindu rengti moksliniais įrodymais grįstas metodines rekomendacijas;

30.2. didinti visuomenės informuotumą apie vėžio rizikos veiksnius ir jų įtaką sveikatai, pasirenkant veiksmingas informavimo ir elgsenos formavimo priemones, organizuoti su vėžiu ir jo rizikos veiksniais susijusių dienų minėjimą, kampanijas, skirtas tikslinėms gyventojų grupėms;

30.3. išbandyti ir diegti veiksmingas sveikatos stiprinimo ir pirminės piktybinių navikų profilaktikos priemones, diegti sveikatos priežiūros modelius, integruojančius pirminės asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų teikimą, kurie prisidėtų prie pirminės vėžio profilaktikos įgyvendinimo;

30.4. nuolat kelti visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją, organizuoti vėžio rizikos veiksnių ir onkologinių ligų profilaktikos srities mokymus;

30.5. skatinti saugoti sveikatą, ugdyti informuotą visuomenę:

30.5.1. parengti metodinę informacinę medžiagą visuomenei ir sveikatos priežiūros specialistams apie netaisyklingos mitybos, fizinio pasyvumo ir aplinkos sveikatos rizikos veiksnių poveikį ir įtaką sergamumui onkologinėmis ligomis, apie onkologinių ligų profilaktiką;

30.5.2. vykdyti visuomenės informavimą ir švietimą vėžio rizikos veiksnių ir onkologinių ligų profilaktikos temomis, skleisti informaciją atsižvelgiant į Europos kovos su vėžiu kodekso nuostatas ir naujausią mokslo informaciją, sutelkiant dėmesį į netaisyklingos mitybos, fizinio pasyvumo ir aplinkos rizikos veiksnius. Informaciją visuomenei skleisti per visuomenės informavimo priemones: vaizdu (teminės televizijos laidos, teminiai filmukai), raštu (pranešimai spaudai, straipsniai interneto svetainėje, laikraščiuose bei žurnaluose, leidiniai, lankstinukai, atmintinės gyventojams,

informaciniai stendai švietimo ir mokymo įstaigose, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose bei savivaldybių institucijose), žodžiu (paskaitos, pokalbiai, radijo laidos);

30.5.3. surinkti mokslinius įrodymus apie veiksmingai fizinį aktyvumą didinančias priemones ir parengti rekomendacijas dėl praktinio priemonių įgyvendinimo. Šių rekomendacijų pagrindu remti darbdavių iniciatyvas dėl fizinio aktyvumo skatinimo – priemonė orientuota į darbingo amžiaus žmones. Taip pat skatinti darbdavius dažniau vykdyti įvairias nemokamas akcijas, organizuoti užsiėmimus, siekiant kuo daugiau gyventojų paskatinti aktyviai leisti laisvalaikį. Skleisti informaciją, skatinti darbdavius pagal atskirų Europos Sąjungos valstybių pavyzdžius (fizinio aktyvumo darbo vietoje programos) įvesti fizinio aktyvumo pertraukėles (protinį arba sėdimą darbą dirbantiems asmenims) darbo metu arba prieš prasidedant darbui (priemonė orientuota į darbingo amžiaus žmones). Šios priemonės įgyvendinimas derinamas su atitinkamomis Netolygumų mažinimo veiksmų plane numatytomis priemonėmis;

30.6. vadovaujantis Nacionaline imunoprofilaktikos programa, nuo 2016 m. į Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių įtraukti mergaičių skiepijimą nuo ŽPV infekcijos.

VII SKYRIUS
ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS DĖL ONKOLOGINIŲ LIGŲ ORGANIZAVIMO SISTEMA

31. Asmens sveikatos priežiūra dėl onkologinių ligų organizuojama vadovaujantis Lietuvos Respublikos Konstitucija, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymu, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymu, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu ir kitais teisės aktais.

Sveikatinimo veikla organizuojama savivaldybių ir valstybės lygiu. Skiriami šie sveikatos priežiūros paslaugų lygiai: pirminis (pirminė sveikatos priežiūra), antrinis (antrinė sveikatos priežiūra) ir tretinis (tretinė sveikatos priežiūra). Skiriami šie Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (toliau – LNSS) priklausančių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto (toliau – PSDF) lėšų, lygmenys: rajonų, regionų ir respublikos.

32. Sveikatos priežiūra dėl onkologinių ligų pradedama pirminę sveikatos priežiūrą vykdančiose įstaigose – poliklinikose, šeimos gydytojų kabinetuose ir kt. Šeimos gydytojas pagal savo kompetenciją, nustatytą Lietuvos medicinos normoje MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, rekomenduoja profilaktines priemones, organizuoja ankstyvąją onkologinių ligų diagnostiką per vykdomas atrankinės patikros programas, įtaria ikinavikines ir onkologines ligas, konsultuojasi dėl pacientų sveikatos būklės, diagnozės nustatymo ar patikslinimo, gydymo taktikos (pradėti, pratęsti, pakeisti ar nutraukti pradėtą gydymą) ar darbingumo su gydytoju specialistu, tęsia gydytojo specialisto paskirtą gydymą, organizuoja reikiamų paslaugų (medicininės reabilitacijos, paliatyvios pagalbos ir kt.) onkologiniams ligoniams skyrimą, atlieka ilgalaikę onkologinių ligonių stebėseną.

33. Onkologinių ligų diagnostika ir gydymas yra pavestas atitinkamų profesinių kvalifikacijų gydytojams ir apibrėžti atitinkamų profesinių kvalifikacijų gydytojų kompetenciją reglamentuojančiose medicinos normose.

34. Specializuotą onkologinių ligų diagnostiką ir gydymą atlieka gydytojas onkologas chemoterapeutas pagal kompetenciją, nustatytą Lietuvos medicinos normoje MN 121:2007 „Gydytojas onkologas chemoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 31 d. įsakymu Nr. V-712 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 121:2007 „Gydytojas onkologas chemoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, ir gydytojas onkologas radioterapeutas pagal kompetenciją, nustatytą Lietuvos medicinos normoje MN 99:2007 „Gydytojas onkologas radioterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. balandžio 16 d. įsakymu Nr. V-1760 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 99:2007 „Gydytojas onkologas radioterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.

35. Pagalbos onkologiniams ligoniams organizavimo pasaulinės tendencijos yra koncentruoti onkologinių ligų diagnostiką ir gydymą universitetinėse ligoninėse bei stambiuose specializuotuose centruose, siekiant aukštesnės paslaugų kokybės, racionalaus brangių technologijų panaudojimo (jos naudojamos ne vienos konkrečios ligos diagnostikai, gydymui, bet daugelio ligų atveju), mokymo ir mokslo progreso. Siekiama optimizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, užtikrinti geresnį gyventojų sveikatos priežiūros poreikių patenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą, prieinamumą ir racionalesnį išteklių panaudojimą. Dėl šių priežasčių ir Lietuvoje piktybinių navikų diagnostiką ir diferencinę diagnostiką vykdo įstaigos, kuriose yra kompleksinės navikų diagnostikos infrastruktūra. Įtarus arba diagnozavus onkologinę ligą asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, neturinčioje galimybių teikti reikiamų paslaugų, pacientai siunčiami į atitinkamo lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigas.

36. Lietuvoje onkologininiams ligoniams sveikatos priežiūros paslaugas teikia visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos pagal jų licencijose nurodytas paslaugas bei sveikatinimo veiklos lygius ir lygmenis.

37. Specializuotas onkologijos-chemoterapijos ir onkologijos-radioterapijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia Nacionalinis vėžio institutas (steigėjas Lietuvos Respublikos Vyriausybė, savininko teises ir pareigas įgyvendina Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija), Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė viešoji įstaiga (toliau – VšĮ) Kauno klinikos ir filialas Onkologijos ligoninė (savininko teises ir pareigas įgyvendina Lietuvos sveikatos mokslų universitetas ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija) (toliau – LSMUL VšĮ Kauno klinikos), VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos (savininko teises ir pareigas įgyvendina Vilniaus universitetas ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija) (toliau – VšĮ VUL Santariškių klinikos), VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė (savininko teises ir pareigas įgyvendina Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija), VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė (savininko teises ir pareigas įgyvendina Klaipėdos miesto savivaldybė). Specializuotas onkologijos-chemoterapijos paslaugas teikia VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė (savininko teises ir pareigas įgyvendina Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija).

38. Lietuvoje 2014 m. I ketv. gydytojo onkologo-chemoterapeuto licenciją turėjo 79 gydytojai, gydytojo onkologo-radioterapeuto – 61 gydytojas. Šiuo metu Vilniaus universitete ir Lietuvos sveikatos mokslų universitete studijuoja 18 studentų, siekiančių įgyti onkologo-chemoterapeuto profesinę kvalifikaciją, ir 16 studentų, siekiančių įgyti onkologo-radioterapeuto profesinę kvalifikaciją. 2014 m. studijas baigs 7 onkologai-chemoterapeutai ir 6 onkologai-radioterapeutai.

39. Sveikatos politiką formuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

40. Siūlymus dėl priemonių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, kokybei gerinti, pacientų srautų valdymo ir kitų problemų sprendimo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai teikia onkologijos srities vyriausieji respublikos ir kraštų specialistai, paskirti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymu Nr. V-739 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos vyriausiųjų respublikos ir vyriausiųjų kraštų specialistų sąrašo patvirtinimo“, nevyriausybinių pacientų teisėms atstovaujančių organizacijų atstovai, kitos institucijos.

41. Atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų vykdymą, jų efektyvumą, suteiktų paslaugų skaičių, skirtų lėšų panaudojimą stebi, problemas analizuoja ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai siūlymus teikia šių programų koordinavimo komitetai (koordinavimo grupės).

42. Lietuvos Respublikos Seimas 2014 m. balandžio 17 d. priėmė Lietuvos Respublikos nacionalinio vėžio instituto įstatymą, kuriuo nustatė, kad VU Onkologijos institutas reorganizuojamas į valstybinį mokslinių tyrimų institutą – Nacionalinį vėžio institutą, į kurio sudėtį įtraukiama klinika. Vienas iš Nacionalinio vėžio instituto veiklos tikslų – teikti sveikatos priežiūros įstaigoms metodologinę, metodinę ir kitą pagalbą vėžio kontrolės (onkologinių ligų profilaktika, diagnostika, gydymas ir kita susijusi veikla) klausimais; koordinuoti vėžio kontrolės veiklą Lietuvos Respublikoje ir teikti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai pasiūlymus dėl onkologinės pagalbos (t. y. visumos priemonių, skirtų onkologinių ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui ir apimančių prevencinės medicinos pagalbą, medicinos pagalbą, medicininę reabilitaciją, slaugą, socialines paslaugas ir patarnavimus, priskirtus asmens sveikatos priežiūrai) tobulinimo.

43. Numatomos veiklos kryptys:

43.1. sudaryti Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo ir onkologinės pagalbos organizavimo stebėsenos tarybą (toliau – Įgyvendinimo ir stebėsenos taryba), kuri kasmet vertins onkologinės pagalbos organizavimą Lietuvoje, kurs vėžio kontrolę gerinančias priemones bei teiks siūlymus dėl jų įtraukimo į Vėžio kontrolės 2014–2025 programos įgyvendinimo priemonių planą;

43.2. specializuotų asmens sveikatos priežiūros dėl onkologinių ligų paslaugų teikimą plėtoti jau esančiose sveikatos priežiūros įstaigose –

universitetų ligoninėse – VšĮ VUL Santariškių klinikose ir LSMUL VšĮ Kauno klinikose, Nacionaliniame vėžio institute bei VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje ir VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje.

VIII SKYRIUS
ANKSTYVOJI PIKTYBINIŲ NAVIKŲ DIAGNOSTIKA

44. Įgyvendinant 2003 m. gruodžio 2 d. Europos Sąjungos Tarybos rekomendaciją dėl vėžio atrankinės patikros (2003/878/EB) (OL 2003 L 327, p. 34) ir Vėžio kontrolės 2003–2010 m. programos nuostatas, pradėtos vykdyti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programos, finansuojamos PSDF biudžeto lėšomis. Jų tikslas – sumažinti gyventojų mirtingumą nuo gimdos kaklelio, krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos vėžio. Programų vykdymo metu tikrinami remiantis moksliniais įrodymais nustatytos amžiaus grupės asmenys, siekiant kaip galima anksčiau nustatyti organų / audinių / ląstelių pakitimus, juos kruopščiai įvertinti, nustatyti diagnozę, prireikus – skirti gydymą. Dalyvauti tokiose programose turi būti įprasta kiekvienam.

PSDF biudžete skiriamos tikslinės lėšos prevencinių programų išlaidoms apmokėti, t. y. užtikrinama, kad šios lėšos bus panaudojamos išskirtinai atrankinės patikros programoms, o ne kitų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti. Šių lėšų dydis planuojamas atsižvelgiant į atrankinės patikros programos tikslinei populiacijai priklausančių asmenų skaičių.

45. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“, 2004 m. pradėta vykdyti nacionaliniu mastu. Iš pradžių buvo numatyta galimybė 30–60 metų amžiaus moterims kas trejus metus nemokamai pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio, o nuo 2008 m. pradėta patikra moterims nuo 25 metų. Taigi ši programa skirta moterims nuo 25 metų iki 60 metų. Moksliškai įrodyta, kad iki 25 metų ir vyresnės kaip 60 metų amžiaus moterys gimdos kaklelio vėžiu suserga labai retai. Todėl didelės rizikos amžiaus grupei priklausančios moterys vieną kartą per 3 metus gali pasitikrinti nemokamai. Kuo anksčiau aptinkami pakitimai, tuo lengviau galima juos išgydyti. Net 80 proc. šia liga susirgusių moterų galėtų pasveikti, jei liga būtų pastebėta anksčiau ir gydymas būtų pradėtas laiku.

Pažymėtina, kad pasitikrinti atvyksta nepakankamai moterų, kurioms ši programa yra skirta, todėl panaudojamos ne visos programai skirtos PSDF biudžeto lėšos (5 pav.).

5 pav. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programos finansavimas 2004–2013 m. (VLK duomenys).

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programai 2004–2013 m. laikotarpiu buvo skirta daugiau kaip 49 mln. Lt, o panaudota – daugiau kaip 34 mln. Lt, t. y. apie 69 proc.

Lietuvoje ši programa vykdoma jau 9 metus. Pagal šią programą teikiamomis paslaugomis pasinaudoja vis daugiau tikslinės amžiaus grupės moterų, tačiau daugeliui, ypač mažesniuose miesteliuose ir kaimuose gyvenančių moterų, vis dar trūksta informacijos. Iš viso per 9 metus informavimo paslaugos (8 lentelė) buvo suteiktos 1 417 674 kartus, iš jų 197 588 (13,9 proc.) kartus – pakartotinės informavimo paslaugos.

8 lentelė. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinės programos vykdymas (VLK duomenys).

Ciklai	Aptarnaujamų 25–60 m.* moterų skaičius	Suteikta informavimo paslaugų	Informuota PASPĮ registruotų moterų (proc.)	Citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugų skaičius	Suteikta citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugų nuo registruotų PASPĮ moterų skaičiaus (proc.)	Citologinio tepinėlio ištyrimo paslaugų skaičius	Suteikta citologinio tepinėlio ištyrimo paslaugų nuo registruotų PASPĮ moterų skaičiaus (proc.)
I ciklas 2004-07-01 2007-06-30	815 045	408 454	50,1	303 736	37,3	350 895	43,1
II ciklas 2007-07-01 2010-06-10	957 171	476 046	49,7	339 980	35,5	355 316	37,1
III ciklas 2010-07-01 2013-06-30	962 766	533 174	55,4	349 886	36,6	361 749	37,6

*iki 2008 m. 30–60 m. moterys

Iš 8 lentelės matyti, kad 3 ciklo metu informavimo paslaugų buvo suteikta 30 proc. daugiau nei 1 ciklo metu. Iš viso suteiktos 993 602 citologinio tepinėlio paėmimo paslaugos. 3 ciklo metu citologinio tepinėlio paėmimo paslaugų suteikta 15 proc. daugiau nei 1 ciklo metu. Iš viso suteikta 1 067 960 citologinio tepinėlio ištyrimo paslaugų. 3 ciklo metu citologinio tepinėlio ištyrimo paslaugų suteikta 3 proc. daugiau nei 1 ciklo metu. 311 699 moterims citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugos buvo suteiktos 1 kartą, 206 526 moterims – 2 kartus, 86 390 moterų – 3 kartus, 11 347 moterims – 4 kartus, 1 526 moterims – 5 kartus (6 pav.).

6 pav. Moterų, kurioms buvo suteiktos citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugos, skaičius (2004-07-01–2013-12-31) (VLK duomenys).

Taigi bent 1 kartą citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslauga buvo suteikta 617 tūkst. moterų.

7 pav. Citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugos teikimas (proc.) 2013 m. nuo 100 proc. tikslinės amžiaus grupės moterų (proc. nuo tikslinio amžiaus moterų, kurios prisirašiusios prie TLK aptarnaujamos teritorijos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, skaičiaus (lentelėje nurodytas dydis yra išvestinis – programos tikslinei grupei priklausančių moterų skaičius padalytas iš 3) (VLK duomenys).

Sergamumo gimdos kaklelio vėžiu Lietuvoje tendencijos patvirtina atrankinės patikros programos efektyvumą: šalyje ne tik pavyko stabilizuoti sergamumą, bet jau galima pastebėti ir jo mažėjimą. Pradėjus vykdyti šią prevencijos programą pasikeitė sergamumo gimdos kaklelio vėžiu struktūra (8 pav.).

*Duomenys negalutiniai

8 pav. Gimdos kaklelio vėžio ir *Ca in situ* santykio pokytis Lietuvoje 2000–2012 m. (VU Onkologijos instituto duomenys).

Iki 2004 m. daugiausia buvo sergama invaziniu vėžiu. 2004 m. pradėjus vykdyti programą, iš karto padaugėjo išaiškintų ankstyvųjų ikivėžinių (*in situ*) susirgimų atvejų, o nuo 2007 m. stabiliai vyrauja vis dažniau išaiškinami gimdos kaklelio *in situ* atvejai, kurie yra visiškai išgydomi.

46. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, šalies mastu pradėta vykdyti 2005 m. Informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografijos paslauga ir mamogramų atlikimo bei vertinimo paslaugos iš PSDF biudžeto apmokamos 50–69 metų amžiaus moterims kas dvejus metus.

Nuo 2005 m. šiai programai finansuoti kasmet iš PSDF biudžeto skiriama vis daugiau lėšų. Skiriamų lėšų suma nuo programos vykdymo pradžios padidėjo daugiau kaip 4 kartus (9 pav.).

9 pav. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos finansavimas iš PSDF biudžeto 2005–2013 m. (VLK duomenys).

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai 2005–2013 m. laikotarpiu buvo skirta daugiau kaip 38 mln. Lt, o panaudota – daugiau kaip 32 mln. Lt, t. y. apie 84 proc.

Lietuvoje ši programa vykdoma jau beveik 9 metus, kiekvienais metais patikrinama vis daugiau programos tikslinei amžiaus grupei priklausančių moterų (10 pav.).

10 pav. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje dalyvavusių moterų skaičius (suteikta mamogramų atlikimo paslauga) (VLK duomenys).

2013 m. buvo patikrinta daugiau kaip 80 tūkst. 50–69 metų amžiaus moterų, t. y. apie 69 proc. daugiau nei 2006 m. 2005–2013 m. suteikta 515 530 mamogramų atlikimo paslaugų. Tik 1 kartą mamogramų atlikimo paslauga buvo suteikta 165 293 moterims, 2 kartus – 91 297 moterims, 3 kartus – 42 560 moterų, 4 kartus – 8 429 moterims, 5 kartus – 190 moterų (11 pav.).

11 pav. Moterų, kurioms buvo suteiktos mamogramų atlikimo paslaugos, skaičius (2005–2013 m.) (VLK duomenys).

Bent 1 kartą mamogramos atlikimo paslauga buvo suteikta 307 000 moterų.

12 pav. Mamogramų atlikimo paslaugos vykdymas (proc.) 2013 m. nuo 100 proc. tikslinės amžiaus moterų (proc. nuo tikslinio amžiaus moterų, kurios prisirašiusios prie TLK aptarnaujamos teritorijos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, skaičiaus (lentelėje nurodytas dydis yra išvestinis – programos tikslinei grupei priklausančių moterų skaičius padalytas iš 2) (VLK duomenys).

Vykdant programą, pastebėta teigiamų pokyčių sergamumo krūties vėžiu struktūroje. Nacionalinio vėžio instituto duomenimis, kasmet palaipsniui mažėja vėlyvųjų stadijų vėžio atvejų, daugiau nustatoma I ir II stadijos vėžio, kurį galima lengviau išgydyti, atvejų (13 pav.).

proc.

*Duomenys negalutiniai

13 pav. Naujų krūties vėžio atvejų nustatymas (pagal ligos stadijas) (Nacionalinio vėžio instituto duomenys).

2004 m., kai atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa dar nebuvo vykdoma, I stadijos krūties vėžys moterims buvo diagnozuojamas 22,6 proc. nuo visų diagnozuotų atvejų, o 2011 m., kuomet programa buvo vykdoma jau 7 metus, I stadijos krūties vėžys moterims buvo diagnozuojamas 33,5 proc. atvejų.

Nacionalinio vėžio instituto duomenimis, pradėjus vykdyti atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programą, žymiai padaugėjo išaiškintų ankstyvųjų ikivėžinių (*in situ*) susirgimų atvejų (14 pav.). 2006 m. ankstyvųjų ikivėžinių susirgimų buvo diagnozuota tik 50 atvejų, o 2013 m. – 83 (62 proc. daugiau).

* Duomenys preliminarūs

14 pav. Diagnozuoti krūties navikai *in situ* (atvejų skaičius per metus) (Nacionalinio vėžio instituto duomenys).

47. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Programoje numatytos paslaugos vyrams nuo 50 iki 75 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų broliai ar tėvai sirgo priešinės liaukos vėžiu, buvo apmokamos kasmet, o atsižvelgus į gydytojų specialistų rekomendacijas, nuo 2009 m. liepos mėn. – ne dažniau kaip kartą per dvejus metus.

Ši programa PSDF biudžeto lėšomis finansuojama nuo 2006 m. (15 pav.).

mln. Lt

15 pav. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos finansavimas iš PSDF biudžeto 2006–2013 m. (VLK duomenys).

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai 2006–2013 m. laikotarpiu buvo skirta daugiau kaip 54 mln. Lt, panaudota – daugiau kaip 45 mln. Lt, t. y. apie 83 proc.

Apie galimybę nemokamai pasitikrinti vyrus informuoja ir prostatos specifinio antigeno (toliau – PSA) kiekio kraujyje tyrimą skiria šeimos gydytojai. Nuo 2006 m. iki 2013 m. suteikta daugiau kaip 700 tūkst. informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir PSA nustatymo paslaugų (9 lentelė).

9 lentelė. Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos įgyvendinimo metu suteiktos informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir PSA nustatymo tyrimą paslaugos (VLK duomenys).

Metai	PASPĮ prisirašiusiųjų 50–75 m. vyrų skaičius	Asmenų, gavusių informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir PSA nustatymo paslaugą, skaičius	Informuota PASPĮ registruotų vyrų (proc.)
2006	396 102	89 313	22,5
2007	399 774	97 745	24,5
2008	404 594	119 081	29,4
2009	410 787	96 617	23,5
2010	418 890	73 632	17,6
2011	426 018	108 616	25,5
2012	425 621	90 742	21,3
2013	430 606	107 789	25,0

50–75 metų amžiaus vyrus, kuriems buvo nustatytas 3 ng/ml ar didesnis PSA kiekis, šeimos gydytojai siuntė urologo konsultacijos ir atlikti priešinės liaukos biopsijos. Tokių paslaugų 2006–2012 m. laikotarpiu iš viso buvo suteikta daugiau kaip 35 tūkst., o 2013 m. – 4 519.

2006–2013 m. laikotarpiu 150 644 vyrams informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir PSA nustatymo paslaugos buvo suteiktos tik 1 kartą, 100 251 vyrui – 2 kartus, 63 831 vyrui – 3 kartus, 36 887 vyrams – 4 kartus, 16 199 vyrams – 5 kartus, 3 271 vyrui – 6 kartus, 377 vyrams – 7 kartus (16 pav.). Bent 1 kartą informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir PSA nustatymo tyrimą paslauga buvo suteikta daugiau kaip 371 tūkst. vyrų.

16 pav. Vyrų, kuriems 2006–2013 m. buvo suteiktos informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir PSA nustatymo tyrimą paslaugos, skaičius (VLK duomenys).

17 pav. Informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką ir PSA atlikimo paslaugų teikimas 2013 m., proc. nuo 100 proc. tikslinės amžiaus vyrų (proc. nuo tikslinio amžiaus vyrų, prisirašiusių prie TLK aptarnaujamos teritorijos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, skaičiaus (lentelėje nurodytas dydis yra išvestinis – programos tikslinei grupei priklausančių vyrų skaičius padalytas iš 2) (VLK duomenys).

ES šalyse priešinės liaukos vėžys kasmet diagnozuojamas apie 85 tūkst. vyrų. 2012 m. HI SIC duomenimis, sergamumas priešinės liaukos piktybiniais navikais siekė 189,36 atvejo / 100 000 vyrų. Teigiami sergamumo priešinės liaukos vėžiu pokyčiai pastebėti praėjus keleriems metams nuo programos vykdymo pradžios. Pradėjus tikrinti vyrus dėl priešinės liaukos vėžio, dažniau diagnozuojami ankstyvųjų stadijų vėžio atvejai (18 pav.).

18 pav. Sergamumo priešinės liaukos vėžiu struktūros pokyčiai 2001–2011 m. (Nacionalinio vėžio instituto duomenys).

48. Skirtingai nei krūties, gimdos kaklelio ir storosios žarnos vėžio atvejais, kuomet gyventojų patikrą rekomenduojama vykdyti organizuotai, organizuota patikra dėl priešinės liaukos vėžio nerekomenduojama. 2011 m. Europos urologų asociacija paskelbė straipsnį, apibendrinantį pastarųjų metų atliktas 2 dideles atsitiktines randomizuotas studijas Jungtinėse Amerikos Valstijose (76 692 pacientai) ir Europoje (162 243 pacientai) dėl prostatos vėžio ankstyvo nustatymo ir gydymo, kuriame nurodė, kad dėl priešinės liaukos vėžio galima taikyti oportunistinę (neorganizuotą) patikrą tokiu atveju, jeigu gydytojas gerai informuoja pacientą apie galimą patikros naudą bei žalą ir gydytojas su pacientu kartu nusprendžia, kad patikra yra būtina. Tokiu atveju rekomenduojama tirti vyrus nuo 40 metų amžiaus, o patikros periodiškumas priklauso nuo nustatyto PSA kiekio – jeigu PSA < l ng/ml, kitą patikrą tikslinga atlikti po 8 metų. Vyresniems kaip 75 metų amžiaus vyrams patikros atlikti nerekomenduojama, jei PAS < 3 ng/ml, nes jiems rizika mirti nuo prostatos vėžio yra labai maža. 2013 m. Australijoje vykusiame urologijos srities specialistų kongrese prieita prie išvados, kad patikra dėl priešinės liaukos vėžio turi būti atliekama įvertinus individualią riziką ir gerai informavus pacientą.

49. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“. Programos paslaugos kas dvejus metus teikiamos 50–74 metų amžiaus asmenims. 2009–2013 m. laikotarpiu šiai programai įgyvendinti iš PSDF biudžeto buvo skirta daugiau nei kaip 18 mln. Lt, iš jų panaudota daugiau kaip 15 mln. Lt (19 pav.).

Dvejus metus ši programa, kaip bandomasis projektas, buvo vykdoma Vilniaus ir Kauno apskrityse, 2012 m. šią programą pradėta įgyvendinti Klaipėdos bei Šiaulių apskrityse, nuo 2013 m. liepos 1 d. – Panevėžio ir Tauragės apskrityse (iš viso 2013 m. patikrinta 141 tūkst. asmenų), nuo 2014 m. sausio 1 d. – Utenos apskrityje, o nuo 2014 m. liepos 1 d. ir Telšių, Marijampolės bei Utenos apskrityse, t. y. visoje Lietuvoje. Informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, per pirmąjį programos vykdymo pusmetį, t. y. nuo 2009 m. liepos 1 d. iki 2009 m. gruodžio 31 d. pagal šią programą teikiamomis paslaugomis pasinaudojo 36 tūkst. asmenų, 2010 m. – 86 tūkst. asmenų, 2011 m. – 66 tūkst. asmenų, o 2012 m., pradėjus programą vykdyti Klaipėdos ir Šiaulių apskrityse, – daugiau kaip 147 tūkst. asmenų.

19 pav. 2009–2013 m. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai skirtos PSDF biudžeto lėšos (VLK duomenys).

20 pav. Informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir slapto kraujavimo testo išmatose rezultatų įvertinimo paslaugos vykdymas (proc.) 2013 m. nuo 100 proc. tikslinės amžiaus grupės asmenų (pastaba. proc. nuo tikslinio amžiaus asmenų, prisirašiusių prie TLK aptarnaujamos teritorijos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, skaičiaus (lentelėje nurodytas dydis yra išvestinis – programos tikslinei grupei priklausančių asmenų skaičius padalytas iš 2) (VLK duomenys).

Kol kas anksti vertinti šios atrankinės patikros programos įtaką sergamumo storosios žarnos vėžiu struktūrai, nes ši programa Lietuvoje vykdoma tik keletą metų ir ne visoje šalyje.

50. Lietuvoje vykdomos atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programos yra neorganizuotos, kitaip dar vadinamos oportunistinėmis. Neorganizuotos (oportunistinės) patikros ypatumas – dalyvauti patikroje pasiūlo gydytojas arba asmuo dalyvauja programoje savo iniciatyva. Tokiu atveju dažnai tikrinama ta pati populiacijos dalis, o socioekonomiškai pažeidžiamų (gyvenančių nuo miestų nutolusiose vietovėse, vienišų, gaunančių mažas pajamas, mažiau socialiai aktyvių ir kt.) grupių asmenims sąlygos dalyvauti programose nesudaromos. Be to, PSDF biudžeto lėšomis programų paslaugos finansuojamos tik asmenims, prisirašiusiems prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) ir apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – PSD).

51. Pagal Europos specialistų parengtas mokslo įrodymais pagrįstas krūties vėžio, gimdos kaklelio vėžio ir storosios žarnos vėžio patikros kokybės užtikrinimo gaires, efektyvios yra tik organizuotos patikros programos. Organizuota patikros programa turi administracinę struktūrą (koordinavimo centrą), atsakingą už patikros įgyvendinimą, visų duomenų registravimą ir programos įgyvendinimo stebėseną, efektyvumo vertinimą. Skandinavijos šalyse, kuriose mirtingumą nuo krūties ir gimdos kaklelio vėžio pavyko sumažinti atitinkamai 40 ir 80 proc., organizuotos patikros programos vykdomos jau nuo 1970 m. Programų koordinavimo centras užtikrina, kad dalyvauti programoje būtų pakviestas kiekvienas programos tikslinei populiacijai priklausantis žmogus, kad būtų sudaromos vienodos sąlygos dalyvauti programoje visiems programos tikslinei populiacijai priklausiantiems asmenims, stebima, ar pakviestas asmuo atvyko pasitikrinti, jam neatvykus, siunčiamas pakartotinis kvietimas, be to, visi patikros duomenys kaupiami centrinėje duomenų bazėje, stebima teikiamų paslaugų kokybė, analizuojami, vertinami ir viešai skelbiami programos vykdymo rodikliai, sprendžiama apie programos efektyvumą ir teikiami siūlymai dėl programos vykdymo efektyvumo gerinimo.

52. Patologijos tyrimai yra svarbūs vykdant patikros dėl onkologinių ligų programas. Sklandus ir efektyvus prevencijos programų vykdymas yra neatsiejamas nuo išsamaus, standartizuoto, pakankamai greito ir tikslaus mėginių ištyrimo. Šiuo metu Lietuvoje tyrimus atlieka daugiau kaip 10 patologijos tarnybų (Valstybinis patologijos centras, VšĮ VUL Santariškių klinikų filialas, LSMUL VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė ir kt.). Pavyzdžiui, Valstybinis patologijos centras, VšĮ VUL Santariškių klinikų filialas aptarnauja daugiau kaip 200 įvairiuose Lietuvos regionuose esančių ASPĮ, atlikdamas tiek pirminį medžiagos ištyrimą, tiek konsultuodamas sudėtingos patologijos atvejais, kai kreipiasi kitos patologijos tarnybos. Iš kitų Lietuvos patologijos tarnybų pasitaikantys sudėtingi mėginiai siunčiami į Valstybinį patologijos centrą ar kitą stambią patologijos tarnybą, tačiau šių konsultacijų prieinamumas vis tiek išlieka nepakankamas dėl finansinių ir logistinių priežasčių, dažnai užtrunka mėginių transportavimas. Mėginius dėl konsultacijų į kitus miestus veža ir patys pacientai bei jų artimieji.

Siekiant padidinti patologijos tyrimų ir konsultacijų prieinamumą visiems Lietuvos gyventojams, siekiant suteikti gydytojams patologams galimybę konsultuotis ir aptarti retus diagnostinius atvejus, tikslinga investuoti į Lietuvos didžiųjų patologijos tarnybų skaitmenines technologijas, informacines sistemas ir sukurti telepatologijos tinklą Lietuvoje. Reikiama telepatologijos infrastruktūra kartu su nuotolinių patologijos paslaugų mechanizmais leistų teikti kokybiškas, integruotas ir prieinamas vėžio prevencijos ir patologijos nustatymo, konsultacijų paslaugas visiems Lietuvos gyventojams. Telepatologija leistų efektyviai išnaudoti specialistų kompetenciją, patologijos technologijas, mažinti tyrimų atlikimo terminus bei kaštus, padidinti darbo našumą.

53. Numatomos veiklos kryptys:

53.1. gerinti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų įgyvendinimą;

53.2. atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio, krūties ir storosios žarnos vėžio programas vykdyti organizuotai – paskirti už programų įgyvendinimą ir koordinavimą atsakingą įstaigą (koordinavimo centrą), kuri užtikrintų, kad dalyvauti programose būtų pakviesti visi tikslinei populiacijai priklausantys asmenys, neatvykę būtų kviečiami pakartotinai, kad dalyvaujančių programose dalyvautų tiek tikslinės grupės asmenų, kiek yra rekomenduojama Europos mokslininkų, analizuotų programų procesų įgyvendinimą, jų atlikimo laiko tinkamumą, vykdytų stebėseną, vertintų efektyvumą, viešintų programų vykdymo rezultatus ir kt.;

53.3. atrankinės patikros dėl priešinės liaukos vėžio programą atnaujinti atsižvelgiant į naujausias mokslininkų rekomendacijas;

53.4. atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programas vykdyti kokybiškai – pritaikyti Europos mokslininkų parengtas gaires, sveikatos priežiūros specialistams vadovautis jomis tinkamai informuojant gyventojus, teikiant paslaugas pagal programas, mokyti sveikatos priežiūros specialistus, pagal programas teikiančius paslaugas, kad būtų išvengta klaidų ir būtų užtikrintas pacientų saugumas, sukurti kokybės stebėsenos sistemą, parengti, stebėti, vertinti programų procedūrų ir procesų kokybės rodiklius;

53.5. išnaudoti turimų informacinių duomenų bazių (SVEIDRA, ESPBI IS ar kt.) galimybes, prireikus sukurti trūkstamą informacinę duomenų sistemą, išnaudojant e. sveikatos sistemos galimybes rinkti, kaupti, analizuoti visus programų vykdymui, tolesnei pacientų sveikatos būklės stebėsenai (nuo programos tikslinės grupės sąrašo sudarymo iki visų programos etapų bei tolesnio paciento gydymo ir išgyvenamumo stebėsenos), efektyvumo įvertinimui bei sprendimų priėmimui reikalingus duomenis, parengti reikiamus teisės aktus;

53.6. sudaryti sąlygas visiems programos tikslinei populiacijai priklausantiems asmenims (ne tik PSD apdraustiems) dalyvauti valstybės finansuojamose atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programose, parengti reikiamus teisės aktų pakeitimus;

53.7. užtikrinti už programų įgyvendinimą ir koordinavimą atsakingos įstaigos veiklą, aprūpinant ją reikiama įranga, investuojant į infrastruktūrą (patalpų įrengimą, kompiuterinės technikos įsigijimą, atrankinės patikros programų vykdymo apskaitos sistemos sukūrimą ir įdiegimą, informacinių technologijų atnaujinimą, įdiegimą ir kt.);

53.8. atnaujinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, dalyvaujančių įgyvendinant atrankinės patikros programas, klinikiniams laboratoriniams tyrimams atlikti reikalingą infrastruktūrą. Šios veiklos krypties įgyvendinimas derinamas su Klinikinių laboratorinių tyrimų kokybės gerinimo programos ir Sveiko senėjimo užtikrinimo veiksmų plane numatytomis priemonėmis.

IX SKYRIUS
ONKOLOGINIŲ LIGŲ DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

54. Lietuvoje plėtojama šiuolaikinė ir moderni onkologinės pagalbos sistema, pagrįsta strateginiu planavimu, užtikrinančiu sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą ir racionalų lėšų panaudojimą. Tačiau onkologinių ligų kontrolės problema negali būti išspręsta vien teikiant sveikatos paslaugas. Nepakankamas visuomenės dėmesys sveikai gyvensenai, sveikatos išsaugojimui ir stiprinimui lemia sergamumo onkologinėmis ligomis didėjimą.

55. Informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, 2009–2011 m. dėl onkologinių ligų (C00–C96, išskyrus C81–C96) (pagal TLK-10-AM) buvo gydyti 157 187 piktybiniais (solidiniais) navikais sergantys asmenys, 9 844 asmenys, sergantys limfinio, kraujodaros ir jiems giminingų audinių piktybiniais navikais (C81-C96 (pagal TLK-10-AM), 269 391 asmuo, sergantis gerybiniais navikais (D10-D36 (pagal TLK-10-AM), 11 183 asmenys, sergantys navikais *in situ* (D00-D09 (pagal TLK-10-AM) bei 20 417 – neaiškios ar nežinomos eigos navikais (10 lentelė).

10 lentelė. 2009–2011 m. dėl onkologinių ligų gydyti asmenys (VLK duomenys).

Eil. Nr.	Diagnozių kodai pagal TLK-10-AM	Diagnozių pavadinimai	Asmenų skaičius*
1.	C00–C14	Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	3 492
2.	C15–C26	Virškinimo organų piktybiniai navikai	25 086
3.	C30–C39	Kvėpavimo ir krūtinės ląstos organų piktybiniai navikai	11 279
4.	C40–C41	Kaulų ir sąnarinių kremzlių piktybiniai navikai	1 089
5.	C43	Odos piktybinė melanoma	3 648
6.	C44	Kiti odos piktybiniai navikai	17 122
7.	C45–C49	Mezotelinių ir minkštųjų audinių piktybiniai navikai	1 931
8.	C50	Krūties piktybiniai navikai	18 839
9.	C51–C58	Moters lyties organų piktybiniai navikai	15 652
10.	C60–C63	Vyro lyties organų piktybiniai navikai	32 366

11.	C64–C68	Šlapimo organų piktybiniai navikai	12 265
12.	C69–C72	Akių, smegenų ir kitų centrinės nervų sistemos dalių piktybiniai navikai	3 821
13.	C73–C75	Skydliaukės ir kitų vidaus sekrecijos liaukų piktybiniai navikai	4 181
14.	C76–C80	Netiksliai apibrėžti, metastaziniai ir nepatikslintos lokalizacijos piktybiniai navikai	6 416
Iš viso			157 187
15.	C81–C96	Limfinio, kraujodaros ir jiems giminingų audinių piktybiniai navikai	9 844
16.	D00–D09	Navikai *in situ*	11 183
17.	D10–D36	Gerybiniai navikai	269 391
18.	D37–D48	Neaiškios ar nežinomos eigos navikai	20 417

*Asmuo skaičiuotas tik vieną kartą, jei gavo paslaugas pagal nurodytas TLK-10-AM paslaugų diagnozes 2009–2011 m. laikotarpiu.

56. 2009–2011 m. informacinės sistemos SVEIDRA duomenys apie PSDF biudžeto lėšomis apmokėtas paslaugas (gydytus pacientus) pagal nurodytas TLK-10-AM diagnozes pateikti 11 lentelėje.

11 lentelė. Pacientų, kuriems 2009–2011 m. buvo suteiktos paslaugos, apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, skaičius (VLK duomenys).

Diagnozių kodai pagal TLK-10-AM	Diagnozių pavadinimai	Pacientų skaičius* 2009–2011 m. (visi paslaugų kodai, išskyrus I lygio ambulatorines paslaugas)						
		LSMUL VšĮ KK	NVI	VšĮ VUL SK	VšĮ KUL	VšĮ RPL	VšĮ RŠL	Kitos įstaigos
C00–C80	Piktybiniai navikai	30 872	38 309	8 008	16 073	9 278	6 823	40 948
C81–C96	Limfinio, kraujodaros ir jiems giminingų audinių piktybiniai navikai	2 157	376	4 032	243	484	544	2 697
D00–D09	Navikai *in situ*	1 421	3 065	177	334	90	364	1 606
D10–D36	Gerybiniai navikai	3 813	602	1 419	791	786	611	6 756
D37–D48	Neaiškios ar nežinomos eigos navikai	2 759	143	3 303	585	735	666	4 974
Iš viso (C00–D48)		39 075	41 078	16 075	17 484	10 889	8 414	54 906

*Tas pats asmuo, kuriam toje įstaigoje 2009–2011 m. buvo teiktos paslaugos, skaičiuojamas vieną kartą.
Lentelėse ir paveiksluose vartojami sutrumpinimai:
LSMUL VšĮ KK – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos (kartu su filialu Onkologijos ligonine);
NVI – Nacionalinis vėžio institutas;
VšĮ VUL SK – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;
VšĮ KUL – VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė;
VšĮ RPL – VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė;
VšĮ RŠL – VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė.

57. Onkologinėmis ligomis sergantys pacientai konsultuojami tiek specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose, tiek ir kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, 2009–2011 m. PSDF lėšomis apmokėtų II, III lygio ambulatorinių konsultacijų daugiausia suteikė kitos, o ne specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos, taip pat LSMUL VšĮ Kauno klinikos ir Nacionalinis vėžio institutas (21 pav.).

21 pav. II, III lygio PSDF biudžeto lėšomis 2009–2011 m. apmokėtos onkologinėmis ligomis sergančių pacientų konsultacijos pagal sveikatos priežiūros įstaigas (VLK duomenys).

58. 2006–2011 m. onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamoms II ir III lygio ambulatorinėms konsultacinėms paslaugoms apmokėti skiriamos PSDF biudžeto lėšos nuosekliai didėjo: nuo 3 659 200 Lt (2006 m.) iki 8 703 800 Lt (2011 m.) bei 12 230 400 Lt (2013 m.), ir sudarė atitinkamai 1,6 proc., 2,2 proc. ir 3,0 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų, skirtų II ir III lygio ambulatorinių konsultacinių paslaugų finansavimui.

59. Vienas pagrindinių pastarąjį dešimtmetį vykdomos sveikatos priežiūros sistemos reformos elementų yra teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūros optimizavimas, siekiant užtikrinti geresnį gyventojų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą, prieinamumą ir racionalesnį išteklių panaudojimą. Norint pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, reikia tobulinti stacionarinių ir ambulatorinių paslaugų santykį, plėtoti dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas.

Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamos vadovaujantis Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugų teikimo asmens sveiktos priežiūros įstaigose reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1167 „Dėl Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugų teikimo asmens sveiktos priežiūros įstaigose reikalavimų aprašo ir Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“.

Informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, 2009–2011 m. PSDF biudžeto lėšomis apmokėtų dienos stacionaro paslaugų onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams daugiausia suteikė LSMUL VšĮ Kauno klinikos ir Nacionalinis vėžio institutas (22 pav.).

22 pav. 2009–2011 m. onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams suteiktos dienos stacionaro paslaugos, apmokėtos PSDF biudžeto lėšomis, pagal sveikatos priežiūros įstaigas (VLK duomenys).

60. 2006–2011 m. onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamoms dienos stacionaro paslaugoms skiriamos PSDF biudžeto lėšos nuosekliai didėjo: nuo 1 108 600 Lt (2006 m.) iki 12 497 500 Lt (2011 m.) ir iki 16 148 000 Lt (2013 m.), ir sudarė atitinkamai 8,2 proc., 33,2 proc. ir 34,6 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų, skirtų dienos stacionaro paslaugų finansavimui.

61. Onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams atliekami brangūs tyrimai, tokie kaip kompiuterinės tomografijos tyrimas, magnetinio rezonanso tomografijos tyrimas, pozitronų emisijos tomografijos tyrimai su fluorodeoksigliukoze.

Siuntimą atlikti brangių tyrimų, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, turi teisę išduoti gydytojas specialistas, teikiantis antrinio ar tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vadovaudamasis Siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymu Nr. V-636 „Dėl Siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

62. Onkologinių ligų gydymas yra kompleksinis. Teikiant šiuolaikinę onkologinę pagalbą, derinami įvairūs chirurgijos, spindulinės terapijos, chemoterapijos ir kiti metodai. Ypač svarbus kokybiškas, kvalifikuotas chirurginis gydymas. Būtina siekti, kad onkologiniai ligoniai būtų operuojami tik tose gydymo įstaigose, kuriose dirba pakankamai patyrę specialistai ir yra tinkamos sąlygos kompleksiniam gydymui užtikrinti. Informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, 2009–2011 m. PSDF biudžeto lėšomis apmokėtų dienos chirurgijos ir stacionarinių paslaugų onkologiniams pacientams, kai buvo atliktos operacijos, daugiausia suteikė Nacionalinis vėžio institutas ir LSMUL VšĮ Kauno klinikos (23 ir 24 pav.).

VšĮ RKL – VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė;
VšĮ RVUL – VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė;
VšĮ VMKL – VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė.

23 pav. Chirurgijos paslaugų, teiktų 2009–2011 m. onkologinėmis ligomis (C00–D48 (pagal TLK-10-AM) sergantiems pacientams, pasiskirstymas tarp sveikatos priežiūros įstaigų (VLK duomenys).

VšĮ KKL – VšĮ Kauno klinikinė ligoninė.

24 pav. Chirurgijos paslaugų, 2009–2011 m. teiktų onkologinėmis ligomis (C00–C96 (pagal TLK-10-AM) sergantiems pacientams, pasiskirstymas tarp sveikatos priežiūros įstaigų (VLK duomenys).

63. Konservatyvios onkologijos paslaugos teikiamos ne tik onkologinę pagalbą teikiančių ligoninių dienos stacionaruose, bet ir stacionaruose. Informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, stacionarinių onkologijos-chemoterapijos ir onkologijos-radioterapijos paslaugų (stacionarinių onkologijos-chemoterapijos paslaugų kodai 2492–2499, 2312–2319, 2837, stacionarinių onkologijos-radioterapijos paslaugų kodai 2507, 2325) 2009–2011 m. daugiausia suteikė LSMUL VšĮ Kauno klinikos ir Nacionalinis vėžio institutas (25 ir 26 pav.).

25 pav. Stacionarinių onkologinės-chemoterapijos paslaugų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigas 2009–2011 m. (VLK duomenys).

26 pav. Stacionarinių onkologijos-radioterapijos paslaugų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigas 2009–2011 m. (VLK duomenys).

64. 2006–2011 m. onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamoms stacionaro paslaugoms skiriamos PSDF biudžeto lėšos nuosekliai didėjo: nuo 97 257 400 Lt (2006 m.) iki 123 855 100 Lt (2011 m.) ir iki 142 196 400 Lt (2013 m.), ir sudarė vidutiniškai 8,8 proc. 2006–2011 m. ir 9,5 proc. 2013 m. visų PSDF biudžeto išlaidų, skirtų stacionaro paslaugoms finansuoti.

65. Kadangi daugėja anksti diagnozuojamų onkologinių ligų ir gerėja pacientų funkcinė būklė, prioritetinėmis tampa ambulatoriškai teikiamos spindulinės terapijos paslaugos.

66. Analizuojant teikiamų paslaugų dėl onkologinių ligų apimtis, matyti, kad vyksta onkologiniams pacientams teikiamų paslaugų koncentracija onkologinę pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose. Tokia tendencija pastebėta išsivysčiusiose šalyse. Vystantis onkologijos mokslui ir

tobulėjant gydymo metodams, šiuolaikinėse onkologinę pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose turi būti teikiama daugiaprofilinė pagalba ir dirbti daugiadalykė specialistų komanda, kuri spręstų dėl pacientui tinkamiausio gydymo būdo ir proceso. Lietuvoje vykstantys procesai atitinka bendras Europos tendencijas.

67. Onkologinių ligų chirurginis gydymas – chirurginis įvairios lokalizacijos piktybinių navikų gydymas. Šis gydymo metodas derinamas su kitais onkologinių ligonių gydymo metodais ir yra glaudžiai susijęs su reabilitacija, slauga. Šiuolaikinė chirurgija susijusi su invazinėmis specifinės diagnostikos ir tyrimo procedūromis. Įvairiose pasaulio šalyse onkologinėje chirurgijoje plačiai naudojama robotų chirurgija, tačiau Lietuvoje tokio pobūdžio operacijos nėra atliekamos. Apie 90 proc. onkologinėmis ligomis sergančių pacientų atliekamos įvairios apimties operacijos.

Siekiant, kad paslaugos būtų kompleksiškos ir kokybiškos, onkologinė chirurgija turi būti koncentruojama universitetų ligoninėse ir specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiuose sveikatos priežiūros įstaigose, kur atliekama pakankamai daug onkologinių operacijų ir gydytojai yra sukaupę daug patirties.

68. Dienos chirurgijos paslaugos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamos vadovaujantis Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimais ir Dienos chirurgijos paslaugų sąrašu, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. V-668 „Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų ir Dienos chirurgijos paslaugų sąrašo patvirtinimo“.

Dienos chirurgijos paslauga – tai planinė intervencinė gydomoji ir (ar) diagnostinė asmens sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikiant gali būti taikoma vietinė, regioninė ar bendroji nejautra ir užtikrinama paciento priežiūra iki 24 valandų. Prireikus priežiūra gali būti pratęsiama iki 48 valandų. Teikiamos tokios dienos chirurgijos paslaugos, kaip piktybinių, nepiktybinių odos navikų pašalinimas, akies ir akies priedų, jungiamojo audinio, krūties gerybinio naviko pašalinimas ir kt.

69. Ambulatorinės chirurgijos paslaugos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamos vadovaujantis Ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimais ir ambulatorinės chirurgijos paslaugų sąrašu, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymu Nr. V-754 „Dėl Ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų ir ambulatorinės chirurgijos paslaugų sąrašo patvirtinimo“.

Ambulatorinės chirurgijos paslauga – tai planinė gydomosios sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikiant gali būti taikoma vietinė ar regioninė nejautra, kurią atlieka operuojantis ar procedūrą atliekantis gydytojas ir po kurios užtikrinama paciento pooperacinė (poprocedūrinė) priežiūra bei galimybė suteikti sveikatos priežiūros paslaugas, neatitraukiant jo nuo įprastos socialinės aplinkos. Atliekamas kai kurių piktybinių ir nepiktybinių navikų pašalinimas ir kt.

70. Onkologinių ligų spindulinė terapija – tai jonizuojančiosios spinduliuotės panaudojimas onkologinėms, o kartais ir neonkologinėms ligoms gydyti, taip pat paliatyviai pagalbai, siekiant pagerinti onkologinėmis ligomis sergančių ligonių gyvenimo kokybę. Spindulinės terapijos tikslas – skirti navikui naikinti reikalingą jonizuojančiosios spinduliuotės dozę ir tausoti sveikus paciento audinius ir organus.

Spindulinė terapija – vienas svarbiausių kompleksinio gydymo metodų, naudojamas siekiant suvaldyti vėžį. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, šis metodas skiriamas ne mažiau kaip pusei onkologinėmis ligomis sergančių pacientų. Atsižvelgiant į onkologinės ligos pobūdį, gydymo metodai kombinuojami, norint pasiekti geriausių rezultatų.

Lietuvoje penkiuose spindulinės terapijos centruose yra 11 linijinių greitintuvų. Aukštos dozės galios brachiterapijos įranga instaliuota pagrindiniuose spindulinio gydymo centruose. Siekiant laiku ir kokybiškai gydyti pacientus, būtina užtikrinti spindulinės terapijos infrastruktūros atnaujinimą laiku ir naujų pažangių technologijų diegimą.

71. Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamos vadovaujantis Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugų teikimo asmens sveiktos priežiūros įstaigose reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1167 „Dėl Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugų teikimo asmens sveiktos priežiūros įstaigose reikalavimų aprašo ir Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“. Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugos teikiamos naudojant šiuolaikines spindulinės terapijos technologijas (2D spindulinė terapija, paruošimas 3D konforminei spindulinei terapijai, 3D konforminės spindulinės terapijos procedūra, brachiterapija ir kt.), neatitraukiant pacientų nuo jų įprastos socialinės aplinkos.

72. Onkologinių ligų gydymas chemoterapija ir (ar) taikinių terapija 70–90 proc. onkologinėmis ligomis sergančių ligonių taikomas kaip kombinuotas gydymo elementas arba kaip pagrindinis gydymo metodas. Taikinių terapija – tai naujas mažai nepageidaujamų reiškinių turintis gydymo metodas, ženkliai pailginantis sergančiųjų onkologinėmis ligomis gyvenimo trukmę, pagerinantis jų gyvenimo kokybę, tačiau neretai reikalaujantis sudėtingos molekulinės genetinės diagnostikos. Todėl chemoterapija ir (ar) taikinių terapija turi būti skiriama tik specializuotą onkologinę pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų stacionaruose ir dienos stacionaruose, kuriuose yra kompleksinė navikų diagnostikos infrastruktūra ir dirba onkologinei pagalbai teikti būtini specialistai.

73. 2011–2013 m. laikotarpiu į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą), patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“, įrašytas 21 PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas vaistinis preparatas, skirtas onkologinėms ligoms gydyti.

74. PSDF biudžeto išlaidos vaistams nuo navikų nuolat didėjo – nuo 61 mln. Lt 2005 m. iki 118,9 mln. Lt 2009 m. 2011 m. Išlaidos onkologinių ligų ambulatoriniam gydymui sudarė apie 15 proc. PSDF biudžeto išlaidų visiems ambulatoriniam gydymui skirtiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms. Tačiau Lietuva pagal skiriamas lėšas vieno ligonio, sergančio piktybiniu naviku, antinavikiniams vaistams ženkliai atsilieka nuo Europos šalių vidurkio.

75. Įvairių lokalizacijų piktybinių navikų gydymo finansavimas nėra tolygus. Yra navikų, kurių medikamentinis gydymas nėra kompensuojamas (pvz., neuroendokrininiai navikai). Kai kurių lokalizacijų vėžio kompensuojamas tik pirmaeilis gydymas (pvz., inkstų, gastrointestinaliniai stomos navikai). Paminėtinas ir plaučių vėžys, kuris yra vienas dažniausių piktybinių susirgimų Lietuvoje, nuo kurio miršta daugiausia onkologinių ligonių, todėl naujų antinaviknių vaistų prieinamumas turėtų būti gerinamas.

76. 2006–2013 m. onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams centralizuotai perkamiems vaistiniams preparatams ir medicinos pagalbos priemonėms skiriamos PSDF biudžeto lėšos nuosekliai didėja.

Analizuojant PSDF biudžeto išlaidų antinavikiniams vaistams (antineoplastiniams vaistams ir imunomoduliatoriams) pasiskirstymą 2005–2010 m., matyti, kad 2005–2009 m. PSDF biudžeto išlaidos antinavikiniams vaistams didėjo, o 2010 m. (palyginti su 2009 m.) sumažėjo 6,3 procento. 2010 m. PSDF biudžeto išlaidos antinavikiniams vaistams sudarė 111,4 mln. Lt, 2009 m. – 118,9 mln. Lt, 2008 m. – 112,8 mln. Lt, 2007 m. – 97,6 mln. Lt, 2006 m. – 80,3 mln. Lt , o 2005 m. – 61,0 mln. litų. 2012 m. antinavikiniams vaistams išleista 117 505 433 Lt, 2013 m. – 148 726 045 Lt., t. y. 26,6 proc. daugiau.

Didžiausios PSDF biudžeto išlaidos teko imunostimuliantams (2008 m. – 38,9 mln. Lt, 2009 m. – 48,6 mln. Lt, 2010 m. – 47,9 mln. Lt, 2011 m. – 50,3 mln. Lt, 2012 m. – 53,6 mln. Lt, 2013 – 53,2 mln. Lt) ir hormonams (2008 m. – 36,6 mln. Lt, 2009 m. – 35,9 mln. Lt, 2010 m. – 32,0 mln. Lt, 2011 m. – 27,6 mln. Lt, 2012 m. – 23,9 mln. Lt, 2013 m. – 24,2 mln. Lt). Nemažai PSDF biudžeto išlaidų buvo skirta antineoplastiniams vaistams (2008 m. – 27,8 mln. Lt, 2009 m. – 25,6 mln. Lt, 2010 m. – 23,5 mln. Lt, 2011 m. – 19,8 mln. Lt, 2012 m. – 31,9 mln. Lt, 2013 m. – 62,4 mln. Lt).

77. Ankstyva onkologinių ligų diagnostika ir visavertis gydymas – viena iš 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos investicijų sveikatos sektoriui krypčių, kuri numatyta Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-799 „Dėl Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programos patvirtinimo“. Programa įgyvendinama iki 2015 m. pabaigos, investicijų tikslas – mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų, pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir pagerinti jo kokybę, modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą ir gerinant teikiamų paslaugų kokybę. Šios krypties įgyvendinimui skirta 168,995 mln. Lt (iš jų iki 143,814 mln. Lt – ES struktūrinių fondų paramos lėšos). Lėšos skiriamos medicinos ir (ar) laboratorinei įrangai ir įrenginiams, naudojamiems onkologinių ligų diagnostikai ir gydymui, įsigyti, statinių ir (ar) patalpų, susijusių su onkologinėmis ligomis susijusių paslaugų teikimu, statybai, rekonstravimui ir remontui ir veikiančiuose kaulų čiulpų transplantacijos centruose visiškai izoliuotų vienviečių palatų su laminarine oro tėkmės ventiliacija ir oro kondicionieriais remontui, rekonstrukcijai arba naujų palatų įrengimui bei šių palatų aprūpinimui reikiama medicinos ir laboratorine įranga, programinei ir kompiuterinei įrangai, kuri tiesiogiai susijusi su onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų teikimu (medicininių duomenų apdorojimu bei analize), įsigyti.

2009–2013 m. laikotarpiu ES struktūrinių fondų finansavimas skirtas 10 projektų, kurių bendra vertė 168,995 mln. litų, įgyvendinimui. Įgyvendinant projektus modernizuojama infrastruktūra šiose specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose: Nacionaliniame vėžio institute, LSMUL VšĮ Kauno klinikose, VšĮ VUL Santariškių klinikose, VšĮ Vaikų ligoninėje, VUL VšĮ Santariškių klinikų filiale,

VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, bei tam tikra diagnostine įranga aprūpinamos VšĮ Tauragės ligoninė, VšĮ Regioninė Telšių ligoninė, VšĮ Marijampolės ligoninė ir VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė. Taip sudaromos galimybės teikti kokybiškas paslaugas, mažinti šalutinį poveikį pacientui, greičiau ir efektyviau diagnozuoti ligas ir jas gydyti. Šiuo laikotarpiu įsigyta medicinos ir laboratorinės įrangos, naudojamos diagnostikos, spindulinės terapijos, navikų chirurgijos, onkohematologijos, kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos srityje (5 linijiniai greitintuvai, 10 mamografų, 2 magnetinio rezonanso tomografai, 4 kompiuteriniai tomografai ir kt. įranga), įdiegta pažangi onkologinių ligų diagnostikai skirta technologija – pozitronų emisijos tomografija, ir renovuota patalpų, susijusių su onkologinių paslaugų teikimu, už 139,863 mln. litų. Iki 2013 m. pabaigos baigti įgyvendinti 6 projektai, kurių bendra vertė 84,394 mln. Lt. 2014 m. ir 2015 m. laikotarpiu toliau bus tęsiamas 4 projektų įgyvendinimas.

78. Iš Valstybės investicijų programos 2003–2008 m. skirta 21 528 000 Lt. Už šias lėšas LSMUL VšĮ Kauno klinikos (su filialu Onkologijos ligonine), VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, Nacionalinis vėžio institutas įsigijo linijinius greitintuvus, Nacionalinis vėžio institutas įsigijo brachiterapijos aparatą, o VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė – endokavitalinį daviklį su priedu biopsijoms ir kaprografui.

79. Numatomos veiklos kryptys:

79.1. koncentruoti pacientų srautus specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose, sudarant galimybes pacientams laiku gauti reikiamas diagnostikos paslaugas ar gydomąją pagalbą;

79.2. pradėti teikti spindulinės terapijos paslaugas VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje;

79.3. sprendimus dėl pacientui taikytino diagnostikos ir gydymo plano priimti daugiadalykei komandai, į sprendimų priėmimo procesą įtraukti pacientą;

79.4. klinikinėje praktikoje taikyti Lietuvai pritaikytas Europos mokslininkų rekomenduojamas klinikinės praktikos gaires, diegti naujas technologijas;

79.5. optimizuoti spindulinės terapijos paslaugų teikimą – parengti Radioterapijos paslaugų teikimo optimizavimo ir įrangos atnaujinimo planą (inventorizuoti turimą infrastruktūrą, naudojamą įrangą, įvertinti įrangos naudojimo laiką, efektyvumą, žmogiškųjų išteklių poreikį, nustatyti reikalavimus dėl spindulinio gydymo laukimo laiko, taikyti Europos mokslininkų parengtas klinikinės praktikos gaires, saugos protokolus ir kt.);

79.6. gerinti chemoterapijos bei inovatyvios terapijos prieinamumą, siekti, kad laikotarpis nuo naujų moksliškai pagrįstų technologijų įregistravimo iki jų įdiegimo bei kompensavimo PSDF lėšomis būtų ne ilgesnis kaip 3 metai po jų registracijos;

79.7. gilinti sveikatos priežiūros specialistų žinias apie naujoves onkologijos srityje;

79.8. atnaujinti specializuotą onkologinę pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, turimą diagnostinę ir gydomąją įrangą, diegti šiuolaikišką įrangą.

X SKYRIUS
MEDICININĖ REABILITACIJA, SLAUGA, PALIATYVIOJI PAGALBA, PSICHOSOCIALINĖ PAGALBA

80. Medicininės reabilitacijos paslaugos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymu Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ įstaigose, turinčiose teisę teikti atitinkamo profilio medicininės reabilitacijos paslaugas.

Apie medicininės reabilitacijos paslaugų poreikį, sutrikus biosocialinėms funkcijoms, sprendžia gydantis gydytojas kartu su fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoju, t. y. gydantis gydytojas, vadovaudamasis fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos išvada, skiria medicininį reabilitacinį gydymą. Onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams skiriama daugiau psichologo konsultacijų – per 10 darbo dienų skiriamos 5 (vidutiniškai) psichologo konsultacijos, taikoma meno terapija, aromaterapija ir kt.

81. 2006–2011 m. onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamoms medicininės reabilitacijos paslaugoms skiriamos PSDF biudžeto lėšos nuosekliai didėjo: nuo 3 772 600 Lt 2006 m. iki 7 239 600 Lt 2011 m., ir sudarė atitinkamai nuo 3,4 proc. iki 4,9 proc. išlaidų nuo visų PSDF biudžeto išlaidų, skirtų medicininės reabilitacijos paslaugoms finansuoti.

82. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos bei paliatyvioji pagalba onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiama vadovaujantis Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymu Nr. V-393 „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, ir Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

Paliatyvioji pagalba – ligonio, sergančio gyvybei pavojinga nepagydoma progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas. Paliatyviosios pagalbos paslaugas gali teikti ambulatorinės ir stacionarinės ASPĮ, organizuodamos šių paslaugų teikimą stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis.

2011 m. HI SIC duomenimis, iš 8 106 mirusių onkologinių ligonių 3 171 mirė namuose (t. y. daugiau kaip 39 proc.). Svarbu palengvinti paskutiniąsias nepagydomų ligonių dienas namuose, padėti jiems iki gyvenimo pabaigos išlikti oriems, atkreipiant dėmesį į tai, kad ligonio gyvenimo pabaigoje yra svarbūs ne tik biologiniai poreikiai, bet ir psichologinės, dvasinės problemos, apmokyti šeimos narius, kaip pagelbėti ligoniui.

83. 2008–2013 m. onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamoms paliatyviosios pagalbos paslaugoms skiriamos PSDF biudžeto lėšos nuosekliai didėjo: nuo 590 800 Lt 2008 m. iki 4 038 500 Lt 2011 m. ir 4 674 400 Lt 2013 m., ir sudarė atitinkamai 46,1 proc., 44,1 proc. ir 41,1 proc. išlaidų nuo visų PSDF biudžeto išlaidų, skirtų paliatyviosios pagalbos paslaugoms finansuoti.

84. Pacientams, patiriantiems skausmą, dienos stacionaro sąlygomis teikiamos invazinės skausmo malšinimo paslaugos. Jos teikiamos vadovaujantis Invazinių skausmo malšinimo dienos stacionaro paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo sveikatos priežiūros įstaigose reikalavimais, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-430 „Dėl Invazinių skausmo malšinimo dienos stacionaro paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo sveikatos priežiūros įstaigose reikalavimų patvirtinimo“. Skausminiam sindromui gydyti taikomi šie gydymo metodai (iš kurių bent vienas būtinas): radiodažninė destrukcija, stuburo sąnarių blokada, trigerinių taškų blokada ir kt.

85. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakyme Nr. V-208 „Dėl Būtinosios medicinos pagalbos ir Būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ nurodoma skausmą vertinti balais. Jis skirstomas pagal stiprumą ir pagalbos suteikimo skubumą, patvirtintos skausmo stiprumo vertinimo skalės, įvertintą skausmo stiprumą nurodoma laikyti pagrindu vaistams nuo skausmo skirti. Šis įsakymas įpareigoja vertinti skausmo stiprumą kaip ir kitus gyvybinius požymius ir teikti būtinąją pagalbą vidutinio ir stipraus skausmo atveju.

86. Nuo 2005 m. lapkričio 15 d. įsigaliojo patobulinta narkotinių ir psichotropinių vaistų išrašymo tvarka. Siekiant sudaryti sąlygas efektyviau gydyti skausmą narkotiniais vaistais, vietoj reikalavimo, leidžiančio išrašyti narkotinius vaistus, išskyrus transdermines terapines sistemas (TTS), kurių buvo leidžiama išrašyti iki 30 dienų gydymo kursui, ne ilgesniam kaip 7 dienų gydymo kursui, patobulintoje tvarkoje buvo nustatyta, kad skausmui malšinti narkotinių vaistų, nustačius jų individualią veiksmingą palaikomąją paros dozę, priklausomai nuo farmacinės formos, galima skirti nuo 7 iki 30 dienų gydymo kursui (pvz., visų leidžiamų vartoti ambulatoriškai injekcinių formų leidžiama išrašyti ne ilgesniam kaip 15 dienų gydymo kursui, geriamųjų modifikuoto atpalaidavimo formų, transderminių pleistrų išrašoma ne ilgesniam kaip 30 dienų kursui ir pan.). Taip pat padidintas iki 8 g. (buvo 2 g.) leidžiamas vienu kartu išrašyti morfino kiekis.

87. Onkologinė liga sukelia ne tik fizines kančias, bet turi neigiamą įtaką ir psichosocialinei paciento būklei. Psichosocialinė pagalba onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams turi būti integruota į sveikatos priežiūros sistemą ir teikiama kvalifikuotų specialistų. Viena iš galimybių gauti reikalingą psichosocialinę pagalbą yra pacientų savitarpio pagalbos grupės.

88. Numatomos veiklos kryptys:

88.1. skirti medicininės reabilitacijos paslaugas pagal jų poreikį;

88.2. plėtoti paliatyviosios pagalbos teikimą ambulatoriškai, namuose;

88.3. užtikrinti psichosocialinės pagalbos teikimą onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, įdarbinant kvalifikuotą specialistą, sudarant sąlygas pacientų teisėms atstovaujančioms nevyriausybinėms organizacijoms vykdyti savitarpio paramos veiklą sveikatos priežiūros įstaigose;

88.4. klinikinėje praktikoje naudoti Lietuvai pritaikytas Europos mokslininkų parengtas klinikinės praktikos gaires;

88.5. parengti ir išleisti moksliniais įrodymais paremtą psichosocialinės pagalbos teikimo onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams metodinę literatūrą;

88.6. mokyti pacientus, jų šeimos narius, kaip padėti onkologiniams ligoniams namuose.

XI SKYRIUS
ILGALAIKIS ONKOLOGINIŲ LIGONIŲ STEBĖJIMAS

89. Ilgalaikio onkologinių ligonių stebėjimo tikslas – stebėti gydytus onkologinėmis ligomis sergančius pacientus, atlikti reikiamus tyrimus, kurie leistų dar nepasireiškus klinikiniams simptomams įtarti, kad vėžys atsinaujino ir, jei reikia, nedelsiant pradėti gydymą, prailginti ligos remisiją, ligonių gyvenimo trukmę, kartu pagerinti onkologinėmis ligomis sergančių gyvenimo kokybę. Ilgalaikį onkologinių ligonių stebėjimą būtina vykdyti aktyviau.

90. Onkologinėmis ligomis sergančių pacientų ilgalaikį stebėjimą (dispanserizaciją), vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“, vykdo šeimos gydytojai ir gydytojai specialistai. Pirminės asmens sveikatos priežiūros gydytojai (šeimos gydytojai, apylinkės terapeutai, apylinkės pediatrai) privalo turėti ligonių ilgalaikio stebėjimo (dispanserizacijos) sąrašus, kuriuose nurodomas gydytojas specialistas, dispanserizavęs ligonį, gydymo įstaiga bei dispanserizavimo priežastis. Gydytojai specialistai taip pat privalo turėti savo stebimų ligonių sąrašus, kuriuose būtų nurodyti pirminės sveikatos priežiūros gydytojas ir įstaiga.

91. Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymu Nr. V-288 „Dėl Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, nustato ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo, kurį vykdo asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys gydytojai specialistai, tvarką. Vienas iš šio aprašo priedų – Onkologinių ligų ilgalaikio pacientų, sergančių piktybiniais navikais, sveikatos būklės stebėjimo sąlygos ir ligų sąrašas, nustato 42 onkologinių ligų stebėjimo tvarką (stebėjimą vykdantį gydytoją specialistą, stebėjimo periodiškumą, laikotarpį ir kt.).

92. Numatoma veiklos kryptis – aktyviai vykdyti onkologinių ligonių ilgalaikį stebėjimą.

XII SKYRIUS
ONKOLOGIJOS MOKYMAS IR MOKSLAS

93. Onkologijos srities specialistų rengimą užtikrina Vilniaus universitetas ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Lietuvoje yra rengiami onkologai-radioterapeutai ir onkologai-chemoterapeutai. Rezidentūros programos parengtos ir atnaujintos pagal Europos atitinkamų specialybių studijų programas. Plėtojant aukštąjį medicinos mokslą ir integruojantis į Europos Sąjungą, universitetai siekia kurti, išlaikyti ir plėtoti intelektualųjį universitetų bendruomenės potencialą, padedantį siekti aukščiausios studijų kokybės, paremtos medicinos mokslo ir praktikos pasauliniais standartais bei skirtos visuomenės poreikiams tenkinti. Lietuvos sveikatos mokslų universitete ir Vilniaus universiteto Medicinos fakultete ikidiplominės, podiplominės ir tęstinės onkologijos studijų programos yra parengtos atsižvelgiant į 2005 m. rugsėjo 7 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo (OL 2005 L 255, p. 22) reikalavimus. Rengiamų specialistų ir egzistuojančių darbo vietų skaičius šiuo metu yra optimalus.

94. Įgyvendindami Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 25 d. įsakymu Nr. V-334 „Dėl Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo programos patvirtinimo“, kurioje kaip viena iš veiklos krypčių numatytas sveikatos specialistų kvalifikacijos tobulinimas onkologinių ligų srityje, Nacionalinis vėžio institutas, LSMUL VšĮ Kauno klinikos ir Higienos institutas įgyvendino projektus, finansuojamus 2007–2013 m. ES fondų lėšomis. Šių projektų įgyvendinimo metu buvo keliama gydytojų specialistų, šeimos gydytojų, visuomenės sveikatos specialistų bei kitų sveikatos specialistų kvalifikacija onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo, paliatyvaus gydymo ir skausmo malšinimo bei onkologinių ligų prevencijos srityse.

Nacionalinis vėžio institutas įgyvendino projektą „Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo onkologinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas Vilniaus universiteto Onkologijos institute“. Projekto įgyvendinimo laikotarpis – 2009 m. gegužės 4 d.–2014 m. balandžio 30 d., skirtas finansavimas – 2 649 449 Lt. Iki 2013 m. gruodžio 31 d. apmokyti 805 specialistai.

LSMUL VšĮ Kauno klinikos įgyvendino projektą „Sveikatos priežiūros specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių (širdies ir kraujagyslių, onkologijos, psichikos) ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikose“. Projekto įgyvendinimo laikotarpis – 2009 m. gegužės 4 d.–2014 m. sausio 31 d., skirtas finansavimas – 12 968 710 Lt. Iki 2013 m. gruodžio 31 d. apmokyti 424 specialistai.

Higienos institutas įgyvendino projektą „Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų ir slaugos darbuotojų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimas“. Projekto įgyvendinimo laikotarpis – 2009 m. gegužės 4 d.–2014 m. sausio 31 d., skirtas finansavimas – 2 966 720 Lt. Iki 2013 m. gruodžio 31 d. onkologinių ligų prevencijos tematika apmokyti 863 visuomenės sveikatos priežiūros specialistai.

95. Onkologinių ligų gydymo srityje nuolat vyksta sparti technologijų pažanga, todėl būtina ir toliau stiprinti specialistų įgūdžius bei kelti jų kvalifikaciją. Ypatingą dėmesį reikia skirti ankstyvosios vėžio diagnostikos mokymams, skirtiems šeimos gydytojams ir rajonų ligoninėse dirbantiems specialistams. Reikalingi specializuoti vėžio diagnostikos ir gydymo kvalifikacijos tobulinimo mokymai kompleksinę pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų specialistams (gydytojams onkologams-chemoterapeutams, gydytojams onkologams-radioterapeutams, gydytojams radiologams, radiologijos technologams, medicinos fizikams, chirurgams, psichoterapeutams bei kitiems specialistams, dirbantiems kompleksinę pagalbą teikiančiose įstaigose, mokslo darbuotojams, dirbantiems onkologijos srityje). Kvalifikacijos kėlimo kursai turi būti organizuojami pagal pripažintus tarptautinius standartus.

96. Europos Komisijos komunikate „Dėl veiksmų, nukreiptų prieš vėžį: Europos partnerystė“ Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui (Brussels, 24.6.2009 COM(2009) 291 final) pripažįstama, kad vėžio moksliniai tyrimai daugiausia atliekami nacionaliniu lygmeniu ir yra labai fragmentuoti bei skirtingi visoje ES. Europos Bendrija siekia sutelkti pastangas šios srities koordinavimui ES mastu gerinti pagal Europos mokslinių tyrimų erdvės tikslus. Be to, diegiami tokie projektai, kaip Inovacinių vaistų iniciatyva (IMI) ir ESFRI (Europos planas, kuris apima ir klinikinių tyrimų, ir biomedicininių mokslinių tyrimų infrastruktūrą), kurie yra naudingi vėžio moksliniams tyrimams. IMI yra Europos masto viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimas siekiant remti geresnių vaistų, įskaitant skirtus vėžiui gydyti, atradimus ir kūrimą, o ESFRI planu siekiama remti klinikinių tyrimų padalinių steigimą ir biobankus, kad būtų sudarytos sąlygos darnesnei Europos sistemai sukurti. Pažymėtina, kad 2001 m. balandžio 4 d. buvo priimta Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2001/20/EB dėl valstybių narių įstatymų ir kitų teisės aktų, susijusių su geros klinikinės praktikos įgyvendinimu atliekant žmonėms skirtų vaistų klinikinius tyrimus, suderinimo (OL 2001 L 121, p. 34), kuria buvo reglamentuotos priemonės klinikinių tyrimų atitikčiai gerai klinikinei praktikai užtikrinti. Patirtis parodė, kad šios direktyvos nuostatos yra įvairiai įgyvendintos valstybėse narėse ir nėra pasiektas visiškas suderinimas. 2014 m. balandžio 16 d. buvo priimtas Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES) Nr. 536/2014 dėl žmonėms skirtų vaistų klinikinių tyrimų, kuriuo panaikinama Direktyva 2001/20/EB (OL 2014 L 158, p. 1), kuriuo siekiama skatinti naujų vaistų kūrimą taikant aukštus saugumo ir etikos standartus, imtis priemonių stabdyti šiuo metu mažėjantį klinikinių tyrimų, atliekamų ES valstybėse narėse, skaičių, taip pat užtikrinti inovatyvių bei veiksmingų gydymo technologijų prieinamumą ES pacientams.

Europos komisija rekomenduoja šiuos veiksmus, kuriais siekiama bendradarbiauti vėžio mokslinių tyrimų srityje ir juos koordinuoti:

96.1. bendradarbiavimo galimybių įvertinimą ir partnerių telkimą kolektyviniam darbui Europos vėžio mokslinių tyrimų kliūtims įveikti;

96.2. mokslinių tyrimų ir metodikos trūkumų nustatymą, bendradarbiavimo mokslinių tyrimų srityje stiprinimą, kad būtų išvengta veiksmų dubliavimo ir būtų stiprinami prevencijos ir taikomieji moksliniai tyrimai;

96.3. informacijos apie vėžio mokslinius tyrimus ir ypač klinikinius tyrimus prieinamumo visuomenei gerinimą.

97. Lietuvos universitetų mokslininkų, įvairių specialybių gydytojų, onkologinę pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų ir kitų institucijų bendradarbiavimas vystant onkologijos mokslą integruojasi į kompleksinį Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos uždavinių sprendimą. Visapusiškas požiūris į vėžį turi apimti visus onkologijos mokslinių tyrimų aspektus – nuo prevencijos iki taikomųjų ir klinikinių tyrimų. Pagrindinis strateginis tikslas

– integruotis į Europos bendrąją mokslinių tyrimų erdvę, siekiant kurti ir kaupti naujas onkologijos žinias ir kartu gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę.

98. Lietuvoje minimaliai vykdomi fundamentalūs onkologijos tyrimai. Pagrindinė šios problemos priežastis – šiuolaikinės bazinės įrangos trūkumas. Studentams, magistrantams, doktorantams, dėstytojams, mokslo darbuotojams yra būtinos eksperimentinių tyrimų su ląstelėmis ir gyvaisiais audiniais žinios bei patirtis, o šiuolaikiniai genomikos ir proteomikos, ląstelių biologijos tyrimai reikalauja naujų technologijų įdiegimo ir mokslo infrastruktūros plėtros.

99. Numatomos veiklos kryptys:

99.1. gerinti onkologijos srities mokymų kokybę, siekiant visų rengiamų sveikatos sričių specialistų geresnio pasirengimo vėžio profilaktikos klausimais, geresnio mokėjimo diagnozuoti ankstyvųjų stadijų onkologines ligas, geresnių onkologinių ligonių slaugos ir paliatyviosios pagalbos teikimo įgūdžių;

99.2. stiprinti sveikatos priežiūros specialistų įgūdžius bei kelti kvalifikaciją onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo srityje;

99.3. plėtoti mokslinių tyrimų, skirtų vėžio rizikos veiksnių analizei Lietuvoje, infrastruktūrą (mokslinių laboratorijų techninis aprūpinimas, kompiuterinės technikos, baldų įsigijimas, patalpų rekonstrukcija) bei ugdyti šios srities mokslininkus;

99.4. vykdyti, plėtoti onkologinių ligų genetinių pagrindų, molekulinių ir ląstelinių mechanizmų tyrimus;

99.5. integruotis į Europos bendrąją mokslinių tyrimų erdvę, siekiant kurti ir kaupti naujas onkologijos srities žinias ir kartu gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę.

XIII SKYRIUS
NEVYRIAUSYBINĖS PACIENTŲ TEISĖMS ATSTOVAUJANČIOS ORGANIZACIJOS

100. Nuo 2003 m. nevyriausybinių visuomeninių organizacijų, siekiančių padėti onkologinėmis ligomis sergantiems žmonėms ir jų artimiesiems, skaičius išaugo keturis kartus – šiuo metu jų yra daugiau kaip 40.

Pacientų organizacijas galima skirstyti į tas, kurios vykdo veiklą tam tikruose Lietuvos regionuose, ir į tas, kurios vykdo veiklą visoje šalyje. Regionuose veikiančių pacientų organizacijų (jų yra 14) pagrindiniai tikslai yra savitarpio pagalbos grupių veikla ir psichologinių konsultacijų teikimo organizavimas. Šios pacientų organizacijos neturi daug narių, labiau veikia kaip būreliai. Pacientų organizacijos, veikiančios visoje šalies teritorijoje (jų yra 10), kelia žymiai aukštesnius tikslus. Jų deklaruojami tikslai – mokymų organizavimas, savitarpio pagalbos grupių veikla, visuomenės švietimas, informavimas, socialinė integracija, psichologinių konsultacijų teikimo organizavimas, atstovavimas pacientų teisėms sveikatos apsaugos sistemos institucijose, socialinė pagalba, parama, bendradarbiavimas su tarptautinėmis organizacijomis, savanorystės skatinimas, įvairių programų įgyvendinimas.

101. Iki 2012 m. Lietuvoje onkologinių pacientų interesams atstovavo Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (toliau – LPOAT), kurios sudėtyje yra 30 nevyriausybinių organizacijų. Vis dėlto tik 6 iš 30 LPOAT narių yra onkologinių pacientų interesams atstovaujančių pacientų organizacijos.

2012 m. sausio mėn. devynios onkologijos srityje veikiančios nevyriausybinės organizacijos įsteigė Pagalbos onkologiniams ligoniams asociaciją (toliau – POLA). Šiuo metu POLA vienija 13 onkologinėje srityje veikiančių organizacijų, dalis jų – onkologinių pacientų draugijos, o kitos – pagalbą vėžiu sergantiems asmenims teikiančios organizacijos. POLA yra skaidri ir nepriklausoma, onkologinių pacientų interesams atstovaujanti organizacija, kurios misija – dėti visas įmanomas pastangas siekiant pagerinti onkologinių pacientų ir jų artimųjų gyvenimo kokybę. Savo veikloje POLA siūlo pasinaudoti užsienio šalių patirtimi, sutelkti dėmesį ne tik į sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir plėtoti informacines, psichologines, socialines paslaugas onkologiniams pacientams ir jų artimiesiems. Praktika rodo, kad valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos ne visada gali patenkinti onkologiniams pacientams būtinų paslaugų poreikį. Todėl POLA siūlo plėtoti nevyriausybinių organizacijų tinklą ir įtraukti visuomenės atstovus į savanoriškos pagalbos onkologiniams pacientams ir jų artimiesiems teikimą.

102. Tarptautiniu lygiu veikianti Europos onkologinių pacientų koalicija (toliau – EOPC) buvo įkurta 2003 m. ir šiuo metu vienija daugiau kaip 340 pacientų organizacijų 45 valstybėse, iš kurių 240 aktyviai veikia ES. EOPC šūkis – „viskas, kas susiję su mumis, negali būti sprendžiama be mūsų“. EOPC aktyviai dalyvauja visuose sprendimų priėmimo lygmenyse ES – koalicija turi patariamojo balso teisę Europos Sąjungos Taryboje, aktyviai dalyvauja Europos vaistų agentūros ekspertų darbo grupėse, konsultanto statusu dalyvauja Europos Komisijos teisėkūros procedūrose, Europos Parlamente reguliariai rengia seminarus, kuriems oficialų palaikymą išreiškia daugiau kaip 100 Europos Parlamento narių. EOPC patirtis parodė, kad tokio pobūdžio skėtinė organizacija, atstovaujanti išimtinai onkologinių pacientų interesams, yra reikalinga ir užima deramą vietą formuojant sveikatos politiką kartu su kitomis pacientų interesams atstovaujančiomis skėtinėmis organizacijomis, tokiomis kaip Europos pacientų forumas (EPF) – vienijantis lėtinėmis ligomis sergančius pacientus, ar Retomis ligomis sergančių pacientų organizacijų aljansas (EURORDIS), atstovaujantis retomis ligomis sergantiems pacientams.

103. Onkologijos srityje veikiančios skėtinės nevyriausybinės organizacijos:

103.1. Psichosocialinės onkologijos asociacija (toliau – POA), įsteigta 2007 m. POA tikslas – padėti onkologiniams pacientams spręsti psichologines, socialines ir dvasines su vėžio liga susijusias problemas ir padėti su onkologiniais ligoniais dirbantiems specialistams. Pagrindiniai POA veiklos uždaviniai – rengti ir įgyvendinti psichosocialinės pagalbos srities projektus; organizuoti profesinę pagalbą specialistams, dirbantiems su onkologinėmis ligomis sergančiais pacientais; inicijuoti mokslinius psichosocialinės pagalbos srities tyrimus ir juose dalyvauti; organizuoti ir skatinti įvairių sričių specialistų ir pacientų organizacijų kūrybinį bendradarbiavimą;

103.2. Lietuvos onkologų draugija (toliau – LOD), jos ištakos siekia 1933 m., kai organizacija vadinosi „Lietuvos kovos su vėžio liga draugija“. Dabartinį pavadinimą organizacija įgijo 2002 m. vasario mėn. LOD misija – remti pastangas sergamumui onkologinėmis ligomis ir mirtingumui nuo jų mažinti bei į kovą su onkologinėmis ligomis įtraukti ne tik onkologus, bet ir visus medicinos darbuotojus, įvairių specialybių ir profesijų žmones, visus visuomenės sluoksnius. LOD tikslai – skatinti onkologijos, kaip atskiros medicinos srities, plėtrą Lietuvoje, kelti gydytojų ir mokslininkų, dirbančių onkologijos srityje, kvalifikaciją. Šiuo metu LOD turi 75 narius;

103.3. Onkologijos srityje dirbančių draugijų asociacija (OSDDA), veikianti nuo 2011 m. sausio mėn. Ji vienija 8 onkologijos srityje profesiniu pagrindu veikiančias nevyriausybines organizacijas;

103.4. Lietuvos sveikos gyvensenos ir natūralios medicinos rūmai (toliau – LNSR), įkurti 2011 m. birželio mėn. LNSR tikslas – pagerinti žmonių sveikatą ir apsaugoti juos nuo lėtinių neinfekcinių ligų taikant saugius ir efektyvius sveikos gyvensenos ir natūraliosios medicinos metodus. LNSR vienija sveikos gyvensenos ir natūraliosios medicinos paslaugas ir produktus teikiančias verslo organizacijas;

103.5. Nacionalinė tabako ir alkoholio kontrolės koalicija (toliau – NTAKK), įkurta 2004 m. NTAKK tikslas – vykdyti tabako ir alkoholio vartojimo bei jų sukeliamų priklausomybės ligų prevenciją ir reabilitaciją bei koordinuoti visuomeninių organizacijų ir asmenų, vykdančių tabako ir alkoholio kontrolę ir jų vartojimo prevenciją, veiklą;

103.6. Sveikatos sektoriuje veikiančios nevyriausybinės organizacijos, aktyviai pradėjusios steigtis po 2000 m. Pastaraisiais metais naujų organizacijų steigimasis yra sumažėjęs. Tai iš dalies nulėmė ir sveikatos politikos formuotojų pozicija, iš pradžių sveikinusi naujų nevyriausybinių organizacijų steigimąsi ir kvietusi dalytis viešosios politikos formavimo atsakomybe, o vėliau peraugusi į pasyvų bendravimą su nevyriausybinėmis organizacijomis.

104. Pacientų organizacijos turėtų prisiimti dalį atsakomybės dėl informacinių, psichologinių, socialinių paslaugų onkologiniams pacientams ir jų artimiesiems plėtros, skatinti savanorišką pagalbą onkologiniams pacientams ir jų artimiesiems. Onkologijos srityje veikiančios nevyriausybinės organizacijos turi potencialą tapti svariais partneriais nacionaliniu mastu įgyvendinant sveikatos politiką onkologinių ligų srityje. Nevyriausybinės organizacijos teisėkūros procese gali pateikti konstruktyvių pasiūlymų onkologinių ligų prevencijos, diagnostikos, efektyvaus gydymo, visuomenės informavimo klausimais. Itin reikšmingas nevyriausybinių organizacijų vaidmuo ir indėlis teikiant psichologinę pagalbą onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams. Pacientui, kuriam onkologinė liga yra naujai diagnozuota ar pradėjusi progresuoti, suteikiama išsami ir suprantama konsultacija, kurios metu jam paaiškinama svarbiausia su ligos gydymu ir eiga susijusi informacija, nurodoma, kur rasti daugiau patikimos pacientą dominančios informacijos. Nevyriausybinės organizacijos rengia švietiamąsias programas ir diegia informavimo priemones, supažindinančias onkologinius pacientus, jų artimuosius ir visuomenę su sveikos mitybos, sveikos gyvensenos teikiama nauda, onkologinių ligų prevencinėmis programomis bei biomedicininių ir klinikinių tyrimų teikiama nauda ir susijusia rizika. Be to, pacientų draugijos perteikia grįžtamąjį ryšį ir sveikatos politikams išsako pacientų lūkesčius.

105. Numatomos veiklos kryptys:

105.1. nevyriausybinėms organizacijoms bendruomenėse vykdyti veiklą, susijusią su onkologinių ligų profilaktika: skatinti gyventojus dalyvauti šalyje vykdomose atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programose;

105.2. pripažinti ir integruoti nevyriausybines organizacijas kaip lygiaverčius partnerius organizuojant pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikimą, kviesti nevyriausybinių organizacijų atstovus į darbo grupes, sudarytas onkologiniams ligoniams aktualiems klausimams spręsti, teisės aktams rengti;

105.3. sudaryti sąlygas nevyriausybinėms organizacijoms vykdyti švietėjišką, konsultacinę, savitarpio ir psichosocialinės pagalbos veiklą: sveikatos priežiūros įstaigose suteikti patalpas ir sudaryti sąlygas pacientų savitarpio pagalbos grupėms veikti;

105.4. remti nevyriausybinių organizacijų įgyvendinamas programas, skirtas onkologinių ligų profilaktikai, pacientų gyvenimo kokybei gerinti ir kt.;

105.5. įgyvendinant inovatyvius ir efektyvius paslaugų teikimo modelius, įtraukti nevyriausybines organizacijas, privatų sektorių, bendruomenę į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procesą, skatinti savanorystę, siekiant sveiko senėjimo.

XIV SKYRIUS
LIMFINIO, KRAUJODAROS IR JIEMS GIMININGŲ AUDINIŲ PIKTYBINIAI NAVIKAI

106. 2000–2011 m. laikotarpiu limfinio, kraujodaros ir jiems gimininingų audinių onkologinių ligų sritis, dar vadinama onkohematologija (toliau – OH), Lietuvoje buvo vystoma keliomis pagrindinėmis kryptimis: 1) buvo konsoliduojama onkohematologijos tarnyba, 2) buvo diegiama moderni diagnostika; 3) buvo diegiami modernūs gydymo metodai; 4) buvo užtikrinama transfuzinė terapija specialiųjų poreikių pacientams; 5) vyko kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijų plėtra; 6) vykdyti klinikiniai vaistų tyrimai; 7) vyko mokslo plėtra; 8) buvo įgyvevendinamos „Vilties“ programos; 9) vykdoma populiacinė onkohematologinių ligų stebėsena; 10) veikė visuomeninės organizacijos.

106.1. OH tarnybos konsolidavimas. Lietuvoje OH ligas diagnozuoja ir gydo gydytojai hematologai. III lygio OH pagalba teikiama dviejose universitetų ligoninėse – VšĮ VUL Santariškių klinikose ir LSMUL VšĮ Kauno klinikose, bei VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje. III lygio pagalba – tai sudėtinga imunologinė, molekulinė diagnostika, intensyvios chemoterapijos taikymas OH ligoms gydyti, OH ligų komplikacijų gydymas, taikinių terapijos taikymas.

II lygio OH pagalbą teikia gydytojai hematologai Šiauliuose, Panevėžyje, Alytuje ir Utenoje. II lygio pagalbą sudaro neintensyvi chemoterapija, transfuzinė terapija ir OH komplikacijų gydymas. Siekiant didinti paslaugų prieinamumą, per pastarąjį dešimtmetį šalia stacionarinių paslaugų daug dėmesio buvo skiriama ambulatorinės OH pagalbos plėtojimui – sudarytos sąlygos nuodugniam ambulatoriniam OH paciento ištyrimui (genetiniai, imunologiniai tyrimai), įtvirtintos dienos stacionaro OH paslaugos (ambulatorinė chemoterapija, transfuzinė terapija).

106.2. Modernios diagnostikos diegimas. OH ligų diagnostika yra grindžiama morfologiniais, molekuliniais ir imuno(cito)histocheminiais tyrimais. Per pastarąjį dešimtmetį investicijos į tyrimų infrastruktūrą buvo gaunamos iš ES ir Europos ekonominės erdvės valstybių. Norvegijos finansinių mechanizmų investicinių projektų. Tai leido VšĮ VUL Santariškių klinikoms bei LSMUL VšĮ Kauno klinikoms kurti modernias laboratorijas, galinčias atlikti pažangius morfologinius bei imuno(cito)histocheminius OH ligų tyrimus. VšĮ VUL Santariškių klinikų molekulinės onkologinių bei onkohematologinių ligų diagnostikos laboratorijoje atliekami įvairūs molekuliniai OH ligų tyrimai, LSMUL VšĮ Kauno klinikos turi sąlygas atlikti esminius molekulinius tyrimus. OH diagnostika yra koncentruota dviejose universitetų ligoninėse, tačiau, esant glaudžiam hematologų bendradarbiavimui, yra prieinama visiems OH pacientams. Patvirtinus paslaugų įkainius, pažangūs molekuliniai bei imunologininiai tyrimai yra atliekami PSDF lėšomis.

106.3. Modernių gydymo metodų diegimas. OH ligų gydymo optimizavimas vyko keliomis kryptimis: buvo diegiama intensyvi bazinė chemoterapija, taikinių terapija bei vykdoma kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos plėtra.

Intensyvi bazinė chemoterapija, įskaitant vaistus komplikacijoms gydyti, yra finansuojama PSDF lėšomis bei koncentruojama trijuose III lygio OH paslaugas teikiančiuose stacionaruose, todėl yra visiškai prieinama Lietuvos OH pacientams.

Esminės taikinių terapijos diegimas (kompensavimas) šalyje buvo lėtas, pvz., perversmą onkologijoje padaręs tirozino kinazės inhibitorius lėtinei mieloleukemijai gydyti imatinibas ES buvo registruotas 2001 m., o Lietuvos OH pacientams visiškai prieinamas tapo tik 2011 m. Kitas esminis taikinių vaistas ne Hodžkino limfomai bei lėtinei limfoleukemijai gydyti rituksimabas ES registruotas 2004 m., o šalyje prieinamas tapo tik 2010–2011 m. Deja, bet daugelis taikinių terapijos vaistų Lietuvos OH pacientams prieinami tik iš dalies arba neprieinami.

106.4. Transfuzinės terapijos užtikrinimas specialiųjų poreikių pacientams. Visiems OH pacientams bei pacientams po kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos susilpnėja imunitetas, jiems reikia daugybės kraujo komponentų transfuzijų. Šis poreikis kelia specialius uždavinius kraujo tarnybai, pvz., taikyti universalią kraujo komponentų leukofiltraciją, švitinimą, gaminti CMV neigiamus, specialiai parinktus ir kt. kraujo komponentus. Plečiant universiteto ligoninių kraujo tarnybas, pacientų, turinčių specialių poreikių, aprūpinimas kraujo komponentais pagerėjo: VšĮ VUL Santariškių klinikų Kraujo centras visiškai aprūpina VšĮ VUL Santariškių klinikų ir VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės OH pacientų poreikius, LSMUL VšĮ Kauno klinikų Kraujo centras plečia veiklą. Patvirtinus ambulatorinės transfuzinės terapijos įkainius, pagerėjo transfuzinės terapijos prieinamumas ir sumažėjo stacionarinio gydymo poreikis.

106.5. Kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijų plėtra. Autologinė ir gimininga alogeninė kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija (toliau – KKL transplantacija) Lietuvoje pradėtos atitinkamai 2000 m. ir 1999 m. Negimininingo donoro KKL transplantacijos Lietuvoje pradėtos 2004 m. KKL transplantacija yra efektyviausias būdas ūminėms leukemijoms gydyti, taip pat gerina daugeliu kitų OH ligų sergančių pacientų išgyvenamumą. Teigiamas KKL transplantacijos aspektas – ji plėtojama viename transplantacijų centre Lietuvoje – VšĮ VUL Santariškių klinikose. VšĮ VUL Santariškių klinikose veikia du transplantacijų centrai – suaugusiųjų ir vaikų. Abu naudoja vieną VšĮ VUL Santariškių klinikų KKL transplantacijos infrastruktūrą. Tai leidžia pasiekti ne tik gerų medicininių rezultatų, bet ir racionaliausiai naudoti PSDF lėšas. Esant gerai organizacijai bei tinkamam finansavimui, KKL transplantacijos plėtra buvo sparti, šiuo metu Lietuvos KKL transplantacijų aktyvumas yra pasiekęs išsivysčiusių ES šalių lygį. Lietuvoje KKL transplantacija yra visiškai prieinama, eilių nėra. KKL transplantacijos tolesnė plėtra numatyta Nacionalinėje transplatacijos programoje.

106.6. Klinikinio mokslo plėtra, klinikiniai tyrimai ir „Vilties“ programos. Daugelis OH ligų yra neišgydomos, todėl naujų vaistų tyrimai yra vienas esminių būdų OH pacientų sveikatos priežiūrai gerinti. Pabrėžtina, kad naujų vaistų prieinamumas Lietuvos pacientams gydyti PSDF lėšomis pastarąjį dešimtmetį buvo ribotas, todėl klinikiniai tyrimai kai kuriais atvejais padėjo spręsti šią opią problemą, suteikdami pacientams galimybę gauti pažangiausią gydymą. Lietuvoje 2004–2011 m. vykdomų OH klinikinių vaistų tyrimų skaičius buvo ribotas: per metus vidutiniškai buvo vykdoma iki 3 klinikinių tyrimų bei pavieniai akademiniai klinikiniai tyrimai. Taikomųjų mokslinių tyrimų plėtra ribojama, nes universitetų ligoninės, tyrėjų mokslininkų asociacijos neturi mokslo įstaigų statuso, todėl negali pretenduoti į valstybės skiriamą mokslo finansavimą. Lietuvoje sudarytos teisinės sąlygos gydytojui skirti, o pacientui gauti tik jam reikalingą neregistruotą vaistinį preparatą, jei nėra galimybės pacientą veiksmingai gydyti registruotais vaistiniais preparatais.

106.7. Populiacinė onkohematologinių ligų stebėsena. Lietuvoje OH stebėsena vykdoma dviem lygmenimis: VU Onkologijos institute renkant bendruosius duomenis apie onkologines ligas bei, vadovaujantis Piktybinių kraujo ligų elektroninės registracijos formų pildymo ir teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 13 d. įsakymu Nr. V-584 „Dėl Piktybinių kraujo ligų elektroninės registracijos formų ir piktybinių kraujo ligų elektroninės registracijos formų pildymo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, Hematologijos stebėsenos sistemoje (toliau – HESS) atliekant specialią onkohematologinių ligų registraciją. Šie duomenys yra esminiai instrumentai OH sergamumo, ligotumo bei išgyvenamumo tendencijoms analizuoti, suteikia papildomų detalių žinių apie OH ligų diagnostiką ir gydymą.

106.8. Nevyriausybinės organizacijos. Lietuvos gydytojai hematologai yra susibūrę į Lietuvos hematologų draugiją (toliau – LHD), kurios pagrindiniai tikslai – atstovauti LHD interesams, organizuoti nuolatinį narių tobulinimą, diskutuoti ir priimti OH diagnostikos bei gydymo gaires, skatinti jų diegimą į kasdienę praktiką. Įgyvendindama šiuos tikslus, LHD organizuoja konferencijas, kolegijas, sudaro sąlygas nariams tobulintis užsienio valstybėse. Nuo 2009 m. publikuojamos „Hematologijos, onkologijos ir transfuziologijos gairės“ su naujausiomis LHD diagnostikos bei gydymo rekomendacijomis, kuriomis vadovaujasi gydytojai hematologai.

Lietuvoje OH ligomis sergančius asmenis vienija onkohematologinių ligonių bendrija „Kraujas“ (toliau – OHLB „Kraujas“). Ši organizacija atstovauja narių interesams, kartu su gydytojais hematologais sprendžia diagnostikos, gydymo, stebėsenos klausimus, teikia siūlymus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai. OHLB „Kraujas“ daug dėmesio skiria švietimui, pacientų ugdymui, psichologijos problemoms, reabilitacijai

bei socialinei pacientų integracijai.

107. OH ligų rodikliai (HESS duomenimis):

Sergamumas OH ligomis 2000–2011 m. didėjo nuo maždaug 20 iki 30 naujų atv. 100 000 gyventojų. Segamumas Hodžkino limfoma, leukemijomis, mielomine liga keitėsi mažai. Kaip ir kitur pasaulyje, didėjo sergamumas ne Hodžkino limfomomis. Didžiausias sergamumo didėjimas pastebėtas tarp mieloproliferacinių ligų ir mielodisplazijų – tai nemaža dalimi sąlygojo pagerėjusi diagnostika bei ligų registracija.

Dėl pagerėjusios diagnostikos ir gydymo OH ligomis sergantys pacientai gyvena ilgiau, todėl 2000–2011 m. sergamumas OH ligomis augo vidutiniškai 500 atvejų per metus ir 2011 m. pasiekė 5967 atvejus. Galima manyti, kad pagerėjusi OH registracija taip pat didino sergamumo rodiklį.

Mirtingumas Lietuvoje nedaug skiriasi nuo kitų šalių, tačiau mirtingumas priklauso nuo sergamumo, gydymo technologijų prieinamumo ir ligų registracijos kokybės. Žinant, kad tik nedaugelis (pvz., Švedija) Europos šalių turi įteisintus vėžio registrus, šie skaičiai yra tik orientaciniai (12 lentelė).

12 lentelė. Standartizuotas mirtingumo nuo pagrindinių OH ligų rodiklis (pagal Europos populiaciją) 100 000 gyv. Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse.

Šalis / Regionas	Ligų grupė							
	C81		C82-C85, C96		C88, C90		C91–C95	
	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
Lietuva*	0,66	0,43	5,22	4,72	2,94	3,42	8,21	4, 46
Europa**	0,80	0,50	5,00	3,00	2,90	2,00	7,20	4,30
Europos Sąjunga**	0,50	0,30	5,40	3,40	3,30	2,30	7,20	4,30
Čekija**	0,50	0,40	4,80	3,10	3,00	2,20	7,50	4,80
Danija**	0,40	0,30	5,80	3,70	3,20	2,10	7,30	4,30
Didžioji Britanija**	0,50	0,40	6,30	4,10	3,70	2,60	6,60	3,70
Lenkija**	0,80	0,50	4,40	2,60	3,30	2,40	8,10	4,90
Prancūzija**	0,50	0,30	5,40	3,20	3,80	2,40	7,90	4,50
Švedija**	0,10	0,10	5,60	3,70	3,80	2,60	6,00	3,70
Vokietija**	0,20	0,20	5,00	3,30	3,50	2,40	6,90	4,10

*2000–2011 m. mirtingumo vidurkis (HESS duomenys).

**Mirtingumas 2008 m. (J. Ferlay, D. M. Parkin, E. Steliarova-Foucher, Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *European journal of cancer*, 46(4):765-781 (2010)

108. 2000–2011 m. atlikti struktūriniai OH pertvarkymai, KKL transplantacijos plėtra bei naujų diagnostikos ir gydymo metodų diegimas Lietuvoje labai sumažino OH sergančių pacientų mirtingumą bei pagerino jų išgyvenamumą (27 pav.). Kita vertus, dėl nesistemingo diegimo bei riboto naujų gydymo metodų (vaistų) prieinamumo OH gydymo rezultatai kai kuriose srityse gerokai atsilieka nuo išsivysčiusių pasaulio šalių.

27 pav. Mirštamumo nuo limfomų (TKL10-AM: C81–C85, C96), leukemijų (TKL10-AM: C91–C95), mielominės ligos (TKL10-AM: C88, C90) tendencijos 2000–2012 m. Lietuvoje (HESS duomenys).

109. Pastaraisiais metais sergamumas OH ligomis sparčiai didėjo. Gerėjant diagnostikai ir gydymui, ši tendencija išliks ir ateityje. OH ligų našta visuomenei didės, tačiau nebūtinai proporcingai sergančiųjų skaičiui. Nemaža OH ligomis sergančių pacientų dalis pasveiksta ir nereikalauja papildomų resursų OH ligos diagnostikai ir gydymui. Tačiau papildomi kaštai gali būti reikalingi dalies pacientų vėlyviems OH gydymo padariniams kontroliuoti. Kita vertus, didelė dalis pacientų yra lėtiniai ligoniai, kuriems reikia nuolatinės diagnostikos bei gydymo, atitinkamai ir nuolatinių resursų.

110. Šiuo metu nėra įrodymais pagrįstos OH ligų prevencijos bei ankstyvos diagnostikos metodologijų, todėl OH ligų patikros programos nėra tikslingos.

111. OH pagalba ateityje turėtų būti vystoma šiomis kryptimis:

111.1. OH ligų diagnostikos bei gydymo organizavimo: centralizavimo, decentralizavimo ir koordinavimo kryptimi. OH ligų specifika bei pastarojo meto OH ligų diagnostikos bei gydymo laimėjimai rodo, kad OH ligų diagnostika ir gydymas turi būti ir toliau koncentruojami ir kontroliuojami gydytojų hematologų. Jau šiuo metu OH ligoms taikomi individualaus gydymo dėsniai. Tikėtina, kad jų įtaka OH ligų diagnostikai bei gydymui sparčiai didės. Siekiant plėtoti medicinos personalo kompetenciją bei racionaliai naudoti sveikatos priežiūros infrastruktūrai bei paprastosioms išlaidoms skiriamas lėšas, molekuliniai, imunologiniai, vaizdinimo bei kiti aukštų technologijų diagnostikos metodai turi būti centralizuojami universitetų ligoninėse. Lietuvoje nustatoma ne daugiau kaip 1500 naujų OH atvejų per metus. Beveik visa OH ligų diagnostika reikalauja molekulinio ar imunologinio ištyrimo, todėl skatintina visą OH ligų diagnostiką koncentruoti universitetų ligoninėse. Jau šiuo metu susiformavę universiteto ligoninių OH ligų diagnostikos centrai turi būti stiprinami toliau.

Universitetų ligoninių hematologijos centrai turėtų tapti kompetencijos centrais, integruojančiais sveikatos priežiūrą, populiacinį ikiklinikinį ir klinikinį mokslą, biobankus (t. y. įstaigas, užsiimančias veikla, apimančia žmogaus biologinių ėminių ir sveikatos informacijos tvarkymą biomedicininių tyrimų tikslais ir biomedicininių tyrimų atlikimą), kokybės registrą, mokymą bei žinių sklaidą. OH yra ypač specializuota, todėl universitetų ligoninių kompetencijos centrai turėtų glaudžiai bendradarbiauti, siekdami išvengti brangių diagnostikos ir gydymo technologijų dubliavimo, ir vykdyti intensyvius medicinos informacijos mainus.

Nacionalinė OH pagalba turėtų būti koordinuojama, užtikrinant keitimąsi informacija apie esamas bei diegiamas diagnostikos ir gydymo technologijas bei būdus šioms technologijoms pasiekti.

Kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos tolesnė plėtra numatyta Nacionalinėje transplatacijos programoje.

111.2. Sveikatos technologijų prieinamumo kryptimi. Naujos sveikatos technologijos, vaistai yra esminiai OH pacientų sveikatą veikiantys veiksniai. Tam būtinas kompleksinis OH vystymas: sveikatos technologijų prioritetų nustatymas, sveikatos technologijų vertinimo diegimas, inovatyvių naujų technologijų modelių taikymas, klinikinių tyrimų integracija bei nuolatinis situacijos ir technologijų vertinimas (kokybės stebėsena).

111.3. Mokslo kryptimi. Klinikiniai tyrimai skatina inovatyvių diagnostikos bei gydymo metodų prieinamumą individui ir visuomenei ir yra svarbus ekonominio augimo ir aukštos pridėtinės vertės kūrimo elementas. Turi būti skatinama akademinių klinikinių tyrimų plėtra.

111.4. Ateities žinių užtikrinimo kryptimi. Lietuva susiduria su didele protų nutekėjimo problema dėl emigracijos. Medicinos studijas baigę gydytojai ir slaugytojai yra konkurencingi atviroje ES darbo rinkoje, todėl Lietuva praranda talentingiausius gydytojus. Sveikatos technologijos, asmeninės medicinos, informacinių technologijų plėtra kelia papildomus reikalavimus medicinos profesionalų žinioms, todėl būtina sudaryti sąlygas joms gilinti.

111.5. OH ligų stebėsenos kryptimi. Stebėsena yra esminis sveikatos priežiūros ir jos plėtros vertinimo elementas, stebėsenos duomenys turėtų

būti naudojami sveikatos priežiūros resursams planuoti ir sveikatos technologijoms vertinti. Tam turi būti panaudojamos e. sveikatos teikiamos galimybės bei jos plėtra.

111.6. Asmens bei visuomenės teisės į informaciją užtikrinimo kryptimi. Asmenys vis labiau linkę dalyvauti savo sveikatos priežiūroje bei priimti informuotą sprendimą. Kiekvienas asmuo turi teisę žinoti, kokios asmens sveikatos paslaugos ir kur yra prieinamos, kokia yra teikiamų sveikatos paslaugų kokybė. Asmuo taip pat turi teisę gauti informaciją ir palyginti OH sveikatos priežiūros kokybę Lietuvoje ir kitos ES šalyse. Vykdant informacijos sklaidą labai svarbus OH pacientų organizacijų vaidmuo.

112. Numatomos veiklos kryptys:

112.1. užtikrinti šiuolaikinės diagnostikos ir gydymo prieinamumą OH ligomis sergantiems pacientams, gerinti jų gyvenimo kokybę, ilginti išgyvenamumą bei išgyvenamumą ligai neprogresuojant;

112.2. diegti naujas sveikatos technologijas į klinikinę praktiką, siekti kuo trumpesnio naujų moksliškai pagrįstų sveikatos technologijų įdiegimo bei kompensavimo PSDF lėšomis laikotarpio po jų registracijos;

112.3 plėtoti OH ligų ikiklinikinius ir klinikinius tyrimus bei biobankų veiklą;

112.4. investuoti į hematologijos centrų infrastruktūrą;

112.5. gilinti sveikatos priežiūros specialistų žinias, tobulinti įgūdžius OH ligų diagnostikos ir gydymo srityje.

XV SKYRIUS
VAIKŲ LIMFINIO, KRAUJODAROS IR JIEMS GIMININGŲ AUDINIŲ PIKTYBINIŲ NAVIKŲ YPATUMAI

113. Visos vaikų onkologinės ir onkohematologinės ligos (toliau – OH) priklauso retų ligų grupei. Remiantis sveikatos priežiūros įstaigų, kuriuose gydomi vaikai, sergantys vėžiu, duomenimis, per metus Lietuvoje OH liga diagnozuojama maždaug 80–100 vaikų. Vaikų sergamumas OH ligomis Lietuvoje įvairiais amžiaus tarpsniais didėja – 4,6–16,8 atv./100 000 vaikų 2006 m. ir 6,3–18,2 atv./100 000 vaikų 2009 m. Pastaruoju metu pastebimas sergamumo sumažėjimas siejamas su sumažėjusiu vaikų skaičiumi. Apie 35 proc. pacientų diagnozuojama ūminė limfoblastinė ir mieloblastinė leukemija, 25–30 proc. – centrinės nervų sistemos navikai, 7–8 proc. įvairios limfomos, kitiems – įvairūs solidiniai navikai. Dažniausi iš jų – tipiški vaikų amžiaus navikai: nefroblastoma, neuroblastoma, hepatoblastoma, sarkomos ir germinatyviniai navikai. Rečiau pasitaiko suaugusiesiems būdingos karcinomos. Lyginant su kitų ES šalių sergamumu, duomenų skirtumo nepastebėta. Dažniausia vaikų OH liga yra ūminė leukemija. Sergamumo šia liga padidėjimo taip pat nepastebėta.

114. Vaikų mirtingumas nuo OH svyruoja nuo 2,8 iki 7,1 atv./100 000 vaikų. Dažniausiai vaikai miršta nuo centrinės nervų sistemos navikų ir leukemijų (25 proc.).

Per pastaruosius 10 metų pagerėjo ilgalaikis vaikų, sergančių OH ligomis išgyvenamumas, –leukemijų atvejais nuo 50 proc. iki 82 proc., limfomų atvejais – iki 90–100 proc., pradinių stadijų solidinių navikų atvejais – iki 80–90 proc., atokiųjų stadijų atvejais – iki 60 proc.

115. Vaikų OH ligų gydymo kaštai per pastarąjį dešimtmetį smarkiai išaugo dėl atsiradusių naujų brangių diagnostinių tyrimų, naujų vaistų, plačiau taikomos kamieninių kraujodaros ląstelių transplantacijos, tačiau, palyginti su ekonomiškai išsivysčiusiomis šalimis, Lietuvos vaikų, sergančių OH ligomis, gydymo kaštai išlieka gerokai mažesni.

116. Specializuota onkologinė pagalba vaikams teikiama dviejuose centruose – VšĮ Vaikų ligoninėje, VšĮ VUL Santariškių klinikų filiale ir LSMUL VšĮ Kauno klinikose. Ambulatorinė pagalba teikiama Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Šiuo metu Lietuvoje dirba 22 gydytojai vaikų hematologai.

117. OH ligų profilaktika susijusi su suaugusiųjų pirmine profilaktika, nes dauguma vaikų OH ligų atvejų yra embriogenezės pažaidos ar paveldimi sindromai. Vaikams persirgus OH liga ir pasveikus, žymiai padidėja antrinių navikų rizika. Dėl šios priežasties šie buvę pacientai stebimi iki 18 metų amžiaus dėl vėlyvojo OH ligos gydymo poveikio bei antrinio vėžio tikimybės.

118. Šiuo metu Lietuvoje yra beveik visos priemonės ir galimybės tiksliai diagnozuoti vaikų OH ligas. Siekiant išvengti diagnozavimo klaidų, vaikų OH ligų diagnostika turi būti koncentruojama centruose, kuriuose yra galimybė laiku ir kvalifikuotai atlikti visus tiriamuosius veiksmus.

119. OH ligonių gydymas koncentruojamas vaikų hematologijos centruose.

Kadangi nuo chirurginio gydymo metodo priklauso tolesnė ligos eiga ir išgyvenamumas, jis turėtų būti atliekamas centre, kuriame dirba pakankamai patirties turintys specialistai ir yra visos sąlygos sėkmingai atlikti operaciją, organų transplantaciją, kokybišką biopsinės medžiagos tyrimą.

Spindulinė terapija vaikams taikoma rečiau negu suaugusiems, šį gydymo metodą taiko LSMUL VšĮ Kauno klinikų specialistai.

Vaikų, sergančių OH ligomis, sisteminis gydymas atliekamas vadovaujantis standartizuotais Europos tarptautinės vaikų vėžio draugijos (SIOP) patvirtintais protokolais. Gydymas visiems vaikams yra prieinamas ir eilių nėra. Kartais, nustačius retesnę ligos formą ar nesant atsako į įprastinį gydymą, kyla problemų dėl reikalingų vaistų prieinamumo dėl nepakankamai lanksčios viešųjų pirkimų sistemos, todėl būtina ją tobulinti. Svarbu Lietuvoje sparčiau diegti naujas sveikatos technologijas, tokias kaip ląstelių terapiją, taikinių terapiją bei individualizuoti gydymą.

120. Paliatyviosios pagalbos per metus prireikia 5–6 pacientams Vilniuje ir 5–10 pacientams Kaune. Šie poreikiai yra patenkinami. Svarbu plėtoti ambulatorinę paliatyviąją pagalbą ir paliatyviąją pagalbą namuose.

121. Medicininės reabilitacijos paslaugos OH ligomis sergantiems vaikams teikiamos VšĮ Vaikų ligoninės, VšĮ VUL Santariškių klinikų filialo, Medicininės reabilitacijos centre ir centro padalinyje Druskininkų sanatorijoje „Saulutė“. Iš Kauno vaikai siunčiami į Druskininkų „Saulutę“, Palangos „Gintarą“, Kačerginės „Žibutę“.

122. Šiuo metu Lietuvoje veiklą vykdo šios vaikų, sergančių vėžiu, tėvų ir globėjų organizacijos: „Paguoda“, „Rugutė“, „Mamų unija“. Jų veikla apima paramos šeimoms ir ligoninėms teikimą, specialios literatūros leidybą ir laisvalaikio organizavimą.

123. ES specialistų rengimo programose nustatyta, kad vaikų hematologijos specialioji rezidentūra (po 4 metų vaikų ligų rezidentūros) trunka 3 metus, Lietuvoje – 1 metus. Svarbu gerinti mokymo kokybę, kelti sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją.

124. Numatomos veiklos kryptys:

124.1. gerinti vaikų OH ligų diagnostiką, koncentruojant paslaugų teikimą, investuoti į hematologijos centrų infrastruktūrą;

124.2. plėtoti genetinio ištyrimo ir ląstelių tyrimų galimybes;

124.3. diegti naujas sveikatos technologijas, tokias kaip ląstelių terapija, taikinių terapija, į klinikinę praktiką;

124.4. gilinti sveikatos priežiūros specialistų žinias, tobulinti įgūdžius vaikų OH ligų diagnostikos ir gydymo srityje.

XVI SKYRIUS
PAVELDIMO VĖŽIO SINDROMAI

125. Paveldimo vėžio sindromai lemia 5–10 proc. visų onkologinių ligų, jie pasireiškia dėl paveldimų didelės vėžio rizikos genų mutacijų. Paveldimos vėžio formos dažniausiai pasireiškia jauno ir darbingo amžiaus – iki 50 m. – asmenims.

126. ES apie 20 proc. visų naujų vėžio atvejų sudaro retos vėžio formos. Jomis sergantys pacientai susiduria su dideliais iššūkiais – pavėluotai nustatoma diagnozė, dažniausiai ribotas gydymo prieinamumas, pavėluota jo pradžia. Tobulėjant molekulinei ir genetinei diagnostikai, tokių ligų, kuriomis serga labai nedidelė žmonių grupė, vis daugėja, o jų gydymas tampa išskirtinai individualus ir labai efektyvus. Lietuvoje retų vėžio formų diagnostikos ir gydymo ypatumai aptarti Nacionalinės veiklos dėl retų ligų plane. Retiems vėžio atvejams gydyti iš PSDF biudžeto kasmet skiriama po 3 mln. Lt.

127. Pagrindinės vėžio formos, kurių paveldimumo atveju galima taikyti prevencines priemones, yra:

127.1. paveldimas storosios žarnos vėžys – Lynch’o sindromas (paveldimas nepolipozinis kolorektalinio vėžio sindromas (HNPCC), šeiminė adenominė polipozė. Lietuvoje kasmet diagnozuojama apie 1 500 naujų storosios žarnos vėžio atvejų, nuo šios ligos kasmet miršta apie 1000 žmonių. Apie 5 proc. šių atvejų pasireiškia dėl paveldimo Lynch’o sindromo (apie 75 atvejai per metus), apie 1proc. – dėl šeiminės adenominės polipozės;

127.2. paveldimas krūties vėžys – paveldimas krūties ir kiaušidžių vėžio sindromas (PKKVS). Lietuvoje kasmet diagnozuojama apie 1 500 naujų krūties vėžio atvejų. Apie 5–10 proc. visų krūties vėžio atvejų pasireiškia dėl paveldimų *BRCA1/2* genų mutacijų (apie 75–150 atvejų per metus);

127.3. paveldimas kiaušidžių vėžys – paveldimas krūties ir kiaušidžių vėžio sindromas (PKKVS). Lietuvoje kasmet diagnozuojama apie 400

naujų kiaušidžių vėžio atvejų. Apie 20 proc. visų seropapilinių kiaušidžių vėžio atvejų pasireiškia dėl paveldimų *BRCA1/2* genų mutacijų (apie 80 atvejų per metus).

128. Įrodyta, kad didelės genetinės rizikos pacientams (t. y. turintiems paveldimų genų mutacijų) anksti sistemiškai skiriant diagnostines procedūras (pvz., mamografiją, kolonoskopiją) bei individualiai taikant profilaktinės chirurgijos priemones (pvz., profilaktinę salpingooforektomiją *BRCA1/2* mutacijų nešiotojoms) ar gydymą, galima anksti diagnozuoti šią patologiją, sumažinti naujų ligos atvejų bei mirčių skaičių.

Diagnozavus vėžinį susirgimą didelę vėžio riziką turintiems asmenims ankstyvoje jo stadijoje, galima taikyti mažiau agresyvų ir žymiai pigesnį gydymą, o paties paciento išgyvenamumo prognozė yra geresnė. Atitinkamai asmenys, kurie nepaveldi didelės rizikos genų mutacijų (mažos rizikos grupė), išvengia nereikalingos patikros ir brangiai kainuojančio ištyrimo, nes jų vėžio rizika atitinka bendrapopuliacinį lygį. Tokia strategija naudinga ekonomiškai.

Didelės rizikos asmenys nustatomi ir paveldimo vėžio sindromai įtariami remiantis šeimine anamneze, specifiniais patologiniais požymiais. Svarbu, kad genetinės konsultacijos būtų siunčiamas ir tiriamas sergantis asmuo – jei nustatoma specifinė patogeninė mutacija, įmanoma ištirti sveikus giminaičius ir įvertinti genetinę riziką. Patvirtinus paveldimo vėžio sindromus, galima anksčiau pradėti sveikų asmenų sveikatos tikrinimą, jį atlikti periodiškai (pvz., mamografiją, kolonoskopiją, ginekologinės sveikatos tikrinimą), taip pat taikyti riziką susirgti mažinantį chirurginį metodą (pvz., salpingooforektomiją, suplanavus šeimą, profilaktinę mastektomiją, kolektomiją).

129. VšĮ VUL Santariškių klinikose yra genetinių konsultacijų ir specializuotų molekulinių genetinių tyrimų bazė, VšĮ VUL Santariškių klinikų Hematologijos, onkologijos ir transfuziologijos centre atliekami pagrindinių paveldimo vėžio sindromų molekuliniai genetiniai tyrimai (apie 500 tyrimų per metus), teikiamos ambulatorinės genetinės paslaugos (apie 600 paslaugų per metus). LSMUL VšĮ Kauno klinikose per metus atliekama daugiau kaip 150 paveldimų vėžio sindromų molekulinių genetinių tyrimų ir ambulatorinių genetiko konsultacijų.

130. Paveldimo vėžio sindromų gydymo srityje įgyvendinti (įgyvendinami) projektai „Kryptinga naujoji sekoskaita krūties, kiaušidžių ir storosios žarnos vėžio genetinei predispozicijai“ (MULTITARGETGEN), projekto vertė 877 300 Lt, ir „Molekuliniai žymenys krūties ir kiaušidžių vėžio prevencijai, ankstyvai diagnostikai bei gydymui“ (ONKOPREViGEN), projekto vertė 465 600 Lt. Šių projektų vykdytojai yra VUL VšĮ Santariškių klinikos ir Valstybinis mokslinių tyrimų instituto Inovatyvios medicinos centras. 2009–2011 m. įgyvendinta „Nacionalinė vaikų paveldimo vėžio tyrimų programa“, kurią finansavo Lietuva, Islandija, Lichtenšteinas ir Norvegija per EEE finansinį mechanizmą, bendra projekto vertė 411 188 eurų, vykdytojas ir kofinansuotojas – (30,1 proc.) VUL VšĮ Santariškių klinikos.

131. Lietuvoje nėra specializuotos paveldimo vėžio aktyvių paslaugų infrastruktūros, įgalinančios aktyviai teikti kryptingas paveldimo vėžio konsultavimo, genetinių tyrimų ir stebėsenos paslaugas. Šiuo metu pacientai genetinės konsultacijos dėl paveldimo vėžio sindromų siunčiami pasyviai, nėra sistemingos aktyvios atrankos, nepakanka įvairių specialybių gydytojų mokymų, trūksta informacijos, nepakankamai išplėtota didelės rizikos asmenų stebėsenos ir koordinavimo sistema. Vyraujanti pasyvi pacientų siuntimo sistema mažai efektyvi (identifikuojama tik apie 5 proc. didelės rizikos asmenų), dėl nekvalifikuotos pacientų atrankos susidaro perteklinės eilės, nukenčia paslaugų prieinamumas didelės rizikos asmenims ir kokybė. Didelės rizikos asmenų asmens sveikatos priežiūra yra padrika ir nekoordinuojama, tai lemia nepakankamą vėžio prevenciją ir ankstyvą diagnostiką.

132. Paveldimo vėžio prevencijos programa, kuri galėtų būti pradėta vykdyti kaip mokslinis bandomasis projektas, galėtų prisidėti siekiant šių tikslų:

132.1. sumažinti asmenų, turinčių didelę paveldimo vėžio riziką, sergamumą vėžiu ir mirtingumą nuo vėžio, laiku jį identifikavus ir pritaikius kryptingą vėžio prevenciją, ankstyvą diagnostiką ir gydymą;

132.2. pagerinti asmenų ir šeimų, turinčių didelę paveldimo vėžio riziką, gyvenimo kokybę;

132.3. padidinti genetinių tyrimų dėl paveldimo vėžio sindromo efektyvumą – juos atlikti tiems asmenims ir šeimoms, kuriems tokie tyrimai bus informatyviausi;

132.4. sumažinti nereikalingų medicininių procedūrų skaičių (tokių kaip intensyvi patikra, brangūs tyrimai, chirurginis gydymas) ir pacientų psichologinį diskomfortą, tiksliai identifikuojant genų mutacijų turinčius (kuriems tokios procedūros reikalingos) bei genų mutacijų neturinčius (kuriems tokios procedūros netikslingos) asmenis;

132.5. užtikrinti, kad paveldimo vėžio genetinių tyrimų paslaugos būtų vienodai prieinamos visiems Lietuvos gyventojams.

Įdiegus Paveldimo vėžio prevencijos programą, būtų vykdoma aktyvi didelės rizikos sirgti paveldimu vėžiu asmenų atranka, remiantis šeimine onkologinių ligų anamneze (bendros populiacijos lygmeniu) ir kryptingais atrankiniais molekuliniais genetiniais ar imunohistocheminiais tyrimais, bei didelės rizikos asmenų aktyvi klinikinė atrankinė patikra (ankstyva vėžio diagnostika).

133. Numatomos veiklos kryptys:

133.1. inicijuoti mokslinius bandomuosius projektus;

133.2. gilinti įvairių profesinių kvalifikacijų gydytojų žinias paveldimo vėžio klausimais, didinti pacientų, visuomenės informuotumą;

133.3. plėtoti jau egzistuojančią centralizuotą paveldimo vėžio infrastruktūrą ir žmogiškuosius išteklius (gydytojai genetikai, bendrosios praktikos slaugytojos, molekuliniai biologai, klinikos laborantai) universitetų ligoninėse ir kitose specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose.

133.4. parengti pritaikytas Lietuvai pagrindinių paveldimų onkologinių ligų sindromų diagnostikos ir pacientų priežiūros rekomendacijas;

133.5. plėtoti informacines technologijas – paveldimo vėžio stebėsenos bei konsultacijų integruotą e. modulį;

133.6. investuoti į jau egzistuojančią universitetų ligoninių ir kitų specializuotą onkologinę pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų genetikos centrų infrastruktūrą – įsigyti labai specializuotą molekulinės diagnostikos įrangą.

XVII SKYRIUS
ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖ

134. Kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos vadovas, vadovaudamasis Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo patvirtinimo“, įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politiką, jos įgyvendinimo priemones, nustato organizacinius ir klinikinius kokybės rodiklius pagal įstaigos prioritetus sveikatos priežiūros paslaugų procesui ir (ar) rezultatams vertinti, užtikrina sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių stebėseną.

135. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija nustato asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendruosius ir specialiuosius reikalavimus, analizuoja sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kiekybinius ir kokybinius rodiklius pagal Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kiekybinių vertinimo rodiklių sąrašą ir veiklos kokybinių vertinimo rodiklių sąrašą, patvirtintus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“.

136. Sveikatos priežiūros įstaigose onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams paslaugos teikiamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nustatytais ambulatorinių specializuotų, bendrųjų vidaus ligų stacionarinių, specializuotų onkologijos-chemoterapijos, onkologijos-radioterapijos, hematologijos stacionarinių ir kt. asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimais.

137. Iš PSDF biudžeto lėšų kompensuojamais vaistiniais preparatais onkologinėmis ligomis sergantys pacientai ambulatoriškai gydomi vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintais onkologinių ligų ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš PSDF biudžeto lėšų, tvarkos aprašais.

138. Diagnostikos ir gydymo metodikas rengia universitetai, mokslo tiriamosios įstaigos, gydytojų profesinės draugijos ir (ar) sveikatos apsaugos ministro sudarytos darbo grupės, pasitelkusios reikalingų profesinių kvalifikacijų gydytojus.

139. Nesant šalies mastu parengtų ir patvirtintų diagnostikos ir gydymo metodikų, asmens sveikatos priežiūros įstaiga pasirengia diagnostikos ir gydymo protokolus, kurie yra svarbūs įstaigoje teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti.

140. Siekdama pagerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę ir efektyvumą, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija iš 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos lėšų, skiriamų pagal Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 4 prioriteto „Administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas“ įgyvendinimo priemonę VP1-4.3-VRM-02-V „Viešųjų politikų reformų skatinimas“, 2013 m. pradėjo įgyvendinti projektą „Asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimas reglamentuojant rizikingiausius pacientų saugai

diagnostikos ir gydymo protokolus“, kurį įgyvendinus bus sukurta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos rekomenduojamų pavyzdinių 20-ies onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo protokolų.

141. Sveikatos technologijų, susijusių su medicinos prietaisais, vertinimą atlieka Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VASPVT).

Vaistinių preparatų sveikatos technologijas vertina Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VVKT).

142. Pacientų teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo kontrolę atlieka VASPVT.

143. Numatomos veiklos kryptys:

143.1. rengti onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo standartus (tvarkos aprašus / metodikas / protokolus / schemas);

143.2. sukurti asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl onkologinių ligų kokybės sistemą (nustatyti paslaugų (chirurgijos, onkologijos-radioterapijos, onkologijos-chemoterapijos ir kt.) teikimo, paslaugų prieinamumo kiekybinius ir kokybinius reikalavimus, rodiklius, jų stebėsenos, vertinimo tvarką ir kt.).

XVIII SKYRIUS
ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS IR PRIEINAMUMO NETOLYGUMAI

144. Atrankinės patikros dėl krūties vėžio, gimdos kaklelio vėžio ir priešinės liaukos vėžio programose gali dalyvauti visos Lietuvos teritorijos gyventojai. Atrankinės patikros dėl storosios žarnos vėžio programa visoje šalies teritorijoje vykdoma tik nuo 2014 m. liepos 1 d.

145. Specializuotą onkologinę pagalbą (onkologijos-chemoterapijos ir onkologijos-radioterapijos paslaugas) teikiantys centrai išdėstyti tolygiai visoje Lietuvos teritorijoje – Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje, tačiau Panevėžyje neteikiamos onkologijos-radioterapijos paslaugos.

146. Onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikiamų paslaugų prieinamumas laiko atžvilgiu yra kontroliuojamas analizuojant duomenis apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių teikimas yra stebimas vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašu, patvirtintu VLK direktoriaus 2007 m. liepos 24 d. įsakymu Nr. 1K-113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“, laukimo eiles.

Išnagrinėjus teritorinių ligonių kasų 2014 m. sausio 31 d. surinktus duomenis apie laukimo gauti bendrosios praktikos gydytojo ir gydytojų specialistų paslaugų laiką, nustatyta, kad pirminių ambulatorinių asmens sveikatos paslaugų įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose tenka laukti iki 20 kalendorinių dienų. Nors pastebima laukimo eilių pas gydytojus specialistus mažėjimo tendencija, tačiau kartais tenka laukti net iki 70 kalendorinių dienų. Didžiulė problema yra eilės atlikti brangius tyrimus. Vaikų hematologijos ir hematologijos dienos stacionaro paslaugų prieinamumas labai geras, laukimo eilių nėra.

147. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-108 „Dėl pacientų laukimo eilių mažinimo“ patvirtino Viešųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurių savininko (dalininko) teises ir pareigas įgyvendina Sveikatos apsaugos ministerija, ir Nacionalinio vėžio instituto suvestinį pacientų laukimo eilių mažinimo planą, pagal kurį asmens sveikatos priežiūros įstaigos įsipareigojo nuolat pergrupuoti personalą, pagal poreikius koreguoti specialistų darbo grafikus, kiekvieną mėnesį skelbimų lentoje ir interneto puslapyje skelbti informaciją apie pacientų laukimo eiles ir įgyvendinti kitas pacientų laukimo eilių mažinimo priemones. Minėtu įsakymu rekomenduota patvirtinti arba peržiūrėti nustatytą pacientų registravimo pas gydytojus tvarką ir užtikrinti galimybę pacientams nuolat užsiregistruoti pas bet kurį gydytoją, neribojant registravimosi terminų. Informacija apie pacientų registravimo pas gydytojus tvarką turi būti skelbiama įstaigos patalpose pacientams aiškiai matomoje vietoje.

148. Siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą nuo didžiųjų miestų nutolusių teritorijų gyventojams ir sumažinti eiles pas gydytojus specialistus, nuo 2013 m. lapkričio 1 d. pradėjo veikti Onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo Kauno krašto gyventojams bandomasis projektas – pirmasis žingsnis, kuriant integruotą sveikatos priežiūros, arba funkcinių klasterių, sistemą. Onkologinės pagalbos konsultacinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai pagal tarp įstaigų sudarytas paslaugų teikimo sutartis antrinio lygio specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose gydomiems pacientams teikiamos gydytojų specialistų tretinio lygio specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. 2014 m. projektas pradėtas vykdyti Vilniaus krašte (dalyvauja Nacionalinio vėžio instituto ir VUL VšĮ Santariškių klinikų gydytojai specialistai), Klaipėdos krašte (dalyvauja VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės gydytojai specialistai), Šiaulių krašte (dalyvauja VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės gydytojai specialistai).

Projektas jau davė teigiamų rezultatų – įtarta ir patvirtinta naujų vėžio atvejų, gerėja pacientų atranka konsultuotis ir paslaugų prieinamumas, taupomas pacientų laikas ir finansiniai resursai (nereikia vykti konsultuotis į didžiuosius miestus), pacientai, kuriems įtariama onkologinė liga, greičiau pakonsultuojami ir ištiriami, didėja rajonų gydytojų kompetencija onkologijos srityje (pacientų atranka konsultuotis, paruošimas, tyrimų bei gydymo galimybių įvertinimas), gydytojai specialistai tampa aptarnaujamo rajono onkologais koordinatoriais, stiprinamas bendradarbiavimas tarp tretinio ir antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

149. Paslaugų prieinamumo netolygumai teritoriniu atžvilgiu ryškūs tarp didesnių miestų ir rajonų bei kaimo vietovių. Kelių tyrimų rezultatai parodė, kad onkologinių ligonių išgyvenamumas skirtinguose šalies regionuose bei tarp miesto ir kaimo gyventojų nevienodas, taip pat, kad žmonių, gyvenančių toli nuo specializuotą onkologinę pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų, išgyvenamumo prognozė yra prastesnė (Smailytė G., Ulinskas K., Aleknavičienė B., „Visuomenės sveikata“, 2011).

150. Gydytojo onkologo-chemoterapeuto konsultacija prieinama penkiuose Lietuvos didžiuosiuose miestuose, gydytojo onkologo-radioterapeuto – keturiuose. Sergamumas vėlyvųjų stadijų vėžiu kaimo vietovėse yra 2 kartus didesnis nei miestuose. Bendro mirtingumo nuo onkologinių ligų rodikliai tarp pagrindinių 5 didžiųjų miestų gyventojų labai nežymiai skiriasi ir yra apie 230,0 mirčių nuo onkologinės ligos atv./100 000 gyv. Tačiau tų pačių didžiųjų miestų aplinkiniuose rajonuose ir kaimo vietovėse bendro mirtingumo nuo onkologinių ligų rodikliai ženkliai viršija didžiųjų miestų gyventojų mirtingumo rodiklius. Kaimo vietovių gyventojų nuo onkologinių ligų mirtingumas svyruoja nuo 250 atv./100 000 gyv. (Skuodo r. sav.) iki 384,2 atv./ 100 000 gyv. (Ignalinos r. sav.). Šie duomenys rodo medicininės pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams prieinamumo netolygumus.

151. Moterų bendro mirtingumo rodikliai labai aukšti. Mirtingumo nuo krūties vėžio rodiklis Lietuvoje tarp 30–75 metų amžiaus moterų yra aukščiausias Europoje ir siekia 34,5 atv./100 000 gyv. (Europos vidurkis 24,8 atv./100 000 gyv.). Be to, šis mirtingumo rodiklis kaimo vietovėse yra ženkliai didesnis nei miestuose. Sergamumas gimdos kaklelio vėžiu taip pat yra didesnis kaimo vietovėse. Sergamumas (25,6 atv./100 000 gyv.) ir mirtingumas (11,4 atv./100 000 gyv.) nuo gimdos kaklelio vėžio 15–29 metų amžiaus grupėje Lietuvoje yra didžiausias iš visų onkologinių ligų ir net 2 kartus viršija Europos ir pasaulio standartizuotus rodiklius.

152. Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo nuo onkologinių ligų (C00–C96 (pagal TLK-10-AM) 100 000 gyv. rodiklis atskirose šalies savivaldybėse ženkliai skiriasi. Net 28 savivaldybėse šis rodiklis 2007–2012 m. laikotarpiu vidutiniškai 8 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį (Akmenės r. sav., Alytaus r. sav., Biržų r. sav. , Ignalinos r. sav., Jonavos r. sav., Joniškio r. sav., Kaišiadorių r. sav., Kalvarijos sav., Kazlų Rūdos sav., Kelmės r. sav., Kupiškio r. sav., Kėdainių r. sav., Lazdijų r. sav., Molėtų r. sav., Pagėgių sav., Pakruojo r. sav., Pasvalio r. sav., Radviliškio r. sav., Rokiškio r. sav., Šakių r. sav., Šalčininkų r. sav., Šiaulių r. sav. , Šilutės r. sav., Širvintų r. sav. , Trakų r. sav., Varėnos r. sav., Vilkaviškio r. sav., Zarasų r. sav. (toliau – tikslinės teritorijos). Siekiant sumažinti sveikatos netolygumus, būtina koncentruoti išteklius ir įgyvendinti priemones, orientuotas į tikslines teritorijas ir šių teritorijų gyventojus.

153. Organizuotai vykdomos atrankinės patikros dėl krūties, gimdos kaklelio ir storosios žarnos vėžio programos yra veiksmingas vėžio kontrolės metodas, jis padeda sumažinti mirtingumą nuo šių onkologinių ligų, o gimdos kaklelio vėžio atveju galima pasiekti ir sergamumo šia liga mažėjimą. Tačiau Lietuvoje programos vykdomos neorganizuotai, todėl nepakankama tikslinės grupės dalis jose dalyvauja, dalyvių skaičius visoje Lietuvos teritorijoje yra nevienodas (vienuose regionuose aktyvumas didesnis, kituose – mažesnis) ir svyruoja priklausomai nuo regiono bei programos įgyvendinimo organizavimo. Skirtingas programų įgyvendinimas skirtingose Lietuvos teritorijose priklauso nuo pacientų motyvacijos, aktyvaus kvietimo atvykti (nėra nustatytas privalomas reikalavimas ASPĮ aktyviai kviesti dalyvauti programose – tai daro tik tos ASPĮ, kurios savanoriškai vykdo aktyvaus kvietimo politiką), galimybės pasiekti sveikatos priežiūros įstaigą (kaimo vietovė), ASPĮ turimų žmogiškųjų išteklių bei reikiamos medicinos įrangos (kaimo vietovėse, kur dirba 2–3 sveikatos priežiūros specialistai paslaugų, prieinamumas yra prastesnis, ne visos ASPĮ yra įdarbinusios reikiamus specialistus, nėra tinkamai pritaikytų patalpų, neatnaujinta turima įranga ir neinvestuojama į trūkstamą). Programų paslaugos kasmet stabiliai finansuojamos PSDF biudžeto lėšomis, yra garantuojamas visų pagal programas suteiktų paslaugų apmokėjimas, gydytojai skatinami papildomai jiems mokant už gerus darbo rezultatus. Turi būti organizuojamas tinkamas programų įgyvendinimas, jų prieinamumas probleminių teritorijų gyventojams,

siekiant pašalinti dalyvavimo programose galimybių netolygumus ir sumažinti socialinę atskirtį.

154. Didelio sergamumo ir mirtingumo rodikliai ir nustatyti teritoriniai gyventojų sveikatos rodiklių netolygumai yra susiję su vėžio ankstyvos diagnostikos problemomis (nepakankama tikslinės grupės dalis dalyvauja atrankinės patikros programose, nėra paslaugų kokybės standartų ar neužtikrinamas jų laikymasis ir kontrolė, neapmokyti kokybiškai teikti paslaugų gydytojai ir slaugytojos, todėl didesnė klaidų, nekokybiškų tyrimų tikimybė, nėra informacinės duomenų bazės, užtikrinančios teisingą, tikslų, tikslingą programų įgyvendinimą, koordinavimą ir valdymą, duomenų apskaitą, stebėseną ir kt.), onkologinės ligos vėlesnėse jos išsivystymo stadijose diagnozavimu (esant prastam sveikatos priežiūros prieinamumui, pacientai vėliau kreipiasi, todėl nustatoma jau pažengusios stadijos onkologinė liga), laiku pradėto ir efektyvaus gydymo specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose bei gyvenimo kokybės ir pagalbos gyvenimo pabaigoje (palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyvios pagalbos) užtikrinimo trūkumu. Viena iš svarbiausių mirtingumo nuo onkologinių ligų mažinimo priemonių yra daugiadalykės komandos, kurią sudaro chirurginio profilio gydytojas, gydytojas radiologas, gydytojas onkologas-chemoterapeutas ir gydytojas onkologas-radioterapeutas (pageidautinas ir patologo dalyvavimas), sprendimais paremto onkologinio ligonio diagnostikos ir gydymo plano sudarymas. Daugelyje ES šalių tai yra privaloma onkologinės pagalbos teikimo sąlyga.

155. Didžiausias sergamumas onkologinėmis ligomis yra 65–80 metų amžiaus grupėje yra tarp moterų ir 70–85 metų amžiaus grupėje tarp vyrų. Tokio amžiaus gyventojai dažniausiai serga įvairiomis lėtinėmis ligomis, dėl kurių nublanksta atsiradusios onkologinės ligos simptomai, todėl, manant, kad tai senėjimas, vėliau diagnozuojama onkologinė liga ar pastebimas jos atsinaujinimas. Norint vystyti sveiko senėjimo koncepciją, negalima išsiversti be kompetentingos sveikatos priežiūros specialistų komandos (gydytojo, slaugytojo, psichologo ir kt.). Dažnai senyvo amžiaus pacientai patenka į globos namus, kur medicininė pagalba neteikiama. Lietuvoje yra tik slaugos ir palaikomojo gydymo stacionarai, tačiau paliatyvioji pagalba dienos centruose ar namuose šiandien neegzistuoja. Pacientai, sergantys onkologine liga, taip pat turi vykti į daugkartinius gydymo kursus į specializuotą onkologinę pagalbą teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas, tačiau dažnai tam neturi nei techninių, nei finansinių galimybių. Pertraukiamas, nenuoseklus gydymas lemia didėjantį senyvo amžiaus pacientų mirtingumą. Paliatyviąją pagalbą teikiančios įstaigos galėtų ją teikti namuose, taip pat galėtų teikti ir paciento pristatymo į specializuotą sveikatos priežiūros įstaigą paslaugą. Tai neabejotinai pagerintų, ypač kaimo vietovėse gyvenančių pacientų sveikatos priežiūros prieinamumą, kuris vėliau sumažintų ir mirtingumo rodiklius.

156. Atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų įgyvendinimo netolygumai apskrityse ir savivaldybėse gali būti sumažinti ir panaikinti tik pradėjus jas vykdyti organizuotai, pagerinus programų organizavimą ir įgyvendinimą – įkūrus programų koordinavimo centrą, kurio darbas būtų grindžiamas visų duomenų prieinamumu, registravimu, stebėsena, vertinimu išnaudojant e. sveikatos galimybes bei informacinių technologijų plėtrą.

157. Paslaugų prieinamumo skirtumai teritoriniu atžvilgiu sumažėtų ir diegiant naujas sveikatos technologijas (pvz., robotų chirurgija**)** bei vystant nuotolinių konsultacinių paslaugų sistemą – radiologo konsultacijos nuotoliniu būdu padėtų diagnozuoti ar diferencijuoti patologiją, tai pagreitintų konsultacijos suteikimą, savivaldybių gyventojai gautų aukšto lygio paslaugą patys nevykdami į aukštesnio lygio paslaugas teikiančią ASPĮ.

158. Šeimos gydytojas, įtaręs onkologinę ligą, siunčia pacientą konsultuotis pas gydytoją specialistą. Dėl šeimos gydytojo nepatyrimo įtarti onkologines ligas, pacientas specialisto konsultacijos gali būti nusiųstas pavėluotai. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, reikia pagilinti šeimos gydytojų žinias onkologijos srityje ir vystyti konsultacinę onkologinę pagalbą regionuose.

159. Svarbus visuomenės sveikatos biurams ir nevyriausybinėms organizacijoms tenkantis vaidmuo – rengti švietiamąsias programas ir diegti informavimo priemones, supažindinančias rajonų gyventojus, pacientus, jų artimuosius ir visuomenę su sveikos mitybos, sveikos gyvensenos teikiama nauda, atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programomis, biomedicininių ir klinikinių tyrimų teikiama nauda ir susijusia rizika.

160. Numatomos veiklos kryptys:

160.1. siekiant mažinti sveikatos netolygumus bei didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę tikslinių teritorijų gyventojams, numatomos įgyvendinti onkologinių ligų profilaktikos, ankstyvosios diagnostikos ir kompleksinio gydymo bei paliatyviosios pagalbos priemonės bus koncentruojamos tikslinėse teritorijose.

Numatytų priemonių įgyvendinimas vyks trimis lygiais:

160.1.1. priemonės, kurios bus įgyvendinamos tik tikslinėse teritorijose;

160.1.2. priemonės, kurių įgyvendinimas bus orientuotas į tikslinių teritorijų gyventojų sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą;

160.1.3. nacionalinės priemonės, skirtos sveikatos sistemai tobulinti, siekiant užtikrinti sisteminius šalies sveikatos priežiūros pokyčius, lemiančius tolygią ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą;

160.2 vykdyti pirminę ir antrinę onkologinių ligų profilaktiką taikant mokslo įrodymais pagrįstas kompleksines priemones:

160.2.1. įgyvendinti sveikatos informacijos sklaidos bei sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo priemones tikslinėse teritorijose, atsižvelgiant į Europos kovos prieš vėžį kodekso nuostatas ir naujausią mokslo informaciją, pasitelkiant žiniasklaidą, švietimo ir kitas ugdymo, sveikatos priežiūros įstaigas, nevyriausybines organizacijas ir kt.:

160.2.1.1. organizuoti ir vykdyti sveikos mitybos ir nutukimo prevencijos bei fizinio aktyvumo renginius tikslinėse teritorijose, skatinant, kad juose dalyvautų kuo daugiau asmenų. Teikti metodinę pagalbą sveikos mitybos ir nutukimo prevencijos bei fizinio aktyvumo renginių organizavimo klausimais;

160.2.1.2. didinti tikslinių teritorijų gyventojų informuotumą apie UV saulės spinduliuotės poveikį gyventojų sveikatai ir rizikos grupėms priklausiantiems asmenims ir apie odos onkologinių ligų profilaktiką;

160.2.1.3. mokyti tikslinių teritorijų savivaldybių institucijų ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistus apie mitybos, fizinio pasyvumo ir aplinkos sveikatos rizikos veiksnių įtaką sergamumui onkologinėmis ligomis ir šių ligų profilaktiką (kvalifikacijos kėlimo programų parengimas, mokymai);

160.2.1.4. bendradarbiaujant su socialiniais partneriais įgyvendinti informacines švietiamąsias programas onkologinių ligų tematika. Skatinti su veikla onkologijos srityje susijusių nevyriausybinių organizacijų neformalaus švietimo programų įgyvendinimą;

160.2.1.5. surinkti mokslinius įrodymus apie individualaus gyventojų konsultavimo visuomenės sveikatos klausimais veiksmingus metodus ir, siekiant nustatyti veiksmingiausią ir tinkamiausią Lietuvoje individualaus gyventojų konsultavimo visuomenės sveikatos klausimais metodą ir būdą, vykdyti 1-2 metų bandomuosius projektus pasirinktose tikslinėse savivaldybėse: visuomenės sveikatos biuruose, ambulatorinėse pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, bendradarbiaujant visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistams. Šios priemonės įgyvendinimas turi būti derinamas su atitinkamomis Netolygumų mažinimo veiksmų plane numatytomis priemonėmis;

160.2.2. efektyvinti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų įgyvendinimą tikslinėse teritorijose pasitelkiant nuotolinės medicinos teikiamas galimybes, investicijas į infrastruktūrą ir specialistų kompetencijų didinimą:

160.2.2.1. tikslinėse teritorijose viešinti informaciją apie atrankinių patikros dėl onkologinių ligų programų naudą, didinti gyventojų atsakomybę ir supratimą;

160.2.2.2. investuoti į tikslinių teritorijų ambulatorinių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, reikalingą atrankinės patikros programoms vykdyti bei onkologinių ligų profilaktikai (patalpų rekonstrukcija / remontas, medicinos įrangos atnaujinimas / įsigijimas) (šios priemonės įgyvendinimas derinamas su atitinkamomis Netolygumų mažinimo veiksmų plane numatytomis priemonėmis);

160.2.2.3. aprūpinti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programas įgyvendinančias ASPĮ, teikiančias paslaugas tikslinių teritorijų gyventojams, programoms vykdyti reikalinga medicinos įranga (mamografai, mamografų skaitmenizavimas, kolonoskopai, endoskopų plovimo mašinos ir kt.) ar ją atnaujinti. Įrangos įsigijimo ir (ar) atnaujinimo investicijas planuoti tik įvertinus turimą įrangą bei skirtas investicijas (2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama, Valstybės investicijų programa ir kt.);

160.2.2.4. organizuoti pirminės ir antrinės asmens sveikatos priežiūros grandies specialistų, teikiančių paslaugas tikslinių teritorijų gyventojams, mokymus kokybiškai teikti paslaugas pagal atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programas, atlikti profilaktinį patikrinimą dėl odos piktybinių navikų;

160.3. užtikrinti onkologinių ligų ankstyvą diagnostiką ir visavertę kompleksinę pagalbą, siekiant išvengti ankstyvų mirčių ir užtikrinti kuo didesnes galimybes dalyvauti darbo rinkoje bei didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tikslinių teritorijų gyventojams:

160.3.1. parengti bendrą efektyvaus pacientų srautų valdymo, savalaikės pagalbos užtikrinimo metodiką ir įdiegti į praktiką įgyvendinant bandomąjį projektą pasirinktose tikslinėse teritorijose. Projekto tikslas – efektyvinti elektroninę medicininių konsultacijų ir siuntimų sistemą, stiprinti šeimos gydytojo vaidmenį įtraukiant visas sveikatos priežiūros grandis (šeimos gydytoją, II lygio gydytoją specialistą ir III lygio gydytoją specialistą). Panaudojant informacinės sistemos galimybes, atrinkti atvejus, kai būtina skubi konsultacija ir (ar) gydymas, ir kuo skubiau nusiųsti pacientus į

konsultaciją (žalieji koridoriai), užtikrinti tęstines ir pakartotines nuotolines konsultacijas;

160.3.2. įgyvendinti onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos ir gydymo valdymo, specialistų bendradarbiavimo ir paslaugų teikimo modelius:

160.3.2.1. siekiant užtikrinti ankstyvą onkologinių ligų diagnostiką ir efektyvų gydymą, būtina sukurti, išbandyti ir įdiegti onkologinių ligų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo valdymo, paslaugų teikimo ir organizavimo modelį, kuris apimtų sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias kompleksinę onkologinę pagalbą, taip pat savivaldybių (rajonų) ligoninių bei šeimos gydytojų institucijas, t. y. apimtų visus tris sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygius. Šiame modelyje tikslinga apibrėžti šių įstaigų tarpusavio santykius, taip pat onkologinių ligų prevencijos, ankstyvos diagnostikos ir efektyvaus gydymo valdymo metodikas bei jas įdiegti visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose, atitinkamai tobulinti sveikatos specialistų kvalifikaciją efektyviam sukurto modelio funkcionavimui užtikrinti. Be to, modelis turėtų būti glaudžiai susietas su vykdomais profilaktiniais veiksmais savivaldybių ir nacionaliniu lygiu. Sukurta metodika, prieš įdiegiant ją nacionaliniu lygiu, turėtu būti išbandoma atrinktose tikslinėse teritorijose. Onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo projektas yra pirmas žingsnis kuriamo integruoto paslaugų teikimo onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams modelio link;

160.3.2.2. investuoti į onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tikslinių teritorijų gyventojams organizavimui savivaldybėse reikalingą infrastruktūrą ir mokymus:

160.3.2.2.1. įrengti konsultacijų kabinetus rajonų ASPĮ, kuriuose konsultacijas galėtų teikti gydytojai specialistai, atvykę iš kompleksinę onkologinę pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų (patalpų rekonstrukcija / remontas, aprūpinimas kompiuterine technika, baldais ir kt.);

160.3.2.2.2. aprūpinti kompleksinę onkologinę pagalbą teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas mobiliosioms paslaugoms teikti reikiama įranga ir transportu;

160.3.2.2.3. plėtoti nuotolinės medicinos galimybes, aprūpinant savivaldybių ASPĮ ir kompleksinę onkologinę pagalbą teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas reikiama įranga;

160.3.2.2.4. tobulinti įvairių sričių sveikatos priežiūros specialistų, kurių veikla susijusi su onkologinių ligų diagnostika, kvalifikaciją (siekiant priartinti onkologinę pagalba prie paciento, būtinas šeimos gydytojų mokymas ankstyvos onkologinių ligų diagnostikos, dalyvavimo organizuojant atrankines patikras dėl onkologinių ligų, visaverčio gydymo, paliatyviosios pagalbos, simptominio gydymo, pacientų ilgalaikės stebėsenos klausimais);

160.3.3. plėtoti ambulatorines ir dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas tikslinių teritorijų gyventojams:

160.3.3.1. aprūpinti asmens sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas, reikiama įranga, transportu paliatyviajai pagalbai namuose teikti, investuoti į paliatyviosios pagalbos dienos stacionarų infrastruktūrą;

160.3.3.2. tobulinti sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją teikiant paliatyviąją pagalbą onkologiniams ligoniams, mokyti teikti paliatyviąją pagalbą namuose. Mokyti onkologinių ligonių šeimos narius padėti onkologiniams ligoniams namuose, o onkologinius ligonius – padėti sau. Šios priemonės įgyvendinimas derinamas su atitinkamomis Sveiko senėjimo užtikrinimo veiksmų plane numatytomis priemonėmis;

160.3.4. organizuoti onkologinėmis ligomis sergantiems asmenims psichologinę, socialinę ir dvasinę pagalbą. Skatinti šios pagalbos teikimą tikslinėse teritorijose pasitelkiant nevyriausybines organizacijas, remti jų iniciatyvas organizuojant šią pagalbą nevyriausybinių organizacijų centruose, biuruose ir kitur.

XIX SKYRIUS
DUOMENYS IR INFORMACIJA

161. Analizuojant onkologinių ligų epidemiologinę situaciją, planuojant vėžio kontrolės priemones, stebint, koordinuojant, kontroliuojant ir vertinant Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos priemonių įgyvendinimą bei jų efektyvumą, vertinant atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programose dalyvaujančių gyventojų apimtis, tolesnį paciento kelią, jei diagnozuojama liga, jam taikytą ištyrimą, gydymą ir kt., planuojant ir pagrindžiant strateginius sprendimus dėl tolesnių vėžio kontrolės veiksmų, yra būtini tikslūs ir išsamūs duomenys apie epidemiologinės situacijos pokyčius, ankstyvosios diagnostikos programų įgyvendinimo rezultatus, efektyvumą, diagnozuotus piktybinius navikus, gydymo kokybę ir prieinamumą, pacientų išgyvenamumą ir kita informacija.

162. Įgyvendinti valstybės funkcijas Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos stebėsenos srityje yra pavesta Higienos institutui. Duomenys renkami, tikrinami, apdorojami, apibendrinami, Higienos institutui teikiami ir skelbiami teisės aktų nustatyta tvarka ir periodiškumu.

Šalies mastu stebimi tik trys bendri rodikliai, susiję su piktybiniais navikais: bendrasis ir standartizuotas mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklis, sergamumas / ligotumas piktybiniais navikais, hospitalinis sergamumas piktybiniais navikais (pagal lytį ir amžiaus grupes). Šių duomenų nepakanka, kad būtų galima tinkamai valdyti informaciją apie vykdomų vėžio kontrolės priemonių efektyvumą, apie atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų įgyvendinimo rezultatus ir jų naudą, onkologinėmis ligomis sergančius asmenis (proceso išplitimą, taikytą gydymą ir jo rezultatus, ilgalaikio stebėjimo duomenis, išgyvenamumą ir kt.) bei piktybinius navikus (naviko morfologinę formą, jo diferenciacijos laipsnį ir kt.).

163. Diagnozavus piktybinį naviką, ASPĮ pranešimą apie pirmą kartą nustatytą piktybinio naviko diagnozę teikia Nacionaliniam vėžio institutui, kuris iki kovo 1 d. teikia Higienos institutui suvestines ataskaitas už metus, o iki balandžio 1 d. – rodiklių lenteles. Suvestiniai duomenys teikiami pagal metines sveikatos statistikos ataskaitų formas Nr. 12 „Ataskaita apie susirgimus vėžiu ir kitais piktybiniais navikais“ ir Nr. 24 „Ataskaita apie ligonius, sergančius piktybiniais navikais“, patvirtintose Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“. Metinių ataskaitų suvestinės skelbiamos Higienos instituto interneto svetainėje http://sic.hi.lt/spec_info/met_ata.php. Kai kuriuos duomenis apie sergamumą piktybiniais navikais Higienos institutas teikia Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninio biuro duomenų bazei „Sveikata visiems“ http://data.euro.who.int/hfadb.

164. 1957 m. Nacionaliniame vėžio institute, kuris tuomet vadinosi VU Onkologijos institutu, buvo įkurtas Organizacinis metodinis ir navikų epidemiologijos skyrius, kuris vykdė onkologinių ligų ir pacientų apskaitą bei padėjo pagrindus šiandien įstaigoje vykdomam vėžio duomenų registravimui. Nacionalinio vėžio instituto duomenų bazėje yra sukaupta informacija apie visus naujus vėžio atvejus nuo 1978 m. (daugiau kaip 400 tūkst. įrašų), nuo 1993 m. Nacionalinis vėžio institutas yra Tarptautinės vėžio registrų asociacijos narys ir aktyviai dalyvauja Europos vėžio registrų tinklo veikloje. Pagal atskirus prašymus Nacionalinis vėžio institutas duomenis teikia šių organizacijų atskiriems projektams: nuo 1998 m. periodiškai pateikiami duomenys Tarptautinio vėžio tyrimo centro leidiniui „Vėžys penkiuose kontinentuose“, publikuojami elektroniniuose Tarptautinės vėžio registrų asociacijos leidiniuose (*Concord, Eurocare. 5, Eunice survival cooperation).*

165. Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2011 m. rugsėjo 7 d. nutarimu Nr. 1057 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo“ patvirtino Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (toliau – ESPBI IS) nuostatus, kurios valdytoja paskirta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, o pagrindiniu tvarkytoju – valstybės įmonė Registrų centras. ESPBI IS – pagrindinė Lietuvos e. sveikatos sistemos įgyvendinimo priemonė, kurioje numatytas ne tik pacientų klinikinių duomenų rinkimas, bet ir duomenų analizės, ataskaitų formavimo ir informavimo posistemė, kurioje bus kaupiami įvairių ligų klinikiniai duomenys. Šiuo metu įgyvendinamas ESPBI IS kūrimo projektas bus baigtas 2015 m. viduryje. O tolesnėje ESPBI IS plėtroje, nustačius reikiamų rinkti duomenų struktūrą ir imtį, galima būtų maksimaliai išnaudoti ESPBI IS galimybes (naudoti ESPBI IS renkamus duomenis, išvengti duomenų dubliavimo).

166. Numatomos veiklos kryptys:

166.1. parengti teisės aktus, reikalingus visiems onkologijos srities duomenims (įskaitant duomenis, susijusius su atrankinės patikros programų įgyvendinimu, duomenis apie onkologinėmis ligomis sergančius asmenis bei piktybinius navikus) kaupti, teikti, analizuoti ir kt.;

166.2. paskirti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžią įstaigą, atsakingą už visų onkologijos srities duomenų analizę Lietuvos mastu. Skatinti universitetų ligonines ir specializuotą onkologinę pagalbą teikiančias sveikatos priežiūros įstaigas kurti onkologinėmis ir onkohematologinėmis ligomis sergančių pacientų ištyrimo, gydymo ir stebėsenos informacines sistemas ar posistemes ir užtikrinti jų veiklą;

166.3. siekiant užtikrinti visų duomenų registravimą ir išvengti jų dubliavimo, panaudoti jau sukurtas centralizuotas sistemas (SVEIDRA, ESPBI IS, Lietuvos sveikatos rodiklių informacinę sistemą, Mirties atvejų ir priežasčių registrą ir kt.), užtikrinant onkologijos srities duomenų rinkimą, kaupimą ir kt., prireikus sukurti trūkstamą sistemą, užtikrinti informacinės sistemos integravimą ir ryšį su kitomis informacinėmis sistemomis ir registrais (Mirties atvejų ir priežasčių registru, patologijos laboratorijomis ir kt.);

166.4. užtikrinti statistinių duomenų prieinamumą visuomenei, sveikatos priežiūros specialistams, studentams, mokslo darbuotojams, sprendimų priėmėjams ir kitiems suinteresuotiems subjektams.

XX SKYRIUS
VĖŽIO KONTROLĖS 2014–2025 M. PROGRAMOS TIKSLAI IR UŽDAVINIAI

167. Programos tikslas – sumažinti Lietuvos gyventojų mirtingumą nuo onkologinių ligų.

168. Programos specialusis tikslas – sumažinti tikslinių teritorijų gyventojų sveikatos priežiūros netolygumus, lemiančius sergamumą, neįgalumą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų, bei sudaryti prielaidas šių teritorijų gyventojams pailginti sveiko ir tikėtino būsimo gyvenimo trukmę bei pagerinti jų gyvenimo kokybę.

169. Programos tikslams įgyvendinti iškelti šie uždaviniai:

169.1. tobulinti onkologinės pagalbos valdymą ir koordinavimą;

169.2. plėtoti profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugas, ugdyti informuotą ir sveiką visuomenę;

169.3. gerinti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų organizavimą ir įgyvendinimą;

169.4. užtikrinti savalaikę, visavertę ir kokybišką kompleksinę onkologinių ligų diagnostiką ir gydymą, mažinti paslaugų prieinamumo netolygumus, socialinę atskirtį;

169.5. gerinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo ir gyvenimo pabaigos kokybę;

169.6. gerinti onkologijos mokymo kokybę, vystyti mokslą;

169.7. vystyti bendradarbiavimą su nevyriausybinėmis organizacijomis onkologinės pagalbos srityje, plėtoti nevyriausybinių organizacijų veiklą visuomenėje;

169.8. užtikrinti visapusišką ir kokybišką onkologijos srities duomenų registraciją bei viešai prieinamą informaciją.

XXI SKYRIUS
VĖŽIO KONTROLĖS 2014–2025 M. PROGRAMOS VERTINIMO KRITERIJAI IR LAUKIAMI REZULTATAI

170. Įgyvendinus Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programą bus užtikrintas nacionalinės veiklos vėžio profilaktikos ir kontrolės srityje tęstinumas, siekiant suvaldyti sergamumą onkologinėmis ligomis ir mirtingumą nuo jų, sumažinti vėžio sukeliamas ekonomines ir socialines pasekmes.

171. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimas bus vertinamas atsižvelgiant į Lietuvos gyventojų pagrindinių sveikatos rodiklių kitimą bei vėžio kontrolės priemonių įgyvendinimo organizavimo rodiklius 2025 m. Vertinimo kriterijai ir jų laukiamus rezultatus:

171.1. standartizuoto mirtingumo nuo piktybinių navikų rodiklio 100 000 gyv. sumažėjimas, laukiamas rezultatas – sumažėjimas 10 proc.;

171.2. standartizuoto mirtingumo nuo krūties piktybinių navikų (C50 (pagal TLK-10-AM) 100 000 mot. rodiklio mažėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – sumažėjimas 10 proc.;

171.3. standartizuoto mirtingumo nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų (C53 (pagal TLK-10-AM) 100 000 moterų rodiklio mažėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – sumažėjimas 10 proc.;

171.4. standartizuoto mirtingumo nuo priešinės liaukos piktybinių navikų (C61 (pagal TLK-10-AM) 100 000 vyrų rodiklio mažėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – sumažėjimas 10 proc.;

171.5. standartizuoto mirtingumo nuo storosios žarnos piktybinių navikų (C18-C21 (pagal TLK-10-AM) 100 000 gyv. rodiklio mažėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – sumažėjimas 10 proc.;

171.6. standartizuoto mirtingumo nuo piktybinės odos melanomos (C43 (pagal TLK-10-AM) 100 000 gyv. rodiklio mažėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – sumažėjimas 10 proc.;

171.7. standartizuoto mirtingumo nuo plaučių piktybinių navikų (C34 (pagal TLK-10-AM) 100 000 vyr. rodiklio stabilizavimas;

171.8. onkologinių ligonių, kurie išgyveno 5 ir daugiau metų (vyrų ir moterų) (iš visų gyvų onkologinių ligonių), dalies didėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – padidėjimas 10 proc.;

171.9. atliktų onkologinės pagalbos organizavimo Lietuvoje vertinimų skaičius (2015–2024 metų kasmetinis vertinimas), laukiamas rezultatas – 10;

171.10. atliktų vėžio rizikos veiksnių prevencijos srities visuomenės sveikatos technologijų vertinimo skaičius – 6;

171.11. vykdomų atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų tikslinės grupės dalies, dalyvaujančios programose, didėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – programoje dalyvauja ne mažesnė, nei rekomenduojama programos tikslinės populiacijos dalis (proc.);

171.12. vykdomų atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų metu diagnozuotų I ir II stadijos piktybinių navikų dalies, palyginti su III ir IV stadijos piktybinių navikų dignuozuota dalimi, didėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – vykdant programą diagnozuoti I ir II stadijos piktybiniai navikai sudaro ne mažiau kaip 80 proc. (nuo visų vykdant programą diagnozuotų piktybinių navikų);

171.13. ankstyvųjų stadijų (I ir II) piktybinių navikų diagnostikos pokytis, laukiamas rezultatas – 20 proc. daugiau anksti diagnozuotų piktybinių navikų (I ir II stadijų, vyrų ir moterų) (nuo visų diagnozuotų piktybinių navikų);

171.14. sukurta asmens sveikatos priežiūros paslaugų onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams kokybės sistema – 1;

171.15. inovatyvių ir mokslo įrodymais pagrįstų onkologinėms ligoms gydyti skirtų vaistų bei kitų sveikatos technologijų kompensavimo PSDF lėšomis bei visiško prieinamumo Lietuvoje po jų registracijos trukmės trumpėjimas;

171.16. ilgalaikės stebėsenos paslaugų teikimo apimties didėjimo tendencija, laukiamas rezultatas – stebima ne mažiau kaip 70 proc. pacientų, kuriems turi būti vykdoma ilgalaikė stebėsena;

171.17. dalyvauta tarptautinių mokslinių grupių inicijuotuose nekomerciniuose klinikiniuose onkologijos-chemoterapijos ir onkologijos-radioterapijos tyrimuose – ne mažiau kaip 10, onkohematologijos – ne mažiau kaip 5;

171.18. inicijuoti moksliniai bandomieji projektai, laukiamas rezultatas – 2;

171.19. sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių bendradarbiavimo su nevyriausybinėmis organizacijoms sutartis, skaičius, laukiamas rezultatas – 20;

171.20. sukurta visų duomenų, susijusių su onkologinėmis ligomis, registravimo sistema – 1. Plėtojama klinikinių duomenų bazė specializuotą onkologinę pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose.

XXII SKYRIUS
VĖŽIO KONTROLĖS 2014–2025 M. PROGRAMOS SPECIALIOJO TIKSLO PASIEKIMO VERTINIMO KRITERIJAI IR LAUKIAMI REZULTATAI

172. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos specialiojo tikslo įgyvendinimas bus vertinamas atsižvelgiant į tikslinių teritorijų gyventojų sveikatos rodiklių kitimą 2023 m. pagal šiuos vertinimo kriterijus ir jų laukiamus rezultatus:

172.1. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo nuo piktybinių navikų (C00–C97 (pagal TLK-10-AM) (atv./100 000 gyv.) rodiklio sumažėjimas tikslinėse teritorijose – nuo 91,85 (2012 m.) iki 78,0;

172.2. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo nuo storosios žarnos piktybinių navikų (C18–C21 (pagal TLK-10-AM) (atv./100 000 gyv.) rodiklio sumažėjimas tikslinėse teritorijose – nuo 7,33 iki 4,84;

172.3. standartizuoto 0–64 m. amžiaus moterų mirtingumo nuo gimdos kaklelio piktybinių navikų (C53 (pagal TLK-10-AM) (atv./100 000 gyv.) rodiklio sumažėjimas tikslinėse teritorijose – nuo 3,66 iki 2,42;

172.4. standartizuoto 0–64 m. amžiaus moterų mirtingumo nuo krūties piktybinių navikų (C50 (pagal TLK-10-AM) (atv./100 000 gyv.) rodiklio sumažėjimas tikslinėse teritorijose – nuo 6,80 iki 4,50;

172.5. tikslinių teritorijų asmenų, dalyvaujančių atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programose, dalis (proc. nuo programos tikslinės grupės) – 35 proc.;

172.6. tikslinių grupių asmenų, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo veiklose sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo, onkologinių ligų rizikos veiksnių bei šių ligų profilaktikos temomis, skaičius – ne mažiau kaip 8 tūkst.

XXIII SKYRIUS
VĖŽIO KONTROLĖS 2014–2025 M. PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS

173. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programa įgyvendinama priemonėmis, numatytomis Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo priemonių plane (toliau – Priemonių planas). Priemonių planas tvirtinamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu trejų metų laikotarpiui. Paskutinį besibaigiančio laikotarpio pusmetį parengiamas ir patvirtinamas kito laikotarpio Priemonių planas.

174. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo priemonės gali būti finansuojamos iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai skirtų asignavimų, PSDF biudžeto lėšų, ES struktūrinės paramos lėšų, Valstybės investicijų programai skirtų lėšų, Lietuvos Respublikos savivaldybių biudžetų lėšų, iš įstaigos, dalyvaujančios įgyvendinant programą, veiklai skirtų asignavimų bei kitų teisėtai įgytų lėšų.

175. Įgyvendinant Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programą dalyvauja:

175. 1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija;

175.2. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos;

175.3. Higienos institutas;

175.4. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

175.5. kitos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios institucijos pagal kompetenciją;

175.6. asmens sveikatos priežiūros įstaigos;

175.7. patologijos centrai ir klinikinės laboratorijos;

175.8. Vilniaus universitetas;

175.9. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

175.10. Nacionalinis vėžio institutas;

175.11. savivaldybių visuomenės sveikatos biurai;

175.12. savivaldybės;

175.13. gydytojų asociacijos (profesinės draugijos ir kt.);

175.14. atrankinės patikros ir ankstyvosios diagnostikos programų koordinavimo komitetai;

175.15. nevyriausybinės organizacijos.

176. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo kontrolę vykdo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

177. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo procesui, onkologinės pagalbos organizavimui Lietuvoje stebėti ir vertinti, vėžio kontrolę gerinančioms priemonėms kurti bei siūlymams dėl jų įtraukimo į Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo priemonių planą teikti sudaroma Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo ir onkologinės pagalbos organizavimo stebėsenos taryba (toliau – Programos įgyvendinimo ir stebėsenos taryba). Programos įgyvendinimo ir stebėsenos tarybą sudaro, jos pirmininką skiria, sudėtį, veiklos nuostatus tvirtina Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Į Programos įgyvendinimo ir stebėsenos tarybos sudėtį įeina onkologijos srities respublikos ir kraštų vyriausieji specialistai, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, VLK, VASPVT prie SAM, VVKT prie SAM, Higienos instituto, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro, specializuotą onkologinę pagalbą teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, Nacionalinio vėžio instituto, nevyriausybinių organizacijų, Lietuvos savivaldybių asociacijos atstovai. Įgyvendinimo ir stebėsenos tarybos posėdžiuose ir veikloje gali dalyvauti ir kitų institucijų, įstaigų, organizacijų atstovai, specialistai, ekspertai.

178. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo tarpinis vertinimas pagal nustatytus Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos vertinimo kriterijus atliekamas 2020 m. Tarpinį vertinimą atlieka Programos įgyvendinimo ir stebėsenos taryba.

179. Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo galutinis vertinimas atliekamas 2026 m. Galutinį vertinimą atlieka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija arba jos įgaliotas asmuo.

180. Priemonių plane nurodyti už priemonės įgyvendinimą atsakingi vykdytojai už jos įgyvendinimo eigą einamaisiais metais atsiskaito Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai iki kitų metų vasario 15 d., jeigu nenustatyta speciali atsiskaitymo tvarka.

181. Už Priemonių plane nurodytoms priemonėms finansuoti skirtų lėšų panaudojimą atsiskaitoma jų panaudojimą reglamentuojančių teisės aktų ir kitų dokumentų (pvz., sutarčių) nustatyta tvarka.

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2014 m. lapkričio 24 d.
įsakymu Nr. V-1209

NACIONALINĖS VĖŽIO PROFILAKTIKOS IR KONTROLĖS 2014–2025 METŲ PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO PRIEMONIŲ 2014–2016 METŲ PLANAS

Uždavinys	Priemonės	Atsakingi vykdytojai	Preliminarus lėšų poreikis (tūkst. Lt) ir finansavimo šaltinis*			Laukiami rezultatai		
			2014 m.	2015 m.	2016 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.
1. Tobulinti onkologinės pagalbos valdymą ir koordina-vimą	1.1. Patvirtinti Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės programos įgyvendinimo ir onkologinės pagalbos organizavimo stebėsenos tarybos (toliau – Įgyvendinimo ir stebėsenos taryba) sudėtį	SAM LNSS valdyba (ATLKS)				Patvirtinta sudėtis		
	1.2. Patvirtinti Įgyvendinimo ir stebėsenos tarybos veiklos nuostatus	SAM LNSS valdyba (ATLKS)				Patvirtinti veiklos nuostatai		
	1.3. SAM interneto tinklalapyje sukurti paskyrą aktualiai informacijai apie Įgyvendinimo ir	SAM RVS				Sukurta paskyra	Paskelbtų informacinių pranešimų skaičius (pagal	Paskelbtų informacinių pranešimų skaičius (pagal

	stebėsenos tarybos veiklą skelbti						poreikį)	poreikį)
	1.4. Patvirtinti Įgyvendinimo ir stebėsenos tarybos darbo reglamentą	Įgyvendinimo ir stebėsenos taryba					Patvirtintas darbo reglamentas	
	1.5. Patvirtinti Įgyvendinimo ir stebėsenos tarybos narių (atstovaujamų institucijų) atsakomybės paskirstymo schemą	Įgyvendinimo ir stebėsenos taryba					Patvirtinta schema	
	1.6. Parengti ir patvirtinti kasmetinio onkologinės pagalbos organizavimo šalyje vertinimo kriterijus	Įgyvendinimo ir stebėsenos taryba					Parengti ir patvirtinti vertinimo kriterijai	
	1.7. Atlikti kasmetinį onkologinės pagalbos organizavimo šalyje vertinimą pagal patvirtintus kriterijus ir pateikti SAM skelbti interneto tinklapyje	Įgyvendinimo ir stebėsenos taryba					Atliktas vertinimas (2014 metų) ir pateiktas skelbti	Atliktas vertinimas (2015 metų) ir pateiktas skelbti
	1.8. Parengti ir patvirtinti Vėžio kontrolės 2014–2025 m. programos įgyvendinimo 2017–2019 metais priemonių planą	Įgyvendinimo ir stebėsenos taryba SAM						Parengtas ir patvirtintas planas
2. Plėtoti profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugas, ugdyti informuotą ir sveiką visuomenę**	2.1. Vykdyti informacijos sklaidą apie onkologinių ligų rizikos veiksnius, onkologines ligas ir jų prevenciją, atsižvelgiant į mokslo įrodymais pagrįstą informaciją, viešinti Europos kovos su vėžiu kodekso nuostatas, įgyvendinti sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo priemones tikslinėse teritorijose	SAM SSV SMLPC SAM ESPS Projektų vykdytojai		***	*** ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos****		Vykdytų projektų skaičius / pasiekti projekto rodikliai; Pranešimų, straipsnių, leidinių (atmintinių, brošiūrų, stendų), televizijos ir radijo laidų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 2)	Vykdytų projektų skaičius / pasiekti projekto rodikliai; Pranešimų, straipsnių, leidinių (atmintinių, brošiūrų, stendų), televizijos ir radijo laidų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 2)
	2.2. Interneto puslapiuose ir informacijos skelbimo vietose skelbti informaciją apie šalyje vykdomas atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programas (toliau – Programos), jų teikiamą naudą, būtinybę jose dalyvauti, akcentuojant gyventojų atsakomybę už savo sveikatą	SAM RVS VLK SMLPC VSB ASPĮ Nacionalinis vėžio institutas Savivaldybės					Paskelbtų informacinių pranešimų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 2)	Paskelbtų informacinių pranešimų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 2)
	2.3. Vykdyti viešinimo apie šalyje vykdomų Programų naudą projektus, siekiant sveiko senėjimo ir tikslinių teritorijų gyventojų geresnio žinojimo, akcentuojant gyventojų atsakomybę už savo sveikatą	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėti įgyvendinti projektai / pasiekti projektų rodikliai

	2.4. Parengti metodinę informacinę mokslo įrodymais pagrįstą medžiagą visuomenei ir sveikatos priežiūros specialistams apie netaisyklingos mitybos, fizinio pasyvumo ir aplinkos sveikatos rizikos veiksnių poveikį ir įtaką sergamumui onkologinėmis ligomis, apie onkologinių ligų profilaktiką ir ankstyvąją diagnostiką	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėti įgyvendinti projektai / pasiekti projektų rodikliai
	2.5. Tobulinti specialistų (visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros, savivaldybių institucijų sveikatos priežiūros srityje dirbančių specialistų ir kt.) kvalifikaciją vėžio rizikos veiksnių ir onkologinių ligų prevencijos srityje	SAM ESPS SAM SPIVS Projektų vykdytojai			ES lėšos******			Pradėti įgyvendinti projektai / pasiekti projektų rodikliai
3. Gerinti atrankinės patikros dėl onkologinių ligų programų organizavimą ir įgyvendinimą	3.1. Parengti paraiškos, kurią turi pateikti įstaigos, norinčios dalyvauti koordinuojant Programų vykdymą, reikalavimus	SAM (LNSS valdyba (ATLKS), TD (TTVS), SED VLK					Parengti reikalavimai	
	3.2. Atlikti pateiktų paraiškų vertinimą, paskirti Programų Koordinavimo centrą (toliau – Koordinavimo centras), parengti ir patvirtinti koordinavimo proceso aprašą	SAM (LNSS valdyba (ATLKS), TD (TTVS), SED VLK					Atliktas vertinimas, paskirtas Koordinavi-mo centras, parengtas ir patvirtintas aprašas	
	3.3. Parengti Koordinavimo centro veiklai užtikrinti reikalingus dokumentus	Koordinavimo centras SAM (LNSS valdyba (ATLKS), TD (TTVS), SED VLK					Parengti dokumentai	
	3.4. Investuoti į Koordinavimo centro darbui reikalingą infrastruktūrą (patalpų rekonstrukcija / remontas, baldų, kompiuterinės technikos ir kt. įsigijimas)	SAM ESPS Projektų vykdytojai			*** ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėtas įgyvendinti projektas (projektai)
	3.5. Aktyviau vykdyti Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programą	ASPĮ Nacionalinis vėžio institutas VLK Koordinavimo centras	4 845,8 (PSDF biudže-tas)	9 142,8 (2 647,9 tūkst. eurų) (PSDF biudžetas)	9 329,5 (2 702 tūkst. eurų) (PSDF biudžetas)	Dalyvauja 5 proc. daugiau programos tikslinei populiacijai priklausan-čių asmenų nei praėjusiais metais	Dalyvauja 5 proc. daugiau programos tikslinei populiacijai priklausančių asmenų nei praėjusiais metais	Dalyvauja 5 proc. daugiau programos tikslinei populiacijai priklausančių asmenų nei praėjusiais metais Programa vykdoma organizuotai
	3.6. Aktyviau vykdyti Atrankinės mamografinės	ASPĮ Nacionalinis vėžio institutas	5 519,0 (PSDF biudže-	6 577,3 (1 904,9 tūkst. eurų)	6 711,6 (1 943,8 tūkst. eurų)	Dalyvauja 5 proc. daugiau	Dalyvauja 5 proc. daugiau programos	Dalyvauja 5 proc. daugiau programos

	patikros dėl krūties vėžio finansavimo programą	VLK Koordinavimo centras	tas)	(PSDF biudžetas)	(PSDF biudžetas)	programos tikslinei populiacijai priklausan-čių asmenų nei praėjusiais metais	tikslinei populiacijai priklausančių asmenų nei praėjusiais metais	tikslinei populiacijai priklausančių asmenų nei praėjusiais metais Programa vykdoma organizuotai
	3.7. Aktyviau vykdyti Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą	ASPĮ Nacionalinis vėžio institutas VLK Koordinavimo centras	6 838,3 (PSDF biudže-tas)	8 760,4 (2 537,2 tūkst. eurų) (PSDF biudžetas)	8 939,3 (2 589,0 tūkst. eurų) (PSDF biudžetas)	Dalyvauja 5 proc. daugiau programos tikslinei populiacijai priklausan-čių asmenų nei praėjusiais metais	Dalyvauja 5 proc. daugiau programos tikslinei populiacijai priklausančių asmenų nei praėjusiais metais	Dalyvauja 5 proc. daugiau programos tikslinei populiacijai priklausančių asmenų nei praėjusiais metais Programa vykdoma organizuotai
	3.8. Vykdyti Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą	ASPĮ Nacionalinis vėžio institutas VLK	6 101,0 (PSDF biudže-tas)	7 083,5 (2 051,5 tūkst. eurų) (PSDF biudžetas)	7 228,1 (2 093,4 tūkst. eurų) (PSDF biudžetas)	Vykdoma programa	Vykdoma programa	Vykdoma programa
	3.9. Atnaujinti Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą atsižvelgiant į naujausias mokslininkų rekomendacijas	Programos koordinavimo grupė SAM LNSS valdyba (ATLKS)						Atnaujinta programa
	3.10. Parengti atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio vėžio, krūties vėžio ir storosios žarnos vėžio programų vykdymo, kokybės užtikrinimo ir kokybės kontrolės reikalavimus, pagrįstus Europos mokslininkų parengtomis gairėmis, atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sistemą	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėtas įgyvendinti projektas (projektai)
	3.11. Mokyti pirminio ir antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros specialistus kokybiškai teikti paslaugas pagal Programas, pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros specialistus – odos piktybinių navikų ankstyvos diagnostikos	SAM ESPS SAM SPIVS Projektų vykdytojai			ES lėšos******			Pradėtas įgyvendinti projektas (projektai)
	3.12. Parengti metinį pranešimą apie Programų įgyvendinimą šalyje ir pateikti SAM skelbti interneto tinklalapyje	Koordinavimo centras						Parengtas pranešimas ir pateiktas skelbti
	3.14. Papildyti Nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių	SAM LNSS valdyba (ATLKS)					Parengtas įsakymo pakeitimo projektas	

	darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos aprašą, patvirtintą sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 1 d. įsakymu Nr. V-1019 „Dėl Nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, įtraukiant rodiklį apie ASPĮ aktyvumą įgyvendinant Programas							
4. Užtikrinti savalaikę, visavertę ir kokybišką kompleksinę onkologinių ligų diagnostiką ir gydymą, mažinti paslaugų prieinamumo netolygumus, socialinę atskirtį	4.1. Organizuoti įstaigos darbą taip, kad pacientui, kuriam įtariama onkologinė liga, laukimo eilė pas gydytoją specialistą diagnozei nustatyti būtų ne ilgesnė kaip 14 kalendorinių dienų	Specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos					Vidutinė metinė laukimo eilė įstaigoje – ne daugiau kaip 20 k. d.	Vidutinė metinė laukimo eilė įstaigoje – ne daugiau kaip 14 k. d.
	4.2. Organizuoti įstaigos darbą taip, kad pacientui, kuriam nustatyta onkologinė liga ir yra gydymo indikacijų, gydymas būtų paskirtas ne ilgiau kaip per 14 kalendorinių dienų	Specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos					Vidutinė metinė laukimo eilė įstaigoje – ne daugiau kaip 20 k. d.	Vidutinė metinė laukimo eilė įstaigoje – ne daugiau kaip 14 k. d
	4.3. Parengti rizikingiausių pacientų saugai onkologijos srities patologinių būklių, ligų, sindromų diagnostikos ir gydymo metodų SAM rekomenduojamus pavyzdinius protokolus, įgyvendinant projektą „Asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimas reglamentuojant rizikingiausius pacientų saugai diagnostikos ir gydymo protokolus“ (Nr. VP1-4.3-VRM-02-V-05-015)	SAM LNSS valdyba (ATLKS) SAM TPVS		430,0 Lt (124,6 tūkst. eurų) (ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos)			Sukurta 20 protokolų	
	4.4. Parengti asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl onkologinių ligų (krūties vėžio, priešinės liaukos vėžio, storosios žarnos vėžio, gimdos kaklelio vėžio, plaučių vėžio, skrandžio vėžio)	Onkologijos srities vyriausieji specialistai SAM LNSS valdyba (ATLKS)					Parengtos ir SAM interneto tinklalapyje paskelbtos schemos	

	teikimo schemas ir paskelbti jas SAM interneto tinklalapyje						
	4.5. Rengti onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo metodikas, teikti jas skelbti SAM interneto puslapyje	Gydytojų profesinės draugijos Nacionalinis vėžio institutas Universitetai				Parengtų ir pateiktų skelbti metodikų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 1)	Parengtų ir pateiktų skelbti metodikų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 1)
	4.6. Parengti ir patvirtinti Lietuvos medicinos normos „Gydytojas hematologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ projektą	SAM LNSS valdyba (ATLKS)				Patvirtinta medicinos norma	
	4.7. Atlikti Onkologinės pagalbos prieinamumo Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Šiaulių kraštų gyventojams gerinimo ir ligonių srautų valdymo bandomųjų projektų įgyvendinimo 2014 m. rezultatų vertinimą ir teikti siūlymus SAM dėl jų įgyvendinimo tobulinimo	Onkologijos integruotos sveikatos priežiūros valdymo komitetas				Atliktas vertinimas ir pateikti siūlymai	-	
	4.8. Vertinti visuomenės sveikatos technologijas, sveikatos technologijas, susijusias su medicinos prietaisais ir vaistinių preparatų sveikatos technologijas (onkologijos srities)	HI VASPVT VVKT Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komitetas		(HI – 119, 430 Lt (34 589,32 eurų) (ES lėšos)			Vertintų technologijų skaičius – pagal pareiškėjų poreikį (HI – 1)	Vertintų technologijų skaičius – pagal pareiškėjų poreikį (HI – 1)
	4.9. Diegti naujas sveikatos technologijas į klinikinę praktiką	Specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos					Įdiegtų naujų technologijų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 1)	Įdiegtų naujų technologijų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 1)
	4.10. Aktyvinti onkologinėmis ligomis sergančių pacientų ilgalaikio stebėjimo paslaugų teikimą	ASPĮ Nacionalinis vėžio institutas					Ilgalaikio stebėjimo paslaugų didėjimas 5 proc., palyginti su praėjusiais metais	Ilgalaikio stebėjimo paslaugų didėjimas 5 proc., palyginti su praėjusiais metais
	4.11. Bendradarbiaujant su chirurgijos srities respublikos ir kraštų vyriausiaisiais specialistais, atlikti chirurgijos paslaugų dėl onkologinių ligų teikimo 2011–2013 m. analizę, padaryti išvadas, analizės pagrindu teikti pasiūlymus SAM, siekiant koncentruoti chirurgines paslaugas dėl onkologinių ligų specializuotą onkologinę pagalbą	Onkologijos srities vyriausieji specialistai VLK SAM LNSS valdyba (ATLKS)					Atlikta analizė, padarytos išvados, pateikti pasiūlymai	

teikiančiose įstaigose							
4.12. Atlikti spindulinės terapijos paslaugų dėl onkologinių ligų teikimo 2011–2013 m. analizę, padaryti išvadas, analizės pagrindu teikti pasiūlymus SAM, siekiant optimizuoti radioterapijos paslaugų teikimą, užtikrinti spindulinės terapijos infrastruktūros atnaujinimą laiku	Onkologijos srities vyriausieji specialistai VLK SAM LNSS valdyba (ATLKS)					Atlikta analizė, padarytos išvados, pateikti pasiūlymai	
4.13. Atlikti inovatyvių vaistų technologijų prieinamumo onkologinėms ligoms gydyti analizę, padaryti išvadas, analizės pagrindu teikti pasiūlymus SAM dėl inovatyvių vaistų technologijų prieinamumo gerinimo	Onkologijos srities vyriausieji specialistai VLK VVKT SAM FD SAM LNSS valdyba (ATLKS)					Atlikta analizė, padarytos išvados, pateikti pasiūlymai	
4.14. Atlikti parengiamuosius darbus licencijai teikti radiotarapijos paslaugas gauti (parengti, patvirtinti dokumentus, gauti leidimus ir kt.)	VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė					Parengti, patvirtinti dokumentai, gauti leidimai ir kt.	
4.15. Įgyvendinti Valstybės investicijų projektus, investuojant į įstaigų infrastruktūrą, naujos įrangos įsigijimą, senos atnaujinimą	SAM SED (IPS) Projektų vykdytojai		VIP lėšos*******	VIP lėšos*******		Projektų skaičius	Projektų skaičius
4.16. Atnaujinti ir patvirtinti Lietuvos medicinos normą „Gydytojas vaikų hematologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“	SAM Motinos ir vaiko sveikatos valdyba (VSS)						Patvirtinta atnaujinta medicinos norma
4.17. Parengti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, kokybės reikalavimus	Onkologijos srities vyriausieji specialistai SAM LNSS valdyba (ATLKS) SAM SPPPSS						Parengtas kokybės reikalavimų projektas
4.18. Parengti Radioterapijos paslaugų teikimo optimizavimo ir įrangos atnaujinimo planą	Onkologijos srities vyriausieji specialistai SAM LNSS valdyba (ATLKS)						Parengtas plano projektas
4.19. Investuoti į spindulinės terapijos	SAM ESPS Projekto			ES lėšos ir LR biudžeto			Pradėtas įgyvendinti

	paslaugų plėtrai VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje reikalingą infrastruktūrą	vykdytojas			bendrojo finansavimo lėšos*****			projektas
	4.20. Investuoti į tikslinių teritorijų ASPĮ, teikiančių pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, infrastruktūrą, skirtą onkologinių ligų profilaktikai vykdyti ir paslaugoms pagal Programas teikti (patalpų rekonstrukcija / remontas, įrangos atnaujinimas / įsigijimas ir kt.)	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėti įgyvendinti projektai
	4.21. Investuoti į antrinio lygio paslaugas pagal Programas tikslinių teritorijų gyventojams teikiančias ASPĮ Programoms vykdyti reikalingiems medicinos prietaisams įsigyti ir (ar) jiems atnaujinti (įvertinus šių įstaigų turimus medicinos prietaisus ir investicijas iš 2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinės paramos fondų ir Valstybės investicijų programos)	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėti įgyvendinti projektai
	4.22. Investuoti į onkologinėms konsultacinėms paslaugoms tikslinių teritorijų gyventojams organizuoti ir nuotolinės medicinos paslaugoms teikti reikalingą infrastruktūrą (konsultacijų kabinetų įrengimas, įranga ir transportas mobilioms paslaugoms teikti, įranga nuotolinėms paslaugoms teikti ir kt.)	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėti įgyvendinti projektai
	4.23. Sukurti, išbandyti ir įdiegti onkologinių ligų prevencijos, diagnostikos, gydymo paslaugų teikimo apimčių ir organizavimo sveikatos priežiūros įstaigose modelį, integruojantį visus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygius	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėti įgyvendinti projektai
	4.24. Parengti efektyvaus pacientų srautų valdymo metodiką, užtikrinančią, kad sveikatos priežiūros paslaugos asmenims, kuriems pirmą kartą įtarta onkologinė liga, būtų suteiktos laiku	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėtas įgyvendinti projektas (projektai)

	(„žaliasis koridorius“), įdiegti ją į praktiką įgyvendinant bandomąjį projektą pasirinktose teritorijose							
	4.25. Stiprinti sveikatos priežiūros specialistų įgūdžius bei kelti kvalifikaciją onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo srityje, gilinti sveikatos priežiūros specialistų žinias apie naujoves onkologijos srityje	SAM ESPS SAM SPIVS Projektų vykdytojai			ES lėšos******			Pradėti įgyvendinti projektai
5. Gerinti onkologinė-mis ligomis sergančių pacientų gyvenimo ir gyvenimo pabaigos kokybę	5.1. Suteikti patalpas, sudaryti sąlygas veikti NVO, kurios organizuoja psichologinės, socialinės, savitarpio pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikimą	ASPĮ Savivaldybės (ASPĮ dalininkai) Nacionalinis vėžio institutas					Įstaigų, sudariusių sutartis su NVO, skaičius – 6	Įstaigų, sudariusių sutartis su NVO, skaičius – 10
	5.2. Organizuoti psichologinės, socialinės, savitarpio pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, jų šeimos nariams teikimą	NVO (POLA, „Kraujas“ ir kt.)					Nuolat veikiančių savitarpio pagalbos grupių skaičius Pacientų, kuriems suteikta pagalba, skaičius Šeimos narių, kuriems suteikta pagalba, skaičius	Nuolat veikiančių savitarpio pagalbos grupių skaičius Pacientų, kuriems suteikta pagalba, skaičius Šeimos narių, kuriems suteikta pagalba, skaičius
	5.3. Užtikrinti psichoterapijos paslaugų, psichologinės, socialinės pagalbos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams teikimą, įdarbinant atitinkamą specialistą (specialistus), sudarant šių paslaugų teikimo sutartis ar kt.	Specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos			***			Įstaigų, kuriose įdarbintas specialistas (specialistai), skaičius – 6
	5.4. Plėtoti ambulatorinių paliatyviosios pagalbos paslaugų tikslinių teritorijų gyventojams teikimą investuojant į ASPĮ infrastruktūrą, reikalingą ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugoms teikti, bei į sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimą organizuojant mokymus apie paliatyviosios pagalbos teikimą namuose	SAM ESPS SAM SPIVS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėti įgyvendinti projektai
6. Gerinti onkologijos mokymo kokybę,	6.1. Gerinti mokslinių darbų kokybę	VU LSMU Nacionalinis vėžio institutas					Pripažintose tarptautinėse e. duomenų bazėse (MII,	Pripažintose tarptautinėse e. duomenų bazėse (MII,

vystyti mokslą		VUL SK LSMUL KK VšĮ KUL					MEDLINE) ir kt.) paskelbtų straipsnių, išleistų knygų, konferencijo-se skaitytų pranešimų, publikacijų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 2)	MEDLINE) ir kt.) paskelbtų straipsnių, išleistų knygų, konferencijo-se skaitytų pranešimų, publikacijų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 2)
	6.2. Plėtoti pelno nesiekiančių asmenų (universiteto, ligoninės, visuomeninės mokslinės organizacijos, ne pelno siekiančios institucijos, pacientų organizacijos ar tyrėjo) inicijuojamus mokslinius ikiklinikinius, klinikinius ir kitus biomedicininius tyrimus	VUL SK LSMUL KK Nacionalinis vėžio institutas VšĮ KUL					Vykdytų tyrimų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 1)	Vykdytų tyrimų skaičius (kiekvienas vykdytojas ne mažiau kaip 1)
	6.3. Įgyvendinti nacionalinės mokslo programos „Lėtinės neinfekcinės ligos“ projektus / priemones	VUL SK LSMUL KK Nacionalinis vėžio institutas					Finansuotų priemonių skaičius Pasiekti planuoti rezultatai	Finansuotų priemonių skaičius Pasiekti planuoti rezultatai
	6.4. Parengti bei pateikti Lietuvos Respublikos Seimui Biomedicininių tyrimų etikos įstatymo pakeitimo įstatymo projektą, reglamentuojantį biobankų veiklą	LBEK SAM					Projektas pateiktas Lietuvos Respublikos Seimui	
	6.5. Tobulinti studijų programas, siekiant jų suderinamumo su ES šalių programomis	VU LSMU SAM SPIVS						Patobulintos studijų programos
	6.6. Vystyti studijoms reikalingą infrastruktūrą	VU LSMU Nacionalinis vėžio institutas VUL SK LSMUL KK			***			Investuotų į infrastruktūrą lėšų suma (eurų)
	6.7. Inicijuoti mokslinį bandomąjį projektą „Paveldimo vėžio programa“	VUL SK SAM ESPS Projekto vykdytojai			ES lėšos********			Inicijuotas projektas
7. Vystyti bendradarbia-vimą su nevyriausi-binėmis organizacijo-mis onkologinės pagalbos srityje, plėtoti nevyriausi-binių organizacijų veiklą visuomenėje	7.1. Kviesti NVO atstovus dalyvauti SAM, VLK darbo grupių (tarybų, komitetų ir kt.), kuriose sprendžiami onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams aktualūs klausimai, veikloje.	SAM VLK				NVO atstovai dalyvavo 80 proc. darbo grupių (tarybų, komitetų ir kt.) veikloje	NVO atstovai dalyvavo 100 proc. darbo grupių (tarybų, komitetų ir kt.) veikloje	NVO atstovai dalyvavo 100 proc. darbo grupių (tarybų, komitetų ir kt.) veikloje
	7.2. Svarstyti dėl veiklos onkologinių ligų prevencijos srityje įtraukimo į projektų finansavimo iš valstybės biudžeto lėšų pagal Nevyriausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo veikloje, skatinimo programą, patvirtintą	SAM RVS					Svarstyta dėl įtraukimo į einamųjų metų prioritetus	Svarstyta dėl įtraukimo į einamųjų metų prioritetus

	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. kovo 29 d. įsakymu Nr. V-256 „Dėl Nevyriausybinių organizacijų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo veikloje, skatinimo programos patvirtinimo“, prioritetus							
	7.3. Organizuoti informacinio leidinio „Paciento knygelė“ apie onkologines ligas (atskiroms ligų grupėms) ir teikiamą pagalbą (prevencija, diagnostika, gydymas, ilgalaikis stebėjimas ir kt.) parengimą	NVO Gydytojų profesinės draugijos		NVO lėšos	NVO lėšos		Temų, kuriomis parengtas leidinys, skaičius	Temų, kuriomis parengtas leidinys, skaičius
	7.4. Informaciją apie onkologines ligas, teikiamą pagalbą, pagalbos organizavimo klausimus, naujoves, onkologinių ligoninių „sėkmės istorijas“ skelbti interneto svetainėje, visuomenės informavimo priemonėse	NVO		NVO lėšos	NVO lėšos		Paskelbtų informacinių pranešimų skaičius	Paskelbtų informacinių pranešimų skaičius
	7.5. Organizuoti renginius, rengti pranešimus apie aktualijas onkologijos srityje	NVO Gydytojų profesinės draugijos		NVO lėšos	NVO lėšos		Renginių skaičius	Renginių skaičius
	7.6. Vystyti veiklą bendruomenėse, bendradarbiauti su savivaldybių gydytojais, savivaldybių administracijomis bei savivaldybių pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis ASPĮ aptariant savivaldybėje vykdomų Programų įgyvendinimo rezultatus, kylančias problemas ir jų sprendimų būdus	NVO					Renginių skaičius	Renginių skaičius
	7.7. Išanalizuoti pacientams kylančias problemas dėl darbingumo lygį ir laikinąjį nedarbingumą reglamentuojančių teisės aktų, teikti siūlymus Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai dėl jų tobulinimo	NVO					Išanalizuotos problemos, pateikti siūlymai	
	7.8. Išanalizuoti pacientams kylančias problemas dėl medicinos pagalbos priemonių kompensavimą reglamentuojančių teisės aktų, teikti	NVO					Išanalizuotos problemos, pateikti siūlymai	

	siūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai dėl jų tobulinimo							
	7.9. Išanalizuoti pacientams kylančias problemas dėl sprendimų dėl vaistų ir medicinos pagalbos priemonių labai retoms ligoms ir būklėms gydyti bei dėl nenumatytų atvejų finansavimo priėmimą reglamentuojančių teisės aktų, teikti siūlymus VLK dėl jų tobulinimo	NVO					Išanalizuotos problemos, pateikti siūlymai	
	7.10. Remti NVO iniciatyvas skatinant gyventojų dalyvavimą Programose, psichologinės, socialinės ir dvasinės pagalbos teikimą onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams, skatinant savanorystę	SAM ESPS Projektų vykdytojai			ES lėšos ir LR biudžeto bendrojo finansavimo lėšos*****			Pradėti įgyvendinti projektai
	7.11. Organizuoti projekto onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams apie biomedicininius tyrimus ir „Vilties“ programas parengimą	NVO Gydytojų profesinės draugijos			NVO lėšos			Parengtas projektas
8. Užtikrinti visapusišką ir kokybišką onkologijos srities duomenų registraciją ir viešai prieinamą informaciją	8.1. Paskirti SAM pavaldžią įstaigą, atsakingą už visų onkologijos srities duomenų analizę Lietuvos mastu (toliau – Paskirtoji įstaiga)	SAM					Paskirta įstaiga	
	8.2. Atlikti onkologijos srities duomenų poreikio analizę valstybės lygmeniu bei specializuotą onkologinę pagalbą teikiančių ASPĮ (klinikinis poreikis) lygmeniu ir išanalizuoti, kokius teisės aktus reikia pakeisti ar parengti, kad būtų užtikrintas visų reikalingų onkologijos srities duomenų tvarkymas (rinkimas, kaupimas, analizė ir kt.)	Paskirtoji įstaiga Koordinavimo centras SAM LNSS valdyba (ATLKS, E. sveikatos skyrius) SAM Motinos ir vaiko sveikatos valdyba (VSS) HI VLK SAM SPPPSS					Atlikta analizė	
	8.3. Atsižvelgiant į 8.2 papunktyje nurodytos analizės rezultatus, pakeisti teisės aktus ar parengti trūkstamus, kad būtų užtikrintas visų reikalingų onkologijos srities duomenų tvarkymas (rinkimas, kaupimas, analizė ir kt.) (nustatyti renkami duomenys, rinkimo, apskaitos tvarka, statistinės formos ir kt.) valstybės	SAM LNSS valdyba (ATLKS, E. sveikatos skyrius) Motinos ir vaiko sveikatos valdyba (VSS) HI VLK Paskirtoji įstaiga Koordinavimo centras						Pakeisti ar parengti teisės aktai

	lygmeniu bei specializuotą onkologinę pagalbą teikiančių ASPĮ (klinikinis poreikis) lygmeniu							
	8.4. Atlikti analizę dėl galimybės visų reikalingų onkologijos srities duomenų tvarkymui (rinkimui, kaupimui, analizei ir kt.) panaudoti jau sukurtas centralizuotas sistemas (SVEIDRA, ESPBI IS, Lietuvos sveikatos rodiklių informacinę sistemą, Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registrą ir kt.), o ASPĮ (klinikinis poreikis) lygmeniu atlikti analizę ir dėl galimybės panaudoti jau sukurtas specializuotas onkologijos srities sistemas (ar dėl poreikio sukurti trūkstamas), užtikrinant jų integravimą ir ryšį su visomis reikalingomis duomenų bazėmis	Paskirtoji įstaiga Koordinavimo centras SAM LNSS valdyba (ATLKS, E. sveikatos skyrius) Motinos ir vaiko sveikatos valdyba (VSS) HI VLK SAM ITS SAM SPPPSS						Atlikta analizė
	8.5. Atsižvelgiant į 8.4 papunktyje nurodytos analizės rezultatus, parengti veiksmų planą dėl jau sukurtų centralizuotų valstybės lygmeniu bei specializuotų onkologijos srities sistemų ASPĮ (klinikinis poreikis) lygmeniu panaudojimo ar trūkstamų sukūrimo	Paskirtoji įstaiga Koordinavimo centras SAM LNSS valdyba (ATLKS, E. sveikatos skyrius) Motinos ir vaiko sveikatos valdyba (VSS) HI VLK SAM ITS						Parengtas veiksmų planas

* Priemonės gali būti finansuojamos ir iš kitų Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos įgyvendinimo priemonių 2014–2016 metų plane (toliau – Priemonių planas) nenurodytų finansavimo šaltinių.
** Šį uždavinį taip pat įgyvendina Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 3 d. įsakymu Nr. V-8 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programos patvirtinimo“, 3 priedo „Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014-2018 metų programos įgyvendinimo priemonių 2014-2016 metų planas“ 1.5 papunktyje nurodyta priemonė.
*** Iš veiklai skirtų asignavimų.
**** Iš valstybės biudžeto specialiosios tikslinės dotacijos savivaldybėms, skirtos valstybinėms (valstybės perduotoms savivaldybėms) visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti.
***** Priemones visiškai ar iš dalies numatoma vykdyti įgyvendinant projektus, bendrai finansuojamus 2014–2020 metų Europos Sąjungos (toliau – ES) fondų lėšomis. Projektus numatoma įgyvendinti 2014–2020 metų Europos Sąjungos struktūrinių fondų investicijų veiksmų programos (toliau – Veiksmų programa) įgyvendinimo laikotarpiu (2015–2022 m.) pagal ES struktūrinių fondų panaudojimą reglamentuojančius teisės aktus. SAM vykdo ES fondų administravimo tarpinės institucijos funkcijas (SAM ESPS teisės aktų nustatyta tvarka atlieka ministerijai pavestas atitinkamas užduotis, susijusias su tarpinės institucijos funkcijų atlikimu).
****** Priemones numatoma vykdyti įgyvendinant projektus, bendrai finansuojamus 2014–2020 metų ES fondų lėšomis, pagal Švietimo ir mokslo ministerijos administruojamą Veiksmų programos prioritetą „Visuomenės švietimas ir žmogiškųjų išteklių potencialo didinimas“. SAM yra 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 293 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“ koordinatorė.
******* Valstybės investicijų programos (VIP) projektai finansuojami atsižvelgiant į finansines galimybes.
******** Priemonę numatoma vykdyti įgyvendinant projektą, finansuojamą pagal Veiksmų programos prioritetą „Mokslinių tyrimų, eksperimentinės plėtros ir inovacijų skatinimas“. SAM yra 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 293 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“ koordinatorė.

Priemonių plane vartojami sutrumpinimai:
ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaigos.
ATLKS – Antrinio ir tretinio lygio koordinavimo skyrius.
E. sveikatos skyrius – E. sveikatos koordinavimo ir įgyvendinimo skyrius.

EPBS – Ekonominio planavimo ir biudžeto skyrius.
ES – Europos Sąjunga.
ESPBI IS – Elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema.
ESPS – Europos Sąjungos paramos skyrius.
FD – Farmacijos departamentas.
HI – Higienos institutas.
IPS – Investicijų ir programų skyrius.
ITS – Informacinių technologijų skyrius.
„Kraujas“ – Onkohematologinių pacientų bendrija „Kraujas“.
LBEK – Lietuvos bioetikos komitetas.
LNSS valdyba – LNSS koordinavimo ir sveikatos priežiūros įstaigų valdyba.
LR – Lietuvos Respublika.
LSMUL KK – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos.
LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
NVO – pacientų teisėms atstovaujančios nevyriausybinės organizacijos.
Onkologijos integruotos sveikatos priežiūros valdymo komitetas – Onkologijos integruotos sveikatos priežiūros valdymo komitetas, sudarytas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 11 d. įsakymu Nr. V-223 „Dėl Patologijų integruotos sveikatos priežiūros valdymo tarybos, kardiologijos, onkologijos, insulto, perinatologijos ir vaikų ir paauglių psichikos sveikatos integruotos sveikatos priežiūros valdymo komitetų sudarymo“.
Onkologinės ligos – ligos, pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) žymimos kodais C00-C96, D00-D48.
Onkologijos srities vyriausieji specialistai – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos onkologijos srities vyriausieji respublikos ir kraštų specialistai, kurių sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymu Nr. V-739 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos vyriausiųjų respublikos ir vyriausiųjų kraštų specialistų sąrašo patvirtinimo“.
POLA – Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija.
Programos koordinavimo grupė – Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos koordinavimo grupė, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.
RVS – Ryšių su visuomene skyrius.
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija.
SDS – Sveikatos draudimo skyrius.
SED – Sveikatos ekonomikos departamentas.
SMLPC – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras.
Specializuotą onkologinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, Nacionalinis vėžio institutas, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė.
SPIVS – Sveikatos priežiūros išteklių valdymo skyrius.
SPPPSS – Sveikatos paslaugų prieinamumo ir priimtinumo stebėsenos skyrius.
SSV – Sveikatos stiprinimo valdyba.
SVEIDRA – Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema.
Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komitetas – Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komitetas, sudarytas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 21 d. įsakymu Nr. V-277 „Dėl Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komiteto sudarymo, nuostatų ir darbo reglamento patvirtinimo“.
TD – Teisės departamentas.
TPVS – Tarptautinių projektų valdymo skyrius.
Tikslinės teritorijos – 28 savivaldybės, nurodytos Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, 152 punkte.
TTVS – Teisėkūros ir teisinio vertinimo skyrius.
VASPVT prie SAM – Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM.
VLK – Valstybinė ligonių kasa prie SAM.
VSB – visuomenės sveikatos biurai.
VSS – Vaikų sveikatos skyrius.
VU – Vilniaus universitetas.
VUL SK – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos.
VVKT – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM.

Lietuvos Respublikos Seimo Kanceliarija, © 2015