

PALANKIAUSIOS DIMENSIJOS TAIKYTI „SVEIKATA VISOSE POLITIKOSE“ STRATEGIJĄ

Vaida Pukinaitė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto
Politikos mokslų institutas
Valakupių g. 5 LT-10101 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 274 0611

Elektroninis paštas v.pukinaite@mruni.eu

Pateikta 2015 m. kovo 6 d., parengta spausdinti 2015 m. balandžio 14 d.

DOI:10.13165/SPV-15-1-8-01

Santrauka

Svarbiausiuose Lietuvos strateginiuose dokumentuose numatytas siekis plėtoti strategiją „sveikata visose politikose“ ir mažinti sveikatos netolygumus, tačiau jis nėra pagrįstas realiomis priemonėmis, nėra sutariama dėl optimalaus ir visa apimančio „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimo modelio, o vadovaujantis šiuo požiūriu galima rinktis iš plataus spektro priemonių, metodų ir politikos įrankių. Todėl šio straipsnio tikslas – apibendrinti pagrindines palankiausias dimensijas taikyti „sveikatą visose politikose“ ir jas išnagrinėti. Straipsnyje gvildinama idėja, kad pagrindinių palankiausių „sveikatos visose politikose“ dimensijų (jos suprantamos kaip strategijos „sveikata visose politikose“ priemonės ir metodai, kurie yra reikšmingi „sveikatai visose politikose“ ir palankiai lemia „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimą šalyje) apibendrinimas gali prisidėti prie teorinio ir praktinio „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimo priemonių formavimo. Straipsnyje siekiama pristatyti „sveikatos visose politikose“ sampratą, atskleisti šios strategijos istorinį vystymosi kelią, išskirti ir išnagrinėti pačias palankiausias dimensijas taikyti „sveikatą visose politikose“. Šiame straipsnyje taikoma mokslinės literatūros ir mokslinių tyrimų analizė, įstatymų, kitų teisės aktų, taip pat ES teisės aktų analizė ir apibendrinimas.

Išnagrinėjus „sveikatą visose politikose“ iš istorinės ir šiandienos perspektyvos, paaiškėjo, kad ši strategija kilo iš sveikatos sampratos pokyčių, o formavosi vykdamant tarpvalstybinius ir nacionalinius įsipareigojimus bei pasirašant tarptautines sveikatos srities deklaracijas ir sutartis. Strategija „sveikata visose politikose“ siekiama iškelti sveikatos prioritetą, skiriama daug dėmesio bendram visų sektorių

siekiamam rezultatui, ieškoma sinergijos, bendros atsakomybės už įvairių viešųjų politikų sprendimus. Atlikta pagrindinių „sveikatos visose politikose“ priemonių ir metodų analizė leidžia daryti išvadą, kad palankiausias dimensijos taikyti strategiją „sveikata visose politikose“ yra atsivėrę „galimybių langai“ arba sveikatos prioriteto iškelimas, tarpsektorinis ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas, naujas sveikatos sektoriaus vaidmuo, daugiapusė nauda ir lemiančių veiksmų kituose sektoriuose paieška ir išorės bei vidiniai veiksniai.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos politika ir valdymas, „sveikata visose politikose“, tarpsektorinis bendradarbiavimas, tarpinstitucinis bendradarbiavimas, lyderystė, sveikatos prioritetas, „laimėk – laimėk“ strategija, dimensija.

Įvadas

Nors visose šalyse sveikatos apsaugos sistemos sprendžia tuos pačius uždavinius – kaip esamomis sąlygomis pagerinti visuomenės sveikatą, valstybės teikiamų sveikatos paslaugų kokybę ir jų prieinamumą, tačiau tik pastaruosius dešimtmečius sveikatos politika ir valdymas peržengė sektorinio požiūrio į sveikatos problemų sprendimą ribas. Dėl svarbos ekonomikai, politikai, teisėtumui, netolygumų mažinimui, sveikata įgavo didesnę reikšmę visų valstybių politinėse darbotvarkėse, plėtroje, pasauliniuose susitarimuose. Sveikata taip pat tapo kitų viešojo valdymo sričių ir įvairių sektorių problema, keliančia politinius ir ekonominius iššūkius.

Ne tik sveikatos priežiūros specialistai, mokslininkai ar nevyriausybinės organizacijos, bet ir politikos formuotojai bei įgyvendintojai sutinka, kad daugelis sveikatos problemų, pavyzdžiui, alkoholio, tabako vartojimas, nutukimas, kitos neužkrečiamosios ar lėtinės neinfekcinės ligos – negali būti įveikiamos vien sveikatos sektoriaus pastangomis (angl. *wicked problem*)¹. Šios sveikatos problemos tiesiogiai veikia socialinius, ekonominius bei sveikatos netolygumus, daro įtaką žmogiškajam kapitalui, rinkoms, didina nedarbo bei psichologines problemas, dėl jų daugėja teisės pažeidimų. Tačiau kitų sektorių vaidmuo dažnai apriboja visapusišką moksliniais įrodymais pagrįstų sveikatos politikos principų ir priemonių taikymą. Čia susiduria konfrontuojantys verslo, palaikančio liberalias, verslo administravimo našta mažinančias idėjas, ir visuomenės sveikatos interesai, o ES veiksmas sveikatos srityje dažniausiai yra neįpareigojančių rezoliucijų ar rekomendacijų pobūdžio (išimtis – tabako kontrolės direktyvos ir tarptautinė sveikatos srities sutartis – Tabako kontrolės pagrindų konvencija²).

¹ Howard, R.; Gunther, S. *Health in All Policies: an EU Literature Review 2006–2011 and Interview with Key Stakeholders*. Specialty Registrars Public Health, Finalversion, May 2012.

² Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization, 2003 [interaktyvus]. [žiūrėta 2013-08-12]. <http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf>.

Todėl iškyla neatitikimas tarp problemų, kurias sukuria įvairūs sveikatos netolygumai, dydžio ir nepakankamo valstybių politinio atsako spręsti tas problemas. Pasak C. Brown, ši neatitikimą lemia trys pagrindinės priežastys. Pirmą, nors daugumoje valstybių imamasi įgyvendinti „sveikatos visose politikose“ strategiją (angl. *Health in All Policies, HiAP*) bei sveikatos netolygumų mažinimo priemonės, tačiau dažniausiai jos įgyvendinamos per nedidelės apimties (trukmės) projektus. Antra, efektyvios sveikatos politikos trūkumas taip pat yra susijęs su nesugebėjimu sukurti ir išsaugoti politinius išpareigojimus užtikrinant teisumą. Trečia, sveikatos politika yra tipinė tarpsektorinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo reikalaujanti sritis, o konkuravimas tarp įvairių sektorių ir departamentų bei tvirtų ryšių su kitais sektoriais nebuvimas – yra svarbiausia priežastis, dėl kurios nepavyksta sumažinti sveikatos netolygumų. Prie to prisideda ir įvairių sektorių politikos sričių arba vyriausybės plėtros darbotvarkių sujungimo problemos³.

Ne išimtis ir Lietuva. Nors ES ir Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) siūloma strategija „sveikata visose politikose“ ir jos priemonės vyrauja Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje⁴, Nacionalinės pažangos programoje⁵, Lietuvos šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 m. programoje⁶, Sveikatos apsaugos ministro patvirtiname Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane⁷, tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo galutinėje ataskaitoje teigiama, kad „svarbiausiuose Lietuvos strateginiuose dokumentuose įgyvendinamos sveikatos gerinimo priemonės dažnai apribojamos sveikatos priežiūros sistema, nepakankamai nustatomi veiksniai, priklausantys kitoms valdymo sritims, pavyzdžiui, švietimo, socialinio sektoriaus, ekonomikos, ūkio“⁸. Šiai minčiai antrina ir G. Černiauskas – jo nuomone,

³ Brown, C. *Argumentai investuoti į sveikatos lygiateisiškumą. Esamos perspektyvos, tendencijos ir pavyzdžiai*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.

⁴ Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“.

⁵ Nacionalinė pažangos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“.

⁶ Lietuvos šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programa, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

⁷ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815.

⁸ Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo galutinė ataskaita. Vilnius: Viešosios politikos ir vadybos institutas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2012.

Lietuvoje egzistuoja siekis plėtoti „sveikatą visose politikose“ ir mažinti sveikatos netolygumus, tačiau „jis nėra pagrįstas realiu instrumentarijumi“⁹.

Taigi bent kol kas tiek moksliniame, tiek praktiniame diskurse nėra visuotiniai sutariama dėl conceptualaus analizės pagrindo, kuris padėtų integruoti sveikatos aspektą į visas viešąsias politikas, jų darbotvarkes ar mažinti sveikatos netolygumus¹⁰. Taip pat nėra taikomas optimalus ir visa apimantis „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimo modelis, o vadovaujantis šiuo požiūriu galima rinktis iš plataus spektro priemonių, metodų ir politikos įrankių. Todėl šiame straipsnyje gvildinama idėja, kad pagrindinių „sveikatos visose politikose“ priemonių ir taikomų metodų nepriklausomai nuo šalies, atvejo, valdymo modelio ar sektoriinių patirčių apibendrinimas gali prisidėti prie teorinio ir praktinio geresnės „sveikatos visose politikose“ požiūrio įgyvendinimo priemonės formavimo. Šio straipsnio tikslas – apibendrinti ir išanalizuoti pagrindines palankiausias dimensijas taikyti „sveikatą visose politikose“. Palankiausias dimensijos šiame kontekste suprantamos kaip pagrindinės strategijos „sveikata visose politikose“ priemonės ir metodai, kurie yra reikšmingi „sveikatai visose politikose“ ir palankiai lemia „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimą šalyje. Straipsnyje siekiama pristatyti „sveikatos visose politikose“ sampratą, atskleisti šios strategijos vystymąsi, išskirti ir išnagrinėti pačias palankiausias dimensijas taikyti „sveikatą visose politikose“. Šiame straipsnyje taikoma mokslinės literatūros ir mokslinių tyrimų, įstatymų, kitų teisės aktų, taip pat ES teisės aktų ir atvejų analizė, sintezė ir apibendrinimas.

1. „Sveikata visose politikose“: istorinė ir šiandienos perspektyva

„Sveikatos visose politikose“ strategija kilo iš sveikatos sampratos pokyčių. Ilgą laiką į sveikatą ir jos priežiūrą buvo žiūrima daugiau per ligų diagnozavimo ir gydymo, bet ne per ligų prevencijos prizmę, nors moksliskai įrodyta, kad tik 10 procentų asmens sveikatos lemia sveikatos politika ir valdymas bei medicinos pagalba¹¹. Visi kiti pagrindiniai sveikatai įtaką darantys veiksniai daugiausia susiję su bendrąja socialine, ekonomine, kultūrine ir aplinkos būkle, o ne genetiniu žmogaus pagrindu¹². Todėl šiuolaikinė sveikatos samprata jau apima socialinių ir fizinės aplinkos veiksnių įtakos sveikatai, o ypač jų tarpusavio ryšio nagrinėjimą. Atkreipiamas dėmesys, kad tas pats veiksnys, pavyzdžiui, nedar-

⁹ Černiauskas, G. *Sveikatos ir socialinės gerovės ekonomika*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.

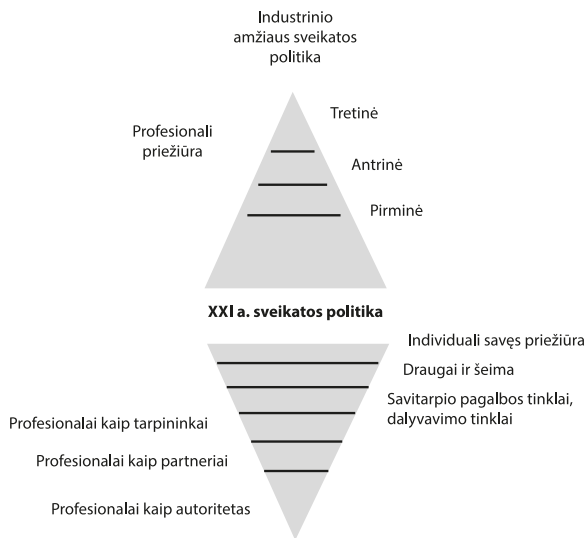
¹⁰ Solar, O., et al. *Moving Forward to Equity in Health: What Kind Of Intersectoral Action is Needed? An Approach to An Intersectoral Typology*. Paper for the 7th Global Conference For Health Promotion, Nairobi, 26–30 October 2009.

¹¹ Dahlgren, G.; Whitehead, M. *European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Leveling Up Part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe, 2007 [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-01-15] <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf>.

¹² *Ibid.*

bas, gali paskatinti atsirasti daugelį kitų sveikatai kenkiančių veiksnių, tokių kaip stresas, nesubalansuota mityba, alkoholio vartojimas ar kiti žalingi įpročiai¹³.

Šiandieninę sveikatos politiką ir jos valdymo praktiką pasaulyje analizuojantys teoretikai akcentuoja „iš viršaus į apačią“, arba hierarchinio tradicinio viešojo valdymo ir sprendimų priėmimų, modelio pakeitimą integruotu, iš „apačios į viršų“ modeliu, kuriame pagrindą sudaro tinklaveika, įvairių rūšių ir formų bei struktūrų partnerystė¹⁴. Orientuojamasi į pacientų ir gydytojų, gydytojų ir politikos formuotojų ir administratorių, administratorių ir NVO ir privataus sektoriaus bendradarbiavimą, grįstą konsensuso, dialogo, o ne hierarchinio valdymo ir įsakymų ar nurodymų forma (žr. 1 paveikslą).



1 pav. Sveikatos politikos pokyčiai

Šaltinis: sudaryta straipsnio autorės

Strategija „sveikata visose politikose“ formavosi ir tebesiformuoja įgyvendinant su sveikata susijusias teises, vykdam tarpvalstybinius ir nacionalinius įsipareigojimus bei pasirašant tarptautines sveikatos srities deklaracijas ir sutartis. I. Kickbusch teigia, kad šios strategijos genezė geriausiai atspindi

¹³ Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo galutinė ataskaita. Vilnius: Viešosios politikos ir vadybos institutas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2012.

¹⁴ Kickbusch, I.; Gleicher, D. *Governance for Health in the 21st Century*. Denmark: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2012.

pastarieji trisdešimt metų¹⁵. Pavyzdžiui, tarpsektorinių veiksmų skatinimas sveikatos priežiūroje buvo pagrindinė strategija Alma Atos deklaracijoje dar 1978 m., Otavos chartijoje 1986 m. buvo kalbama apie „sveiką“ viešąją politiką ir nagrinėjamos visų viešųjų politikų galimybės tobulinti sveikatą ir gerovę, o vėlesnių metų PSO strategijose „Sveikata visiems“, „Sveikata visiems XXI amžiuje“ ar „Sveikata 2020“ akcentuojama *švietimo*, aplinkosaugos ir kitų politikų, taip pat socialinių netolygumų įtaka sveikatos politikai, orientuojamasi į sveikatos netolygumų mažinimą bei sveikatos rodiklių gerinimą pasitelkiant visų viešųjų politikų darbotvarkes (žr. 1 lentelę)¹⁶.

1 lentelė. „Sveikatos visose politikose“ požiūrio vystymasis

	„Sveikatos visose politikose“ strategijos vystymasis	Socialinis ir ekonominis kontekstas
XIX a.	Pažangūs socialiniai reformatoriai pradeda akcentuoti sveikatos teismo poveikį industrializacijai (pvz., Villerme (Prancūzija), Engels (JK), Virchow (Silezija)) JK Visuomenės sveikatos ir sanitarijos reformų judėjimas Socialiniai ir politiniai judėjimai, kilę iš pilietinės visuomenės ir profesinių sąjungų, pagerino mitybą ir gyvenimo sąlygas (būstas, miestų planavimas). Dėl to ilgėjo gyvenimo trukmė amžiaus pabaigoje	Pramonės revoliucija <i>Laissez Faire</i> vyriausybės XIX a. prad. ir viduryje Socialiniai ir politiniai judėjimai už geresnes darbo ir gyvenimo sąlygas Europoje Profesinių sąjungų augimas
XX a.	PSO įkūrimas 1948 m. Lotynų Amerikos socialinės medicinos judėjimas 1950–1960 m. 1978 m. PSO Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaracija 1984 m. PSO strategija „Sveikata visiems“ 1986 m. PSO Otavos chartija 1995 m. PSO sveikų miestų projektas	Po Pirmojo pasaulinio karo – didesnis dėmesys sveikatai Didžioji depresija, „Naujasis kursas“ JAV Gerovės valstybių formavimasis, orientuojamasi į švietimo, sveikatos, būsto ir socialinės apsaugos politikas Neoliberalizmas, valstybės vaidmens mažėjimas, įskaitant 1980–1990 m. struktūrinės pertvarkos programas Vašingtono susitarimas 1989 m. kaip pamas Pasaulio prekybos organizacijai

¹⁵ Kickbusch, I. Health in All Policies: The Evolution of the Concept of Horizontal Health Governance. *Implementing Health in all Policie*. Australia: Government of South Australia, 2010.

¹⁶ *Ibid.*

	1988 m. Adelaidės rekomendacijos dėl sveikos visuomenės ir vėlesnės PSO konferencijos	Selektyvi pirminė sveikatos priežiūra Pasaulio banko ataskaita „Investicijos į sveikatą“
XXI a.	Tūkstantmečio vystymosi tikslai (TVT) ES sveikatos visose politikose iniciatyva 2008 m. Socialinių sveikatos determinančių komisijos raportas 2011 m. JT aukšto lygio susitikimas dėl neužkrečiamųjų ligų prevencijos ir kontrolės; Rio politinė socialinių sveikatos determinančių deklaracija 2013 m. PSO 8-oji globalios sveikatos vystymo konferencija	Pasaulinė finansų krizė ir taupymo politika Augantis ekologinės krizės suvokimas

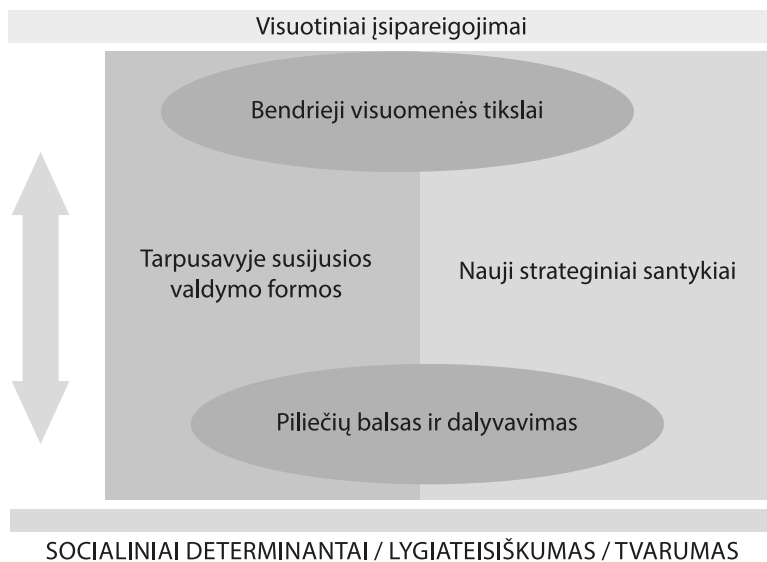
Šaltinis: parengta straipsnio autorės remiantis Baum, F.; Ollila, E.; Peña, S.; History of HIA. In Kimmo Leppo, et al. Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 27.

Pažymima, kad nors „sveikatos visose politikose“ strategija kurta vadovaujantis tarpsektoriškumo, tarpinstitucionališko, „visa apimančio“ arba „sujungto“ (angl. *whole-of-government approach*) valdymo principais, tačiau joje naudojama daugiau priemonių ir metodų, apimama daugiau iniciatyvų ir paskatų¹⁷. Ne sveikatos „imperializmo“ tikslais, bet kaip pagrindinį veiksnių, padedantį siekti platesnių visuomenės tikslų ir mažinti netolygumus, „sveikata visose politikose“ siekia iškelti sveikatos prioritetą, skiria daug dėmesio bendram rezultatų siekimui tarp visų sektorių ir įvairių institucijų, orientuojantis į naudą sveikatai ir naudą kitiems sektoriams, skatina susivienyti suinteresuotuosius, ieško sinergijos ir bendros atsakomybės už įvairių viešųjų politikų sprendimus¹⁸.

Augant mokslininkų ir praktikų susidomėjimui „sveikata visose politikose“, atkreipiamas dėmesys ir į naujas integruoto valdymo formas sveikatos srityje (žr. 2 paveikslą).

¹⁷ Baum, F.; Ollila, E.; Peña, S. History of HIA. In Kimmo Leppo, et al. Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 26.

¹⁸ WHO Working Definition prepared for the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, 10–14 June, 2013.



2 pav. Šiuolaikinis sveikatos politikos valdymas užtikrinant „sveikatos visose politikose“ požiūrį

Šaltinis: Kickbusch, I. Health Governance in the 21st Century: a Commentary. In Buckett, D. *Public Health Bulletin SA*.

Health in All Policies Adelaide 2010 International Meeting. South Australia: *Public Health Bulletin SA*, Volume 7, Number 2, July 2010, p. 11.

Pasak I. Kickbusch, sveikatos srities valdymas turi būti pajėgus veikti „tinkle“ bendradarbiaudamas su įvairių lygmenų institucijomis, remtis geru tarpinstituciniu bendradarbiavimu, visos visuomenės (ne tik pacientų), viešojo, privataus, savanoriško ir NVO sektorių į(si)traukimu į viešųjų politikų (ir, be abejo, sveikatos politikos) darbotvarkių sudarymą, sprendimų priėmimą bei įgyvendinimą. Be to, šiuolaikinis sveikatos politikos valdymas užtikrinant „sveikatą visose politikose“ turi remtis bendrais strateginiais tikslais ir priemonėmis bei užtikrinti tarpusavyje susijusių valdymo formų paiešką (žr. 2 paveikslą)¹⁹.

¹⁹ Kickbusch, I. Health governance in the 21st century: a commentary. In Buckett, D. *Public Health Bulletin SA*. *Health in All Policies Adelaide 2010 International Meeting*. South Australia: *Public Health Bulletin SA*. 2010, Volume 7, Number 2, July: 11.

2. Palankiausių dimensijų taikyti „sveikatos visose politikose“ strategiją analizė

„Sveikatos visose politikose“ strategija neliepia elgtis tam tikru būdu bei laikytis atitinkamos krypties kurį nors ar visą laiką. Priešingai, taikant „sveikatą visose politikose“ pirmiausia siūloma atsižvelgti į kontekstą, politinę valią bei išteklius ir tik tuomet ieškoti palankių sąlygų ją įgyvendinti. Idealiu atveju visos „sveikatos visose politikose“ priemonės turėtų būti prioritetingos, tačiau būtinas platesnis ekonominių, kultūrinių, politinių kontekstų supratimas, įvairių viešųjų politikų išmanymas bei sričių ir priemonių, kurios niekada neduos laukiamų rezultatų, atsisakymas²⁰.

„Sveikatos visose politikose“ sėkmingo įgyvendinimo prielaidų analizė, nagrinėjant tabako kontrolės politiką Lietuvoje, parodė, kad „sveikata visose politikose“ nėra formuojama vakuume, o kiekvienos šalies sveikatos rodikliai ir pasiekimai yra skirtingi. Tik išsami įvairių atvejų analizė gali padėti nustatyti tinkamiausias politikos priemones ir metodus tam tikroje šalyje²¹. Pasak E. Ollila, F. Baumo ir S. Peña, palankios sąlygos taikyti „sveikatą visose politikose“ valstybėse daugiausiai priklauso nuo įgūdžių, išteklių ir gebėjimų analizuoti įvairių viešųjų politikų poveikį sveikatai ir vertinti politikos darbotvarkes per sveikatos aspekto prizmę; tarpsektorinio bedradarbiavimo ir derėjimosi bei politinių sprendimų įgyvendinimo lygio. Taip pat nuo informacijos apie sveikatą ir sveikatos sutrikimų priežastis, netolygumus, potencialias grėsmes sveikatai, visuomenės sveikatos intervencijų logikos, politikos procesų ir pagrindinių veikėjų už sveikatos sektoriaus ribų. Palankioms „sveikatos visose politikose“ taikymo sąlygoms įtaką daro ir kontekstinės aplinkybės: politinė valia, teisinis pagrindas, valdymo struktūros ir procesai²².

Taigi, kaip buvo minėta šio straipsnio įvade, bent kol kas moksliniame disкурse nėra visuotinai sutariama dėl conceptualaus analizės pagrindo, kuris padėtų integruoti sveikatos aspektą į visas viešąsias politikas, jų darbotvarkes ar mažinti sveikatos netolygumus²³. Taip pat nėra taikomas visa apimantis „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimo modelis. Vadovaujantis šiuo požiūriu

²⁰ Baum, F.; Ollila, E.; Peña, S. Introduction to Health in All Policies and the Analytical Framework of the Book. In Kimmo Leppo, et al. *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 8.

²¹ Pukinaitė, V. „Sveikatos visose politikose“ sėkmingo įgyvendinimo prielaidos: tabako kontrolės politikos Lietuvoje atvejis. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2014, 1(6): 20–38.

²² Baum, F.; Ollila, E.; Peña, S. Introduction to Health in All Policies and the Analytical Framework of the Book. In Kimmo Leppo, et al. *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 8.

²³ Solar, O., et al. *Moving Forward to Equity in Health: What Kind of Intersectoral Action is Needed? An Approach to an Intersectoral Typology*. Paper for the 7th Global Conference For Health Promotion, Nairobi, 26–30 October 2009.

galima rinktis iš plataus spektro priemonių, metodų ir politikos įrankių. Tačiau, nepaisant „sveikatos visose politikose“ struktūrų, įrankių, siūlomų procesų, strategijų, priemonių bei metodų įvairovės, pastarųjų metų mokslinių tyrimų²⁴, o ypač atvejų analizių gausa²⁵ leidžia apibendrinti ir pateikti pačias palankiausias dimensijas taikyti „sveikatą visose politikose“²⁶. Dimensijos šiame kontekste suprantamos kaip pagrindinės strategijos „sveikata visose politikose“ priemonės ir metodai, kurie yra reikšmingi „sveikatai visose politikose“ ir palankiai lemia „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimą. Šios, toliau šiame straipsnyje nagrinėjamos pagrindinės „sveikatos visose politikose“ dimensijos vyravo daugumoje mokslinės literatūros šaltinių nepriklausydamos nuo šalies, nagrinėto atvejo, valdymo modelio ar sektoriinių patirčių.

2.1. „Galimybių langai“ bei sveikatos prioriteto išskėlimas

Analizuojant „sveikatą visose politikose“ dominuoja bendras sutarimas, kad, nepaisant viešosios politikos chaotiškumo, jos programoms stabilumas būdingesnis nei kaita. Taip pat dažniausiai sutariama, kad esminiai pokyčiai trunka ilgai, o be tam tikro išorinio spaudimo ar atsivėrusio galimybių lango (angl. *Windows of Opportunity*) gana ilgą laiką išliks *status quo*. Todėl, strategija „sveikata visose politikose“ remiasi mokslininko J. Kingdono idėjomis, apie tai, kaip lengviau įgyvendinti pokyčius ir iškelti sveikatos prioritetus, iškilus įvairioms problemoms²⁷. J. Kingdonas teigia, kad viešosios politikos darbotvarkės formavimo procesas gali būti traktuojamas kaip trijų atskirų srautų (angl. *Streams*) – problemų (angl. *Problems*), viešosios politikos priemonių (angl. *Policies*) ir politikos (angl. *Politics*) – darinys. Problemų srautą sudaro tos problemos, į kurias dėmesį atkreipia valstybės politikos formuotojai ar visuomenė: tai gali būti ne tik reformos, krizės, nelaimingi atsitikimai ar katastrofos, pritraukiančios žiniasklaidos dėmesį, bet ir mokslinių tyrimų rezultatai, nerimą keliantys pokyčiai ar rodikliai, skatinantys informuotumą. Viešosios politikos priemonių srautą (kitai – politikos alternatyvas) formuoja politikai, taip pat kiti suinteresuotieji (viešosios institucijos, universitetai, tyrimų centrai, privačios įstaigos). Politikos sprendimai daug greičiau priimami, jeigu jie nesukelia konflikto tarp įvairių interesų grupių, todėl sveikatos sektoriaus atstovams būtina analizuoti įvairius interesus ir stengtis pasiūlyti priimtinausią sprendimą. Politikos kaita galima tik tada, kai politikos srauto aplinka yra tam palanki: pavyzdžiui, ekonomikos krizė

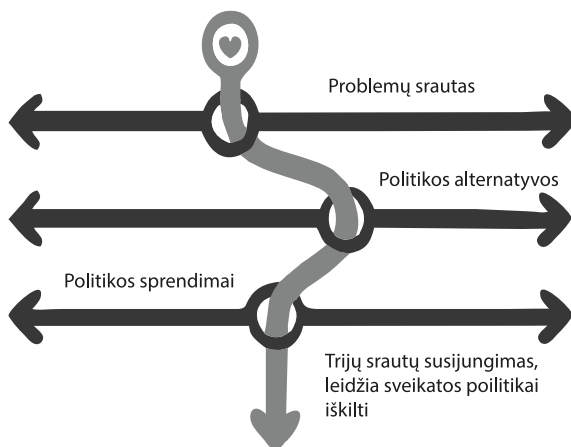
²⁴ WHO Report, *Opportunities for Scaling Up and Strengthening the Health-In-All-Policies Approach in South-Eastern Europe*, World Health Organization, 2013.

²⁵ *Health Equity through Intersectoral Action: an Analysis of 18 Country Case Studies*. Public Health Agency of Canada: WHO, 2008.

²⁶ Melkas, T. *Health in All Policies as a Priority in Finnish Health Policy: A Case Study on National Health Policy Development*. Scandinavian Journal of Public Health. 2013, 41(Suppl 11): 3–28.

²⁷ Kingdon, J. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Longman, 2011, p. 3–15.

šalyje ir jos paveikta ekspansyvi arba griežta fiskalinė politika šalyje, valdančiosios daugumos pasikeitimai gali turėti įtakos ne tik vienai politikos sričiai, bet ir visai viešajai politikai. Pasak J. Kingdono, viešojo politika pasikeičia, kai būna įgyvendintos trys esminės kaitos sąlygos. Pirma, kritiniu momentu į vieną turi susilieti atskiri politiniai ir problemų šrautai. Antra, šių šrautų susiliejimas į vieną turi įtakos ir antrajai kaitos sąlygai – problema privalo būti žinoma, o jos sprendimo būdas – numanomas. Trečia, potencialūs politikos pakeitimo trikdžiai taip pat turi būti lengvai įveikiami. Taigi susijungus šiems trimis šrautams, atsiveria „galimybių langas“ (angl. *Window of Opportunity*), leidžiantis problemai iškilti į darbotvarkę ir suteikiantis galimybę įvykdyti pokyčius sveikatos politikoje (žr. 3 paveikslą)²⁸.



3 pav. J. Kingdono „galimybių langas“

Šaltinis: parengta straipsnio autorės pagal Baum, F.; Ollila, E.; Peña, S. Introduction to Health in All Policies and the Analytical Framework of the Book. In Kimmo Leppo, *et al.* *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 16

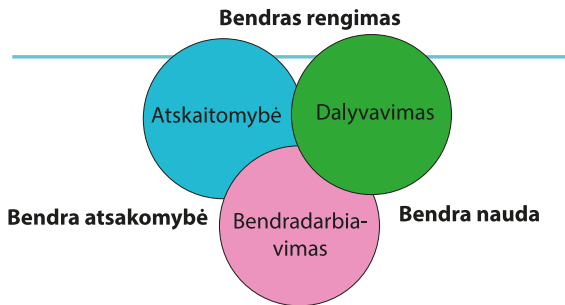
2.2. Tarpsektorinis ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas

Daugelio „sveikatos visose politikose“ atvejų analizė skirtingose šalyse rodo²⁹, kad svarbu užtikrinti tarpsektorinį ir tarpinstitucinį bendradarbiavimą, dalyvavimą ir atskaitomybę palaikant sveikatos sektoriaus santykius ne tik su tais

²⁸ Kingdon, J. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Longman, 2011, p. 3–15.

²⁹ *Health Equity through Intersectoral Action: an Analysis of 18 Country Case Studies*. Public Health Agency of Canada: WHO, 2008.

sektoriams ar institucijomis, su kuriomis aktyviausiai bendradarbiaujama, bet labiausiai orientuojantis į tuos sektorius, su kuriais kykla daugiausia konfliktų. Bendradarbiavimas gali būti vykdomas per įvairias partnerystės platformas, bendrus (sukauptus biudžetus), bendrų politikos priemonių ir intervencijų vertinimą. Tačiau sveikatos sektoriui ir sveikatos priežiūros institucijoms lengviausiai kooperuotis ir bendradarbiauti su tradiciniais socialiniais sektoriais, kurių veikla susijusi su vienokiais ar kitokiais sveikatos aspektais: aplinkos apsauga, švietimas, transportas, darbo rinka, socialinė politika, miestų planavimas, smurto prevencija, teisingumas ir t. t. Įtraukti tuos sektorius, su kuriais mažiau bendrų sąsajų, pavyzdžiui, ūkio, ekonomikos, turizmo, kultūros, finansų – galima derinant „kietąsias“ ir „minkštąsias“ priemones. „Kietųjų“ ir „minkštųjų“ priemonių derinimas pasireiškia per įstatymų, memorandumų ar sutarčių laikymąsi, konsultavimą, reguliavimą, atlygį ir paskatas už sveikatai palankius veiksmus, bendrus tikslinius rodiklius ir nuolatinę bei skaidrią stebėseną (žr. 4 paveikslą)³⁰.



4 pav. Tarpsektorinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo dedamosios

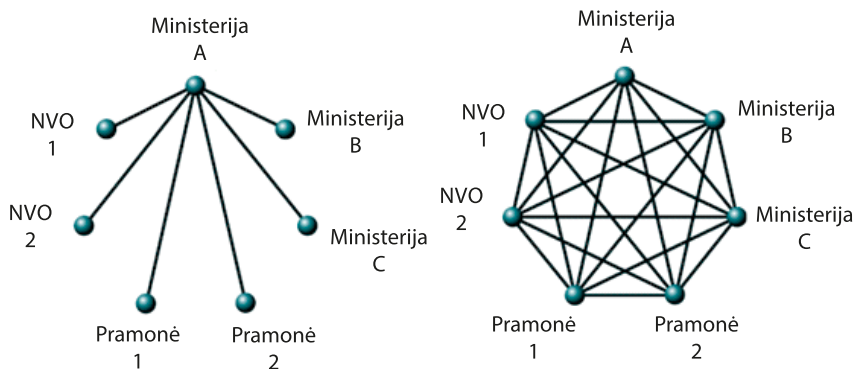
Šaltinis: Brown, C. *Argumentai investuoti į sveikatos lygiateisiškumą Esamos perspektyvos, tendencijos ir pavyzdžiai*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.

PSO analizuoti 9 atvejai taikant strategiją „sveikatos visose politikose“ Pietryčių Europos šalyse parodė, kad daugiausia bendradarbiaujama su įvairiais sektoriais smurto prevencijos klausimais, tačiau kitais su sveikata susijusiais (pavyzdžiui, vairavimo išgėrus) klausimais trūksta koordinavimo su policija ar teisingumo ministerija. Studijoje taip pat teigiama, kad visos šalys pranešė apie didžiausią bendradarbiavimo su finansų ministerija ir ekonomikos sektoriumi

³⁰ Brown, C. *Argumentai investuoti į sveikatos lygiateisiškumą Esamos perspektyvos, tendencijos ir pavyzdžiai*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.

poreikį, tačiau daugumoje valstybių tokie bendradarbiavimo ryšiai yra iš viso neišvystyti³¹.

Kita vertus, dar viena tarpinstitucinio ir tarpsektorinio bendradarbiavimo dedamoji – įvairių sektorių, institucijų, piliečių, NVO, tyrimų institutų, mokslininkų dalyvavimas priimant sprendimus ir juos diegiant. Remiantis N. Goštautaitė-Middtun, NVO Lietuvoje nuosekliai keičiasi informacija, atlieka ekspertinius vertinimus, kaupia mokslo įrodymus, juos viešina, teikia technines ir teises konsultacijas, aiškina įstatymus, teikia teisės aktų pasiūlymus, kartais vykdo net įstatymų priežiūrą ir informuoja apie pažeidimus³². Dalyvavimą gali paskatinti planavimas „iš apačios“ į viršų, bendruomenių gebėjimų dalyvauti stiprinimas, suinteresuotųjų įtraukimas į komisijų, komitetų ir vertinimo veiklą³³. Dalyvavimas tinklo veikloje, kai bendradarbiaujama su *įvairių lygmenų institucijomis* (tarptautinėmis institucijomis, regioninės ir vietos valdžios institucijomis, privataus sektoriaus institucijomis bei NVO ar pilietinės visuomenės atstovais), gali suteikti naujos informacijos ir patirties, prisidėti prie bendrų tikslų siekimo. O vieno sektoriaus (šiuo atveju – sveikatos), kaip pagrindinio koordinatoriaus veikla, bandant prijungti kitus sektorius, gali būti neefektyvi (žr. 5 paveikslą).



5 pav. Santykių su institucijomis modeliai: vertikalus ir tinklo

Šaltinis: parengta straipsnio autorės pagal *Health Equity Through Intersectoral Action: An Analysis of 18 Country Case Studies*. Public Health Agency of Canada: WHO, 2008, p. 28

³¹ WHO Report, *Opportunities for Scaling Up and Strengthening the Health-In-All-Policies Approach in South-Eastern Europe*, World Health Organization, 2013.

³² Goštautaitė-Middtun, N. *Nevyriausybinių sektoriaus patirtis ir galimybės visuomenės sveikatos politikos formavime*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.

³³ St-Pierre, L. *Governance Tools and Framework for Health in all Policies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

Tačiau į(si)traukimas į dalyvavimą priklauso nuo sveikatos sektoriaus lyderystės bei pagrindinių veikėjų ir suinteresuotųjų atpažinimo, jų įsitikimų žinojimo, supratimo apie suinteresuotųjų veiklos strategijas bei išteklius. Akademiniam diskurse apie įvairių suinteresuotųjų išteklius ir kuriamas strategijas skirtingi mokslininkai pateikia skirtingą skaičių poveikio būdų, galinčių paveikti viešosios politikos formavimą (pavyzdžiui, amerikiečiai mokslininkai K. L. Schlozmanas ir J. Tierney nurodė net 27 būdus³⁴). Vis dėlto, pasak F. Gagnono ir D. Kouri, tarpsektorinėse iniciatyvose pagrindinis mobilizuojantis faktorius ir dalyvavimą skatinantis veiksnys turėtų būti sveikatos sektoriaus žinios, pritaikytos ir skirtos plačiajai visuomenei³⁵.

2.3. Naujas sveikatos sektoriaus vaidmuo – lyderystė

Dėl partnerystės su kitais sektoriais, dalyvavimo tinkluose ir pasikeitusios sveikatos ir sveikatos politikos sampratos, iš sveikatos sektoriaus reikalaujama lyderystės, atvirumo, įgūdžių, mokslu pagrįstų naujų žinių ir vis didesnių įgaliojimų. „Sveikatos visose politikose“ taikymas sveikatos sektoriui suteikia naujas galimybes ir atsakomybę už kitų viešųjų politikų darbotvarkių išmąnomą bei bendradarbiavimo priemonių parinkimą, padarinių sveikatai vertinimą, mokslu grįstą politikos strategijų ir priemonių įgyvendinimą³⁶. Remiantis T. P. Torgersenu, sveikatos sektorių tarpsektorinėje veikloje turėtų imtis lyderio vaidmens, kai svarstomi klausimai, kuriems spręsti jis turi veiksmingų priemonių ir kontroliuoja jų įgyvendinimo būdus³⁷. Sveikatos sektorių derybininko pozicijoje labiausiai tiktų, kai nagrinėjami klausimai, prie kurių įgyvendinimo sveikatos sektorius gali prisidėti veiksmingomis priemonėmis, tačiau nekontroliuoja šių priemonių įgyvendinimo sąlygų ar būdų³⁸. Sveikatos sektorius taip pat gali būti politikos tarpininkas (angl. *Policy Broker*), kuris ieško racionalių kompromisų tarp įvairių sektorių, institucijų ir suinteresuotųjų pozicijų. Šiais politikos tarpininkais gali būti aukšti sveikatos sektoriaus pareigūnai (pavyzdžiui, ministras), valstybės tarnautojai, institucijos, turinčios derinti visų konfliktuojančių interesus, netgi tyrimo komisijos³⁹. Nors kiekvieno sektori-

³⁴ Schlozman, K. L.; Tierney, J. *Organized Interests and American Democracy*. New York: Harper Collins Publisher Inc, 1986, 150.

³⁵ Gagnon, F.; Kouri, D. *Integrated Governance and Healthy Public Policy: Two Canadian Examples*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy: Quebec, 2012.

³⁶ Kickbusch, I. Health Governance in the 21st Century: A Commentary. In Buckett, D. *Public Health Bulletin SA. Health in All Policies Adelaide 2010 International Meeting. South Australia: Public Health Bulletin SA. 2010 July, Volume 7, Number 2*: 11.

³⁷ Torgersen, T. P. *Sveikatos netolygumų mažinimo Norvegijoje patirtis*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Andrea, S. *Political Decision-Making behind the Oregon Health Plan: Making the Hard Choice*. Master of Public Policy. Oregon State University: December 15, 2010.

aus ar institucijos tikslas yra valdžią paveikti taip, kad ji priimtų sprendimus, atitinkančius jų siūlomas viešosios politikos alternatyvas, politikos tarpininkai gali ieškoti racionalesnių ir objektyvių argumentų, pateikti turimas žinias sveikatos klausimais ir taip bandyti siekti kompromiso. Į sveikatos sektorių žiūrima kaip į partnerį, kai nagrinėjami sveikatą lemiantys veiksniai, o sveikatos sektorius turi žinių apie nepageidaujamą kitų sektorių priemonių poveikį sveikatai, tačiau pats nekontroliuoja įgyvendinimo būdų ir neturi tikslų žinių apie tai, kaip tos priemonės turėtų būti rengiamos. Sveikatos sektorių kaip partnerį galima būtų matyti ieškant priemonių darbo rinkoms, mažinant socialinius netolygumus mokyklose, ikimokyklinio ugdymo įstaigose ir kt.⁴⁰

2.4. Sveikatos sektoriaus ryšys su kitais sektoriais ir daugiapusė nauda

Sveikatos sektoriaus ryšys su kitais sektoriais ir lemiančių veiksnių kituose sektoriuose paieška gali užtikrinti „laimėk – laimėk“ (angl. *win-win*) strategiją, padėti suprasti, kokia yra kito (ne sveikatos) sektoriaus atsakomybė ir pasiūlyti politinius sprendimus. E. Ollila nuomone, „laimėk – laimėk“ strategija siekiama atrasti tokius sprendimus ir veiksmus, kuriais suinteresuotieji būtų patenkinti arba būtų priimtas optimalus sprendimas⁴¹. Kaip ir tarpsektoriniame bendradarbiavime, teigiamą sveikatos sektoriaus ryšį su kitais sektoriais lengviausia nustatyti tarp socialinių sektorių, tačiau ilgojoje perspektyvoje galima matyti ir kitų sektorių atsakomybę dėl sveikatos veiksnių (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Sveikatos sektoriaus ryšys su kitais sektoriais: lemiančių veiksnių metodas

Objektas	Kito sektoriaus atsakomybė	Politinis atsakas
Liga (pvz., vėžys)	– Atsakomybės stoka	– Sveikatos priežiūros sektoriaus veikla
Pavienis rizikos veiksnys (pvz. fizinis aktyvumas)	– Tam tikra atsakomybė, tačiau vertinama kaip indėlis siekiant sveikatos sektoriaus tikslų	– Pavienės tarpsektorinės iniciatyvos
Lemiantys veiksniai (pvz., švietimas)	Galima bendra atsakomybė ir derybos siekiant bendros naudos Visų pusių uždavinių pripažinimas	– Integruota tarpsektorinė veikla

Šaltinis: Torgersen, T. P. *Sveikatos netolygumų mažinimo Norvegijoje patirtis*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas

⁴⁰ Torgersen, T. P. *Sveikatos netolygumų mažinimo Norvegijoje patirtis*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.

⁴¹ Ollila, E. Health in All Policies: From Rhetoric to Action. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011,39 (Suppl 6): 11–18.

Siekiant nustatyti lemiančius sveikatą veiksnius kituose sektoriuose, vyriausybių ir įvairių sektorių veiksmus reikėtų matyti kaip visumą. Tam padėtų atsakymai į klausimą, ką sveikatos sektorius galėtų padaryti, norėdamas padėti kitiems sektoriams pasiekti jų tikslų. Sveikatos sektoriaus veiksmams dažnai yra „apribojantys žala“ veiksmai (angl. *damage limitation*), kurie nukreipti į žalos sveikatai mažinimą kituose sektoriuose. Šie, „apribojantys žala“ veiksmai taip pat gali prisidėti prie bendrų, sutampančių rodiklių paieškos ir netgi juos parodyti⁴². Kita vertus, daugiapusės naudos situaciją („laimėk – laimėk“ strategiją) įtraukiant ar iškeliant sveikatos aspektą gali pagreitinti konkretūs vertybiniai pasiūlymai suinteresuotiesiems: pavyzdžiui, darbo jėgos ar konsultacijų bei žinių suteikimas, prestižo, žinomumo užtikrinimas (už sveikatai palankių ir socialiai atsakingą veiklą) ar papildomas finansavimas (pavyzdžiui, bendri sveikatos, mokslininkų ir kitų sektorių projektai, finansuojami Europos Sąjungos)⁴³.

2.5. Vidiniai bei išorės veiksniai (kontekstas)

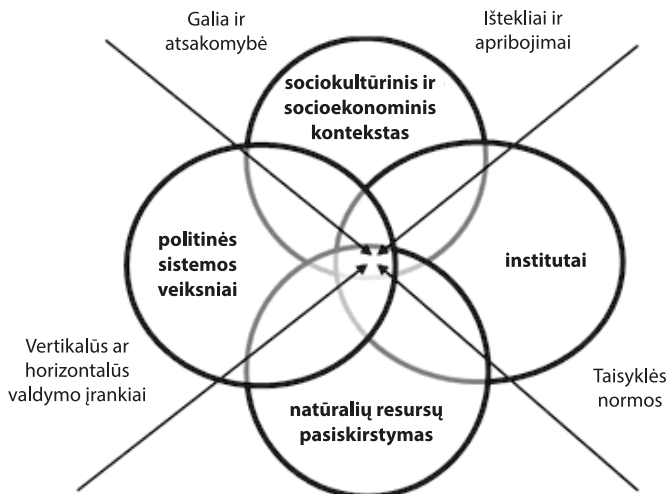
Bendrų vardiklių ir pradinių priegos taškų (angl. *entry points*) paieška intensyvinant palankias sąlygas taikyti „sveikatą visose politikose“ yra neatsiejama nuo konteksto analizės. Kontekstas – ypač plati sąvoka, nukreipianti į didelį spektrą visuomenės veiksnių, kurie negali būti išmatuoti individualiu lygmeniu. Kontekstas aprėpia daugelį socialinės sistemos veiksnių bei struktūrinius, kultūrinius, istorinius ir funkcinius aspektus, o šie, formuodami socialinės stratifikacijos veiksnius, veikia individų sveikatą⁴⁴. Kontekstas taip pat apima vidinius ir išorės veiksnius, ir parodo tuos socialinius ir politinius mechanizmus, kurie skirti sukurti ir prižiūrėti socialines hierarchijas, pavyzdžiui, darbo rinką, švietimo sistemą ar politines institucijas. Taigi vidiniai ir išorės : socialinis, ekonominis ir politinis kontekstas, pagrindinės probleminės sveikatos ar kitos srities situacijos ypatybės, natūraliųjų resursų paskirstymas, sociokultūrinės vertybės ir socialinė struktūra, svarbiausios konstitucinės ir institucinės taisyklės – daro įtaką ne tik sveikatos, bet ir visai viešajai politikai, suteikdami arba apribodami išteklius suinteresuotiesiems, užtikrindami formalių ir neformalių taisyklių vykdymą bei parodantys veiksmus, kurie formuoja įvairių sektorių ir institucijų elgesį visuomenėje (žr. 6 paveikslą)⁴⁵.

⁴² Ollila, E. Health in All Policies: From Rhetoric to Action. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011, 39 (Suppl 6): 11–18.

⁴³ *A Health in All Policies Approach to Large-Scale Redevelopment: The Fort McPherson Brac Case Study*. Project supported by funding from the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) through a cooperative agreement with the National Network of Public Health Institutes (NNPHI). Georgia State University, USA, 2012.

⁴⁴ Chung, H.; Muntaner, C. Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*. 2007, p. 328–339.

⁴⁵ Sabatier, P.; Jenkins-Smith, H. *Theories of the Policy Process*. Columbia: Westview Boulder, 1999, p. 125.



6 pav. Vidinių ir išorės veiksnių (konteksto) reikšmė strategijai „sveikata visose politikose“

Šaltinis: sudaryta straipsnio autorės

Ir nors teigiama, kad vidiniai ir išorės veiksniai, t. y. visos politinės, ekonominės, socialinės sistemos išoriniai ir vidiniai veiksniai, per ilgą laiką nesikeičia ir nėra suinteresuotųjų įtakos objektas, nes jų pakeisti beveik neįmanoma, tačiau vidinių ir išorės veiksnių analizė gali identifikuoti vertikalias ar horizontalias „sveikatos visose politikose“ integravimo priemones šalies valdymo struktūroje. Pavyzdžiui, Skandinavijos valstybėse, kur vyrauja aukštas pasitikėjimo savimi ir kitais lygis bei pakankami socialinio kapitalo elementai, įmanomos tokios horizontalios priemonės kaip atsakomybės perkėlimas iš sveikatos sektoriaus į visas savivaldybes⁴⁶. Buvusiose Sovietų Sąjungos bloko valstybėse, kurios susiduria su nepasitikėjimu politinėmis institucijomis, paramos visai režimo veiklai problema, nemažu atskaitomybės trūkumu ir nepakankamais socialinio kapitalo elementais⁴⁷, labiau tikėtinas vertikalų ir „kietųjų“ priemonių įgyvendinimas įstatymais.

⁴⁶ Melkas, T. Health in All Policies as a Priority in Finnish Health Policy: A Case Study on National Health Policy Development. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013, 41(Suppl 11): 3–28.

⁴⁷ Schyns, P.; Koop, C. Political Distrust and Social Capital in Europe and the USA. *Social Indicators Research*. 2010, 96: 145–167.

Išvados

1. Mokslinės literatūros analizė parodė, kad nėra visuotinai sutariama dėl konceptualaus analizės pagrindo, kuris padėtų integruoti sveikatos aspektą į visas viešąsias politikas, taip pat nėra taikomas visa apimantis strategijos „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimo modelis. Taikant šią strategiją galima rinktis iš daugelio priemonių, metodų ir politikos įrankių. Pagrindinių palankiausių „sveikatos visose politikose“ dimensijų nustatymas (palankiausios dimensijos – strategijos „sveikatos visose politikose“ priemonės ir metodai, kurie yra reikšmingi ir palankiai lemia „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimą šalyje) gali prisidėti prie „sveikatos visose politikose“ teorinio ir praktinio įgyvendinimo priemonės formavimo. Taip pat gali padėti nustatyti, kokios priemonės ir metodai geriausiai tiktų strategijai „sveikata visose politikose“ Lietuvoje įgyvendinti.
2. Išnagrinėjus „sveikatą visose politikose“ iš istorinės ir šandienos perspektyvos, paaiškėjo, jog ši strategija kilo iš sveikatos sampratos pokyčių, o formavosi įgyvendinant su sveikata susijusias teises, vykdant tarpvalstybinius ir nacionalinius įsipareigojimus bei pasirašant tarptautines sveikatos srities deklaracijas ir sutartis. „Sveikata visose politikose“ siekiama iškelti sveikatos prioritetą, skiriama daug dėmesio bendram visų sektorių ir institucijų siekiamam rezultatui, orientuojamasi į naudą sveikatai ir naudą kitiems sektoriams, skatinama suvienyti suinteresuotuosius, ieškoma sinergijos ir bendros atsakomybės už įvairių viešųjų politikų sprendimus.
3. Atlikus mokslinės literatūros analizę nustatyta, kad nepaisant „sveikatos visose politikose“ naudojamų struktūrų, įrankių, siūlomų procesų, priemonių bei metodų įvairovės, galima apibendrinti ir pateikti palankiausias dimensijas strategijai „sveikata visose politikose“ taikyti. Šios palankiausios dimensijos gali būti naudojamos ir pasireikšti bene visuose „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimo etapuose nepriklausomai nuo šalies, atvejo, valdymo modelio, politikų ar sektorių patirčių.
4. Atliktas pagrindinių „sveikatos visose politikose“ priemonių ir metodų apibendrinimas leidžia daryti išvadą, kad palankiausios dimensijos „sveikatai visose politikose“ taikyti yra:
 - a) atsivėrę „galimybių langai“, arba sveikatos prioriteto iškėlimas, kai iškilus problemai, politikos alternatyvai ar susiklosčius politinei situacijai šalyje atsiveria „galimybių langas“, leidžiantis sveikatos problemai iškilti kaip svarbiausiai viešosios politikos darbotvarkėje ir suteikiantis galimybę keisti sveikatos politiką;
 - b) tarpsektorinis ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas, kuris gali būti vykdomas per *įvairias partnerystės platformas, bendrus biudžetus, ben-*

- drų politikos priemonių ir intervencijų vertinimą derinant „kietąsias“ ir „mikštąsias“ priemones;
- c) naujas sveikatos sektoriaus vaidmuo, kai jis susiklosčius skirtingoms situacijoms turi užimti lyderio, derybininko, politikos tarpininko ar partnerio pozicijas;
 - d) daugiapusė nauda ir lemiančių veiksnių kituose sektoriuose paieška: ja siekiama atrasti tokius sprendimus ir veiksmus, kuriais būtų patenkinti visi suinteresuotieji arba būtų priimtas optimalus sprendimas, užtikrinta „laimėk – laimėk“ strategija ir suprasta, kokia yra kito (ne sveikatos) sektoriaus atsakomybė;
 - e) išorės bei vidiniai veiksniai (kontekstas), kurių analizė gali padėti identifikuoti vertikalias ar horizontalias „sveikatos visose politikose“ integravimo priemones šalies valdymo struktūroje.
5. Pagrindinių palankiausių strategijos „sveikata visose politikose“ dimensijų nustatymas gali palankiai lemti „sveikatos visose politikose“ įgyvendinimą ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse. Kita vertus, siekiant ateityje plėtoti teorinį ir praktinį įgyvendinimo priemonės formavimą, vertėtų išanalizuoti, pritaikyti ir įvertinti šias palankiausias dimensijas konkrečiame kontekste ar tipinėse tarpsektorinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo reikalaujančiose srityse, pavyzdžiui, alkoholio kontrolės politikoje Lietuvoje.

Literatūra

1. *A Health in All Policies Approach to Large-Scale Redevelopment: The Fort Mcpherson Brac Case Study*. Project supported by funding from the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) through a cooperative agreement with the National Network of Public Health Institutes (NNPHI). Georgia State University, USA, 2012.
2. Andrea, S. *Political Decision-Making behind the Oregon Health Plan: Making the Hard Choice*. Master of Public Policy. Oregon State University: December 15, 2010.
3. Baum, F.; Ollila, E.; Peña, S. History of HIAP. In Kimmo Leppo, *et al.* *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 26.
4. Baum; F. Ollila, E.; Peña, S. Introduction to Health in All Policies and the Analytical Framework of the Book. In Kimmo Leppo, *et al.* *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2013, p. 8.
5. Brown, C. *Argumentai investuoti į sveikatos lygiateisiškumą Esamos perspektyvos, tendencijos ir pavyzdžiai*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.
6. Chung, H.; Muntaner, C. Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*. 2007, p. 328–339.

7. Černiauskas, G. *Sveikatos ir socialinės gerovės ekonomika*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.
8. Dahlgren, G. Whitehead, M. *European Strategies for Tackling Social Inequities In Health: Levelling Up Part 2*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe, 2007 [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-01-15] <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf>.
9. *Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: World Health Organization, 2003 [interaktyvus]. [žiūrėta 2014-08-12] . <http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf>.
10. Gagnon, F.; Kouri, D. *Integrated Governance and Healthy Public Policy: Two Canadian Examples*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy: Quebec, 2012.
11. Goštautaitė-Midttun, N. *Nevyriausybinių sektoriaus patirtis ir galimybės visuomenės sveikatos politikos formavime*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.
12. *Health in All Policies Adelaide 2010 International Meeting*. South Australia: *Public Health Bulletin SA*. July 2010, Volume 7, Number 2: 11.
13. Howard, R.; Gunther, S. *Health in All Policies: an EU Literature Review 2006–2011 and Interview with Key Stakeholders*. Specialty Registrars Public Health, Finalversion, May 2012.
14. Kickbusch, I.; Gleicher, D. *Governance for Health in the 21st Century*. Denmark: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2012.
15. Kickbusch, I. Health governance in the 21st century: a commentary. In Buckett, D. *Public Health Bulletin SA*.
16. Kickbusch, I. Health in All Policies: The Evolution of the Concept of Horizontal Health Governance. *Implementing Health in all Policie*. Australia: Government of South Australia, 2010.
17. Kingdon, J. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Longman, 2011, p. 3–15.
18. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“.
19. Lietuvos šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programa, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.
20. Melkas, T. Health in All Policies as a Priority in Finnish Health Policy: A Case Study on National Health Policy Development. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013, 41(Suppl 11): 3–28.
21. Nacionalinė pažangos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“.
22. Ollila, E. Health in All Policies: From Rhetoric to Action. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011, 39(Suppl 6): 11–18.

23. Pukinaitė, V. „Sveikatos visose politikose“ sėkmingo įgyvendinimo prielaidos: tabako kontrolės politikos Lietuvoje atvejis. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2014, 1(6): 20–38.
24. Sabatier, P.; Jenkins-Smith, H. *Theories of the Policy Process*. Columbia: Westview Boulder, 1999, p. 125.
25. Schyns, P.; Koop, C. *Political Distrust and Social Capital in Europe and the USA*. *Social Indicators Research*. 2010, 96: 145–167.
26. Schlozman, K. L.; Tierney, J. *Organized Interests and American Democracy*. New York: Harper Collins Publisher Inc, 1986, p. 150.
27. Solar, O., et al. *Moving Forward to Equity in Health: What Kind of Intersectoral Action is Needed? An Approach to an Intersectoral Typology*. Paper for the 7th Global Conference For Health Promotion, Nairobi, 26–30 October 2009.
28. St-Pierre, L. *Governance Tools and Framework for Health in all Policies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
29. Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmy planas, patvirtinas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815.
30. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo galutinė ataskaita. Vilnius: Viešosios politikos ir vadybos institutas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2012.
31. Torgersen, T. P. *Sveikatos netolygumų mažinimo Norvegijoje patirtis*. Tarptautinės konferencijos „Bendradarbiavimas siekiant sveikatos lygiateisiškumo“, vykusios 2014 m. lapkričio 27 d. Vilniuje, pranešimas.
32. WHO Report, *Opportunities for Scaling Up and Strengthening the Health-In-All-Policies Approach in South-Eastern Europe*, World Health Organization, 2013.
33. WHO Working Definition prepared for the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, 10–14 June, 2013.

Conducive Dimensions for Successful Efforts of Health in All Policies (HiAP)

Vaida Pukinaitė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary. *The main strategic documents in Lithuania are based on Health in All Policies (HiAP) approach and aim to reduce social inequalities in health. However, there is still no consensus on an instrument of effective implementation or optimal and comprehensive HiAP implementation model. By using HiAP approach, governments, health and other sectors can choose from a wide range of tools, methods, policy instruments and strategies. Therefore, this article aims to identify, summarize and analyze the conducive dimensions for successful efforts of HiAP. The main idea of this article is to show that the generalization of major dimensions of HiAP can contribute to the formation of theoretical and practical HiAP model in Lithuania. HiAP dimensions in this context are understood as the main tools and methods of HiAP, which are significant for HiAP efforts and determine conducive*

HiAP implementation. This article aims to analyze the concept of HiAP, to show its historical development and examine the conducive dimensions for successful efforts of HiAP. Methods of scientific literature and case study analysis as well as analysis of the Lithuanian legislation and EU legislation and generalization are used in this article.

The examination of HiAP concept from the historical and present perspective showed that this approach is derived from the changes in the health concept used in international academic and practical discourse. Moreover, HiAP approach is shaped by the transnational and national commitments, international health declarations, treaties and agreements. HiAP approach focuses on the contribution of public policies to the maintenance and improvement of public health. In order to implement this approach, possibilities must be provided for various public sectors to affect health; cooperation techniques and mechanisms must be developed to coordinate the actions of various institutions, and the inclusion of the stakeholders in decision-making and development processes of public health must be encouraged. The analysis of measures and methods of HiAP allows drawing the conclusion that the conducive dimensions for successful efforts of HiAP are as follows: windows of opportunities and the promotion of the priority of health; cross-sectorial and inter-institutional cooperation and the participation of all sectors; the new role of the health sector and health sector's leadership; shared benefits, determinants across sectors and overlapping indicators; the context and the external and internal factors.

Keywords: *health policy and management, Health in All Policies, cross-sectorial and inter-institutional cooperation, leadership, health priority, win-win strategy, dimension.*

Vaida Pukinaitė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų instituto doktorantė. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos politika ir valdymas, požiūris „sveikata visose politikose“, e. sveikata, suinteresuotų grupių veikla, politikos kaita.

Vaida Pukinaitė, PhD candidate, Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, Institute of Politics. Research interests: health policy and management, Health in All Policies, e-health, stakeholders, policy change.