

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA

TATJANA MATEKONIS

SVEIKATOS POLITIKOS VAIDMUO VALSTYBĖS
DARNIAME VYSTYMESI

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
prof. dr. D. Jankauskienė

VILNIUS, 2011

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA**

**SVEIKATOS POLITIKOS VAIDMUO VALSTYBĖS
DARNIAME VYSTYMESI**

**Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas
Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo studijų programa**

**Vadovė
prof. dr. D. Jankauskienė**

**Atliko
SAAmis 9 – 01 gr. stud.
T. Matekonis
2011 03 22**

VILNIUS, 2011

TURINYS

<u>IVADAS</u>	<u>6</u>
<u>1. DARNAUS VYSTYMOŠI KONCEPCIJOS ESME</u>	<u>9</u>
<u>1.1. Darnaus vystymosi sąvoka</u>	<u>9</u>
<u>1.2. Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos kūrimas ir įgyvendinimas</u>	<u>13</u>
<u>2. NACIONALINĖS SVEIKATOS POLITIKOS FORMAVIMAS IR ĮGYVENDINIMAS</u>	<u>20</u>
<u>2.1 Sveikatos politikos formavimo aspektai</u>	<u>20</u>
<u>2.2. Nacionalinės sveikatos sistemos ypatumai</u>	<u>25</u>
<u>2.3. Sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų tarpusavio sąveika</u>	<u>32</u>
<u>2.4. Sveikatos politikos plėtros darnaus vystymosi kontekste pokyčiai</u>	<u>38</u>
<u>3. SVEIKATOS POLITIKOS IR DARNAUS VYSTYMOŠI PRINCIPŲ SĄSAJŲ</u> <u>ĮGYVENDINIMAS LOKALIOJE TERITORIJOJE: KAUNO REGIONO PAVYZDYS</u>	<u>52</u>
<u>3.1. Sveikatos politikos įgyvendinimas regiono lygmenyje</u>	<u>52</u>
<u>3.2. Empirinio tyrimo metodologija</u>	<u>55</u>
<u>3.3. Empirinio tyrimo rezultatai</u>	<u>59</u>
<u>IŠVADOS</u>	<u>64</u>
<u>SIŪLYMAI</u>	<u>66</u>
<u>LITERATŪRA</u>	<u>67</u>
<u>ANOTACIJA</u>	<u>71</u>
<u>SANTRAUKA</u>	<u>72</u>
<u>SUMMARY</u>	<u>73</u>
<u>PRIEDAI</u>	<u>74</u>

LENTELĖS

1 lentelė. Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos įgyvendinimo pagrindiniai principai	14
2 lentelė. Darnaus vystymosi strategijos rodikliai visuomenės sveikatos srityje	18
3 lentelė. Sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo pagrindiniai principai	23
4 lentelė. Lietuvos sveikatos politiką koordinuojančios institucijos	30
5 lentelė. Lietuvos ir ES šalių kai kurių sveikatos priežiūros rodiklių palyginimas 2007-2009 m.	43
6 lentelė. Lietuvos sveikatos politikos darnaus vystymosi kontekste SSGG analizė	50
7 lentelė. Empiriniame tyrime dalyvavusių institucijų atstovai – respondentai	58

PAVEIKSLAI

1 pav. Darnaus vystymosi koncepcija pagal R. Čiegį	11
2 pav. Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema	27
3 pav. Sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajos	33
4 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1980–2009 m. (metais)	39
5 pav. Jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažėjimas 100 000 gyventojų, 2000–2009 m.	40
6 pav. Kūdikių mirtingumas 1000-ui gyvų gimusiųjų 2000–2009 m.	41

ĮVADAS

Temos aktualumas. Ilgą laiką šalies ekonominė situacija buvo laikoma visuomenės gerovės pagrindu. Darnaus vystymosi koncepcijos pagrindą sudaro trys lygiaverčiai komponentai – aplinkos apsauga, ekonominė plėtra ir socialinis vystymasis. Lietuvoje taip pat yra plėtojama darnaus vystymosi strategija, kurios pagrindinis tikslas – pagal ekonominio ir socialinio vystymosi bei išteklių naudojimo efektyvumo rodiklius iki 2020 metų pasiekti dabartinį ES vidurkį. Valstybės darnaus vystymosi strategijoje yra numatyta siekti nuolatinio šalies ekonominio augimo, naudojant pažangias, energijai taupias ir ekologiškas technologijas bei vietos išteklius, kelti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, plėtojant švietimo, sveikatos apsaugos, socialinių ir kitokių paslaugų sferą, smulkųjų ir vidutinį verslą bei techninę infrastruktūrą bei stabilizuoti ir gerinti aplinkos kokybę, kartu įsitraukiant į globalinių aplinkos problemų sprendimą. Sveikatos apsaugos sistemos ir politikos vaidmuo yra itin svarbus, siekiant užtikrinti visuomenės gyvenimo kokybę, socialinių paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Rinkos ir viešosios nuomonės tyrimų bendrovės „Spinter tyrimai“ duomenimis, Lietuvos gyventojai kritiškai vertina sveikatos apsaugos sistemą. Eilės gydymo įstaigose, brangūs vaistai ir atsainus medikų požiūris į pacientą – tai pagrindinės blogo sveikatos apsaugos sistemos vertinimo priežastys. 1998 m. buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa, kuri 2010 m. pasibaigė. Per visus jos įgyvendinimo metus pasiekta reikšmingų šalies gyventojų sveikatos priežiūros pokyčių. Tačiau lieka aktualūs socialiniai-ekonominiai skirtumai tarp įvairių regionų, kaimo ir miesto, vyrų ir moterų, skirtingo išsilavinimo piliečių, aštrėja šiuolaikinio pasaulio plėtos nulemtos skurdo, migracijos, socialinės, taip pat ir sveikatos problemos. Siekiant sveikatos sistemos problemų sprendimo yra numatytos šios perspektyvinės raidos kryptys iki 2015 m.:

- kokybiškos ir laiku suteikiamos medicinos pagalbos užtikrinimas,
- privatūs ištekliai neturi viršyti 30 proc. sveikatos apsaugos išlaidų, valstybės išlaidos sveikatai turi augti ne mažesniais tempais, nei BVP,
- sveikatos priežiūros darbuotojų darbo užmokestis turi išaugti ne mažiau kaip penkis kartus, o augimo tempai – viršyti vidutinį šalies darbo užmokesčio augimą.

Šiai dienai Lietuvoje dar nėra sukurtas optimalus sveikatos sistemos modelis, bet išbaigto sveikatos sistemos modelio nesutinkama nei vienoje pasaulio valstybėje. Tyrimų duomenimis, „yra pasiekimų, kurie turi būti puoselėjami ir tobulinami, atsižvelgiant į nuolatos besikeičiančias aplinkybes (demografinę kaitą, medicinos technologijų plėtrą, šalies gyvenimo lygio kitimą ir, su tuo susijusį, žmonių poreikių kitimą, sveikatinimo proceso dalyvių elgseną) bei pasaulinės praktikos atskleistas, bet dar labai menkai išnaudotas galimybes“ (Černiauskas, Jankauskienė, 2010, p. 7).

Tikslinga analizuoti Lietuvos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo ypatumus, kaip užtikrinamas šių procesų efektyvumas, išskirti problemas, su kuriomis susiduriama įgyvendinant

sveikatos politiką, nes tik išanalizavus esamus rezultatus, galima kalbėti apie šalies sveikatos politikos tobulinimą.

Visateisės Europos Sąjungos narės – Lietuvos valstybės – sveikatos politika plėtojama atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas. 2011 m. lapkričio 25 d., sukaks 20 metų, kai Lietuva tapo PSO nare. Tai būtų dar viena iš priežasčių, kodėl šiandien aktualu nagrinėti Nacionalinės sveikatos politikos pasiekimus, plėtros pokyčius, dar kartą įvertinti esamą situaciją, ir gerinant visuomenės gyvenimo kokybę, siekiant darnaus vystymosi koncepcijos tikslų, tobulinti šalies sveikatos politiką.

Temos iširtumas. Valstybės darnaus vystymosi problema plačiai nagrinėta užsienio ir Lietuvos mokslininkų darbuose. R. Čiegis (2004, 2009), S. Dresner (2006), J. Ramanauskienė, B. Martinkus (2009) tyrinėjo darnaus vystymosi koncepciją, panaudojimo galimybes, B. Hopwood, M. Mellor, G. O'Brien (2005) – skirtingus požiūrius į tvarią plėtrą. W. Hediger (2000) analizavo sveikatos apsaugos sistemos problemas darnaus vystymosi kontekste, Kasshay M.H., Oakley P. (2005) – nagrinėjo su kokiais iššūkiais susiduriama siekiant darnios plėtros. Sveikatos politikos ir valdymo vertinimo, visuomenės įtraukimo į sveikatos apsaugos sistemos gerinimo galimybės klausimus savo darbuose kėlė G. Černiauskas, M. Schneider, L. Murauskienė (1999, 2000), I. Misevičienė, J. Klumbienė, A. Tamošiūnas (2002), D. Jankauskienė, R. Pečiūra (2007) ir kiti.

Darbo naujumas. Gera visuomenės sveikata – valstybės klestėjimo pagrindas. Kad visuomenės sveikata yra pati didžiausia vertybė, tai suprantame ir girdime nuo pat Nepriklausomybės atkūrimo laikų. Darnaus vystymosi koncepcijoje išskiriama visuomenės socialinė gerovė. Visuomenės socialinės gerovės problemos nagrinėtos įvairiais aspektais: skurdo ir bedarbystės mažinimas, socialinės atskirties mažinimas, gyvenimo kokybės gerinimas ir pan. Problemos susijusios su sveikatos paslaugų kokybės gerinimu, šalies sveikatos apsaugos sistemos bei politikos formavimu vis dar yra menkai ištirtos. Ekonominės krizės pasekmės tiesiogiai įtakojo ir šalies socialinės sistemos situacijos blogėjimą. Tai itin atsiliepė sveikatos apsaugos sistemai. Taigi, sveikatos politikos analizė siekiant šalies darnaus vystymosi atspindi darbo naujumą.

Tyrimo objektas – sveikatos politika.

Tyrimo problema – kaip suformuoti efektyvią sveikatos politiką siekiant šalies darnaus vystymosi.

Darbo hipotezė - sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajos veikia tik iš dalies, jų įgyvendinime trūksta žmonių išteklių iniciatyvumo, veiksmingumo bei efektyvumo vertinimo.

Tikslas – ištirti sveikatos politiką šalies darnaus vystymosi kontekste.

Darbo uždaviniai.

1. Išanalizuoti darnaus vystymosi koncepciją.
2. Apibrėžti teorinius sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo aspektus.

3. Išryškinti sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajas.
4. Išsiaiškinti Lietuvos sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų įgyvendinimą šalies lokaliajose teritorijose Kauno regiono pavyzdžiu.

Tyrimo metodika: mokslinės literatūros analizė ir sintezė, teisinių dokumentų analizė, antrinių duomenų analizė, statistinių duomenų analizė, SSGG analizė, Empirinis sociologinis kokybinis tyrimas, Kontent (dokumentų turinio) analizė, pusiau struktūruotas interviu, sociologinių tyrimų duomenų analizė, palyginimas, sisteminimas, apibendrinimas.

Darbo struktūra. Pirmojoje darbo dalyje pristatomi teoriniai darnaus vystymosi koncepcijos pagrindai, antroje dalyje – sveikatos politikos sistemos formavimo ir įgyvendinimo aspektai, t.y. pačios sistemos pristatymas, jos formavimo ir įgyvendinimo principai strateginiuose dokumentuose, lyginant juos su darnaus vystymosi koncepcijos principais, išryškinant sveikatos politikos vietą šalies darnaus vystymosi kontekste, taip pat analizuojamas sveikatos sistemos teisinis reglamentavimas, kas sudaro pagrindą sveikatos politikos vystymui. Taip pat apžvelgiami ir analizuojami sveikatos politikos pasiekimai bei sistemos plėtros pokyčiai, atliekama sveikatos politikos stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė. Trečioje darbo dalyje nagrinėjamas sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajų įgyvendinimas, atliekamas empirinis tyrimas šalies lokaliajose teritorijose: Kauno regiono pavyzdžiu.

Literatūros ir šaltinių apžvalga. Darbe remiamasi įvairių šaltinių duomenimis, pradedant įvairiomis sveikatos politikos tyrinėtojų monografijomis, organizuotų konferencijų sveikatos klausimais medžiaga, duomenų bazėse pateikiamais naujausiais moksliniais straipsniais, moksliniais tyrimais, baigiant straipsniais periodinėje literatūroje.

Siekiant išsamiai išanalizuoti Lietuvos sveikatos politikos formavimą bei įgyvendinimą, buvo remiamasi norminiais teisės aktais (įstatymais, nutarimais) bei patvirtintomis programomis, strategijomis, institucijų veiklos ataskaitomis, remtasi statistiniais duomenimis, surinktais Lietuvos Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenų bazėje, Lietuvos sveikatos rodiklių informacinėje sistemoje, Europos Bendrijos sveikatos rodiklių informacinėje sistemoje Public Health ir kt.

1. DARNAUS VYSTYMOŠI KONCEPCIJOS ESMĖ

1.1. Darnaus vystymosi sąvoka

Visuomenės vystymasis ilgą laiką rėmėsi nuostata, kad tik auganti ekonomika ir didėjanti gamyba yra pagrindinė vertybė ir visuomenės gerovės pagrindas, todėl spartus pasaulio ekonomikos augimas lėmė vis intensyvesnį gamtos išteklių naudojimą ir aplinkos teršimą, kuris septintajame praeito amžiaus dešimtmetyje pasiekė tokį lygį, kad iškilo akivaizdi ekologinės krizės grėsmė. Taigi, atėjo laikas iš esmės peržiūrėti visuomenės raidos prioritetus ir apsispręsti dėl tolimesnės visuomenės vystymosi krypties.

Jau 1972 metais Stokholme vykusioje pirmoje Jungtinių Tautų (JT) konferencijoje aplinkos ir vystymosi klausimais buvo suformuluota nuostata, kad ekonominė plėtra turi vykti kuo efektyviau naudojant gamtos išteklius ir atsižvelgiant į daromą poveikį aplinkai (Nacionalinė darnaus vystymosi strategija (NDVS), 2003, p. 4).

Tarptautinių aplinkosauginių organizacijų ir institucijų pastangomis 1980 metais buvo parengtas ir paskelbtas labai svarbus dokumentas – Pasaulio apsaugos strategija (*angl. World Conservation Strategy*), kuri faktiškai padėjo Darnaus vystymosi strategijos pamatus. Šiame dokumente buvo atsisakyta ekonominio vystymosi ir aplinkos apsaugos supriešinimo ir aiškiai deklaruota, kad vystymasis ir apsauga nėra prieštaringi dalykai, o racionalus gamtos išteklių naudojimas yra neatskiriama ne tik ekonominio vystymosi, bet ir gamtos apsaugos dalis (NDVS, 2003).

Darnaus vystymosi pagrindinės nuostatos konkrečiau buvo suformuluotos Jungtinių Tautų Aplinkos ir vystymosi komisijos (*angl. Commission on Environment and Development*), kuriai vadovavo tuometinė Norvegijos aplinkos ministrė Gro Harlem Brundtland, 1987 m. ataskaitoje “Mūsų bendra ateitis” (*angl. Our Common Future*). Šioje ataskaitoje darnaus vystymasis apibrėžiamas, kaip vystymasis, kuris tenkina dabartinius visuomenės poreikius, nemažinant ateinančių kartų galimybių tenkinti savo poreikius (Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future (OCF), 1987).

Labai svarbi darnaus vystymosi koncepcijos sąvokoje apsispindi poreikiai. G. H. Brundtland ataskaitoje bandoma patikslinti poreikių tenkinimo sąvoką ir nurodoma, kad:

- visi Žemės gyventojai turi turėti galimybes tenkinti savo pagrindinius poreikius;
- visi Žemės gyventojai turi turėti galimybes siekti geresnės gyvenimo kokybės;
- poreikių tenkinimas ir geresnio gyvenimo siekimas neturi kelti grėsmės aplinkai (OCF, 1987).

Akivaizdu, kad pagrindinių poreikių tenkinimo galimybių sukūrimas yra itin svarbus darnaus vystymosi uždavinys. Taip pat akivaizdu ir tai, kad norint sudaryti bent pagrindinių poreikių tenkinimo galimybes, turi būti sudarytos galimybės spartesniam mažiau išsivysčiusių šalių ekonomikos augimui. Tačiau svarbu neužmiršti ir trečiojo iš anksčiau išvardintų punktų ir užtikrinti, kad spartus ekonomikos augimas nesukeltų grėsmės aplinkai ir kad sukūrę galimybes tenkinti vienus svarbius poreikius (maistas, sveikata, būstas ir pan.), nesužlugdytume galimybių tenkinti kitus, gyvybiškai svarbius poreikius – kvėpuoti grynu oru, gerti ir naudoti kitoms reikmėms švarų vandenį ir apskritai turėti sveiką gamtinę aplinką.

1992 metais Rio de Žaneire vykusioje pasaulinėje Aplinkos ir vystymosi konferencijoje buvo priimta XXI amžiaus darbotvarkė (Darbotvarkė 21, *angl. Agenda 21*) ir dalyvaujant 172 šalių vadovams darnus vystymasis aukščiausiu lygiu buvo įteisintas kaip pagrindinė ilgalaikė visuomenės vystymosi strategija. Jungtinių Tautų Aplinkos programoje darnus vystymasis (*angl. sustainable development*) apibūdinamas kaip žmonių gyvenimo kokybės gerinimas, rūpinantis jį supančios aplinkos išsaugojimu.

Esminių papildomų sunkumų dėl paties darnaus vystymosi termino kilo verčiant jį į kitų šalių kalbas, taip pat ir į lietuvių kalbą. Buvo pasiūlyta naudoti daug šio termino variantų: harmoningas vystymasis, tausojantis vystymasis, tvarus vystymasis, tvari plėtra, subalansuotoji raida, subalansuotas vystymas, subalansuotoji plėtra ir t. t. Pradžioje oficialiuose dokumentuose buvo įprasta „subalansuotoji plėtra“. Įvairiuose tekstuose galima rasti ir kitų darnaus vystymosi atitikmenų: darni, tvari, tolygi plėtra (vystymasis). 2003 m. Valstybinė lietuvių kalbos komisija pasiūlė naudoti „darnaus vystymo(si)“ sąvoką (Darnus vystymasis, 2010).

Skirtingos Norvegijos aplinkos ministrės G. H. Brundtland darnaus vystymosi apibrėžimo interpretacijos (apibrėžimas neidentifikuoja nei poreikių, nei laiko ribų jų patenkinimui, nei aplinkos svarbos siekiant šių tikslų (Čiegis, 2004)) lėmė didelę darnaus vystymosi apibrėžimų įvairovę, tuo pačiu sukeldamas daug teorinių ir praktinių problemų mokslui, politikams, verslui ir visuomenei.

Darnaus vystymosi koncepcijos tyrėjų nuomone, darnus vystymasis dažniausiai suprantamas kaip koncepcija, apimanti aplinkos, socialinio ir ekonominio aspektų darną ir gerinimą. Kitaip tariant, darnus vystymasis siekia suderinti dinamišką ekonomiką su socialiniu, suteikiančiu visiems lygias galimybes, vystymusi.

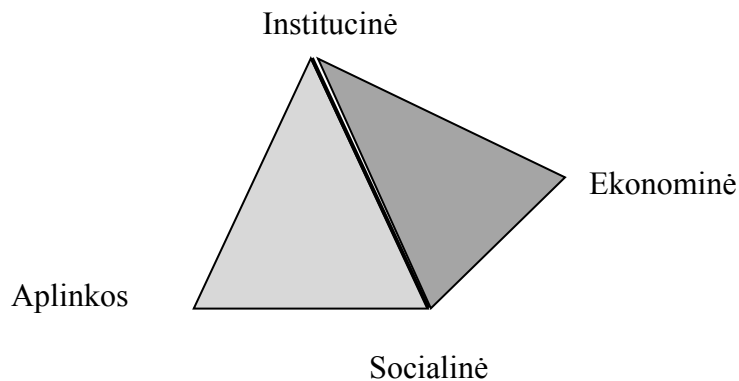
„Darnumas yra „mobilus tikslas“, kurio uždaviniai ir priemonės priklauso nuo įgytų žinių, visuomenės ir asmeninių vertybių, aplinkos kokybės, ateities technologijų vertinimo, požiūrio į riziką ir galimybių neapibrėžtumo“ (Čiegis, 2004, p. 92)

Lietuvos nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje darnus vystymasis suprantamas kaip „kompromisas tarp aplinkosauginių, ekonominių, socialinių visuomenės tikslų, sudarantis galimybes

pasiekti visuotinę gerovę dabartinei ir ateinančioms kartoms, neperžengiant leistinų poveikio aplinkai ribų“ (NDVS, 2003, p. 10).

Faktiškai darnaus vystymosi koncepcijos pagrindą sudaro trys lygiaverčiai komponentai – aplinkos apsauga, ekonominė plėtra ir socialinis vystymasis. Kita vertus, pati darnaus vystymosi koncepcija susiformavo kaip dviejų darnaus vystymosi komponentų – ekonomikos ir aplinkos prieštaravimų sprendimo instrumentas, o trečiasis komponentas – visuomenė darnaus vystymosi koncepcijos interesų lauke atsidūrė tik rengiant jau minėtą ataskaitą „Mūsų bendra ateitis“ 1987 m.

R. Čiegio (2004) teigimu, darnaus vystymosi suvokimui labai svarbu suprasti naują institucinę dimensiją, „pabrėžiančią politinių sistemų įtakos svarbą“ (p. 287). Anot autoriaus, darnaus vystymosi koncepcija apima keturias dimensijas: aplinkos, ekonominę, socialinę ir institucinę (žr. 1 pav.)



1 pav. Darnaus vystymosi koncepcija pagal R. Čiegį (2004, p. 288)

Svarbu pažymėti, kad kiekvienam darnaus vystymosi komponentui keliami skirtingi tikslai: aplinkos (ekologiniam) – „užtikrinti aplinkos saugumą“, ekonominiam – „patenkinti materialinius poreikius“, socialiniam – „stiprinti socialinį darnumą ir teisingumą“ ir instituciniam „(suprantamam politinių mokslų prasme, apimant ne tik organizacijas, bet taip pat ir institucinius mechanizmus bei orientacijas) – užtikrinti dalyvavimą sprendimų priėmime“ (Čiegis, 2004, p. 287-288).

Darnaus vystymosi dimensijų – aplinkosaugos ir ekonomikos – praplėtimas socialine, institucine ir net politine dimensija lemia darnaus vystymosi sampratos kaitą. „Šiandien darnusis vystymasis suvokiamas kaip žmonijos siekis, kad visame pasaulyje ir kiekvienoje atskiroje valstybėje, visose socialinio gyvenimo srityse vyktų suderinta, kuo mažesnę žalą žmogui bei aplinkai daranti ir kuo mažesnę visuomenės supriešinimą sukelianti plėtra“ (Stonkienė, 2008).

Taigi, darnus vystymasis negali remtis vien aplinkosauginiais ar vien ekonominiais aspektais. Autorių teigimu, vieno iš aspektų sureikšminimas kitų sąskaita darnaus vystymosi požiūriu yra nepriimtinas. Todėl, bent vieno iš darnaus vystymosi aspektų ignoravimas reikštų pavojų visam darniam vystymuisi.

Daroma prielaida, kad socialinis darnaus vystymosi aspektas yra mažiausiai ištirtas. Jei ekologinį darnų vystymąsi sunku įvertinti dėl daugybės elementų ir funkcijų, bendrai sudarančių gamtinę aplinką, tai socialinis vystymasis yra dar mažiau apibrėžtas, apčiuopiamas, jį sunkiausiai išreikšti kiekybiškai. Socialiniai raidą įtakojantys veiksniai apima visuomenės organizacinę struktūrą, socialines ir teises normas, pasitikėjimą, kultūrą, individų įgūdžius ir kitus elementus. Tai tikėtina priežastis, dėl ko dauguma pirmųjų darnaus vystymosi koncepcijų siekė nusakyti tik dviejų – ekonominės ir ekologinės – sistemų sąveiką. Vėliau vis dėlto buvo pastebėta, kad vien tik ekonominiai ir ekologiniai faktoriai negali paaiškinti skirtumų tarp šalies išsivystymo lygių, todėl darniam socialiniam vystymuisi imta skirti daugiau dėmesio. Vėlesniuose darnų vystymąsi tyrinėjančiuose literatūros šaltiniuose socialinė aplinka yra vertinama jau kaip visiškai lygiavertis komponentas, tiek pat nulemiantis visuomenės vystymąsi, kiek ir ekonominis augimas ar aplinkos tvarumas. Tačiau, kaip pastebi B. Hopwood et al. (2005), diskusijos apie silpną ir stiprų darnumą visgi dažniau remiasi aplinkos, nei socio-ekonominiais aspektais.

Apibendrinant, būtina pastebėti, kad darnus vystymasis yra pastangos suderinti ekonominį šalies augimą, socialinę pažangą, neeikvojant neatsinaujinančių gamtos išteklių ir nekeliant grėsmės ekologiškai pusiausvyrai. Idealiu atveju turėtų būti sukurti 4 svarbiausi tarpusavyje susiję komponentai:

- 1) *sveika aplinka*, t.y. švarus oras, žemė, vanduo, gamtinių išteklių naudojimas yra pagrįstas ir daro tiesioginę įtaką gyvenimo kokybei;
- 2) *gyvybinga ekonomika* – prisitaikanti prie pokyčių, konkurencinga ir gebanti pritraukti naujų investicijų;
- 3) *socialinė gerovė* – gyventojų poreikių tenkinimas, saugumas, netolygumų mažinimas;
- 4) *visuomenės aktyvus dalyvavimas* visais plėtros etapais (Šaparauskas, 2004).

Pagrįstai teigiama, kad darnų vystymąsi užtikrinantys veiksniai yra ne tik ekonominiai, bet ir susiję su aplinkos ištekliais, socialine gerove ir stabilumu, užtikrinant suinteresuotųjų dalyvavimą sprendimų priėmimo procese. Kaip pavyzdys, jei nebūtų gerai funkcionuojančios švietimo sistemos, tuomet būtų sudėtinga sėkmingai funkcionuoti, nes konkurencingą žmoniškąjį kapitalą sudaro būtent išsilavinę žmonės, gavę ne tik pagrindus, bet ir specialias profesines žinias. Sėkmė taip pat priklauso nuo gerai veikiančios sveikatos sistemos, nes padeda užtikrinti visos visuomenės sveikatą. Socialinės atskirties nebuvimas ir stipri vidutinė klasė taip pat yra tie socialiniai veiksniai, kurie teigiamai įtakoja šalies darnų vystymąsi, užtikrinant subalansuotumą ir stabilumą.

Kadangi darnaus vystymosi koncepcijoje žmogaus poreikių tenkinimas traktuojamas kaip kertinis darnaus vystymosi uždavinys, akivaizdu, kad visuomenės vaidmuo darnaus vystymosi procese yra lemiamas ir itin svarbu, kad žmogus, besirūpindamas savo poreikiais, reikiamą dėmesį skirtų ne tik ekonomikos vystymuisi, bet ir aplinkos apsaugai.

Reikia pažymėti, kad darnus vystymasis negali būti pasiektas vien tik politinėmis priemonėmis, darnus vystymasis turi būti įsisavintas visuomenės imperatyvas, lemiantis gyventojų kasdieninius pasirinkimus bei jų įtaką ekonominiams ir politiniams sprendimams (Juknys, 2008). Tai reikalauja esminių mastymo, ekonominių ir socialinių struktūros bei vartojimo ir gamybos pokyčių, o tuo pačiu ir nuolatinio prisitaikymo prie šių pokyčių.

1.2. Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos kūrimas ir įgyvendinimas

Nors darnaus vystymosi sąvoka buvo suformuluota ir paskleista visuomenei tik 1987 m., jau po penkių metų ir Lietuva ėmėsi šios veiklos. 1992 m. mūsų šalies delegacija taip pat dalyvavo Rio de Žaneire vykusioje Jungtinių Tautų Aplinkos ir vystymo konferencijoje. Šios konferencijos metu buvo pasirašytos dvi naujos konvencijos: Jungtinių Tautų bendroji klimato kaitos konvencija ir Biologinės įvairovės konvencija, kurias 1995 m. Lietuva ratifikavo. 1992 m. Jungtinių Tautų konferencijoje Rio de Žaneire buvo nutarta įkurti JT Darnaus vystymo komisiją, taip pat buvo rekomenduota atskirose šalyse įkurti nacionalines komisijas (tarybas, komitetus). Šiuo metu jau apie 150 šalių turi tokias institucijas.

Rengiant Lietuvos darnaus vystymosi strategiją (Strategija), pirmiausia, remiantis Johanesburgo viršūnių susitikimui parengtos Nacionalinės darnaus vystymosi įgyvendinimo ataskaitos medžiaga ir Europos Sąjungos darnaus vystymosi pagrindinėmis nuostatomis, buvo suformuluoti Lietuvos darnaus vystymosi prioritetai ir principai, apibrėžiantys pagrindines darnaus vystymosi kryptis ir jų sprendimo būdus.

Nacionalinė darnaus vystymosi strategija Lietuvoje patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-09-11 nutarimu Nr. 1160 ir Aplinkos ministerija buvo paskirta atsakinga už šios Strategijos įgyvendinimo koordinavimą. Atnaujinta ir nauja redakcija Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009-09-16 nutarimu Nr. 1247.

Bendroji Lietuvos darnaus vystymosi vizija suformuluota taip – „Lietuva visateisė ir lygiavertė Europos Sąjungos narė, išsaugojusi savo kultūrinę identitetą ir sėkmingai prisitaikiusi prie globalizacijos iššūkių, nuosekliai įgyvendinanti vystymosi politiką, užtikrinančią sveiką aplinką, veiksmingą gamtos ir žmogiškųjų išteklių naudojimą, nuosaikų, bet stabilų ekonomikos augimą, visuotiną visuomenės gerbūvį ir stiprias socialines garantijas“ (NDVS, 2009, p.30).

Pagrindinė valstybės misija yra „koordinuoti ir derinti pagrindinių darnaus vystymosi komponentų (aplinkos, ekonomikos ir socialinės srities) ir jų šakų vystymąsi, sudaryti galimybę visiems visuomenės sluoksniams aktyviai dalyvauti darnaus vystymosi procese ir naudotis bendromis pastangomis padarytos pažangos rezultatais, užtikrinti tarptautinių, valstybinių, regioninių, vietinių

trumpalaikių ir ilgalaikių interesų suderinamumą ir pagrindinių darnaus vystymosi nuostatų įgyvendinimą laiku visose gyvenimo srityse“ (NDVS, 2009, p.32).

Lietuvos darnaus vystymosi strateginiai prioritetai ir principai suformuluoti atsižvelgiant į nacionalinius Lietuvos interesus bei savitumus ir Europos Sąjungos darnaus vystymosi strategijos bei kitų programinių dokumentų nuostatas (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos įgyvendinimo pagrindiniai principai

Nr.	Principai	Taikymas
1.	<i>Pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos</i>	Politikoje daugiausia dėmesio skirti žmonėms – remti pagrindines jų teises, kovoti su visų formų diskriminacija, padėti mažinti skurdą, panaikinti socialinę atskirtį
2.	<i>Vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo</i>	Patenkinti dabarties kartų poreikius ir drauge nepakenkti ateities kartų galimybėms patenkinti jų poreikius ES ir kitur
3.	<i>Atviros ir demokratinės visuomenės</i>	Užtikrinti piliečių teises gauti informaciją ir galimybes kreiptis į teismus
4.	<i>Piliečių dalyvavimo</i>	Sustiprinti piliečių dalyvavimą priimant sprendimus. Skatinti švietimą darnaus vystymosi klausimais ir ugdyti visuomenės sąmoningumą. Informuoti piliečius apie jų daromą poveikį aplinkai ir galimybes pasirinkti darnesnius veiklos būdus
5.	<i>Įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo</i>	Sustiprinti socialinį dialogą, įmonių socialinę atsakomybę, privataus ir viešojo sektorių partnerystę – skatinti jų bendradarbiavimą ir bendrą atsakomybę, kad būtų užtikrintas darnus vartojimas ir gamyba
6.	<i>Politikos nuoseklumo ir reglamentavimo</i>	Skatinti visų politikos krypčių nuoseklumą ir vietos, regioninių ir nacionalinių veiksmų darną, kad jie labiau prisidėtų prie darnaus vystymosi
7.	<i>Strategijos integravimo</i>	Skatinti ekonominių, socialinių ir aplinkosaugos veiksmų integralumą, kad jie būtų nuoseklūs ir vienas kitą sustiprintų, pavyzdžiui, atliekant subalansuotą poveikio įvertinimą ir konsultuojantis su suinteresuotais subjektais
8.	<i>Pasinaudojimo geriausiomis turimomis žiniomis</i>	Užtikrinti, kad politika būtų plėtojama, vertinama ir įgyvendinama remiantis geriausiomis turimomis žiniomis, kad ji būtų ekonomiškai pagrįsta ir ekonomiškai efektyvi
9.	<i>Atsargumo</i>	Jeigu yra mokslinių abejonių, taikyti tinkamas vertinimo procedūras ir imtis prevencinių veiksmų, siekiant išvengti žalos žmonių sveikatai ir aplinkai
10.	<i>Atsakomybės</i>	Užtikrinti, kad kainos atspindėtų realias sąnaudas, kurias visuomenė patiria dėl vartojimo ir gamybos veiklos, kad teršėjai sumokėtų už žmonių sveikatai ir aplinkai jų daromą žalą
11.	<i>Ekologinio efektyvumo</i>	Gamyba ir paslaugos turi augti daug greičiau, nei gamtos išteklių naudojimas, tai yra tam pačiam kiekiui gaminių pagaminti ir paslaugų suteikti turi būti sunaudojama vis mažiau energijos ir kitų gamtos išteklių.
12.	<i>Pakeitimo</i>	Pavojingos aplinkai ir žmonių sveikatai medžiagos turi būti keičiamos nepavojingomis, o išsenkantieji ištekliai – atsinaujinančiais
13.	<i>Mokslo ir žinių bei technologinės pažangos</i>	Įvairių sektorių ir jų šakų vystymasis turi būti pagrįstas šiuolaikiškais mokslo laimėjimais, žiniomis, naujaisiomis aplinkai kuo mažesni neigiamą poveikį darančiomis technologijomis

Šaltinis: Nacionalinė darnaus vystymosi strategija, 2009.

Formuluojant Lietuvos darnaus vystymosi strategijos prioritetus ir tikslus, buvo vadovautasi nacionaliniais interesais ir jau parengtais strateginiais dokumentais tokiais, kaip Valstybės ilgalaikės raidos strategija, Lietuvos Respublikos teritorijos bendrasis planas, Lietuvos ūkio plėtros iki 2015 metų ilgalaikė strategija ir t.t. bei Europos Sąjungos darnaus vystymosi strateginėmis nuostatomis.

Atsižvelgiant į kylančias aplinkos problemas, Europos Sąjungos ekonominius ir socialinius iššūkius bei vis didėjantį konkurencinį spaudimą ir naujus tarptautinius įsipareigojimus, atnaujintoje Europos Sąjungos darnaus vystymosi strategijoje (2006) suformuluoti tokie septyni darnaus vystymosi prioritetai, kaip:

- klimato kaita ir švari energija;
- darnus transportas;
- darnus vartojimas ir gamyba;
- gamtos išteklių apsauga ir tvarkymas;
- *visuomenės sveikata*;
- socialinė įtrauktis, demografija ir migracija;
- skurdas pasaulyje ir darnaus vystymosi iššūkiai.

Kadangi pereinamosios ekonomikos šalyse vystymosi problemų ratas, palyginus su ES šalimis, yra daug platesnis, tai Lietuvos darnaus vystymosi prioritetų sąrašas buvo atitinkamai išplėstas. Visų pirma, atsižvelgiant į palyginti žemą pereinamosios ekonomikos šalių ūkio išsivystymo lygį ir žymų transformacinį jo nuosmukį, būtina sėkmingo Lietuvos darnaus vystymosi nuostatų įgyvendinimo sąlyga yra pakankamai spartus ir stabilus ekonomikos augimas. Darnus vystymasis turi užtikrinti geresnę gyvenimo kokybę kiekvienam žmogui dabar ir ateityje.

Darnaus vystymosi strategijoje išskirti sekantys prioritetai:

- 1) nuosaikus ir darnus ūkio šakų ir regionų ekonomikos vystymasis;
- 2) socialinių ir ekonominių skirtumų tarp regionų ir regionų viduje mažinimas išsaugant jų savitumą;
- 3) pagrindinių ūkio šakų (transporto, pramonės, energetikos, žemės ūkio, būsto, turizmo) poveikio aplinkai mažinimas;
- 4) efektyvesnis gamtos išteklių naudojimas ir atliekų tvarkymas;
- 5) *pavojaus žmonių sveikatai mažinimas*;
- 6) pasaulio klimato kaitos ir jos padarinių švelninimas;
- 7) geresnė biologinės įvairovės apsauga;
- 8) geresnė kraštovaizdžio apsauga ir racionalus tvarkymas;
- 9) užimtumo didinimas, nedarbo, skurdo ir socialinės atskirties mažinimas;
- 10) švietimo ir mokslo vaidmens didinimas;
- 11) Lietuvos kultūrinio savitumo išsaugojimas.

Formuluojant strategijos įgyvendinimo priemones buvo vadovautasi 1 lentelėje pateiktais pagrindiniais darnaus vystymosi principais.

Socialinio vystymosi srityje daugiausia dėmesio skirta užimtumo, skurdo ir socialinės atskirties mažinimo problemoms, švietimui ir sveikatos apsaugai bei kultūros savitumui išsaugoti.

Pažymėtina, kad aplinkos sveikata, neužkrečiamų ligų profilaktika ir kontrolė yra prioritetinės PSO ir Lietuvos bendradarbiavimo prioritetai 2008–2013 metams.

Visuomenės sveikatos srityje valstybė turi reguliuoti ir kontroliuoti poveikį visuomenės sveikatai, užtikrinti, kad priimant įvairių lygių sprendimus visose veiklos srityse būtų atsižvelgiama į sveikatos interesus. Valstybė turėtų nuosekliai skatinti veiklą, padedančią saugoti ir stiprinti visuomenės sveikatą, drausti ir riboti sveikatai kenksmingą veiklą, užtikrinti žalos visuomenės sveikatai atlyginimą, remti profilaktikos programų įgyvendinimą.

Visuomenės sveikatos problemų sprendimo svarba akcentuojama ir atnaujintoje Europos Sąjungos bei Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje. Joje numatoma skatinti gerą visuomenės sveikatą vienodomis sąlygomis ir gerinti visuomenės apsaugą nuo pavojų sveikatai.

Visuomenės sveikatos srityje apibendrinantis uždavinys, kuris kyla iš pagrindinio nacionalinės strategijos tikslo - pasiekti ES šalių senbuvių vidutinę gyvenimo trukmę ir sumažinti kūdikių mirtingumą iki šių šalių lygio. Norint pasiekti šį tikslą, strategijoje numatyta didelį dėmesį skirti šiems uždaviniams: užtikrinti saugias, geros kokybės, veiksmingas, atitinkančias ES reikalavimus asmens ir visuomenės sveikatos paslaugas, parengti ir įgyvendinti atnaujintą nacionalinę aplinkos sveikatinimo veiksmų programą.

2009 m. atnaujintos Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos ilgalaikis tikslas visuomenės sveikatos srityje traktuojamas taip: „gerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, pailginti gyvenimo trukmę – mažinti sergamumą, mirtingumą ir neįgalumą, ypač nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų, kraujotakos sistemos, onkologinių ligų, psichikos sveikatos sutrikimų, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę“. Šiam tikslui pasiekti išskirti sekantys pagrindiniai ilgalaikiai uždaviniai iki 2020 metų:

1) sutelktomis visuomenės ir visų sektorių pastangomis sumažinti aplinkos, socialinių ir ekonominių veiksnių neigiamą poveikį sveikatai: vidutinę būsimo gyvenimo trukmę prailginti iki 72,5 metų, pasiekti ES valstybių senbuvių esamą kūdikių mirtingumo lygį;

2) sumažinti rūkymo paplitimą, alkoholio ir psichoaktyvių medžiagų vartojimą;

3) sumažinti traumatizmą, sergamumą lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis ir mirtingumą nuo jų;

4) pagerinti gyventojams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę;

5) sumažinti Lietuvos regionų, vyrų ir moterų sveikatos skirtumus;

6) vykdyti užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę (NDVS, 2009).

2009 m. atnaujintos Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos trumpalaikis tikslas visuomenės sveikatos srityje yra „sukurti modernią ir gerai veikiančią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą socialinių partnerių bendradarbiavimu ir skatinančią sveiką gyvenseną, sveiką aplinką, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą“. Šiam tikslui įgyvendinti išskirti sekantys pagrindiniai uždaviniai 2009-2010 metų laikotarpiui:

- 1) sumažinti gyventojų mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų;
- 2) stabilizuoti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirštamumą nuo kraujotakos sistemos ligų;
- 3) gerinti visuomenės psichikos sveikatą ir sumažinti savižudybių; ypač daug dėmesio skirti priklausomybės ligų prevencijai;
- 4) gerinti sveikatos rizikos veiksnių valdymą, sumažinti kaimo ir miesto gyventojų sveikatos skirtumus;
- 5) užtikrinti greitą reagavimą į pavojus visuomenės sveikatai;
- 6) sustiprinti visuomenės sveikatos priežiūrą savivaldybėse – priartinti ją prie bendruomenės (NDVS, 2009).

Šiems tikslams pasiekti ir uždaviniams įgyvendinti patvirtintas Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos (NDVS) įgyvendinimo priemonių planas (žr. 1 priedą).

Viena iš pagrindinių Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos ilgalaikių ir trumpalaikių tikslų visuomenės sveikatos srityje įgyvendinimo institucijų įvardinta Sveikatos apsaugos ministerija

Strategijos įgyvendinimas vertinamas pagal Strategijoje patvirtintus darnaus vystymosi rodiklius (aplinkos būklės - oras, vanduo, kraštovaizdžio ir biologinė įvairovė, atliekos, ekonomikos - energetika, transportas, pramonė, būstas, žemės ūkis, turizmas, socialinio - užimtumas, skurdas, sveikata, švietimas, kultūra - ir Lietuvos regionų vystymosi rodiklius). Nuo 2004 m. nacionalinių darnaus vystymosi rodiklių duomenys pradėti skelbti atskirame Lietuvos statistikos metraščio skyriuje, taip pat Aplinkos ministerijos ir Statistikos departamento interneto tinklalapiuose.

Darnaus vystymosi rodikliai atnaujintoje Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje (2009) sugrupuoti pagal 3 pagrindinius darnaus vystymosi sektorius – aplinkos būklė, ekonominis vystymasis ir socialinis vystymasis. Šis sugrupavimas gana sąlyginis, nes didelė dalis pateikiamų rodiklių tarpsektoriniai, apibūdinantys sektorių sąveiką. Analizuojant sveikatos politikos vaidmenį šalies darniame vystymesi, ypatingas dėmesys skiriamas kai kuriems socialinio vystymosi grupei priskiriamiems rodikliams (žr. 2 lent.)

Iš Lietuvos ūkio plėtros ilgalaikėje strategijoje pateiktų ekonominės plėtros scenarijų, darnaus vystymosi požiūriu priimtinausias yra pagrindinis scenarijus, numatantis 5-6% kasmetinį BVP prieaugį. Toks Lietuvos ekonomikos augimas kaip tik įgalintų per Lietuvos darnaus vystymosi strategijos įgyvendinimo periodą (iki 2020 metų) pasiekti vidutinį 2003 metų ES šalių ekonominio išsivystymo lygį. Lėto ekonomikos augimo (pesimistinis) scenarijus neužtikrintų pagrindinio darnaus vystymosi strategijos siekio, o greito ekonomikos augimo (optimistinis) scenarijus, kaip rodo prognostiniai skaičiavimai, sukeltų ir pernelyg spartaus aplinkos teršimo augimo pavojų. Todėl nuosaikus, tarp ūkio sektorių bei regionų suderintas ūkio vystymas yra laikomas vienu svarbiausių Lietuvos darnaus vystymosi prioritetų (NDVS, 2009). Darnaus vystymosi strategijos įgyvendinimui

valstybė turi pasitelkti įvairias teisinės, ekonomines bei organizacines priemones ir valstybines bei visuomenines institucijas.

2 lentelė. Darnaus vystymosi strategijos rodikliai visuomenės sveikatos srityje

Nr.	Rodiklis	Atsakinga institucija
1.	vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (iš viso ir pagal lytį), metais	Statistikos departamentas
2.	gyventojų mirties atvejų iš visų kvėpavimo sistemos ligų 100 000 gyventojų	Statistikos departamentas
3.	gyventojų mirties atvejų iš visų kraujotakos sistemos ligų 100 000 gyventojų	Statistikos departamentas
4.	gyventojų mirties atvejų iš visų piktybinių navikų ligų 100 000 gyventojų	Statistikos departamentas
5.	gyventojų mirties dėl kelių transporto įvykių atvejų skaičius, iš viso ir 100 000 gyventojų	Statistikos departamentas
6.	per kelių transporto įvykius sužeistų gyventojų skaičius per metus, iš viso ir 100 000 gyventojų	Policijos departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos
7.	susirgimų salmonelioze atvejų skaičius 100 000 gyventojų	Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centras
8.	naujagimių iki vienerių metų mirtingumas (mirusių kūdikių 1 000 gimusiųjų)	Statistikos departamentas

Šaltinis: Nacionalinėje darnaus vystymosi strategija, 2009.

Taigi, siekiant darnios ekonominės, socialinės ir ekologinės plėtros, pagrindiniai šalies darnaus vystymosi tikslai iki 2020 metų yra sekantys:

- siekti nuolatinio šalies ekonominio augimo, naudojant pažangias, energijai taupias ir ekologiškas technologijas bei vietos išteklius,
- kelti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, plėtojant švietimo, *sveikatos apsaugos*, socialinių ir kitokių paslaugų sferą, smulkųjų ir vidutinį verslą bei techninę infrastruktūrą bei
- stabilizuoti ir gerinti aplinkos kokybę, kartu įsitraukiant į globalinių aplinkos problemų sprendimą (NDVS, 2009).

Visuomenės sveikatos srityje numatoma pasiekti, kad vidutinė būsimo gyvenimo trukmė iki 2020 metų pailgėtų iki 78 metų, tai yra faktiškai prilygtų dabartinei ES šalių senbuvių gyvenimo trukmei, o kūdikių mirtingumą sumažinti 40 proc. ir pagal šį rodiklį taip pat pasiekti ES šalių senbuvių lygį.

Bandant priartėti prie darnaus vystymosi esmės, būtina suprasti, kad darnus vystymasis visų pirma yra nesibaigiantis procesas, ir kad iš principo neįmanoma suformuluoti kokį nors galutinį darnaus vystymosi tikslą, nes jis per laiką neabejotinai keisis. Be to, būtina atkreipti dėmesį į tai, kad bandymas griežtai sunorminti ir suprogramuoti darnaus vystymosi eigą neapibrėžtai ilgam laikui prilygtų žmonijos ateities numatymui, o tai yra iš principo neįmanoma, ypač turint omenyje, kad darnus vystymasis pagal savo esmę yra pasaulinio masto procesas, ir tai reikštų viso pasaulio ateities numatymą. Kita vertus, galvojant apie ateities perspektyvas ir darnaus vystymosi galimybes bei

problemas, svarbu suvokti pagrindines vertybes ir sąvokas, kurios turi sudaryti darnaus vystymosi esmę.

Taigi, nagrinėjant darnaus vystymosi koncepcijos esmę, būtina atkreipti dėmesį ir į tai, kad darnus vystymasis yra visapusiško kompromiso siekimas. Galima išvardinti tokius šio visaapimančio kompromiso aspektus, kaip:

- turi būti pasiektas kompromisas tarp ekonominių, socialinių ir aplinkosauginių ir institucinių tikslų ir interesų;
- labai svarbu pasiekti kompromisą tarp skirtingų kartų pažiūrų ir interesų ir itin svarbu pasiekti kompromisą tarp tos pačios kartos žmonių, gyvenančių skirtinguose pasaulio regionuose ir užtikrinti gerovę visiems pasaulio žmonėms.

Apibendrinant, galima teigti, kad darnus vystymasis neįmanomas be plataus visuomenės dalyvavimo ne tik sprendžiant konkrečius Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje nurodytus uždavinius, bet ir priimant darnaus vystymosi požiūriu svarbius įvairaus lygio sprendimus. Šios strategijos pagrindinių nuostatų perkėlimas į regionų plėtros planus yra viena svarbiausių jos sėkmingo įgyvendinimo sąlygų.

2. NACIONALINĖS SVEIKATOS POLITIKOS FORMAVIMAS IR ĮGYVENDINIMAS

2.1 Sveikatos politikos formavimo aspektai

Sveikatos politika galima apibūdinti, kaip politikos sritį, susidedančią iš jos formavimo ir įgyvendinimo. Sveikatos politikos įgyvendinimas apima sveikatos sistemos valdymą, planavimą, organizavimą, kontrolę bei įvertinimą. Sveikatos politiką galima apibrėžti, kaip „sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, 11 p.).

Kita vertus, teigiama, jog politika – tai suderintas veiksmų planas. Šiuo atveju, sveikatos politika galima apibūdinti, kaip suderintas sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos veiksmų planas.

Įvairūs autoriai skirtingai įvardija veiksnius, įtakojančius sveikatos politiką. Bendrąja prasme šalies sveikatos politiką įtakoja demografija, technologijos, epidemiologija, kompetencija bei sveikatos reforma. Sveikatos politikos funkcionavimui ir plėtrai yra svarbūs išoriniai (ekonominiai, socialiniai, ekologiniai) ir vidiniai (žmogiškieji, finansiniai, materialiniai išteklių bei sveikatos politiką koordinuojančių institucijų vertybės) veiksniai.

D. Jankauskienės (2006) teigimu, sveikatos politiką ir valdymą įtakojančius veiksnius galima suskirstyti į tokias dvi grupes:

1. *Sveikatos priežiūros organizacijos ir jų aplinka.* Ši veiksmų grupė apima: socialinių normų ir lūkesčių kitimą, demografinę ir epidemiologinę situaciją, medicinos technologijų plėtrą, jų vertinimą ir rezultatus, aplinkos faktorių įtaką organizacijų veiklai, finansavimą, paslaugų vertinimą ir kvalifikacijos tobulinimą bei pokyčių įtaką.

2. *Sveikatos priežiūros darbuotojai.* Ši veiksmų grupė apima: besikeičiantį slaugytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų vaidmenį, kintančią personalo veiklą, sveikatos politikos mokslinius tyrimus, informacijos valdymą, vadovo vaidmenį bei naujosios viešosios vadybos sveikatos priežiūroje problemas.

Kas vyksta sveikatos politikos formavimo etape yra svarbu ir vėlesniuose, jos įgyvendinimo bei koregavimo etapuose. Pažymėtina, kad sveikatos reformos rezultatai gali būti vertinami pagal sveikatos politikos principų paisymą ir įtaką gyventojų sveikatai.

Prof. V. Grabauskas (2000) nurodo sekančius Lietuvos sveikatos politikos formavimo etapus:

1) 1970-1990 m. - įdirbio etapas. Didžioji dalis mokslinių duomenų, vėliau panaudoti sveikatos politikos formavimui, buvo sukaupti būtent šio etapo metu. Sveikatos politikos formavimui Lietuvoje didelės įtakos turėjo tarptautinis bendradarbiavimas pirmiausia su PSO.

2) 1989-1993 m. - Nacionalinės sveikatos koncepcijos (NSK) kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas. Nacionalinė sveikatos koncepcija, patvirtinta 1991 m. spalio 31 d., yra pagrindinis dokumentas, grindžiantis sveikatos politikos formavimą Lietuvoje.

3) 1993-1996 m. - Sveikatos apsaugos reformų biuro (SARB) funkcionavimo etapas. 1993 m. gruodžio mėn. buvo įkurtas sveikatos apsaugos reformų biuras, kuris apėmė darbo grupes, rengiančias konkrečius sveikatos sistemos reformos projektus. Buvo įtraukti geriausi specialistai, užsienio konsultantai. 1996 m. SARB'o veikla buvo sustabdyta.

4) 1996-2000 m. - Nacionalinės sveikatos programos kūrimo bei pradinio įgyvendinimo etapas. 1996 m. pradėta rengti nacionalinė sveikatos programą.

5) 1998-2000 m. - Nacionalinės sveikatos tarybos susikūrimas (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Vėliau svarbu vaidmenį, formuojant Lietuvos sveikatos politiką, atliko integracijos į Europos Sąjungą etapas 2001-2004 metais.

Taigi, nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo, kai 1989 m. gegužės mėn. šeštasis Lietuvos gydytojų sąjungos atkuriamasis suvažiavimas priėmė rezoliucijas ir medicinos visuomenę įpareigojo parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, kurią 1991 m. spalio 30 d. patvirtino Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba - Atkuriamasis Seimas (Nr.1-1939), ir ji tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį.

Nacionalinėje sveikatos koncepcija, „numatanti sveikatos politikos pagrindus, sveikatos ir jos apsaugos valstybinį reguliavimą, sveikatos sistemos valdymo pagrindus, sveikatos apsaugos ekonomikos pagrindus, laikytina strateginiu dokumentu, pagrindžiančiu tolesnę sveikatos sistemos teisėkūrą“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 115)

Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991) aptarta sveikatos politika, sveikatos socialinės garantijos, „sveikatos visiems“ strategija, sveikatos ir jos apsaugos valstybinis reguliavimas, sveikatos sistemos valdymas, sveikatos įstaigų struktūra ir jų veiklos sritys, sveikatos apsaugos personalo klausimai, medicinos ir farmacijos mokslo pažanga, sveikatos apsaugos ekonomika (finansavimas), sveikatos apsaugos materialinis–techninis aprūpinimas bei koncepcijos įgyvendinimo prielaidos. Šioje koncepcijoje numatyta tausoti bei stiprinti Lietuvos žmonių sveikatą, imtis ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, pertvarkyti sveikatos priežiūros specialistų rengimą pagal Europos Sąjungos standartus.

Pasaulio sveikatos organizacija, aktyviai talkinanti Lietuvai formuojant sveikatos politiką, dažnai mini ją sektinu pavyzdžiu kitoms Rytų Europos šalims ne todėl, kad Lietuvos sveikatos sistema funkcionuoja racionaliai ir efektyviai, bet todėl, kad įgyvendinant Nacionalinę sveikatos koncepciją, sveikatos sistemos raida, besiremianti rimtu moksliniu pagrindu bei tarptautine patirtimi ir orientuota į ateitį, šiuo sunkiu ieškojimų periodu nepradedama nuo niekuo nepagrįsto griovimo (Lietuvos sveikatos programa (LSP), 1998).

Formuojant Lietuvos sveikatos sistemos teisinius pagrindus, didelės reikšmės turėjo 1994 m. liepos 19 d. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas (1994, 1998), kuris reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, sveikatingumo veiklos tūrinį ir būtinąsias sąlygas, teise verstis sveikatos priežiūros veikla, sveikatos priežiūros veiklos valstybinio valdymo pagrindus, valstybės laiduojamos (nemokamos) ir savivaldybės remiamos sveikatos priežiūros teikimo tvarką. Be to, Sveikatos sistemos įstatymas vertinamas ir kaip programinis dokumentas, nes numatė daugiau kaip trisdešimties sveikatos sistemą reglamentuojančių įstatymų parengimo planą ir apimtį.

Sveikatos sistemos raida, besiremianti rimtu moksliniu pagrindu bei tarptautine patirtimi, imta orientuoti į ateitį. Šalies mastu buvo iškeltas uždavinys parengti ir įgyvendinti Lietuvos sveikatos programą. 1998 m. liepą Lietuvos Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos programą. Šioje programoje buvo išdėstyta nuomonė ir dėl Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo. Dauguma sveikatos priežiūros įstaigų 1997–1998 metais buvo reorganizuotos iš biudžetinių į pelno nesiekiančias (viešąsias) įstaigas. Černiausko ir Jankauskienės (2010) teigimu, ši reforma padidino sveikatos priežiūros įstaigų savarankiškumą ir atsakomybę.

Bendraja prasme, sveikatos sistemos reforma – tai procesas, kurio tikslas pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos programų vykdymą bei kitus veiksnius, nukreiptus į iškeltų tikslų ir prioritetų, įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų vykdymą. Sveikatos reforma taip pat yra procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, o taip pat ir į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros išteklių keitimą visos šalies mastu tiek prevencinėje, tiek gydomojoje, tiek visuomenės sveikatos srityje valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūrą.

Įgyvendinant Sveikatos reformą, 1998–2010 metų laikotarpiu buvo parengti ir priimti 7 nauji įstatymai bei daugiau, nei 130 su sveikatos apsaugos sfera susijusių įstatymų bei naujų įstatymų pakeitimo, papildymo, panaikinimo įstatymai, daug Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų, sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių įvairias sveikatos priežiūros sistemos sritis. Teisinė bazė nuolat tobulinama, kasmet parengiama apie 300 naujų teisės aktų.

1998 m. kovo mėn. PSO priimtame dokumente „Pasaulinė sveikatos visiems politika XXI amžiuje“ ypatingas dėmesys kreipiamas į sveikatos santykių teismo, lygybės ir solidarumo užtikrinimą. Lietuvos valstybės politika sveikatos sistemoje kuriama ir įgyvendinama taip pat remiantis principais, pasiūlytais PSO.

Atsižvelgiant į sveikatos sistemos plėtros 2010-2015 m. metmenų projektą, pagrindinius sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo principus (pirmieji aštuoni principai) galima papildyti dar penkiais, kurie ypatingai aktualūs dabartinėje augančių poreikių visuomenėje bei nestabilios šalies ekonomikos situacijoje (žr. 3 lent.).

Vienas pagrindinių sveikatos programos tikslų yra sveikatos santykių teisumas. Kiekvienas asmuo turi teisę siekti kuo geresnės sveikatos. Bet sveikatos santykių teisumas reiškia, kad kiekvienas asmuo, siekdamas išsaugoti savo sveikatą, nepažeistų tokių pačių kito asmens teisių arba nesiektų šios teisės kito asmens ar visuomenės sąskaita. Todėl sveikatos santykių teisumas yra susijęs su lygiomis galimybėmis siekti sveikatos ir su maksimaliu skirtumų tarp jos siekiančiųjų sumažinimu (LSP, 1998).

3 lentelė. Sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo pagrindiniai principai

Nr.	Principas	Taikymas
1.	<i>Teisumas</i>	Pagrindinis sveikatos politikos principas, kuris reiškia, kad kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio, tačiau to siekdamas negali riboti tokios pačios kitų žmonių teisės. Negalima savo sveikatos lygio siekti kitų žmonių sąskaita. Negalima nesigydyti, sergant infekcinėmis (užkrečiamomis) ligomis
2.	<i>Prieinamumas</i>	Sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek sveikatos paslaugų kokybės, tiek paslaugos laukimo, komunikacijos ir kitais aspektais
3.	<i>Priimtinumumas</i>	Valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.
4.	<i>Solidarumas</i>	Sveikatos draudimo įmokos surenkamos iš visų gyventojų jų sveikatos išlaidoms finansuoti. Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos jų nediferencijuojant pagal žmonių sumokėtų įmokų dydį.
5.	<i>Lygybė</i>	Sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems gyventojams nepriklausomai nuo amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės, vadovaujantis pagrindiniu kriterijumi – pagrįstu sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu
6.	<i>Visapusiškumas</i>	Žmogus turi turėti galimybę gauti reikiamą sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos, slaugos ir kitą sveikatos priežiūrą
7.	<i>Laisvas pasirinkimas</i>	Žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą. Ne visos šalys ir ne vienodame lygyje taiko šį principą.
8.	<i>Sąžininga konkurencija</i>	Sveikatos paslaugų teikėjai steigiasi ir veikia iš dalies valstybės reguliuojamoje rinkoje, bet sąžiningos konkurencijos sąlygomis.
9.	<i>Sveikatos politikos tęstinumo ir nuoseklumo</i>	Užtikrinti sveikatos priežiūros politikos tęstinumą, nepriklausomai nuo politinių partijų įtakos bei kaitos.
10.	<i>Pagrįstumo</i>	Sprendimai turi būti priimami, vadovaujantis mokslo įrodymais ir gera praktika.
11.	<i>Lygiateisiškumo</i>	Visi sveikatos sistemos dalyviai (ir paslaugų gavėjai, ir tiekėjai) yra lygiateisiai partneriai.
12.	<i>Skaidrumo</i>	Visuomenės ir paciento informavimas apie PSD finansuojamas paslaugų apimtį, papildomo sveikatos draudimo ir mokamų paslaugų gavimo galimybes.
13.	<i>Integralumo</i>	Užtikrinant subalansuotą visaapimančią požiūrį į individo ir visuomenės sveikatą, kaip fizinę, dvasinę bei socialinę gerovę.

Šaltinis: sudaryta pagal: Jankauskienė, Pečiūra, 2007; Sveikatos sistemos plėtros 2010-2015 m. metmenys, 2010.

Visi sveikatos politikos principai be žmogui suteikiamų teisių nusako ir jo pareigas bei ribas, kurių privalu laikytis kiekvienam.

Pacientų saugai ir paslaugų kokybei ES didelį dėmesį skiria Europos Taryba, Europos Bendrija, Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) bei tarptautinės nevyriausybinės organizacijos: Europos sveikatos priežiūros kokybės draugija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondas ir kt.

Visateisės Europos Sąjungos narės – Lietuvos valstybės sveikatos politika taip pat plėtojama pagal Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas „Sveikata visiems XXI amžiuje“. 2011 m.

lapkričio 25 d. sukanka 20 metų kai Lietuva tapo PSO nare. Vykdamas šalies sveikatos priežiūros sistemos pertvarką nuolat tobulinama teisinė nacionalinės sveikatos politikos bazė, atsižvelgiant į modernias Europos Sąjungos ir pasaulio visuomenės sveikatos politikos strategijas, naujus pavojų sveikatai keliančius iššūkius, mokslinius tyrimus, nuolatinius statistinius stebėjimus bei analizę. Svarbus vaidmuo stiprinant visuomenės sveikatą tenka visiems valstybės sektoriams, visuomeninių organizacijų aktyvumui, tarptautinio bendradarbiavimo plėtrai.

Ryšiams ir bendradarbiavimui su Lietuva pagerinti nuo 1994 metų gegužės mėn. Vilniuje pradėjo veikti PSO Europos regiono biuro atstovybė Lietuvoje. Su PSO biuru Lietuvoje ir PSO Europos regiono biuru glaudžiai bendradarbiauja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, taip pat PSO turi Lietuvoje daugiau nei 50 partnerių, oficialiai Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintų įvairių sričių ekspertų.

PSO teikia Lietuvai ir techninę pagalbą (įstatymų, programų ir kitų dokumentų ekspertizė, konsultacijos). PSO lėšomis išleisti PSO dokumentų ir leidinių vertimai į lietuvių kalbą. PSO remia ir organizuoja konferencijas, seminarus Lietuvoje. Bendradarbiavimas su PSO vyksta bei veikla koordinuojama ir per JT Plėtros programą bei Lietuvos Užsienio reikalų ministerijos atitinkamus padalinius. LR atstovybės Ženevoje ir Kopenhagoje dalyvauja PSO renginiuose, teikia informaciją bei palaiko glaudžius kontaktus su atitinkamomis PSO struktūromis.

Įgyvendinant Europos sveikatos politiką “Sveikata visiems XXI amžiuje” bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, keliami šie pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos (1998) tikslai:

1. Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas.
2. Sveikatos santykių teisumas.
3. Gyvenimo kokybės pagerinimas (LSP, 1998).

Pagal Europos Sąjungos sutartį ES veikla turi būti siekiama gerinti visuomenės sveikatą, užkirsti kelią žmonių negalavimams bei ligoms ir nustatyti pavojaus žmonių sveikatai šaltinius. Todėl, ES lygmeniu buvo imtasi su sveikata susijusių integruotų veiksmų, kuriais siekiama suderinti su sveikata susijusias politikos sritis (Politikos kryptys, 2010).

Vykdydama sveikatos strategiją ES padeda gerinti Europos visuomenės sveikatą ir prisideda prie valstybių narių veiklos visapusiškai atsižvelgdama į tai, kad valstybės narės yra atsakingos už sveikatos priežiūrą ir jos paslaugų derinimą bei teikimą.

ES sveikatos strategija labiausiai siekiama stiprinti bendradarbiavimą ir veiklos koordinavimą, remti keitimąsi įrodymais pagrįsta informacija bei žiniomis ir padėti nacionalinėms sprendimus priimančiosioms institucijoms. Tam ES kuria išsamią informacijos apie sveikatos sistemą, kad visos ES gyventojai galėtų susipažinti su patikima naujausia informacija apie sveikatą. Šia informacija gali būti grindžiama bendra visuomenės sveikatai poveikį turinčių veiksnių analizė. Taip

pat siekiama didinti gebėjimą greitai reaguoti į pavojingas sveikatai aplinkybes, todėl stiprinama epidemiologinė priežiūra ir infekcinių ligų kontrolė. Be to, numatytas tikslas – užtikrinti pacientų saugumą, sveikatos priežiūros kokybę, kad būtų galima lengviau teikti tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas, ir sveikatos specialistų bei pacientų judrumą.

Siekiant įgyvendinti vieną iš prioritetinių Lietuvos Respublikos Vyriausybės (LRV) tikslų – sveikatos apsaugos reformą – ir kuriant patikimą ir efektyviai veikiančią sveikatos priežiūros sistemą, Sveikatos apsaugos ministerija 2009 m. parengė, 2010 m. patobulino ir pateikė Seimui svarstymui Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2010-2015 m. metmenis, kuriose išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos pertvarkos kryptys, vadovaujantis svarbiausiais valstybės siekiais, išreikštais per sveikatos sistemos misiją, viziją ir pagrindinius principus – sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimą ir sveikatos priežiūros sistemos vadybos bei finansavimo tobulinimą.

2.2. Nacionalinės sveikatos sistemos ypatumai

Lietuvos Respublikos Seimas, pripažindamas, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, kad sveikata - tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė, kad sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą, ir kad asmens pastangos būti sveikam gali būti skatinamos tik gyvenamam laikui ir žmogaus orumui priimtinomis socialinėmis ir ekonominėmis priemonėmis, ir kuo geresnė visuomenės sveikata yra būtina Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida, atsižvelgdamas į Pasaulio sveikatos organizacijos priimtą sveikatos strategiją “Sveikata visiems”, Otavos sveikatos stiprinimo chartijos ir Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos nuostatas, taip pat siekdamas užtikrinti prigimtinę žmogaus teisę turėti kuo geresnę sveikatą, taip pat teisę turėti sveiką aplinką, priimtina, prieinama ir tinkama sveikatos priežiūra, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Konstitucija, 1994 m. liepos 19 d. priėmė Sveikatos sistemos įstatymą (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (SSI), 1994).

Sveikatos sistemos misija – „motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o susirgus, suteikti reikiamas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius“. Sveikatos sistemos vizija – „sveikesnis žmogus, laimingesnė ir darbingesnė visuomenė, stipresnė valstybė“ (Sveikatos sistemos plėtros 2010-2015 m. metmenys, 2010, p. 7).

Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą (LNSS) sudaro:

1) LNSS *vykdomieji subjektai* - tai sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios:

- valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos;
- valstybės ir savivaldybių įmonės;
- kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais - šių sutarčių galiojimo laikotarpiu.

2) *sveikatinimo veiklos valdymo subjektai*:

- sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo subjektai (Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos),
- sveikatinimo veiklos koordinavimo institucijos;
- sveikatinimo veiklos specialieji valdymo ir kontrolės subjektai;
- savivaldos vykdomosios institucijos.

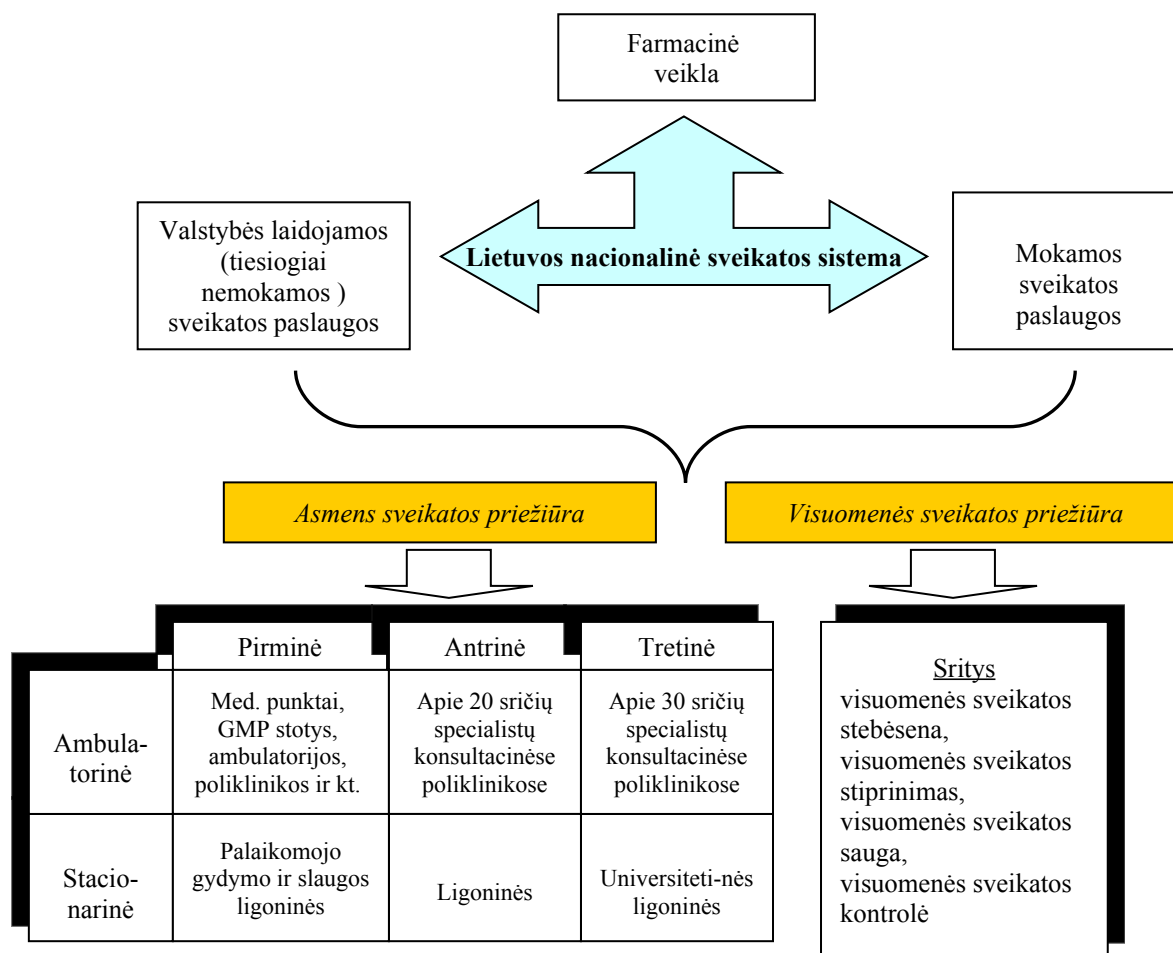
3) LNSS *ištekliai* (LNSS valdymui laiduoti skirti materialiniai ištekliai, LNSS vykdomųjų ir valdymo subjektų turtas, LNSS veiklai laiduoti skirti valstybės ir savivaldybių biudžeto ištekliai, privalomojo sveikatos draudimo lėšos, kitas turtas, įstatymų priskirtas LNSS veiklai laiduoti, valstybės ir savivaldybių įstaigų, įmonių, turinčių asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros, farmacinės veiklos licenciją, specialistai ir kiti darbuotojai, asmens ir visuomenės sveikatos informacijos duomenų bankai.

4) LNSS *veikla ir teikiamos paslaugos* (SSI, 1994).

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994 m., nauja redakcija 1998 m.) reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, sveikatingumo veiklos tūrinį ir būtinąsias sąlygas, teisę verstis sveikatos priežiūros veikla, sveikatos priežiūros veiklos valstybinio valdymo pagrindus bei valstybės laiduojamos (nemokamos) ir savivaldybių remiamos sveikatos priežiūros paslaugas bei jų teikimo tvarką.

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistemos veikla vykdoma per sveikatos priežiūros institucijas bei įstaigas, kurių veiklą reglamentuoja 1996 m. priimtas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. LNSS įstaigas pagal teisinę formą galima suskirstyti į viešąsias, biudžetines ir privačias. Pagal pavaldumą LNSS įstaigas galima skirstyti į pavaldžias Sveikatos apsaugos ministerijai, apskritims (iki 2010 m. liepos 1 d.) ir savivaldybėms.

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos teikia asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat vykdo farmacinę veiklą bei teikia mokamas sveikatos priežiūros paslaugas (žr. 2 pav.).



Šaltinis: sudaryta autorės.

2 pav. Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

Vadovaujantis LR Sveikatos sistemos įstatymo 49 str. nuostatomis, teisę gauti valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą turi Lietuvos Respublikos, kitų valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje. Būtinoji medicinos pagalba LNSS įstaigose teikiama nemokamai visiems nuolatiniais gyventojams, neatsižvelgiant į tai, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, taip pat neatsižvelgiant į paciento apsilankymų įstaigoje per kalendorinius metus skaičių ir jo gyvenamąją vietą.

Valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų. Valstybės laiduojamos sveikatos priežiūros mastai numatomi įvertinus gyventojų demografinius, sveikatos ir aplinkos kokybės rodiklius bei jų kitimo tendencijas. Savivaldybės remia savo teritorijos gyventojų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.

Asmens sveikatos priežiūra - tai valstybės pripažįstamų fizinių ar juridinių asmenų veikla, kuria siekiama laiku nustatyti ir užkirsti kelią asmens sveikatos sutrikimams bei padėti asmeniui atgauti bei sustiprinti sveikatą (Socialinės apsaugos terminų žodynas (SATŽ), 2010).

Visuomenės sveikatos priežiūra apibrėžiama kaip „valstybės vykdoma funkcija, siekianti prailginti visuomenės narių gyvenimą ir sustiprinti jų sveikatą, pasižyminti organizuotomis prevencinėmis priemonėmis, nukreiptomis į ugdymą gyventi sveikai ir sveikos aplinkos sukūrimą, taip užkertant kelią ligoms ir traumoms bei sudarant sąlygas žmonėms būti sveikais“ (Čelkis, 2010, p. 81).

Visuomenės sveikatos priežiūra – tai organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių visuma. P. Čelkis (2010) išskiria tokias pagrindines visuomenės sveikatos priežiūros sritis, kaip: „visuomenės sveikatos stebėseną, visuomenės sveikatos stiprinimą, visuomenės sveikatos saugą ir visuomenės sveikatos kontrolę“ (p. 81).

Pagal sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą asmens sveikatos priežiūra skirstoma į lygius: pirminis, antrinis ir tretinis (žr. 2 pav.). D. Jankauskienės, R. Pečiūros (2007) teigimu, 80 proc. visuomenės sveikatos problemų galima išspręsti pirminės sveikatos priežiūros grandyje, 15 proc. – antrinės ir tik 5 proc. – tretinės.

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos (PSP) prieinamos visiems Lietuvos gyventojams ir yra orientuotos į pacientų pagrindinių sveikatos problemų sprendimą. Pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos.

PSP paslaugas teikia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, akredituotos pirminei sveikatos priežiūrai: medicinos punktai, ambulatorijos, poliklinikos, moterų konsultacijos, pirminės sveikatos priežiūros centrai, bendrosios praktikos gydytojų kabinetai bei psichikos sveikatos centrai (žr. 2 pav.).

Pacientas pirmiausia kreipiasi į šeimos gydytoją, kuris sprendžia, kokios pagalbos jam reikia. Šeimos gydytojas privalo žinoti jo kompetencijai priskirtų ligų ir būklių pagrindinius požymius, profilaktikos priemones. Jis turi išmanyti dažniausiai vartojamų vaistų skyrimo indikacijas, taip pat galimą vaistų šalutinį poveikį. Šeimos gydytojas sprendžia, kada jam reikia konsultuotis su specialistu. Už šeimos gydytojo paslaugas moka ligonių kasos. Daugiau mokama už kaimo gyventojų sveikatos priežiūrą. Galiojantys teisės aktai nustato, kad kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą pirminės sveikatos priežiūros įstaigą bei šeimos gydytoją.

Pastaraisiais metais sparčiai daugėja privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose dirba vienas ar keli šeimos gydytojai. Šios įstaigos sudaro sutartis su ligonių kasomis, todėl už šeimos gydytojo paslaugas mokėti nereikia.

Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra skirstomos į ambulatorines ir stacionarines, teikia savivaldybių, apskričių bei Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios sveikatos priežiūros įstaigos.

Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į:

- Antrines ir tretines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas: gydytojų konsultacijos, papildomai mokamos tretinio ir antrinio lygio paslaugos bei slaugos teikiant būtinąją pagalbą be siuntimo.
- Suaugusiųjų ir vaikų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas: atstatomosios medicinos paslaugos, institucinė stacionarinė skubi medicinos pagalba ir sanatorinis gydymas ir kitos paslaugos.

LNSS įstaigų minimalius išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį nustato Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa. LNSS įstaigų steigėjai ir įstaigos privalo užtikrinti, kad būtų įgyvendinti minimalūs LNSS įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai. Valstybės asmens sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas, kurios yra pavaldžios Sveikatos apsaugos ministerijai, pagal nustatytus minimalius LNSS įstaigų išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį organizuoja ir tvarko Sveikatos apsaugos ministerija.

Pagrindinės Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos plėtros gaires tvirtina Lietuvos Respublikos Seimas. Sprendimų priėmimo dalyvauja Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Privalomojo sveikatos draudimo sistema ir Savivaldybės. Sveikatos priežiūra rūpinasi ir Gydytojų sąjunga bei kitos profesinės organizacijos. Nevyriausybines organizacijas yra atstovaujamos Nacionalinėje sveikatos taryboje ir Privalomojo sveikatos draudimo taryboje.

„Valstybė siekdama užtikrinti anksčiau numatytų priemonių įgyvendinimą turi atitinkamai organizuoti visuomenės sveikatos priežiūrą – organizuoti atitinkamų institucijų veiklą, kad pastaroji apimtų visuomenės sveikatos sritis“ (Čelkis, 2010, p. 76). Visuomenės sveikatos priežiūros institucinis lygmuo ir jo raida 2006-2010 m. pateikta 2 priede.

Taigi, nacionaliniu lygmeniu už sveikatos politiką atsako ir ją koordinuoja keletas institucijų, kurių siekiai, pagrindinės funkcijos ir atsakomybė sveikatos politikos srityje pateikti 4 lentelėje.

Savivaldos lygmenyje veikia Savivaldybės gydytojo tarnyba, kuri atsakinga už pirminės sveikatos priežiūros organizavimą savivaldybėje. Šios institucijos uždaviniai: įgyvendinti savivaldybėje valstybės sveikatos politiką, derinti savivaldybės įmonių, įstaigų ir organizacijų veiklą, įgyvendinant sveikatos programas, organizuoti įmonių, įstaigų, organizacijų, esančių savivaldybės teritorijoje, sanitarinę priežiūrą, koordinuoti asmens, visuomenės sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos įstaigų veiklą savivaldybės teritorijoje.

Regioniniame lygmenyje buvo įkurta Apskritis gydytojo tarnyba, kurios pagrindinis tikslas tvarkyti sveikatinimo reikalus apskrityje, organizuoti sveikatos priežiūros planavimą ir paslaugų užtikrinimą, įgyvendinant Vyriausybės sveikatos politiką užtikrinti gyventojų sveikatos saugojimą, tausojimą ir gerinimą.

4 lentelė. Lietuvos sveikatos politiką koordinuojančios institucijos

Nr.	Institucija	Veikla ir atsakomybė
1.	Nacionalinė sveikatos taryba	LR Seimui atskaitinga sveikatos politikos vertinimo ir formavimo patariamoji institucija, kuri teikia išvadas dėl valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklių, Lietuvos sveikatos programos ir kitų valstybinių sveikatos programų, rengia ir kasmet teikia Seimui pranešimą apie gyventojų sveikatos ir sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo būklę.
2.	Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (SAM)	Misija: formuoti ir įgyvendinti sveikatos politiką, užtikrinančią visuomenės sveikatą, aukštą sveikatinimo veiklos kokybę ir racionalų išteklių panaudojimą. Strateginiai tikslai: 1. Užtikrinti visuomenės sveikatos priežiūrą, stiprinant ligų prevenciją ir kontrolę. 2. Užtikrinti prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą, tobulinant asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą. 3. Užtikrinti, kad Lietuvos rinkoje būtų tik kokybiški, saugūs ir efektyvūs bei įperkami vaistai, atitinkantys ES reikalavimus. 4. Užtikrinti efektyvią sveikatos priežiūrą, tobulinant sveikatos sistemos administravimą ir finansavimą. 5. Užtikrinti efektyvų asmens sveikatos priežiūrai skirtų lėšų panaudojimą.
Prie SAM sveikatos politikos atskiroms sritims koordinuoti įkurtos institucijos		
3.	Valstybinė medicininio audito inspekcija	Kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prižiūri medicinos įstaigų, naudojančių rizikingas ir brangias medicinos technologijas, veiklą. Tačiau daugiausia dėmesio inspekcija stengiasi skirti tam, kad sveikatos priežiūros įstaigose būtų išvengta situacijų, kuomet nukenčia čia paslaugas gaunantys pacientai.
4.	Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VASPVT)	Užtikrina, kad būtų sudarytos sąlygos teikti saugias ir kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kad būtų naudojami tik tie medicinos prietaisai, kurie atitinka būtinuosius saugos reikalavimus. Tarnybos specialistai dalyvauja derinant Europos ES direktyvų vertimus, jų nuostatomis perkelti į mūsų šalies teisės aktus rengia naujų teisės aktų projektus, organizuoja seminarus ir konsultuoja Lietuvos medicinos prietaisų gamintojus. VASPVT sudaro sąlygas Lietuvos medicinos prietaisų gamintojams įvertinti gaminamų medicinos prietaisų saugą, patikrinti rinkoje esančius medicinos prietaisus.
5.	Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (VVKT)	Vykdą nacionalinę vaistų politikos programą, kontroliuoja farmacinę veiklą, siekiant, kad Lietuvoje būtų vartojami kokybiški, efektyvūs ir saugūs vaistai, išduoda leidimus atiduoti į apyvartą Lietuvoje pagamintus ir importuotus vaistus, vykdo vaistų kainų kontrolę, taip pat gali uždrausti vaistų atidavimą į apyvartą arba juos išimti iš apyvartos.
6.	Farmacijos departamentas prie SAM	Tai ne Sveikatos ministerijos struktūros dalis, bet jai pavaldi institucija, kurios pagrindinis uždavinys – įgyvendinti sveikatos apsaugos ministerijos formuojamą vaistų politiką. Tai darydami įstaigos specialistai rengia farmacinę veiklą reglamentuojančius teisės aktus, rūpinasi, kad Europos Sąjungos nuostatos būtų perkeltos į mūsų šalies nacionalinę teisę, taip pat užtikrina, kad būtų sudarytos teisinės sąlygos, kad farmacijos pramonės ir vaistų platinimo įmonės persitvarkytų pagal ES reikalavimus.
7.	Valstybinė ligonių kasa	Valstybinė ligonių kasa ir penki jos teritoriniai skyriai (Vilniuje, Kaune, Panevėžyje, Šiauliuose ir Klaipėdoje) atsako už tai, kad privalomuoju sveikatos draudimu apdraustam pacientui būtų suteiktos visos medicinos paslaugos, į kurias jam teisę suteikia Sveikatos draudimo įstatymas. Valdydama privalomojo sveikatos draudimo biudžetą, ji yra suinteresuota, kad už turimas lėšas būtų įmanoma gyventojams kompensuoti kuo daugiau reikalingų vaistų. Ši institucija organizuoja atvirus konkursus centralizuotai pirkti medicinos pagalbos priemones, kurios vėliau skiriamos jų reikalingiems pacientams.
8.	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba (VVSPT)	Veikia tam, kad būtų užkirstas kelias kenksmingų sveikatai produktų vartojimui, gyvenamosios, darbo ir gamtinės aplinkos kokybės blogėjimui, ligoms bei traumoms, mažėtų gyventojų sergamumas, visuomenė būtų mokoma sveikos gyvensenos. Taip pat tam, kad valstybės institucijų ir gyventojų dėmesys būtų sutelktas sveikatos saugai ir stiprinimui, kontroliuoja bei analizuoja, kaip sveikatos saugos priemonės vykdomos sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės globos ir rūpybos įstaigose. Taip pat ji rūpinasi visuomenės sveikatos specialistų kvalifikacijos kėlimu, organizuoja sveikatos informacinės sistemos kūrimą.
9.	Lietuvos bioetikos komitetas	Koordinuoja biomediciniuose tyrimuose dalyvaujančių pacientų apsaugą ir etinės biomedicininio tyrimų priežiūrą, plačiosios visuomenės, biomedikų informavimas bei švietimas apie modernios biomedicinos bei biotechnologijų plėtros kontekste iškilančias etikos problemas. Dalyvauja ir sveikatos priežiūros įstatymų ir kitų teisės aktų, susijusių su bioetika, rengime, bioetikos aspektu vertina kitų institucijų parengtus teisės aktus, Komitetas atsakingas už metodologinę paramą sveikatos priežiūros įstaigose įsteigtoms medicinos etikos komisijoms ir regioniniams biomedicininio tyrimų etikos komitetams, paskaitų ir seminarų organizavimą, bioetikos literatūros vertimą, rengimą ir platinimą.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos socialinė orientacija, tarptautiniai įsipareigojimai, valdymo proceso ypatumai bei ekonominės krizės padariniai taip pat turėjo įtakos SAM vykdomai politikai. Todėl, 2009 m. toliau buvo tobulinamas SAM ir jai pavaldžių įstaigų valdymas ir planavimo sistema, siekiant padidinti SAM pavaldžių institucijų ir įstaigų vykdomų funkcijų ir veiklos efektyvumą, pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, efektyviau naudoti žmogiškuosius išteklius bei sumažinti administravimo sąnaudas ir atsisakyti valstybės valdymo politikos formavimo funkcijų dubliavimo. Siekiant įgyvendinti sveikatos sistemos reformą, kaip vieną iš LRV prioritetų, 2009 m. patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa bei jos įgyvendinimo priemonių planas. Pradėtas vykdyti stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas ir jų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas (SAM, 2010).

„Valstybė įgyvendindama visuomenės sveikatos priežiūrą ir organizuodama institucijų veiklą turi užtikrinti kiekvienos iš sričių keliamų tikslų bei uždavinių įgyvendinimą, siekiant užtikrinti bendrą visų visuomenės sveikatos priežiūros sričių kompleksinį veikimą“ (Čelkis, 2010, p. 81).

Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija (1991) ir Sveikatos sistemos įstatymas (1994) apibrėžė, jog pereinamojo į rinkos santykius periodo ekonominių sunkumų laikotarpiu išlaidos sveikatos priežiūrai neturi būti mažinamos, o visuomeninis finansavimas turėtų sudaryti ne mažiau kaip 5 proc. bendrojo vidinio produkto (BVP).

LNSS vykdomųjų subjektų vykdomos sveikatos priežiūros ir teikiamų paslaugų finansavimo šaltiniai yra:

- 1) valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšos;
- 2) privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos;
- 3) draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis lėšos;
- 4) savanoriškojo sveikatos draudimo lėšos;
- 5) šio įstatymo reglamentuojamų sveikatos fondų lėšos;
- 6) lėšos už mokamas paslaugas;
- 7) palūkanos, mokamos už bankuose saugomas asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų lėšas (LNSS įstatymas, 1998)

Vienas iš pagrindinių LNSS vykdomųjų subjektų vykdomos sveikatos priežiūros ir teikiamų paslaugų finansavimo šaltinių yra privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos.

„Siekiant tobulinti sveikatos priežiūros finansavimo sistemą, nuo 2009 m. sausio 1 d. įvestas atskiras Sveikatos draudimo mokestis (atskirtas nuo gyventojų pajamų mokesčio), suvienodintas iki 9 proc. nuo uždirbtų pajamų sveikatos draudimo įmokų tarifas, išplėstas sveikatos draudimo įmokų mokėtojų sąrašas, sugriežtinta įmokų surinkimo kontrolė“ (SAM, 2010, 3 p.).

Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, o apskrityse - teritorinės ligonių kasos.

Pažymėtina, kad investicijos į sveikatos priežiūrą gali būti remiamos taip pat iš Europos sąjungos struktūrinių fondų, siekiant padėti mažinti valstybių narių ir jų regionų sveikatos priežiūros skirtumus ir taip Europoje skatinti socialinę bei ekonominę sanglaudą.

D. Jankauskienės (2007) teigimu, sveikatos sistema efektyvi, kai, sukūrus įstatymus ir programas, yra aiški ir suprantama sveikatos politika, kai apibrėžti jos prioritetai, kai įtrauktos visos suinteresuotos grupės ir pasiektas susitarimas, kai periodiškai atliekamas sveikatos politikos ir jos įgyvendinimo vertinimas, kai sukaupia patirtis bei sukurtos paskatos per finansavimą perkant paslaugas. Be to, reikia įvertinti, kad sveikatos sistemos infrastruktūra yra kintanti ir priklauso tiek nuo sveikatos politikos pokyčių, tiek nuo valstybėje vykstančių politinių procesų. Todėl, normaliam sveikatos sistemos funkcionavimui tiesiog būtina suformuoti efektyvią sveikatos politiką.

2.3. Sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų tarpusavio sąveika

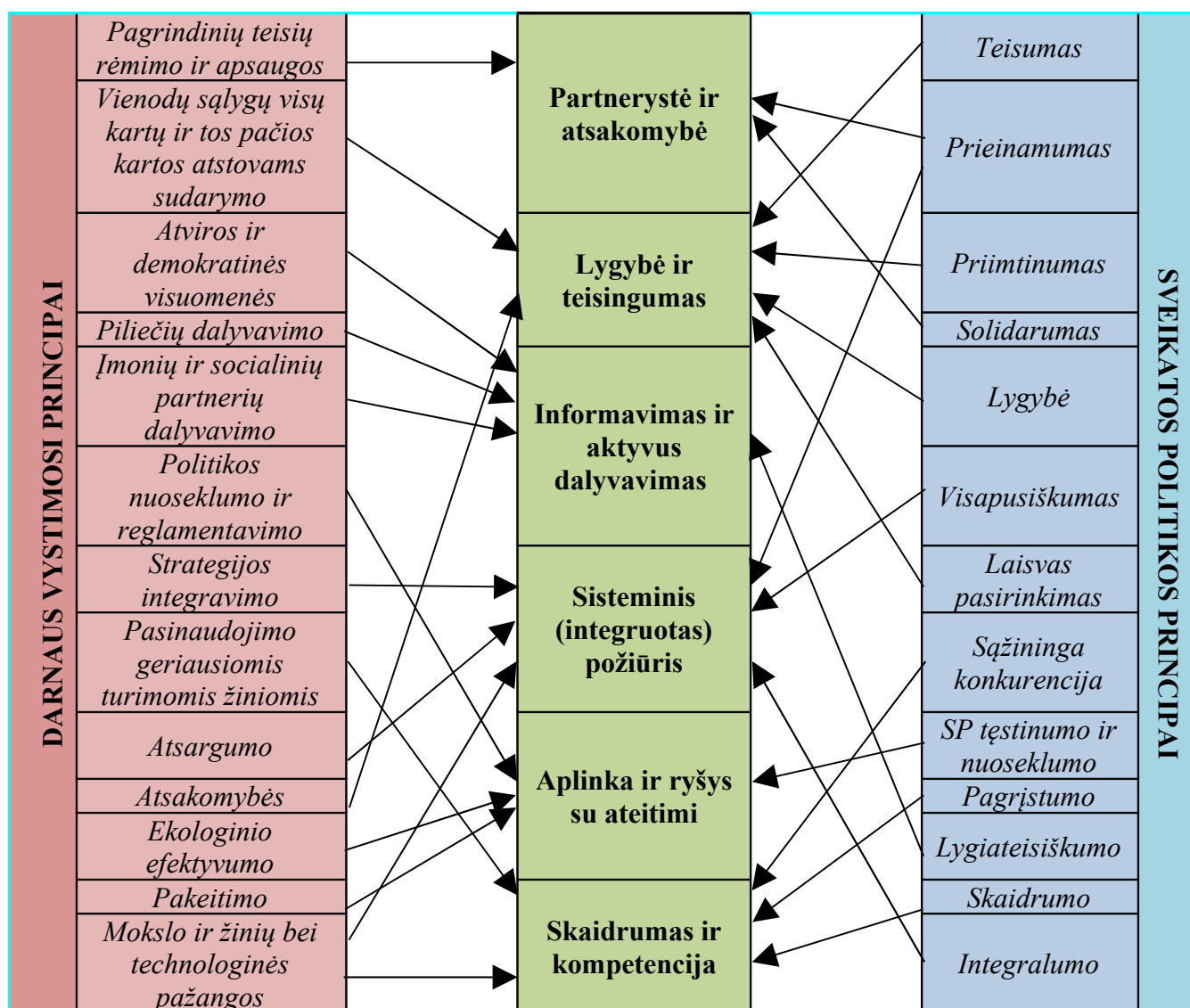
Visuomenės sveikatos būklė yra bene svarbiausias visuomenės gyvenimo kokybės elementas. Europos Sąjungos aplinkos sveikatos politikos strateginės kryptys – aplinkos taršos ir sveikatos pakenkimų prevencija, visų visuomenės sluoksnių įtraukimas į sveikatos politiką – pagrįstos darnaus vystymosi koncepcija. Numatyta veiklos programa aprėpia teisinę bazę, aplinkos apsaugos integraciją į kitas ūkines veiklas, mokslinę situacijos analizę, visuomenės įtraukimą, sprendžiant aplinkos ir sveikatos problemas.

Daroma prielaida, jog sveikata laikoma ne tik savaimine vertybe, bet ir svarbiu ekonominio augimo veiksniu bei socialinės gerovės prielaida. Todėl, ji vis labiau pripažįstama kaip svarbi Europos Sąjungos investicija.

Išnagrinėjus teorinius Lietuvos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo aspektus bei darnaus vystymosi koncepcijos esmę, galima išvelgti pagrindinių sveikatos politikos (žr. 3 lent.) ir darnaus vystymosi (žr. 1 lent.) principų sąsajas, kurios pateiktos 3 paveiksle.

Visų pirma iš darnaus vystymosi apibrėžimo matyti, kad žmonių (dabartinės ir būsimų kartų) poreikių tenkinimas yra kertinis darnaus vystymosi uždavinys. Kaip darnaus vystymosi idėjos centre yra žmogus, jo gerovė, taip ir sveikatos politikos (sistemos) centre turi būti pacientas, o ne liga.

Darnaus vystymosi nuostatų įgyvendinimas be aktyvaus visuomenės dalyvavimo yra neįmanomas (NDVS, 2009). Pagal *piliečių dalyvavimo ir partnerystės principus* strategijoje numatytos priemonės, skatinančios aktyvų ne tik valstybinių ir savivaldos institucijų, bet ir visuomenės bei privataus sektoriaus dalyvavimą įgyvendinant darnaus vystymosi strategiją.



Šaltinis: sudaryta autorės.

3 pav. Sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajos

Strategijoje numatyta skatinti aktyvesnį visuomenės dalyvavimą ne tik sprendžiant konkrečius uždavinius, bet ir priimant darnaus vystymosi požiūriu svarbius sprendimus įvairiuose lygiuose, pradedant Nacionaline darnaus vystymosi komisija ir baigiant vietinėmis institucijomis. Labai svarbu, kad įgyvendinant Nacionalinę darnaus vystymosi strategiją būtų užtikrinti ne tik horizontalūs, bet ir vertikalūs ryšiai. Taigi, sveikatos politikos plėtroje darnaus vystymosi kontekste svarbų vaidmenį atlieka *visuomenės dalyvavimas* sprendimų priėmimo.

Neįmanoma pasiekti gerų sveikatos priežiūros rezultatų, jei šiame procese nedalyvauja patys pacientai. Aktyviai dalyvaudami savo ligos gydyme, keisdami elgseną, patys žmonės galėtų užsiimti ligos valdymu. Į pacientą orientuota sveikatos priežiūra lemia geresnius visuomenės sveikatos rezultatus, žmonių gyvenimo kokybę ir optimalią investicijų į sveikatos priežiūros kainą. Tik tokia sveikatos priežiūra būtų tinkama ir rentabili, kuri skatintų didesnę pacientų atsakomybę ir optimalią praktiką.

Į pacientą orientuotai sveikatos priežiūrai daug dėmesio skiria Pasaulio sveikatos organizacija, Tarptautinis pacientų organizacijų aljansas bei kitos tarptautinės institucijos ir organizacijos. Tarptautinio pacientų organizacijų aljanso deklaracijoje „Dėl į sveikatą orientuotos sveikatos priežiūros“ pažymima, kad pacientų, šeimų ir slaugytojų prioritetai yra skirtingi kiekvienoje šalyje ir kiekvienoje ligų grupėje (Kvedaraitė, 2006).

Į pacientą orientuota sveikatos priežiūros sistemos vadyba, tariantis su profesinėmis grupėmis ir asociacijomis priimami sisteminiai sprendimai, įvairių šaltinių finansinių lėšų efektyvus panaudojimas didina pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis ir atitinka jų lūkesčius.

Būtina suderinti visuomenės ir valstybės veiksmus, kurių efektyvi sąveika galima konsultacinių ar informacinių procesų dėka. „Tik plačiu mastu konsultuojantis suinteresuotoms grupėms, joms keičiantis informacija, užtikrinamas suderintas veikimas, lemiantis, viena vertus, adekvačią valstybės (jos kompetentingų institucijų) veiksmų, planų tikslingumo suvokti, kita vertus – visuomenės, jos grupių poreikių ir interesų tenkinimą“ (Stonkienė, 2008, p. 8).

Ne mažą vaidmenį sveikos Lietuvos visuomenės vystymesi vaidina ir nevyriausybinių organizacijos. Reikia paminėti, kad Lietuvos sveikatos programoje (1998) siekiama įgyvendinti „Sveikata visiems XXI amžiuje“ politiką (Asvallas, 2000), numatančią bendradarbiavimą su įvairiomis nevyriausybėmis žinybomis. Nevyriausybinių organizacijos Lietuvoje atsirado atkūrus jos nepriklausomybę. Prasidėjo masinis pelno nesiekiančių organizacijų kūrimasis. Atsiradus naujiems šių organizacijų veiklą reglamentuojantiems teisės aktams, iš esmės pasikeitė jų apibūdinimas, buvo apibrėžta nevyriausybinių organizacijų sąvoka.

Periodinėje spaudoje pacientų organizacijos nurodo jog jos iki šiol nėra pripažįstamos kaip partneriai, sprendžiant sveikatos problemas. Dauguma pacientų organizacijų sprendžia konkrečius gydymo ir aprūpinimo vaistais klausimus. Dalis jų taip pat teikia socialinę pagalbą. Tik pavienės organizacijos užsiima švietėjiška veikla ir ne visos Lietuvoje veikiančios NVO yra suformulavusios savo misiją, viziją ir apibrėžusios veiklos tikslus. Sociologinių tyrimų duomenimis, dar trūksta glaudesnio ir konkretesnio bendradarbiavimo tarp valstybės institucijų, savivaldybių bei bendruomenės ir pacientų organizacijų. Bet reikia pripažinti, kad partnerių sutelkimas ir įtraukimas į sprendimų priėmimą sveikatos klausimais yra vienas iš svarbiausių tikslų, siekiant sveikatos visiems.

Visuomenės poreikių tenkinimas priklauso nuo sveikos aplinkos. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, Nacionalinės sveikatos tarybos pirmininko prof. J. Pundziaus ir kitų mokslininkų teigimu, žmogaus sveikata bei gyvenimo trukmė 50 proc. priklauso nuo jo gyvenimo būdo, t.y. sveikos gyvensenos trūkumo, 20 proc. lemia genetika, 20 proc. – aplinka, kurioje jis gyvena, ir tik 10 proc. priklauso nuo sveikatos priežiūros. Todėl, gerinant gyvenimo kokybę, ypatingas dėmesys skiriamas aplinkos keliamai rizikai mažinti.

Pasaulio sveikatos organizacija savo konstitucijoje 1948 m. deklaravo, jog „Sveikata yra visapusiška individo ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas“. Šis sveikatos apibrėžimas veda prie integruoto požiūrio į sveikatos politiką, kuris „atspindi pasikeitusi sveikatos politikų požiūrį į ligų gydymo bei jų išvengimo būtinybės santykį“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 6).

Teisumas – pagrindinis sveikatos politikos principas, kuris reiškia, kad kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio. Tačiau negalima savo sveikatos lygio siekti kitų žmonių sąskaita. PSO ypač akcentuoja pozityviąją Nacionalinės sveikatos koncepcijos pusę – siekimą ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį - sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą kaip pagrindinę socialiai visaverčio gyvenimo sąlygą.

Sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama savo funkcijas, visų pirma siekia gerinti visuomenės sveikatą, kad žmogus savo įpročiais nežalotų sveikatos, o ją saugotų. Analogiškai skamba ir darnaus vystymosi šūktis: nedaryk žalos aplinkai, tausok ir saugok išteklius.

Dar vienas svarbus aspektas, įgyvendinant sveikatos politiką šalies darnaus vystymosi koncepcijos kontekste yra sveikatos nelygybės problema.

Itin netolygus pasaulio vystymasis ir mažiau išsivysčiusių šalių skurdo problemos buvo pagrindinis veiksnys, nulėmęs darnaus vystymosi sąvokos transformaciją. Nuo to laiko lygybės tarp kartų ir lygybės kartų viduje principai laikomi vienais kertinių darnaus vystymosi principų. Kartu su *lygiomis galimybėmis*, įgyvendinant darnaus vystymosi strategiją, svarbu užtikrinti ir vienodą atsakomybę už savo veiklos pasekmes. Todėl formuluojant įvairių ūkio sektorių darnaus vystymosi priemones, numatytos ir priemonės, skatinančios platesnį *atsakomybės principo* taikymą. Įgyvendinant šią strategiją, svarbu užtikrinti ne tik lygias galimybes, bet ir vienodą atsakomybę už savo veiklos rezultatus.

Gyventojų sveikatos skirtumai pastebimi ne tik tarp šalių, bet ir tarp įvairių teritorinių, socialinių ir ekonominių grupių šalyje. Šalyse, kuriose vyksta dideli socialiniai, ekonominiai ar politiniai pokyčiai, sveikatos nelygybės problema yra ypač aktuali. Genetiniai ir gamtinės aplinkos skirtumai Europoje nėra labai dideli. Didžiausios reikšmės sveikatos netolygumams turi gyvenamosios, socialiniai, ekonominiai veiksniai, sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumas.

Sveikatos priežiūros *paslaugų prieinamumas* pirmą kartą Lietuvoje pradėtas tyrinėti 1995 m. Prieinamumą Lietuvoje priimta suprasti trimis dimensijomis: organizacine – kaip organizuota pagalba gyventojams (ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra teritorijose, ar visų rūšių paslaugos prieinamos, ar pakanka specialistų ir kt. resursų, ar tinkamos technologijos, ar tinkamas darbo laikas, ar yra eilės), komunikacine – kaip išdėstytas įstaigų tinklas (atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos, ar tinkamas viešasis transportas, ar yra susisiekimo kitos priemonės), ir ekonomine

– ar finansine prasme pagalba yra prieinama (t.y. kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, ar galioja solidarumo principas).

Sveikatos draudimo įstatyme ir kituose teisės aktuose įtvirtintas sveikatos draudimo modelis, kuris grindžiamas *solidarumo principais*. Solidarumo principas reiškia tai, kad visų dirbančių arba kitais būdais vykdančių aktyvią ekonominę veiklą ir bet kokios rūšies pajamų gaunančių asmenų privalomojo sveikatos draudimo įmokos, taip pat valstybės biudžeto lėšos prisideda prie privalomojo sveikatos draudimo lėšų kaupimo. Taip sudaromos prielaidos apmokėti už apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Tas pats solidarumo principas reiškia ir tai, kad asmuo prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo pagal savo galimybes (vienu atveju didesnėmis privalomojo sveikatos draudimo įmokomis, kitu – mažesnėmis), tačiau tai jokių būdu nesiejama su sveikatos priežiūros prieinamumu.

Sveikatos politika siekiama panaikinti skirtumus, kuriuos sąlygoja socialiniu požiūriu neteisingais laikomi veiksniai ir kurių galima išvengti. Sveikatos *lygybės principas* gali būti suprantamas tik kaip pasirinkimo laisvės garantija, besiremianti sveikatos, kaip pagrindinės vertybės, koncepcija. Demografinių, socialinių ir teritorinių Lietuvos gyventojų mirtingumo ir išgyvenimo netolygumų tyrimų duomenimis, siekiant sumažinti sveikatos skirtumus ir užtikrinti teisingumą sveikatos santykiuose, pirmiausia būtinas nuolatinis įvairių gyventojų grupių sveikatos sekimas ir skirtumų bei galimų jų priežasčių vertinimas. Sistemingai stebint ir analizuojant sveikatos skirtumus, galima suteikti prioritetus priemonėms, mažinančioms sveikatos netolygumus, ypatingą dėmesį ir pagalbą teikiant nepalankioje padėtyje esančioms gyventojų grupėms.

Aplinką galima apibrėžti kaip žmogaus sveikatai turinčių įtakos veiksnių visumą. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme (2002) visuomenės sveikatą įtakojančius veiksniai pateikiami kaip žmogaus aplinkos biologinių, cheminių, ekonominių, ergonominių, fizikinių, socialinių, psichologinių ir kitų veiksnių, darančių įtaką ir žmogaus, ir visuomenės sveikatai, visuma.

Siekiant išsaugoti švarią ir sveiką aplinką, vis daugiau atsakomybės tenka ūkio sektoriams, dėl kurių plėtros rengiamos strategijos (pvz., energetikos strategija, atliekų tvarkymo strategija ir kt.). Kuriant tiek šalies ūkio šakų, tiek ir atskirų įmonių veiklos plėtros strategijas, vis plačiau taikomi darnaus vystymosi principai, atliekamas strateginis pasekmių aplinkai vertinimas. Įgyvendinant darnaus vystymosi nuostatas, svarbus vaidmuo tenka kvalifikuotam poveikio aplinkai vertinimui bei rizikos nustatymui.

Integruotas požiūris į aplinkos, sveikatos ir mokslo informacijos susiejimą leidžia pamatyti ir įvertinti globalų taršos poveikį sveikatai bei nustatyti veiksmingiausią veiklos būdą. A. Jociutės (2010) nuomone, imantis veiksnių būtina akcentuoti: pirminę prevenciją, teisingumą bei skurdo mažinimą.

Sprendimus priimančios visuomenės sveikatos politikai dažnai remiasi trumpalaikių poreikių suformuotomis nuomonėmis. Jiems, priimant sprendimus, kyla ne tik įrodymais grindžiamos

informacijos trūkumas, bet ir pertekliaus problemos, bei informacijos patikimumo problemos (Mikelaitytė ir kt., 2009).

Nors mokslinių tyrimų rezultatų panaudojimas, formuojant visuomenės sveikatos politiką, neabejotinas, tačiau dar daug reikia nuveikti, kad sumažinti atotrūkį tarp mokslo ir politikos, pasiekti, kad sprendimus priimančiosios politikai naudotųsi mokslinių tyrimų rezultatais.

Dėl skirtingų prioritetų įvairiuose sektoriuose ir valdymo lygmenyse, integracija tampa tiesiog būtinybe. Pažymėtina, kad, „politikos integracija yra esminė prielaida siekiant darnaus vystymosi – ar tai būtų tarp skirtinguose valdymo lygmenyse, t.y. nacionaliniu, regiono ar vietos (taip vadinama vertikali integracija) ar tarp skyrių, departamentų ar ministerijų bet kuriame valdymo lygmenyje (horizontali integracija)“ (Jociutė, 2010, p. 93).

Įgyvendinant sveikatos politiką, vienas iš svarbiausių veiksnių yra specialistų kompetencija. Autorės nuomone, „sveikatos klausimų integravimas į kitų sektorių politiką reikalauja ir integruoto požiūrio į *kompetencijų ugdymą*. Didėjanti tapsektorinė informacijos sklaida ir keitimasis patirtimi, ypač kai jie susiję su sprendimų priėmimu visuomenės sveikatos klausimais, sukuria naujus poreikius – tampa svarbu ne tik parengti pakankamai visuomenės sveikatos specialistų, bet plėtoti kitų profesionalų požiūrį į sveikatą ir jai įtakos turinčius veiksnius, siekiant, kad jie būtų pasirengę priimti visuomenės sveikatos iššūkius ateityje“ (Jociutė, 2010, p. 94).

Atsargumo principas yra palyginti jaunas. Šis principas pradėtas taikyti aplinkos apsaugos srityje. Ir „nors atsargumo principas seniai gana plačiai taikomas tarptautinėje aplinkos apsaugos teisėje, tačiau srityse, susijusiose su žmogaus sveikatos apsauga (visuomenės sveikata), atsargumo principo taikymas tarptautinėje teisėje yra tik ankstyvos raidos stadijos ir tik pradėdamas šalių naudoti savo interesams ginti tarptautiniuose teismuose“ (Širinskienė, 2008, p. 24).

Be to, pažymėtina, kad sveikatos ir vartotojų apsaugos politikos sritys yra glaudžiai susijusios. Šiose srityse pirmenybė teikiama produktų ir paslaugų saugai, įskaitant maisto saugą ir skubius pranešimus apie nesaugų maistą. Darnus vystymasis be kitų aspektų, taip pat apima maisto kokybę ir saugą.

Yra ir kitų itin svarbių politikos sričių, kuriomis siekiama užtikrinti aukšto lygio sveikatos apsaugą: pavyzdžiui, sveikatos ir saugos darbe politikos tikslas – mažinti riziką darbo vietoje ir užtikrinti apsaugą nuo nelaimingų atsitikimų darbe bei profesinių ligų, kad būtų pasiekta aukšto lygio sveikatos apsauga, turi būti bendradarbiaujama ir aplinkos bei sveikatos politikos srityse, su sveikatos priežiūros sistemomis bei visuomenės sveikata susijusiems klausimams taip pat skiriama dėmesio taikant technologijas ir vykdamas informacinės visuomenės programas. (Politikos kryptys, 2010).

Apibendrinant, galima konstatuoti, kad sveikatos politikos vaidmuo šalies darniame vystymesi apima sveikatos politikos ir darnaus vystymosi politikos principų ir kryptių integravimą į visuomenės gyvenimo kokybės gerinimą sekančiais aspektais:

- Integruotas požiūris į individo ir visuomenės sveikatą (fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė);
- Aplinkos neigiamo poveikio sveikatai mažinimas;
- Orientacija į visuomenės poreikius ir lūkesčius;
- Sveikatos apsaugos visiems visuomenės nariams užtikrinimas ir netolygumų mažinimas;
- Visuomenės informavimas bei aktyvus dalyvavimas sprendimų priėmime;
- Partnerystė ir kompetentingas vadovavimas ir valdymas.

Mokslų ir žiniomis grindžiama ekonomika, skurdo ir socialinės atskirties mažinimas, pilietiškumo skatinimas, demografinės ir visuomenės sveikatos problemos, ekosisteminis požiūris aplinkos apsaugoje, racionalus gamtos išteklių naudojimas ir kt. tiesiogiai veikia sveikatos politiką. Todėl, darnus visų sektorių vystymasis ir rūpinimasis visuomenės gerove yra pagrindinis sveikatos politikos sėkmės garantas.

2.4. Sveikatos politikos plėtros darnaus vystymosi kontekste pokyčiai

Panaudojant ES struktūrinių fondų paramą, Lietuvoje kuriama vis daugiau naujų mechanizmų ir projektų, siekiant sustiprinti šalies sveikatos potencialą. Siekiant užtikrinti naujų sveikatos politikos iniciatyvų sėkmę, būtina objektyviai įvertinti esamą padėtį ir aiškiai identifikuoti plėtros prioritetus.

Išanalizavus Lietuvos sveikatos politikos ir darnaus vystymosi strategijos tikslus ir uždavinius, pasirinkti sekantys kriterijai, atspindintys vykdomos sveikatos politikos plėtros pokyčius šalies darnaus vystymosi koncepcijos kontekste:

1. Gyventojų demografiniai ir sveikatingumo rodikliai, atitinkantys darnaus vystymosi strategijos rodiklius visuomenės sveikatos srityje:

- Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė.
- Kūdikių mirtingumas 1000-ui gyvų gimusiųjų.
- Jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų 100 tūkst. gyventojų.

2. Teisumo, partnerystės bei visuomenės dalyvavimo principų sveikatos santykiuose įgyvendinimas.

3. Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas gyventojams bei netolygumų mažinimas.

Gyventojų pasitikėjimas šalies sveikatos priežiūros sistema ir jų lūkesčių tenkinimas yra labai svarbus sveikatos sistemos pažangos veiksnys, juk geresnė sveikata – šalies socialinės ir ekonominės pažangos garantas.

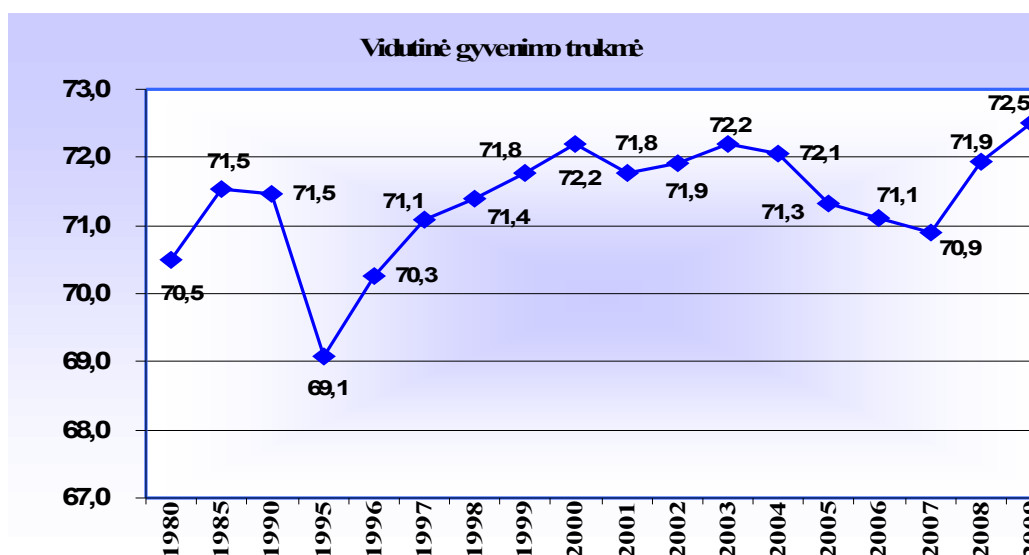
„Sveikatos sektoriaus reguliavimo politiniai sprendimai Lietuvoje yra teisėti, tačiau ar pakankamai teisingi – vertinti pradinėse stadijose yra sunku, kadangi sprendimų rengimo ir priėmimo metu kokybiškai jie analizuojami pernelyg formaliai, o kiekybiškai – tik dalinai“ (Pečiūra, 2010, p. 120).

Vienas iš svarbiausių darnaus vystymosi prioritetų – pavojaus žmonių sveikatai mažinimas. Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos įgyvendinimo 2005-2007 m. ataskaitos (2008) duomenimis, siekiama saugoti ir gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, teikti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinti sveikatos santykių teisumą ir gyvenimo kokybės gerinimą.

R. Petkevičiaus (2006) teigimu, Lietuvos sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos sektorius PSO vertinamas palankiai ir manoma, kad per trumpą laiką, gavus papildomas investicijas ir pabaigus kai kurias reformas, jis pilnai atitiks ES standartus.

Lietuvoje jau beveik dvidešimt metų dėl neigiamos natūralios kaitos bei didelės emigracijos sparčiai mažėja gyventojų skaičius. 2009 metais Lietuvoje gyveno 3349,9 tūkst. gyventojų, tai yra 16,5 tūkst. mažiau nei 2008 metais. Mažėjant gimstamumui ir ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei stebima gyventojų senėjimo tendencija (Lietuvos sveikatos statistika 2009, 2010). Nuo 1994 m. natūralus gyventojų prieaugis išlieka neigiamas. Nors keletą metų gimusiųjų skaičius Lietuvoje didėja, tačiau gimstamumo lygis šalyje išlieka žemas.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė – vienas pagrindinių gyventojų sveikatos rodiklių, tiksliausiai parodantis gyventojų mirtingumo skirtumus.



Šaltinis: Statistikos departamentas prie LRV.

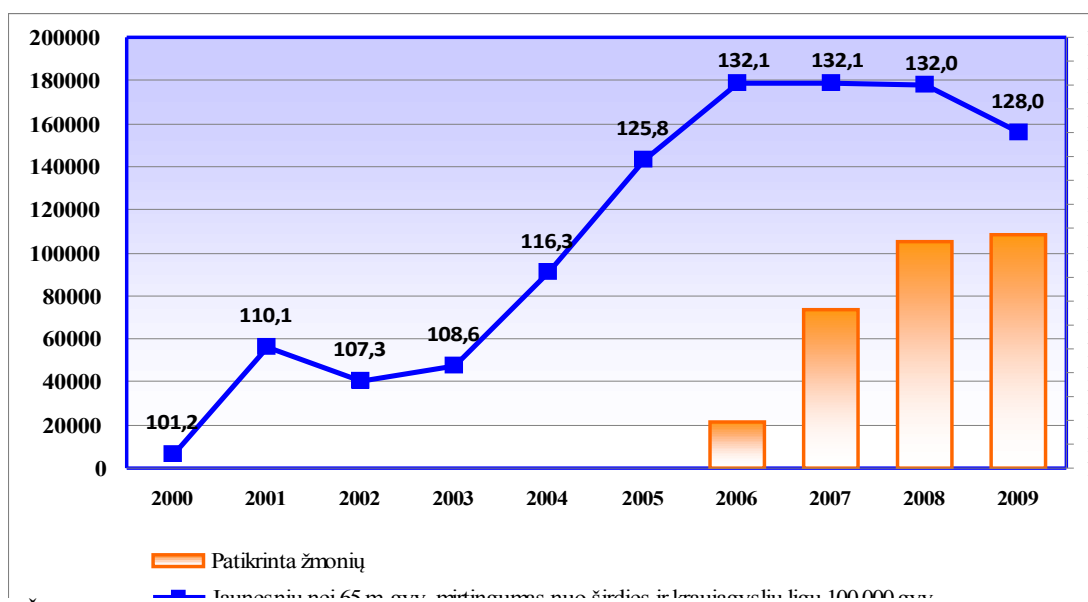
4 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1980–2009 m. (metais)

Nuo 1996 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pradėjo didėti ir 2000 m. ir 2003 m. pasiekė maksimalią reikšmę – 72,2. Per 1998–2003 metus minėtas rodiklis padidėjo ir 1,2 karto viršijo

numatytus augimo tempus, tačiau nuo 2004 m. pastebima gyvenimo trukmės mažėjimo tendencija ir 2007 m. buvo 70,9 metų, t. y. 7 mėnesiais trumpesnė nei 1998 metais. Tačiau gyventojų mirtingumo sumažėjimas lėmė vidutinės gyvenimo trukmės – vieno iš svarbiausių gyventojų sveikatos rodiklių – ilgėjimą.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 2008 m. buvo 71,9 metų: vidutinė tikėtina vyrų gyvenimo trukmė buvo 66,3, moterų – 77,6 metų, 2009 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pasiekė 72,5 gyvenimo metus. Tačiau vis dar išlieka didelis skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės. Lietuvoje gimusių vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė mažiausia Europos Sąjungoje, moterų – taip pat trumpesnė nei daugelyje Europos Sąjungos šalių.

Lietuvos gyventojų mirtingumo struktūra pagal pagrindines mirčių priežastis jau daugelį metų išlieka nepakitusi. 2009 m. daugiau nei pusė visų mirusiųjų (55,4 proc.) mirė nuo kraujotakos sistemos ligų (žr. 5 pav.).

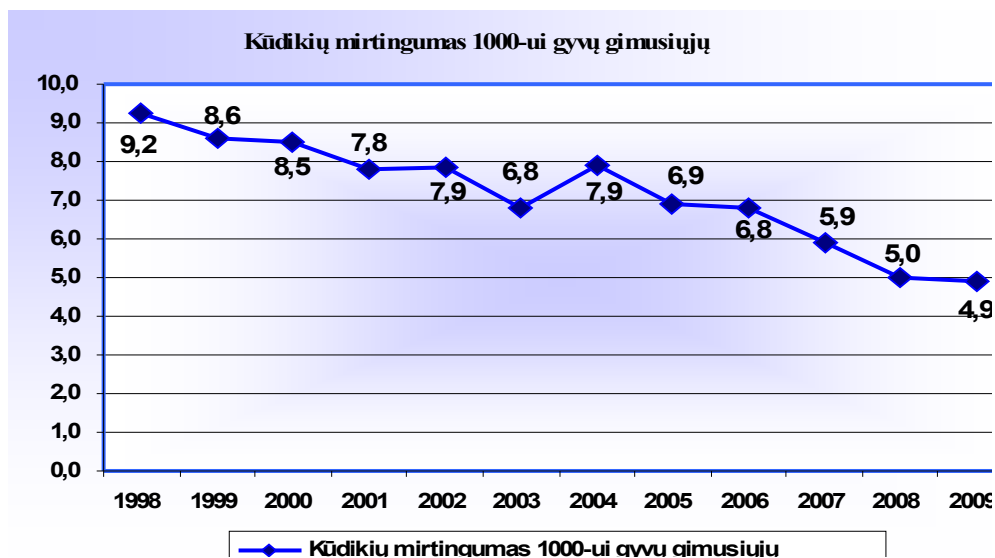


5 pav. Jaunesnių nei 65 m. gyventojų mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažėjimas 100 000 gyventojų, 2000–2009 m.

Siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo ūminių širdies ir kraujagyslių ligų, įgyvendinama Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, kuri skirta 40–55 metų vyrams bei 50–65 metų moterims. 2000 m. buvo patikrinta apie 120 tūkst., o programos paslaugos buvo suteiktos daugiau kaip 109 tūkst. pacientų. 2009 m. net 5 kartus daugiau suteikta išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugų nei 2008 metais (2008 m. – 168, 2009 m. – 871). Mirtingumas 2009 m., lyginant su 2008 m., sumažėjo 3,1 procentu.

Nuo 2004 m. ketvirtoje vietoje mirties priežasčių struktūroje įsitvirtino virškinimo sistemos ligos, pakeitusios ilgą laiką šią vietą užėmusias kvėpavimo sistemos ligas. 2009 m. nuo virškinimo sistemos ligų mirė 2223 asmenys arba 5,3 proc. visų mirusiųjų.

Vertinant gyventojų sveikatą ir socialinius ekonominius pokyčius šalyje, labai svarbus yra *kūdikių mirtingumo rodiklis*, t.y. vienas svarbiausių visuomenės sveikatos rodiklių, parodantis šalies socialinio ir ekonominio išsivystymo lygį. Pasiekimai kūdikių mirtingumo mažinimo srityje (žr. 6 pav.) yra ženklūs: kūdikių mirtingumas mažėja praktiškai nuo 1993 m.



Šaltinis: Statistikos departamentas prie LRV.

6 pav. Kūdikių mirtingumas 1000-ai gyvų gimusiųjų 2000–2009 m.

Nors 2004 m., palyginti su 2003 m., kūdikių mirtingumas padidėjo 1,1 atvejo 1000 gimusiųjų, tačiau nuo 2005 m. kūdikių mirtingumas pradėjo ženkliai mažėti. 2008 m. jis sudarė 5,0/1000 gyvų gimusiųjų, mirė 172 kūdikiai, 1000 gimusiųjų teko 5 mirę kūdikiai. 2008 m. kūdikių mirtingumo rodiklis Lietuvoje yra geresnis nei Europos vidurkis (1000 gimusiųjų – 7,7) ir artėja prie ES vidurkio (1000 gimusiųjų – 4,56), 2009 m. šis rodiklis siekė 4,9 kūdikių mirčių 1000 gyvų gimusiųjų.

Didžiausią įtaką kūdikių mirtingumui mažinti turėjo sėkmingas nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros funkcionavimas, naujagimiams palankių ligoninių tinklo plėtra, naujos įrangos ir vaistų atsiradimas, augantis specialistų profesionalumas, LRV vykdoma politika socialinės paramos srityje.

Sveikatą vertinti galima įvairiais rodikliais, vis gi mirtingumo statistika yra viena patikimiausių, objektyviausiai atspindinti realią situaciją. Nagrinėjant šių rodiklių pokyčius, pastebėti didžiuliai demografiniai, teritoriniai bei socialiniai gyventojų sveikatos netolygumai, kurie, taikant šiuolaikinius matematinės statistikos metodus, įgalinančius nustatyti ryšius ir priklausomybę, prognozuoti ateities pokyčius, išnagrinėti įvairiais aspektais.

Vidutinės gyvenimo trukmės Lietuvoje ilgėjimas, populiacijos senėjimas ir darbingo amžiaus asmenų skaičiaus mažėjimas sąlygos išlaikytinių skaičiaus augimą ir visuomeninių išlaidų socialinėms išmokoms, pensijoms bei sveikatos priežiūrai ženklų augimą. Tam, kad pagerinti susidariusią demografinę situaciją, būtini pokyčiai sveikatos politikoje ir investicijos į sveikatos sektorių, bei kitas, gyventojų sveikatai reikšmingą įtaką turinčias sritis.

Pastaraisiais metais sveikatos priežiūros išteklių kito neženkliai. 2009 m. pabaigoje Lietuvoje, įskaitant padalinius, veikė 148 valstybinės, apskričių ir savivaldybių ligoninės bei 430 ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigų. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus augimo tempai sulėtėjo. 2009 m. Lietuvoje buvo 2438 privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Tarp privačių sveikatos priežiūros įstaigų 2009 m. buvo 969 odontologinės įstaigos, 178 pirminės sveikatos priežiūros centrai, 12 medicininės reabilitacijos įstaigų, 4 greitosios medicinos pagalbos įstaigos, 13 ligoninių. 2009 m. pabaigoje iš viso Lietuvoje dirbo 13228 gydytojai (39,7/10000 gyventojų) ir 2408 odontologai (7,2/10000 gyv.). Praktikuojantys, t.y. dirbantys su pacientais, gydytojai, įskaitant rezidentus, sudaro 92 proc. visų gydytojų. Išankstiniais SAM duomenimis, 2010 metais gydytojų skaičius šiek tiek sumažėjo.

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 patvirtino Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas buvo vykdomas dviem etapais: pirmasis etapas – 2003–2005 metai, ir antrasis – 2006–2008 metai.

Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatai parodė, kad šalies mastu įvyko kai kurių sveikatos apsaugos sistemos pagrindinių rodiklių pokyčiai: apsilankymų pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, tenkančių vienam gyventojui, padaugėjo nuo 3,7 iki 3,9, o hospitalizacijos rodiklis 100-tui gyventojų sumažėjo nuo 23,2 iki 20,2 ligonio. Be to, veiksmingesnė tapo sveikatos priežiūros paslaugų struktūra: penktadaliu sumažinta lovų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse, stacionariųjų paslaugų apimtis sumažėjo 8 proc., ambulatorinių paslaugų padaugėjo 6 proc., slaugos apimtis padidėjo 15 proc. ir buvo įsteigta 600 dienos stacionaro vietų (LSPĮTVA), 2008). Atliktų tyrimų duomenimis, reorganizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą Lietuvoje, sumažėjo ligoninių.

Apmaudu, bet vykstanti šalies socialinė ekonominė plėtra nemažina socialinių sveikatos netolygumų tarp miesto ir kaimo bei atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių. Lietuvos sveikatos priežiūros rodiklių netolygumai, lyginant su ES šalimis pateikti 5 lentelėje.

5 lentelė. Lietuvos ir ES šalių kai kurių sveikatos priežiūros rodiklių palyginimas 2007-2009 m.

Eil. Nr.	Rodikliai	Lietuva 2007 m.	Lietuva 2008 m.	Lietuva 2009 m.	ES vidurkis 2007-2008 m.	Netolygumo įvertinimas
1.	Šeimos gydytojų (bendrosios praktikos gydytojų) skaičius 100 000 gyventojų	54,7	54,4	55,2	96,68 (2006 m.)	didelis
2.	Praktikuojančių gydytojų skaičius 100 000 gyventojų	370,0	368,0	366,2	321,62	vidutinis
3.	Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų skaičius 100 000 gyventojų	29,0	28,82	61,32	labai didelis
4.	Apsilankymų skaičius pas gydytoją 1 gyventojui per metus	6,8	6,54	6,85	6,86	nėra skirtumo
5.	Ligoninių (be slaugos) skaičius 100 000 gyventojų	3,15	3,31	3,36	2,97	nedidelis
6.	Lovų (be slaugos) skaičius 10 000 gyventojų	69,0	68,5	68,32	56,48	didelis
7.	Hospitalizuojamų ligonių (be slaugos) skaičius 100 gyventojų	22,92	23,3	23,75	17,6	didelis
8.	1 pacientas (be slaugos) ligoninėje guli vidutiniškai (dienų)	8,4	8,1	7,7	8,76	vidutinis

Šaltiniai: Higienos instituto sveikatos informacijos centro tinklapis ir Pasaulio sveikatos organizacijos duomenų bazė; Lietuvos sveikatos statistika 2009, 2010.

Neįmanoma įsivaizduoti valstybės be sveikatos priežiūros paslaugų. Medicina, kaip ir visos kitos veiklos sritys siekia geriau patenkinti vartotojų poreikius. Siekiama dabartinę sveikatos sistemą padaryti visiems prieinamą, saugią ir efektyvią, racionaliau naudojant tam skirtas lėšas, o žmones skatinti rūpintis savo sveikata. Sudaromos sąlygos privačių šeimos gydytojų centrų kūrimuisi, o tai sukuria konkurenciją tarp gydymo įstaigų.

Siekiant pagerinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų prieinamumą ir sudaryti sąlygas privačių sveikatos priežiūros įstaigų plėtrai, 2007 m. pacientams suteikta daugiau galimybių rinktis ne tik valstybines, bet ir privačias gydymo įstaigas. Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, Teritorinės ligonių kasos 2007 m. sudarė daugiau kaip 400 sutarčių su privačiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis.

2007 metais pirmą kartą šalyje įvesta eilių asmens sveikatos priežiūros paslaugoms stebėsenos sistema. Kiekviena įstaiga, sudariusi sutartį su teritorine ligonių kasa, turi stebėti ir savo tinklalapyje skelbti, kokios yra susidariusios pacientų, laukiančių tam tikrų paslaugų, eilės. Tai įvertinęs, pacientas gali pasirinkti jam tinkamiausią įstaigą. Ši eilių stebėjimo sistema leido sutrumpinti laukimo pas sveikatos priežiūros specialistus laiką.

Siekiant inicijuoti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos pertvarką, LRV 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa, kurioje numatyta stacionarines gydymo įstaigas suskirstyti į labai aiškiai apibrėžtą paslaugų spektrą teikiančius ir vienas kito nedubliuojančius tris lygmenis – rajono, regiono ir respublikos lygmens ligonines. Įgyvendinant šią programą numatoma optimizuoti stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, restruktūrizuoti teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, o taip

sutaupytas lėšas skirti ambulatorinės grandies šeimos gydytojų ir specialistų konsultantų paslaugoms plėtoti ir apmokėjimui didinti. Numatoma diferencijuoti stacionariųjų paslaugų apmokėjimą, leisti pačiai asmens sveikatos priežiūros įstaigai pasirinkti geriausiai tinkančią pacientui ir įstaigai paslaugos teikimo formą, skatinti ekonomiškai efektyvių paslaugų teikimo formas, stacionarines paslaugas apmokėti vadovaujantis patvirtintais teikimo bendraisiais ir specialiaisiais reikalavimais (SAM, 2010).

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir efektyvumą, įgyvendinant Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategiją, „2009 m. toliau buvo stiprinama savivaldybių vykdoma visuomenės sveikatos priežiūra, įsteigti 4 savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Siekiant tobulinti visuomenės sveikatos biurų specialistų žinias visuomenės sveikatos srityje, organizuoti seminarai, mokymai, susitikimai“ (SAM, 2010, p. 5).

Siekiant gerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, didėja dėmesys sveikatos priežiūros specialistų profesiniam tobulinimui. Ypatingas dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros specialistų rengimui: Sveikatos apsaugos ministerija dalyvauja rengiant sveikatos priežiūros specialistų rengimo programas, jas vertina ir dalyvauja jas derinant su Europos Sąjungos nustatytais šių specialistų minimaliais rengimo reikalavimais, siekiant, kad būtų užtikrintas laisvas asmenų judėjimas. Rengiant sveikatos priežiūros specialistus, Sveikatos apsaugos ministerija kasmet dalyvauja Švietimo ir mokslo ministerijos sudarytose darbo grupėse dėl studentų priėmimo į aukštąsias mokyklas, teikia siūlymus dėl studentų priėmimo į medicinos, odontologijos, slaugos ir kt. studijas skaičiaus, dėl gydytojų rezidentų priėmimo pagal specialybes, dėl specialistų rengimo. Daug dėmesio skiriama šeimos gydytojų rengimui bei bendrosios praktikos slaugytojų rengimui aukštosiose mokyklose. (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita (LSPITVA), 2008).

Bendruomenės bei visuomeninės organizacijos kviečiamos aktyviau dalyvauti formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką, įtraukiamos į įvairių sveikatos programų įgyvendinimą, sudaromos sutartys dėl ilgalaikio bendradarbiavimo. Į Nacionalinės sveikatos tarybos sudėtį įeina: bendruomenių tarybų atstovai, kuriuos deleguoja savivaldybių asociacija, nevyriausybinių organizacijų atstovai ir visuomenės sveikatos specialistai.

Vis gi nemažai dėmesio įgyvendinant sveikatos politiką skiriama neigiamų veiksnių, darančių įtaką visuomenės sveikatai, poveikiui mažinti ir sveikai gyvensenai skatinti.

LRV 2003 m. sausio 21 d. nutarimu Nr. 66 patvirtinimo Nacionalinę aplinkos sveikatinimo veiksmų 2003–2006 metų programą. Šioje programoje išskirti sekantys svarbiausieji aplinkos sveikatinimo veiklos principai:

- šalių tarpusavio supratimas;
- darnus vystymasis;
- socialinių partnerių, galinčių daryti įtaką aplinkos kokybei ir visuomenės sveikatai, bendradarbiavimas;

- įstaukimas į sprendimų priėmimą atsižvelgiant į suteiktus įgaliojimus ir funkcijų paskirstymą.

2007 m. patvirtintas Valstybės tabako kontrolės programos 2007–2010 m. priemonių planas, 2008 metai paskelbti Blaivybės metais ir patvirtinta Blaivybės metų programa, kurios tikslas – ugdyti visuomenės, ypač vaikų ir jaunimo, blaivybės nuostatas, skatinti blaiviai gyventi, plėtoti valstybės, savivaldybių institucijų ir įstaigų, nevalstybinių organizacijų ir bendruomenės bendradarbiavimą, skleidžiant blaivybės idėjas visuomenėje, diegiant vaikams ir jaunimui vertybines sveiko gyvenimo būdo nuostatas, ir jos įgyvendinimo priemones, skirtos šiems metams paminėti.

Sveikatos ekonomikos centro duomenimis, norint, kad Lietuvos sveikatos sistema būtų tokia kaip Vokietijos ar Prancūzijos, jai reikėtų skirti maždaug 6-7 kartus daugiau visuomeninių lėšų, t.y. daugiau, nei visas dabartinis Lietuvos valstybės biudžetas. Belineka susitaikyti su mintimi, kad dabartinį Vakarų Europos šalių sveikatos sistemų lygį mes galėtume pasiekti tik po 20-30 metų ir tik sparčiai augant šalies ekonomikai.

Analizuojamu laikotarpiu *pasiekti svarbūs teigiami sveikatos politikos sprendimai ir sveikatos sistemos plėtros pokyčiai*. Ko pasėkoje, vidutinė tikėtina šalies gyventojų gyvenimo trukmė šiuo laikotarpiu net išaugo. Černiausko ir Jankauskienės (2010) nuomone, sveikatos sistemą reglamentuojantys teisės aktai ir jų mokslinė bei tarptautinė praktika leido užtikrinti sveikatos sistemos vystymo tęstinumą.

Lietuvoje sistemingai vykdoma visuomenės sveikatos priežiūros teisinė reforma, atitinkanti ES reikalavimus. „Lietuvoje iš esmės sutariama dėl pagrindinių valstybės funkcijų laiduojant sveikatos paslaugas šalies gyventojams, todėl pastaruosius dvidešimt metų valstybinis finansavimas stabiliai užtikrina apie 60–70 procentų sveikatos sistemos pajamų“ (Černiauskas, Jankauskienė, 2010, p. 8).

Pasiekti teigiami kai kurių sveikatos rodiklių – kūdikių mirtingumo, neišnešiotų naujagimių skaičiaus mažėjimo, sergamumo tuberkulioze ir kai kuriomis kitomis užkrečiamomis ligomis, aukšto vaikų imunizacijos lygio, prevencinių vėžio programų įgyvendinimo ir kitų rodiklių pokyčiai. Tikras laimėjimas kovoje su eilėmis - įvesta pacientų eilių stebėsenos sistema. Informacija apie laukimo eiles, sveikatos priežiūros paslaugas teikiama Lietuvos gyventojams teritorinių ligonių kasų interneto svetainėse.

Pastaruoju laikotarpiu sveikatos priežiūros įstaigoms suteikta daugiau savarankiškumo - tai sudaro galimybes operatyviau ir lanksčiau spręsti kylančias problemas. Siekiant efektyviau panaudoti žmogiuosius išteklius, sumažinti valdymui skirtus valstybės biudžeto finansinius išteklius, optimizuojamas SAM pavaldžių institucijų tinklas.

„Atsižvelgdama į visuomenės sveikatos laikmečio iššūkius, Lietuva įteisino bendruomenių dalyvavimą sveikatos politikoje, savivaldybėse įkurdamas Bendruomenių sveikatos tarybas“ (Jociutė, 2010, p. 93).

Vis daugiau dėmesio skiriama moderniajai, socialinių partnerių bendradarbiavimu pagrįstai visuomenės sveikatai ir jos stiprinimui. Kuriama efektyvi visuomenės sveikatos priežiūros ir kontrolės sistema, skatinanti sveiką gyvenseną, sveikos aplinkos kūrimą ir išsaugojimą, užtikrinanti tinkamą sveikatos priežiūrą, pagrįstą tarptautine patirtimi ir moksliniais įrodymais. Atliktų tyrimų duomenimis, gyventojai gauna daugiau informacijos apie sveikatos išsaugojimą ir ligų prevenciją, labiau domisi aplinkos poveikiu sveikatai ir sveika gyvensena (NDVS, 2009).

Įgyvendinant sveikatos politiką pastebimi ne tik teigiami, bet ir neigiami pokyčiai. *Nepakankamai nuoseklią sveikatos politiką ir jos įgyvendinimą sąlygojo įvairios priežastys.*

Jau buvo minėta, kad žmogaus sveikata, kaip rodo moksliniai tyrimai, priklauso nuo gyvenamosios (50 proc.), aplinkos ir genetinių asmens ypatybių (po 20 proc.) bei sveikatos priežiūros (10 proc.). Tai turėtų skatinti žmones susimąstyti. Tačiau Lietuvoje svarbiausi gyvenamosios rodikliai negerėja: didėja rūkančių, nutukusių, turinčių antsvorį, padidėjusį kraujospūdį, cholesterolio kiekį, išaugo fiziškai neaktyvių skaičius.

Gyventojų sveikata dar nėra tapusi ilgalaikiu valstybės interesu, o jos išsaugojimo ir stiprinimo priemonių nenorima imtis dažniausiai dėl didelių išlaidų (NDVS, 2009). Didėja miesto ir kaimo gyventojų sveikatos skirtumai. Sprendimai dėl sveikatos sistemos tobulinimo kartais priimami vadovaujantis ne mokslu pagrįstais argumentais, bet siaurais žinybiniais interesais. Nacionalinės sveikatos tarybos metiniuose pranešimuose nurodoma, kad sveikatos apsaugos problemos sprendžiamos tik šio sektoriaus pastangomis, menkai bendradarbiaujant su kitais sveikatą įtakančiais sektoriais.

Sveikatos problemos sprendžiamos tik sveikatos sektoriaus pastangomis, menkai plėtojant bendradarbiavimą su kitais sveikatą įtakančiais sektoriais. Nėra ilgalaikės sveikatos apsaugos sistemos plėtros formavimo politikos, nepakankama politinių partijų atsakomybė, kurios pasėkoje dažnai priimami fragmentiški sprendimai, labiau tenkinantys ne visuomenės, o politikų ar atskirų grupių, veikiančių pačioje sveikatos sistemoje, interesus. „Jei solidarumo bei teismo siekiai atsispindi ir Lietuvos teisės dokumentuose, bet praktikoje įgyvendinami su išlygomis, tai siekis užtikrinti aktyvią ligų prevenciją ir visos sveikatinimo veiklos efektyvumą teisiniuose dokumentuose nors ir atsispindi, bet labai sunkiai skinasi kelią į praktiką. Nepilnai išnaudojamas visuomenės sveikatos priežiūros potencialas, sveikatos technologijų, kurių efektyvumas yra įrodytas, vertinimas ir masinis diegimas į sveikatinimo praktiką“ (Černiauskas, Jankauskienė, 2010, p. 8).

Taigi, keičiantis politinėms valdžioms, neužtikrinamas reformos tęstinumas. Be to, neužtikrinamas pradėtų projektų tęstinumas, nėra ilgalaikės valstybės politikos sveikatos srityje.

Per mažai investuojama į sveikatos politiką, visuomenės sveikatos specialistų kompetencijos didinimą ir infrastruktūros plėtrą, bendruomenių sveikatos stiprinimo pajėgumų didinimą, socialinių ir ekonominių veiksnių poveikio analizę. Per menkos pastangos sveikatos politikos tikslus įtraukti į ūkio

strategijas, regioninę ir savivaldos politiką. Per mažai bendradarbiauja sveikatos, socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos institucijos visuomenės sveikatos priežiūros klausimais (NDVS, 2009).

Nenustatyti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimų visuomenės sveikatos priežiūrai finansuoti planavimo kriterijai (NDVS, 2009), taigi, trūksta viešumo ir objektyvumo sudarant PSDF biudžetą.

Nepakanka aplinkos įtakos sveikatai tyrimų Lietuvoje, taip pat ir veiksmingų sprendimų šioje srityje įrodymų. Sunkių ligų genetinės rizikos tyrimai, jų prieinamumas taip pat yra riboti. Neįteisinta ekonominė atsakomybė už ūkinės veiklos neigiamą poveikį visuomenės sveikatai.

Sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija, kompetencija, patirtis sveikatos priežiūros srityje yra stiprybė, leidžianti siekti užsibrėžtų sveikatos apsaugos sektoriaus tikslų įgyvendinimo, tačiau vyrauja paklausos neatitinkantis sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas. Specialistų trūkumą rajonuose lemia rajono ligoninių nesaugumas dėl pacientų srautų persiskirstymo, dažnai prastesnė materialinė bazė ir mažesnės savirealizacijos galimybės. Rajonuose nemažai gydytojų jau pensinio amžiaus, o jauni į rajonus nevyksta. Dėl bendrosios praktikos gydytojų trūkumo, kaimuose vis sunkiau gydytoją prisikviesti į namus.

Panaikinus apskričių administracijas, neliko institucijos kuri atstovautų regiono medikų ir pacientų interesus, koordinuotų materialinės bazės (medicininės aparatūros, medikamentų) įsigijimą, atsakomybę už tikslingą ir efektyvų esamos bazės panaudojimą, medicinos personalo vadybą, visų paslaugų optimizavimą. Dar neaišku, kas ir kai rūpinsis, koordinuos gydytojų ir slaugytojų kvalifikaciją, pediatrų - vaikų gydytojų perkvalifikavimą į šeimos gydytojus ir kitoms priemonėms priartinant paslaugos suteikimą prie paciento ir užtikrinant įvairiapusių sveikatos apsaugos paslaugų pasiūlą pacientams.

Atliekamų sveikatos paslaugų vartotojų – pacientų apklausos tyrimų duomenimis, informacijos sklaida sveikatos klausimais taip pat nepakankama. Neišvystytas bendradarbiavimas su nevyriausybinėmis organizacijomis, nacionalinės ir regioninės žiniasklaidos atstovais, aktyviai formuojančiais visuomenės nuomonę, nušviečiant permainas sveikatos srityje.

Nepakankamas kitų ministerijų ir institucijų įtraukimas į visuomenės sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą. Įvairių ūkio sektorių plėtra nesuderinta su sveikos aplinkos išsaugojimo reikalavimais, o atskirais atvejais kitų ūkio sektorių priimami sprendimai uždeda papildomą našta sveikatos apsaugos sektoriui. Vykstanti šalies socialinė ekonominė diferenciacija gilina socialinius sveikatos netolygumus tarp miesto ir kaimo bei atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių. O tai kartu su nemažėjančiais socialiniais ir sveikatos netolygumais rodo į teismo sveikatos santykiuose problemų paaštrėjimą. Sveikatos santykių teismo problemos ryškėja ir nepagerėjusiame sveikatos sistemos išteklių paskirstymo tolygume tarp šalies regionų.

Sveikatos sistemos plėtros 2010-2015 m. metmenų projekte (2010) nurodyta, kad kai kuriose institucijose stokojama darnaus vystymosi supratimo, derinant ekonomikos, socialinės gerovės, aplinkosaugos ir visuomenės sveikatos klausimus. Atskirų ministerijų ir kitų institucijų priimami sprendimai kartais vienas kitam prieštaraujantys. Sveikatos sistemos pertvarkai būtini sprendimai nėra patrauklūs tiek politikams, tiek gyventojams, kadangi teigiami rezultatai būtų stebimi tik po ilgo laiko, todėl neretai vengiama juos priimti, pasirenkant kitas alternatyvas, greitai teikiančias apčiuopiamus, tačiau tik kosmetinio pobūdžio rezultatus.

Sveikatos politikos ir sveikatos sistemos trūkumų mažinimui ieškomi įvairūs sprendimai – *galimybės gerinti sveikatos politiką*.

Vienintelis sprendimo būdas yra objektyvus sveikatos sistemos įvertinimas, skaidrumas, atvirumas ir viešumas. Tik tada sveikatos politikos veiksmingumu patikės visuomenė. Daugiau paslaugų gyventojams, ypač gyvenantiems kaime ir sulaukusiems pagarbaus amžiaus, užtikrins didesnę gyventojų pasitikėjimą savo valstybe.

Siekama, kad sveikatos apsaugos sektoriaus žmogiškųjų išteklių poreikio planavimas užtikrintų, kad profesionalių sveikatos priežiūros darbuotojų skaičius, įgūdžiai ir kompetencija atitiktų esamas ir būsimas visuomenės reikmes. Pasikeitus rezidentūros organizavimo modeliui, tikimasi, kad gerokai daugiau jaunų specialistų liks rajonuose, taip užtikrindami kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas arčiau namų rajonų gyventojams. Investicijos į sveikatos apsaugos įstaigų modernizavimą ir renovavimą yra ne tik kokybiškesnių paslaugų garantas, bet ir naujos darbo vietos

Formuoti ir įgyvendinti sveikatos politiką, atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos ir ES įgyvendinamų prioritetinių sričių (sveikatos, regioninės plėtros, socialinės politikos ir kt.) gaires, plėtoti tarptautinį bendradarbiavimą, susijusį su visuomenės sveikatos priežiūra, dalyvauti įgyvendinant tarptautines programas, kurti pirminės sveikatos priežiūros infrastruktūrą, visuomenės sveikatos biurus, taip sudaryti galimybes plėtoti sveikatos stiprinimo veiklą bendruomenėje (NDVS, 2009).

Lietuvoje dar nėra įprasta manyti, kad kiekvienas žmogus turi būti atsakingas už savo sveikatą. Ilgus metus sveikatos sistema buvo orientuota į valstybės pilnai finansuojamą ligų gydymą. Tuo tarpu Vakarų Europos valstybės pabrėžiama, kad pirmiausia reikia skirti dėmesį apsaugojimui nuo ligų, o ne jų gydymui. Mūsų visuomenė nebuvo prie to pratinama. Reikia laiko, kol žmonės suvoks, kad ne tik valstybė, bet ir jie patys turi jausti atsakomybę už savo sveikatos išsaugojimą: gyventi aktyviai, sveikai maitintis, atsisakyti žalingų įpročių. Tokios gyvenamosios ugdytas nėra lengvas ir greitas procesas, o jo rezultatai bus juntami dar negreit.

Dėl didėjančių sveikatos politikos trūkumų ir neigiamų pokyčių, atsiranda neišvengiama grėsmė. SAM pertvarkos planai iš esmės yra daugiau skirti mažėjančio sveikatos sistemos finansavimo problemoms spręsti, bet ne sveikatos paslaugų prieinamumui užtikrinti. Dėl tokios pertvarkos

medicinos paslaugos neišvengiamai nutols nuo rajono gyventojų, jos taps sunkiau pasiekiamos. Gydytojų trūkumas rajoninėse ligoninėse tiesiogiai lemia paslaugų prieinamumą gyventojams. Didėja socialinė atskirtis tarp miesto ir kaimo, ir esant tokiai padėčiai ir ateityje, visos 10 rajono ligoninių bus uždarytos.

Didėja Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtros socialiniai ir ekonominiai netolygumai. Senstanti šalies visuomenė, didėjanti jaunų darbingo amžiaus gyventojų emigracija didina krūvius ir sveikatos priežiūros sistemos išlaidas, gausėja privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansinių problemų. Intensyvi gyventojų, pirmiausia jaunimo, migracija iš kaimiškųjų ir atokių regionų mažina galimybes juose plėtoti modernią visuomenės sveikatos priežiūrą. Nedarbas, kitos ekonominės ir socialinės problemos mažina gimstamumą, gausėja savižudybių, prastėja gyventojų sveikata (NDVS, 2009).

Padidėjus netolygumams, jei tokia padėtis išliks dar bent penketą metų, pasekmės taps negrįžtamos: esamas mokslo potencialas galutinai diskvalifikuosis, žmogiškųjų išteklių ir protų nutekėjimas padidės iki maksimumo, ekstensyvus šalies augimas sustos dėl mažėjusio konkurencingumo ir socialinio ekonominio neprisitaikymo, žlugs siekiai pasiekti vidutinį ekonominį ES lygį.

Lietuvos sveikatos programoje įvardyti būdai, kuriais numatoma pasiekti iškeltus tikslus. Vienas iš jų – įvairių žinybų bendradarbiavimas. Per mažas kitų sektorių indėlis į visuomenės sveikatos priežiūrą, nesuderinti valstybės tarnybų veiksmai priskiriami grėsmėms Lietuvos nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijoje.

Pažymėtina, kad plėtojamas medicininis visuomenės sveikatos priežiūros modelis, t. y. prie šios veiklos mažai prisideda kitos ministerijos ir savivaldos, mokslo institucijos, vyrauja ligų ir traumų gydymo, profilaktikos, o ne sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos skatinimo veikla (NDVS, 2009).

Vadovaujantis atliktos Lietuvos sveikatos politikos analizės duomenimis ir rezultatais, nustatyti vidaus ir išorės veiksniai ir procesai, lemiantys sveikatos politikos ir sistemos stiprybes, silpnybes, galimybes ir grėsmes (žr. 6 lent.).

Atlikus sveikatos politikos ir sveikatos sistemos stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių analizę, dabartines *sveikatos politikos problemas* šalies darniame vystymesi galima suskirstyti į keturias pagrindines grupes:

- 1) demografinių ir gyventojų sveikatingumo rodiklių neigiami pokyčiai;
- 2) sveikatos politikos įgyvendinimo nenuoseklumas (neišlaikomas tęstinumas);
- 3) atsainus visuomenės požiūris į savo sveikatą;
- 4) sveikatos priežiūros organizavimo sistemos neefektyvumas (nepakankama paslaugų kokybė ir prieinamumas visiems šalies gyventojams).

Šių problemų ignoravimas netolimoje ateityje skaudžiai paliestų Lietuvos gyventojus, juk nesprendžiama problema tik didėja.

6 lentelė. Lietuvos sveikatos politikos darnaus vystymosi kontekste SSGG analizė

STIPRYBĖS	SILPNYBĖS
<ul style="list-style-type: none"> – Suformuota sveikatos sistemos teisinė bazė; – sistemingai vykdoma visuomenės sveikatos priežiūros teisinė reforma, atitinkanti ES reikalavimus; – įteisintas bendruomenių dalyvavimas sveikatos politikoje; – vykdomas prevencinių programų įgyvendinimas; – pasiekti teigiami kai kurių sveikatos rodiklių pokyčiai; – modernizuojamos sveikatos priežiūros įstaigos; – įvesta pacientų eilių stebėsenos sistema; – įgyvendinamas vaistų prieinamumo gerinimo ir kainų mažinimo priemonių planas; – didėjas gyventojų sveikatos žinių poreikis. 	<ul style="list-style-type: none"> – Didėja miesto ir kaimo gyventojų sveikatos skirtumai, specialistų trūkumas rajonuose; – nėra ilgalaikės sveikatos apsaugos sistemos plėtros formavimo politikos; – trūksta viešumo, objektyvumo sudarant PSDF biudžetą; – tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas, – nepakankamas įtraukimas į visuomenės sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą; – bendrąja prasme stokojama darnaus vystymosi supratimo.
GALIMYBĖS	GRĖSMĖS
<ul style="list-style-type: none"> – Objektyvus sveikatos sistemos įvertinimas, skaidrumas, atvirumas ir viešumas – užtikrins didesnį visuomenės pasitikėjimą valstybe pasitikėjimas; – ES struktūrinių fondų parama, projektų finansavimo galimybių panaudojimas, gerinant sveikatos politiką; – užsienio investicijų į kokybės gerinimą pritraukimas; – plėtoti tarptautinį bendradarbiavimą, kurti visuomenės sveikatos biurus, taip sudaryti galimybes plėtoti sveikatos stiprinimo veiklą bendruomenėje; – atsakomybės už savo sveikatą propogavimas, sveikalingumo skatinimas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Politinės-teisinės aplinkos nestabilumas, įstatymų spragos, trukdančios sveikatos paslaugų prieinamumui užtikrinti; – didėjantis Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtros socialiniai ir ekonominiai netolygumai grėsia visuomenės nepasitikėjimu vykdoma sveikatos politika; – sveikatos politikos tikslų nepasiekiamumas, pasėkoje nesuderintų valstybės institucijų veiksmų ir esant mažam kitų sektorių indėliui į visuomenės sveikatos priežiūrą.

Šaltinis: sudaryta autorės.

Nesant adekvataus būklės supratimo, mėginimas spręsti problemas per finansavimo didinimą negali būti veiksmingas be struktūrinių permainų. Sėkminga Lietuvos sveikatos politikos plėtra šiandien priklauso ne nuo pačių lėšų, o nuo jų panaudojimo efektyvumo.

Willjam N. Dunn (2006) teigimu, politikos problemų struktūrizavimas, t.y. dirbtinis viešosios politikos problemų skaidymas į komponentus, suvokiant viso viešosios politikos proceso vientisumą, laikomas pati svarbiausia ir dažniausiai vartojama procedūra ne tik formuojant ir įgyvendinant, vertinant, prognozuojant politikos ateitį ir perspektyvas, bet ir priimant sprendimus (Raipa, Smalskys, 2007).

Problemų sprendimui reikalinga specifinė informacija apie veiksnius, sukėlusius esamą situaciją tam tikroje vietovėje, sukulto efekto dydį bei žinios, koku būdu galima problemą išspręsti.

Veiklos pagrindas – suvokti problemą, ją pripažinti bei įvertinti veiksmų pobūdį. Kalbant apie sveikatos netolygumus, gyvybiškai svarbus veiklos pagrindas – pripažinti problemą ir užtikrinti, kad sveikatos nelygė būtų išmatuota, taip pat labiau akcentuoti socialinius sveikatos veiksnius.

Vis gi, vykdant šalies sveikatos priežiūros sistemos pertvarką nuolat tobulinama teisinė nacionalinės sveikatos politikos bazė, atsižvelgiant į modernias Europos Sąjungos ir pasaulio visuomenės sveikatos politikos strategijas, naujus pavojų sveikatai keliančius iššūkius, mokslinius tyrimus, nuolatinis statistinius stebėjimus bei analizę. Svarbus vaidmuo stiprinant visuomenės sveikatą tenka visiems valstybės sektoriams, visuomeninių organizacijų aktyvumui bei tarptautinio bendradarbiavimo plėtrai.

Reikia tikėti, kad sveikatos sektoriaus plėtra yra investicija į Lietuvos ateitį, kad visi Lietuvos gyventojai yra vienodai brangūs savo šaliai ir turi būti lygūs ligos atveju. Visi nuolatiniai šalies gyventojai turi gauti kokybiškas ir savalaikes gydymo paslaugas, jiems privalo būti laiduojamas tolygus prieinamumas mieste ir kaime.

Apibendrinant, galima teigti, kad vykdant šalies sveikatos sistemos pertvarką nuolat tobulinama teisinė nacionalinės sveikatos politikos bazė, atsižvelgiant į modernias Europos Sąjungos ir pasaulio visuomenės sveikatos politikos strategijas, naujus pavojų sveikatai keliančius iššūkius, mokslinių tyrimų rezultatus, nuolatinis statistinius stebėjimus bei analizę. Svarbus vaidmuo gerinant visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimą tenka visiems valstybės sektoriams, visuomeninių organizacijų aktyvumui bei tarptautinio bendradarbiavimo plėtrai.

3. SVEIKATOS POLITIKOS IR DARNAUS VYSTYMOŠI PRINCIPŲ SAŠAJŲ ĮGYVENDINIMAS LOKALIOJE TERITORIJOJE: KAUNO REGIONO PAVYZDYS

3.1. Sveikatos politikos įgyvendinimas regiono lygmenyje

Gyventojų sveikata itin svarbi šalies regionų konkurencingumui ir ekonomikos augimui. Ilgiau gyvenantys ir sveikesni regiono gyventojai ilgiau bus aktyvūs visuomenėje, prisidės prie regionų darnaus vystymosi.

Kuo valdymo lygis yra arčiau vietos gyventojų, tuo vietinė valdžia turi didesnę indėlį visuomenės mokymui, mobilizavimui ir reagavimui, skatinant darnų vystymąsi (Darbotvarkė 21, 1992).

Sveikatos apsaugos valdyme regiono lygmenyje dalyvauja:

- Savivaldybės meras ir Savivaldybės administracijoje Savivaldybės gydytojas bei Savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba ir Savivaldybės visuomenės sveikatos biuras,
- Teritorinės ligonių kasos direktorius ir Stebėtojų taryba (laikinas patariamasis organas).

Sveikatos apsaugos valdyme regiono lygmenyje iki 2010 m. liepos 1 d. taip pat dalyvavo Apskritis viršininkas ir Apskritis gydytojas bei taryba.

Visuomenės sveikatos priežiūrą savivaldybėse reglamentuoja šie įstatymai:

1. LR Vietos savivaldos įstatymas (Savivaldybės funkcijos: pirminė asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra (įstaigų steigimas, reorganizavimas, likvidavimas, išlaikymas) ir savivaldybių sveikatos programų rengimas ir įgyvendinimas; parama savivaldybės gyventojų sveikatos priežiūrai);

2. LR Sveikatos sistemos įstatymas. Savivaldos vykdomosios institucijos organizuoja pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Taip pat organizuoja / vykdo:

- Sveikatos propagandą, remiančią sveikatos politikos iniciatyvas, per radiją ir televiziją bei kitas visuomenės informavimo priemones

- Valstybinį visuomenės sveikatos monitoringą

– Lietuvos sveikatos programoje nustatytiems uždaviniams savivaldybės organizuoja savivaldybių sveikatos programų ir įstatymų nustatytų planavimo dokumentų rengimą bei jų įgyvendinimą arba numato šių uždavinių įgyvendinimo priemones kitose socialinio ir ekonominio plėtojimo programose.

- Valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros paslaugos (įskaitant visuomenės sveikatos priežiūrą) apmokamos iš PSDF, valstybės ar savivaldybių biudžetų, savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų.

- Savivaldybės remia savo teritorijos gyventojų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.

3. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. LNSS savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinė įstaiga yra savivaldybės visuomenės sveikatos biuras.

4. LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas.

5. LR Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas.

Visuomenės sveikatos stebėsenos sistemą sudaro valstybės, savivaldybių ir ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėsenos. Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos programas rengia, tvirtina ir įgyvendina savivaldybių institucijos, suderinusios su Sveikatos apsaugos ministerija ar jos įgaliota institucija. Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną vykdoma joms priskirtose teritorijose, siekiant gauti išsamią informaciją apie savivaldybių teritorijų visuomenės sveikatos būklę ir remiantis objektyvia informacija planuoti bei įgyvendinti vietines visuomenės sveikatos prevencijos priemones.

Savivaldybių institucijos organizuoja savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir atlieka šias funkcijas:

1) kaupia savivaldybės bendruomenės sveikatos būklės ir jos kitimo duomenis, vertina ir analizuoja jų pokyčius;

2) stebi ir analizuoja aplinkos veiksnius, darančius įtaką sveikatai;

3) analizuoja socialinius bei ekonominius veiksnius, veikiančius gyventojų sveikatą;

4) analizuoja teritorijoje esančių ūkio subjektų visuomenės sveikatos stebėsenų duomenis;

5) teikia informaciją visuomenei, valstybės ir savivaldybių institucijoms, įstaigoms ir įmonėms;

6) naudoja duomenis valdymo sprendimams įvertinti ir pagrįsti.

6. LR Švietimo įstatymas ir kiti specialieji įstatymai: LR Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas, LR Triukšmo valdymo įstatymas, LR Geriamojo vandens įstatymas, LR Nuodingų medžiagų kontrolės įstatymas, LR Cheminių medžiagų ir preparatų įstatymas, LR Narkologinės priežiūros įstatymas, nustatantys specialiąsias visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas savivaldybėse.

Valstybinės sveikatos programos privalomos vykdyti tiek nacionaliniu, tiek teritoriniu lygiu. Įgyvendinant Sveikatos programas (1989) lokaliajoje teritorijoje, siekiama pasiekti išskeltus (iki 2010 m.) uždavinius:

1. Gerinti gyventojų sveikatingumo rodiklius įgyvendinant specialius Sveikatos programos tikslus.

2. Gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą.

3. Įgyvendinti Valstybines ir savivaldybių sveikatos programas.

4. Mokyti bei kelti sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikaciją (LSP, 1989)

Lietuvos sveikatos 1998-2010 m. programoje savivaldos institucijoms buvo numatytos sekančios funkcijos:

- 1) įgyvendinti patvirtintas valstybines sveikatos programas savo teritorijose;
- 2) atlikti teritorijos gyventojų sveikatingumo būklės probleminę analizę ir jos pagrindu rengti kitas su sveikatinimo veikla susijusias programas, numatančias specifinių tos teritorijos problemų sprendimą;
- 3) rengti ir įgyvendinti savivaldybių sveikatos programas.

Įgyvendinant Sveikatos programą, sutelkus visuomenės, valstybės, savivaldos bei sveikatos priežiūros institucijų pastangas, siekiama mažinti Lietuvos gyventojų mirtingumą, ilginti jų vidutinę gyvenimo trukmę, kartu mažinant sveikatos skirtumus tarp teritorijų administracinio suskirstymo vienetų. Regionuose, kuriuose socialinė ekonominė situacija nepalanki, gyventojų sveikatos rodiklių skirtumai liudija, kad esama daug neišnaudotų galimybių Lietuvos gyventojų sveikatai gerinti. Konkrečios pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo priemonės netolygumų mažinimo tikslams pasiekti turi būti numatytos valstybės bei savivaldos vykdomųjų institucijų parengtose savivaldybių sveikatos programose (LSP, 1998).

Sanglaudos politika taip pat siekiama mažinti Europos regionų skirtumus, kad sustiprėtų visos ES ekonominė ir socialinė sanglauda. Šiomis aplinkybėmis sveikata vis labiau pripažįstama kaip prioritetinė sritis, o pagrindinės priemonės didesnei ekonominei ir socialinei sanglaudai sveikatos srityje pasiekti yra Europos regioninės plėtros fondas (ERPF) ir Europos socialinis fondas (ESF). Per 2007–2013 m. sveikatos infrastruktūrai ketinama skirti per 5 mlrd. EUR. Didelė dalis šių lėšų skirta kai kuriems konvergencijos regionams. Be to, lėšos skirtos paremti kitoms su sveikata susijusioms priemonėms, pavyzdžiui, mokslinių tyrimų ir inovacijų, informacinės visuomenės, t. y. e. sveikatos paslaugos piliečiams, ir žmogiškojo kapitalo, t. y. aktyvus senėjimas ir ilgesnis darbinės veiklos laikotarpis (Regioninė politika, 2011).

Patvirtinus Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veiksmų 2003–2006 metų programą 2003 metais, Lietuvos Respublikos vyriausybė rekomendavo savivaldybių institucijoms parengti lokalias (bendruomenių) aplinkos sveikatinimo veiksmų programas.

Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veiksmų 2003–2006 metų programos tikslai ir prioritetai dera su Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos tikslais ir prioritetais. Nemažą vaidmenį, įgyvendinant tiek Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos, tiek Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veiksmų 2003–2006 metų programos uždavinius, atlieka sveikatos apsaugos valdyme regiono lygmenyje dalyvaujantys subjektai. Nacionalinės aplinkos sveikatinimo veiksmų 2003–2006 metų programos įgyvendinimo teritoriniame lygmenyje uždaviniai pateikti 3 priede.

Šalies „darnaus vystymosi tendencijos turėtų integruoti darnaus vystymosi ir strateginio planavimo metodiką“ (Bivainis, Tamošiūnas, 2007, p. 31). Savivaldybių, kaip regioninių institucijų

vaidmuo įgyvendinant darnaus vystymosi politiką ypatingai svarbus, kadangi būtent šios teritorinės institucijos pirmosios susiduria su tiesiogiai gyventojus liečiančiomis ekonominės plėtros, socialinės ir aplinkos apsaugos problemomis ir jas sprendžia.

Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos (2009) visuomenės sveikatos klausimais įgyvendinimo teritoriniame lygmenyje priemonių planas 2009-2020 m. laikotarpiui pateiktas 4 priede.

Regiono (vietinio lygmens) darnaus vystymosi planas yra „ne tik vietinių problemų sprendimų būdų paieška“, bet ir „globalių pasekmių nustatymas, visuotinio solidarumo ir teisingumo principų taikymas, pasekmių ateities kartoms numatymas“ (Bivainis, Tamošiūnas, 2007, p. 32).

Šalies strateginiuose planuose bei programose teritoriniame lygmenyje, gerinant regiono (savivaldybės) gyventojų sveikatą, numatytos tokios įgyvendinimo priemonės, kaip:

- rengti savivaldybės sveikatos programą,
- plėtoti bendradarbiavimą ir įtraukti kitus sektorius į sveikatinimo veiklą,
- užtikrinti asmenų teisę į sveiką aplinką, kurioje triukšmas nekenktų sveikatai,
- plėtoti kurortinių teritorijų infrastruktūrą – didinti sveikatingumo ir gydymo paslaugų įvairovę ir apimtį, prieinamumą visiems vartotojams,
- vertinti galimą poveikį visuomenės sveikatai,
- taikyti kompleksinę aplinkos ir sveikatos rodiklių nuolatinės stebėsenos ir analizės sistemą aplinkos keliamai sveikatos rizikai vertinti,
- numatyti ir įgyvendinti neigiamo priklausomybių ligų poveikio mažinimo priemones,
- vykdyti prevencines programas: skatinti visuomenę aktyviau prisidėti prie aplinkos sveikatinimo, skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą,
- gerinti savivaldybių teikiamas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas – steigti visuomenės sveikatos biurus, kurie leis aktyviau spręsti aktualias tam tikros teritorijos visuomenės sveikatos priežiūros problemas, aktyviau vykdyti sveikatinimo veiklą,
- užtikrinti sveikatos politiką formuojančių ir įgyvendinančių institucijų skaidrumą, stiprinti bendrąją ir specialiąją įstaigų darbuotojų kompetenciją.

Rengdamos ir įgyvendindamos sveikatos programas, kaip ir darnaus vystymosi planus, savivaldybės / regionai turi galimybę įtraukti vietos bendruomenę į sveikatos plėtros strateginių krypčių rengimo procesą, integruojant aplinkos, socialinius bei ekonominius sprendimus.

3.2. Empirinio tyrimo metodologija

Išanalizavus darnaus vystymosi koncepcijos ir Lietuvos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo teorinius aspektus, išryškinus sistemos politikos ir darnaus vystymosi principų tarpusavio sąveiką bei sveikatos politikos teigiamus ir neigiamus pokyčius darnaus vystymosi kontekste, siekiant išsamesnės sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų įgyvendinimo analizės vietos lygmenyje atlikta sveikatos apsaugos valdyme dalyvaujančių subjektų apklausa.

Empirinio tyrimo tikslas – ištirti sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsają įgyvendinimą Kauno regione.

Empiriniu tyrimu siekiama išsiaiškinti: kas buvo nuveikta, gerinant Kauno regiono gyventojų sveikatą, koks yra Kauno regiono institucijų bei savivaldybės vadovų požiūris apie sveikatos politiką, jos valdymą bei galimybes, kaip buvo įgyvendinti Lietuvos sveikatos programos tikslai, kurie atitiko ar neatitiko Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos.

Empirinio tyrimo atlikimui pasirinktas kokybinis tyrimas, apklausos metodas – pusiau struktūruotas interviu, kurio pagalba apklausiami Kauno regiono institucijų bei savivaldybės vadovai, valstybės tarnautojai (atstovai), kurie tiesiogiai at netiesiogiai prisideda prie Kauno regiono gyventojų sveikatos gerinimo. Interviu metodas naudojamas, siekiant išsiaiškinti požiūrį apie sveikatos politiką, jos valdymą bei galimybes ir darnų vystymąsi.

Kadangi siekiama atskleisti skirtingų institucijų asmenų asmeninius požiūrius, nuomonę, patirtį ir išvelgti pagrindines problemas, pasirinktas kokybinis tyrimo metodas. Duomenys renkami organizuojant individualius interviu. Tai toks interviu tipas, kai viename interviu dalyvauja vienas dalyvaujantis informantas – respondentas (Bitinas ir kt., 2008).

Interviu yra vienas iš efektyvių kokybinio tyrimo metodų. „Reikiamos žodinės informacijos gaunama tiesioginiu kryptingu interviu su respondentu. Tai individualus pokalbis, garantuojantis didesnę patikimumą, negu anketinis metodas ar kiti apklausos būdai“ (Tidikis, 2003, p. 464-465).

Empiriniam tyrimui atlikti naudojamosi pirminiais duomenimis, tam vykdoma tiesioginė (akivaizdinė) individuali apklausa žodžiu. Bitino ir kt. (2008) teigimu, interviu, kaip kokybinių duomenų rinkimo metodo, taikymas grindžiamas prielaida, kad prasminga žinoti informantų požiūrius, vertinimus, motyvaciją ir nuomones. Atkreipiamas dėmesys ir į stebėjimą: šiuo atveju tyrėjas ne tik girdi, bet ir mato kaip informantas sako ir kaip tuo metu elgiasi. Nors pagrindinis dėmesys kreipiamas į tai, ką informantas sako, o neverbalika tuo pačiu padeda suvokti dar pilnesnį informanto požiūrį, nuomonę bei įsitikinimus (Bitinas ir kt., 2008).

Siekiant iš kiekvieno institucijų atstovo gauti skirtingos informacijos, apklausai pasirinktas pusiau struktūruotas interviu. Šiuo atveju, tyrėjas, atsižvelgdamas į situaciją ir iškeltus tikslus, gali spontaniškai formuoti klausimus, patogiū būdu surinkti duomenis, atskleisti iš anksto nenumatytus tiriamos problemos aspektus. Kad būtų lengviau apdoroti gautus duomenis ir kadangi pripažįstama, kad tyrėjas yra nepatyręs, pasirinktas pusiau struktūruotas interviu, kuris kitų autorių literatūroje dar

vadinamas iš dalies struktūruotasis (iš dalies standartizuotas) interviu (Bitinas ir kt., 2008). Iš anksto prieš interviu numatomi klausimai pagrindiniam klausimynui, kurie pateikti priede Nr. 5. Kiti klausimai interviu metu kyla spontaniškai, atsižvelgiant į aplinkybes.

Tidikio (2003, p. 467) teigimu, „iš anksto numatomi būtini ir galimi klausimai. Pusiau standartizuoto interviu procedūra ir klausimai standartizuojami tik iš dalies“.

Pusiau struktūruoto interviu klausimynas gali keistis su skirtingais informantais, kadangi jis detalizuojamas laipsniškai, rengiantis kiekvienam kitam interviu tyrėjas remdamasis ankščiau gauta informacija klausimyną vis labiau detalizuoja. Į pagrindinį klausimyną įeina ne tik klausimai, bet ir teiginiai, kurie sudaryti, atsižvelgiant į tris pagrindines klausimų formulavimo taisykles: kad respondentas suprastų klausimą, sugebėtų atsakyti į klausimą, norėtų suteikti informaciją. Visi klausimyne naudojami klausimai yra atviri (Bitinas ir kt., 2008).

Be to, pasirinktas kokybinio tyrimo metodas yra ir ekspertinis interviu. Ekspertiniu vadinamas todėl, kad buvo apklausti institucijų vadovai (atstovai), tiesiogiai susiję su sveikatos politikos formavimu ir įgyvendinimu Kauno regione, taip pat gali prisidėti prie Kauno regiono gyventojų sveikatos gerinimo.

Ekspertų vertinimo metodo patikimumas priklauso nuo ekspertų parinkimo. Jie privalo būti kompetentingi asmenys, turintys specialios patirties ir išmanantys tiesiogiai su ekspertizės objektu susijusią sritį. Ekspertų kompetentingumo rodikliai yra pareigybinė padėtis, praktinio šioje srityje darbo stažas. Didelę reikšmę turi tokie ekspertų bruožai, kaip objektyvumas, principingumas, sugebėjimas analizuoti problemą nepasiduodant vyraujančioms tendencijoms (Tidikis, 2003).

Respondentais buvo pasirinkti sekantys ekspertai:

- Kauno miesto savivaldybės administracijos padalinių vadovai (atstovai):
 - Socialinių reikalų departamentui priskirtas Savivaldybės gydytojas,
 - Miesto ūkio departamento Aplinkos apsaugos skyriaus vedėja,
 - Miesto plėtros departamento Plėtros programų ir investicijų skyriaus vedėjas,
- Kauno savivaldybės visuomenės sveikatos biuro vadovai (atstovai),
- Kauno teritorinės ligonių kasos vadovai (atstovai).

Atlikti 5 išplėstiniai interviu (žr. 7 lent.). Surinkta informacija iš aktyvių aukščiau išvardintų institucijų vadovų (atstovų), bet kai kurie pageidavo likti neįvardinti. Todėl, aptariant empirinio tyrimo rezultatus ir įvardijant asmeninę respondentų nuomonę, užtikrinant jų konfidencialumą, neįvardijamas konkretus asmuo, o nurodomas tik jų atstovavimas konkrečios institucijos interesus bei pareigos.

Planuojant ekspertinį interviu su informantais – respondentais tartasi telefonu, suderinus vietą, laiką, preliminarią trukmę bei klausimus iš anksto pateikus elektroniniu paštu susipažinimui, kad ekspertai galėtų geriau apmąstyti ir pasirengti pokalbiui. Iš anksto buvo numatyta interviu skirti apie 1 val.

7 lentelė. Empiriniame tyrime dalyvavusių institucijų atstovai - respondentai

Respondentai	Atstovaujama institucija	Atstovaujamos institucijos tikslai	Respondentų pareigos
A1	Kauno miesto savivaldybės administracijos Socialinių reikalų departamentui priskirtas Savivaldybės gydytojas	Vykdyti sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą, užtikrinti Savivaldybės laiduojamą (nemokamą) sveikatos priežiūrą, valdyti sveikatos rėmimo ir sveikatinimo veiklos sutartis, užtikrinti sveikatinimo veiklos teisės normų laikymąsi. Organizuoti Savivaldybės tarybos patvirtintų tikslinių ir kompleksinių Savivaldybės sveikatos programų, Savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo programos bei Lietuvos sveikatos programos, valstybinių sveikatos strategijų ir programų, sveikatos priežiūros plėtos, restruktūrizavimo programų ir projektų rengimą, įgyvendinimą.	Departamento direktorius ir vyriausioji specialistė
A2	Kauno miesto savivaldybės administracijos Miesto ūkio departamento Aplinkos apsaugos skyrius	Derinti aplinkos kokybę ir užtikrinti jos apsaugą, rengti ir įgyvendinti Savivaldybės aplinkos apsaugos programas, vykdyti aplinkos stebėseną (monitoringą), organizuoti ir įgyvendinti Savivaldybės saugomų teritorijų steigimą, dalyvauti valdant valstybinius parkus, įgyvendinti kitas aplinkosaugos priemones.	Skyriaus vedėja ir vyriausioji specialistė
A3	Kauno miesto savivaldybės administracijos Miesto plėtos departamento Plėtos programų ir investicijų skyrius	Siekiant užtikrinti miesto konkurencingą ekonominę aplinką, plėtoti žinių ekonomiką, didinti miesto patrauklumą. Dalyvauti Kauno miesto savivaldybės strateginio veiklos plano programų įgyvendinime ir pritraukti finansinę paramą miestui plėtoti ir verslui skatinti, informuoti apie Kauną, kaip patrauklų miestą, skatinti bendradarbiavimą, vietinį ir tarptautinį turizmą.	Skyriaus vedėjas
A4	Kauno savivaldybės Visuomenės sveikatos biuras	Tikslas – rūpintis savivaldybės gyventojų sveikata, vykdyti Savivaldybės teritorijoje, taip pat kelių savivaldybių teritorijoje, jeigu tai yra nustatyta Biuro steigėjo ir kitų savivaldybių sudarytoje sutartyje, LR įstatymais ir kitais teisės aktais reglamentuojamą savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūrą, siekiant mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą, gerinti gyvenimo kokybę, teikiant kokybiškas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas.	Direktorė
A5	Kauno teritorinė ligonių kasa (TLK)	Užtikrinti apdraustųjų sveikatos priežiūrą, kompensuojant jos išlaidas, skaidriai ir efektyviai naudojant lėšas.	Direktorius ir viešųjų ryšių specialistė

Šaltinis: sudaryta autorės.

Nors, pusiau struktūruoto interviu metodas leido atskleisti problematikos niuansus, vis dėlto susidurta ir su tam tikrais šio metodo apribojimais. Kai kurie respondentai atsisakė teikti išsamiai informaciją, neatsakė į visus klausimus, stokojant laiko ar dėl kitų neįvardintų priežasčių. Tuo pasėkoje, kokybinis tyrimas buvo papildytas teisės aktų bei kitų dokumentų analize.

Bendriausia prasme kontent – analizė (turinio analizė) yra „technika, leidžianti, objektyviai ir sistemiškai išnagrinėjus teksto ypatybes, daryti patikimas išvadas“ (Tidikis, 2003, p. 498). Autoriaus teigimu, kontent – analizės metodo esmė – išskirti dokumento tekste tam tikrus elementus, tirti jų ryšius tiek vieno su kitu, tiek su visa informacijos apimtimi. Šio metodo paskirtis ir yra atskleisti, susisteminti ir apibendrinti informaciją.

Šiame tyrime kontent – analizės objektu pasirinkta rašytinių dokumentų rūšis. Naudojant šį metodą kokybiniame tyrime pasirinktas tokie atrankos elementai, kaip žodžiai, frazės bei sąvokos, charakterizuojančios sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajas.

3.3. Empirinio tyrimo rezultatai

Empirinio tyrimo rezultatai suskirstyti į grupes pagal teorinėje darbo dalyje išskirtas sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajas (žr. 3 pav.).

Laikantis *partnerystės ir atsakomybės principų*, empirinio tyrimo metu siekiama išsiaiškinti: ar rengiant norminius bei strateginius dokumentus yra įtraukiamos suinteresuotosios grupės (sveikatos priežiūros specialistai, pacientų organizacijos, NVO, socialiniai partneriai), kokiais kriterijais remiantis nustatomi suinteresuotų šalių įtraukimo prioritetai, kokiais dokumentais įtvirtinamas suinteresuotų šalių įtraukimas į sprendimų priėmimą, kokiomis visuomenės informavimo priemonėmis naudojamosi, siekiant pritraukti suinteresuotąsias grupes, galiausiai, ar pasitelkiama konsultantų pagalba.

Rengiant norminius bei strateginius dokumentus, A5 respondento teigimu, „organizuojami pasitarimai, įtraukiant suinteresuotas šalis, tai asmens sveikatos priežiūros įstaigų atstovus, pacientų organizacijas ir kt.“ Bet, daugumos respondentų (A1, A3, A4) nuomone, rengiant norminius bei strateginius dokumentus „sveikatos priežiūros specialistai ir pacientų organizacijų įtraukimas yra daugiau teorinis“. Bet palaikomas glaudus bendradarbiavimas su „aukštojo mokslo įstaigomis ir nevyriausybinėmis organizacijomis (NVO)“. Tiriamosios institucijos bendradarbiauja ir tarpusavyje, ir su Sveikatos apsaugos ministerija, Kauno rajono savivaldybės bei rajono visuomeninėmis organizacijomis, asmens sveikatos priežiūros įstaigomis ir kitomis institucijomis. Ši partnerystė įforminama susitarimais ir terminuotomis sutartimis. Taip pat bendradarbiauja ir keičiasi informacija su užsienio partneriais, skleidžia su tuo susijusią informaciją Kauno miesto gyventojams. A5 respondento nuomone, „viena iš įstaigos prioritetų – mandagus, operatyvus bendravimas su gyventojais“.

Atkreipiamas dėmesys, kad rengiant norminius bei strateginius dokumentus į konsultantus nesikreipiama. Respondentų (A1, A2, A3, A4) teigimu, „tam nenumatyta lėšų“ arba tiesiog „nėra lėšų“ ir „apsiribojama vietinių teisininkų pagalba“.

Atlikus Kauno regiono norminių dokumentų analizę, galima teigti, kad Kauno miesto savivaldybė neįvykdė savo funkcijos, todėl nėra pasiektas vienas iš Lietuvos sveikatos programos tikslų – „įgyvendinti savivaldybių sveikatos programą“, nes šiai dienai dar nėra parengta Kauno savivaldybės (Kauno regiono) sveikatos problemų sprendimų programa. Respondentų teigimu, „šia tema vyksta debatai su Sveikatos apsaugos ministerija“.

Laikantis *lygybės ir teisingumo principų*, empirinio tyrimo metu siekiama išsiaiškinti: kokiais kriterijais remiantis nustatomi prioritetai priimant sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo sprendimus ir kokiais kriterijais remiantis nustatomos prioritetinės visuomenės sveikatos priežiūros bei ugdymo kryptys.

A4 respondento teigimu, prioritetai priimant sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo sprendimus nustatomi, „atsižvelgiant į Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas“, taip pat „orientuojantis į svarbumą, įvairiomis priemonėmis užtikrinama piliečių teisė į sveiką aplinką ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas“ ir, A5 respondento teigimu, perkeliama į institucijų strateginius planus.

Pažymėtina, kad gyventojų apklausos, A4 respondento teigimu, nevykdomos, nes „lėšų tam nėra skiriama“, nors A5 respondentas teigia, kad į 2011 m. veiklos planą yra įtrauktas „visuomenės nuomonės apklausų, kurių tikslas – nustatyti visuomenės informuotumą, pasitikėjimą ir pasitenkinimą privalomojo sveikatos draudimo sistema, ligonių kasomis ir gydymo įstaigomis bei sekti jų pokyčius“, vykdytas.

Kauno miesto savivaldybės administracijos Socialinių reikalų departamento direktoriaus (A1 respondentas), kuris empirinio tyrimo metu vykdė ir Savivaldybės gydytojo pareigas, nuomone, Savivaldybės gydytojo pagrindinė veiklos sritis – „miesto sveikatinimo politika, gyventojų būklės tyrimai“.

Prioritetinės visuomenės sveikatos priežiūros bei ugdymo kryptys, A1 respondento teigimu, nustatomos „remiantis Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiąja programa ir jos priemonių planu, atsižvelgiant į gyventojų sergamumo, mirtingumo, sveikatos priežiūros kokybės rodiklius ir įgyvendinant nacionalinę sveikatos politiką“.

Kauno miesto savivaldybės administracijos Miesto ūkio departamento Aplinkos apsaugos skyrius rūpinasi, kad aplinka, kurioje gyvename, būtų „kuo palankesnė miestiečių sveikatai“. „Oro taršos kietosiomis dalelėmis mažinimas ir triukšmo prevencija – tai užduotys, kurias mums iškėlė ir kurių vykdymą kontroliuoja Europos Sąjungos komisija“ (A2 respondento teigimas).

Laikantis *informavimo ir aktyvaus dalyvavimo principų*, interviu metu išsiaiškinta, kad nemažai dėmesio skiriama visuomenės informavimo priemonėms. Kauno regiono gyventojų informavimas apie aplinką ir sveikatos priežiūrą bei skatinimą užtikrinamas keliomis efektyviomis komunikavimo priemonėmis: visi respondentai naudoja internetą ir vietinę spaudą. Spauldoje bei interneto svetainėse gyventojai, gydymo įstaigos, organizacijos nuolat informuojamos apie naujienas, aktualias įvairių paslaugų teikimo srityje. Respondentų (A1, A4, A5) teigimu, visuomenė apie sveikatos priežiūrą, jos stiprinimą yra informuojama: per respublikinę ir regioninę spaudą (straipsniai, interviu, informacijos), radiją (sveikatos laidos, interviu, reklama), respublikinę bei regioninę televiziją (sveikatos programos, reklaminiai klipai, bėgančios eilutės), interneto svetainę (naujausi aktualiausi pranešimai, straipsniai, prevencinės programos, aktualijos ir pan.) bei informacinius standus.

A5 respondento teigimu, „gyventojams ir įstaigoms 2009 m. buvo pateikta 66 proc. daugiau informacijos, nei 2008 m.“, „bendradarbiaujama su 19 leidinių redakcijomis. 2010 m išspausdinti 196 straipsniai, visi nemokamai. Problema ta, kad tam neskiriama lėšų ir redakcijos pačios sprendžia kokias temas spausdinti“. „Per 2010 m. išplatinta 22 tūkstančiai lankstinukų apie prevencines programas bei pacientų teises ir pareigas“.

A4 respondento teigimu, aplinkos keliami sveikatos rizika vertinama „įvairiais pjūviais“. Bet planuojant Kauno regiono vystymą skiriama dar per mažai dėmesio, kiek tai turės įtakos gyventojų sveikatai. Pažangios technologijos pakeičia sunkaus darbo našumą, tačiau teršia orą. Kenksmingi aplinkos veiksniai ypač pavojingi - gyventojų sveikatai kenkia užterštas oras.

Respondentų teigimu, nemažai dėmesio skiriama prevencinių tyrimų vykdymui ir finansavimui. Be to, įgyvendinant prevencines programas, A5 respondento teigimu, „užtikrinama prevencinių programų eigos stebėseną“.

2008 m. išplatinta informacija Lietuvos mastu apie naują pasaulinę iniciatyvą – Judėk sveikatos labui – siekiant pabrėžti žmogaus fizinio aktyvumo svarbą. Per 2009 metus, vykdant sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą, koordinuota Valstybinė rizikos grupių skiepavimo sezoninio gripo vakcina, įgyvendinamos valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės programos savivaldybės lygmenyje bei kitos programos.

Laikantis *sisteminio (integruoto) požiūrio principo*, įgyvendinant strateginius uždavinius, Kauno regione, Kauno miesto savivaldybės tarybos 2007-12-06 sprendimu Nr. T-651 Kauno miesto savivaldybės visuomenės įsteigtas sveikatos biuras, kuris 2008 metais pradėjo veikti. Taigi, Kauno miesto savivaldybės Visuomenės sveikatos biuras – palyginti nauja įstaiga, kurios pagrindinis veiklos tikslas – siekti, kad Kauno miesto gyventojų sveikata būtų kuo geresnė.

Visuomenės sveikatos biuro direktorės (A4 respondentas) teigimu, pagrindinės biuro veiklos sritys yra „visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringas) ir jos pokyčių analizė, bendruomenės sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos programų, aplinkos sveikatinimo veiksmų plano rengimas ir įgyvendinimas savivaldybės teritorijoje, taip pat vaikų ir moksleivių sveikatos priežiūra. Sveikatos mokymas, žinių apie sveiką gyvenseną sklaidymas, informacijos apie sveikatinimo priemones ir renginius gyventojams teikimas – taip pat vienos pagrindinių Visuomenės sveikatos biuro veiklos užduočių“. Taigi, biuras nuo 2008 m. pradėjo veikti ir organizavo nemažai visuomenės sveikatos mokymo ir sveikatinimo renginių.

Laikantis *aplinkos ir ryšio su ateitimi principų*, norint veiksmingai reguliuoti į aplinką patenkančių teršalų kiekį, priimti efektyvius sprendimus sveikatos ir aplinkos kokybės gerinimo srityje, svarbu turėti patikimą ir išsamią informaciją apie miesto aplinkos būklę, jos pokyčius. Tokią informaciją gali suteikti aplinkos stebėseną (monitoringas).

Kaunas buvo pirmasis Lietuvos miestas, kuris pradėjo vykdyti savivaldybių lygmens aplinkos (ekologinį) monitoringą. Teigiama, kad pagrindinis specifinis savivaldybių monitoringo bruožas, lyginant jį su valstybiniu yra tas, kad vykdant savivaldybių lygmens monitoringą būtini duomenys apie aplinkos kokybę atskiruose miesto teritoriniuose padaliniuose, kuriais remiantis būtų galima planuoti bei įgyvendinti konkrečias aplinkosaugos priemones, vertinti jų veiksmingumą ir teikti patikimą informaciją suinteresuotoms institucijoms ir visuomenei apie skirtingų miesto padalinių aplinkos kokybę ir galimą aplinkos užterštumo poveikį žmonių sveikatai ir gyvajai gamtai.

Kauno miesto aplinkos monitoringo 2008-2012 m. programos tikslas – reguliariai vykdyti Kauno miesto pagrindinių aplinkos komponentų būklės stebėjimus, kaupti duomenis, analizuoti vykstančius pokyčius ir teikti miesto institucijoms informaciją, kuria remiantis būtų galima vertinti ir prognozuoti miesto ir jo atskirų teritorinių padalinių aplinkos pokyčius ir galimas pasekmes, planuoti ir įgyvendinti aplinkos apsaugos ir aplinkos tvarkymo priemones, informuoti visuomenę.

Laikantis *skaidrumo ir kompetencijos principų*, visų tiriamųjų institucijų veiklos skaidrumas užtikrinamas parengiant, patvirtinant ir įgyvendinant „korupcijos prevencijos programas“, taip pat „informacijos pateikimu ir jos prieinamumu plačiajai visuomenei“. Institucijų interneto svetainėse viešai yra skelbiama įstaigos struktūra, kontaktai, darbuotojų atlyginimai, veiklos planai, ataskaitos, antikorupcijos planai, aktualijos, informaciniai pranešimai ir kt.

2009 m. patvirtinta Kauno miesto savivaldybės 2009–2011 metų korupcijos prevencijos programa. Korupcijos prevencijos funkcijos vykdymas pavestas Kauno miesto savivaldybės administracijos Teisės departamentui. Kauno teritorinės ligonių kasos taip pat patvirtino korupcijos prevencijos programą ir kasmet rengia šios programos priemonių įgyvendinimo planą bei ataskaitą apie įvykdymą.

Didinant darbuotojų motyvaciją siekti geresnių rezultatų bei didinti darbo efektyvumą, gerinant dirbančiųjų darbo sąlygas bei vidinės komunikacijos galimybes, užtikrinamas pastovus kvalifikacijos kėlimas. Apklaustų institucijų darbuotojų kompetencija, visų respondentų teigimu, stiprinama „nacionalinėse ir tarptautinėse konferencijose“, „tobulinimo kursuose Lietuvoje ir užsienyje“. Plėtojant žmogiškuosius išteklius, A5 respondento teigimu, institucijoje atliekama „personalo vidinė apklausa“. Įgyvendinus mokymo planus, parengiamos ataskaitos.

Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduria visi respondentai savo profesinėje veikloje, yra „tiek žmogiškųjų, tiek finansinių išteklių trūkumas“ bei „žinių stoka“: svarbiausia, respondentų teigimu, „suvokti, kad už kiekvieno iš mūsų sveikatą esame atsakingi mes patys, o ne šeima, ar šeimos gydytojas“.

Apibendrinant tyrimo rezultatus, galima teigti, kad sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajos Kauno regione veikia tik iš dalies. Išskiriamos sekančios sveikatos politikos įgyvendinimo Kauno regione problemos:

- nėra parengtos savivaldybės lygmenyje sveikatos programos,
- nepakankamas numatytų visuomenės sveikatos priežiūros prioritetų finansavimas savivaldybės lygmenyje,
 - nėra nustatyta prevencinių priemonių įgyvendinimo veiksmingumo bei efektyvumo kriterijų,
 - nepakankamas pačios visuomenės iniciatyvumas, atsakomybė už savo sveikatą bei dalyvavimas sveikatos stiprinimo veikloje,
 - išlieka tarpžinybinio bendradarbiavimo problemos, nepakankama kitų sektorių motyvacija dalyvauti sveikatos stiprinimo veikloje.

Savivaldybė yra svarbi institucija, galinti daryti įtaką politiniams sprendimams arba pati juos priimti, atsižvelgdama į tai, kad visi politiniai sprendimai būtų įvertinti sveikatos aspektu ir strateginiuose planuose būtų numatyti sveikatos gerinimo veiksmai.

Savivaldybių, kaip regioninių institucijų vaidmuo įgyvendinant darnaus vystymosi politiką ypatingai svarbus, kadangi būtent šios teritorinės institucijos pirmosios susiduria su tiesiogiai gyventojus liečiančiomis ekonominės plėtros, socialinės ir aplinkos apsaugos problemomis ir jas sprendžia. Todėl, rengdamos ir įgyvendindamos sveikatos programas lokaliaje teritorijoje, kaip ir darnaus vystymosi planus, savivaldybės turi įtraukti vietos bendruomenę į sveikatos plėtros strateginių krypčių rengimo procesą, integruojant aplinkos, socialinis bei ekonominius sprendimus, siekiant įtvirtinti visuomenės sveikatos svarbą savivaldybės politikoje.

Savivaldybė, siekdama spręsti sveikatos ir aplinkos problemas socialinėje, ekonominėje ir ekonominėje perspektyvoje, turi būti pagrindinė institucija, įgyvendinant sveikatos programą ir nacionalinę strategiją vietiniu lygiu, turi užtikrinti viso proceso efektyvumą, nustatant konkrečius pasirinkimo prioritetus ir kriterijus, suteikiant ištekliui, reikalingus priemonių įgyvendinimui, bei remti suinteresuotų šalių dalyvavimą, sudarant galimybę visuomenei dalyvauti (pranešant žiniasklaidoje, organizuojant atvirus susitikimus, skelbiant internete), kviečiant dalyvauti reglamentuojančių komitetų veikloje bei naudojant visuomenės apklausas.

IŠVADOS

1. Darnaus vystymosi koncepcija su sveikatos politika ypač tampriai siejasi dėl bendrų tikslų. Sveikatos politikos vaidmuo yra itin svarbus, siekiant užtikrinti ir gerinti visuomenės gyvenimo kokybę. Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje taip pat yra numatyta kelti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, plėtojant švietimo, sveikatos apsaugos, socialinių ir kitokių paslaugų sferą, stabilizuoti ir gerinti aplinkos kokybę, kartu įsitraukiant į globalinių aplinkos problemų sprendimą. Jos įgyvendinime susiduriama su nemažai problemų, kas reikalauja esminių mastymo, ekonominių ir socialinių struktūros bei vartojimo ir gamybos pokyčių, o tuo pačiu ir nuolatinio prisitaikymo prie šių pokyčių.

2. Pagrindiniai sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo aspektai buvo suformuoti Lietuvos sveikatos programoje ir sveikatos sistemą reglamentuojančiuose įstatymuose, tačiau juose išskelti siekiniai nevisiškai pasiekti dėl visuomenės suinteresuotumo savo sveikata trūkumo bei sveikatos sistemos neefektyvumo, dėl ko sveikatos rodikliai ženkliai atsilieka nuo siekinių, išskyrus kūdikių mirtingumą.

3. Sveikatos politikos vaidmuo šalies darniame vystymesi apima sveikatos politikos ir darnaus vystymosi politikos principų sąsajas, kaip: integruotas požiūris į individo ir visuomenės sveikatą, apimantis fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, aplinkos neigiamo poveikio sveikatai mažinimas, orientacija į visuomenės poreikius ir lūkesčius, sveikatos apsaugos visiems visuomenės nariams užtikrinimas ir netolygumų mažinimas, visuomenės informavimas ir aktyvus dalyvavimas sprendimų priėmime, partnerystė ir kompetentingas vadovavimas bei valdymas. Remiantis sveikatos politika ir darnaus vystymosi politika, yra būtinas visuomenės švietimas apie aplinkosaugą ir darnų vystymąsi, visuomenės sąmoningumo plėtotė ir su tuo susijusios gyvenimo pokyčių skatinimas. Svarbu ugdyti atsakingą visuomenės, jos visų grupių požiūrį į aplinką, bendradarbiauti su nevyriausybinėmis organizacijomis bei skatinti visuomenę dalyvauti sprendimo priėmimo procese.

4. Empirinio tyrimo duomenimis, sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajos Kauno regione veikia tik iš dalies. Išskiriamos šios sveikatos politikos įgyvendinimo Kauno regione problemos: nėra parengtos savivaldybės lygmenyje sveikatos programos, nepakankamas numatytų visuomenės sveikatos priežiūros prioritetų finansavimas savivaldybės lygmenyje, nėra nustatyta prevencinių priemonių įgyvendinimo veiksmingumo bei efektyvumo kriterijų, nepakankamas pačios visuomenės iniciatyvumas, atsakomybė už savo sveikatą bei dalyvavimas sveikatos stiprinimo veikloje, taip pat išlieka tarpžinybinio bendradarbiavimo problemos ir nepakankama kitų sektorių motyvacija dalyvauti sveikatos stiprinimo veikloje.

5. Empirinio tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad visų suinteresuotų šalių dalyvavimas sveikatos sprendimų priėmime vis gi daugiau „teorinis“, t. y. visuomenės dalyvavimo skatinimas

įtrauktas į sveikatos politiką įgyvendinančių institucijų nuostatus bei veiklos planus, bet įgyvendinamas labai vangiai. Todėl, labai svarbu skatinti sveikatos sistemų dalyvių (sprendimų priėmėjų, privalomojo sveikatos draudimo vykdytojų, paslaugų teikėjų, pacientų bei medikų organizacijų ir kt.) bendradarbiavimą, atvirai ieškoti sprendimų kaip tai sustiprinti. Būtina suderinti visuomenės ir valstybės bei savivaldybių veiksmus, kurių efektyvi sąveika galima konsultacinių ar informacinių procesų dėka. Taip pat būtina plėsti antikorupcinį švietimą, plačiau naudotis socialinės informacijos ir reklamos galimybėmis.

SIŪLYMAI

Pagrindiniai tolesnės sveikatos politikos tikslai ir jų įgyvendinimas turi būti susijęs su šalies ir visuomenės darniu vystymusi:

1. Nacionalinio lygmens sveikatos politikos formuotojams būtina tobulinti teisinę duomenų bazę, sukuriant draugišką ir orientuotą į pacientą sveikatos sistemą, gerbiančią paciento teises, užtikrinančią visiems paslaugų prieinamumą ir kokybę, įtraukiant visas suinteresuotas šalis į sprendimų priėmimą. Šio atveju, svarbus vaidmuo stiprinant visuomenės sveikatą tenka visiems valstybės sektoriams, visuomeninių organizacijų aktyvumui bei tarptautinio bendradarbiavimo plėtrai. Sveikatos sistemos vystymuisi darnus visų sektorių vystymasis ir rūpinimasis žmogaus gerove yra vienas iš pagrindinių sveikatos politikos sėkmės faktorių.

2. Lokalio lygmens sveikatos politikos formuotojų - savivaldybių, kaip regioninių institucijų, vaidmuo, įgyvendinant sveikatos politiką ir darnaus vystymosi politiką, ypatingai svarbus, kadangi būtent šios teritorinės institucijos pirmosios susiduria su tiesiogiai gyventojus liečiančiomis ekonominės plėtros, socialinės ir aplinkos apsaugos problemomis ir jas sprendžia. Savivaldybei reikia suteikti daugiau savarankiškumo, sprendžiant sveikatos ir aplinkos problemas. Regioninės institucijos turi būti pagrindinės, įgyvendinant sveikatos programą ir nacionalinę strategiją vietiniu lygiu, turi užtikrinti viso proceso efektyvumą, nustatant konkrečius pasirinkimo prioritetus ir kriterijus, suteikiant išteklius, reikalingus priemonių įgyvendinimui, bei remti suinteresuotų šalių dalyvavimą, sudarant galimybę visuomenei dalyvauti, kviečiant dalyvauti reglamentuojančių komitetų veikloje bei naudojant visuomenės apklausas. Todėl, pirmiausia, Savivaldybės turėtų parengti lokalinio lygmens sveikatos programas ir jų įgyvendinimo priemonių planus.

3. Svarbu ugdyti atsakingą visuomenę. Todėl, sveikatos politikos įgyvendintojams siūloma aktyviau vykdyti visuomenės švietimą apie sveiką gyvenseną ir darnų vystymąsi, visuomenės sąmoningumo plėtotę ir su tuo susijusios gyvensenos pokyčių skatinimą, informuoti visuomenę, plačiau panaudojant įvairias komunikacijos priemones (socialinė informacija internetu, spaudoje, taip pat reklamos galimybės televizijoje, informacinių lankstinukų platinimas stacionarių gydymo įstaigų laukiamajame ar viešajame transporte).

LITERATŪRA

1. **Asvallas J. E.** Sveikata visiems XXI amžiuje. 2000. 207 p. ISBN: 9986-882-02-8.
2. **Bitinas B., Rupšienė L., Žydžiūnaitė V.** Kokybinių tyrimų metodologija Vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. II dalis. Klaipėda: S. Jokužio leidykla. 2008. ISBN 978-9986-31-260-4.
3. **Bivainis B., Tamošiūnas T.** Darnus regionų vystymasis: teorinis diskursas. // *Ekonomika ir vadyba*. 2007. Nr. 1 (8), p. 30-36. ISSN 1648-9098.
4. **Čelkis P.** Asmens teisės į sveikatos priežiūrą realizavimas visuomenės sveikatos priežiūros vadyboje // *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. – Vilnius: MRU, 2010, Nr. 2, p. 63-84. ISSN 2029-3569.
5. **Černiauskas G., Jankauskienė D.** Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis // *Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai*. – Vilnius: MRU, 2010, Nr. 2, p. 4-9. ISSN 2029-3569.
6. **Čiegis R.** *Ekonomika ir aplinka: subalansuotos plėtros valdymas. Monografija*. - Kaunas, VDU leidykla, 2004. p. 552. ISBN 9955-530-11-1
7. **Čiegis R., Ramanauskienė J., Martinkus B.** The concept of sustainable development and its use for sustainability scenarios // *Engineering economics = Inžinerinė ekonomika*. – Kaunas: University of Technology. - Kaunas: Technologija, 2009, Nr. 2(62), p. 28-37. ISSN 1392-2785.
8. **Darbotvarkė 21:** subalansuotos plėtros veiksmų programa. Rio deklaracija apie aplinką ir plėtrą. Vilnius, 2001. <http://www.pprc.lt/dv/?p=80> [žiūrėta 2010 09 23].
9. **Darnus vystymasis.** Vardan geresnio gyvenimo dabar ir ateityje. Pedagogų profesinės raidos centro tinklapis. http://www.pprc.lt/dv/?page_id=2 [žiūrėta 2010 09 23].
10. **Darnaus vystymosi rodikliai.** Leidinį parengė Statistikos departamentas dalyvaujant Aplinkos apsaugos agentūrai. Vilnius, 2010. ISBN 978-9955-797-05-0. www.stat.gov.lt/uploads/11_Darnaus_vystymosi_rodikliai_2010.pdf [žiūrėta 2011 01 17]
11. **Demografiniai, socialiniai ir teritoriniai Lietuvos gyventojų mirtingumo ir išgyvenimo netolygumai.** Tyrimo ataskaita. Visuomenės sveikatos vartai. www.vsv.lt/statistika/statistika1/index.html [žiūrėta 2010 11 14]
12. **Dresner S.** *The principles of sustainability*. – London: Earthscan, 2006. 200 p.
13. **Dunn W. N.** *Viešosios politikos analizė. Įvadas*. - Vilnius: Homo liber, 2006.
14. **Hediger W.** *Sustainable Development and Social Welfare*. // *Ecological Economics*, 2000, Nr. 32/3, p. 481-492.
15. **Hopwood B., Mellor M., O'Brien G.** Sustainable development: mapping different approaches // *Sustainable Development*. [Volume 13, Issue 1, pages 38–52, February 2005.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/sd.244/abstract) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/sd.244/abstract> [žiūrėta 2010 10 15].

16. **Jankauskienė D., Pečiūra R.** Sveikatos politika ir valdymas. - Vilnius: Mykolo Romerio leidykla, 2007. – 289 p. ISBN 978-9955-19-073-8

17. **Jankauskienė. D.** Lietuvos sveikatos sistemos perspektyvos // V Nacionalinės sveikatos politikos konferencijos „Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: vienykime jėgas“ pranešimas, [2006 m. lapkričio 24 d.], - Vilnius, 2006. http://sena.sam.lt/lt/main/veikla/sveikatos_prieziuros/nacionaline_sveika [žiūrėta 2010 09 23]

18. **Jankauskienė D.** Sveikatos politikos ir valdymo iššūkiai // Lietuvos sveikatos apsaugos vadybos draugijos 2008 m. rugsėjo 12-13 d. mokslinės-praktinės konferencijos “Sveikatos politikos iššūkiai” pranešimas. Palanga, 2008. <http://www.lsavd.lt/palanga2008.html> [žiūrėta 2010 09 29]

19. **Jociutė A.** Integruotas požiūris į aplinką ir žmonių sveikatą // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: MRU, 2010, Nr. 2, p. 85-99. ISSN 2029-3569.

20. **Juknys R.** Darnus vystymasis. Mokomoji knyga. 2008. Kaunas: Vytauti Didžiojo universitetas. P. 234. ISBN: 9789-955-12-3880.

21. **Kauno miesto savivaldybės administracija** www.kaunas.lt [žiūrėta 2011 02 02]

22. **Kauno miesto savivaldybės aplinkos apsauga** <http://aplinka.kaunas.lt/> [žiūrėta 2011 02 02]

23. **Kauno miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras** <http://www.kaunovsb.lt/> [žiūrėta 2011 02 02]

24. **Kauno teritorinė ligonių kasa** <http://www.ktlk.lt/> [žiūrėta 2011 02 02]

25. **Kvedaraitė E.** 2006. Integruoto susivienijusių pacientų organizacijų atstovavimo galimybės ir patirtis // V Nacionalinės sveikatos politikos konferencijos „Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: vienykime jėgas“ pranešimas, [2006 m. lapkričio 24 d.], -Vilnius, 2006. http://sena.sam.lt/lt/main/veikla/sveikatos_prieziuros/nacionaline_sveika [žiūrėta 2010 09 23]

26. **Lietuvos ir Europos Sąjungos šalių sveikatos priežiūros kai kurių efektyvumo rodiklių palyginimas.** European health for all database (HFA-DB) <http://data.euro.who.int/hfad/> [žiūrėta 2010 09 23]

27. **Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.** 1996 m. nauja redakcija Žin., 1998, Nr. 109-2995) http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387488

28. **Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas.** 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, nauja redakcija 1998 m. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387542

29. **LR visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas.** 2002 m. liepos 3 d. Nr. IX-1023. http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=299182

30. **Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas.** 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886 http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=167900&p_query=&p_tr2=

31. **Lietuvos sveikatos programa.** – Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, 1998 (1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII – 833) http://www.sam.lt/go.php/lit/Lietuvos_sveikatos_programa_/577 [žiūrėta 2010 09 23]
32. **Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita.** 2008 sena.sam.lt/repository/.../LSP%20tarp%20vert%20ataskaita.doc [žiūrėta 2010 09 23]
33. **Lietuvos sveikatos rodiklių informacinė sistema.** Higienos instituto Sveikatos informacijos centro rinklapis. <http://www.lsic.lt/>
34. **Lietuvos sveikatos statistika 2009.** – Vilnius: Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2010. ISSN 1648-0899. <http://www.lsic.lt/>
35. **Mikelaitytė R. ir kt.** Mokslinių tyrimų rezultatų panaudojimas formuojant visuomenės sveikatos politiką // Visuomenės sveikata. 2009 Nr.3(46). 10–15 p. <http://www.hi.lt/content/vs2009-3.html> [žiūrėta 2010 09 23]
36. **Misevičienė I., Klumbienė J., Tamošiūnas A.** Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis. Mokomoji knyga. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2002. 37 p. ISBN 9986-948-70-3
37. **Nacionalinė aplinkos sveikatinimo veiksmų 2003–2006 metų programa.** LRV 2003 m. sausio 21 d. nutarimas Nr. 66. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=265351 [žiūrėta 2011 01 15]
38. **Nacionalinė darnaus vystymosi strategija.** LR Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 11 d. nutarimas Nr. 1160. – Vilnius, 2003. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=217644
39. **Nacionalinė darnaus vystymosi strategija.** LR Vyriausybės 2009 m. rugsėjo 16 d. nutarimas Nr. 1247 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 11 d. nutarimo Nr. 1160 „Dėl nacionalinės darnaus vystymosi strategijos patvirtinimo ir įgyvendinimo“ pakeitimo. – Vilnius, 2009. <http://www.am.lt/VI/index.php#r/916>
40. **Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos įgyvendinimo 2005-2007 metais ataskaita,** Parengė prof. Dr. R. Juknys. Vilnius, 2008. <http://www.am.lt/VI/index.php#r/916> [žiūrėta 2010 09 23]
41. **Papildomo savanoriškojo sveikatos draudimo analizė.** Parengė: R. Buivydas, G. Černiauskas, M. Schneider, D. Zeleckienė. UAB “Sveikatos ekonomikos centras”, 2010. http://www.sam.lt/go.php/lit/Papildomo_savanoriskojo_sveikatos_draudi/1183 [žiūrėta 2010 12 03]
42. **Pečiūra R.** Sveikatos politikos užtikrinimo instrumentai // Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. – Vilnius: MRU, 2010, Nr. 2, p. 115-123. ISSN 2029-3569.
43. **Politikos kryptys.** Sveikata - ES. Europos Sąjungos portalas apie sveikatos apsaugą. http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_lt.htm [žiūrėta 2010 10 15]
44. **Public Health.** ECHI - list of indicators. Europos Bendrijos sveikatos rodikliai. http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm?echisub=39#echi4 [žiūrėta 2010 12 15]

45. **Raipa A., Smalskys V.** Politikos analizės proceso struktūra. // Viešoji politika ir administravimas. 2007. Nr. 21. P. 112-113. ISSN 1648-2603 www.ktu.lt/lt/.../VPA_Nr.21_A.Raipa_V.Smalskys_p.112-113.pdf [žiūrėta 2010 09 20]
46. **Regioninė politika.** Inforegio. Teminis puslapis – Sveikata. http://ec.europa.eu/regional_policy/themes/health/index_lt.htm [žiūrėta 2011 02 07]
47. **Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future.** Ataskaita „Mūsų bendra ateitis“. G. H. Brundtlant. Oslas, 1987 m. kovo 20 d. <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm> [žiūrėta 2010 09 23]
48. **Rio Declaration on Environment and Development.** United Nation Conference on Environment and development. Rio de Janeiro, 1992 June 2-14. (<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=78&ArticleID=1> [žiūrėta 2010 09 20])
49. **Socialinės apsaugos terminų žodynas** http://sec.sec.lt/pages/zodynas/index_.html [žiūrėta 2010 09 23]
50. **Statistikos departamentas prie LRV.** 2010. www.stat.gov.lt [žiūrėta 2010 11 23]
51. **Stonkienė M.** Darnaus vystymosi informacija ir komunikacija. / Informacijos mokslai. 2008, Nr. 46, p. 7-23. ISSN 1392-0561.
52. **Sveikatos apsaugos ministerijos 2009 metų veiklos ataskaita.** 2010 m. kovo 5 d. Vilnius. <http://www.sam.lt/go.php/ataskaitos> [žiūrėta 2010 09 20]
53. **Sveikatos politikos analizė.** Parengė: Černiauskas G., Schneider M. -Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1999. <http://sec.sec.lt/publicat/leidiniai.html> [žiūrėta 2010 09 23]
54. **Sveikatos sistemos plėtros 2010-2015 m. metmenys,** 2010-12-27. nutarimo projektas . http://www.lrs.lt/pls/proj/dokpaieska.showdoc_l?p_id=68038&p_query=Sveikatos%20sistemos%20pl%EBtros%202010-2015%20m.%20metmenys&p_tr2=2&p_org=&p_fix=n&p_gov=n [žiūrėta 2011 01 10]
55. **Šaparauskas J.** Darnaus miesto vystymo(-si) daugiataikslė selektonovacija. Daktaro disertacija. Vilnius: VGTU, 2004. http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2004~D_20041005_170917-49543/DS.005.0.01.ETD [žiūrėta 2011 01 16]
56. **Širinskienė A.** Atsargumo principo taikymo teisinės prielaidos aplinkos ir žmogaus sveikatos apsaugos srityje. // Jurisprudencija: mokslo darbai. – Vilnius, 2008, Nr. 12(114) p. 18-26. - ISSN 1392-6195.
57. **The World Health Report 2008.** Primary Health Care – Now More Than Ever. World Health Organization, 2008. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf [žiūrėta 2010 12 16]
58. **Tidikis R.** Socialinių mokslų tyrimų metodologija. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras. 2003, p. 628. ISBN 9955-563-26-5.

Matekonis T. Sveikatos politikos vaidmuo valstybės darniame vystymesi / Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2011. – 68 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe analizuota ir įvertinta sveikatos politika šalies darnaus vystymosi kontekste. Pirmojoje darbo dalyje pristatomi teoriniai darnaus vystymosi koncepcijos pagrindai, antroje dalyje – sveikatos politikos sistemos formavimo ir įgyvendinimo aspektai, t.y. pačios sistemos pristatymas, jos formavimo ir įgyvendinimo principai strateginiuose dokumentuose, lyginant juos su darnaus vystymosi koncepcijos principais, išryškinant sveikatos politikos vietą šalies darnaus vystymosi kontekste, taip pat analizuojamas sveikatos sistemos teisinis reglamentavimas, kas sudaro pagrindą sveikatos politikos vystymui. Taip pat apžvelgiami ir analizuojami sveikatos politikos pasiekimai bei sistemos plėtros pokyčiai, atliekama sveikatos politikos stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė. Trečioje darbo dalyje nagrinėjamas sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajų įgyvendinimas, atliekamas empirinis tyrimas šalies lokaliajame teritorijoje: Kauno regiono pavyzdžiu.

Pagrindiniai žodžiai: sveikatos politika, darnaus vystymosi koncepcija, darnaus vystymosi principai, sveikatos politikos įgyvendinimas teritoriniame lygmenyje.

Matekonis T. Sveikatos politikos vaidmuo valstybės darniame vystymesi / Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2011. – 68 p.

SANTRAUKA

Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamojo darbo tema yra aktuali. Problemos susijusios su sveikatos paslaugų kokybės gerinimu, šalies sveikatos apsaugos sistemos bei politikos formavimu vis dar yra menkai ištirtos. Tikslinga analizuoti Lietuvos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo ypatumus, kaip užtikrinamas šių procesų efektyvumas, išskirti problemas, su kuriomis susiduriama įgyvendinant sveikatos politiką, nes tik išanalizavus esamus rezultatus, galima kalbėti apie šalies sveikatos politikos tobulinimą.

Problema – kaip suformuoti efektyvią sveikatos politiką siekiant šalies darnaus vystymosi.

Tyrimo objektas – sveikatos politika.

Tikslas – ištirti sveikatos politiką šalies darnaus vystymosi kontekste.

Darbo uždaviniai.

1. Išanalizuoti darnaus vystymosi koncepciją.
2. Apibrėžti teorinius sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo aspektus.
3. Išryškinti sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajas.
4. Išsiaiškinti Lietuvos sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų įgyvendinimą šalies lokaloje teritorijoje Kauno regiono pavyzdžiu.

Hipotezė - sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajos veikia tik iš dalies, jų įgyvendinime trūksta žmonių išteklių iniciatyvumo, veiksmingumo bei efektyvumo vertinimo.

Tyrimo metodika: mokslinės literatūros analizė ir sintezė, teisinių dokumentų analizė, antrinių duomenų analizė, statistinių duomenų analizė, SSGG analizė, Kontent (dokumentų turinio) analizė, pusiau struktūruotas interviu, sociologinių tyrimų duomenų analizė, palyginimas, sisteminimas, apibendrinimas.

Pirmojoje darbo dalyje pristatomi teoriniai darnaus vystymosi koncepcijos pagrindai, antroje dalyje – sveikatos politikos sistemos formavimo ir įgyvendinimo aspektai, išryškinant sveikatos politikos vietą šalies darnaus vystymosi kontekste, taip pat analizuojamas sveikatos sistemos teisinis reglamentavimas, apžvelgiami ir analizuojami sveikatos politikos pasiekimai bei sistemos plėtros pokyčiai, atliekama sveikatos politikos SSGG analizė. Trečioje darbo dalyje atliekamas empirinis tyrimas ir nagrinėjamas sveikatos politikos ir darnaus vystymosi principų sąsajų įgyvendinimas šalies lokaloje teritorijoje: Kauno regiono pavyzdžiu. Apibendrinant išnagrinėtą teorinę medžiagą ir gautus tyrimo rezultatus pateikiamos išvados bei pasiūlymai.

Matekonis T. Public Health Policy as a Part of State Sustainable Development. / Master thesis of Public Health Administration. Head of the Research – Professor doc. D. Jankauskienė - Vilnius, Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2011. - 66 pages.

SUMMARY

The particular research subject of the Master Thesis of public health administration is of great importance. Problems referring to quality of provided health services, development of state public health system and policy still require further professional research. Features of Lithuanian public health policy and actual implementation, efficiency of the process, analysis of existing and forecasted health policy problems must be researched according to scientific data, providing reliable basis to achieve the eventual goals of state public health development.

Problem – development of efficient Public Health Policy as a part of State sustainable development.

Subject of the research- Public Health Policy.

Objectives of the research – analysis of Public Health Policy as a part of State sustainable development.

Tasks of the research.

1. Analysis of sustainable development concept.
2. Indication of major factors for theoretical health policy development and implementation.
3. Define the relationship between health policy and sustainable development.
4. Evaluation of local implementation of Lithuanian health policy and sustainable development in Kaunas Region.

Hypothesis – the principles of Health policy and sustainable development work in only part, their lack of implementation of human resource initiative, efficiency and effectiveness of the.

Research methods – analysis and synthesis of scientific references, analysis of juridical documents, analysis of collateral data, analysis of statistical data, SWOT analysis, Content analysis, quasi-structural interview, analysis of social research data, comparison, systemic filing, evaluation.

The first part of the study comprises theoretical factors of sustainable development concept, respectively, the second part refers to health policy development and implementation, emphasizing health policy as a part of State sustainable development, juridical aspects of health system, current achievements in health policy and estimated development, analysis of SWOT in health policy. The third part of the study includes empirical research and evaluation of local implementation of Lithuanian health policy and sustainable development in Kaunas Region. The Diploma Work includes final research results, conclusions and practical recommendations.

PRIEDAI

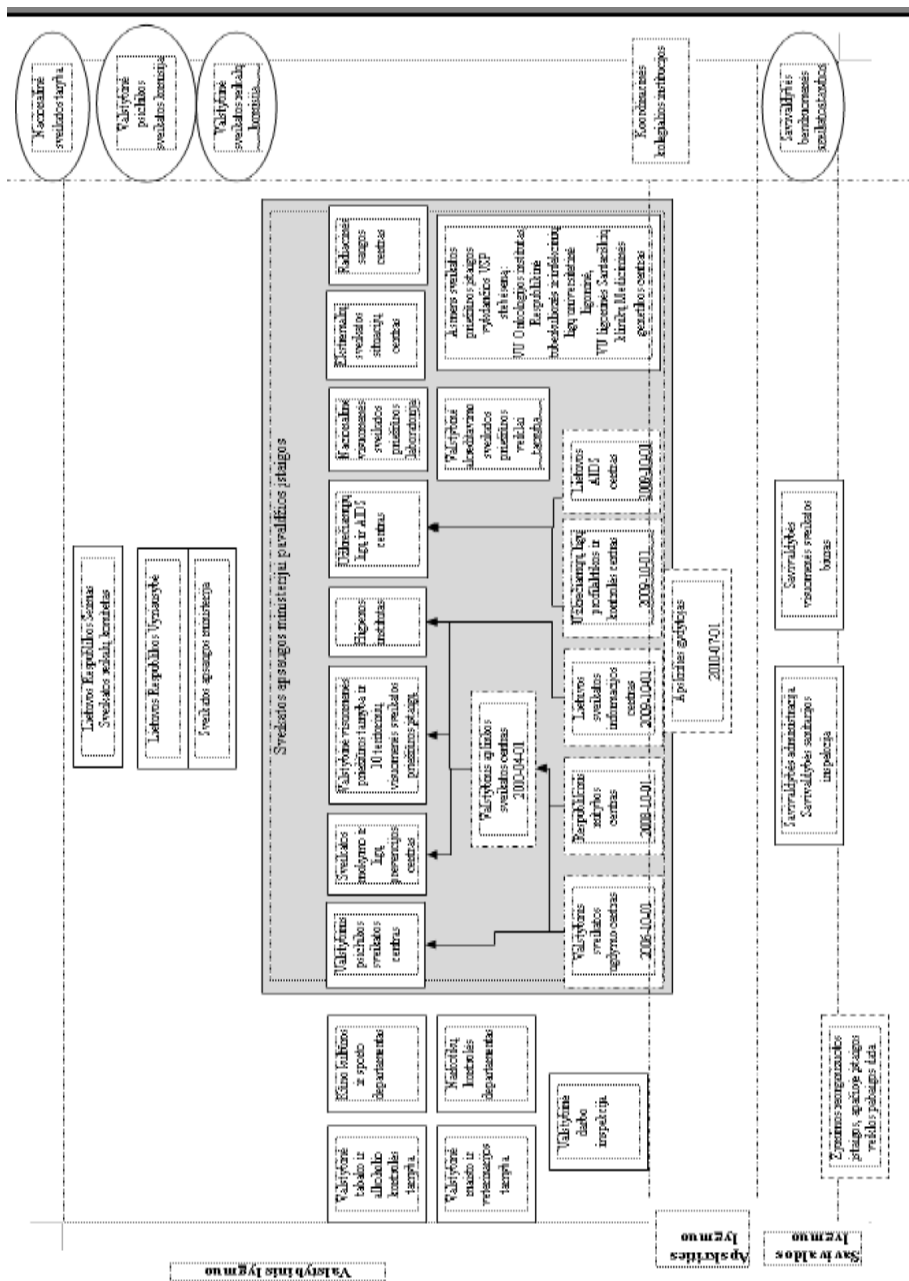
1 LENTELĖ. NACIONALINĖS DARNAUS VYSTYMO SI STRATEGIJOS ĮGYVENDINIMO PRIEMONIŲ PLANAS VISUOMENĖS SVEIKATOS SRITYJE (NDVS, 2009)

Tikslai	Uždaviniai	Uždavinių įgyvendinimo priemonės	Įvykdymo terminas	Vykdytojai	
1. Ilgalaikiai tikslai – gerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, pailginti gyvenimo trukmę – mažinti sergamumą, mirtingumą ir neįgalumą, ypač nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų, kraujotakos sistemos ligų, onkologinių ligų, psichikos sveikatos sutrikimų, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę	1.1. Sutelktomis visuomenės ir visų sektorių pastangomis mažinti aplinkos, socialinių ir ekonominių veiksnių neigiamą poveikį sveikatai: vidutinę būsimo gyvenimo trukmę prailginti iki 72,5 metų, pasiekti ES valstybių senbuvių esamą kūdikių mirtingumo lygį	1.1.1. Plėtoti tarpžinybinį bendradarbiavimą, įtraukti kitus sektorius į sveikatinimo veiklą	2009–2020	SAM, ŠMM, AM, Susisiekimo ministerija, VRM, ŪM, ŽŪM, Savivaldybės	
		1.1.2. Skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą, mažinti antsvorio ir nutukimo plitimą	2009–2020		
		1.1.3. Įgyvendinti motinos ir vaiko sveikatą užtikrinančias priemones	2009–2020		
	1.2. Sumažinti rūkymo paplitimą, alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą	1.2.1. Vertinti galimą poveikį visuomenės sveikatai, numatyti ir įgyvendinti neigiamo priklausomybių ligų poveikio mažinimo priemones	2009–2020	SAM, Savivaldybės, AM, Susisiekimo ministerija, ŠMM, VRM, Narkotikų kontrolės departamentas prie LRV	
	1.3. Sumažinti traumatizmą, sergamumą lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis ir mirtingumą nuo jų	1.3.1. Vykdyti lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją, ypač daug dėmesio skirti priklausomybių ligų prevencijai ir visuomenės psichikos sveikatai	2009–2020	SAM, ŠMM, AM, Susisiekimo ministerija, VRM, ŪM, ŽŪM, Narkotikų kontrolės departamentas prie LRV	
	1.4. Pagerinti gyventojams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę	1.4.1. Užtikrinti saugias, geros kokybės, veiksmingas, atitinkančias ES reikalavimus asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas	2011–2020	SAM	
	1.5. Sumažinti Lietuvos regionų, vyrų ir moterų sveikatos skirtumus		1.5.1. Plėtoti kurortų ir kurortinių teritorijų infrastruktūrą – didinti sveikatingumo ir gydymo paslaugų įvairovę ir apimtį, prieinamumą įvairiems vartotojams	2009–2020	SAM, ŪM, Savivaldybės
			1.5.2. Vykdyti visuomenės sveikatos mokslinius tyrimus, siekiant mažinti regionų, vyrų ir moterų sveikatos netolygumus	2009–2010	SAM

Tikslai	Uždaviniai	Uždavinių įgyvendinimo priemonės	Įvykdymo terminas	Vykdytojai
	1.6. Vykdyti užkrečiamųjų ligų profilaktiką ir kontrolę	1.6.1. Vykdyti užkrečiamųjų ligų (ypač gripo, skiepijimu valdomų, per maistą plintančių, ŽIV / AIDS, lytiškai plintančių infekcijų) profilaktiką	2009–2020	SAM
2. Trumpalaikiai tikslai – sukurti modernią ir gerai veikiančią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą socialinių partnerių bendradarbiavimu ir skatinančią sveiką gyvenseną, sveiką aplinką, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą	2.1. Sumažinti gyventojų mirtingumą nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų	2.1.1. Rengti ir įgyvendinti traumatizmo prevencijos priemones	2009–2010	SAM, Susisiekimo ministerija, VRM
	2.2. Stabilizuoti jaunesnių nei 65 metų gyventojų mirtingumą nuo kraujotakos sistemos ligų	2.2.1. Ugdyti sveiką gyvenseną, didinti vaikų, jaunimo ir kitų amžiaus grupių asmenų fizinį aktyvumą, skatinti sveiką mitybą	2009–2010	SAM
	2.3. Gerinti visuomenės psichikos sveikatą ir sumažinti savižudybių, ypač daug dėmesio skirti priklausomybės ligų prevencijai	2.3.1. Vykdyti Psichikos sveikatos strategiją ir jos įgyvendinimo programą	2009–2010	SAM
		2.3.2. Įgyvendinti alkoholio vartojimo mažinimo priemones	2009–2010	SAM, ŪM, ŠMM, Susisiekimo ministerija, Savivaldybės, VRM
		2.3.3. Įgyvendinti rūkymo mažinimo, ypač tarp vaikų ir jaunimo, priemones	2009–2010	
		2.3.4. Vykdyti narkotikų kontrolę, narkomanijos ir psichoaktyviųjų medžiagų prevenciją	2009–2010	Narkotikų kontrolės departamentas, SAM, Kalėjimų departamentas prie Teisingumo ministerijos, VRM, ŪM, ŠMM
		2.3.5. Vykdyti visuomenės sveikatos stebėseną	2009–2010	SAM
		2.3.6. Vykdyti sveikatos mokslinius tyrimus	2009–2010	
	2.4. Gerinti sveikatos rizikos veiksnių valdymą	2.4.1. Tobulinti poveikio visuomenės sveikatai vertinimą	2009–2010	SAM
		2.4.2. Vykdyti visuomenės sveikatos rizikos veiksnių stebėseną	2009–2010	
		2.4.3. Vykdyti sveikatos rizikos veiksnių mokslinius tyrimus	2009–2010	
	2.5. Užtikrinti greitą reagavimą į pavojus visuomenės sveikatai	2.5.1. Įgyvendinti PSO 2005 m. gegužės 23 d. asamblėjoje priimtų Pasaulio sveikatos organizacijos Tarptautinių sveikatos priežiūros taisyklių nuostatų įgyvendinimo Lietuvoje 2007–2012 metų programą	2009–2010	Savivaldybės, SAM
		2.5.2. Tobulinti visuomenės sveikatos priežiūros specialistų gebėjimus	2009–2010	SAM

Tikslai	Uždaviniai	Uždavinių įgyvendinimo priemonės	Įvykdymo terminas	Vykdytojai
	2.6. Sustiprinti visuomenės sveikatos priežiūrą savivaldybėse – priartinti ją prie bendruomenės	2.6.1. Gerinti savivaldybių teikiamas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas – steigti visuomenės sveikatos biurus, kurie leis aktyviau spręsti aktualias tam tikros teritorijos visuomenės sveikatos priežiūros problemas, aktyviau vykdyti sveikatinimo veiklą	2009–2010	Savivaldybės, SAM

1 pav. Visuomenės sveikatos priežiūros institucinis lygmuo ir jo raida 2006-2010 m. (Čelkis, 2010)



**1 LENTELĖ. NACIONALINĖS APLINKOS SVEIKATINIMO VEIKSMŲ 2003–2006 METŲ PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS
TERITORINIAME LYGMENYJE (NASVP, 2003)**

Kryptis	Uždavinys	Įvykdymo laikas	Savivaldybės institucijos ir kiti vykdytojai
I. APLINKOS SVEIKATINIMO VALDYMAS			
1. Aplinkos ir sveikatos nuolatinės stebėsenos (monitoringo) ir informacinės sistemos sukūrimas	Pradėti taikyti kompleksinę aplinkos ir sveikatos rodiklių nuolatinės stebėsenos ir analizės sistemą aplinkos keliamai sveikatos rizikai vertinti	2003–2006 m.	SAM, AM
2. Teisinio ir ekonominio reguliavimo priemonių taikymas aplinkos sveikatinimo valdymui	Pradėti įgyvendinti Pasaulio sveikatos organizacijos 3-iosios sveikatos ir aplinkos apsaugos ministrų konferencijos (1999 metai, Londonas) sprendimus	2003–2004 m.	SAM, AM, Susisiekimo ministerija, ŽŪM, Lietuvos savivaldybių asociacija
3. Institucijos, dalyvaujančios aplinkos sveikatinimo veikloje	Užtikrinti aplinkos sveikatinimo veiklos koordinavimą, stiprinti bendrąją ir specialiąją ministerijų ir Vyriausybės įstaigų kompetenciją sveikatinimo klausimais	2003–2006 m.	SAM, AM, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba, kitos valstybės institucijos
4. Visuomenės informavimas ir dalyvavimas	Skatinti visuomenę aktyviau prisidėti prie aplinkos sveikatinimo	2003–2006 m.	SAM, AM
II. APLINKOS SVEIKATINIMO SRITYS			
5. Vandens kokybė	Užtikrinti rekreacinių vandenų apsaugą nuo cheminės ir biologinės taršos	2003–2006 m.	AM, SAM
6. Aplinkos oras	Mažinti transporto priemonių taršos įtaką visuomenės sveikatai miestuose ir užmiestyje	2003–2006 m.	Susisiekimo ministerija, AM, SAM, ūkio subjektai
	Įgyvendinti Europos Sąjungos direktyvų dėl aplinkos oro kokybės valdymo reikalavimus	2003–2006 m.	AM, SAM, ŪM, savivaldybės institucijos
	Plėtoti sveikatos būklės, susijusios su aplinkos oro tarša, tyrimus ir visuomenės švietimą	2003–2006 m.	SAM, AM
	Skatinti geriausių prieinamų gamybos būdų ir technologijų, mažinančių teršalų išmetimo į aplinkos orą kiekius	2003–2006 m.	ŪM, ŽŪM, AM, ūkio subjektai
7. Triukšmas	Užtikrinti asmenų teisę į sveiką aplinką, kurioje triukšmas nekenktų sveikatai	2003–2005 m.	SAM, AM, Susisiekimo ministerija, Vidaus reikalų ministerija
	Sumažinti triukšmą gyvenamojoje aplinkoje ir visuomeninėse patalpose	2003–2006 m.	SAM, Susisiekimo ministerija, AM
8. Būstas	Užtikrinti gyventojų teisę į sveiką ir saugų būstą, kurti palankią sveikatai fizinę ir psichologinę artimiausią gyvenamąją aplinką	2003 m., nuolat	SAM, AM

4 PRIEDAS

**1 LENTELĖ. DARNAUS VYSTYMO SI STRATEGIJOS VISUOMENĖS SVEIKATOS KLAUSIM AIS ĮGYVENDINIMAS
TERITORINIAME LYGMENYJE (NDVS, 2009)**

Tikslai	Uždaviniai	Priemonės	Įvykdymo terminas	Savivaldybės ir kiti vykdytojai
1. Ilgalaikiai tikslai – gerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, pailginti gyvenimo trukmę – mažinti sergamumą, mirtingumą ir neįgalumą, ypač nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų, kraujotakos sistemos ligų, onkologinių ligų, psichikos sveikatos sutrikimų, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę	1.1. Sutelktomis visuomenės ir visų sektorių pastangomis mažinti aplinkos, socialinių ir ekonominių veiksnių neigiamą poveikį sveikatai: vidutinę būsimo gyvenimo trukmę prailginti iki 72,5 metų, pasiekti ES valstybių senbuvių esamą kūdikių mirtingumo lygį	1.1.1. Plėtoti tarpžinybinį bendradarbiavimą, įtraukti kitus sektorius į sveikatinimo veiklą	2009–2020	SAM, ŠMM, AM, Susisiekimo ministerija, VRM, ŪM, ŽŪM
		1.1.2. Skatinti sveiką mitybą ir fizinį aktyvumą, mažinti antsvorio ir nutukimo plitimą		
		1.1.3. Įgyvendinti motinos ir vaiko sveikatą užtikrinančias priemones		
	1.2. Sumažinti rūkymo paplitimą, alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą	Vertinti galimą poveikį visuomenės sveikatai, numatyti ir įgyvendinti neigiamo priklausomybių ligų poveikio mažinimo priemones		SAM, AM, Susisiekimo ministerija, ŠMM, VRM, Narkotikų kontrolės departamentas prie LRV
	1.3. Sumažinti Lietuvos regionų, vyrų ir moterų sveikatos skirtumus	Plėtoti kurortų ir kurortinių teritorijų infrastruktūrą – didinti sveikatingumo ir gydymo paslaugų įvairovę ir apimtį, prieinamumą įvairiems vartotojams		SAM, ŪM
2. Trumpalaikiai tikslai – sukurti modernią ir gerai veikiančią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą socialinių partnerių bendradarbiavimu ir skatinančią sveiką gyvenseną, sveiką aplinką, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą	2.1. Gerinti visuomenės psichikos sveikatą ir sumažinti savižudybių, ypač daug dėmesio skirti priklausomybės ligų prevencijai	2.1.1. Įgyvendinti alkoholio vartojimo mažinimo priemones	2009–2010	SAM, ŪM, ŠMM, Susisiekimo ministerija, VRM
		2.1.2. Įgyvendinti rūkymo mažinimo, ypač tarp vaikų ir jaunimo, priemones		
		2.2. Užtikrinti greitą reagavimą į pavojus visuomenės sveikatai	Įgyvendinti PSO 2005 m. gegužės 23 d. asamblėjoje priimtų Pasaulio sveikatos organizacijos Tarptautinių sveikatos priežiūros taisyklių nuostatų įgyvendinimo Lietuvoje 2007–2012 metų programą	
	2.3. Sustiprinti visuomenės sveikatos priežiūrą savivaldybėse – priartinti ją prie bendruomenės	Gerinti savivaldybių teikiamas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas – steigti visuomenės sveikatos biurus, kurie leis aktyviau spręsti aktualias tam tikros teritorijos visuomenės sveikatos priežiūros problemas, aktyviau vykdyti sveikatinimo veiklą		SAM

KLAUSIMYNAS

1. Kokiais kriterijais remiantis nustatomi prioritetai priimant sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo sprendimus? Kokiais kriterijais remiantis nustatomos prioritetinės visuomenės sveikatos priežiūros bei ugdymo kryptys? Pateikite pavydžius.

2. Ar rengiant norminius bei strateginius dokumentus yra įtraukiamos suinteresuotosios grupės (sveikatos priežiūros specialistai, pacientų organizacijos, NVO, socialiniai partneriai)? Jei taip, tai kokiais kriterijais remiantis nustatomi suinteresuotų šalių įtraukimo prioritetai? Kokiais dokumentais įtvirtinamas suinteresuotų šalių įtraukimas į sprendimų priėmimą? Kokiomis visuomenės informavimo priemonėmis naudojama, siekiant pritraukti suinteresuotąsias grupes? Ar pasitelkiama konsultantų pagalba? Pateikite pavydžius.

3. Kokiais kriterijais vertinama aplinkos keliama sveikatos rizika? Kokiems planams ar programoms ir kokiais metodais atliekamas strateginis pasekmių aplinkai vertinimas? Pateikite pavydžius.

4. Kokiomis komunikacijos priemonėmis užtikrinamas visuomenės informavimas apie aplinką ir sveikatos priežiūrą bei skatinimą? Pateikite pavydžius.

5. Kokiomis priemonėmis užtikrinamas institucijų veiklos skaidrumas bei stiprinama darbuotojų kompetencija? Pateikite pavydžius.