

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETO
APLINKOS POLITIKOS KATEDRA

INETA PAČIAUSKAITĖ
(DARNAUS VYSTYMOŠI VADYBA IR ADMINISTRAVIMAS)

**SAVIVALDYBIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS RĖMIMO SPECIALIOSIOS
PROGRAMOS IR JŲ ADMINISTRAVIMAS DARNAUS VYSTYMOŠI KONTEKSTE**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė –
lekt. dr. Aldona Jociutė

Vilnius, 2011

TURINYS

ĮVADAS	3
1. TEORINĖ ANALITINĖ DARBO DALIS.....	6
1.1. Visuomenės sveikata darnaus vystymosi kontekste	6
1.1.1. Darnaus vystymosi principais grįsta visuomenės sveikata	7
1.1.2. Visuomenės teisė į sveikatą tarptautiniuose dokumentuose	10
1.1.3. Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos strategijos pagrindinės kryptys	13
1.2. Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialioji programa	16
1.2.1. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų teisinis reglamentavimas	17
1.2.2. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų administravimas.....	19
1.2.3. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų finansavimas	21
1.2.4. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų vertinimas	23
2. FAKTINĖ TIRIAMOSIOS PROBLEMOS INFORMACIJA	28
2.1. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų atitikties darnaus vystymosi principams vertinimas	28
2.1.1. Tyrimo metodika	28
2.1.2. Tyrimo rezultatų analizė.....	29
2.2. Nagrinėjamos problemos sprendimo būdai ir kryptys.....	35
2.3. Rezultatų aptarimas	36
IŠVADOS	40
REKOMENDACIJOS	42
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	43
SANTRAUKA	48
SUMMARY	49
PRIEDAI	50

IVADAS

Europos Sąjungos valstybėse narėse siekiama užkirsti kelią ligų atsiradimui ir plitimui, skatinant šalis nares atkreipti dėmesį į visuomenės sveikatos svarbą. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 2 straipsnio 1 dalyje visuomenės sveikata apibrėžiama kaip gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė. Ši gerovė yra viena iš svarbiausių gyvenimo kokybės elementų darnaus vystymosi procese. Saugios ir švarios aplinkos kūrimas bei gyventojų sveikatos gerinimas yra vienos iš šalies ekonominio augimo sąlygų, kurios betarpiškai susijusios su gyvenimo kokybe.

R. Detels ir L. Breslow visuomenės sveikatą apibrėžė, kaip „procesą, mobilizuojantį vietinius, valstybinius, nacionalinius ir tarptautinius išteklius, siekiant užtikrinti sąlygas, kuriose žmonės gali būti sveiki“¹. Pagal Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymą, savivaldybės vykdo savarankiškas funkcijas. Viena iš savarankiškų funkcijų – savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų vykdymas. Siekiant visuomenės sveikatos gerinimo per šias programas, svarbus tampa šios savivaldybės funkcijos įgyvendinimo mechanizmas ir finansavimas.

Temos aktualumas. Visuomenės sveikata, kaip viena iš sveikatos priežiūros funkcijų, kuri įtakoja ligų nebuvimą, sergamumo ir mirtingumo nuo įvairių ligų išvengimą, sąlygoja tiek valstybės, tiek visuomenės mažesnes išlaidas sveikatos apsaugos sistemai. Valstybė, kurdama priemones visuomenės sveikatai gerinti, turi skatinti ir atskirų visuomenės narių pastangas, nes nuo individo suinteresuotumo priklauso jo sveikatos būklė ir visuomenės sveikatos būklė. Todėl savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos yra vienos svarbiausių. Su jomis realiausiai susijusi visuomenės sveikatos gerinimo rezultatų sėkmė. Išanalizavus šių programų aspektus, bus galima įvardinti programų trūkumus ir administravimo problemas, o tai svarbu siekiant efektyvesnio savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų administravimo ir tikslingai paskirstytų finansinių išteklių, kurie įtakoja visuomenės sveikatą ir jos būklę.

Temos problema. Dėl neefektyvių, rezultatų neduodančių programų, valstybė patiria dideles finansines išlaidas, kurias būtų galima rezultatyviai panaudoti kitoms visuomenės sveikatos programoms. Kadangi savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos orientuojamos į svarbiausių savivaldybės sveikatos problemų sprendimą, jų priežasčių šalinimą, vietiniai politikai turi kreipti didelį dėmesį į šių programų tikslingą

¹ R. Detels, L. Breslow. Current scope and concerns in public health. In: R. Detels, W. W. Holland, J. McEwen, G. S. Omenn, eds. The scope of Public Health. Oxford University Press. 1997.

priemonių planavimą ir finansinių išteklių paskirstymą, įtraukiant kuo didesnę bendruomenės narių ir įvairių organizacijų skaičių. Vykdamas neefektyvias visuomenės sveikatos programas, prarandamas ne tik šalies, bet ir atskirų miestų žmogiškasis kapitalas, kuris visapusiškai susijęs su tvariu vystymusi ir gyvenimo kokybės gerinimu. Todėl būtina analizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų įgyvendinimą ir politikos formavimą.

Mokslinis naujumas. Literatūroje galima rasti daug informacijos apie visuomenės sveikatos atskiras problemas, sveikatos rizikos veiksnius, jų paplitimą, tačiau labai mažai informacijos apie valstybės ir savivaldybių programas, jų administravimą, įvertinimą. Higienos institutas yra atlikęs 2006 m. pateiktų savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo programų ataskaitų vertinimą, vykdydamas Sveikatos apsaugos ministerijos pavedimą. Įvertinimui atlikti buvo iškelti kiekybiniai vertinimo kriterijai, tačiau nebuvo atlikta programų ir administravimo kokybinė analizė. 2004 m. ir 2007 m. buvo atliktos bendruomenės sveikatos tarybų apklausos dėl programų savivaldybėse planavimo ir vykdymo, naudojant kiekybinius vertinimo kriterijus. Tačiau niekas iki šiol neanalizavo savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų per darnaus vystymosi prizmę, kaip labai svarbias dabartinei ir būsimųjų kartų gyvenimo kokybei užtikrinti. Tai bus nagrinėjama šiame darbe, aptariant teisės aktus, programų dokumentus, straipsnius.

Darbo tikslas – nustatyti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų ir jų administravimo aspektus darnaus vystymosi kontekste ir identifikuoti su jomis susijusias problemas.

Uždaviniai:

1. aptarti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų esmę darnaus vystymosi kontekste;
2. išanalizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų paskirtį ir teisinį reglamentavimą;
3. išanalizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų administravimą;
4. įvertinti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų atitiktį darnaus vystymosi principams.

Hipotezė – savivaldybės per mažai dėmesio skiria savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosioms programoms.

Metodai:

- literatūros ir teisės aktų analizė;
- sintezės metodas;
- teksto analizės metodas.

Darbe naudojami sutrumpinimai:

BST – bendruomenės sveikatos taryba;

NVO – nevyriausybinės organizacijos;

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija.

1. TEORINĖ ANALITINĖ DARBO DALIS

1.1. Visuomenės sveikata darnaus vystymosi kontekste

Pasak Johnso Hopkinso universiteto Higienos ir visuomenės sveikatos mokyklos profesoriaus L. O. Gostino, reikia atkreipti dėmesį į tai, kad sveikata yra svarbi kaip džiaugsmas, kūrybiškumas, produktyvumas, kuriuos asmuo gauna iš gyvenimo. Be minimalios sveikatos būklės asmuo negali pilnavertiškai dalyvauti socialiniame bendruomenės gyvenime, įsitraukti į politinį valstybės valdymą, kurti gėrį, užtikrinti ekonominį stabilumą ir plėtoti bendrą gynybą bei saugumą – taigi negali garantuoti ekonominių, politinių ir socialinių savo teisių².

1992 m. Rio de Žaneire pasaulio viršūnių susitikime buvo suformuluotos pagrindinės darnaus vystymosi nuostatos, priimta darnaus vystymosi įgyvendinimo veiksmų programa „Darbotvarkė 21“ ir deklaracija, kurioje buvo nurodyti pagrindiniai darnaus vystymosi principai. Darnus vystymasis įteisintas kaip pagrindinė ilgalaikė visuomenės raidos ideologija. Darnaus vystymosi koncepcijos pagrindą sudaro – aplinkosauga, ekonominė ir socialinė raida³.

Subalansuotosios plėtros veiksmų programoje – „Darbotvarkė 21“ – pabrėžiama neracionalaus vartojimo ir gamybos neigiama įtaka pasaulio aplinkos būklei, kuri tiesiogiai ir netiesiogiai įtakoja visuomenės sveikatą. Šioje programoje numatyti veiksmai, skirti klausimams, susijusiems su pasaulio visuomenės sveikatos priežiūros poreikiu, spręsti, kadangi tai neatsiejama subalansuotos plėtros ir pirminės aplinkos apsaugos siekių įgyvendinimo dalis.

2006 m. Briuselyje atnaujintoje Europos Sąjungos darnaus vystymosi strategijoje vienas iš nurodytų prioritetų – visuomenės sveikata⁴. C. E. A. Winslow visuomenės sveikatą apibrėžia kaip mokslą ir meną, besiremiančius organizuotomis visuomenės pajėgomis ligų prevencijos srityje, kurioje svarbu visuomenės sveikatos gyvenimo ilginimas ir sveikatos stiprinimas, pasižyminti labiau visuomenine nei asmenine iniciatyva ir grindžiama organizuotais vietiniais, regioniniais, nacionaliniais ir tarptautiniais išteklių, siekiant užtikrinti sąlygas, kurioms esant žmonės gali būti sveiki⁵. Šiame apibrėžime pagrindžiama tai, jog gerinant visuomenės sveikatą

² L. O. Gostin. Public health law. Power, Duty, Restraint. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press. 2000, 7-13.

³ Darbotvarkė 21 // <http://www.am.lt/LSP/files/Agenda21.pdf>; prisijungimo laikas: 2010-11-11.

⁴ Atnaujinta Europos Sąjungos darnaus vystymosi strategija // <http://www.am.lt/VI/files/0.207844001174307767.pdf>; prisijungimo laikas: 2010-11-11.

⁵ S. Allin, E. Mossialos, M. McKee, W. Holland. Making decisions on public health: a review of eight countries // <http://www.euro.who.int/document/e84884.pdf>; prisijungimo laikas: 2010-12-05.

būtina įtraukti įvairių lygių ar atsakomybių institucijas, kurių veikla tiesiogiai ar netiesiogiai gali įtakoti visuomenės apsaugą nuo pavojų sveikatai.

Lietuvos mastu Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje, patvirtintoje 2002 m. lapkričio 12 d. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu Nr. IX-1187, nurodytas pagrindinis tikslas – sukurti aplinką šalies materialinei ir dvasinei gerovei, kurią apibendrintai nusako žinių visuomenė, saugi visuomenė ir konkurencinga ekonomika, plėtoti⁶. Ši strategija nurodo visuomenės sveikatos svarbą valstybės ekonominiam klestėjimui. Visuomenės sveikos gyvensenos nuostatų formavimas – pagrindinis sveikatos priežiūros tikslas.

1.1.1. Darnaus vystymosi principais grįsta visuomenės sveikata

2003 m. rugsėjo 11 d. nutarimu Nr. 1160 buvo patvirtinta Nacionalinė darnaus vystymosi strategija, kurioje darnus vystymasis suprantamas kaip kompromisas tarp aplinkosaugos, ekonominių ir socialinių visuomenės tikslų, sudarantis galimybes dabartinei ir ateinančioms kartoms pasiekti visuotiną gerovę neperžengiant leistinų poveikio visuomenei ribų.

Lietuvos Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje išskiriama 13 įgyvendinamų principų⁷, iš kurių 6 galime integruoti į visuomenės sveikatos priežiūrą, jos gerinimą:

- *pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principas;*
- *vienodų sąlygų visų kartų atstovams ir tos pačios kartos atstovams sudarymo principas;*
- *piliečių dalyvavimo principas;*
- *strategijos integravimo principas;*
- *atsargumo principas;*
- *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principas.*

2001 m. pataisytoje Europos socialinėje chartijoje suteikiama Europos mastu asmenims teisė į sveikatos priežiūrą⁸. Kaip teigia prof. Roscam Abbing, Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija ir Europos socialinė chartija – svarbiausi Europos Vadovų Tarybos žmogaus teisių instrumentai – yra susiję sveikatos požiūriu⁹, o taip pat ir

⁶ Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimas Nr. IX-1187 „Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 113-5029.

⁷ Nacionalinė darnaus vystymosi strategija // <http://www.am.lt/VI/files/0.063911001049192382.pdf>; prisijungimo laikas: 2010-11-11.

⁸ Europos socialinė chartija // Valstybės žinios. 2001, Nr. 49-1704.

⁹ Roscam Abbing H. D. C. The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter. European Journal of Health Law. 2005; 12:183-191.

atitinkantys Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos *pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos* principą. Europos socialinės chartijos I dalies 11 paragrafe nustatyta: „Kiekvienas žmogus turi teisę naudotis visomis priemonėmis, leidžiančiomis pasiekti aukščiausią kokį tik galima sveikatingumo lygį“¹⁰. Visuomenės sveikata taip pat priklauso ir nuo visuomenę supančios aplinkos. 2001 metais Lietuvos Respublikos Seimas įstatymu „Dėl konvencijos dėl teisės gauti informaciją, visuomenės dalyvavimo priimant sprendimus ir teisės kreiptis į teismus aplinkos apsaugos klausimais ratifikavimo“ pritarė Orhuso konvencijos nuostatoms, kurios išskiria kiekvieno asmens teisę gyventi tinkamoje jo sveikatai ir gerovei aplinkoje, saugodamas gamtą ir gerindamas jos būklę dėl dabartinių ir būsimų kartų gerovės¹¹.

Įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principą atitinka minėtos chartijos 11 straipsnis, kuriuo nustatomas siekis užtikrintai ir veiksmingai įgyvendinti teisę į sveikatos apsaugą. Šalys įsipareigoja tiesiogiai ar bendradarbiaudamos su valstybinėmis ar privačiomis organizacijomis imtis reikiamų priemonių, kurios būtų skirtos: prastos sveikatos priežastims šalinti; konsultacijoms teikti ir rūpintis švietimo priemonėmis, kuriomis propaguojama sveika gyvensena bei skatinama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą; endemijoms, epidemijoms ir nelaimingiems atsitikimams užkirsti.

Visuomenės sveikatos priežiūra yra valstybės vykdoma funkcija, kuria siekiama 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 sveikiems. Šis apibendrinimas tiesiogiai susijęs su dar vienu darnaus vystymosi principu – *vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo*, t. y. sudarius sąlygas sveikai gyventi dabartinei kartai, drauge bus nepakenkta ateities kartoms turėti sveiką ir saugią aplinką, tuo pačiu ir sveikatą.

Piliečių dalyvavimo principas – vienas iš darnaus vystymosi principų, kuris įgalina skatinti švietimą darnaus vystymosi klausimais ir ugdyti visuomenės sąmoningumą, informuojant visuomenės narius apie daromą poveikį aplinkai ir galimybes pasirinkti darnesnius veiklos būdus. Orhuso konvencijos viena iš nuostatų pabrėžia aplinkos ir tvarios plėtros suvokimo įtvirtinimą, skatinant platų visuomenės supratimą apie su poveikiu aplinkai bei tvariaja plėtra susijusius sprendimus ir raginant visuomenę dalyvauti priimant tokius sprendimus. Pagal

¹⁰ Roscam Abbing H. D. C. The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter. European Journal of Health Law. 2005; 12:183-191.

¹¹ Lietuvos Respublikos įstatymas „Dėl konvencijos dėl teisės gauti informaciją, visuomenės dalyvavimo priimant sprendimus ir teisės kreiptis į teismus aplinkos apsaugos klausimais ratifikavimo“ // Valstybės žinios. 2001, Nr. 73-2565.

A. Jociūtę, svarbiais visuomenės informavimo ir pilietinę visuomenę kuriančiai proceso dalyviais gali būti bendruomenės, atskiros šeimos, individai, nevyriausybinės organizacijos bei žiniasklaida. „Neformalusis mokymas ir savišvieta, tikslinės programos turėtų padėti geriau suprasti sveikatos, socialinių, ekonominių ir aplinkos klausimų sąsajas bei plėtoti sveikatos raštingumą“¹². 2005 m. Vilniuje Aplinkos ir Švietimo ministerijų viršūnių susitikime patvirtinta Jungtinių Tautų Europos ekonomikos komisijos darnaus vystymosi strategija (Vilniaus gairės), kurios tikslas – paraginti valstybes nares plėtoti ir integruoti darnaus vystymosi švietimą į formaliojo ir neformaliojo švietimo sistemas bei savišvietą, siekiant didesnės žmonių kompetencijos ir našesnio gyvenimo, nesikertančio su gamta ir sveikata¹³.

Žvelgiant į naujausių tyrimų rezultatus, matome, jog visuomenė labai domisi mokslu, naujausiomis technologijomis ir siekia, jog žiniasklaida teiktų informaciją apie mokslo naujienas, nes jas laiko labai svarbiomis kaip ir kitų sričių žinias¹⁴. Šiuo metu labai aktualu ir priimtina tyrėjams organizuoti komunikacijos mokymus, kurie padėtų jiems sudominti įvairias bendruomenės grupes (aktyvius žmones, jaunimą, verslo atstovus ar politikus) ir pateikti įrodymais pagrįstas žinias. Visuomenės sveikatos srityje (tiek ją organizuojant, tiek vykdant politiką), labai svarbūs faktai, įrodymais pagrįsta politika, kuri turi būti grindžiama tuo, kad rasti geriausią sprendimą sveikatos problemai išspręsti, kad būtų išvengiama nepageidaujamų pasekmių ir nuostolių¹⁵, t. y. taikomas *atsargumo* principas. Remiantis šiuo principu, turi būti organizuojami patikimi moksliniai instrumentai ir remiantis jų rezultatais formuojama mokslininkų ir politikų efektyvi visuomenės sveikatos stiprinimo politika. Savivaldybių lygmenyje, pagal Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymą, savivaldybės yra vienos iš visuomenės sveikatos stebėsenos subjektų, tvarkančių visuomenės sveikatos duomenis¹⁶. Šiame įstatyme visuomenės sveikatos stebėseną apibrėžiama kaip „tikslingai organizuotas ir sistemingai atliekamas visuomenės sveikatos būklės, ją veikiančių visuomenės sveikatos rizikos veiksnių duomenų rinkimas, kaupimas, apdorojimas,

¹² Jociūtė A. Integruotas požiūris į aplinką ir žmonių sveikatą. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai/ Mykolo Riomerio universitetas. Vilnius: Mykolo Riomerio leidybos centras. 2010; 1(2):85-99.

¹³ Jungtinių Tautų Europos ekonomikos komisijos darnaus vystymosi strategija (Vilniaus gairės) // <http://www.am.lt/VI/files/0.256657001132923536.pdf>; prisijungimo laikas: 2011-02-04.

¹⁴ Leon B. Science related informatikon in European television: a study of prime-time news. *Public Understanding of science*. 2008; 17:443-460.

¹⁵ Kemm J. FRCP FFCM, The limitations of evidence-based public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2006; 12(3):319-324.

¹⁶ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 72-3022.

saugojimas, analizė ir vertinimas“, o visuomenės sveikatos duomenys – „bet kuri informacija, susijusi su visuomenės sveikata“. Savivaldybių stebėsenos pagrindinis tikslas – gauti išsamią informaciją apie savivaldybės visuomenės sveikatos būklę ir remiantis objektyvia informacija įgyvendinti visuomenės sveikatos prevencijos priemones.

Dar vienas iš darnaus vystymosi principų – *strateginio integravimo* principas – integruojantis socialinius, aplinkosauginius ir ekonominius veiksnius į bendrą siekį, atliekant poveikio sveikatai ir aplinkai vertinimą, tikslų formulavimą ir parenkant veiksmingas priemones. Tiek šie tikslai, tiek priemonės sveikatos administratorių ir politikų siekiamas suteikia specifiškumo, skatina kontroliuoti pasireiškiantį progresą ir įkvepia daugelį partnerių aktyviai remti sveikatos pasiekimus. Siekimas kurti, formuoti pagrįstą politiką, tikslus pritaikyti tarptautiniame, nacionaliniame ir vietiniame lygiuose yra labai svarbus¹⁷.

Taigi, visuomenės sveikatos procesuose labai svarbus darnaus vystymosi principų nuostatų laikymasis. Tokiu būdu nepažeidžiamos bendruomenės teisės į sveikatą, didinamas bendruomenės suinteresuotumas ir sąmoningumas, sudaromos sąlygos gyventi sveiką gyvenimo būdą skatinančioje ir saugioje aplinkoje bei efektyviai paskirstomi finansiniai ištekliai vykdant mokliškai pagrįstą ir efektyvią visuomenės sveikatos stiprinimo politiką.

1.1.2. Visuomenės teisė į sveikatą tarptautiniuose dokumentuose

Asmens teisę į sveikatos priežiūrą tikslinga pradėti nagrinėti nuo tarptautinės teisės dokumentų, kadangi būtent šių teisės aktų nuostatų dėka asmens teisė į sveikatos priežiūrą ir jos turinys Lietuvoje atitinka tarptautinių teisės aktų nuostatas.

Būtent tarptautinės teisės nuostatos ir sudarė prielaidas nacionaliniu mastu plėtoti asmens teisę į sveikatos priežiūrą, perkelti jų nuostatas į nacionalinius teisės aktus. Neabejotiną žmogaus teisių įtvirtinimo tarptautiniuose dokumentuose reikšmę pabrėžia prof. T. Birmontienė, kuri nurodo, kad tarptautinis teisinis reguliavimas šiuo metu daro ypač didelę įtaką žmogaus teisių doktrinai ir valstybių konstitucinės teisės nuostatoms¹⁸.

¹⁷ „Sveikata visiems XXI amžiuje“. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos principai Europos regione. 2000, 155-164.

¹⁸ T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė: vadovėlis. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras. 2001, 27.

Jungtinių Tautų organizacijos tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 12 straipsnyje numatyta, kad „valstybės, šio Pakto Šalys, pripažįsta kiekvieno žmogaus teisę turėti kuo geriausią fizinę ir psichinę sveikatą“¹⁹.

Pasaulio sveikatos organizacijos konstitucijoje numatyta, kad žmonių laimė, harmoningi santykiai ir saugumas yra paremti tokiais principais:

- sveikata yra asmens psichinė, fizinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių trūkumų nebuvimas;
- valstybės laimėjimai stiprinant ir saugant sveikatą yra vertingi visiems;
- netolygus vystymasis skirtingose šalyse stiprinant sveikatą ir kontroliuojant ligas, ypač užkrečiamąsias, yra bendras pavojus²⁰.

Pagal S. Gevers, asmens teisė į sveikatą yra universali bei viską apimanti, todėl iš valstybės turi būti reikalaujama, kad ji imtųsi būtinų priemonių, jog jos gyventojai galėtų mėgautis aukščiausiais prieinamais psichinės ir fizinės sveikatos standartais²¹. Tai susiję su aplinkos rizikos veiksniais, tokiais kaip nesaugus geriamasis vanduo arba mityba, priemonėmis, užtikrinančiomis saugias darbo ir sveikas gyvenimo sąlygas, sveikatos ugdymą. Visiems asmenims turi būti užtikrinamas atitinkamos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, sudaromos sąlygos labiausiai pažeidžiamų grupių poreikiams tenkinti.

Visuomenės sveikatos išskirtinumas pabrėžiamas ir Europos Bendrijų (toliau – Bendrija) steigimo sutarties 152 straipsnyje²². Šiame straipsnyje reikalaujama, kad Bendrija šiame sektoriuje vaidintų aktyvų vaidmenį ir, remdamasi subsidarumo principu, imtųsi tokių priemonių, kurių negali imtis atskiros valstybės. „Bendrija yra įsipareigojusi skatinti ir gerinti sveikatą, užkirsti kelią ligoms, veikti prieš galimas grėsmes sveikatai, siekdama sumažinti išvengiamą sergamumą ir per ankstyvą mirtingumą bei veiklumą mažinantį neįgalumą. Sveikata

¹⁹ Jungtinių Tautų Organizacijos tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas // http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=174850&p_query=&p_tr2; prisijungimo laikas: 2011-01-10.

²⁰ Constitution of the world health organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Available from: http://who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf; prisijungimo laikas: 2011-01-12.

²¹ Gevers S. The right to health care. European Journal of Health Law. 2004; 11:29-34.

²² Europos Bendrijų steigimo sutartis // http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc_l?p_id=9224; prisijungimo laikas: 2011-01-12.

yra prioritetas, o Bendrijos visų politikos sričių ir veiklų apibrėžimuose bei įgyvendinime turi būti užtikrinta aukšto lygio sveikatos apsauga²³.

Pasak S. Fluss, Europos socialinės chartijos 11 straipsnis suteikia tikslesnę teisę į sveikatą apibrėžimą. Jame teigiama, kad kiekvienas turi teisę į naudą iš bet kokių priemonių, suteikiančių jam teisę naudotis aukščiausio galimo standarto sveikata, kad kiekvienas be adekvačių išteklių turi teisę į socialinę ir medicininę apsaugą, ir kiekviena šalis narė turi panaikinti kaip galima daugiau ligas sukeliančių priežasčių, suteikti mokymo paslaugas sveikatos stiprinimui ir skatinti asmeninę atsakomybę dėl sveikatos, taip pat kaip ir užkirsti kelią epidemijoms, endemijoms ir kitoms ligoms²⁴.

Lietuvos Respublikos Seimas, pripažindamas, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, 1994 m. priėmė sveikatos sistemos įstatymą, kuriame išreiškė siekį „užtikrinti prigimtinę žmogaus teisę turėti kuo geresnę sveikatą, taip pat teisę turėti sveiką aplinką, priimtina, prieinama ir tinkamą sveikatos priežiūrą“²⁵. Šiuo siekiu, Sveikatos sistemos įstatymas įgyvendina tiek Konstituciją, tiek Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvenciją, Europos socialinę chartiją, Europos žmogaus teisių ir biomedicinos konvenciją ir kt.²⁶

Taigi, visuomenės teisė į sveiką aplinką ir gerą sveikatos būklę, sveikatos priežiūrą yra įteisinta tiek tarptautiniu, tiek nacionaliniu lygiu. Labai svarbu, kad valstybė prisiima atsakomybę už sukurtą sistemą, kuri sudaro sąlygas visuomenės nariams sveikai gyventi. Kuomet bus sudarytos tinkamos sąlygos, tuomet pati sistema kurs veiksmingas priemones ir sistemas, per kurias asmenys galės efektyviai išnaudoti gaunamą informaciją ir paslaugas. Tačiau, jei valstybės sudaryta sistema neskatina organizuoti efektyvių priemonių sveikatos išsaugojimui ir jos gerinimui bei sveikos aplinkos kūrimui, tuomet visuomenės sveikatos priežiūra nėra efektyvi ir veiksminga. Esant sistemos neveiksmingumui, vyrauja ir visos visuomenės pasyvus požiūris į sveikos ir saugos aplinkos kūrimą, kuris atsiliepia blogesniais visuomenės sveikatos rodikliais. Šie rodikliai turi įtakos tiek savivaldybių, tiek valstybės ekonomikai: didesni finansiniai išteklių išleidžiami socialinėms garantijoms užtikrinti ir nesukurtas bendras vidaus produktas.

²³ Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1786/2002/EB // <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2002D1786:20040430:LT:PDF>; prisijungimo laikas: 2011-01-17.

²⁴ Fluss S. S. The development of national health legislation in Europe: the contribution of international organizations. *European journal of health law*. 1995; 2:193-237.

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231.

²⁶ Birmontienė T. Health legislation in Eastern European Countries: the baltic States. *European Journal of Health Law*. 2004; 11:77-86.

1.1.3. Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos strategijos pagrindinės kryptys

Lietuvos Vyriausybė, remdamasi naujais tarptautiniais reikalavimais, 2006 metais parengė ir patvirtino Sveikatos apsaugos ministerijos inicijuotą Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategiją²⁷. Ši strategija skirta visuomenės sveikatos priežiūros sistemos plėtojimui siekiant gerinti gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę. Bendrosiose nuostatose teigiama, jog „ketinama kurti šiuolaikinę ir efektyvią visuomenės sveikatos priežiūros sistemą. Tai siejama su Lietuvos valstybės teisine reforma, socialinių ir ekonominių procesų valdymu, visų sektorių ir pačios visuomenės efektyviu dalyvavimu formuojant ir įgyvendinant politiką <...>“²⁸.

Nacionalinės visuomenės sveikatos strategijos 2006–2013 m. tikslas – „pagerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, ilginti gyvenimo trukmę – mažinti sergamumą, mirtingumą ir neįgalumą <...>“. Strategijoje išskelti šie uždaviniai:

1. įtvirtinti visuomenės sveikatos svarbą valstybės ir savivaldybių politikoje;
2. mažinti sergamumą užkrečiamosiomis ir neinfekcinėmis ligomis, darant įtaką jas sukeliantiems veiksniams;
3. gerinti visuomenės sveikatos stebėseną ir gyventojų informuotumą visuomenės sveikatos klausimais;
4. užtikrinti pasirengimą greitai reaguoti į sveikatai kylančias grėsmes;
5. rūpintis vaikų ir jaunimo sveikatos išsaugojimu ir gerinimu;
6. tobulinti visuomenės sveikatos vadybą.

Iš pirmojo uždavinio matome, kad siekiama teisinėmis ir ekonominėmis priemonėmis stiprinti savivaldybių kompetenciją visuomenės sveikatos srityje ir perduoti daugiau atsakomybių numatant tam tikrus mechanizmus. Taip pat, vadovaujantis *atsargumo* principu, pabrėžiamas ir laiku pateiktos mokslškai pagrįstos informacijos nauda politikos ir visuomenės atstovams visuomenės sveikatos politikos formavimui.

²⁷ Rapolevičiūtė R. Visuomenės sveikatos sistemos pertvarka įgauna pagreitį. Gydytojas, <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&strid=2883&subid=gm>; prisijungimo laikas: 2010-09-16.

²⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 19 d. nutarimas Nr. 600 „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų plano patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr. 70-2574.

Sprendimus priimantys visuomenės sveikatos politikai, dažnai remiasi trumpalaikių poreikių suformuotomis nuomonėmis, kyla ne tik įrodymais grindžiamos informacijos trūkumas, bet ir pertekliaus problemos bei informacijos patikimumo problemos²⁹.

Pasak M. Dobbins ir kt., didžiausia problema, su kuria susiduria visuomenės sveikatos politikai ir administratoriai, - laiko trūkumas, kai reikia rasti mokslinių įrodymų, juos įvertinti, išsiaiškinti ir įtraukti į sprendimų priėmimo procesą, kurie labai svarbūs visuomenės gyvenimo kokybės gerinimui ir ekonominiam veiklų efektyvumui³⁰.

Šioje srityje turi būti aktyviau įtraukta mokslo bendruomenė, kuri pagrįstai išskirtų prioritetines sritis ir pateiktų sveikatos administratoriams ir politikams, siekiant priimti moksliskai pagrįstus sprendimus.

Integruojant *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo, piliečių dalyvavimo ir strategijos integravimo* principus, trečią uždavinį įgyvendinti siekiama, įtraukiant į sveikatos stiprinimo ir gyvenimo kokybės gerinimą per valstybės ir savivaldybių institucijų, mokslo ir studijų institucijų, asociacijų, bendruomenių, žiniasklaidos, privataus sektoriaus atstovų informavimą, rengiant ir įgyvendinant programas, sudarant jiems sąlygas bendradarbiauti. Valstybė, kurdama priemones ir sąlygas gerinti visuomenės sveikatą, turi skatinti ir atskirų visuomenės narių pastangas, nes 50 proc. visuomenės sveikatos būklės priklauso nuo visuomenės ir individo suinteresuotumo ir gyvensenos. Kalbant apie bendruomeninių organizacijų įtraukimą, reikia pabrėžti tai, kad jų veikla turi būti labai išplėtotą ir remiama iš valstybės ar savivaldybių. Taip pat turi būti sukurta tam tikra sistema, kuria remiantis būtų palaikoma partnerystė tarp bendruomeninių organizacijų ir politikos atstovų, sveikatos administratorių.

Kadangi veiksniai, turintys įtakos sveikatai, dažniausiai egzistuoja už sveikatos sistemos ribų ir jie sutinkami ten, kur žmogus gyvena, mokosi, dirba, ilsisi³¹, tuo pačiu strategija yra neatsiejama nuo kitų sričių. Strategija derinama su įvairiomis programomis, tokiomis kaip aplinkos apsaugos, vartotojų apsaugos, socialinės apsaugos, transporto, agrokultūros ir pan.³² Kadangi šios strategijos 11 punkto nuostatos netiesiogiai nusako visuomenės ir jos atskirų

²⁹ Mikelaityienė R., Jankauskas R. ir kt. Mokslinių tyrimų rezultatų panaudojimas formuojant visuomenės sveikatos politiką. *Visuomenės sveikata*. 2009; 3(46):10-15.

³⁰ Dobbins M., DeCorby K., Twiddy T. A Knowledge Transfer Strategy for Public Health Decision Makers. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2004; 1(2):120-128.

³¹ Jociute A. Integruotas požiūris į aplinką ir žmonių sveikatą. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai/ Mykolo Riomerio universitetas*. Vilnius: Mykolo Riomerio leidybos centras. 2010; 1(2):85-99.

³² Visuomenės sveikatos plėtra Europos Sąjungos teisėje // http://www.sec.lt/pages/alfdiskusijos/pages/discuss5/docs/V5_ES.pdf; prisijungimo laikas: 2011-02-13.

individue žemą sveikatos priežiūros naštingumą („daugėja rūkančių, plinta alkoholio, narkotikų ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimas, gausėja su mityba, fiziniu aktyvumu ir kitais sveikatai įtakos turinčiais veiksniais susijusių susirgimų, visa tai lemia gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę“), tiek valstybės, tiek savivaldybių lygiu būtinas visuomenės sveikatos priežiūros naštingumo didinimas. Visgi naujoji nacionalinė visuomenės sveikatos sistemos pertvarka orientuota į ligų profilaktikos, visuomenės dalyvavimo skatinimą, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, socialinių partnerių bendradarbiavimą ir sveikatos aspektų integravimą į kitas politikos sritis³³.

Taigi, Lietuva siekdama gerinti gyvenimo kokybę, siekia aktyviau įtraukti valstybės ir savivaldos politikus į visuomenės sveikatos formavimą, rizikos veiksnių šalinimą, keitimąsi informacija, siekia užtikrinti gebėjimus greitai reaguoti į pavojingas sveikatai situacijas ir tobulinti visuomenės sveikatos vadybą bei jos procesus. Taip pat pabrėžiama vaikų ir jaunimo sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo svarba, kaip viena iš krypčių, kurioje aktyviai veikiant galima pasiekti efektyviausių rezultatų.

³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymas Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2008, Nr. 27-1000; 2011, Nr. 9-404.

1.2. Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialioji programa

1986 metais Otavoje priimtoje chartijoje pabrėžiama svarba visuomenės politikos ir aplinkos, kuri įtrauktų visuomenės narius, bendruomenes į visuomenės sveikatos stiprinimą ir gerinimą, ugdant sveikatos raštingumą.

Šie visuomenės sveikatos stiprinimo principai toliau išplėtoti 1997 m. Džakartoje vykusioje tarptautinėje sveikatos stiprinimo konferencijoje ir čia priimtoje deklaracijoje³⁴.

XXI amžius turėtų tapti pirmuoju, kada šalys ims teikti pirmenybę žmogaus sveikatos gerinimui. 1998 m. priimtoje Pasaulio sveikatos bendrijos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ programoje nurodyta visuomenės sveikatos gerinimo principai, kurie buvo suformuluoti vadovaujantis dviejų dešimtmečių Europos regiono kolektyvinėmis strategijomis, kurios įgalino vykdyti visuomenės sveikatos programas, taikant konkrečius veiksmus ir metodus, siekiant efektyvaus resursų panaudojimo gerinant visuomenės sveikatos būklę³⁵.

Pagal A. Monkauskaitę, A. Zaborskį ir kt., šiuolaikinė sveikatos priežiūros koncepcija labai didelį dėmesį ir vaidmenį skiria bendruomenės įtraukimui į sveikatos sprendimų priėmimą, ypač vietiniu – savivaldybių – lygmeniu. Stengiamasi ne tikrai išugdyti didesnę asmeninę kiekvieno žmogaus atsakomybę už savo elgseną ir požiūrį į sveikatą, bet ir siekti aktyvesnio visuomenės dalyvavimo priimanant sprendimus įvairiuose sektoriuose³⁶.

Lietuvoje, siekiant gerinti visuomenės sveikatą, parengtos ir įgyvendinamos įvairios Valstybinės sveikatos priežiūros programos, kuriomis vadovaujasi savivaldybės, planuodamos konkrečias savivaldybėse numatomas vykdyti programas. Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialioji programa (toliau – Programa) yra pagrindinis savivaldybių visuomenės sveikatos programų rengimo ir įgyvendinimo finansavimo šaltinis. Pagal Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymą³⁷, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą³⁸ ir kitus teisės aktus, miestų ir rajonų savivaldybių tarybos tvirtina šias Programas, kontroliuoja, kaip naudojamos joms skirtos lėšos, ir tvirtina jų panaudojimo ataskaitas. Šias ataskaitas teikia Sveikatos apsaugos ministerijai (toliau – SAM).

³⁴ The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. Health Promotion International. 1997, 12(4):261-264.

³⁵ Grabauskas V. Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje. Medicina. 1997; 33(priedas 9):3-8.

³⁶ A. Zaborskis, A. Monkauskaitė, J. V. Vaitkevičius ir kt. Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybos veiklos dešimtmetis. Pasiekimai ir problemos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2007, 149-155.

³⁷ Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 55-1049.

³⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231.

Valstybė, kurdama priemones visuomenės sveikatai gerinti, turi skatinti atskirų visuomenės narių pastangas, nes nuo individo suinteresuotumo priklauso jo sveikatos būklė ir visuomenės sveikatos būklė. Programos yra vienos iš svarbiausių, nes su jomis susijusi visuomenės sveikatos gerinimo rezultatų sėkmė. Paslaugos tokiu būdu teikiamos arčiau žmogaus.

Išanalizavus šių programų aspektus, bus galima įvardinti programų trūkumus ir administravimo problemas, o tai svarbu siekiant efektyvesnio Programų administravimo ir tikslingai paskirstytų finansinių išteklių.

1.2.1. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų teisinis reglamentavimas

Siekiant apžvelgti Programų reglamentavimą tikslinga pradėti nuo svarbiausio Lietuvos Respublikos teisės akto – Konstitucijos. Lietuvos Respublikos Seimas 1994 m. liepos 19 d., įgyvendindamas Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatą ir „pripažindamas, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, <...> siekdamas užtikrinti prigimtine žmogaus teisę turėti sveiką aplinką, priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą“, priėmė Sveikatos sistemos įstatymą³⁹. Vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymo 11 ir 14 straipsnių nuostatomis sveikatos priežiūrą sudaro ne tik asmens sveikatos priežiūra, farmacija, bet ir visuomenės sveikata.

Visuomenės ir kiekvieno jos nario sveikatos gerinimas ir išsaugojimas yra pagrindinė visuomenės sveikatos priežiūros misija. Visuomenės sveikatos priežiūra Sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 7 dalyje ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 2 straipsnio 2 dalyje apibrėžiama kaip organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma⁴⁰.

Lietuvoje visuomenės sveikatos priemonės detalizuojamos Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnyje, kurio 1 dalyje yra nustatyti veiklos organizavimo lygiai (savivaldybių ir valstybės). Taip pat šio straipsnio 2 dalyje nustatyti sveikatos priežiūros lygiai (pirminis, antrinis, tretinis), o 4 dalyje nurodoma, jog „savivaldybės vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros apimtis ir vykdymo tvarką nustato šis įstatymas, Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas ir kiti teisės aktai“. Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. gegužės 24 d. priimtame Visuomenės

³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231.

⁴⁰ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 56-2225.

sveikatos priežiūros įstatymo pakeitimo įstatyme neliko visuomenės sveikatos skirstymo lygiais⁴¹. Tačiau šis pakeitimas yra tik teisiškai formalus, nes pirminis visuomenės sveikatos lygis buvo įvardintas savivaldybės vykdoma visuomenės sveikatos priežiūra.

Sveikatos apsaugos ministrai patvirtinus Visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2006 metų programą, buvo bandoma apibrėžti pirminės visuomenės sveikatos priežiūros mastą⁴².

Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos 15.2 punkte nurodyta, kad per maža visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų integracija pirminiu sveikatos priežiūros lygiu ir per mažas kitų sektorių indėlis į visuomenės sveikatos priežiūrą, nesuderinti valstybės tarnybų veiksmai⁴³.

Vadovaujantis vietos savivaldos įstatymo 6 straipsnio 17 ir 18 punktais pirminė visuomenės sveikatos priežiūra yra priskirta savarankiškajai savivaldybių funkcijai, o reikiamą visuomenės sveikatos priežiūrai finansavimą turi skirti pačios savivaldybės per savivaldybių sveikatos programų rengimą ir įgyvendinimą bei paramos savivaldybės gyventojų sveikatos priežiūrai skyrimą.

Siekiant užtikrinti, kad valstybė skirtų lėšų minėtoms funkcijoms įgyvendinti, Lietuvos Respublikos Seime buvo užregistruotas Vietos savivaldos įstatymo 7 ir 8 straipsnių pakeitimo bei papildymo įstatymo projektas Nr. XP-2056, kuriuo buvo siekiama savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros funkciją priskirti prie valstybinių (perduotų savivaldybėms) funkcijų⁴⁴.

Žvelgiant iš kitos pusės, visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas savivaldybėje įgyvendindavo savivaldybių gydytojai, tačiau pastarųjų veiklos sritys yra tokios plačios (asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra), kad dažniausiai tai būdavo tik organizacinių priemonių vykdymas arba jų inicijavimas⁴⁵.

⁴¹ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo pakeitimo įstatymas // Valstybės žinios. 2007, Nr. 64-2455.

⁴² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. birželio 1 d. įsakymas Nr. V-460 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2006 metų programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr. 69-2537.

⁴³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 19 d. nutarimas Nr. 600 „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų plano patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr. 70-2574.

⁴⁴ Čelkis P. Visuomenės teisės į sveikatą būklė Lietuvoje. Visuomenės sveikata. 2007; 3(38): 11-18.

⁴⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1995 m. gruodžio 11 d. nutarimas Nr. 1552 „Dėl savivaldybės gydytoja pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1995, Nr. 102-2292; 2000, Nr. 88-1237; 2010, Nr. 64-3153.

Konkrečioms visuomenės sveikatos priežiūros iniciatyvoms įgyvendinti Sveikatos apsaugos sistemos 41 straipsnyje numatyta Programa. Ši Programa yra pagrindinis savivaldybių visuomenės sveikatos programų rengimo ir įgyvendinimo finansavimo šaltinis. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu „Dėl savivaldybės vykdomų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimo ataskaitos teikimo tvarkos ir ataskaitos formos patvirtinimo“⁴⁶ ir kitais teisės aktais, savivaldybių tarybos tvirtina šias programas, kontroliuoja, kaip naudojamos joms skirtos lėšos.

1.2.2. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų administravimas

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 116 straipsnis įpareigojo savivaldybes kurti bendruomenių sveikatos tarybos (toliau – BST), kurioms numatyta pagrindinė užduotis – atstovauti bendruomenei formuojant ir įgyvendinant savivaldybės teritorijoje sveikatos ugdymo, alkoholio, tabako ir narkotikų kontrolės, visuomenės sveikatos saugos, infekcinių susirgimų profilaktikos ir kontrolės politiką. Lietuvoje bendruomenės sveikatos tarybos buvo pradėtos kurti 1997 m.⁴⁷

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas ir tolesni jo pakeitimai nenurodo, iš kiek narių turi susidėti BST. Vadovaujantis Sveikatos sistemos įstatymu, savivaldybių BST turėtų sudaryti: 1/3 savivaldybės paskirtų asmenų, 1/3 savivaldybės įmonių, įstaigų, organizacijų atstovų, 1/3 visuomeninių organizacijų, ginančių visuomenės sveikatos interesus, atstovų. 2004 m. tuometinio Kauno medicinos universiteto Biomedicininių tyrimų instituto kartu su Šiaulių visuomenės sveikatos centro Kelmės filialo atstovais atliktoje BST atstovų apklausoje buvo vertinamos tarybų sudėtys. Atlikus apklausą nustatyta, jog tarybų narių sudėtis pagal atstovaujančias įstaigas ir organizacijas yra labai įvairi. Kai kuriose tarybose nebuvo nė vieno nario, atstovaujančio visuomenės sveikatos sritį, arba buvo mažai narių (10 proc.), atstovaujančių nevyriausybinės organizacijas (toliau – NVO). Apklausos rezultatuose pagal vidutinį narių

⁴⁶ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 606 „Dėl savivaldybės vykdomų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimo ataskaitos teikimo tvarkos ir ataskaitos formos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2008, Nr. 73-2834; 2011, Nr. 8-328.

⁴⁷ Zaborskis A., Andriuškevičienė R. Bendruomenės sveikatos tarybos vaidmuo puoselėjant gyventojų sveikatą. Sveikatos aplinka. 1999; (6): 32-36.

skaičių daugiausia tarybos narių atstovavo savivaldybių įstaigoms (51,9 proc.). NVO vidutinis atstovų skaičius (28,6 proc.) buvo artimas įstatyme numatytam, t. y. 1/3 daliai⁴⁸.

2007 m. A. Zaborskio ir A. Monkauskaitės atliktoje BST atstovų apklausoje taip pat buvo vertinamos tarybų sudėtys. Iš visų narių (378 BST narių) 28,2 proc. buvo savivaldybės paskirti asmenys, 26,2 proc. atstovavo savivaldybės įstaigoms, 14,6 proc. narių buvo iš visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų ir iš NVO – 31 proc. NVO narių dalis BST buvo artimiausias įstatyme numatytam (1/3 daliai)⁴⁹.

Vadovaujantis *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo* principu, BST turi sudaryti sąlygas mokslo institucijoms, asociacijoms, bendruomenėms, žiniasklaidai, privataus sektoriaus atstovams dalyvauti tiek rengiant, tiek įgyvendinant Programų priemones. Pagal 2007 m. atlikto Lietuvos Programų ataskaitų vertinimo išvadas, specialiąsias programas 2006 m. vykdė šios institucijos: NVO (39,0 proc.), švietimo įstaigos (28,0 proc.), asmens sveikatos priežiūros įstaigos (16,0 proc.), visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (5,0 proc.) ir kitos organizacijos (11,0 proc.). Biudžetinės institucijos sudarė 54,6 proc., nebiudžetinės - 45,4 proc.⁵⁰

Reikia sukurti specialius mechanizmus, padedančius sutelkti pagrindinį dėmesį bendradarbiavimo palaikymui. Kiekvienas sveikatos politikoje dalyvaujantis sektorius turėtų suprasti, kad vienas svarbiausių veiksnių kiekvienam įvairaus lygio sektoriui yra informuotos visuomenės nuomonė, tik jai padedant būtų galima įgyvendinti naujosios – aktyvios sveikatos politikos tikslą – skatinti aktyvų pačių žmonių dalyvavimą ugdant ir tausojant savo sveikatą ir priimant sprendimus⁵¹.

Nesėkmingas bendradarbiavimas bus tada, kai asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sektorių atstovai nesuteiks informavimo priemonių atstovams reikalingos informacijos. Todėl būtina nepamiršti, kad pats sveikatos sektorius turi mielai sutikti atviro dialogo apie sveikatos problemas iniciatyvas⁵².

Į visuomenės sveikatos politikos kūrimo procesą reikėtų labiau įtraukti žurnalistus ir kitus profesionalus, dirbančius visuomenės informavimo priemonėse ir komunikacijos pramonėje, į procesą, skatinantį visuomenės žinias, informacijos sklaidą apie sveikatos

⁴⁸ Zaborskis A., Monkauskaitė A. Bendruomenių sveikatos tarybos veiklos vertinimas. Visuomenės sveikata. 2004; 2(25): 45-52.

⁴⁹ A. Zaborskis, A. Monkauskaitė, J. V. Vaitkevičius ir kt. Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybos veiklos dešimtmetis. Pasiekimai ir problemos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2007, 149-155.

⁵⁰ Ten pat.

⁵¹ H. M. Kahssay, P. Oakley. Community involvement in health development: a review of the concept and practice.//WHO, Geneva. 1999, 160.

⁵² Report on Network Evaluation and Achievements // Denmark. 2000, 4-5.

problemas ir galimus išvengimo būdus ir pan. Labai svarbu informuoti visuomenę, pabrėžiant jos dalyvavimo svarbą kuriant ir įgyvendinant visuomenės sveikatos priežiūros politiką. Tačiau reikia nepamiršti ir visuomenės sveikatos administratorių nenorą įtraukti visuomenę.

1.2.3. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų finansavimas

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme nurodoma, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vykdomų subjektų veiklai ir teikiamoms paslaugoms tarp kitų funkcijų priskiriama asmens sveikatos bei visuomenės sveikatos priežiūra. Programų lėšos naudojamos visuomenės sveikatos programoms finansuoti ir remti.

Sveikatos sistemos įstatymo 41 straipsnio 2 dalyje įvardyti Programų finansavimo šaltiniai:

- savivaldybės biudžeto asignavimai;
- ne mažiau kaip 0,3 procento privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, atsižvelgiant į gyventojų skaičių;
- 20 proc. savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos lėšų;
- savanoriškas fizinių ir juridinių asmenų įmokos.

Programos fondo lėšos kaupiamos atskirose savivaldybės biudžeto sąskaitose. Šių programų pajamos ir išlaidos planuojamos savivaldybės biudžeto lygmenyje pagal savivaldybių tarybų nustatytas tvarkas.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme numatyta, kad savivaldybių BST patikėta svarbi funkcija – nustatyti Programų lėšų panaudojimo prioritetus. Jau minėto 2007 m. atlikto tyrimo rezultatai įrodo, jog BST daugiausia dėmesio skiria finansuojamoms sveikatos programoms iš Programų biudžeto svarstymui (41,5 proc.), sveikos gyvensenos klausimams spręsti (22,4 proc.), BST planų ar atskaitų analizavimui (20,4 proc.) ir savivaldybių sveikatos politikai, sveikatos priežiūros plėtrai (15,7 proc.). Taip pat tyrimo medžiagoje nurodyta, jog BST sveikatos programų vertinime reiškiasi aktyviai: 90,6 proc. tarybų nurodė, jog jos aktyviai dalyvauja teikiant tarybai tvirtinti sveikatos fondo išlaidų sąmatų projektus, 77,2 proc. tarybų aktyviai vykdo sveikatos programų įgyvendinimo kontrolę, analizuoja ataskaitas⁵³.

Pagal Lietuvos Respublikos savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos įstatymo 4 straipsnio 2 dalį savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos 20 proc. lėšų yra skirtos Programų finansavimui. Šios lėšos surenkamos iš: juridinių

⁵³ A. Zaborskis, A. Monkauskaitė, J. V. Vaitkevičius ir kt. Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybos veiklos dešimtmetis. Pasiekimai ir problemos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2007, 149-155.

ir fizinių asmenų mokesčių, mokamų įstatymų nustatytais proporcijomis ir tvarka už teršalų išmetimą į aplinką ir už valstybinius gamtos išteklius, išskyrus už medžiojamųjų gyvūnų išteklių naudojimą; lėšų, gautų kaip želdinių atkuriamosios vertės kompensacija; savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos bei kitos teisėtai gautos lėšos⁵⁴.

Šis savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos lėšų skyrimas Programoms atitinka vieną iš darnaus vystymosi principų – *atsakomybės (teršėjas moka)* principą, kuris nebuvo paminėtas darbo pradžioje kaip tiesioginis principas, įtakojantis visuomenės sveikatą. Tačiau šio principo koncepcija tiesiogiai įtakoja saugios aplinkos kūrimą: taikant šį principą, apmokestinama pramoninė ar komercinė veikla, prisidedanti prie aplinkos taršos.

Taigi ne visuomenė, ne visi mokesčių mokėtojai turi kompensuoti išlaidas, susijusias su žalos aplinkai išvengimu bei atitaisymu, o tas, kuris yra tiesiogiai už tai atsakingas⁵⁵. Taigi aplinkos teršimo dydis tiesiogiai proporcingas teršėjo mokamiems mokesčiams, kurių dalis skirta visuomenės sveikatos stiprinimui kompensuoti.

Programų finansavimas nuo 2001 metų didėja. 2009 metais jis buvo – 2,4 mln. Lt, o 2011 metams privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis visuomenės sveikatos programų rėmimo programoms numatyta mažesnė suma – 2,0 mln. Lt⁵⁶. Kiekvienai savivaldybei jos skiriamos atsižvelgiant į gyventojų skaičių. Galima daryti išvadą, kad pamažu atkreipiamas dėmesys į visuomenės sveikatą, tačiau 2011 metų planai nedžiugina – mažinamas finansavimas savivaldybėms, kurios, būdamos arčiau piliečių, organizuoja programas.

Svarstant Programos lėšų paskirstymą reikia atkreipti dėmesį į tai, jog šių programų biudžetų sudarymas atitinka programinio biudžeto sampratą. Sampratoje nurodomas tikslų išskyrimas ir ekonomiškai optimalių būdų tiems tikslams įgyvendinti parinkimas⁵⁷. Pasak M. Arimavičiūtės, programinis valdymas gali įvertinti kiekvienos programos rezultatus. Programinis biudžetas yra glaudžiai susijęs su įvairiomis valdymo funkcijomis: planavimu, organizacinės struktūros parinkimu, stebėjimu, kontrole ir analize. Nesudarius programinio biudžeto būtų beveik neįmanoma imtis programinio valdymo ir sukurti veiklos vertinimo pagrindų.

⁵⁴ Lietuvos Respublikos savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos įstatymas // Valstybės žinios. 2003, Nr. 61-2760.

⁵⁵ R. Ragulskytė-Markovienė. Aplinkos teisė: Lietuvos teisės derinimas su Europos Sąjungos reikalavimais. Vilnius: Eugrimas. 2005, 50.

⁵⁶ Valstybinė ligonių kasa // http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1.

⁵⁷ M. Arimavičiūtė. Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas: vadovėlis. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras. 2005, 230.

Dažnai diskutuojama, kaip reikėtų planuoti programų biudžetą – pagal organizacinius vienetus ar programas. Vadovaujantis *strategijos integravimo* principu geriausias būdas panaudoti savivaldybių programų išteklius yra paskirstyti juos pagal programų tikslus ir kitus programinio biudžeto sudarymo svarbius elementus.

Planuojant Programos lėšų naudojimo prioritetus racionalu vadovautis principu, jog 50 proc. visuomenės sveikatos priklauso nuo žmogaus gyvenimo, 20 proc. – nuo aplinkos, 20 proc. atsakomybės tenka paveldėjimui, o medicininių tarnybų veikla lemia tik 10 proc. gyventojų sveikatos būklės. Todėl sveikatos programoms, skirtoms ligų, ypač priklausančių nuo gyvenimo, profilaktikai tikslinga teikti 50 proc. lėšų, aplinkos gerinimo programoms – 20 proc. lėšų, o sveikatos programoms, skirtoms medicininės priežiūros tobulinimui ir naujų gydymo technologijų įdiegimui - 30 proc. lėšų (pastarosios galėtų atitikti ligų, susijusių su paveldėjimu ir kitomis priežastimis, gydymą ir medicininių tarnybų veiklą).

Apibendrinant šį Programos finansavimo modelį, daugiausia lėšų turėtų būti skiriama sveikos gyvenimo propagavimui, ligų profilaktikai ir saugios aplinkos kūrimui.

A. Zaborskio ir A. Monkauskaitės 2004 m. atliktos BST apklausos metu apibendrinus BST narių anketų rezultatus, gautas lėšų paskirstymas buvo artimas aukščiau aprašytam lėšų paskirstymo principui. 44,2 proc. lėšų teko ligų profilaktikos ir sveikos gyvenimo programoms. Aplinkos gerinimo programoms teko 15,2 proc. lėšų. Ligoms gydyti, medicininei įrangai įsigyti ir patalpoms renovuoti panaudota 33,3 proc. lėšų. 7,3 proc. išlaidų sudarė kitos išlaidos, skirtos BST veiklos administravimui.

Tų pačių autorių 2007 m. atliktos apklausos rezultatai parodė, jog didžioji dalis biudžeto teko ligų profilaktikos ir sveikos gyvenimo programoms (58,5 proc.), aplinkos gerinimo programoms teko 13,9 proc. Ligų gydymui ir gydymo įstaigų materialinės bazės stiprinimui panaudota 17,8 proc., likusi dalis panaudota kitoms išlaidoms (9,8 proc.).

Taigi, gyventojų sveikos gyvenimo propagavimui, ligų profilaktikai ir aplinkos gerinimui turėtų būti skiriama daugiausia lėšų. Tvirtinant sveikatos programoms lėšų panaudojimo šamata, BST turėtų įtikinti savo miesto/rajono savivaldybes vadovautis šiuo principu, t. y. siekti, jog lėšos būtų panaudotos tikslingai – gyventojų sveikatos stiprinimui, atsižvelgiant į bendruomenės sveikatos būklės rodiklius, o ne medicinos įstaigų poreikių tenkinimui.

1.2.4. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų vertinimas

Neefektyvios visuomenės sveikatos intervencijos kainuoja didžiulius pinigus, kuriuos galima investuoti į efektyvias visuomenės sveikatos programas. Valdžios institucijoms būtina

geriau suprasti potencialią vertinimo naudą ir tai, kaip vertinimo rezultatai gali teigiamai prisidėti prie politikos formavimo ir programų įgyvendinimo tobulinimo, o vertinantiems specialistams būtina ir toliau siekti pažangos vertinimo srityje⁵⁸.

Vienas iš pagrindinių visuomenės sveikatos programų tikslų – susirgimų ir mirčių prevencija. Visuomenės sveikatos programos orientuojamos į svarbiausių problemų priežasčių šalinimą, dalyvaujant dideliame bendruomenės narių ir organizacijų skaičiui. Šalia tradicinių visuomenės sveikatos problemų sprendimo būdų dabar vykdomos sudėtingos visuomenės požiūrio ir elgesio pokyčių siekiančios programos, reikalaujančios sudėtingesnių sprendimų. Kartais programos, kurios gerai funkcionuoja vienoje vietoje, kitoje patiria nesėkmę ir yra neveiksmingos dėl skirtingų ekonominių, socialinių, demografinių, kultūrinių, organizacinių ir kitų sąlygų. Siekiant nustatyti programų sėkmės ir nepasisekimo priežastis būtina atlikti jų vertinimą⁵⁹.

Programos vertinimas gali būti apibrėžiamas kaip sisteminis ir objektyvus jos kokybės ar vertės nustatymas, metodiškai renkant, analizuojant ir interpretuojant informaciją. Vertinimu ne tik nustatoma programos vertė, bet ir sukuriamas grįžtamasis ryšys, nusprendžiant, kad kažkas joje yra gerai ar blogai, teisinga ar neteisinga⁶⁰.

Platesniu aspektu vertinimas nusako programos poveikį, vertę ir kokybę jos efektyvumo didinimo, tobulinimo ir vykdymo atžvilgiu. Vertinimas turi suteikti patikimos ir naudingos informacijos, kuri leistų priimti sprendimus ir užtikrintų nuolatinį programų vykdymo tobulinimą⁶¹.

Programų vertinimas ne tik skatina pokyčius, bet ir prisideda prie atskaitomybės kokybės gerinimo. Žvelgiant į praeitį, vertinimas padeda suprasti programų pasekmes ir atsiskaityti už lėšų panaudojimą, o žiūrint į ateitį, padeda susisteminti sukauptą patirtį, naudingą gerinant įgyvendinamas ir būsimas programas⁶².

Literatūroje dažniausia išskiriami formuojamasis ir apibendrinamasis programų vertinimai, kurie savotiškai klasifikuoja programų vertinimo tipų įvairovę. Formuojamasis vertinimas orientuojasi į produkto ir tam naudojamų resursų ir veiklų vertinimą, o

⁵⁸ Bendrasis programavimo dokumentas. ES programų Lietuvoje vertinimo gairės. 2007.

⁵⁹ European Commission. Evaluation EU Activities. A Practical Guide for the Commission Services. 2004.

⁶⁰ E. J. Davidson. Evaluation Methodology Basics: the nuts and bolts of sound evaluation. Sage Publications, Thousand Oaks, London. 2005, 263.

⁶¹ G. Shackman. What is Program Evaluation? A Beginners Guide. The Global Social Change Research Project. 2008.

⁶² E. Taylor-Powell, S. Stelle, M. Douglass. Planning a Program Evaluation. University of Wisconsin-Extension. 1996.

apibendrinamasis vertinimas – į gautus rezultatus, jų sąsajas su produktu, nevertindamas veiklos, kuri sąlygojo tuos rezultatus⁶³.

Formuojamasis vertinimas taikomas planuojant veiklą ar ją vykdant, norint sužinoti, ką reikia tobulinti. Šis vertinimas rodo, ar visi programos elementai yra reikalingi, suprantami ir tinkami. Jis taip pat leidžia įvertinti programos pateikimą, įgyvendinimo kokybę, programos vykdytojus, veikimo metodus, išteklius bei daryti įvairias modifikacijas planuojant ir vykdant programas. Šitaip padidinama tikimybė, kad programa bus sėkmingai įvykdyta. Pagrindiniai formuojamojo vertinimo privalumai yra greitas grįžtamosios informacijos, paremtos dokumentais, pateikimas vykdytojams. Informacijos rinkimas ir analizavimas padeda atskleisti, kaip įgyvendinama programa. Įvykių pagrindimas dokumentais rodo, kokie metodai faktiškai naudojami, o tai padeda geriau suformuluoti netikėtas problemas ir aiškiai įvardyti, kad yra/nėra padaryta pradinėse ir ankstyvose programos vykdymo stadijose⁶⁴.

Apibendrinamasis vertinimas atliekamas norint nustatyti bendrą programos kokybę arba vertę. Šį vertinimą galima vadinti atsiskaitomuoju, nes jis dažnai atliekamas veiklą reguliuojančių institucijų užsakymu, kurioms reikia atsiskaityti už pasiektus galutinius rezultatus. Apibendrinamasis vertinimas naudojamas ir pasibaigus veiklai, pasiekus rezultatus, kai siekiama išsiaiškinti, ar jie tokie, kokių tikėtasi, ar programa pasiekė lauktą efektą, pasekmes⁶⁵.

Nėra geriausio vertinimo metodo ar modelio, nes jų taikymas priklauso nuo vertintojo ir konteksto specifikos, vertinamų aspektų ir prioritetų, vertinimui skirtų išteklių, laiko ir kt. Vertinant programą svarbu taikyti mišrius vertinimo metodus (loginius, kiekybinius, kokybinius), pasirinkti tinkamą vertinimo modelį, apgalvotai suformuluoti vertinimo klausimus ir nustatyti vertinimo kriterijus⁶⁶.

Programų vertinime kriterijai sudaromi atsižvelgiant į tikslus bei uždavinius ir sudaro galimybę visapusiškai įvertinti pokytį svarbiausiose institucijos veiklos srityse per nustatytą laikotarpį. Taip pat vertinimas padeda geriau suprasti, patikrinti ir padidinti programų metu teikiamų paslaugų poveikį jų vartotojams. O patiems programų rengėjams ir tvirtintojams, vertinimas padeda atsirinkti ir įgyti patirtį nustatant efektyvias programas bei tą patirtį pritaikyti ateityje planuojant būsimas veiklas ir priemones.

⁶³ Povilanskienė R., Jurkuvėnas V. Visuomenės sveikatos programų vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2009; 4(47); 25-35.

⁶⁴ S. Allen. *Formative Evaluation. Beyond Intractability*. 2003.

⁶⁵ Milstein B., Witterhall S. CDC Evaluation working group. *Health promotion Practice*. 2002; 1(3):221-228.

⁶⁶ D. J. Holden, M. A. Zimmerman. *Practical Guide to Program Evaluation Planning*, Sage Publications, Thousand Oaks, Los Angeles, London. 2009, 170.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu patvirtintoje strateginio planavimo metodikoje nurodyta, jog vertinimo kriterijai turi būti sudaromi vadovaujantis tam tikrais principais: specifiškumo, priežastingumo, naudingumo, išmatuojamumo, patikimumo, pasiekiamumo, periodiškumo, stabilumo, tinkamo balanso, lyderystės, kompetencijos, bendradarbiavimo⁶⁷. Pabrėžiama tai, jog institucija turi nusimatyti optimalų pamatuojamų, apskaičiuojamų ir patikimų vertinimo kriterijų skaičių.

Programų svarbiausi visuomenės nuostatų pokyčius ir veiklos efektyvumą parodantys vertinimo kriterijai, kurie rodo visuomenės suvokimą tam tikrais klausimais, pasitenkinimą, įsitraukimą, pasitikėjimą, efektyvumą. Visuomenės nuostatų pokyčius rodantys vertinimo kriterijai dažniausiai pateikiami kaip pasiektas tam tikras efektas, taip pat gali būti pateikiami kaip rezultatas. Taip pat visuomenės sveikatos programoms labai svarbūs veiklos efektyvumo vertinimo kriterijai, kurie leidžia įvertinti, kaip efektyviai panaudoti išteklių pasiekiant rezultatus.

Paslaugų vartotojų pasitenkinimas viešosiomis ir administracinėmis paslaugomis matuojamas vadovaujantis 2009 metų Viešųjų paslaugų vartotojų patenkinimo indekso apskaičiavimo metodika, kurią tvirtina vidaus reikalų ministras. Šios metodikos taikymo tikslas – siekiant tobulinti įvairių lygių (valstybės, savivaldybių) institucijų ir įstaigų veiklą ir skatinti į paslaugos vartotoją orientuotą požiūrį, iširti vartotojų pasitenkinimą teikiamomis viešosiomis paslaugomis ir nustatyti tobulintinas sritis, kurios tiesiogiai įtakoja vartotojų pasitenkinimo rodiklį naudojant *strateginio integravimo* principo nuostatas. Vienos iš atliekamų vartotojų patenkinimo viešosioms paslaugoms rekomenduojamų objektų – sveikatos apsaugos paslaugos, kurias sudaro taip pat ir sveikatinimo paslaugos.

Kartu su *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo* principu, turi būti užtikrintas ir *strateginio integravimo* principas, atliekant poveikio sveikatai ir aplinkai vertinimą, tikslų formulavimą ir parenkant veiksmingas priemones. Turi būti sukurta didesnė atsiskaitomybė už savo veiksmų poveikį sveikatai, vartotojų patenkinimą ir kt. Poveikio sveikatai įvertinimas tokiu būdu turi būti pritaikytas prie kiekvieno socialinio ekonominio įstatymo ar programos kaip ir prie vystymo strategijų, galinčių įtakoti sveikatą.

Strateginio integravimo principo nuostatų laikymąsi Programų vykdymų metu galima analizuoti per programų vertinimo kriterijus.

Pagal strateginio planavimo metodiką, kiekybiniai vertinimo kriterijai matuoja tai, kas gali būti suskaičiuojama, ir yra sudaromi remiantis kiekybine informacija, t. y. faktais, skaičiais, statistiniais ar institucijos duomenimis. Jie parodo indėlius kiekybinę galutinio produkto ar

⁶⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimas „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 57-2312; 2007, Nr. 23-879; 2009, Nr. 6-167.

rezultato apimtį. Kokybiniai vertinimo kriterijai parodo institucijos veiklos kokybines charakteristikas, t. y. jos gerėjimą arba blogėjimą (pvz., rezultatų savalaikiškumą, jų atitiktį vartotojų ar visuomenės poreikiams, standartams ir kt.). Jie gali būti sudaromi naudojant apklausų, tyrimų duomenis, apžvalgas, ekspertų ar specialių grupinių diskusijų medžiagą ir kitą informaciją.

Programos vertinimo kriterijai turi parodyti tiek jos rezultatų kiekybinę išraišką, tiek jų kokybę. Tam tikro rezultato vertinimui naudojant apklausos būdu gautus kokybinius vertinimo kriterijus gali būti su tuo susijusių netikslumų (naudojama metodika, jos palyginamumas, paklaidos ir kt.), todėl būtina numatyti ir kiekybinius vertinimo kriterijus. Vertinimo kriterijų sistemoje rekomenduojama taikyti maždaug po lygiai kiekybinių ir kokybinių vertinimo kriterijų, tačiau šis balansas gali skirtis priklausomai nuo institucijos veiklos specifikos.

Vertinimo kriterijai ir prioritetai Programose numatomi skirtingi. Kaip parodo 2004 m. ir 2007 m. atlikti tyrimai BST apklausų metu, dažniausiai buvo naudojami kriterijai, nurodyta Lietuvos sveikatos programoje ir Sveikatos apsaugos ministerijos rekomendacijose dėl sveikatos programų rengimo ir įgyvendinimo. Daugelis BST nurodė, jog pačios nusistato tam tikrus kriterijus.

Visuomenės sveikatos programų vertinimo metu pažeidžiamas *strateginio integravimo* principas. Nei valstybės, nei savivaldybių teisės aktuose nėra informacijos apie BST konkrečias tvarkas, kuriomis remiantis būtų nustatyti konkretūs vertinimo kriterijai. Tačiau pačios savivaldybės, jų atstovai, formuojantys visuomenės sveikatos politiką, turi būti suinteresuoti, kad kiekvienas Programos išleistas litas būtų panaudotas efektyviai. Pasiiekti Programos lėšų efektyvumą galima tik identifikuojant ir tenkinant praktinius ir strateginius savivaldybių tikslus.

2. FAKTINĖ TIRIAMOSIOS PROBLEMOS INFORMACIJA

2.1. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų atitikties darnaus vystymosi principams vertinimas

Tyrimo atlikimo metu buvo analizuota 4 (Klaipėdos miesto, Neringos, Palangos miesto ir Kretingos rajono) savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų medžiaga.

2.1.1. Tyrimo metodika

Siekiant įvertinti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų atitiktį darnaus vystymosi principams, analizuota 4 savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų (toliau – Programos) medžiaga. Atliktas kokybinis tyrimas, taikant teksto analizės ir sintezės metodus. Šiais metodais analizuotos 4 savivaldybių 2009/2010 metų Programos ir jų priemonės, ataskaitos už Programas, savivaldybių BST veiklos nuostatai, Programų sudarymo ir vykdymo veiklos aprašai. Pasirinktos šalia viena kitos esančios savivaldybės: Klaipėdos miesto, Neringos, Palangos miesto ir Kretingos rajono. Taip pat nusimatyti tyrimo uždaviniai:

1. išanalizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų priemonių planavimą;
2. išanalizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų lėšų paskirstymą ir panaudojimą;
3. išanalizuoti bendruomenės narių įtraukimą į savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų įgyvendinimą.

Tyrimas vyko 2011 metų sausio – vasario mėnesiais. Tyrimas buvo vykdomas šiais etapais:

1. surinkta informacija iš Klaipėdos miesto, Neringos, Palangos miesto ir Kretingos rajono savivaldybių apie 2009/2010 metų Programas ir jų metu vykdytas priemones, ataskaitas už programų vykdymą, savivaldybių BST nuostatus, Programų sudarymo ir vykdymo tvarkos aprašus;
2. atlikta Programų dokumentų teksto analizė ir įvertinta Programų atitiktis darnaus vystymosi principams sintezės metodu:

- *atsargumo* principo taikymas savivaldybių Programų planavime ir įgyvendinime analizuotas pagal programose pateiktas bendruomenės sveikatos būklės situacijos analizes ir pagal Programų vertinimo kriterijus;

- *pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos* principo nuostatų įgyvendinimas analizuotas paskaičiuojant kiek Programos fondo lėšų tenka vienam savivaldybės gyventojui;

- *vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo* principo taikymas analizuotas naudojant Higienos instituto Sveikatos informacijos centro mirtingumo ir bendrojo sergamumo kraujotakos sistemos ligomis ir piktybiniais navikais 2009 m. duomenimis, kurie buvo siejami su savivaldybių skiriamomis lėšomis, skirtomis šioms visuomenės sveikatos problemoms spręsti;

- *strategijos integravimo* principo taikymas Programose analizuotas naudojant Higienos instituto Sveikatos informacijos centro savivaldybių bendrojo sergamumo 2009 m. duomenimis, kurie buvo siejami su savivaldybių 2010 m. Programų planuotomis priemonėmis;

- *piliečių dalyvavimo* principo įgyvendinimas vertintas pagal Programų informavimo ir viešinimo priemonių skaičių;

- *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo* principo nuostatų įgyvendinimas savivaldybių programose analizuotas per Programų vykdytojų analizę pagal partnerių statusus ir pagal šių partnerių informavimo būdus apie numatytas vykdyti Programų priemones;

3. padarytos išvados ir pateiktos rekomendacijos.

2.1.2. Tyrimo rezultatų analizė

Vienas iš svarbiausių darnaus vystymosi prioritetų – pavojaus žmonių sveikatai mažinimas. Siekiama saugoti ir gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, teikti geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinti sveikatos santykių teisingumą ir gyvenimo kokybės gerinimą. Lietuvos darnaus vystymosi principai išdėstyti atsižvelgiant į nacionalinius Lietuvos interesus, savitumą, todėl Programų medžiaga bus analizuojama vadovaujantis principų nuostatomis.

Iš analizuojamų keturių savivaldybių, planujant 2010 m. Programų projektus, tik viena savivaldybė pateikė išsamią situacijos analizę, pagrindžiančią priemonėms planuojamus finansinius išteklius. Planuojant 2011 m. savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo programų projektus, iš šių 4 savivaldybių jau 3 savivaldybės planavo priemones išsianalizavusios visuomenės sveikatos būklės rodiklius.

Statistikos departamento duomenimis (žr. 1 lentelė), Klaipėdos miesto, Neringos, Kretingos rajono ir Palangos miesto savivaldybėse gyveno 250418 asmenys. Analizuojant Programoms skirtas lėšas, tenkančias vienam savivaldybėje gyvenančiam asmeniui yra nedidelės.

1 lentelė. Gyventojų skaičius savivaldybėse 2009/2010 m. (Šaltinis: *statistikos departamentas*)

Savivaldybės	2009 m.	2010 m.
Klaipėdos m. sav.	183433	182752
Kretingos raj. sav.	45790	45103
Neringos sav.	3621	3682
Palangos m. sav.	17574	17645

Analizuojant savivaldybes pagal lėšų sumą, tai daugiausia lėšų skiria Klaipėdos miesto savivaldybė, o mažiausia – Neringos (žr. 2 lentelė).

2 lentelė. Skirtos ir panaudotos Programų lėšos savivaldybėse 2009 m. ir 2010 m.

Savivaldybės	2009 m.		2010 m.
	Skirta	Panaudota	Skirta
Klaipėdos m. sav.	519400,00	452894,07	480240,00
Kretingos raj. sav.	56769,00	29470,00	83932,00
Neringos sav.	19003,80	19003,80	14530,00
Palangos m. sav.	181100,00	165700,00	168300,00

2009 m. analizuojamose savivaldybėse vienam gyventojui vidutiniškai teko skirtų programinių lėšų 3,10 Lt (mažiausiai Kretingos rajono savivaldybės – 1,24 Lt, daugiausiai – 10,30 Lt Palangos miesto savivaldybėje). Iš pateiktų Programų ataskaitų už 2009 m., matoma, kad skirtos ir panaudotos lėšos skiriasi: vidutiniškai vienam gyventojui teko 2,66 Lt. Peržiūrint 2010 m. planuotas lėšas šioms programoms įgyvendinti, situacija beveik nesikeičia – 3,00 Lt (mažiausiai Kretingos raj. savivaldybės – 1,86 Lt, daugiausiai – 9,54 Lt Palangos m. savivaldybėje) (žr. 3 lentelė).

Taip pat svarbu tai, kad ne kiekvienais metais savivaldybės iš savo biudžetų skiria lėšas Programoms finansuoti. 2009 m. tiek Klaipėdos miesto savivaldybė, tiek Kretingos rajono savivaldybė neskyrė programoje numatytos savivaldybės biudžeto dalies Programos fondui. Tai rodo sveikatos administratorių ir politikų neigiamą požiūrį į sveikos ir saugos aplinkos kūrimą bei sveikatinimo veiklą ir atsainų požiūrį į Programos fondo koncepciją.

3 lentelė. Vienam gyventojui tenkančios Programų lėšos 2009 m. ir 2010 m.

Savivaldybės	2009 m.		2010 m.
	Skirta	Panaudota	Skirta
Klaipėdos m. sav.	2,83	2,47	2,63
Kretingos raj. sav.	1,24	0,64	1,86
Neringos sav.	5,25	5,25	3,95
Palangos m. sav.	10,30	9,43	9,54

Analizuojant Klaipėdos miesto, Neringos, Palangos miesto ir Kretingos rajono savivaldybių Programose nusimatytus vertinimo kriterijus, stebimas skirtingas vertinimas:

- Klaipėdos miesto savivaldybė, taikydama produkto ir rezultatų vertinimo kriterijus, laikosi to principo, jog tiek kiekybinių, tiek kokybinių vertinimo kriterijų yra po lygiai;
- Neringos savivaldybė vertinime kriterijus grupuoja į dvi dalis: gyventojų informuotumo kriterijai ir bendrieji sergamumo bei mirtingumo kriterijai. Tokiu būdu ši savivaldybė taip pat laikosi principo naudojant kiekybinių ir kokybinių vertinimo rodiklių proporcijas;
- Kretingos rajono savivaldybė Programos priemonių įgyvendinimą vertina pagal iškeltų tikslų ir uždavinių rezultatų pasiekimą, t. y. naudoja ir kokybinius ir kiekybinius vertinimo kriterijus, tačiau nesilaiko proporcijos;
- Palangos miesto savivaldybė visiškai nenaudoja vertinimo kriterijų Programos priemonių įvertinimui.

Analizuojant tarp šių 4 savivaldybių Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenis, pastebima, jog tiek bendrasis sergamumas, tiek sergamumas piktybiniais navikais (nauji atvejai 2009 m.), tenkantys 1000 gyv., yra didžiausi Palangos m. sav., mažiausi – Neringos m. sav. (žr. 1 priedas). Iš finansinės pusės analizuojant šį rodiklį, labai svarbu priminti tai, jog Palangos m. savivaldybė skiria iš Programos fondo dvigubai daugiau lėšų vienam savivaldybės gyventojui, nei Neringos savivaldybė, todėl galime daryti prielaidą, kad ne lėšų dydis, o tikslingas jų paskirstymas efektyvioms sveikatos ir aplinkos rizikos veiksnių valdymo programoms lemia visuomenės sveikatos būklės gerėjimą (žr. 3 lentelė).

Bendrasis sergamumas kraujotakos sistemos ligomis, tenkantis 1000 gyv., yra didžiausias Kretingos m. sav., mažiausias – Neringos m. sav. (žr. 2 priedas). Sergamumas (nauji atvejai 2009 m.), tenkantis 1000 gyv., yra didžiausias Klaipėdos m. sav. (193,97 – 1000 gyv.), mažiausias – Neringos sav. (141,61 – 1000 gyv.). Iš finansinės pusės analizuojant šį rodiklį, labai svarbu pabrėžti, jog šiuo atveju Neringos savivaldybė skiria iš Programos fondo dvigubai daugiau lėšų vienam savivaldybės gyventojui, nei Klaipėdos miesto savivaldybė, todėl galime

daryti prielaidą, kad kai kurių sveikatos priežasčių sprendimui lėšų dydis ir tikslingas jų paskirstymas efektyvioms sveikatos ir aplinkos rizikos veiksnių valdymo programoms yra svarbiausi faktoriai, lemiantys sėkmę Programos įgyvendinimui.

Analizuojant 2009 m. Kretingos raj., Neringos, Klaipėdos m. ir Palangos m. savivaldybių bendrojo mirtingumo (100000 gyv.) rodiklius pagal priežastis, kurių atsiradimą įtakoja nesveika gyvensena ir aplinka, pastebima, kad atsiradus lėtinėms ligoms, situacijos pagerinti nebegalima (žr. 3 priedas, 3 lentelė).

Analizuojant bendrojo sergamumo 2009 m. duomenis šiose savivaldybėse ir priemonių parinkimą 2010 m. Programos įgyvendinimui, Kretingos raj. ir Neringos savivaldybėse Programos priemonių planavime stebimos sąsajos tarp bendrojo sergamumo duomenų ir lėšų paskirstymo problemoms spręsti. Pagal Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenis, Kretingos raj. savivaldybėje, lyginant su kitomis trimis analizuojamomis savivaldybėmis, yra didžiausias bendrasis sergamumas dėl tuberkuliozės, jungiamojo audinio ir raumenų-skeleto bei kraujotakos sistemos ligų (žr. 4 ir 6 priedas). Šioms problemoms savivaldybėje spręsti numatytos tuberkuliozės profilaktikos ir fizinio aktyvumo didinimo programos. Neringos savivaldybės bendrojo sergamumo duomenys, lyginant su kitomis analizuojamomis trimis savivaldybėmis, niekuo neišsiskiria, todėl savivaldybė Programoje priemones planuoja išskirdama prioritetą vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimui (žr. 4 ir 8 priedas). Palangos miesto savivaldybėje tik viena iš programoje numatytų priemonių tikslingai skirta spręsti vienos iš pagrindinių savivaldybės problemų, lyginant su kitomis trimis savivaldybėmis (žr. 4 ir 7 priedas), o Klaipėdos miesto savivaldybės planuotos 2010 m. Programos priemonės nesusiejamos su bendrojo sergamumo duomenimis (žr. 4 ir 5 priedas).

Taigi, analizuojant sąsajas tarp bendrojo sergamumo duomenų ir Programos priemonių planavimo, galima teigti, jog savivaldybės iš dalies laikosi *strategijos integravimo* principo, t. y. ne visos savivaldybės naudoja jų bendruomenės sveikatos būklės rodiklius tikslingai planuojant Programos priemones. Tačiau peržvelgus analizuojamų savivaldybių priemones (žr. 5-8 priedai), visos iš jų laikosi *atsargumo principo*, t. y. vykdo stebėseną ir aplinkos kokybės tyrimus. Tam, kad efektyviai būtų paskirstytos Programos fondo lėšos, savivaldybės turi atsakingiau ir aiškiau išskiriant prioritetus planuoti Programų priemones ir paskirstyti lėšas.

Ne skiriamų Programų fondo lėšų dydis vaidina pagrindinį vaidmenį, o asmens sveikatai skirtos lėšos, kurios šiuo metu yra daug didesnės, nei skiriamos lėšos visuomenės sveikatai, jos stiprinimui ir sveikos aplinkos kūrimui. Labai svarbu ugdyti visuomenės raštingumą, pradėdant nuo vaikų, kad būtų sutaupomos lėšos asmens sveikatos sistemoje ir skiriamos sveikos aplinkos sąlygų sudarymui ir ateinančioms kartoms sveikos aplinkos užtikrinimui. Analizuojamų savivaldybių programose viena iš prioritetinių sričių – vaikų ir

jaunimo sveikatos išsaugojimas ir stiprinimas. Analogiški finansavimo kriterijai, tokie kaip vaikų sveikos gyvensenos ugdymas, vaikų ir jaunimo sveikatos išsaugojimas, buvo nustatyti ir 2004 m. tyrime.

Analizuojamose savivaldybėse 2009 m. vykdytų Programų informavimo priemonių skaičius – 277 (žr. 4 lentelė). Didžiausią informavimo ir viešinimo priemonių skaičių 2009 m. įvykdė Klaipėdos miesto savivaldybė, taip pat ir pavišino didžiausią skaičių visuomenės sveikatos programų. Mažiausias pavišintų priemonių skaičius ir visuomenės sveikatos programų skaičius buvo Kretingos rajono savivaldybėje. Išsamiausiai informavimo priemonės buvo apibrėžtos Neringos savivaldybės ataskaitoje už 2009 m. Programą:

- pranešimai spaudai, populiarinimas ir informavimas per televiziją, radijo kanalais, spaudoje, per naujienų agentūras, spaudos konferencijas;
- informaciniai ir mokomieji renginiai, parodos, konferencijos, seminarai, konkursai ir supažindinimas su savivaldybės visuomenės sveikatos programomis šalyje ir užsienyje;
- pranešimai, kiti dokumentai programų rengėjams ir vykdytojams (programų rengimo taisyklės, kiti savivaldos tarybos, mero ir savivaldybės administracijos direktoriaus priimti teisės aktai, projektų paraiškos formos, sutartys dėl programų vykdymo, kvietimai teikti programų rengimo paraiškas ir kt.);
- popieriniai ir elektroniniai renginiai (plakatai, lankstinukai, informaciniai biuleteniai, brožiūros, skrajutės, garso bei vaizdo reklaminė medžiaga, kitos priemonės);
- aiškinamieji ir informaciniai standai; išorinės ženklavimo priemonės programos įvaizdžiui formuoti (lipdukai, kanceliariinės prekės su programos atributika ir kt.);
- savivaldybės internetinis tinklapis (savivaldybės bendruomenės supažindinimas su visuomenės sveikatos programomis, savivaldybės visuomenės tikslinių grupių informavimas, programos ataskaitų skelbimas ir kt.);
- savivaldybės visuomenės sveikatos programų tyrimų (įvertinimo) medžiaga.

4 lentelė. 2009 m. savivaldybių Programų informavimo priemonės

Savivaldybės	Įgyvendintų informavimo ir viešinimo priemonių skaičius	Pavišintų savivaldybės visuomenės sveikatos programų skaičius
Klaipėdos m. sav.	144	59
Kretingos raj. sav.	20	20
Neringos sav.	56	43
Palangos m. sav.	57	26

A. Zaborskio ir A. Monkauskaitės 2004 m. atliktoje BST apklausoje daugelis nurodė teigiamus ryšius su visuomene: 40,9 proc. BST tarybų įvertino aukštais balais visuomenės informavimą apie tarybos veiklą ir visuomenės sveikatos programas. Taip pat nurodė priemones, per kurias dažniausiai informuoja visuomenę: skelbia spaudoje (88,6 proc.), informuoja įstaigas, organizacijas (81,8 proc.), organizuoja informavimą konferencijų visuomenei metu (38,6 proc.). Kalbant apie viešus sveikatos programų rengimo skelbiamus konkursus, tik 68,2 proc. apklaustų savivaldybių BST nurodė, kad vykdo viešuosius skelbimus. Tai leidžia suabejoti visuomenei tinkamų ir aktualių programų atrinkimu. Šią abejonę gali pagrįsti ir tai, jog 2004 m. BST nurodė, kad daug įstaigų vadovų (75 proc. BST tarybų) ir programų autorių (59,1 proc.) informuojami asmeniškai. Be šių informavimo priemonių buvo nurodytos ir kitos: straipsnių publikavimas vietinėje spaudoje, informacijos prie vykdomas priemones skelbimas vietinėse televizijose ir t. t.

Norint pasiekti geresnių rezultatų, būtinas bendradarbiavimas ir bendrų pajėgų sutelkimas sprendžias rizikos veiksnių išvengimo ar jų mažinimo galimybes. Tai galima pasiekti per *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo* principo nuostatas, kuriose išskiriamas partnerystės didinimas sveikatos gerinimo srityje.

Atkreipiant dėmesį dėl įtraukimo įvairių sektorių atstovų į Programą, galima išskirti dvi savivaldybes, kurios konkrečiai nurodo, kokius partnerius įtrauks į Programos vykdymą – Klaipėdos m. ir Neringos. Iš numatytų vykdyti 2011 m. Programos 13 priemonių, 6 priemonėms įgyvendinti Klaipėdos m. savivaldybės BST nariai nusprendė įtraukti 3 biudžetines įstaigas, o likusioms 7 priemonėms vykdyti bus skelbiami viešieji pirkimai. Neringos savivaldybė, įgyvendindama 2010 m. programos priemones, pavedė 8 priemones vykdyti: 3 biudžetinėms įstaigoms, 2 viešosioms įstaigoms, 1 individualiai įstaigai ir 2 nevyriausybinėms organizacijoms. Likusioms 2 priemonėms įgyvendinti buvo skelbiami viešieji pirkimai. Kaip matome, vieši Programų priemonių įgyvendinimo konkursai buvo vykdomi netolygiai ir ne visose savivaldybėse (Klaipėdos m. savivaldybėje jie sudarė 54 proc., o Neringos – tik 20 proc.). 2007 m. BST apklausos rezultatai rodo, kad vieši sveikatos programų rengimo konkursai skelbiami taip pat ne visose savivaldybėse – tik 73 proc. (2004 m. – 68,2 proc.) savivaldybių, todėl kyla abejonių, ar visose savivaldybėse BST atrenka pačias geriausias ir tai savivaldybei tinkamas programas. Tos savivaldybės, kurios skelbia informaciją, nurodė, kad dažniausiai informuoja autorius asmeniškai (21,9 proc.), pateikia straipsnius vietinei spaudai ir televizijai (37,5 proc.). Ketvirtadalis savivaldybių, neskeldamos informacijos apie Programą, pažeidžia *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo* principą.

Analizuojant *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principo* nuostatų laikymąsi per Programų remtiną sritį, iš analizuojamų savivaldybių programų, tik 18970,00 Lt skiriama NVO, dirbančių sveikatinimo srityje, finansavimui. Kretingos savivaldybė visiškai neskiria lėšų

NVO. Nuo visų šių keturių savivaldybių panaudotų lėšų tik 2,8 proc. lėšų skiriama bendradarbiavimui su NVO. Galima daryti išvadas, jog šioje srityje pažeidžiamos principo nuostatos.

Tyrimo rezultatai rodo, kad savivaldybių atstovai pradeda naudotis darnaus vystymosi principų nuostatomis vykdant Programų politiką. Iš analizuojamų savivaldybių, dvi savivaldybės naudoja *atsargumo principo* nuostatomis – naudoja sveikatos rodiklių vertes programų prioritetams išskirti ir finansiniams fondo ištekliams paskirstyti.

Tačiau finansiniai fondų ištekliai nevienodi. Analizuojant Programų fondų išlaidas vienam gyventojui, 2009 m. analizuojamose savivaldybėse vienam gyventojui vidutiniškai teko skirtų lėšų 3,10 Lt. Peržiūrint 2010 m. planuotas lėšas šioms programoms savivaldybėse įgyvendinti, situacija nėra kiek nesikeičia – 3,00 Lt vidutiniškai vienam savivaldybės gyventojui. Tai rodo sveikatos administratorių ir politikų neigiamą požiūrį į sveikos ir saugios aplinkos kūrimą bei sveikatinimo veiklą ir atsainų požiūrį į Programos fondo koncepciją.

Kai kurios savivaldybės, įgyvendindamos *piliečių dalyvavimo* principo nuostatas, vykdo tik informacijos sklaidą apie vykdomas priemones, bet vangiai įtraukia į šį procesą žurnalistus ir kitus profesionalus, skatinant visuomenės žinias, informacijos sklaidą apie sveikatos problemas ir galimus jų išvengimo būdus.

2.2. Nagrinėjamos problemos sprendimo būdai ir kryptys

Vykdamas sveikos visuomenės sveikatos ir saugios aplinkos politiką, jos sprendimus, labai svarbu siekti, kad tie sprendimai veiktų sveikos ir saugios aplinkos kūrimo tikslams, į juos įtraukiant kuo daugiau platesnio rato partnerių.

Reikia sutelkti partnerių įvairojė kasdieninėje aplinkoje bei skirtinguose valdymo lygiuose – nuo visos šalies iki vietinės savivaldos. Yra daug naujų dalyvių, kurie dar nelaikomi partneriais saugios aplinkos kūrimo procese. Daugelis šių potencialių partnerių dar nesuvokia, kokią naudą jiems atneštų bendradarbiavimas su visuomenės sveikatos specialistais, administratoriais, politikais. Tai būtų investicijos į savo klientų sveikatą. Šiuo metu reikėtų per daug neakcentuoti problemų, sukiamų vieno sektoriaus ir specifinių organizacijos ypatybių, kurias lemia biudžetas ar atliekamos priemonės. Šių problemų esmė – nepakankami mechanizmai, galintys suburti partnerius sistemingam bendradarbiavimui⁶⁸.

Savivaldybių pagrindinis tikslas – užtikrinti visuomenės sveikatos programų dėka teikiamų paslaugų kokybę ir efektyvumą, todėl jos privalo išlikti patikimiausiomis partnerėmis.

⁶⁸ D. J. Elazar. *The American Partnership*. Chicago: University of Chicago Press. 1972.

Politikai, BST nariai turi būti gerai susipažinę visuomenės, regiono ar šalies lygiu išskylančiomis gyventojų sveikatos problemomis ir jas sukeliančių rizikos veiksnių prevencijos priemonėmis. Jie turi užtikrinti, kad priimamos tvarkos, programos ir kiti potvarkiai tiesiogiai užtikrintų sveiką ir saugią aplinką.

Visuomenės sveikatos specialistai, įvairios organizacijos, sudarančios saugios ir sveikos aplinkos kūrimo pagrindą, turi remtis darnaus vystymosi principais ir aktyviai skatinti pačių individų atsakomybę už sveikos aplinkos kūrimą.

NVO yra vienos reikšmingiausių partnerių sveikatos vystymo srityje. Jos gali padėti sveikatos ir socialinės priežiūros tarnybas papildyti svarbiais dar nepanaudotais visuomeninių ir privačių sektorių ištekliais.

Privatus sektorius turėtų atidžiau ir dažniau atkreipti dėmesį į klientus, jų poreikius, kritiškiau sekti, kaip gaminama produkcija gali gerinti sveikatą ir apsaugoti gamtą, kurti geresnę aplinką. Šis sektorius ypač svarbus ir savivaldybių gyventojams, ir nacionalinei visuomenei.

Ne tik dalyvavimas programose, bet ir jų vertinimas yra labai svarbus aspektas. Programų vertinimas būtinas planuojamos vykdyti, vykdomos ir baigtos vykdyti programos tinkamumo, rezultatyvumo ir ilgalaikio poveikio nustatymo. Šis vertinimas kartu su programinio valdymo nuostatomis paaiškina tai, kokią kiekvienas išleistas Programos litas duoda naudą visuomenei visuomenės sveikatos ir saugios aplinkos kūrimo procese.

2.3. Rezultatų aptarimas

Siekiant įgyvendinti darbe išsiskelto tikslą buvo išanalizuoti darnaus vystymosi principai visuomenės sveikatos srityje ir jų galimas taikymas Programų administravimo procese.

Išanalizavus teorinę medžiagą bei atlikus tyrimą, galima teikti, kad darbo pradžioje išskelto tikslas pasiektas. Darbo uždaviniai išspręsti išanalizavus Programą reglamentuojančius teisės aktų ir literatūros šaltinių pateikiamą medžiagą apie Programų įgyvendinimą bei atlikus 4 savivaldybių Programų analizę pagal darnaus vystymosi principus. Taip pat nustatyti Programų ir jų administravimo aspektai darnaus vystymosi kontekste ir identifikuotos dalis problemų, susijusios su Programų efektyviu įgyvendinimu.

Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos principus integruojant į visuomenės sveikatos politikos kūrimą savivaldybių lygmeniu, priartinama žmonių teisė į visuomenės sveikatą, sveiką ir saugią aplinką:

- *pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principo* nuostatų svarbus integravimas į kiekvieno asmens teisę gyventi tinkamoje visuomenės sveikatai stiprinti aplinkoje;

- *įmonių ir socialinių partnerių principo* nuostatos įgyvendinamos sutelkiant bendrus resursus, propaguojant sveiką gyvenimą ir kiekvieno atsakomybę už savo sveikatą;
- pastangos, nukreiptos į ugdymą gyventi sveikai ir sveikos aplinkos kūrimą, tiesiogiai susijusios su darnaus vystymosi principu – *vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo*;
- *piliečių dalyvavimo principas* – principas, kuris skatina piliečių įtraukimą į švietimą darnaus vystymosi klausimais ir visuomenės sąmoningumo ugdymą;
- *atsargumo principo* nuostatomis vadovaujantis turi būti organizuojami patikimi moksliniai instrumentai ir, jų rezultatais remiantis, formuojama mokslininkų ir politikų efektyvi visuomenės sveikatos stiprinimo politika;
- įgyvendinant visuomenės sveikatos srityje *strateginio integravimo principą*, siekiama parinkti efektyvias ir veiksmingas priemones sveikatos išsaugojimo srityje.

Taigi, visuomenės sveikatos procesuose labai svarbus darnaus vystymosi principų nuostatų laikymasis. Tokiu būdu nepažeidžiamos bendruomenės teisės į sveikatą, didinamas bendruomenės suinteresuotumas ir sąmoningumas, sudaromos sąlygos gyventi sveiką gyvenimo būdą skatinančioje ir saugioje aplinkoje bei efektyviai paskirstomi finansiniai ištekliai vykdant mokliškai pagrįstą ir efektyvią visuomenės sveikatos stiprinimo politiką. Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad savivaldybių atstovai vangiai, tačiau pradeda naudotis darnaus vystymosi principų nuostatomis vykdant Programų politiką. Iš 4 analizuotų savivaldybių, 2 savivaldybės rengdamos Programų projektus naudojo bendruomenės sveikatos būklės situacijos analizę.

Gyventojų sveikos gyvensenos propagavimui, ligų profilaktikai ir aplinkos gerinimui turi būti skiriama daugiausia lėšų. Tačiau yra atvirkščiai. Atlikus analizuojamų savivaldybių skiriamų lėšų analizę, galima teikti, kad jos yra per mažos. Vidutiniškai vienam gyventojui analizuotose savivaldybėse tenka apie 3,00 Lt. Tai rodo tiek valstybės, tiek savivaldos politikų atsainų požiūrį į visuomenės sveikatą ir Programos fondo koncepciją.

Valstybė, kurdama priemones visuomenės sveikatai gerinti, turi skatinti atskirų visuomenės narių pastangas, nes nuo individo suinteresuotumo priklauso jo sveikatos būklė ir visuomenės sveikatos būklė. Programos yra vienos svarbiausių, nes su jomis realiausiai susijusi visuomenės sveikatos rezultatų gerinimo sėkmė. Kad šios Programos būtų efektyvios, svarbu į BST veiklą, vadovaujantis *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo* principo nuostatomis, įtraukti didesnę dalį visuomenės atstovų. Anot H. M. Kahssay, informuotos visuomenės nuomonė padeda įgyvendinti aktyvios visuomenės sveikatos tikslą – skatinti aktyvų pačių žmonių dalyvavimą sprendžiant problemas, susijusias su ugdymu ir tausojimu visuomenės

sveikatos srityje⁶⁹. Analizuotos savivaldybės įgyvendina informavimą apie Programų priemonių vykdymą skirtingomis priemonėmis skirtingai įtraukdamos į jas įvairias organizacijas. Nuo keturių analizuotų savivaldybių panaudotų lėšų tik 2,8 proc. lėšų skiriama bendradarbiavimui su NVO. Dvi iš analizuotų savivaldybių konkrečiai nurodo, kokius partnerius įtrauks į Programos priemonių vykdymą. Taip pat vieši Programų priemonių įgyvendinimo konkursai buvo vykdomi netolygiai ir ne visose savivaldybėse. Akivaizdu, jog pažeidžiamos *įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo* principas. Todėl svarbu, kad Programose numatytų priemonių vykdymas būtų skaidrus ir, kad ši informacija pasiektų didesnę skaičių bendruomenės narių.

Nei valstybės, nei savivaldybių teisės aktuose nėra informacijos apie BST konkrečias tvarkas, kuriomis remiantis būtų nustatyti konkretūs vertinimo kriterijai. Tačiau pačios savivaldybės, jų atstovai, formuojantys visuomenės sveikatos politiką, turi būti suinteresuoti, kad kiekvienas Programos išleistas litas būtų panaudotas efektyviai. Pasiiekti Programos lėšų efektyvumą galima tik identifikuojant ir tenkinant praktinius ir strateginius savivaldybių tikslus. Išanalizavus svarbiausių visuomenės sveikatos problemų sprendimui skiriamas lėšas pagal analizuotas savivaldybes, paaiškėjo, jog ne lėšų dydis, o tikslingas jų paskirstymas efektyvioms sveikatos ir aplinkos rizikos veiksnių valdymo programoms lemia visuomenės sveikatos būklės gerėjimą ir sėkmę Programų įgyvendinimui. Iš analizuotų savivaldybių dvi savivaldybės Programų projektus rengia atsižvelgdamos į bendrojo sergamumo duomenis.

2010 m. Programos projektų medžiaga rodo tai, kad savivaldybės pradeda naudotis *strateginio integravimo* principo nuostatomis vertinant Programų veiklas. Kadangi skiriamos lėšos nėra didelės, svarbu, kad savivaldybės atsakingiau išskirtų prioritetus planuojant visuomenės sveikatos gerinimo priemones ir paskirstant finansinius išteklius.

Apibendrinus tyrimo rezultatus, galima teikti, kad hipotezė pasitvirtino. Skirdamos mažai dėmesio Programų priemonėms planuoti ir mažai lėšų joms finansuoti, savivaldybės parodo savo atsainų požiūrį ne tik į Programos fondo koncepciją, bet ir į visuomenės sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą. Neskaidrus Programų priemonių konkursų skelbimas ir netolygus informacijos pateikimas rodo nepakankamą ir per mažą bendruomenės narių ir organizacijų įtraukimą į Programos įgyvendinimą. Išanalizavus 4 savivaldybių Programų projektus, galima teigti, kad savivaldybių Programų priemonės ne visada planuojamos atsižvelgiant į programinio valdymo ir strateginio planavimo nuostatas.

Išanalizavus darbo medžiagą, galima daryti prielaidą, kad iš analizuotų savivaldybių Neringos savivaldybėje efektyviai išnaudojamos Programos fondo lėšos ir tikslingai

⁶⁹ H. M. Kahssay, P. Oakley. Community involvement in health development: a review of the concept and practice.//WHO, Geneva. 1999, 160.

planuojamos turimos lėšos. Kitos analizuotos savivaldybės tiek planuodamos priemonės, tiek paskirstydamos lėšas įgyvendina šias programas pakankamai neefektyviai.

IŠVADOS

1. Vis daugiau dėmesio skiriama visuomenės sveikatos koncepcijai. Savivaldybių lygmeniu vykdomos savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos, atsižvelgiant į Europos Sąjungos įgyvendinamų prioritetinių sričių gaires ir darnaus vystymosi principų nuostatas. Tokiu būdu nepažeidžiamos bendruomenės teisės į sveikatą, didinamas bendruomenės suinteresuotumas ir sąmoningumas, sudaromos sąlygos gyventi sveiką gyvenimo būdą skatinančioje ir saugioje aplinkoje bei efektyviai paskirstomi finansiniai ištekliai vykdant moksliskai pagrįstą visuomenės sveikatos stiprinimo ir išsaugojimo politiką.

2. Visuomenės teisė į sveiką aplinką ir gerą sveikatos būklę yra įteisinta tiek tarptautiniu, tiek nacionaliniu lygiu. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiąsias programas reglamentuoja Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas ir kiti miestų bei rajonų savivaldybių tarybų patvirtinti teisės aktai. Šių programų pagrindinė paskirtis yra, įgyvendinant įvairias sveikatinimo priemones bei kuriant saugią aplinką, gerinti savivaldybių gyventojų sveikatą.

3. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų priemonės savivaldybėse turi planuoti bendruomenės sveikatos tarybos, kurias, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, turi sudaryti savivaldybių paskirti asmenys, savivaldybių organizacijų atstovai ir visuomeninių organizacijų, ginančių visuomenės sveikatos interesus, atstovai.

4. Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad analizuotų savivaldybių atstovai pradeda naudoti darnaus vystymosi principų nuostatas įgyvendinant savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų politiką:

- *atsargumo* principo nuostatų laikėsi 2 savivaldybės iš analizuotų 4 savivaldybių, rengdamos savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų projektus;

- *pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos* principo nuostatas įgyvendina visos savivaldybės, tačiau netolygiai. 2 savivaldybių skiriamos lėšos savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosioms programoms, tenkančios vienam savivaldybės gyventojui, skyrėsi du ar keturis kartus nuo kitų analizuotų savivaldybių;

- *vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo* principo įgyvendinimą analizuojant per sąsajas tarp mirtingumo, bendrojo sergamumo ir savivaldybių skiriamų lėšų savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosioms programoms, galima daryti prielaidą, kad kai kurių savivaldybių sveikatos priežasčių sprendimui lėšų dydis ir tikslingas jų paskirstymas efektyvioms sveikatos ir aplinkos rizikos veiksnių valdymo

programoms yra svarbūs faktoriai, lemiantys sėkmę savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos įgyvendinimui;

- *strategijos integravimo* principo pagrindu 2 savivaldybės naudoja jų bendruomenės sveikatos būklės rodiklius tikslingai planuojant savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų priemones;

- dalis analizuotų savivaldybių, įgyvendindamos *piliečių dalyvavimo* principo nuostatas, vykdo tik informacijos sklaidą apie vykdomas priemones, bet vangiai įtraukia į šį procesą kitus suinteresuotus visuomenės atstovus, žurnalistus ir kitus profesionalus, skatinančius visuomenės žinias, informacijos sklaidą apie sveikatos problemas ir galimus jų išvengimo būdus.

5. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų ne visos priemonės analizuotose savivaldybėse iki galo planuojamos pagal programinio valdymo ir strateginio planavimo nuostatas. 2 savivaldybės, atsižvelgdamos į bendruomenės sveikatos būklės rodiklius, planuoja savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų priemones.

6. Tik dvi savivaldybės kasmet skyrė lėšų savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosioms programoms finansuoti. Analizuotos savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų lėšos, tenkančios vienam savivaldybėje gyvenančiam asmeniui, yra nedidelės. 2009 m. vidutiniškai vienam gyventojui teko 2,66 Lt. 2010 m. planuotos lėšos, tenkančios vienam gyventojui sudarė 3,00 Lt. Analizuojant savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų priemonių planavimą, stebimos sąsajos savivaldybėse tarp bendrojo sergamumo duomenų ir lėšų paskirstymo problemoms spręsti.

7. Nepakankamas ir per mažas bendruomenės narių ir organizacijų įtraukimas į savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų įgyvendinimą. Tik dvi savivaldybės konkrečiai nurodo įtraukiamus bendruomenės narius ir organizacijas į šių programų įgyvendinimą.

REKOMENDACIJOS

Išanalizavus savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų paskirtį, jų teisinį reglamentavimą, identifikavus darnaus vystymosi principų pritaikomumą šių programų administravimo ir vykdymo srityje ir problemas, rekomenduojama:

1. savivaldybių bendruomenės sveikatos taryboms:

1.1. plačiau informuoti bendruomenės narius ir organizacijų atstovus apie bendruomenės sveikatos tarybos veiklą ir apie savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiąsias programas bei per šias programas vykdomas priemones;

1.2. įtraukti žiniasklaidos atstovus, kurie galėtų savomis iniciatyvomis didinti bendruomenės informuotumą;

1.3. skelbti daugiau viešųjų konkursų šių sveikatos programų priemonių įgyvendinimui, taip skatinant įsitraukti kuo platesnę bendruomenės dalį.

2. savivaldybių sveikatos administratoriams:

2.1. skatinti savivaldos politikus atkreipti didesnę dėmesį į sveikos ir saugios aplinkos kūrimą;

2.2. skatinti skirti didesnę dėmesį savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų finansavimui.

3. Mokslininkams kartu su praktikais parengti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų vertinimo metodiką, kurioje būtų pateikti konkretūs vertinimo kriterijai.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Bendrasis programavimo dokumentas. ES programų Lietuvoje vertinimo gairės. 2007.
2. Europos socialinė chartija // Valstybės žinios. 2001, Nr. 49-1704.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231.
4. Lietuvos Respublikos įstatymas „Dėl konvencijos dėl teisės gauti informaciją, visuomenės dalyvavimo priimant sprendimus ir teisės kreiptis į teismus aplinkos apsaugos klausimais ratifikavimo“ // Valstybės žinios. 2001, Nr. 73-2565.
5. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 19 d. nutarimas Nr. 600 „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 metų plano patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr. 70-2574.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymas Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2008, Nr. 27-1000; 2011, Nr. 9-404.
7. Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimas Nr. IX-1187 „Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 113-5029.
8. Lietuvos Respublikos savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos įstatymas // Valstybės žinios. 2003, Nr. 61-2760.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. sausio 15 d. įsakymas Nr. V-3 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 5 d. įsakymo Nr. V-227 „Dėl savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos priemonių vykdymo ataskaitos formos, jos pildymo bei teikimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo“ // Valstybės žinios. 2009, Nr. 8-285.
10. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 56-2225.
11. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo pakeitimo įstatymas // Valstybės žinios. 2007, Nr. 64-2455.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. birželio 1 d. įsakymas Nr. V-460 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2006 metų programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2006, Nr. 69-2537.
13. Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 55-1049.

14. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1995 m. gruodžio 11 d. nutarimas Nr. 1552 „Dėl savivaldybės gydytoja pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1995, Nr. 102-2292; 2000, Nr. 88-1237; 2010, Nr. 64-3153.
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 606 „Dėl savivaldybės vykdomų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimo ataskaitos teikimo tvarkos ir ataskaitos formos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2008, Nr. 73-2834; 2011, Nr. 8-328.
16. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 72-3022.
17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimas „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 57-2312; 2007, Nr. 23-879; 2009, Nr. 6-167.
18. S. Allen. Formative Evaluation. Beyond Intractability. 2003.
19. M. Arimavičiūtė. Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas: vadovėlis. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras. 2005, 230.
20. Birmontienė T. Health legislation in Eastern European Countries: the baltic States. European Journal of Health Law. 2004; 11:77-86.
21. T. Birmontienė, E. Jarašiūnas, E. Kūris ir kt. Lietuvos konstitucinė teisė: vadovėlis. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras. 2001, 27.
22. Čelkis P. Visuomenės teisės į sveikatą būklė Lietuvoje. Visuomenės sveikata. 2007; 3(38):11-18.
23. E. J. Davidson. Evaluation Methodology Basics: the nuts and bolts of sound evaluation. Sage Publications, Thousand Oaks, London. 2005, 263.
24. R. Detels, L. Breslow. Current scope and concerns in public health. In: R. Detels, W. W. Holland, J. McEwen, G. S. Omenn, eds. The scope of Public Health. Oxford University Press. 1997.
25. Dobbins M., DeCorby K., Twiddy T. A Knowledge Transfer Strategy for Public Health Decision Makers. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2004; 1(2):120-128.
26. D. J. Elazar. The American Partnership. Chicago: University of Chicago Press. 1972.
27. Fluss S. S. The development of national health legislation in Europe: the contribution of international organizations. European journal of health law. 1995; 2:193-237.
28. Gevers S. The right to health care. European Journal of Health Law. 2004; 11:29-34.
29. L. O. Gostin. Public health law. Power, Duty, Restraint. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press. 2000, 7-13.

30. Grabauskas V. Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje. *Medicina*. 1997; 33 (priedas 9):3-8.
31. D. J. Holden, M. A. Zimmerman. *Practical Guide to Program Evaluation Planning*, Sage Publications, Thousand Oaks, Los Angeles, London. 2009, 170.
32. Jociute A. Integruotas požiūris į aplinką ir žmonių sveikatą. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai/ Mykolo Riomerio universitetas. Vilnius: Mykolo Riomerio leidybos centras. 2010; 1(2):85-99.
33. H. M. Kahssay, P. Oakley. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice.*//WHO, Geneva. 1999, 160.
34. Kemm J. FRCP FFCM, The limitations of evidence-based public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2006; 12(3):319-324.
35. Leon B. Science related informatikon in European television: a study of prime-time news. *Public Understanding of science*. 2008; 17:443-460.
36. Milstein B., Witterhall S. CDC Evaluation working group. *Health promotion Practice*. 2002; 1(3):221-228.
37. Mikelaitienė R., Jankauskas R. ir kt. Mokslinių tyrimų rezultatų panaudojimas formuojant visuomenės sveikatos politiką. *Visuomenės sveikata*. 2009; 3(46):10-15.
38. Povilanskienė R., Jurkuvėnas V. Visuomenės sveikatos programų vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2009; 4(47):25-35.
39. R. Ragulskytė-Markovienė. *Aplinkos teisė: Lietuvos teisės derinimas su Europos Sąjungos reikalavimais*. Vilnius: Eugrimas. 2005, 50.
40. Roscam Abbing H. D. C. The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter. *European Journal of Health Law*. 2005; 12:183-191.
41. G. Shackman. *What is Program Evaluation? A Beginners Guide*. The Global Social Change Research Project, 2008.
42. E. Taylor-Powell, S. Stelle, M. Douglass. *Planning a Program Evaluation*. University of Wisconsin-Extension, 1996.
43. Zaborskis A., Andriuškevičienė R. Bendruomenės sveikatos tarybos vaidmuo puoselėjant gyventojų sveikatą. *Sveikatos aplinka*. 1999; (6):32-36.
44. A. Zaborskis, A. Monkauskaitė, J. V. Vaitkevičius ir kt. Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybos veiklos dešimtmetis. Pasiekimai ir problemos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2007, 149-155.
45. Zaborskis A., Monkauskaitė A. Bendruomenių sveikatos tarybos veiklos vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2004; 2(25):45-52.

46. European Commission. Evaluation EU Activities. A Practical Guide for the Commission Services. 2004.
47. The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century. Health Promotion International. 1997; 12 (4):261-264.
48. Report on Network Evaluation and Achievements // Denmark. 2000, 4-5.
49. „Sveikata visiems XXI amžiuije“. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos principai Europos regione. 2000, 155-164.
50. S. Allin, E. Mossialos, M. McKee, W. Holland. Making decisions on public health: a review of eight countries // <http://www.euro.who.int/document/e84884.pdf>; prisijungimo laikas: 2010-12-05.
51. Atnaujinta Europos Sąjungos darnaus vystymosi strategija // <http://www.am.lt/VI/files/0.207844001174307767.pdf>; prisijungimo laikas: 2010-11-11.
52. Constitution of the world health organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Available from: http://who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf; prisijungimo laikas: 2011-01-12.
53. Darbotvarkė 21 // <http://www.am.lt/LSP/files/Agenda21.pdf>; prisijungimo laikas: 2010-11-11.
54. Europos Bendrijų steigimo sutartis // http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc_l?p_id=9224; prisijungimo laikas: 2011-01-12.
55. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas Nr. 1786/2002/EB // <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2002D1786:20040430:LT:PDF>; prisijungimo laikas: 2011-01-17.
56. Jungtinių Tautų Europos ekonomikos komisijos darnaus vystymosi strategija (Vilniaus gairės) // <http://www.am.lt/VI/files/0.256657001132923536.pdf>; prisijungimo laikas: 2011-02-04.
57. Jungtinių Tautų Organizacijos tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas // http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=174850&p_query=&p_tr2; prisijungimo laikas: 2011-01-10.
58. Nacionalinė darnaus vystymosi strategija // <http://www.am.lt/VI/files/0.063911001049192382.pdf>; prisijungimo laikas: 2010-11-11.
59. Rapolevičiūtė R. Visuomenės sveikatos sistemos pertvarka įgauna pagreitį. Gydytojų menas, <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&strid=2883&subid=gm>; prisijungimo laikas: 2010-09-16.

60. Visuomenės sveikatos plėtra Europos Sąjungos teisėje // http://www.sec.lt/pages/alfdiskusijos/pages/discuss5/docs/VS_ES.pdf; prisijungimo laikas: 2011-02-13.

61. Valstybinė ligonių kasa // http://www.vlk.lt/vlk/kt/?page=list&kat_id=1.

SANTRAUKA

Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos ir jų administravimas darnaus vystymosi kontekste

Reikšminiai žodžiai: visuomenės sveikata, visuomenės sveikatos programos, darnaus vystymosi principai.

Darbo tikslas – nustatyti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų ir jų administravimo aspektus darnaus vystymosi kontekste ir identifikuoti su jomis susijusias problemas.

Siekiant įvertinti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų atitiktį darnaus vystymosi principams, analizuota 4 savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų (toliau – Programos) medžiaga. Atliktas kokybinis tyrimas, taikant teksto analizės ir sintezės metodus. Šiais metodais analizuotos 4 savivaldybių 2009/2010 metų Programos ir jų priemonės, ataskaitos už Programas, savivaldybių BST veiklos nuostatai, Programų sudarymo ir vykdymo veiklos aprašai.

Tyrimo rezultatai rodo, kad savivaldybės, jų politikai ir sveikatos administratoriai atsainiai žiūri į visuomenės sveikatą ir jos gerinimą skirdami mažai lėšų, kurios paskirstomos netikslingai. Tačiau savivaldybių atstovai pradeda taikyti darnaus vystymosi principų nuostatas įgyvendinant savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiąsias programas.

SUMMARY

Special Municipal Programs of Public Health Support and their Administration in the Context of Sustainable Development

Key words: public health, municipal health program, principle of sustainable development.

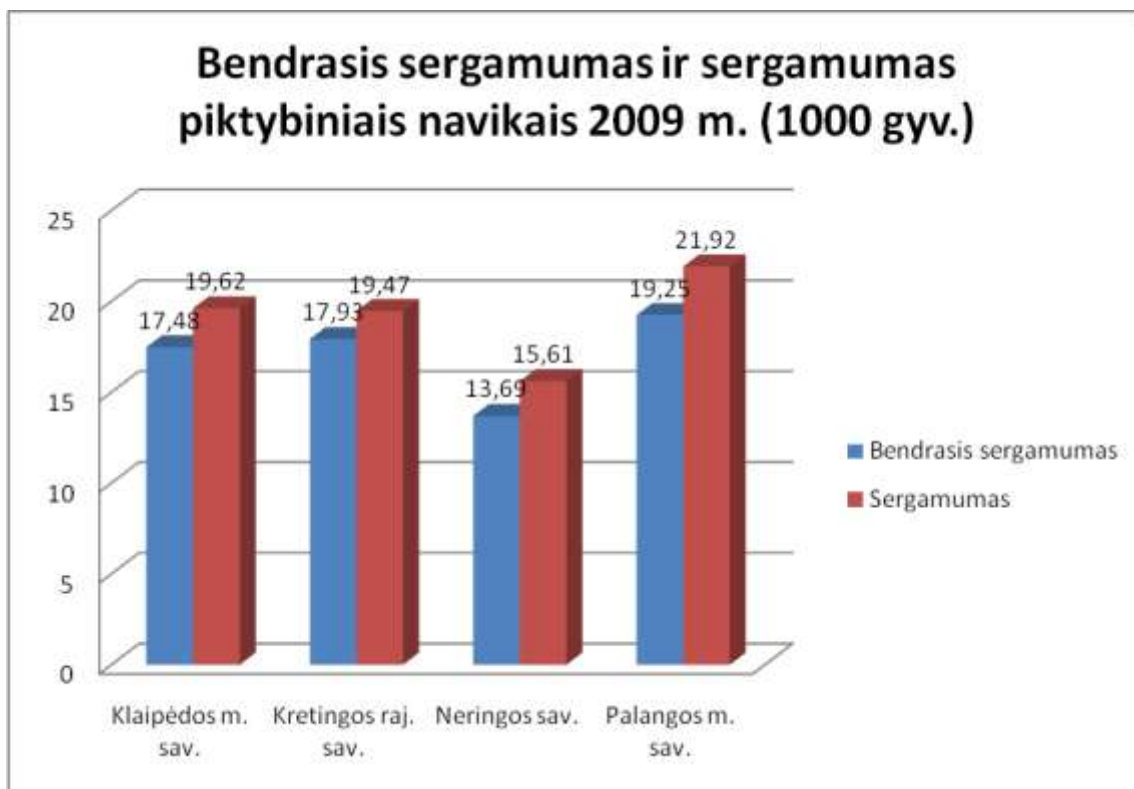
The aim of the work – to determine the aspects of special municipal programs of public health support and of their administration in the context of sustainable development and to identify the problems connected with this.

In order to evaluate the correspondence of special municipal programs of public health support to the principles of sustainable development, material of 4 special municipal programs of public health support (hereinafter – Programs) has been analyzed. Qualitative analysis has been carried out, using the methods of text analysis and synthesis. 4 municipal Programs of 2009/2010 and their means, reports about Programs, operating procedures of municipal NOS, Programs making and schedules of the performed activity have been analyzed by these methods.

The results of the research show that municipalities, their politicians and health administrators treat public health and its improvement in a perfunctory manner, allocating few resources, which are unpurposefully distributed. However, the representatives of municipalities start to apply the provisions of sustainable development principles, implementing special municipal programs of public health support.

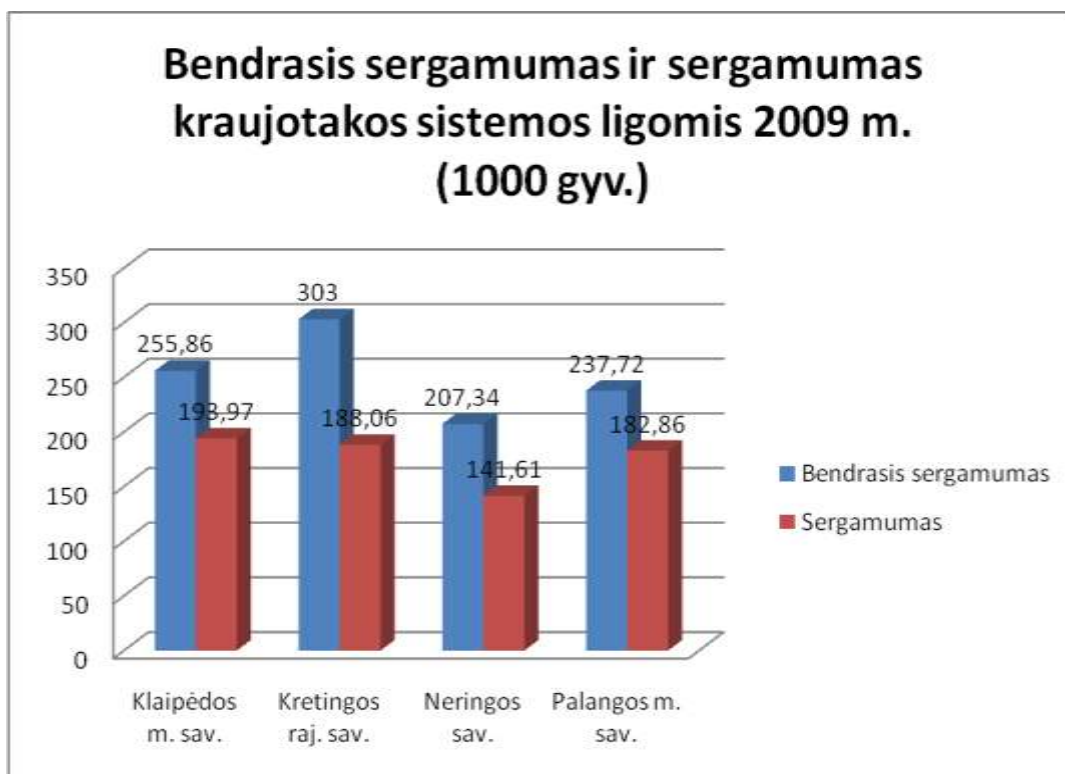
PRIEDAI

1 priedas



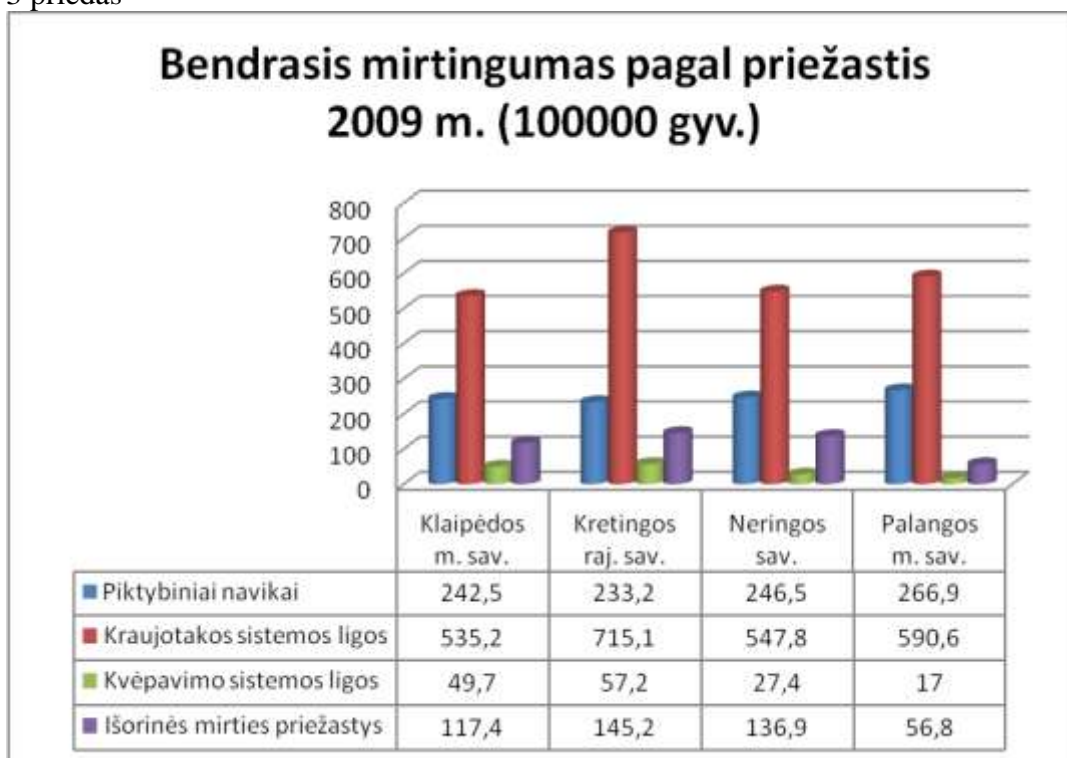
Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

2 priedas



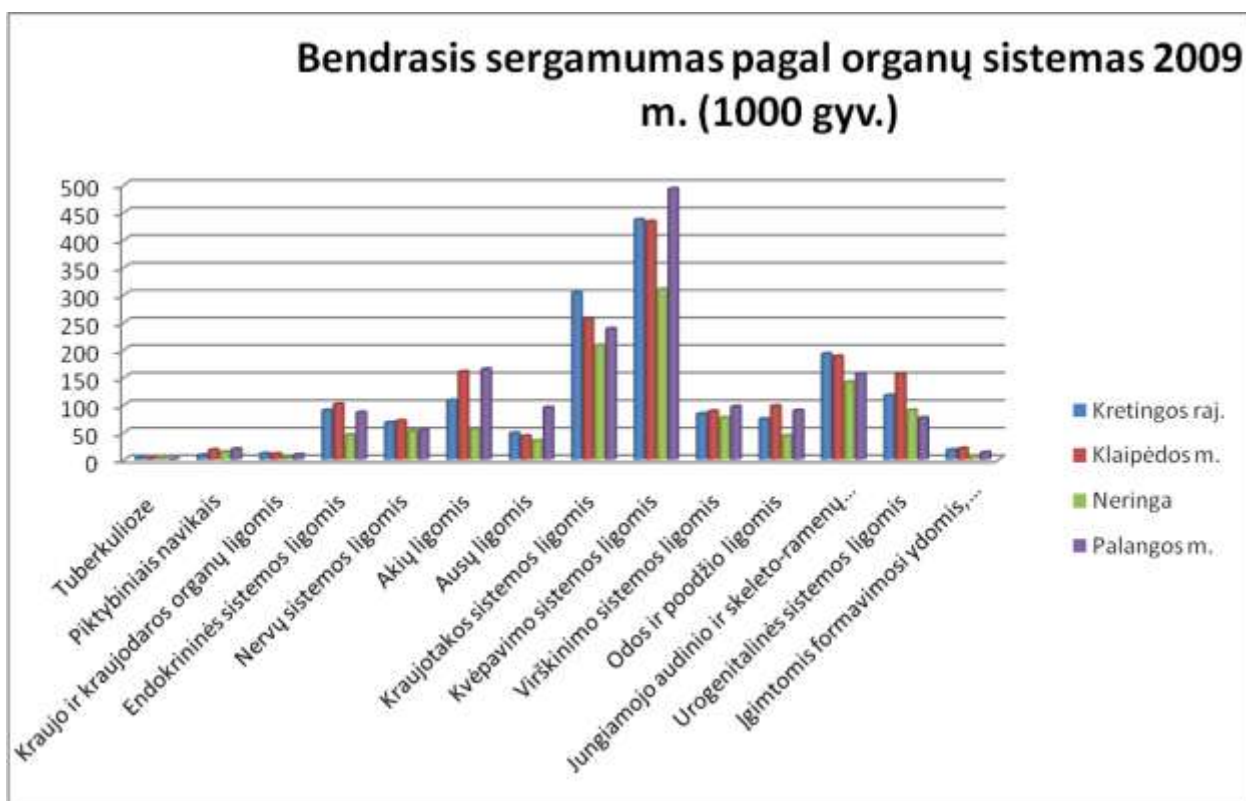
Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

3 priedas



Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

4 priedas



Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

5 priedas

Klaipėdos miesto savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios 2010 metų programos priemonės

Programos priemonė	Lėšos, Lt
Narkomanijos, ŽIV/AIDS prevencija	142197,00
Širdies ir kraujagyslių sistemos ligų profilaktika	60000,00
Saugios bendruomenės organizavimas ir užtikrinimas	109557,00
Vaikų sveikatos gerinimas	22716,00
Tuberkuliozės profilaktika	20000,00
Asociacijų, dirbančių visuomenės sveikatos srityje, veiklos programų rėmimas	42000,00
Gyvenamosios aplinkos kokybės tyrimai ir jos gerinimas	5000,00
Rekreacinių vandenių tyrimai	30000,00
Visuomenės informavimas sveikatos stiprinimo ir išsaugojimo klausimais	44770,00
Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) kompiuterizuotos sistemos kūrimas ir techninė priežiūra	4000,00

6 priedas

Kretingos rajono savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios 2010 metų programos priemonės

Programos priemonės	Lėšos, Lt
Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programa	9000,00
Fizinio aktyvumo didinimo programos	5000,00
Psichikos sveikatos stiprinimo (savižudybių, smurto ir streso) ir žalingų įpročių prevencijos programos	11971,00
Aplinkos veiksnių, darančių įtaką sveikatai (maudyklų vandens kokybės), tyrimai	961,00
Rekreacinei zonai įrengti	57000,00

7 priedas

Palangos miesto savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios 2010 metų programos priemonės

Programos priemonės	Lėšos, Lt
Neinfekcinių ligų ir traumų profilaktika	4500,00
Užkrečiamųjų ligų profilaktika ir kontrolė	6000,00
Psichikos sveikatos stiprinimas	6400,00
Vaikų ir jaunimo sveikatos išsaugojimas ir stiprinimas	13300,00
Sveikatos priežiūra mokyklose	63100,00
Burnos ertmės organų ligų profilaktika	39000,00
Gyvenamosios vietos ir viešųjų vietų sveikatinimas	20000,00
Savivaldybės visuomenės sveikatos stebėseną	10000,00
Triukšmo prevencija	6000,00

8 priedas

Neringos savivaldybės visuomenės sveikatos specialiosios 2010 metų programos priemonės

Programos priemonės	Lėšos, Lt
Psichinės sveikatos gerinimas, ugdant vaikų kūrybiškumą. Gerumo sparnai	1000,00
„Augu sveikas ir stiprus“	500,00
„Rūkyti nemadinga“	900,00
„Sąmoningi vaikai – didžiausia Lietuvos vertybė“	700,00
„Gyvenimas be vaistų“	1000,00
Šulinių stebėsenos vykdymas	900,00
Jogos mankštos paplūdimyje – sveikos gyvensenos ugdymas ir propagavimas	5000,00
Triukšmo stebėseną tyliosiose zonose, triukšmo matavimai	2400,00
Tuberkuliozės profilaktika	1597,00
„Augam žvalūs ir sveiki“	533,00

9 priedas

Tyrimo metu analizuota savivaldybių medžiaga

- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=8F6B84BC123C11DFACA9746164617373&pathId=1200&type=LAW&category=900&categoryId=900;>
- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=22E249DB3E2D11DFABFC746164617373&pathId=1208&type=LAW&category=908&categoryId=908;>
- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=35A384B99E1311DFB445746164617373&pathId=1218&type=LAW&category=916&categoryId=916;>
- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=673C1323E73411DFAEA8746164617373&pathId=1229&type=LAW&category=925&categoryId=925;>

- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=F08E2C03FBD111DF8241746164617373&pathId=1230&type=LAW&category=926&categoryId=926>;
- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=49662EFA2DEC11E081A2746164617373&pathId=1247&type=LAW&category=937&categoryId=937>;
- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=9FB2D74956B211E0A678746164617373&pathId=1255&type=LAW&category=944&categoryId=944>;
- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=63E79667515011E0A678746164617373&pathId=1255&type=LAW&category=944&categoryId=944>;
- <http://www.klaipeda.lt/klaipeda/content/legislation.jsp?docLocator=9E018BC5CFD111DF98AE746164617373&pathId=1222&type=LAW&category=918&categoryId=918>;
- http://www.lrs.lt/pls/proj/dokpaieska.showdoc_l?p_id=27646&p_query=&p_tr2=&p_org=5091&p_fix=y&p_gov=n;
- http://www.lrs.lt/pls/proj/dokpaieska.showdoc_l?p_id=27647&p_query=&p_tr2=&p_org=5091&p_fix=y&p_gov=n;
- <http://www.kretinga.lt/?q=node/3330> (Sprendimas Nr. T2-50);
- <http://www.kretinga.lt/?q=node/3754> (Sprendimas Nr. T2-220);
- <http://www.palanga.lt/index.php?3186837767> (Sprendimas Nr. T2-65);
- <http://www.palanga.lt/index.php?813904681> Sprendimas Nr. T2-345).

Ineta Pačiauskaitė
2011 m. kovo 18 d.
+ 370 673 16344
ineta.paciauskaite@gmail.com
