

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai
El. paštas: vilija.kondrotiene@sam.lt, ministerija@sam.lt,
laimute.vaideliene@sam.lt

Kopija: Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalų komiteto
pirmininkei Linai Šukytei-Korsakei
Lietuvos Respublikos Seimo sveikatos reikalų komiteto nariams

2026-04-03

DĖL PASTABŲ IR KOMENTARŲ NACIONALINIAM ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ VALDYMO 2026–2036 M. PLANUI TEIKIMO

Šiuo raštu teikiame pastabas ir komentarus Nacionaliniam širdies ir kraujagyslių ligų valdymo 2026–2036 m. planui, siekdami sustiprinti jo strateginę kryptį ir užtikrinti atitiktį Europos Komisijos (EK) „Saugių širdžių“ plano nuostatomis.

Pastabas parengė ir teikia asociacija „Investors‘ forum“ kartu su Lietuvos kardiologų draugija, Lietuvos neurologų asociacija, Lietuvos širdies asociacija, Širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių pacientų draugija „Sveika širdis“, Lietuvos šeimos gydytojų profesinė sąjunga ir Lietuvos slaugos specialistų organizacija.

Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje išlieka ne tik didžiausia visuomenės sveikatos problema, bet ir reikšmingas demografinis bei ekonominis iššūkis. Priešlaikinės mirtys daro tiesioginę įtaką darbingo amžiaus gyventojų skaičiui, didina spaudimą socialinės apsaugos ir sveikatos sistemoms bei prisideda prie sudėtingos gimstamumo ir visuomenės senėjimo situacijos. Tai taip pat lemia reikšmingus ekonominius nuostolius dėl prarasto produktyvumo ir augančių gydymo kaštų.

Didelė dalis šios naštos yra išvengiama – vertinama, kad beveik 80 proc. atvejų galėtų būti išvengti taikant veiksmingas populiacines profilaktikos priemones, keičiant gyvenimą ir užtikrinant ankstyvą rizikos veiksnių nustatymą bei valdymą. Tai suponuoja poreikį stiprinti ne tik gydymą, bet visų pirma – sisteminę profilaktiką.

Atsižvelgiant į tai, širdies ir kraujagyslių sveikatos stiprinimas turėtų būti vertinamas kaip valstybės lygmens prioritetas, peržengiant sveikatos apsaugos sektoriaus ribas. EK „Saugių širdžių“ planas akcentuoja, kad efektyvi profilaktika reikalauja tarpsektorinio, daugelio suinteresuotųjų šalių įtraukiančio požiūrio, grindžiamo „Viena sveikata“ principu. Tai reiškia nuoseklų skirtingų politikos sričių – sveikatos, švietimo, socialinės apsaugos, sporto, aplinkos, žemės ūkio, finansų, ekonomikos ir inovacijų – įsitraukimą.

Įvertinus pateiktą plano projektą, matyti, kad jame atliktas reikšmingas darbas, ypač stiprinant diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos sritis, kurioms pastabų neteikiame ir vertiname kaip

parengtas tinkamai. Tačiau populiacinės profilaktikos dalis išlieka per siaurai orientuota į sveikatos sektoriaus vykdomas edukacines ir intervencines priemones ir nepakankamai apima struktūrines bei tarpsektorines politikos priemones. Tuo tarpu „Saugių širdžių“ planas pabrėžia būtinybę plėsti profilaktiką į visos valstybės politikos lygmenį, apimant reguliavimą, ekonominius instrumentus ir aplinkos keitimą.

Plane taip pat dominuoja ligų valdymo (diagnostikos ir gydymo) logika, kai tuo tarpu ES lygmeniu akcentuojamas platesnis tikslas – širdies ir kraujagyslių sveikatos stiprinimas viso gyvenimo eigoje. Siekiant nuoseklumo su ES strateginėmis kryptimis, tikslinga svarstyti plano laikotarpio ir tikslų derinimą su „Saugių širdžių“ planu (iki 2035 m.) bei orientaciją į ilgalaikę, visos kartos sveikatą apimančią viziją.

Papildomai pažymėtina, kad Lietuvos plane trūksta priemonių kelioms esminėms EK išskirtoms sritims: naujų tabako produktų ir jų vartojimo tarp jaunimo, žalingo alkoholio vartojimo, vaikų apsaugos nuo nesveiko maisto reklamos, vakcinacijos kaip profilaktikos priemonės, klimato ir aplinkos poveikio, moterų specifinių rizikų bei regioninių ir socialinių netolygumų mažinimo. Šios sritys EK plane sudaro profilaktikos politikos pagrindą.

Be to, dauguma siūlomų priemonių orientuotos į veiklų vykdymą (paslaugas, mokymus, kampanijas), tačiau ne į jų poveikį. Vertinimo rodikliai dažniausiai matuoja administracinį aktyvumą – apmokytų specialistų skaičių, institucijų įsitraukimą ar parengtus dokumentus – bet neatskleidžia, ar mažėja rizikos veiksnių paplitimas ir ar realiai gerėja gyventojų širdies ir kraujagyslių sveikata.

Atsižvelgiant į tai, šiuo raštu siekiame dviejų pagrindinių tikslų:

- kad širdies ir kraujagyslių sveikata būtų pripažinta valstybės prioritetu šis klausimas būtų pakeltas į tarpsektorinį, nacionalinės politikos lygmenį;
- sustiprinti plano populiacinės profilaktikos dalį, užtikrinant jos atitiktį EK „Saugių širdžių“ plano nuostatomis.

Todėl siūlome:

- formuoti ilgalaikę, ne vienos politinės kadencijos ribomis apribotą viziją, orientuotą į visos kartos sveikatą;
- pakelti planą į valstybinį, tarpsektorinį lygį, suteikiant jam nacionalinės darbotvarkės statusą ir aiškiai paskirstant atsakomybes tarp sektorių;
- sukurti tarpinstitucinę darbo grupę, įtraukiant visuomenės sveikatos ekspertus ir kitų sektorių specialistus, siekiant sustiprinti populiacinės profilaktikos dalį.

Tikimės, kad pateiktos pastabos bus įvertintos tolesniame plano tobulinimo procese, ir esame pasirengę aktyviai dalyvauti tolimesnėse diskusijose bei prisidėti prie tarpsektorinio, nacionalinio valstybės lygmens dokumento rengimo, siekiant proveržio širdies ir kraujagyslių sveikatos srityje.

PRIDEDAMA. Komentarai ir pastabos, 13 lapų.



Gedimino pr. 10-9B
LT-01103 Vilnius, Lietuva
El.p. info@investorsforum.lt
www.investorsforum.lt

Kartu rengusių organizacijų vardu,
asociacijos „Investors‘ forum“ vykdomasis direktorius

Vytautas Šilinskas

KOMENTARAI IR PASTABOS NACIONALINIAM ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ VALDYMO 2026–2036 M. PLANUI

Žemiau teikiame konkrečias pastabas atskiroms plano dalims. Jos skirtos didesniajam tikslumui ir platesniam požiūriui užtikrinti ir jokia būdu neneigia jau atlikto reikšmingo darbo.

I skyrius „Bendrosios nuostatos“:

4 punktas: įterpti po „...2 proc. bendrojo vidaus produkto. Mūsų šalies praradimai šiuo aspektu yra vieni didžiausių ES – 2,5 proc. bendrojo vidaus produkto arba 1,4 mlrd. Eur kasmet – Lietuvą lenkia tik Bulgarija ir Rumunija”¹.

7 punktas: „Lietuva turi reikšmingą potencialą sumažinti ŠKL našta, taikydama jau egzistuojančias mokslu pagrįstas intervencijas. Nacionalinė ŠKL programa siekia padėti politinius pamatus, sutelkti sveikatos sistemos išteklius ir įtraukti visuomenę tam, kad būtų pasiektas proveržis ŠKL prevencijos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos srityse“. Punktas teisingai akcentuoja potencialą ir kryptį, tačiau proveržiui pasiekti vien sveikatos sistemos išteklių sutelkimo nepakanka. Būtinai aiškus tarpsektorinis įsipareigojimas, įtraukiant kitas politikos sritis ir užtikrinant bendrą atsakomybę už ŠKL naštos mažinimą.

9 punktas: trūksta aiškaus ir ambicingo rodiklio, o nustatytas terminas iki 2030 m. yra per trumpas ilgalaikiams pokyčiams pasiekti. Siūloma tikslą formuluoti pagal „Saugių širdžių“ plano kryptį: „iki 2035 m. 25 proc. sumažinti priešlaikinį mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų“.

III skyrius „ŠKL sukeliama našta“:

15 punktas: papildyti „EK duomenimis, Lietuva rikiuojasi ketvirtoje vietoje nuo galo ES pagal profilaktikos priemonėmis ir sveikatos priežiūros priemonėmis išvengiamo mirtingumo nuo visų priežasčių rodiklį. 2025 m. duomenimis, iš viso būtų galima išsaugoti 13 516 gyvybių kasmet, iš jų 3544 dėl išeminės širdies ligos ir 1332 dėl insulto”².

V skyrius „Rizikos veiksniai ir jų valdymas“:

Papildyti nauju punktu: „ŠKL profilaktika Lietuvoje įgyvendinama taikant viso gyvenimo ciklo (life-course), personalizuotą ir tarpsektorinį požiūrį, apimančią sveikatos, švietimo, sporto, socialinės apsaugos, aplinkos, žemės ūkio, finansų, ekonomikos ir inovacijų ir kitus sektorius”

33.2 punktas: papildyti: „integruoti sveikatos aspektus į klimato kaitos ir aplinkos politiką, mažinant oro taršos, triukšmo ir klimato veiksnių poveikį ŠKL”

33.4 punktas: keisti į: „skatinti sveikatai palankių maisto produktų pasiūlą, įskaitant:

¹ Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, Torbica A, Maggioni AP, Huculeci R, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. *European Heart Journal*. 2023, Volume 44, Issue 45, 1 December 2023, Pages 4752–4767, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad583>.

² Europos Komisija. State of Health in the EU: Lithuania. 2025 m. sveikatos būklės apžvalga. Asociacija „Investors' Forum“

- maisto produktų reformuliavimą (druska, cukrus, riebalai);
- viešųjų pirkimų standartus sveikai mitybai (mokyklos, ligoninės, viešasis sektorius);
- vartotojų informavimo sistemas apie maisto sudėtį ir perdirbimą.“

Papildyti naujais punktais:

- 33.5. mažinti tabako, alkoholio ir nesveikų maisto produktų prieinamumą ir vartojimą
 - 33.6. stiprinti tabako ir naujų nikotino produktų (elektroninių cigarečių, kaitinamojo tabako, nikotino maišelių) kontrolę, ypač tarp jaunimo
 - 33.7. įgyvendinti tikslines priemones mažinant žalingą alkoholio vartojimą, ypatingą dėmesį skiriant jaunimo ir rizikos grupėms.
 - 33.8. integruoti vakcinaciją (gripo, COVID-19, pneumokokinės infekcijos ir kt.) į ŠKL profilaktikos priemones rizikos grupėse
 - 33.8. įgyvendinti tikslines profilaktikos priemones pažeidžiamoms grupėms (žemesnio socioekonominio statuso, regionų, lyčių skirtumų mažinimas)
- Atitinkamai, įgyvendinimo priemonių plano dalyje turėtų būti įtraukiamos naujos 2 uždavinio įgyvendinimo priemonės aukščiau paminėtų krypčių atspindėjimui.

VI skyrius „Visuomenės informuotumo didinimas ir sveikos gyvensenos skatinimas“

Papildyti skyriaus pradžia: Visuomenės informavimas yra viena iš kompleksinės profilaktikos priemonių, papildanti struktūrines, reguliacines ir aplinkos keitimo intervencijas”.

Taip pat būtinas platesnis požiūris į visuomenės sveikatos biurus, kuris jokia būdu nereiškia atsakomybės perkėlimo – „visuomenės sveikatos biurai veikia kaip tarpsektorinio bendradarbiavimo koordinatoriai savivaldybėse, įtraukiant švietimo, sporto, socialinės apsaugos, aplinkos ir kitus sektorius“.

41.1 punktas: pakeisti į „didinti sveikatos raštingumą, organizuojant socialines informacines kampanijas ir mokymus tikslinėms gyventojų grupėms; diegiant duomenimis grįstas, personalizuotas profilaktikos priemones, įskaitant dirbtinio intelekto sprendimus rizikos vertinimui ir individualizuotoms intervencijoms”

Papildyti naujais punktais:

- 41.4. sukurti nacionalinį tarpsektorinį ŠKL profilaktikos bendradarbiavimo ir koordinavimo mechanizmą;
- 41.5. plėtoti profilaktikos intervencijas darbo vietose ir bendruomenėse, skatinant sveikatai palankią aplinką;
- 41.6. riboti nesveiko maisto, tabako ir alkoholio reklamos matomumą ir poveikį vaikams ir jaunimui;
- 41.7. skatinti fizinį aktyvumą per transporto, darnios miestų plėtros ir švietimo politiką.

Atitinkamai, įgyvendinimo priemonių plano dalyje turėtų būti įtraukiamos naujos 2 uždavinio įgyvendinimo priemonės aukščiau paminėtų krypčių atspindėjimui.

XVI skyrius „ŠKL valdymo 2026–2036 m. plano tikslai ir uždaviniai”

148 punkte nurodytas tikslas mažinti sergamumą ir mirtingumą nėra pakankamai konkretus ir pamatuojamas, nes neįvardijama, kokio masto sumažėjimo siekiama. Tuo tarpu XVII skyriaus 152 punkte pateikiami tik keli rodikliai – standartizuotas mirtingumas nuo ŠKL, miokardo infarkto ir sergamumas krūtinės angina – tačiau nepaaiškinama, kodėl pasirinkti būtent jie ir kaip jie atspindi bendrą ŠKL naštą:

- sumažinti priešlaikinį mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų 25 proc., lyginant su 2022 m. rodikliais;
- užtikrinti, kad bent 75 proc. 25–64 metų amžiaus gyventojų ir bent 90 proc. 65 metų ir vyresnių asmenų kraujospūdis būtų matuojamas bent kartą per metus sveikatos priežiūros specialisto;
- užtikrinti, kad bent 65 proc. 25–64 metų amžiaus gyventojų ir bent 80 proc. 65 metų ir vyresnių asmenų cholesterolio kiekis būtų tikrinamas bent kartą per metus sveikatos priežiūros specialisto;
- užtikrinti, kad bent 65 proc. 25–64 metų amžiaus gyventojų ir bent 80 proc. 65 metų ir vyresnių asmenų gliukozės kiekis kraujyje būtų tikrinamas bent kartą per metus sveikatos priežiūros specialisto.

Skyriuje apibrėžiamas vienas tikslas (148 punktas), vienas specialusis tikslas (149 punktas) ir 7 uždaviniai (150 punktas), tačiau įgyvendinimo priemonių 2026–2028 m. plane jau pateikiami 18 uždavinių, kurie nėra nuosekliai suderinti su XVI skyriuje nurodytais. Tai rodo struktūrinį nenuoseklumą – dalis 2026–2036 m. plano uždavinių įgyvendinimo priemonių plane iš esmės transformuojami į atskirus tikslus ar naujai performuluotus uždavinius. Žemiau pateikiama 1 lentelė tai iliustruoja – kursyvu pažymėtas vienintelis sutampantis uždavinys, o vienas iš XVI skyriuje nurodytų uždavinių apskritai neatsispindi įgyvendinimo priemonių plane. Tokia struktūra apsunkina plano logikos supratimą ir įgyvendinimą, todėl teisės akte turi būti užtikrintas aiškus tikslų, uždavinių ir priemonių nuoseklumas bei tarpusavio atitikimas.

1 lentelė. 2026-2036 m. plano uždavinių ir įgyvendinimo priemonių 2026-2028 metų plano tikslų ir uždavinių neatitikimas

XVI skyriuje nurodyti uždaviniai	Įgyvendinimo priemonių 2026-2028 metų plane nurodyti tikslai	Įgyvendinimo priemonių 2026-2028 metų plane nurodyti uždaviniai
tobulinti ŠKL sergantiems pacientams pagalbos valdymą ir koordinavimą;	tobulinti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir gydymo valdymą ir koordinavimą	vykdyti širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir gydymo stebėseną ir valdymą

plėtoti profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugas, ugdyti informuotą ir sveiką visuomenę;	gerinti visuomenės sveikatos priežiūrą ir saugą per sveikatos stiprinimą ir ŠKL rizikos veiksnių prevenciją bendruomenėse	didinti Lietuvos gyventojų sveikatos raštingumą
		mažinti ŠKL rizikos sveikatai veiksnių paplitimą ir skatinti sveiką gyvenseną
gerinti ŠKL prevencinės programos organizavimą ir įtrauktį;	gerinti Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos organizavimą ir įgyvendinimą	sudaryti sąlygas efektyviau teikti Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos paslaugas
užtikrinti savalaikę, visavertę ir kokybišką kompleksinę ŠKL diagnostiką ir gydymą, mažinti paslaugų prieinamumo netolygumus, socialinę atskirtį;	tobulinti ŠKL diagnostiką ir gydymą	stiprinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios komandos kompetenciją ŠKL valdymo srityje
		tobulinti širdies nepakankamumo ligų valdymą
		gerinti išeminės širdies ligos valdymą ir plėtoti širdies vaizdinius tyrimus
		gerinti širdies ritmo sutrikimų ligų valdymo, vykdyti staigios širdinės mirties prevenciją veiksnių ir gerinti širdies implantuojamų prietaisų priežiūrą bei didinti šių paslaugų prieinamumą
		gerinti širdies intervencinių procedūrų ir širdies chirurgijos paslaugų prieinamumą
		gerinti širdies ligų reabilitacijos paslaugų prieinamumą
		gerinti galvos smegenų kraujotakos sutrikimų, praeinančių smegenų išemijos priepuolių ir ūminių

		cerebrovaskulinių sindromų valdymą
		tobulinti kardiogeninio šoko ir ūminių kardialinių sindromų valdymą
		tobulinti širdies paveldimų ir retų ligų valdymą
		vystyti kardiokologijos paslaugas
		vystyti ŠKL pacientų ilgalaikės stebėsenos paslaugas
gerinti širdies ir kraujagyslių mokslo srities mokymo kokybę, vystyti mokslą;	skatinti inovacijas širdies ir kraujagyslių ligų srityje ir diegti pažangias informacines technologijas	įdiegti ŠKL duomenų valdymo sistemas, naudojant skaitmenines technologijas
		skatinti širdies ir kraujagyslių ligų tyrimus ir inovatyvų gydymą
<i>vystyti bendradarbiavimą su nevyriausybinėmis organizacijomis pagalbos ŠKL sergantiems pacientams srityje, plėtoti nevyriausybinių organizacijų veiklą visuomenėje;</i>	<i>vystyti bendradarbiavimą su NVO širdies ir kraujagyslių ligų srityje, plėtoti NVO veiklą visuomenėje</i>	<i>vystyti bendradarbiavimą su NVO širdies ir kraujagyslių ligų srityje</i>
užtikrinti visapusišką ir kokybišką ŠKL srities duomenų registraciją bei viešai prieinamą informaciją.		

XVII skyrius „ŠKL valdymo 2026–2036 m. plano vertinimo kriterijai ir laukiami rezultatai“

Ši plano dalis formaliai apibrėžia vertinimo kriterijus, tačiau jų struktūra ir turinys rodo, kad vertinimo sistema nėra pakankamai orientuota į realų poveikį gyventojų sveikatai ir neatitinka „Saugių širdžių“ plano rezultatų matavimo logikos. Nors deklaruojama, kad bus vertinami sveikatos rodikliai ir priemonių įgyvendinimas, iš pateiktų kriterijų matyti, kad didžioji jų dalis orientuota į galutinius (tolimuosius) arba veiklos indikatorius, tačiau trūksta tarpinių rezultatų, leidžiančių suprasti, ar taikomos priemonės iš tiesų veikia.

Didžioji dalis pagrindinių rodiklių susiję su mirtingumo mažinimu, tačiau nėra aiškiai parodyta, kaip konkrečios plano priemonės prisidės prie šių pokyčių. Tokie rodikliai kaip mirtingumo ar sergamumo sumažėjimas yra svarbūs, tačiau jie priklauso nuo daugelio veiksnių ir negali būti tiesiogiai siejami su konkrečių plano intervencijų efektyvumu. Trūksta aiškios priežastinės grandinės tarp taikomų priemonių ir siekiamų rezultatų.

Ypač pažymėtina, kad šiame skyriuje nėra nei vieno aiškiai apibrėžto rodiklio ar laukiamo rezultato, skirto populiacinei profilaktikai. Tai reiškia, kad nėra numatyta, kaip bus vertinamas pagrindinis profilaktikos tikslas – rizikos veiksnių mažinimas ir ligų atsiradimo atitolinimas. Tokia spraga iš esmės atima galimybę įvertinti, ar populiacinės profilaktikos priemonės yra veiksmingos.

Taip pat pastebėtina, kad ankstyvosios diagnostikos efektyvumas vertinamas labai ribotai – vienas iš pagrindinių rodiklių yra dalyvavimas ŠKL profilaktinėje programoje. Toks požiūris susiaurina vertinimą iki paslaugos aprėpties, nevertinant jos kokybės, personalizavimo, stebėsenos ar realaus poveikio rizikos veiksniams. Nėra vertinama, ar:

- gerėja kraujospūdis, cholesterolio ar gliukozės kontrolė;
- mažėja nutukimo, rūkymo ar fizinio neaktyvumo paplitimas;
- didėja gyventojų gebėjimas valdyti savo sveikatą.

Kiti rodikliai taip pat kelia abejonių dėl jų tinkamumo. Pavyzdžiui, ilgalaikės stebėsenos rodiklis apsiriboja paslaugų apimtimi, bet neparodo, ar tokia stebėseną gerina pacientų būklę ar mažina komplikacijų riziką. NVO įtraukimas vertinamas per sudarytą su sveikatos priežiūros įstaigomis sutarčių skaičių, tačiau toks rodiklis neparodo realaus bendradarbiavimo turinio ar poveikio. Lygiai taip pat duomenų sistemos sukūrimas vertinamas kaip vienkartinis rezultatas („1 sistema“), bet nevertinama jos kokybė, naudojimas ar indėlis į sprendimų priėmimą.

Vertinimo kriterijai nesudaro prielaidų vertinti, ar planas realiai veikia, ar tik yra vykdomas. Iš esmės vertinama, ar pasiekiami bendri statistiniai pokyčiai ir ar vykdomos veiklos, tačiau nėra aišku, ar konkrečios plano priemonės lemia realų rizikos veiksnių mažėjimą ir gyventojų sveikatos gerėjimą.

XIX skyrius „ŠKL valdymo 2026–2036 m. plano įgyvendinimas“

Šioje dalyje nustatomas plano įgyvendinimo modelis iš esmės atspindi tradicinį, sveikatos sektoriuje koncentruotą valdymo požiūrį ir nėra pakankamai pritaikytas tarpsektorinei politikai, kurios reikalauja „Saugių širdžių“ plano logika. Nors teigiama, kad plane dalyvauja įvairios institucijos, realus įgyvendinimo mechanizmas išlieka centralizuotas Sveikatos apsaugos ministerijos lygmenyje, nes būtent ši institucija vykdo tiek plano įgyvendinimo kontrolę, tiek formuoja stebėsenos tarybą. Toks modelis riboja kitų sektorių įsitraukimą ir atsakomybę bei neužtikrina horizontalaus politikos įgyvendinimo.

Plane išvardytos institucijos apima daugiausia sveikatos sektoriaus dalyvius, o kitų sektorių – švietimo, aplinkos, finansų, socialinės politikos – vaidmuo nėra aiškiai apibrėžtas. Nors formaliai numatytas savivaldybių, nevyriausybių organizacijų ir akademinės bendruomenės dalyvavimas, nėra nustatyta konkrečių atsakomybių, sprendimų priėmimo mechanizmų ar tarpinstitucinio

koordinavimo modelio. Dėl to kyla rizika, kad deklaruojamas tarpsektorinis bendradarbiavimas liks formalus. Stebėsenos ir valdymo sistema taip pat išlieka ribota. Nors numatyta kasmetinė stebėsenos ir tarpinis vertinimas po 6 metų, toks vertinimo ciklas nėra pakankamas dinamiškai politikai, kuriai būtinas nuolatinis duomenimis grįstas koregavimas. Plane nenumatyta operatyvi grįžtamojo ryšio sistema, leidžianti realiu laiku koreguoti priemones pagal pasiektus rezultatus, taip pat nėra aišku, kaip stebėsenos rezultatai bus integruojami į sprendimų priėmimą.

Be to, nėra aiškiai apibrėžta, kokių mastu stebėsenos bus grindžiama realiais sveikatos rodikliais, o ne administraciniais duomenimis. Nors numatyti vertinimo kriterijai, pati įgyvendinimo dalis orientuota į atsiskaitymą už veiklų vykdymą ir lėšų panaudojimą, bet ne į realų poveikį gyventojų sveikatai. Tai rodo, kad valdymo modelis labiau pritaikytas programos administravimui, o ne rezultatų valdymui.

Finansavimo modelis taip pat išlieka deklaratyvus – išvardijami galimi finansavimo šaltiniai, tačiau nėra aišku, kaip bus užtikrintas ilgalaikis, tvarus finansavimas profilaktikos priemonėms, ypač toms, kurios peržengia sveikatos sektoriaus ribas. Nėra nustatyta, kaip finansavimas bus susietas su pasiektais rezultatais ar prioritetinėmis intervencijomis.

Stebėsenos tarybos modelis taip pat kelia abejonių dėl realaus efektyvumo. Nors numatyta plati sudėtis, taryba iš esmės veikia kaip konsultacinis organas, o ne kaip sprendimų priėmimo ar tarpsektorinio koordinavimo institucija. Nėra aišku, kokią realią įtaką jos siūlymai turės politikos formavimui ir priemonių įgyvendinimui.

Iš esmės ši plano dalis sukuria administracinį įgyvendinimo karkasą, tačiau neužtikrina realaus tarpsektorinio valdymo, lankstaus ir duomenimis grįsto sprendimų priėmimo, atsakomybės paskirstymo tarp skirtingų sektorių, orientacijos į rezultatą, o ne į veiklos vykdymą. Vertinama, ar planas administruojamas ir priemonės vykdomos, tačiau nėra aišku, kaip bus užtikrinama, kad šis valdymo modelis realiai prisidės prie širdies ir kraujagyslių ligų naštos mažinimo.

PASTABOS DĖL HORIZONTALIŲ „SAUGIŲ ŠIRDŽIŲ“ PLANO TEMŲ

Skaitmenizacija, dirbtinis intelektas ir personalizuota medicina

Šioje srityje Lietuvos planas iš esmės neatitinka „Saugių širdžių“ plano ambicijos pereiti nuo duomenų rinkimo prie realaus jų panaudojimo sprendimų priėmimo. Nors plane įvardijamos skaitmeninės sistemos, duomenų bazės ir dirbtinio intelekto potencialas, jos daugiausia suvokiamos kaip techniniai sprendimai, o ne kaip esminis profilaktikos, diagnostikos ir gydymo transformacijos instrumentas.

„Saugių širdžių“ planas aiškiai akcentuoja, kad skaitmeniniai sprendimai turi būti naudojami integruojant klinikinius, genetinius, gyvensenos ir aplinkos duomenis, prognozuojant individualią riziką, taikant personalizuotas intervencijas, stiprinant gyventojų savikontrolę.

Lietuvos plane tokio lygio integracijos nėra. Duomenys išlieka fragmentuoti tarp skirtingų sistemų, nėra aiškios strategijos, kaip jie bus sujungti ir panaudoti realiam rizikos vertinimui ar sprendimų

priėmimui. Taip pat nėra aiškiai numatyta: kaip bus užtikrintas duomenų standartizavimas ir sprendžiamos sąveikumo problemos. Didelė spraga yra ir personalizuotos profilaktikos nebuvimas – nors minimas dirbtinis intelektas, nėra aišku, kaip jis bus naudojamas individualių rizikos profilių nustatymui ar intervencijų pritaikymui.

Rodikliai šioje srityje išlieka paviršiniai – „sukurta sistema“, „įdiegtas įrankis“, kurie neparodo, ar pagerėjo ankstyvas rizikos nustatymas, ar sumažėjo hospitalizacijos, ar pagerėjo gyventojų ir pacientų savikontrolė, ar šie sprendimai naudojami realiame gyvenime. Iš esmės vertinama, ar technologija sukurta, bet ne tai, ar ji keičia klinikinę praktiką ir gyventojų bei pacientų elgseną.

Mokslas ir inovacijos (spragų mažinimas)

Lietuvos plane mokslas ir inovacijos išlieka labiau kaip paralelinė veikla, o ne kaip sisteminis politikos ir praktikos variklis. Numatytos priemonės rodo siekį stiprinti mokslinius tyrimus ir inovacijų plėtrą širdies ir kraujagyslių ligų srityje, tačiau jų turinys išlieka fragmentiškas ir nepakankamai susietas su praktiniu poveikiu sveikatos sistemai, o dauguma priemonių net neturi jokių laukiamų rezultatų. Nors numatoma plėtoti biomedicininis tyrimus, dalyvauti tarptautinėse iniciatyvose, kurti naujus diagnostikos ir gydymo būdus bei dirbtinio intelekto sprendimus, šios veiklos pateikiamos kaip atskiros iniciatyvos, o ne kaip nuosekli sistema, apimanti visą kelią nuo mokslinių tyrimų iki jų taikymo klinikinėje praktikoje. Plane nėra aiškiai apibrėžta, kaip mokslinių tyrimų rezultatai bus integruojami į klinikinės gaires, sprendimų priėmimą ar kasdienę gydymo praktiką. Taip pat neįvardijamas mechanizmas, kaip inovacijos – įskaitant dirbtinio intelekto sprendimus ar duomenimis grįstus modelius – bus sistemingai diegiamos sveikatos priežiūros įstaigose, užtikrinant jų taikymą ne tik universitetiniuose centruose, bet ir regionuose. Dėl to išlieka rizika, kad inovacijos liks pilotinių ar projektinių iniciatyvų lygmenyje ir nepasieks realaus masto. Kartu svarbu pažymėti būtinybę stiprinti aukščiausio lygio klinikinę ir mokslinę kompetenciją. Siekiant ilgalaikio poveikio, būtina kelti tikslą tapti regiono lyderiaujančiais širdies ir kraujagyslių universitetiniais centrais. Tam reikalingas aiškus plano priemonių prioritetizavimas, kryptingas finansinių išteklių planavimas infrastruktūros atnaujinimui bei nuoseklus mokslinių tyrimų skatinimas. Be tokio strateginio požiūrio universitetinių centrų konkurencingumas tarptautinėje klinikinėje ir mokslinėje erdvėje išlieka ribotas. Be to, ši dalis nepakankamai sprendžia vieną esminių „Saugių širdžių“ plane įvardytų problemų – fragmentuotą mokslinių tyrimų lauką ir ribotą jų perkėlimą į praktiką. Plane trūksta aiškiai įvardyto nacionalinio prioriteto širdies ir kraujagyslių ligų mokslinių tyrimų srityje, taip pat nėra numatyta struktūruoto inovacijų diegimo kelio, apimančio visus etapus nuo tyrimo iki praktinio taikymo. Nėra pakankamai akcentuojamas ir bendradarbiavimas su privačiu ir nevyriausybinis sektoriumi bei tarptautinėmis inovacijų platformomis, kuris „Saugių širdžių“ plane laikomas būtina sąlyga spartesniam inovacijų diegimui. Iš esmės šioje dalyje vertinama, ar vyksta mokslinė veikla ir kuriami sprendimai, tačiau ne tai, ar jie sprendžia realias sveikatos sistemos problemas ir prisideda prie apčiuopiamo gyventojų sveikatos gerėjimo.

Visų gyventojų pasiekimas ir netolygumų mažinimas

Asociacija „Investors' Forum“

Gedimino pr.10 - 9B, Vilnius, LT-01103, Lietuva

Įmonės kodas: 224996640, PVM mokėtojo kodas LT100006916918

Banko sąskaita: LT57 7044 0600 0138 6560

Šioje srityje Lietuvos planas neatitinka „Saugių širdžių“ plano sisteminio požiūrio į netolygumus. Nors plane pripažįstama, kad egzistuoja teritoriniai ir socialiniai netolygumai, jų sprendimas apsiriboja paslaugų prieinamumo gerinimu ir informavimo veiklomis. „Saugių širdžių“ planas aiškiai akcentuoja: lyčių skirtumus (ypač moterų), vaikus ir jaunimą kaip pagrindinę profilaktikos grupę, socialiai pažeidžiamas grupes, regioninius netolygumus. Lietuvos plane šios grupės nėra sistemingai išskirtos ir adresuojamos, pvz., moterų specifiniai rizikos veiksniai minimi fragmentiškai, vaikų ir jaunimo profilaktika nėra prioritetizuota kaip atskira kryptis, socialinė nelygybė nėra susieta su konkrečiomis intervencijomis. Taip pat nėra koordinuoto požiūrio visoje gyvenimo perspektyvoje – nuo profilaktikos iki gydymo ir reabilitacijos, kaip numato „Saugių širdžių“ planas. Rodikliai šioje srityje yra ypač silpni: matuojamas dalyvavimas programose, skaičiuojamos informavimo veiklos. Tačiau nevertinama, ar mažėja mirtingumo skirtumai tarp regionų, ar mažėja rizikos veiksniai skirtingose socioekonominėse grupėse, ar gerėja moterų ar jaunimo sveikatos rodikliai. Iš esmės vertinama veikla, bet ne realus nelygybių mažėjimas.

PASTABOS „NACIONALINIO ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ VALDYMO VEIKSMŲ 2026–2036 METŲ PLANO ĮGYVENDINIMO PRIEMONIŲ 2026–2028 METŲ PLANO“ POPULIACINĖS PROFILAKTIKOS UŽDAVINIŲ IR PRIEMONIŲ DALIAI

Įvertinus 2026–2028 m. plane numatytų populiacinės profilaktikos priemonių vertinimo rodiklius, kyla pagrįstų abejonių dėl jų metodologinio pagrįstumo, tinkamumo ir gebėjimo realiai atspindėti siekiamus pokyčius visuomenės sveikatos srityje. Plane siūlomos priemonės daugiausia orientuotos į sveikatos sektoriaus vykdomas švietimo, mokymo ir paslaugų plėtros veiklas, o jų rodikliai matuoja procesą, paslaugų pasiūlą ar administracinį aktyvumą, bet ne realų poveikį rizikos veiksniams, gyvenimui ar sveikatos rezultatams. Tuo tarpu EK „Saugių širdžių“ plano profilaktikos ramstis grindžiamas gerokai platesne logika – gyvenimo eigos, personalizuotu ir tarpsektoriniu požiūriu, apimančiu ne tik individualų elgesį, bet ir mitybos aplinką, fizinį aktyvumą įvairiuose sektoriuose, tabako ir naujų nikotino produktų kontrolę, žalingą alkoholio vartojimą, itin perdirbtą maistą, vakcinaciją, klimato ir aplinkos veiksnius, pažeidžiamas grupes bei netolygumų mažinimą, taip pat skaitmeninius sprendimus ir elgsenos pokyčių matavimą. Tokiu būdu EK plane profilaktika orientuojama ne tik į paslaugų teikimą, bet ir į sisteminių, struktūrinių sprendimų diegimą, kurių Lietuvos plane akivaizdžiai trūksta.

2.1.1. Sveikatos raštingumas per pirmosios pagalbos įgūdžius

Priemonė formuluojama kaip gyventojų sveikatos raštingumo didinimas stiprinant pirmosios pagalbos įgūdžius. Tai per siauras požiūris. Pirmoji pagalba yra svarbi, tačiau ji nėra pagrindinė populiacinės ŠKL profilaktikos priemonė. EK plane sveikatos raštingumas siejamas su gebėjimu suprasti rizikos veiksnius, priimti sprendimus dėl sveikatai palankios gyvenosenos, įsitraukti į ankstyvą profilaktiką ir laiku kreiptis pagalbos. Taigi Lietuvos priemonė labiau susijusi su reagavimu į įvykį, o ne su rizikos veiksnių atsiradimo atitolinimu ar mažinimu. Plane nenurodomas konkretus rezultato rodiklis, tik nukreipiama į projekto sutartyje nustatytus terminus ir rodiklius. Toks sprendimas neleidžia viešai ir skaidriai įvertinti, ką ši priemonė turėtų pakeisti nacionaliniu mastu. Nėra aišku, ar bus matuojamas gyventojų žinių lygis, pirmosios pagalbos taikymo

gebėjimai, ar visai kiti dalykai. Tai reiškia, kad priemonė neturi aiškaus rezultato vertinimo rodiklio.

2.1.2. Specialistų kvalifikacijos kėlimas

Priemonė numato apmokyti 1200 specialistų ir matuoja tik procesą, bet ne pasiektus rezultatus. Apmokytų specialistų skaičius savaime neparodo, ar pagerėjo gyventojų konsultavimas dėl mitybos, rūkymo, fizinio aktyvumo, alkoholio, ar padidėjo ankstyvos rizikos veiksnių atpažinimas, ar sumažėjo gyventojų rizikos veiksnių paplitimas. Tai klasikinis proceso, o ne poveikio rodiklis. Palyginimui, EK plane profilaktika siejama ne tik su gebėjimų stiprinimu, bet ir su personalizuotomis, skaitmeninėmis, duomenimis grįstomis intervencijomis bei aiškiais visuomenės lygmens tikslais. Lietuvos plane šios jungties nėra: nepasakyta, kokius konkrečius profilaktikos rezultatus turės pasiekti apmokyti specialistai.

2.1.3. Sveikatą stiprinančių ir aktyvių mokyklų tinklo plėtra

Pati kryptis yra tinkama, nes EK planas išskiria vaikus ir jaunimą kaip vieną svarbiausių profilaktikos prioritetų. EK pabrėžia, kad profilaktika turi prasidėti vaikystėje, kad mokyklos turi daryti įtaką mitybos ir fizinio aktyvumo įpročiams, o vaikai ir jaunimas yra itin pažeidžiami nesveiko maisto, tabako ir naujų nikotino produktų rinkodarai. Šia prasme Lietuvos priemonė yra iš dalies suderinta su EK kryptimi. Tačiau priemonė yra nepakankama, nes apsiriboja tinklo plėtra, o ne faktinių priemonių ir jų rezultatų apibrėžimu. Plane nepasakyta, kokie konkretūs veiksmai mokyklose bus taikomi: sveikesnis maitinimas, saldintų gėrimų ribojimas, aktyvumo valandos, reklamos ribojimas, tėvų įtraukimas ar kita. Todėl vertinimo rodiklis – naujų mokyklų dalis tinkle, didinama po 5 proc. – neatspindi realaus vaikų sveikatos pokyčio. Jis matuoja tik prisijungimą prie administracinės schemos. Iš jo neįmanoma nustatyti, ar sumažėjo vaikų atsvaris, pagerėjo fizinis aktyvumas, padidėjo vaisių ir daržovių vartojimas ar sumažėjo nikotino vartojimas ar nutolo jo pradžia. Be to, procentinis rodiklis yra metodologiškai ydingas mažose savivaldybėse, nes kelių mokyklų įsitraukimas gali sukurti dirbtinai didelius procentinius šuolius, nesusijusius su realiu sveikatos rezultatu. Tokie rodikliai iš esmės matuoja procesinius ar administracinius pokyčius, tačiau neleidžia vertinti faktinio poveikio vaikų sveikatai, todėl negali būti laikomi tinkamais populiacinės profilaktikos efektyvumo vertinimo instrumentais.

2.1.4. Gyventojų žinios apie sveiką mitybą ir burnos higieną

Lietuvos plane ši priemonė sujungia mitybą ir burnos higieną. EK plane burnos sveikatos sąsaja su širdies ir kraujagyslių sveikata minima, tačiau pagrindinė problema ta, kad Lietuvos priemonė vėl apsiriboja informavimu, kampanija, rekomendacijų atnaujinimu ir gana miglotu tikslu, kad 40 proc. suaugusiųjų rinktųsi produktus pagal naudą sveikatai. Tai per silpna, kai EK plane sveikatai palankios mitybos skaitinimas apima ir viešuosius pirkimus, sveikesnio maisto prieinamumą viešosiose įstaigose, itin perdirbto maisto temą, vartotojų informavimą apie perdirbimą, reformuliavimą ir net reguliacines priemones. Rodikliai ir vėl daugiausia procesiniai: atlikta analizė, atnaujintos rekomendacijos, vykdoma kampanija. Jie neatspindi realaus druskos, cukraus, vaisių, daržovių, itin perdirbto maisto vartojimo pokyčio. Kitaip tariant, matuojama, ką žmogus sako renkantis, o ne ką faktiškai valgo. EK plane akcentuojamas būtent struktūrinis mitybos aplinkos keitimas, o ne vien komunikacinis poveikis.

2.2.1. Metimo rūkyti pagalbos paslaugų plėtra

Ši priemonė labai reikalinga, tačiau jos apimtis per siaura. EK plane tabako profilaktika apima ne tik paslaugų prieinamumą, bet ir platesnį reguliacinį rėmą: naujų nikotino produktų prieinamumo mažinimą, ypač tarp jaunimo. Lietuvos priemonėje šito nėra: orientuojamasi į paslaugų plėtrą savivaldybėse ir vieną mobiliąją programėlę, bet nenumatoma nei kryptis dėl elektroninių cigarečių, kaitinamojo tabako, nikotino maišelių, nei reklamos ar prieinamumo klausimai. Tai ypač svarbu, nes EK plane jauni žmonės ir nauji tabako vartojimo įpročiai yra viena iš ryškiausių profilaktikos temų. Rodikliai taip pat silpni. Savivaldybių, kuriose teikiamos paslaugos, skaičius parodo geografinę aprėptį, bet ne efektyvumą. Mobilioji programėlė kaip „1 vnt.“ apskritai nieko nepasako apie poveikį. Nėra rodiklių, kiek žmonių metė rūkyti po 6 ar 12 mėnesių, kiek sumažėjo kasdienio rūkymo paplitimas, kiek nutolo rūkymo pradžia tarp paauglių ar sumažėjo elektroninių cigarečių vartojimas. Taigi rodikliai matuoja paslaugos egzistavimą, o ne elgsenos pokytį.

2.2.2. Sveikatos stiprinimo paslaugų prieinamumas savivaldybių gyventojams

Priemonė labai bendra, jos turinys neišskaidytas. Neapibrėžta, kokios konkrečios paslaugos bus plėtojamoms, kokias tikslines grupes jos turėtų pasiekti ir kokių rizikos veiksnių mažinimui jos skirtos. EK plane profilaktika struktūruota pagal rizikos veiksnius ir pažeidžiamas grupes: mityba, fizinis aktyvumas, tabakas, alkoholis, vakcinacija, klimato poveikis, netolygumai. Lietuvos plane viskas sudedama į bendrą „sveikatos stiprinimo paslaugų“ kategoriją, todėl priemonė praranda strateginį aiškumą. Rodiklis „asmenų, pakeitusių gyvenosenos įpročius dėl sveikatos, skaičius 1000 gyventojų“ atrodo rezultatinis, tačiau metodologiškai yra silpnas, nes neaišku, kaip toks pokytis bus nustatomas. Ar tai savideklaracija, ar objektyvus matavimas, kokie įpročiai laikomi pasikeitusiais, ar pokytis tvarus, ar trumpalaikis. Be apibrėžimo šis rodiklis tampa beveik nepatikrinamas ir nepaliekantis galimybės palyginamumui tarp savivaldybių ar laikotarpių. Jis taip pat neparodo, kurie konkretūs rizikos veiksniai mažėja.

2.2.3. Sveikatos stiprinimo paslaugos mokiniams mokyklose

Ši priemonė yra suderinta su EK prioritetu stiprinti profilaktiką vaikų ir jaunimo tarpe. Tačiau ir čia turinys pernelyg neapibrėžtas. Plane nurodoma, kad sveikos gyvenosenos įgūdžių stiprinimo paslaugas gauna 65, 85, vėliau 90 proc. mokinių, tačiau nėra aišku, kas laikoma paslauga, koks jos intensyvumas, kokybė, trukmė, ar ji vienkartinė, ar tęstinė. EK plane profilaktika vaikų ir jaunimo tarpe siejama ne tik su edukacija, bet ir su maisto aplinka mokyklose, fizinio aktyvumo sąlygomis, reklamos poveikio ribojimu, psichikos sveikatos stiprinimu. Lietuvos plano priemonė to neapima. Rodiklis „paslaugas gauna X proc. mokinių“ parodo tik aprėptį. Jis nieko nesako apie poveikį vaikų KMI, fizinio aktyvumo lygiui, mitybos kokybei, saldintų gėrimų vartojimui, psichikos sveikatai ar nikotino ir alkoholio vartojimui. Kitaip tariant, tai paslaugos pasiekimo, o ne sveikatos rezultato rodiklis. Jei norima pagrįsti, kad ši priemonė veikia, būtina matuoti bent kelis realius vaikų sveikatos ar elgsenos rodiklius.

2.2.4. Kompleksinių ir integruotų paslaugų prieinamumas tikslinėms grupėms

Būtent čia ryškiausias neatitikimas su EK profilaktikos ramsčio logika. Lietuvos plane ši „tikslinių grupių“ priemonė faktiškai susiaurinama iki 65+ bendruomeninio modelio diegimo. Toks prioritizavimas nėra pakankamas. EK prevencijos ramstyje kalbama apie visą gyvenimo eigą,

ypač išskiriami vaikai ir jaunimas, taip pat moterų specifiniai rizikos veiksniai, regioniniai ir socialiniai netolygumai, pažeidžiamos grupės. EK plane 65+ grupė svarbi, bet ji nėra vienintelė ar dominuojanti populiacinės profilaktikos tikslinė grupė. Rodiklis taip pat labai silpnas: „tęsiamas bandomasis modelio diegimas“, „parengta metodinė medžiaga“. Tai nėra rezultatų indikatoriai. Jie neparodo nei kiek gyventojų pasiekta, nei ar pagerėjo fizinis aktyvumas, mityba, socialinis dalyvavimas, psichikos sveikata ar rizikos veiksnių kontrolė. Iš esmės čia vertinama, ar pilotas vis dar vyksta. Tokie rodikliai netinka nacionalinio plano poveikiui vertinti.

2.2.5. ŠKL ir diabeto profilaktikos programos aprėpties plėtra

Ši priemonė svarbi ir gali būti vertinga, tačiau plane ji suformuluota per siaurai kaip esamos programos aprėpties plėtimas. EK profilaktikos logika reikalauja ne tik programos prieinamumo, bet ir personalizacijos, skaitmeninių sprendimų, tikslinių veiksnių pažeidžiamoms grupėms bei sisteminio rizikos veiksnių mažinimo. Lietuvos priemonė kol kas labiau administracinė.

Rodikliai čia vėl procesiniai: atlikta efektyvumo analizė, atlikta korekcija, parengtas modelio aprašas, tęsiamas bandomasis diegimas. Nė vienas iš jų neparodo, ar daugiau tikslinės rizikos grupės asmenų realiai dalyvauja programoje, ar sumažėjo KMI, rūkymas, druskos, cukraus vartojimas, pagerėjo fizinis aktyvumas, kraujospūdžio kontrolė ar kiti rizikos veiksniai. Tai reiškia, kad vertinamas dokumentų ir pilotų parengimas, o ne programos poveikis gyventojams.

2.2.5. Psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo paslaugos ŠKL rizikos asmenims

Priemonė svarbi, nes EK plane vaikų psichikos sveikata ir bendras psichikos sveikatos vaidmuo profilaktikoje minimi kaip reikšmingi. Tačiau Lietuvos plane ši priemonė suformuluota mišriai: stresui, nerimui valdyti ir metimui rūkyti. Rodiklis vis dėlto apsiriboja tik suteiktų metimo rūkyti paslaugų skaičiumi – 1800, o psichologinės gerovės ir psichikos sveikatos stiprinimo komponentas nėra matuojamas. Jei priemonė apima kelis komponentus, rodikliai turi juos atspindėti. Be to, paslaugų skaičius pats savaime neparodo rezultato. Nežinoma, ar sumažėjo stresas, nerimas, ar padidėjo atsparumas, ar pagerėjo dalyvių savijauta, ar padidėjo metusiųjų rūkyti skaičius. EK plane profilaktika remiasi realaus poveikio ir pažeidžiamų grupių pasiekimo logika, o čia matuojamas tik suteikimo faktas.

3.1.1. ŠKL prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos aktyvesnis vykdymas

Šioje priemonėje prevencijos stiprinimas iš esmės susiaurinamas į didesnę tikslinės populiacijos aprėptį. Nors programos pasiekiamumo didinimas yra svarbus, toks požiūris yra per siauras ir neatitinka platesnės EK plano logikos, kuri akcentuoja ne tik aprėptį, bet ir intervencijų kokybę, personalizavimą bei realų rizikos veiksnių valdymą. Plane nėra aišku, kaip „aktyvesnis vykdymas“ keis pačios programos turinį, ar bus diegiamos naujos priemonės, ar tik intensyvinamas esamos veiklos vykdymas. „Saugių širdžių“ plane šiuo klausimu numatoma žymiai ambicingesnė kryptis – siekiama sukurti bendrą ES sveikatos patikrinimų protokolą, orientuotą į sistemingą rizikos veiksnių nustatymą, personalizuotą profilaktiką ir aktyvų gyventojų įtraukimą. Taip pat numatoma diegti tikslines patikros programas, nustatyti aiškius kiekybinius tikslus bei taikyti paskatas gyventojams dalyvauti patikrose, taip pat plėtoti mobilius patikros modelius, leidžiančius pasiekti sunkiau pasiekiamas grupes. Lyginant su tuo, Lietuvos plane siūlomas priemonės modelis išlieka

orientuotas į esamos programos administracinį stiprinimą, bet ne į jos turinio transformaciją. Laukiamas rezultatas – „ne mažesnis kaip 5 proc. tikslinės populiacijos augimas“ – yra ribotas ir nepakankamas. Jis parodo tik kiekybinę aprėptį, bet ne programos efektyvumą. Iš šio rodiklio neįmanoma spręsti, ar pagerėjo rizikos veiksnių kontrolė, ar pagerėjo gyventojų sveikatos būklė, ar padidėjo ankstyvas ligų nustatymas. Iš esmės matuojama, kiek daugiau žmonių dalyvauja programoje, bet ne tai, ar programa kuria realų sveikatos pokytį.

3.1.2. Programos efektyvumo vertinimas

Priemonė numato atlikti vieną programos efektyvumo vertinimą, tačiau tokia formuluotė kelia abejonių dėl vertinimo sistemingumo ir praktinės naudos. Nėra aišku, kokie rodikliai bus vertinami, ar bus analizuojamas poveikis gyventojų sveikatai, ar tik administraciniai aspektai. Rodiklis – „atliktas 1 vertinimas“ – yra formalus ir neinformatyvus. Jis parodo tik tai, kad vertinimas įvyko, bet neatskleidžia jo kokybės, apimties ar rezultatų. Nėra jokio ryšio su tuo, ar vertinimo pagrindu bus priimti sprendimai, ar bus koreguojama programa, ar pagerės jos efektyvumas. Tokie rodikliai neatitinka įrodymais grįstos politikos principų ir nesudaro prielaidų nuosekliam programos tobulinimui.

3.1.3. Specialistų mokymai dėl programos vykdymo

Ši priemonė orientuota į specialistų mokymus, tačiau, kaip ir kitose plano vietose, dominuoja proceso, o ne rezultato logika. Mokymai savaime neužtikrina geresnio programos įgyvendinimo, jei nėra aiškiai apibrėžta, kokius pokyčius jie turi sukurti praktikoje – ar pagerės rizikos veiksnių nustatymas, ar padidės pacientų įtraukimas, ar pagerės gyvensenos konsultavimas.

Rodikliai šiuo atveju apskritai nėra aiškiai apibrėžti, nes nukreipiama į projektų sutartyse nustatytus rodiklius. Tai reiškia, kad nacionalinio lygmens plane nėra nustatyta, kaip bus vertinamas šios priemonės poveikis. Tokia praktika mažina skaidrumą ir neleidžia vertinti, ar investicijos į mokymus duoda realų rezultatą gyventojų sveikatai.

6.1.1. NVO įtraukimas į darbo grupes

Šioje priemonėje atsiskleidžia formalus ir iš esmės nepakankamas NVO įtraukimo supratimas. Lietuvos plane NVO dalyvavimas apsiriboja „kvietimu“ dalyvauti SAM ir VLK darbo grupėse, tačiau toks modelis neužtikrina nei realaus įsitraukimo, nei įtakos sprendimų priėmimui. Kvietimas dalyvauti savaime nesukuria partnerystės, o labiau atspindi konsultacinį ar simbolinį dalyvavimą. Tuo tarpu EK plano logika remiasi daugelio suinteresuotųjų šalių įtraukimu, bendrakūra ir aktyviu pilietinės visuomenės dalyvavimu visame politikos cikle – nuo planavimo iki įgyvendinimo ir vertinimo. Rodiklis taip pat yra deklaratyvus ir metodologiškai silpnas: „NVO atstovai įtraukiami (100 proc.) į darbo grupių veiklas“. Nėra aišku, ką reiškia „įtraukti“, kaip tai bus matuojama ir ar toks dalyvavimas turės realią įtaką sprendimams. Rodiklis neparodo nei NVO įtakos, nei jų pasiūlymų integravimo, nei sprendimų kokybės pokyčio. Iš esmės vertinamas tik formalus dalyvavimo faktas, bet ne jo turinys ar rezultatas.

6.1.2. NVO dalyvavimas informavimo veiklose

Ši priemonė dar labiau susiaurina NVO vaidmenį, redukuodama jį iki informacijos sklaidos ir renginių organizavimo. NVO čia traktuojamos kaip komunikacijos partneriai, o ne kaip aktyvūs

politikos formavimo ar profilaktikos įgyvendinimo dalyviai. Toks požiūris neatitinka šiuolaikinio pilietinės visuomenės vaidmens ir EK akcentuojamos partnerystės logikos, kur NVO prisideda prie intervencijų kūrimo, tikslinių grupių pasiekimo ir realaus poveikio užtikrinimo. Rodikliai („ne mažiau kaip 2 renginiai per metus“, „ne mažiau kaip 20 pranešimų“) yra grynai procesiniai ir neparodo jokio poveikio gyventojų sveikatai ar elgsenai. Jie leidžia įvertinti tik veiklos intensyvumą, bet ne jos efektyvumą. Nėra jokio ryšio su tuo, ar padidėjo gyventojų informuotumas, ar pasikeitė elgsena, ar buvo pasiektos pažeidžiamos grupės. Tokie rodikliai neatitinka populiacinės profilaktikos vertinimo principų ir nesudaro prielaidų vertinti realaus poveikio.