

ŽMOGIŠKOJO KAPITALO IŠTEKLIŲ TAUPYMAS DARNIOS PLĖTROS KONTEKSTE: VARIANTŲ PAIEŠKOS

Antanas Bučinskas

Klaipėdos universitetas

Anotacija

Straipsnyje analizuojama žmogiškojo kapitalo išteklių taupymo problema darnaus vystymosi kontekste, kurio turinys per pusę amžiaus labai pakito. Darnaus vystymosi idėja, kilusi kaip būtinybė ir prevencinė priemonė, kad spartus ekonomikos augimas nevyktų ekologijos, aplinkos kokybės sąskaita, apėmė visas visuomenės vystymosi sritis, tarp kurių svarbią vietą užima darnaus žmogiškojo kapitalo kūrimo, racionalaus naudojimo ir išsaugojimo problema. Šalia teigiamų procesų stebime veiklas, kurios prieštarauja darnaus visuomenės vystymo koncepcijai: valstybės vykdoma socialinė politika ne mažina, o didina skurdžiai gyvenančių žmonių skaičių, ji yra neadekvati esamai situacijai, sveikatos apsaugos politikos srityje iki šiol vykdomos pertvarkos didina gyventojų skaičių, kuriems medicininės paslaugos vis sunkiau prieinamos, jau daugiau kaip prieš pusę amžiaus sėkmingai gydytos ligos tampa neapgydomos, kelia epidemijos pavojų visuomenei, nors dabartinės Vyriausybės veiksmus dar anksti vertinti. Vienas tokių susirgimų yra tuberkuliozė, kuri Lietuvoje kelia grėsmę, nes dėl dalies gyventojų skurdo ir kitų priežasčių, įstatymų leidžiamosios ir vykdomosios valdžių neryžtingumo taikyti prevencines priemones, plinta atsparios vaistams tuberkuliozės formos, taigi kyla reali epidemijos grėsmė. Straipsnyje analizuojami politiniai-socialiniai žmogiškojo kapitalo tausojimo aspektai sveikatos apsaugos srityje, analizuojama esama situacija ir galimybės ją gerinti.

PAGRINDINIAI ŽODŽIAI: darnus vystymasis, žmogiškasis kapitalas, sergamumas, ligotumas, sveikatos apsauga.

Abstract

The article deals with the issue of preservation of human capital resources in the context of sustainable development the content of which has considerably changed over the last 50 years. The idea of sustainable development that originated as a must, as a preventive measure against the implementation of fast economic growth at the expense of the quality of environment, covered all the areas of social life, including a significant issue of the sustainable human capital development, its rational use, and conservation. Next to positive processes, we witness the activities which contradict the conception of the sustainable society development: the social policy implemented by the state tends to increase, instead of decreasing, the number of people living in poverty and fails to comply to the current situation. In the area of the health care policy, the reforms continuing to present have been increasing the number of people for whom medical services are becoming inaccessible; the diseases successfully cured for over half a century are becoming incurable. One of those diseases is tuberculosis (TB) which became a threat in Lithuania: due to the poverty of a part of the population and the indecisiveness of the legislative and executive powers in the application of relevant preventive measures, drug-resistant TB forms are spreading, and Lithuania faces a potential threat of epidemic. The article deals with the social-political aspects of the human capital preservation in the field of health care and analyzes the current situation and the opportunities of its improvement.

KEY WORDS: sustainable development, human capital, incidence, prevalence, health care.

Įvadas

Darnaus vystymosi sampratą pirmą kartą apibrėžė buvusi Norvegijos premjerė, Jungtinių Tautų Aplinkos ir vystymosi komisijos, kuri įkurta 1984 m., pirmininkė daktarė Gro Harlem Brundtland 1987 m. Jungtinių Tautų Aplinkos ir vystymosi komisijos ataskaitoje „Mūsų bendra ateitis“. Joje sakoma, kad „darnus vystymasis – tai plėtra, tenkinanti žmonijos reikmes dabar, neapribojant galimybių ateities kartoms tenkinti savąsias“ (Our Common Future, p. 15). Jungtinės Tautos, paveiktos „Romos klubo“¹ 1972 m. paskelbto projekto „Augimo ribos“, 1978 m. Stokholme surengė konferenciją, skirtą pasaulio ekologijos problemoms. Mokslinių diskusijų metu suvokta, kad ekologijos problemų atsietai išspręsti neįmanoma, todėl 1987 m. pateiktoje ataskaitoje gerokai išplėtotą darnaus vystymosi sampratą. Tai buvo didelių iššūkių suvokimo pradžia. Šiandieninę jų sampratą ir svarbą analizuoja Tim Jackson monografijoje „Gerovė be augimo: ekonomika baigtinei ribotų išteklių planetai“ (Jackson, 2012). Autorius darnaus vystymosi kontekste didelį dėmesį skiria žmogaus klestėjimo, gerovės visuomenės sampratai ir galimybėms, jis akcentuoja, kad „gerovė šiandien nieko nereiškia, jeigu jos siekiama priemonėmis, kurios kenkia rytojaus gerovei“ (Jackson, 2012, p. 33). Gerovės visuomenę autorius įsivaizduoja tik kaip tokią, kurioje žmogus turi galimybę klestėti, o realiai tai įmanoma tik tam tikrose aiškiai nustatytose ribose. Ribas apibrėžia ribota ekologinių išteklių prigimtis ir gyventojų skaičius, kurį riboja planetos galimybės. T. Jackson, pritardamas filosofės Martha Nussbaum idėjoms, pateikia jos suformuluotą „svarbiausių žmogaus galimybių“ sąrašą, kuris apima:

- gyvenimą (užtikrinti normalios trukmės žmogaus gyvenimą);
- kūno sveikatą;
- fizinį integruotumą (būti apsaugotam nuo smurtinių veiksmy; turėti seksualinio pasitenkinimo ir apsisprendimo dėl palikuonių galimybių);
- praktinį protavimą (būti pajėgiam suformuoti gero gyvenimo koncepciją);
- ryšių užmezgimą (būti pajėgiam gyventi su kitais ir dėl kitų).
- veikimo laisvę ir savo aplinkos kontrolę (Jackson, 2012, p. 45–46).

Pasaulio gyventojai vieningos bendruomenės socialiniu požiūriu nesudaro, nes ryškiai skiriasi valstybių ekonominis išsivystymo lygis, egzistuoja daugybė skirtingų religijų, skirtingos pasaulio tautų kultūros, netgi taikomi skirtingi gamybos būdai ir skirtinga pasaulio samprata. Darnaus vystymosi idėjos įgyvendinimas pasauliniu mastu – didžiulis šiuolaikinės visuomenės iššūkis, pesimistų

¹ Garsus Italijos pramonininkas A. Pečėjis 1968 m. įkūrė „Romos klubą“, kurio veikloje dalyvavo žymūs mokslininkai, visuomenės veikėjai, nagrinėjantys globalias problemas.

požiūriu – nepasiekiamas, nes dėl esamų ekonominių, kultūrinių ir pasaulio sampratos skirtumų bent kol kas neįmanoma suburti pasaulio valstybių į vieningą bendruomenę. Deja, kito pasirinkimo pasaulis neturėjo ir neturi, todėl 1992 m. birželio 3–14 dienomis Rio de Žaneire surengta Jungtinių Tautų organizacijos konferencija dėl aplinkos ir plėtros. Joje priimti du svarbūs dokumentai: „Rio deklaracija apie aplinką ir plėtrą“ ir darnios plėtros veiksmų programa „Darbotvarkė 21“. Deklaracijoje išsamiai išdėstyta darnios plėtros samprata ir pagrindiniai principai. Pirmasis deklaracijos principas nusako, kad įgyvendinant darnios plėtros veiksmų programą „dėmesys sutelkiamas į žmogų, kuris turi teisę į sveiką pilnavertį gyvenimą harmonijoje su gamta“ (Rio deklaracija apie aplinką ir plėtrą, 2001, p. 13), todėl veiksmų programoje šiai problemai spręsti skirtas skyrius „Žmonių sveikatos apsauga ir jos gerinimas“. Šiame skyriuje numatytos tokios programos dalys: a) pirminės sveikatos priežiūros užtikrinimas, ypač kaimo vietovėse; b) užkrečiamųjų ligų kontrolė; c) lengvai pažeidžiamų visuomenės grupių apsauga; d) miesto gyventojų sveikatos problemų sprendimas; e) pavojaus sveikatai dėl aplinkos taršos ir kenksmingų medžiagų poveikio mažinimas (Darbotvarkė 21, 2001, p. 43). Veiklos programoje įvertinta žmogaus svarba darnios plėtros procese ir vienos iš žmogiškojo kapitalo formų – žmogaus sveikatos išsaugojimo būtinybė. Ši programa – tai ekologinių, ekonominių ir socialinių problemų suderinamumo paieškos žmonijos išlikimo labui, globalios strategijos paieška. Dėl kultūrinių, ekonominių ir daugelio kitų pasaulio valstybių skirtumų universali strategija vargu ar įmanoma, tačiau svarbu tai, kad pasaulis pripažino problemos egzistavimą, suvokė pavojų žmonijos egzistavimui.

Ekonomikos mokslų teoretikai šiek tiek skirtingai tipologizuoja dabar egzistuojantį kapitalą, tačiau jau nekyla diskusijų dėl žmogiškojo kapitalo egzistavimo kaip savarankiško, specifinio kapitalo formos pripažinimo. R. Čiegis, apibendrindamas R. Hueting, R. de Groot, T. A Stewart, J. Tomer, J. Coleman ir R. Putman mokslinius tyrimus, teigia, kad skiriamos keturios pagrindinės kapitalo formos: a) žmogaus sukurtas kapitalas; b) gamtinis kapitalas; c) žmogiškasis (intelektinis) kapitalas ir d) socialinis/organizacinis kapitalas (Čiegis, 2004, p. 71–72).

Žmogiškojo kapitalo sąvokos autoriumi laikytinas amerikiečių ekonomikos ir sociologijos profesorius, Nobelio premijos laureatas (1992) Gary S. Becker, įtvirtinęs šią sąvoką savo veikale „Žmogiškasis kapitalas“ („Human Capital“, 1964). Šiame darbe autorius pateikė žmogiškojo kapitalo sampratą ir paaiškino, kad investicijos į asmens švietimą ir mokymą prilygsta įmonės investicijoms į naujos technikos ar įrangos įsigijimą. Jo tyrimai reikšmingi ir atliekant žmogaus įgytų teigiamų ir neigiamų įpročių įtakos žmogiškajam kapitalui analizę. Analizuodamas alkoholizmo įtaką žmogiškajam kapitalui autorius suponuoja supratimą, kad žmogaus sveikata yra sudedamoji žmogiškojo kapitalo dalis, viena iš jo formų.

Iš dalies žmogiškojo kapitalo problemą Gary S. Becker analizavo ir savo darbe „Šeimos traktatas“ („A Treatise on the Family“, 1981; 1991 – papildytas leidimas). Autoriaus teigimu, šeimoje, kaip įsivaizduojamoje mažoje įmonėje, įvairiomis formomis kuriamas žmogiškasis kapitalas ir šeimos nariai socializacijos procese jį perima, tam tikra prasme paveldi. Suprantama, kad vaikų auklėjimo ir ugdymo procese išugdomos tam tikros vertybinės orientacijos bei kompetencijos. Nuo priežiūros vaikystėje labai priklauso žmogaus sveikata visą gyvenimą, ji svarbi kaip viena iš žmogiškojo kapitalo formų. Pagrindinė darnaus vystymosi sampratos ir veiklos supratimo problema – holistinio požiūrio į visuomenės vystymąsi formavimas ir integralumo, kaip pagrindinio darnaus vystymosi kriterijaus, pripažinimas. Žmogiškasis kapitalas tiesiogiai veikia kitų kapitalo formų gausinimo galimybes ir panaudojimo efektyvumą.

Nobelio premijos laureatas, ekonomistas, ekonomikos ir sociologijos profesorius Theodore W. Schultz didelę savo mokslinių tyrimų dalį skyrė gilinti žmogiškojo kapitalo ekonomikos sampratą ir analizuoti gyventojų kokybę lemiančius veiksnus. Žmogiškasis kapitalas lemia ekonominę gerovę. Viena jo formų, kaip teigia autorius, yra žmonių sveikata. „Žmogiškojo kapitalo teorija kiekvieno žmogaus sveikatą laiko turtu, t. y. sveikatos kapitalu, o to kapitalo įnašą – sveikatos paslaugomis“ (Schultz, 1998, p. 25). „Papildoma žmogiškojo kapitalo vertė priklauso nuo papildomos gerovės, kurią žmonės sugeba iš to gauti“ (Schultz, 1998, p. 24). Darbingo amžiaus žmogus, būdamas puikios sveikatos, gali sėkmingai siekti karjeros ir gauti didesnę atlyginimą, ilgesnį laiką išsilaikyti darbo rinkoje, ilgesnį laiką kurti materialines ar dvasines vertybes visos visuomenės labui.

Darnios visuomenės plėtros kontekste, kuriant žmogaus sveikatos kapitalą, svarbūs du veiksniai: asmenybės pasirengimas būti sveikam, neprarasti sveikatos ir gebėti nuolat ja rūpintis. Antra, pasirinkta valstybės sveikatos apsaugos politikos strateginė kryptis: valstybė yra „parsidavusi“ farmacijos pramonei ir atidavusi jai savo nuolat masiškai sergančius piliečius „maitinti“ chemikalais ar valstybė kuria infrastruktūrą, kad galėtų vykdyti susirgimų prevenciją, užkirsti kelią ankstyvam piliečių senėjimui, darbingumo praradimui. Atsižvelgę į dabartinį atlyginimo vidurkio ir sveikatos paslaugų kainų santykį, matome, kad tik nedidelė Lietuvos gyventojų dalis gali naudotis paslaugomis, kurios nukreiptos į sveikatos išsaugojimą, tuo tarpu dauguma gyventojų gali naudotis tik ligų gydymui skirta infrastruktūra, kuri kiekvienais metais vis sunkiau prieinama. Valstybės ir ligonių kasų lėšos, esant dabartinei sveikatos apsaugos politikai, daugiausia atitenka farmacijos pramonei. Keičiant sveikatos apsaugos politikos strategiją, tos lėšos galėtų padėti gerinti gyventojų gyvenimo kokybę, rūpintis susirgimų profilaktika, žmogiškojo kapitalo gausinimu, skatinti darnios visuomenės vystymąsi. Esant rimtam susirgimui, kol ligonis patenka pas aukščiausio lygio specialistą nustatyti

tikslią diagnozę, dėl didelių eilių ir ilgo laukimo jis būna suvartojęs ne tik didelį kiekį abejotino poveikio vaistų, bet dažnai liga diagnozuojama pavėluotai ir jos remisija būna neįmanoma. Lietuva, kaip ir visas pasaulis, deda daug pastangų, kad įveiktų kol kas dar neišgydomas ar tik iš dalies išgydomas ligas. Šiuo tikslu dirba mokslinių tyrimų institutai, tarptautiniai mokslinių tyrimų centrai. Tai atitinka darnaus vystymosi koncepciją ir yra puikus pavyzdys, teikiantis vilčių, kad pasaulis gali susivienyti spręsti bendras darnaus vystymosi problemas, šiuo atveju – išsaugoti ir veiksmingai išnaudoti žmogiškąjį kapitalą. Europos Sąjungos valstybės, tarp jų ir Lietuva, siekia didinti Europos Sąjungos konkurencingumą pasaulyje. Šio tikslo vargu ar įmanoma pasiekti turint aukštą nedarbo lygį ir didelį sergamumą, ypač tomis ligomis, kurios buvo išgydomos, tačiau nebeišgydomos tam tikrose valstybėse dėl neveiksmingos sveikatos politikos tose šalyse. Realiam gyvenime pastebime atvejų, kai dar jauni, darbingo amžiaus žmonės miršta nuo ligų, kurias mokslininkai yra seniai įveikę, kurioms gydyti buvo sukurta vaistų ir jų taikymo schemų daugiau kaip prieš pusę šimto metų, tačiau dėl neracionalaus taikymo vaistai tampa neveiksmingi, o daugiau kaip prieš pusšimtį metų sėkmingai gydyti susirgimai yra sunkiai pagydomi arba iš viso nebepagydomi. Kaip konkretų pavyzdį analizuojame tuberkuliozės išplitimo ir gydymo problemos socialinių aspektų sudėtingumą. Sveikatos apsaugos sistemoje susiklostė tokia situacija, kad ši liga pamažu tampa nebepagydoma ir net kelia grėsmę virsti epidemija. Tuberkuliozės išplitimo ir gydymo strategines problemas savo darbuose analizuoja K. Miškinis. Savo straipsniuose jis pateikia daug vertingos statistikos apie sergamumą tuberkulioze Lietuvoje ir kitose ES šalyse, analizuoja taikytas valstybės strategijas, siekiant įveikti tuberkuliozę, ir rezultatus įgyvendinant 1998 m. Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintą Lietuvos sveikatos programą, kurioje svarbią vietą užima tuberkuliozės įveikimo problema. Darnaus visuomenės vystymosi procese labai svarbu ne tik kurti ateities strategijas, bet ir siekti darnos, stengiantis išsaugoti tai, kas jau sukurta ir tapo visos žmonijos nuosavybe.

Tyrimo tikslas: įvertinus sveikatos apsaugos sistemos pertvarkos rezultatus, atskleisti socialines ir politines priežastis, lemiančias regresą ir problemiškumą išsaugant bei tausojant žmogiškąjį kapitalą darnios plėtros kontekste.

Uždaviniai:

- Aptarti aplinkybes, lėmusias šalies gyventojų požiūrį į asmens sveikatos apsaugą ir valstybės sveikatos apsaugos politikos deformacijas posovietinės transformacijos laikotarpiu.
- Įvertinti socialinių-ekonominių pokyčių įtaką žmogiškojo kapitalo (gyventojų sveikatos) ištekliams.
- Atskleisti šalies gyventojų sveikatos politikos problemas, kurias bū-

tina neatidėliotinai spręsti, tausoiant vieną svarbiausių žmogiškojo kapitalo formų – gyventojų sveikatą.

Tyrimo metodai: Lietuvos Respublikos Seimo priimtų įstatymų ir Vyriausybės nutarimų analizė, statistinių duomenų lyginamoji analizė, mokslinės literatūros loginė analizė ir sintezė; sisteminimo, apibendrinimo ir lyginimo.

1. Tūkstančius metų tebesitęsianti problema

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, žmogaus sveikatą lemia keturi dalykai: paveldimumas – 20 proc., priežiūra – 10 proc., aplinka – 20 proc., gyvenimo būdas – 50 proc. (Sketerskienė, 2011, p. 3). Iš šių keturių veiksnių, lemiančių žmogaus sveikatą, tik paveldimumo įtakai reguliuoti būtinos specialios technologijos, o kitus sveikatai įtakos turinčius veiksnius lemia darnus vystymasis, kurio dalis yra ir mokslo laimėjimai, kurių pagrindu būtų plėtojama darnos samprata. Ilgus metus manyta, kad tuberkuliozė persekioja Žemės gyventojus apie šešis tūkstančius metų, tačiau naujausi Izraelio archeologų atradimai patikslino: tuberkuliozė žmonės serga ne mažiau kaip devynis tūkstančius metų. Kai kurie tyrinėtojai teigia, kad tuberkuliozė persekioja žmoniją nuo žmonijos atsiradimo pradžios (www.delfi.lt/news/daily/health/rado-nauju-tuberkuliozes-irodymu.d?id=18893501). Žmonės nuo tuberkuliozės mirdavo prieš tūkstančius metų, deja, nors ši liga įtraukta į išgydomų ligų sąrašą, gana daug žmonių visame pasaulyje, taip pat ir Lietuvoje, ir dabar nuo jos tebemiršta. Vokiečių gydytojui Robertui Kochui skirta Nobelio premija už tai, kad jis 1882 m. atrado tuberkuliozės sukėlėją. Vaistą streptomyciną šiai ligai gydyti 1943 m. sukūrė JAV mokslininkas S. Vaksmanas (g. 1888 m. dabartinėje Ukrainoje). Už šį atradimą 1953 m. jam taip pat skirta Nobelio premija. Apie 1951-uosius, pradėjus šį vaistą vartoti Lietuvoje, tuberkuliozė tapo pagydoma. Iki tol ja sergantys ligoniai gydyti geru maistu ir grynu oru. Net ir sukūrus vaistą, dėl didelės kainos jį įsigyti galėjo tik nedidelė sergančiųjų dalis: vienas gramas streptomicino kainavo 200 rublių, gydytojo mėnesio alga buvo 70 rublių. Vaistas darė stebuklus ir gyventojai greitai pamiršo tuberkuliozės keltą grėsmę, nors pasaulyje ši liga tebėra labiausiai paplitusi ir sunkiai išgydoma. Paplitimą lemia tai, kad ji plinta lašeline būdu bendravimo erdvėje. PSO duomenimis, maždaug trečdalis planetos gyventojų yra užsikrėtę tuberkuliozės sukėlėju, aktyvia tuberkuliozės forma kasmet pasaulyje suserga 8–10 mln. planetos gyventojų. Nepaisant naujausių gydymo metodų, kasmet nuo tuberkuliozės miršta apie 2 mln. žmonių, todėl PSO 1993 m. tuberkuliozė paskelbė pasauline problema, o jos kontrolę – prioritetu. Kasdien nuo tuberkuliozės miršta penki tūkstančiai planetos gyventojų, kas minutę – 2 vaikai

(<http://ukiozinios.lt/tuberkulioze%E2%80%93pavojinga-ir-sunki-liga>). Tuberkulioze susirgusių ir negydomų žmonių likimas vienodas – neišvengiama mirtis. Nemažai medikų XX a. paskutiniajame dešimtmetyje ne be pagrindo nuogąstavo, kad Lietuva jau stovi ant tuberkuliozės epidemijos slenksčio, o PSO teigė, kad iš Europos Sąjungos šalių prastesnė padėtis yra tik Rumunijoje. Tokia statistika stojimo į ES išvakarėse buvo nepageidaujama, todėl imtasi visų įmanomų priemonių keisti situaciją, tai vertinama nevienareikšmiškai.

Oficialioji statistika teigia, kad Lietuvoje 2003 m. 100 tūkstančių gyventojų teko daugiau kaip 65 žmonės, sergantys tuberkulioze. Gydytojai fiziniai oficialia statistika nebuvo linkę tikėti, nes sergančiuoju tuberkulioze ir tada laikytas tik tas, kuris išskiria bacilas, o užsikrėtusieji tuberkulioze nelaikyti sergančiais šia liga. Pokario metais Lietuvoje sergamumas tuberkulioze kasmet mažėjo, deja, nuo 2003 m., medikų teigimu, Lietuvoje susirgimų skaičius šia liga nesuvaldomai didėjo, o statistika, gydytojų praktikų teigimu, to nefiksavo. Tai iliustruoja ir Kauno 2-osios klinikinės ligoninės duomenys apie vaikų sergamumą plaučių tuberkulioze. „Nors viešai teigiama, kad Lietuvoje mažėja vaikų, sergančių plaučių TB, tačiau 2004 m. vien Kaune ir jo rajone minėta liga susirgo 20 vaikų, o pernai (2005 m.) – 31. Oficialūs rodikliai byloja, kad sergamumas TB pas mus nuolat mažėja (gal todėl „mažėja“, kad ES nepageidauja šalių su aukštu sergamumo tuberkulioze rodikliu? Deja, tikrovė yra kita – vien Kauno 2-ojoje klinikinėje ligoninėje per šešerius metus (2000–2005) vaikų, gydytų nuo TB, skaičius išaugo 6 kartus“ (Skučaitė, 2006, p. 3).

Tokie neigiami pokyčiai vyko tuo laiku, kai vykdyta oficialiai patvirtinta 2003–2006 metų valstybinė tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa. 2010 m. aukščiausios kategorijos gydytoja fizinė E. Ulevičienė sergamumą tuberkulioze apibūdino taip: „Jeigu su fluorografu (įranga, naudota plaučių tuberkuliozei diagnozuoti – A. B.) pervažiutume Lietuvą, ligonių suguldyti neužtektų visų šalyje esančių ligoninių“ (Kvedarienė, 2010, p. 2). Tame pačiame A. Kvedarienės straipsnyje gydytoja kaltino valstybės institucijas dėl statistikos duomenų klastojimo: „Sovietmečiu manęs niekas nevertė klastoti sergamumo rodiklių. O tais metais man pasakė: su tokiu sergamumu mūsų į Europos Sąjungą nepriims... Vienintelis šiandien kovos su tuberkulioze būdas – užčiaupti fiziatrams burnas“ (Kvedarienė, 2010, p. 3). Ilgametės Klaipėdos tuberkuliozės ligoninės vyriausiosios gydytojos fizinės, Klaipėdos apskrities vyriausiosios fizinės pulmonologės konsultantės V. Baravykienės užfiksuotais duomenimis, 2005 m. Klaipėdos apskrityje 100 tūkstančių gyventojų teko 79,85 susirgimo tuberkulioze, 2006 m. – 81,19. Klaipėdos rajone tokiam pačiam skaičiui gyventojų per tą patį laikotarpį skaičiai svyravo nuo 77 iki 117, Kretingos rajone – nuo 89,1 iki 93,6 (Bačiliūnaitė, 2008). Tų gydytojų išsakytų teiginių nepaneigė nei tuometinis

sveikatos apsaugos ministras, nei kiti oficialūs sveikatos apsaugos sistemos pareigūnai. Gydytojos E. Ulevičienės teiginys apie „užčiaupiamas ftiziatrių burnas“ V. Baravykienės atveju pasitvirtino: po ilgo persekiojimo, prisidengiant ligoninių tinklo optimizavimu, ji atleista iš darbo. Faktas, kad užsikrėtusieji tuberkulioze neįtraukiami į sergančiųjų apskaitą, rodo tendencingą valstybės požiūrį į šią problemą, nusikalstamą siekį ne spręsti problemą, o ją nuslėpti, nepaisant to, kad tuberkulioze serga vis jaunesni žmonės, kad didėja ligonių, sergančių atsparia turimiems medikamentams tuberkuliozės forma, skaičius. Oficialiais statistiniais duomenimis galima abejoti dar ir dėl to, kad nevykdant gyventojų dispanserizacijos nežinoma, kiek žmonių, sergančių tuberkulioze, vaikšto tarp sveikųjų keldami užkrato grėsmę. Pokario metais kovos su tuberkulioze sėkmę lėmė iš JAV gaunamas streptomocinas ir gyventojų dispanserizacija. Lietuvoje išplėtotas tuberkuliozės gydymo ir profilaktikos įstaigų tinklas. Nuo 1947 m. iki 1957 m. tuberkuliozės dispanserių ir skyrių ligoninėse skaičius padidėjo nuo 29 iki 77, o lovų skaičius sanatorijose ir ligoninėse per tą patį laikotarpį padidėjo nuo 1300 iki 3634. Gydytojų ftiziatrių skaičius per 1949–1956 metus išaugo nuo 60 iki 162 (Miežutavičiūtė, 2002, p. 1039). Didžiulės investicijos į gydymo infrastruktūrą ir ftiziatrių rengimą, didžiulės lėšos, skirtos įsigyti vaistams, gana greitai davė rezultatų: TB sustabdyta, sergamumas labai sumažėjo. Ftiziatrai patikėjo sėkme ir įtikėjo, kad iki XX a. pabaigos TB bus visiškai įveikta. Realią ligos išplitimo situaciją nusako du parametrai, taikomi statistiniuose leidiniuose, – tai sergamumas ir ligotumas. Medicininėje mokslinėje literatūroje kaip atitikmenys vartojami šie parametrai – pirminis ir antrinis sergamumas. Pirminis sergamumas nusako naujų atvejų skaičių per tam tikrą laikotarpį (dažniausiai tas laikotarpis yra vieneri metai) ir jo santykį su populiacijos dydžiu. Antrinis susirgimas (ligotumas) nusako ligos išplitimą populiacijoje, kuris reiškia bendro žinomų ligos atvejų skaičiaus ir populiacijos dydžio santykį tam tikru laikotarpiu. Pirminis sergamumas parodo naujų atvejų atsiradimą populiacijoje, antrinis – ligos išplitimą populiacijoje.

Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime, kuris paskelbtas 2011 m., pažymėta, kad tuberkuliozė išlieka viena aktualiausių visuomenės sveikatos problemų. Ftiziatrių prognozės, kad XX ir XXI amžių sandūroje pavyks tuberkuliozę įveikti, nepasitvirtino, paskutiniajame praeito amžiaus dešimtmetyje susirgimų tuberkulioze skaičius Lietuvoje žaibiškai išaugo, 1990–1998 metais sergamumas tuberkulioze padidėjo daugiau nei dvigubai: absoliutus sergančiųjų skaičius padidėjo nuo 1471 iki 3176, o antrinis sergamumas 100 000 gyventojų išaugo nuo 39,7 iki 85,4. Vien 1998 m. susirgo 2712 žmonių, 1990 m. – tik 1065 žmonės. 1990 m. tuberkulioze susirgo 79 vaikai, 1998 metais – 167 vaikai. Vaikų sergamumas tuberkulioze per aštuonerius metus šimtui tūkstančių gyventojų išaugo nuo 9,4 iki 21,8 (Dovidavičienė, 2011, p. 71). Sparčiai blogėjanti situacija

vertė imtis skubių priemonių, gal net panašią į tas, kurios taikytos pokario laikotarpiu, tačiau ryžtingų ir veiksmingų priemonių nesiimta, veikta neskubant.

Europos Sąjungoje tuberkuliozės židiniu laikomos Baltijos šalys. Lietuvoje sergamumas atsparia gydymui tuberkulioze sudaro apie 20 proc., Latvijoje – 17,7, Lenkijoje – 1,6, Prancūzijoje – 1,5, Olandijoje – 0,4 proc. (Kauno diena, 2009 07 28). Didžiausias sergamumas tuberkulioze Lietuvoje nepriklausomybės laikotarpiu buvo 1998 m., tada užregistruota 85,7 atvejo 100 tūkst. gyventojų. Tais metais sirgo 3176 asmenys, mirė 437 žmonės (Andrijauskaitė, 2007, p. 1). Sergančiojo atsparia tuberkuliozės forma gydymas kainuoja beveik 100 kartų brangiau, nei sergančiojo įprasta tuberkuliozės forma. Atsparia vaistams tuberkulioze sergantys ligoniai gydomi iki 18 mėnesių, o daugybinio atsparumo vaistams tuberkulioze (DAV TB) – 24 mėnesius ir ilgiau, gydymas yra labai brangus ir ne visada sėkmingas (Davidavičienė, 2011, p. 73). Atsparios gydymui tuberkuliozės išplitimas lėmė ne tik didėjančius žmogiškojo kapitalo nuostolius, bet ir mažino sveikatos apsaugos sistemos biudžetą.

Nustatyta, kad vienas tuberkulioze sergantis ligonis per metus gali užkrėsti nuo 15 iki 35 sveikų žmonių, užleisti tuberkuliozės atvejai dabar sudaro apie 30 proc., prieš du dešimtmečius tokie atvejai sudarydavo tik apie 7 proc. Lietuvos statistikos departamento, Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, sergamumas tuberkulioze mažėja, gydytojų praktikų teigimu, sergančiųjų tuberkulioze skaičius didėja. Remiantis šių institucijų duomenimis, 2010 m. Lietuvoje užregistruoti 1573 nauji susirgimai, arba 49,7 susirgimo 100 000 gyventojų, tais pačiais metais išaiškinti 1137 sergantieji atvira plaučių tuberkulioze, arba 34,6 atvejo 100 000 gyventojų. Užregistruota 120 vaikų susirgimų tuberkulioze, tai sudaro 19,3 susirgimo 100 000 gyventojų, užregistruoti 2 vaikų susirgimai atvira tuberkuliozės forma (Lietuvos sveikatos statistika, 2011, p. 29). Vaikų susirgimai rodo, kad aplink gausu suaugusiųjų, sergančių atvira tuberkuliozės forma, jie užkrečia vaikus ir kitus suaugusius žmones, tiesa, suaugusiuosius veikia ir kiti rizikos veiksniai. Kita vertus, keičiantis gyvenimo sąlygoms, rimtai neįvertinta šio susirgimo grėsmė, netaikomos būtinos priemonės sergamumui augant, tai situaciją daro nevaldomą, grįžtama į tą padėtį, kuri buvo iki streptomicino atradimo, nes turimi vaistai jau nebeįveikia kai kurių vaistams atsparių tuberkuliozės formų. Kadangi tarp esamos situacijos ir taikomų priemonių jai suvaldyti trūksta darnos, tai niekais pavertė svarbius mokslo atradimus. Todėl svarbu išsiaiškinti, kuriose situacijose ligotumo ir taikytų priemonių sergamumui TB mažinti darna buvo pažeista ir kokias adekvačias priemones reikia taikyti bandant suvaldyti situaciją.

1 lentelė. Ligtumas ir sergamumas tuberkulioze Lietuvoje 1990, 2001–2011 metais

Metai	Sergamu- mas TBC be recidyv.	Tenka 100 000 gyv.	Ligotu- mas	Tenka 100 000 gyv.	Sergamu- mas TBC su recidyv.	Sergamu- mas atvira plaučių TBC su recidyv.
1990	1471	39,8	7567	216,9	309	470
2001	2225	63,9	9670	277,8	2606	1530
2002	2097	60,5	9347	269,4	2420	1361
2003	2247	65,1	8827	256,2	2576	1489
2004	2026	59,0	8449	246,7	2294	1398
2005	2107	61,7	7357	216,2	2371	1519
2006	2097	61,8	7538	222,1	2365	1568
2007	1977	58,6	6853	203,0	2232	1467
2008	1892	56,3	6215	185,1	2097	1420
2009	1677	50,2	5766	172,4	1898	1261
2010	1573	47,9	5004	152,2	1754	1137
2011	1532	47,6	4986	154,7	1748	999

Statistikos departamento duomenys

Lentelė sudaryta, remiantis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro dokumentais: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m. (galutinis papildytas leidinys). Vilnius, 2012, p. 35; Kasmetiniais leidiniais: Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Valstybės visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba, Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos sveikatos statistika 2001 m., Vilnius, 2002, p. 26; Lietuvos sveikatos statistika 2002 m., Vilnius, 2003, p. 24; Lietuvos sveikatos statistika 2003 m., Vilnius, 2004, p. 29; Lietuvos sveikatos statistika 2004 m., Vilnius, 2005, p. 29; Lietuvos sveikatos statistika 2005 m., Vilnius, 2006, p. 28; Lietuvos sveikatos statistika 2006 m., Vilnius, 2007, p. 35; Lietuvos sveikatos statistika 2007 m., Vilnius, 2008, p. 35; Lietuvos sveikatos statistika 2008 m., Vilnius, 2009, p. 35; Lietuvos sveikatos statistika 2009 m., Vilnius, 2010, p. 35; Lietuvos sveikatos statistika 2010 m., Vilnius, 2011, p. 35; Lietuvos sveikatos statistika 2011 m., Vilnius, 2012.

Įvertinus lentelėje pateiktus duomenis, rodančius sergamumo ir ligtumo mažėjimą, reikia pastebėti ir pavojų rodančius ženklus, kurių lentelėje nematyti, būtent – XIX ir XX amžių sandūroje visuomenei iškilo nauja problema, kelianti didelę grėsmę ne tik Lietuvai, bet ir visai Europai – vaistams atsparios tuberkuliozės ataka. Sergantysis vaistams atsparia tuberkulioze arba daugumai turimų

vaistų (DAV) aplinkinius užkrečia tokia pat vaistams atsparia tuberkulioze. Vyksiant globalizacijos procesams ir intensyviai gyventojų migracijai tarp žemynų, atsiranda daugiau galimybių plisti susirgimui. Visuomenėje vyrauja nuomonė, kad tuberkulioze serga asocialūs asmenys, tačiau iš tikrųjų apie 60 proc. sergančiųjų tuberkulioze yra normaliai gyvenantys žmonės: studentai, moksleiviai, aukštąjį išsilavinimą turintys žmonės, inžinieriai, tvarkingi darbininkai ir kaimo gyventojai. Šie žmonės susirgimą vertina rimtai, nuosekliai gydosi ir netampa DAV tuberkuliozės aukomis, jei nebuvo ja apkrėsti iš karto. Linkusieji nutraukti gydymą tarptautiniuose mainuose paprastai nedalyvauja, todėl iš dalies tai sulaiko TB plitimą tarptautiniu mastu. Medikų teigimu, 2013 m. įvairių atmainų atsparia vaistams tuberkulioze serga nuo 6 iki 20 proc. visų tuberkulioze sergančių žmonių (tv.lrytas.lt/?id=13642278351363380434). Lyginant statistinius duomenis, gydytojų praktikų stebėjimus, peršasi nuomonė, kad statistiniai duomenys nevisiškai patikimi. Visų pirma statistika įtraukia tik tuos, kurie kreipiasi į medikus dėl kitų negalavimų ir susirgimas tuberkulioze aptinkamas atsitiktinai. Antra, valstybėje beveik nevykdoma jokia tuberkuliozės prevencija tarp suaugusiųjų. Moksleivių sveikata turėtų būti nuodugniai patikrinta prieš kiekvienų mokslo metų pradžią, tačiau per mokslo metus išaiškėja pavienių atvejų, kai moksleivis serga net atvira tuberkuliozės forma. Apklausus 128 pirmokų tėvus (2008 m.), tik 71 vaiko tėvas ar mama patikino, kad vaiko sveikata prieš prasidedant mokslo metams, atvykus į gydymo įstaigą, buvo kruopščiai patikrinta papildomai neprašant. Devyniolika atvejų, remiantis apklausos rezultatais, gydytojai ėmėsi patikros tik tėvams reikalaujant ir nurodžius sveikatos problemas, o likusių vaikų sveikata beveik netikrinta, tiesiog išduotos pažymos peržiūrėjus vaikų asmens korteles, jei tėvai pasakydavo, kad neturi jokių nusiskundimų. Studentų sveikata visiškai netikrinama, nors išaiškėja atvejų, kai studentai serga net atvira tuberkuliozės forma. Trečia, mieste ir kaime išaugo gyventojų karta, kuri net nenutuokia apie profilaktinius tikrinimus, siekiant užkirsti kelią susirgimams tuberkulioze. Ketvirta, beveik pusę sergančiųjų tuberkulioze (apie 40 proc.) sudaro asocialūs asmenys, kurie iš esmės negauna jokios medicininės pagalbos, išskyrus būtinąją, nes yra nedrausti, todėl jų susirgimas TB paprastai nustatomas ligai toli pažengus. Susirgę tuberkulioze gydomi visi, nepaisant sveikatos draudimo, tačiau tarp nedraustųjų didžiausias skaičius yra žmonių, kurie nutraukia gydymą ir taip tampa atsparios vaistams tuberkuliozės platintojais. Koks tikrasis sergamumo tuberkulioze šioje socialinėje grupėje mastas, niekas nežino, tuo tarpu tie žmonės lankosi parduotuvėse, kur atvirai laikomi maisto produktai, naudojami viešuoju miesto transportu ir kt. Penkta, apie statistikos nepatikimumą kalba gydytojai praktikai: jie verčiami klastoti sergamumo tuberkulioze duomenis, siekiant pagerinti Lietuvos įvaizdį Europos Sąjungoje, nors iš tiesų kova su TB yra sunki ir sudėtinga, nei įsivaizdavo medi-

kai, atradus streptomyciną. Ligos sukėlėjas dėl žmonių aplaidumo ir medikų patiklumo surado naujų egzistavimo galimybių ir vis dažniau tampa neįveikiamas.

Tose srityse, kur mokslas vis dar bejėgis, tenka taikytis su žmogiškojo kapitalo netektimis, bet ten, kur mokslas apginklavo medikus reikiama ginklais kovai su žmogiškojo kapitalo netektimi, situacijai neadekvati valstybės sveikatos apsaugos politika mokslo laimėjimus pavertė niekiniais, kyla kai kurių ligų epidemijų grėsmė.

2. Situacija sudėtinga, tačiau išsprendžiama

Diskusija tarp medikų ir valdžios institucijų dėl tuberkuliozės masto tęsiasi, valdžios institucijos, manipuliuodamos skaičiais, įtikinėja, kad susirgimų tuberkulioze sparčiai mažėja, tačiau gydytojai praktikai su oficialia statistika nesutinka. Nepaisant pasitikėjimo ar nepasitikėjimo statistika, tenka pripažinti, kad situacija dėl susirgimų tuberkulioze kartais tampa nevaldoma, nors mokslas buvo suteikęs visas galimybes šią ligą sustabdyti ir likviduoti. Kokios socialinės ir politinės priežastys lėmė tokią situaciją, kokių klaidų padaryta vykdant reformą, kad iš dalies prarastas mokslininkų sukurtas ginklas kovoje su tuberkulioze ir susidarė sąlygos atsirasti ir išplisti DAV?

Lietuva iš tarybinio laikotarpio paveldėjo brangų vadinamąjį Semaškos sveikatos apsaugos sistemos modelį. Šis modelis patrauklus tuo, kad visi šalies piliečiai buvo apsaugoti valstybės biudžeto lėšomis, galėtume sakyti, apdrausti ligos ir bedarbystės atveju, nepaisant jų socialinės ir ekonominės padėties. Visa sveikatos apsaugos sistema pagal šį modelį finansuota iš valstybės biudžeto. Toks finansavimas ir valstybės paternalizmas išugdė specifinę piliečių psichologinę nuostatą ir supratimą, kad jų sveikata privalo rūpintis valstybė, o piliečiai savo sveikata neturi rūpintis. Šitos nuostatos gyvybingumas, pasikeitus ekonominei ir politinei sistemai, suveikė prieš pačius piliečius. Valstybė atsakomybės už asmeninę piliečių sveikatą atsisakė, o piliečiai nepersitvarkė, nesuvokė pokyčių esmės ir padidėjusios asmeninės atsakomybės už savo sveikatą. Gyventojai tokiems radikaliems pokyčiams psichologiškai nebuvo parengti, valstybė su jais pasielgė ne kaip su savo piliečiais, o kaip su priešais. Tai, be abejo, padidino sergamumą ir ligotumą, mirtingumą, aplenkęs gimstamumą, sudavė smūgį žmogiškajam kapitalui. 1990 m. Lietuvoje buvo 198 stacionarinės gydymo įstaigos, tarp jų 8 valstybinės universitetinės ligoninės, 7 respublikinės reabilitacijos ligoninės, 3 mokslo tyrimo institutai, 20 miesto ligoninių, 4 gimdymo namai, 1 vaikų ligoninė, 78 rajoninės ligoninės, 31 maža kaimynystės ligoninė, 24 specializuotos ligoninės, kuriose buvo 15 savarankiškų įvairaus profilio centrų. Lietuvos ligoninėse buvo 46 175 ligoninių lovų, o 10 000 gyventojų teko 124,73 lovos, tai 2,5 karto didesnis vi-

durkis nei Europos Sąjungoje (Baltakis, 2009, p. 2–3). Tas skaičius buvo išeities pozicija projektuojant sveikatos apsaugos sistemos reformą. Suprantama, kad išlaikyti tokią sistemą valstybė buvo nepajėgi, ją reformuojant reikėjo atsižvelgti į valstybės pajėgumus (Gudžinskas, 2012, p. 65), tačiau siekis atitikti ES standartus buvo labai ankstyvas. Europos Sąjungos valstybėse dėl aukštesnio pragyvenimo lygio ir geresnės gyvenimo kokybės gyventojų sergamumas yra mažesnis. Negerinant gyventojų gyvenimo kokybės sveikatos apsaugos sistemoje ir visoje socialinėje politikoje buvo pradėti diegti europiniai standartai. Sveikatos apsaugos sistemos reforma prasidėjo nuo ligoninių tinklo ir lovų skaičiaus ligoninėse mažinimo. Buvusioje sistemoje gyvenimo kokybė turėjo įtakos sergamumui, o sergamumo mastai reikalavo atitinkamo lovų skaičiaus ligoninėse. 2011 m. Lietuvoje buvo 22 549 vietos ligoninėse (be slaugos vietų), o 10 000 gyventojų teko 75,1 lovos (be slaugos lovų) (Lietuvos sveikatos statistika, 2011, p. 48). Stacionarines sveikatos paslaugas teikė 63 asmens sveikatos priežiūros įstaigos (be privačių): keturių sveikatos priežiūros įstaigų steigėja buvo Sveikatos apsaugos ministerija, vienuolikos – apskričių viršininkai, 47-ių – savivaldybės. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto steigėjas – Lietuvos Respublikos Vyriausybė (Valstybinio audito ataskaita, 2010, p. 30). Ligoninių tinklo optimizavimo politika paveikė ir tuberkuliozės gydymo įstaigų bazę. Pokario metais likviduojant tuberkuliozę stiprinta visa tuberkuliozės gydymo infrastruktūra, didintas specialistų skaičius, o XX a. paskutiniajame dešimtmetyje, iškilus tuberkuliozės epidemijos pavojui, šioje srityje elgtasi voliuntaristiškai, nepaisant realios grėsmės. Prisidengus „optimizavimo“ idėja, neatsižvelgta į realų tuberkuliozės keliamą pavojų. Tuberkuliozės gydymo įstaigos prarado juridinio asmens statusą, kilo sunkumų įsigyjant vaistų visam gydymo laikotarpiui. PSO organizacija, įvertinusi epidemiologinę situaciją pasaulyje, 1993 m. tuberkuliozę paskelbė svarbiausia problema, nes kilo pasaulinės epidemijos grėsmė. 1994 m. PSO pasiūlė kovos su tuberkulioze strategiją DOTS (angl. *directly observed treatment short course* – tiesiogiai stebimas gydymas, trumpas kursas, prižiūrint medicinos personalui). Pavieniai DOTS strategijos elementai Lietuvoje pradėti įgyvendinti 1998 m., o 2005 m. visi DOTS strategijos elementai buvo įgyvendinti visose šalies asmens sveikatos priežiūros įstaigose, tačiau PSO paskelbtame Pasauliniame plane „Stabdyk tuberkuliozę“ DOTS papildyta dar šešiais konceptualiais elementais, iš dalies tai susiję su dauginio atsparumo vaistams tuberkuliozės atvejų paplitimu (Davidavičienė, 2011, p. 71). Pirmiesiems strategijos punktams įgyvendinti prireikė daugiau nei 10-ies metų, padaryta daug, tačiau ne visi punktai įgyvendinti iki galo. Daugėjant gydymui atsparios tuberkuliozės atvejų naujosios strategijos taikymas Lietuvoje darėsi vis problemiškesnis. Kol kas nepasiekta, kad visi ligoniai baigtų visą gydymo kursą, negarantuotas reikalavimo, kad viso gydymo metu paskirti vaistai būtų su-

vartojami medikų akivaizdoje, laikymasis, neužtikrinta kokybiška ambulatorinio gydymo grandis, nes stringa aprūpinimas būtinais vaistais. Gydytojos Vitos Globytės teigimu, sergantieji atsparia vaistams tuberkulioze gydymą namuose turi tęsti 1,5–2 metus, o reikiamų medikamentų trūksta arba iš viso nėra. Medikamentus teikiančios įmonės nesuinteresuotos įvežti vaistų gydyti tuberkuliozę, todėl jie labai brangūs. Kita vertus, esant vaistų tiekimo pertrūkiams, norint sėkmingai gydyti, reikia sukaupti vaistų atsargas 4–5 mėnesiams, taip išaldomos lėšos, o su tuo nenori sutikti steigėjai. Įvykdžius restruktūrizaciją (2007 05 23), tuberkuliozės gydymo įstaigos prarado juridinio asmens statusą, todėl atsirado papildomų barjerų įsigyjant vaistus. Tuberkuliozė visame pasaulyje gydoma nemokamai, Lietuvoje medikamentai kompensuojami 100 proc., tačiau pastaraisiais metais labai padidėjo priemokos, dalis sergančiųjų negali būtinų vaistų nusipirkti ir dėl lėšų stygiaus (Globytė, 2011, p. 77–78).

PSO teigia, kad pagrindinės sergamumo tuberkulioze priežastys visame pasaulyje yra panašios: 1) socialinės-ekonominės problemos, kurių bendra išraiška yra skurdas; 2) nekokybiškas gydymas, nepakankamas finansavimas, vėlyva, nekokybiška diagnostika, pertraukiamas gydymas; 3) reikiamų vaistų stoka, griežtos standartizuoto gydymo tvarkos nebuvimas ar nesilaikymas, lemiantis atsparių daugeliui vaistų tuberkuliozės formų atsiradimą; 4) pasaulyje sparčiai didėjantis ŽIV / AIDS infekuotumas. Analizuojant situaciją Lietuvoje reikėtų pažymėti pavėluotą valdžios institucijų reakciją į besikeičiančią situaciją tuberkuliozės naudai. Didžiausias sergamumas tuberkulioze Lietuvoje buvo 1998 m., 100 000 gyventojų teko 85,7 atvejo. Susirgimų tuberkulioze skaičius grėsmingai didėjo nuo 1990 m., tačiau Valstybinė tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa priimta tik 1998 m. (Vyriausybės nutarimas, 1998 03 13), ji tapo vėliau priimtoms Lietuvos sveikatos programos dalimi. O tokia pati valstybinė programa dėl tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2003–2006 metams patvirtinta 2002 m. (Vyriausybės nutarimas, 2002 10 10). Šioje programoje apžvelgti anksčiau programose įgyvendinimo rezultatai: ją įgyvendinant jau 1999 m. pradėjo mažėti tuberkuliozės sergamumo ir mirtingumo rodikliai: tuberkulioze sirgo 2846 asmenys, t. y. 72,2 ligonio 100-ai tūkst. gyventojų. Analizuojant netgi Vyriausybės programose pateiktus duomenis apie sergamumą tuberkulioze matoma akivaizdi manipuliacija skaičiais. 1998 m. programoje teigiama, kad tais metais 100-ai tūkst. gyventojų teko 85,7 susirgimo tuberkulioze atvejo, o jau programoje, kuri patvirtinta 2002 m., teigiama, kad tais pačiais 1998 m. 100-ai tūkst. gyventojų teko 81,4 atvejo (Ten pat). Remiantis vienais duomenimis, per metus sergamumas tuberkulioze 100-ai tūkst. gyventojų sumažėjo 13,5 atvejo, remiantis Vyriausybės pateiktais skaičiais, sergamumas sumažėjo 9,2 atvejo 100-ai tūkst. gyventojų. Lyginant sergamumo tuberkulioze įvairiomis progomis skelbtus duo-

menis galima tikėti kai kurių ftiziatrų teiginiais, kad stojimo į ES išvakarėse duomenys apie sergamumą tuberkulioze Lietuvoje klastoti ir tai padarė didelę žalą sveikatos apsaugos politikos raidai, nes konkretūs veiksmai ir lėšos buvo planuojamos neatsižvelgiant į realią situaciją. Kita vertus, nuostata, kad duomenys apie sergančiuosius onkologinėmis, venerinėmis ligomis ir tuberkulioze yra konfidencialūs, iškreipė objektyvią statistiką. Analizuojant 1998 ir 2002 metų programų įgyvendinimo procesą išryškėja dvejopas rezultatų vertinimas: gydytojai ftiziatrai programas vertino kaip reikšmingas, bet nepakankamas atgijusiai tuberkuliozei sutramdyti, o valdžios institucijų atstovai gerokai pervertino šių programų poveikį kovoje su atsinaujinusi tuberkuliozės pavojumi.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė nutarime „Dėl valstybinės tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2003–2006 metų programos“ (2002 10 10) nurodo darnaus visuomenės vystymosi pažeidimus, kurie įvardijami kaip tuberkuliozės plitimo priežastys: 1) bedarbystė; 2) gausus alkoholio vartojimas; 3) asocialių tuberkulioze sergančių asmenų gydymo režimo pažeidimai. Nors ankstesnių metų statistika rodė, kad tarp sergančiųjų tuberkulioze asocialūs asmenys sudarė apie 40 proc., šiame Vyriausybės nutarime teigiama, kad apie 70 proc. naujų ligonių yra bedarbiai, gyvena asocialiai, piktnaudžiauja alkoholiu, pažeidinėja gydymo režimą, yra potencialus infekcijos šaltinis ir gydymui atsparios tuberkuliozės formos didėjimo priežastis (Vyriausybės nutarimas, 2002 10 10). Asocialių asmenų, sergančių tuberkulioze, skaičiaus didėjimą bendrame sergančiųjų skaičiuje lemia dvi priežastys: gyventojų, gyvenančių žemiau skurdo ribos, skaičiaus didėjimas ir jų medicininio aptarnavimo prastėjimas. Analizuojant 2007 m. gegužės 23 d. priimtą Lietuvos Vyriausybės nutarimą Nr. 509 „Dėl valstybinės tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2007–2010 metų programos“, nurodomos ir naujos tuberkuliozės plitimo priežastys, tokios kaip narkotikų vartojimas, sergančiųjų tuberkulioze nenoras gydytis ir baigti gydymo kursą, gydymo režimo pažeidimai, ŽIV infekcija ir kita (Vyriausybės nutarimas, 2007 05 23). Tik 2010 m. gruodžio 3 d. sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011–2014 m. programoje akcentuojama, kad tuberkuliozės gydymas valstybei brangiai kainuoja (Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2010 12 03 Nr. V-1033). Toks teiginys teikė vilčių, kad labiau bus taikomos profilaktikos priemonės, nes suvokta, kad ekonomiškiau užkirsti kelią susirgimams, nei gydyti tuos, kurie susirgo. Antra, iki 2011 m. tuberkuliozės gydymo problema buvo sprendžiama vyriausybinio lygiu, o nurodytas ministro įsakymas sudarė prielaidą manyti, kad Vyriausybės dėmesys problemai sumažėjo ir kova su tuberkulioze perkeliama vien ant Sveikatos apsaugos ministerijos pečių, nors sergamumas tuberkulioze Lietuvoje tebėra vienas didžiausių ES. Per pastaruosius du dešimtmečius, iškilus TB epidemijos grėsmei, prisidengus ligoninių tinklo optimizavimu,

sumažinti gydymo įstaigų pajėgumai kovai su TB. Vykdamas reformą, po 2005–2006 metų – naujos tuberkuliozės atakos, nuo 2007 m. sausio 1 d. Lietuvoje panaikintos ftiziatrų, plaučių tuberkuliozės gydytojų licencijos, visi ftiziatrai įgijo gydytojų pulmonologų, plaučių ligų specialistų, licencijas. Tai situacijos nepablogino, bet abejotina, kad visi pulmonologai, ne ftiziatrai, gali gydyti tuberkulioze sergančiuosius. Lietuvoje vykdytos reformos nevisiškai atitiko PSO Europos biuro 2005 m. parengtą planą 2006–2014 m. „Sustabdyti tuberkuliozę“. Reaguojant į šį planą, buvo atsižvelgta rengiant Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programas 2007–2010 ir 2011–2014 metams, kurias specialistai vertina nevienareikšmiškai. Ftiziatrų nuomone, tai, kad tuberkuliozė įtraukta į pulmonologijos ligų sąrašą, sumažinant dėmesį jai kaip specifiniam ir pavojingam susirgimui, yra klaida, nes sergamumas tuberkulioze kai kuriuose Lietuvos regionuose toliau didėjo (Balčiūnaitė, 2008). Analizuojant vykdamas reformą priimtus už reformą atsakingų institucijų sprendimus aiškėja, kad nebuvo atitikimo tarp realios sergamumo tuberkulioze situacijos ir įgyvendinamų priemonių sergamumui mažinti, taikytų priemonių situacijai suvaldyti nepakako. Didelį pavojų aplinkiniams kelia sergantieji aktyvia tuberkuliozės forma, nes jie sėja užkratą. Sveikatos apsaugos ministras 2005 m. balandžio 12 d. įsakymu Nr. V-249 nurodė, kad sergančiuosius atvira tuberkulioze būtina hospitalizuoti ir izoliuoti, tai yra gabenti tokius ligonius į VŠĮ Pagrižuvio tuberkuliozės ligoninę (Sveikatos apsaugos ministro 2002 06 18 įsakymas Nr. 258), tačiau Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo pirmajame etape (pirmas etapas: 2003–2005; antras etapas: 2006–2008; trečias etapas: 2009–2011) Pagrižuvio tuberkuliozės ligoninė buvo uždaryta. Vykdamas Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymą (1996 09 25. Nr. I-1553. Aktuali redakcija nuo 2011 12 15.), kuris daug kartų koreguotas, priverstinis tuberkulioze sergančių žmonių gydymas organizuotas VŠĮ Alytaus tuberkuliozės ligoninė, kuri, vykdamas reformą, tapo Alytaus apskrities V. Kudirkos ligoninės padaliniu (Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės 1996 09 25 įstatymas Nr. I-1553. Aktuali red. 2011 12 15). Priverstinai gydyti tenka asocialius, degradavusius asmenis, kurie serga pavojingomis tuberkuliozės formomis ir vengia gydytis. Statistiškai priverstinis gydymas vykdomas keturiolikoje Lietuvos ligoninių, tačiau kai kurie priverstinai gydomi ligoniai nesilaiko ligoninės režimo, sirgdami atvira ir dažnai gydymui atsparia tuberkuliozės forma lankosi viešose vietose, girtuokliauja, medikai be policijos pagalbos su tokiais ligoniais nepajėgūs susitvarkyti, o policijos posto ligoninėse nėra dėl lėšų stygiaus. Teismo sprendimu prievarta gydytis atvežti ligoniai dažnai pabėga, kartais medikai, negalėdami su jais susitvarkyti ir siekdami užtikrinti savo bei kitų ligonių saugumą, priversti juos išrašyti, nebaigus gydymo. Kita vertus, priverstiniam sergančiojo gydymui būtinas teismo sprendimas, todėl gydytojai

turi vaikščioti į teismus, įrodinėti sergančiojo pavojingumą aplinkiniams. Tai medikams labai nepatogu, teismams galėtų užtekti rašytinės medikų išvados, tai medikams leistų griežčiau elgtis su vengiančiais gydytis ligoniais. Argumentas, kad tokie ligoniai lankosi viešose vietose ir kelia pavojų aplinkiniams užsikrėsti šia, dabar sunkiai išgydoma liga, turėtų būti pakankamas. Taigi problema iš esmės nesprendžiama, apeliuojant į žmogaus teises pavojingai sergantieji griežtai neizoliuojami, taip pažeidžiamos daugelio teisės gyventi sveikatai nepavojingoje aplinkoje. Lietuvos Respublikos Seimas, remdamasis kai kurių kitų valstybių, kur sergantieji pavojinga infekcine liga ir vengiantieji gydytis yra griežtai izoliuojami nuo visuomenės ir priverstinai gydomi, pavyzdžiu, ėmėsi šią problemą svarstyti. 2013 m. gegužės mėn. Žmogaus teisių komitetas svarstė naują įstatymo projektą, kuriame numatyta, kad du gydytojai ir gydymo įstaigos vadovas dviem paroms gali priverstinai sulaikyti aplinkiniams pavojingą ligonį, kol teismas priims sprendimą. Kyla klausimas, kaip tokį ligonį sulaikyti ir priverstinai uždaryti gydyti be policijos pagalbos? Taigi turėtų būti sukurta atitinkama struktūra arba racionaliai panaudojamos esamos struktūros. Ligoniai, kuriems būtinas priverstinis, stacionarinis gydymas, galėtų būti gydomi atskirame, izoliuotame Pravieniškių patalpos namų – atvirosios kolonijos padalinyje, kur būtų galima garantuoti reikiamą gydymą ligonių režimą išnaudojant ten esamas jėgas struktūras.

Vykdam reformą, iš Lietuvos gydymo įstaigų žemėlapis išnyko tuberkuliozės gydymo įstaigų, kaip savarankiškų ligoninių, pavadinimai. Buvusios savarankiškos tuberkuliozės gydymo įstaigos tapo kitų ligoninių padaliniais, filialais, skyriais, taip suardytas savarankiškų tuberkuliozės gydymo įstaigų tinklas, padėjęs šios srities specialistams bendradarbiauti atliekant mokslinius tyrimus ir dirbant gydomąjį darbą. Abejotina, ar reikėjo taip suskaidyti šios srities specialistų pajėgas nuolatinės tuberkuliozės grėsmės akivaizdoje, ar nederėjo centralizuoti visų tuberkuliozės gydymo įstaigų tinklo Respublikos mastu. Išgijus žodį *tuberkuliozė* iš gydymo įstaigų pavadinimo, pačios tuberkuliozės neįveikėme, tik sudarėme palankesnes sąlygas jai plisti.

Didžiausią sergančiųjų tuberkulioze dalį sudaro asmenys, kurie paprastai yra nemokūs, tokie pacientai yra „nepelningi“, jie gydytojui netgi įstatymu leidžiamo „padėkos mokesčio“ negali įteikti, todėl jaunimas rezidentūros studijose nesirenka fizinatrijos specializacijos. Turime plačiai išplėtotą privačių odontologijos ir kitas gydymo paslaugas teikiančių gydyklų tinklą, tačiau niekas nekviečia gydytis privačioje gydykloje tuberkuliozės, įstatymiškai ligonių kasos turėtų padengti tuberkuliozės gydymo sąnaudas ir privačiose gydymo įstaigose, tačiau neatsiranda norinčių privatininkų tokias gydymo įstaigas steigti. Tai rodo nepakankamą valstybės dėmesį šiai sričiai, „nepelningi“ ligoniai nepritraukia privačių gydymo įstaigų dėmesio, neskatina jaunų gydytojų domėtis šia medicinos sritimi, o valstybė

nesiūlo kardinalių priemonių keisti situaciją, jokių konkrečių veiksmų šia linkme nenumatyta ir Lietuvos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 3 d. įsakyme Nr. V-1033 „Dėl tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011–2014 metų programos patvirtinimo“. Programa turėtų būti papildyta veiksmų programa, kuri garantuotų visų gyventojų sveikatos patikrą dėl sergamumo tuberkulioze.

Įvertinę visas kovos su tuberkulioze Lietuvoje pastangas, turime suvokti, kad globalizacijos sąlygomis vienos valstybės pastangos norimų rezultatų neduos. PSO informuoja, kad Europoje vis labiau plinta medikamentams atsparios tuberkuliozės atmaina. PSO teigimu, Europoje sergamumas šia liga vien per 2008 metus išaugo tris kartus, šios organizacijos atstovo Hanso Kluge teigimu, Europoje tai vyksta dėl netinkamo gydymo ir prastos oru plintančių infekcijų kontrolės. Jis ragina didinti pačių žmonių atsakingumą ir įtraukti visuomenę į kovą su šia liga, vien medikų pastangų nepakanka, nes 2009 m., PSO duomenimis, iš realiai priskaičiuotų 81 tūkst. atsparių vaistams susirgimų tuberkulioze atvejų identifiukuoti vos 34 proc. susirgimų, iš jų pagydyta tik 22 proc. susirgusiųjų (Geibūnienė, 2011).

Peržvelgus privatizuotos žiniasklaidos puslapius, analizuojant radijo ir televizijos laidų tinklelius, susidaro įspūdis, kad tuberkuliozė Lietuvoje jokio pavojaus nekelia, žiniasklaida propaguoja farmacijos verslą. Bendruomenės nariai dėl istoriškai susiklosčiusio uždaro, taip pat nedalyvauja išaiškinant susirgimus.

Lietuvos Respublikos Seimas, atsižvelgdamas į piliečių ir organizacijų parengtą bendrą memorandumą „Dėl Lietuvos žmonių sveikatos išsaugojimo“, kuris 2012 m. Kovo 11-osios dienos proga įteiktas Prezidentei, Seimui ir Vyriausybei, 2013-uosius paskelbė Sveikatingumo metais. Respublikos Vyriausybė parengė ir patvirtino priemonių planą, kurį įgyvendinant Lietuvos gyventojai turėtų įprasti nuolat laikytis sveikos gyvensenos principų, tai galimai padės jiems suvokti, kad labiau apsimoka investuoti į sveiką gyvenseną, nei į susirgimų gydymą.

Išvados

1. Europos „gyventojai sensta“, tokia linkme klostosi demografinė situacija. Šios realybės akivaizdoje valstybių gyventojų sveikata, kaip viena svarbių žmogiškojo kapitalo formų, lemia valstybės darbo jėgos išteklių potencialą. Lietuva patiria didelius žmogiškojo kapitalo nuostolius dėl skurdo, lemiančio didelę emigraciją, kuri jau peržengė ES išorines sienas, dėl daugelio kitų priežasčių ir dėl nuolat didėjančio sergamumo bei ligotumo, kurį lemia ydinga, su realia situacija nederanti valstybės sveikatos politika ir piliečių, dar nesuvokusių asmeninės atsakomybės už savo sveikatą, elgsena.

2. Lietuvoje sumenko susirgimų prevencija ir profilaktika, didžiąjai visuomenės daliai neprieinamas savalaikis sanatorinis gydymas, pagrindinę lėšų dalį „susiurbia“ farmacijos pramonė, nes valstybės sveikatos politika nukreipta ne į piliečių sveikatos išsaugojimą, o į medikamentinę ligų gydymą. Nusižiūrėta sveikatos apsaugos politika iš Vakarų šalių fragmentiškai pradėta taikyti ir posovietinėje Lietuvoje, tai davė neigiamų rezultatų: anksčiau sėkmingai gydytos kai kurios ligos nebepagydomos, kilo epidemijų pavojus. Vienas tokių susirgimų – tuberkuliozė. Neigiami gyvenimo kokybės pokyčiai ir nepalanki gyventojų sveikatos apsaugai įstatyminė bazė padidino sergamumą tuberkulioze, kuri dėl daugybinio atsparumo vaistams vis dažniau tampa nebepagydoma.
3. Amžių sandūroje Lietuvoje susiklostė savita politinė situacija – galutinai subrendo poreikis integruotis į ES. Dėl skubotumo ir derybinės patirties stokos dėl stojimo į ES sutarties beveik nesiderėjome, tik paklusniai priėmėme ES siūlomas sąlygas. Gydytojų praktikų teigimu, nežinodami realios padėties ir bijodami, kad didelis sergamumas TB gali tapti kliūtimi įstoti į ES, oficialūs sergamumo TB duomenys buvo netikslūs. Ne reali situacija, o voliuntaristinė sergamumo TB interpretacija lėmė, kad pritaikyti neadekvatūs situacijai veiksmai ir vykdomos programos buvo nepakankamos apimties, tai leido tuberkuliozei įsigalėti: didėjo ne tik susirgimų, bet ir naujų, sunkiai pagydomų arba net nepagydomų ligos formų skaičius.
4. Siekiant sustabdyti sergamumą TB, reikia papildomų finansinių išteklių ir naujų įstatymų, kurie padėtų nustatyti sergamumo ir ligotumo tuberkulioze mastą, būtina įstatyminė bazė, įpareigojanti darbdavius, Vyriausybė turi numatyti lėšų kaupimo, finansavimo tvarką ir kontroliuoti visų dirbančiųjų sveikatos patikrą kartą per metus, visų besimokančiųjų, pensininkų, bedarbių sveikatos patikrą kartą per metus turėtų finansuoti Vyriausybė. Būtina sugriežtinti prievartinio gydymo tvarką tiems ligoniams, kurie vengia gydytis ir būdami pavojingi aplinkiniams nesileidžia kuriam laikui izoliuojami bei gydomi, platina ligos užkratą viešojoje erdvėje.
5. Valstybė privalo prisiimti visas sąnaudas, kurios susijusios su tuberkuliozės gydymu, nemokamai visus sergančiuosius aprūpinti veiksmingiausiais naujos kartos vaistais ir besąlygiškai įgyvendinti DOTS strategiją, kad vaistai duotų rezultatą – pasveikimą. Į kovą su TB būtina įtraukti visuomenę ir žiniasklaidą, kuri pastaraisiais metais daugiausia užsiima vaistų bei maisto papildų reklama ir mažai dėmesio skiria žmonių sveikatos išsaugojimui, lyg ir nenorėdama sumažinti medikamentų

virtotojų skaičiaus. Aktyvūs bendruomenių žmonės turėtų padėti laiku išaiškinti naujus susirgimus ir informuoti apie galimus ligos židinius savivaldos institucijas, taip pat suburti aktyvistus, kad toli nuo gydymo įstaigų esančiose vietovėse padėtų įgyvendinti DOTS strategiją.

Gauta 2013 08 13

Pasirašyta spaudai 2013 09 09

Literatūra

- Aktualijos. (2009). Tuberkuliozė – pavojinga ir sunki liga. *Ūkio žinios*, 2009 10 25. Prieiga internetu: <http://ukiozinios.lt/tuberkulioze%E2%80%93pavojinga-ir-sunki-liga>
- Andrijauskaitė, D. (2007). *Reveransas tuberkuliozei?* Prieiga internetu: <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&strid=6576&subid=gm>
- Bačliūnaitė, J. (2008). Tuberkuliozė skina vis naujas aukas. *Valstiečių laikraštis*, 2008 03 08.
- Baltakis, E. (2009). *Faktai ir skaičiai*. Prieiga internetu: http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=lt&langpair=en
- Ecker, G. (1964). *Human Capital*. New York: Columbia University Press.
- Ecker, G. (1991). *A Treatise on the Family*. Harvard University Press.
- Čiegis, R. (2004). *Ekonomika ir aplinka: subalansuotos plėtros valdymas*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla.
- Davidavičienė, E. (2011). Tuberkuliozės problema – nauji iššūkiai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. *Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados*. Vilnius, p. 71–76.
- Geibūnienė, A. (2011). *Europoje vaistams atsparios tuberkuliozės protrūkio grėsmė*. Prieiga internetu: <http://www.balsas.lt/News/print/555897>
- Globytė, V. (2011). Valstybinė tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa kasdienybėje. *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011*. Vilnius, p. 77–79.
- Gudžinskas, L. (2012). Lietuvos ir Estijos sveikatos apsaugos raida: panašios sąlygos, skirtingi rezultatai. *Poilitologija* 3(67): 61–94.
- Informacija. (2009). Inteligentų liga – tuberkuliozė grįžta ir puola vaikus. *Kauno diena*, 2009 07 28.
- Informacija. (2012). *Rado naujų tuberkuliozės įrodymų*. Prieiga internetu: www.delfi.lt/news/daily/health/rado-nauju-tuberkuliozes-irodymu.d?id=18893501
- Informacija. (2013). *Medikai perspėja, kad Lietuvoje siaučia vaistams atspari tuberkuliozės forma*. Prieiga internetu: tv.lrytas.lt/?id=13642278351363380434
- Jackson, T. (2012). *Gerovė be augimo: ekonomika baigtinei ribotų išteklių planetai*. Vilnius: Petro ofsetas.
- Juodiniene, D. (2012). *Tuberkuliozė plinta: kam rūpi sergančiųjų sveikata?* Prieiga internetu: <http://www.pa-sveik.lt/naujausi-medicinos-straipsniai/tuberkulioze-pl>
- Kvedariene, A. (2010). *Lietuva ant džiovos epidemijos slenksčio*. Prieiga internetu: www.lrytas.lt/-12643770971262852510-lietuva-ant-dziovos-epidemijos-slenkscio.htm
- Lietuvos Respublikos aplinkos ministerija. (2001). *Dienotvarkė 21: subalansuotos veiklos veiksmų programa. Rio deklaracija: apie aplinką ir plėtrą. Miškininkystės principai*. Galutinis sutarčių tekstas, vyriausybės svarstytas Jungtinių Tautų aplinkos ir plėtros konferencijoje (JT APK) Rio de Žaneire, Brazilijoje 1992 m. birželio 3–14 dienomis. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos Seimo įstatymas. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas Nr. I-1553. (1996). Priimtas 1996.09.25. Aktuali redakcija 2011 12 15. *Valstybės žinios*, Nr. 104-2364.
- Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas Nr. VIII-833. Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta 1998 07 02. (1998). *Valstybės žinios*, 1998 07 17, Nr. 64-1842.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 258 „Dėl ligonių, asmenų, įtariamų, kad serga užkrečiamomis

ŽMOGIŠKOJO KAPITALO IŠTEKLIŲ TAUPYMAS DARNIOS PLĖTROS KONTEKSTE: ...

- ligomis, turėjusių sąlytį ir sukėlėjų nešiotojų būtinojo hospitalizavimo ir (ar) būtinojo izoliavimo organizavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo, Nr. V-249. (2005). Priimtas 2005 04 12. *Valstybės žinios*, Nr. 250.
- Lietuvos Respublikos valstybinė kontrolė. (2010). *Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas*. Valstybinio audito ataskaita. Rugsėjo 31 d., Nr. VA-P-10-16-12. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programos“, Nr. 300. (1998). Priimtas 1998 03 13. *Valstybės žinios*, Nr. 26-692.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Valstybinės tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2003–2006 metų programos“, Nr. 1611. (2002). Priimtas 2002 10 10. *Valstybės žinios*, Nr. 99-4408.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2007–2010 metų programos“, Nr. 509. (2007). Priimtas 2007 05 23. *Valstybės žinios*, Nr. 62-2370.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2011–2014 metų programos patvirtinimo“, Nr. 1033. (2010). Priimtas 2010 12 03. *Valstybės žinios*, Nr. 144-7386.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2003). *Lietuvos sveikatos statistika 2002*. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2004). *Lietuvos sveikatos statistika 2003*. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2005). *Lietuvos sveikatos statistika 2004*. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2006). *Lietuvos sveikatos statistika 2005*. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2007). *Lietuvos sveikatos statistika 2006*. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2008). *Lietuvos sveikatos statistika 2007*. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2009). *Lietuvos sveikatos statistika 2008*. Vilnius.
- Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2010). *Lietuvos sveikatos statistika 2009*. Vilnius.
- Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2011). *Lietuvos sveikatos statistika 2010*. Vilnius.
- Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2012). *Lietuvos sveikatos statistika 2011*. Vilnius.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2012). *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m.* (galutinis papildytas leidinys). Vilnius.
- Miežutavičiūtė, V. (2002). Ftiziatrui Jonui Runkevičiui – 100 metų. *Medicina*, t. 38, nr. 10, p. 1038–1041. Vilnius.
- Miškinis, K. (2011). Tuberkuliozė: tikslai ir iššūkiai naujoje Lietuvos sveikatos programoje. *Sveikatos politika ir valdymas* 1(3): 88–102.
- United Nations. Report of the World Commission on Environment and Development. (1987). *Our Common Future*. United Nations. Prieiga internetu: conspect.nl/pdf/Our_Common_Future-Brundtland_Report_1987.pdf
- „Rio deklaracija apie aplinką ir plėtrą“. *Darnios plėtros veiksmų programa „Dienotvarkė 21“*. Prieiga internetu: www.am.lt/LSP/files/Agenda_21.pdf.
- Schultz, W. T. (1998). *Investavimas į žmones. Gyventojų kokybės ekonomika*. Vilnius: Eugrimas.
- Sketerskienė, R. (2011). *Vaikų ir jaunimo sveikatos išsaugojimo galimybės Lietuvoje*. Prieiga internetu: www.kaisiadorysvsb.lt/.../vaiku-ir-jaunimo-sveikatos-issaugojimas.pdf...
- Skučaitė, V. (2006). Vaikų plaučių tuberkuliozė: tarp oficialios statistikos ir tikrovės. *Kauno diena*, 2006 02 08.

HUMAN CAPITAL RESOURCE PRESERVATION IN THE CONTEXT OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT: QUEST FOR VARIANTS

Antanas Bučinskas

Summary

For the development of the human health capital in the context of sustainable development, two factors are significant: first, individual's personal readiness to be healthy, not to lose health, and to regularly take care of it, and second, the national strategy of the health care policy: whether the state takes care of the public health maintenance by developing a respectful infrastructure and carrying out disease prevention and prophylaxis or just by concentrating on the medical treatment of patients and creating favourable conditions for the prospering of the pharmaceutical industry. To quote Schultz, "the theory of human capital considers the health of each individual to be an asset, i.e. their health capital, and health services to be a contribution to that capital. An additional human health value depends on additional welfare that people are able to derive from it" (Schultz, 1998, p. 24–25). Each member of the society who is in good health can have a successful career, get a higher salary, stay in the labour market for a longer time, and create material and spiritual values for the sake of the whole society. Lithuania, just like the majority of the countries in the world, makes a huge effort to cope with currently incurable or partially curable diseases: for that purpose, research institutes or international research centres are established. That complies to the conception of sustainable development and serves as a hopeful example of the world being able to unite for the common solution of sustainable development problems, and in our case, for the preservation and effective use of the human capital. The EU member states, including Lithuania, seek to increase the global competitiveness of the EU. The goal can hardly be achieved in case of a high level of unemployment and significant prevalence of previously curable, and currently hardly curable, diseases in individual states due to an ineffective health policy in them. That primarily applies to tuberculosis (TB) and its increasingly complex treatment. In the process of the sustainable development of the society, both the strategic planning of the future and the sustainability in the preservation of previous achievements that became a property of the mankind is of great significance.

After Nobel Prize winner Selman Waksman's discovery of streptomycin and its wide application to disease treatment, TB was included in the list of curable diseases; however, a considerable number of people all over the world, including Lithuania, continue to die of it, as currently, due to subjective causes, TB forms characterized by multiple drug resistance emerged. On the turn of the 21st c., the

World Health Organization (WHO) indicated that the TB incidence in Lithuania pose the threat of an epidemic. The actual situation of the spread of the disease is characterized by two parameters used in statistical publications, i.e. incidence and prevalence. On the eve of the accession to the EU, the assessments of the scale of the incidence and prevalence of the official statistics and doctors-phthisiatricians differed. As stated by phthisiatricians, the TB incidence in Lithuania was significantly higher than reported by the official statistics; the actual situation may have been kept secret because of the fear of difficulty in the accession to the EU due to a high TB incidence.

The fact that TB-positive people are not included in the patient records witnesses a biased approach of the state of Lithuania to the problem and a criminal desire to hide the problem instead of solving it, irrespective of the fact that increasingly younger people fall ill with TB and that the number of patients with drug-resistant forms of TB has kept increasing. The official statistical data are also questionable as, due the absence of the medical prophylactic examination, the number of TB positive people, who may be walking among the healthy ones and posing a threat of infection, is not known. As established, one TP-positive patient can infect 15 to 35 healthy people per year; the neglected TB cases presently account for 30 % of the total number, when two decades ago, such cases accounted for 7 %. In accordance with the data of the Lithuanian Department of Statistics and the Centre of Health Information of the Institute of Hygiene, the Ministry of Health of the Republic of Lithuania, the TB incidence is on the decline, and in accordance with the medical practitioners, it has been increasing. The TB outbreak in Lithuania in 2006 just proved that, on the eve of the accession to the EU, the incidence situation was not properly assessed and no timely measures of prevention were taken. The government-approved programmes did not comply to the actual situation: even if they were significant, the implementation of European standards in the health care system and in the whole social policy started without improving the population's quality of life. The reform of the health care system began with the cuts in the hospital network and the number of beds in hospitals. In the previous system, the quality of life made an impact on incidence, and the scale of incidence called for a respective number of beds in hospitals. In the prewar years, in order to eradicate TB, the whole TB treatment infrastructure was developed and the number of specialists was increased; however, in the last decade of the 20th c., in the face of the danger of the TB epidemic, voluntary measures were taken in the field, irrespective of the threat. Under the guise of the idea of "optimization", the actual risk of TB was ignored. When assessing the epidemiological situation in the world, WHO declared TB a priority issue in 1996 because of the threat of a global epidemic. In 1994, WHO proposed an anti-TB strategy: directly observed treatment short cour-

se (DOTS). Individual elements of the DOTS strategy were launched in Lithuania in 1998, while in 2005, in accordance with the annual report 2011 of the National Board of Health, all the DOTS strategy elements were implemented in all the national personal health care institutions. However, in the WHO-announced global plan *Stop Tuberculosis*, the DOTS was added another six conceptual elements, partially related to the spread of the cases of multiple-drug resistant TB forms. The implementation of the first items of the strategy took over 10 years, and much was done, however, not all the items were fully implemented. With the growth of the number of cases of treatment-resistant TB, the application of the new strategy in Lithuania became increasingly problematic. To date, the patients' completion of the full course of treatment has not been ensured, the requirement for a patient to consume all the prescribed medications in the absence of the medical staff has not been implemented, and a quality out-patient treatment link has not been provided, as the provision with necessary medications has been hindered. To quote medical doctor Vita Gluobyte, those ill with drug-resistant TB ought to continue treatment at home for 1.5 to 2 years, while there is a shortage or absence of necessary medications. The companies supplying medications are not interested in the import of drugs against TB, therefore, they become very expensive. On the other hand, with the interruptions in the medications supply, a successful process of treatment asks for the accumulation of supplies for 4 to 5 months: that means the freezing of the funds, and the founders protest against that. After the restructurization, the specialized TB treatment institutions lost the status of a legal person, thus providing another hindrance for the acquisition of medications. All over the world, the treatment of TB is free; in Lithuania, the medications are reimbursed 100 %, however, in recent years, the sums to be additionally paid by the patients have significantly increased, and part of the patients can not afford to buy the necessary medications.

Asocial degraded individuals suffering from dangerous TB forms and avoiding treatment have to undergo forced treatment. Statistically, forced treatment is carried out in 14 Lithuanian hospitals, however, even in them, the patients do not obey the hospital regime: being ill with open or drug-resistant forms of tuberculosis, they attend public places and frequently consume alcohol; the medical staff fail to cope with such patients without the police assistance, and there are no police posts in hospitals due to the shortage of funds. The patients who are brought for treatment under the court sentence frequently escape, and occasionally the medical staff, unable to cope with such patients and having to ensure patients' and their own safety, are made to discharge them from hospital before the completion of the treatment. On the other hand, for their forced treatment, the court sentence is necessary, and the medical staff are made to attend courts and to prove that the TB patient is dangerous to others. That creates considerable discomfort to the medical

staff: the courts ought to accept the medical findings in writing, which would encourage stricter behaviour of the medical staff towards the treatment avoiding patients. The argument that such patients attend public places so that people around can get infected by a hard to cure disease ought to be sufficient. Thus, the problem fails to be solved, and, by referring to human rights, the patients are not strictly isolated, and the right of the majority population to live in a healthy environment is violated. Currently, forced treatment of TB is organized in PI Alytus Hospital Tuberculosis which, in the process of the reform, became a subdivision of Alytus County V. Kudirka Hospital.

When assessing all the efforts made in the fight against TB in Lithuania, one has to realize that, under globalization, the efforts of one state will not produce the desired outcomes. To quote WHO, a form of drug-resistant TB has been increasingly spreading: in Europe, its incidence increased thrice in 2008 alone; in accordance with representative of the organization Hans Kluge, it happens due to improper treatment and poor airborne infection control. He proposes to increase people's responsibility and to involve all the society in the fight against TB: the efforts of the medical staff alone are insufficient, as, in accordance with WHO data, in 2009, from among the 81,000 newly recorded drug-resistant TB cases, only 34 % were identified, and only 22 % of the latter were treated.

To stop the TB incidence, additional financial resources are necessary, as well as new laws that would bind employers, in the order prescribed by the Government, to accumulate funds to finance and control all their employees' medical examination once a year and would bind the Government to organize a medical examination for all the pupils and students, pensioners, and the unemployed once a year. The procedure of forced treatment for the patients who avoid treatment and, being dangerous for others, refuse to be isolated and treated and continue spreading the disease in public spaces should be made stricter.

The state ought to accept all the TB treatment-related costs, to provide all the TB patients with the most effective medications free of charge, and to unconditionally and fully implement the DOTS strategy, so that the medications should ensure recovery. The fight against TB should involve the society and the media which lately has been mostly occupied with commercial ads of medications and food supplements and has been paying little attention to the preservation of human health, as if reluctant to reduce the number of medications consumers. Community activists should assist in the identification of new TB cases by informing municipal institutions about the potential foci of the disease and by getting together activists for the assistance in the implementation of the DOTS strategies in the areas located far from medical institutions.