

SAVIVALDYBIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS RĖMIMO SPECIALIOSIOS PROGRAMOS IR JŲ ATITIKTIES VERTINIMAS DARNAUS VYSTYMOŠI PRINCIPAMS

Aldona Jociutė¹, Ineta Pačiauskaitė²

¹Mykolo Romerio universiteto

Aplinkos politikos katedra

Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius

²Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuras

Santrauka. Sveikata laikoma esminiu žmogaus gerovės komponentu, žmogaus teise, globaliu visuomenės gėriu bei yra svarbi socialiniam teisingumui užtikrinti. Visuminis požiūris į visuomenės sveikatą rodo glaudžias sąsajas su darnaus vystymosi koncepcija ir principais. Daugiakomponentis poveikis į sveikatą reikalauja kombinuotų, tarpsektorinių ir koordinuotų veiksmų. Šiuolaikinė sveikatos priežiūros koncepcija labai didelį dėmesį ir vaidmenį skiria socialinių partnerių ir visuomenės įtraukimui į su sveikata susijusių klausimų sprendimą, ypač vietos (savivaldybių) lygmeniu.

Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialioji programa yra pagrindinis savivaldybių visuomenės sveikatos programų, kurių pagrindinė paskirtis – įgyvendinant įvairias sveikatinimo priemones bei kuriant saugią aplinką, gerinti savivaldybių gyvenamąją sveikatą, rengimo ir įgyvendinimo finansavimo šaltinis.

Šiame straipsnyje pristatomas tyrimas, kurio tikslas – įvertinti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų atitiktį darnaus vystymosi principams, teoriniu ir taikomuoju aspektu, naudojantis kokybiniais (teksto analizės ir sintezės) bei kiekybiniais tyrimo metodais. Pristatomi rezultatai, gauti analizuojant Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos, kaip pagrindinį savivaldybių visuomenės sveikatos programų rengimo ir įgyvendinimo finansavimo šaltinį, sąrangą pagal ir jos atitiktį šiems darnaus vystymosi principams: pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principui; strategijos integravimo principui; vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo principui; įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principui; piliečių dalyvavimo principui; atviros ir demokratinės visuomenės principui bei atsakomybės („teršėjas moka“) principui. Taip pat pristatomi rezultatai apie savivaldybių pradedamas taikyti darnaus vystymosi principų nuostatas planuojant ir įgyvendinant visuomenės sveikatos rėmimo specialiasias programas.

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

IVADAS

Sveikata laikoma esminiu žmogaus gerovės komponentu, žmogaus teise, glo-

balio visuomenės gėriu bei yra svarbi socialiniam teisingumui užtikrinti. Pasak O. Gostin „reikia atkreipti dėmesį į tai, kad sveikata yra svarbi kaip džiaugsmas,

kūrybiškumas, produktyvumas, kuriuos asmuo gauna iš gyvenimo“ (2000). Jis teigia, kad be minimalios sveikatos būklės asmuo negali pilnavertiškai dalyvauti socialiniame bendruomenės gyvenime, ištraukti į politinį valstybės valdymą, kurti gėrį, užtikrinti ekonominį stabilumą ir plėtoti bendrą gynybą bei saugumą – tai gi negali garantuoti ekonominių, politinių ir socialinių savo teisių.

Vis labiau pripažįstama, kad įvairiausių rizikos veiksnių poveikis į sveikatą reikalauja naujo visuomenės ir valdžios požiūrio į sistemas tokias kaip sveikata, transportas, aplinka, žemės ūkis, telekomunikacijos (Klinke & Renn, 2006). Taip pat į rizikos veiksnius būtina žvelgti per „priežasties-priežasčių“ prizmę. Pavyzdžiui, antro tipo diabeto rizikos veiksnys yra nutukimas, mažas fizinis aktyvumas, mažai skaidulinių medžiagų turintis bei kaloringas maistas, kurie sąveikauja su kitais veiksniais, tokiais kaip amžius, paveldimumas, mityba ankstyvaisiais gyvenimo metais. Šiuos rizikos veiksnius sąlygoja struktūriniai veiksniai, tokie kaip industrializacija, urbanizacija ir globalizacija, sukuriantys taip vadinamą „nutukimą skatinančią aplinką“, kuri savo ruožtu priklauso nuo socialinių normų, vietos mitybos kultūros ir infrastruktūros (Kickbusch, 2010).

Europos regione 18 proc. visų mirčių susijusių su ekologiniais veiksniais, aplinkos veiksniai sąlygoja trečdalį susirgimų naštos tarp vaikų ir jaunimo iki 19 metų (WHO, 2007). Remiantis to paties šaltinio duomenimis – gerai suplanuotos ir įgyvendintos aplinkos sveikatinimo intervencijos, galėtų sumažinti Europos regione iki 20 proc. mirčių.

Ankstyva vaikystė laikoma ypatingu žmogaus vystymosi etapu. Sveikatos

būklė visuomenėse, kurios investuoja į vaikus ir jų šeimas ankstyvaisiais vaikų gyvenimo metais, yra geresnė, mažiau išreikštos nelygybės sveikatos atžvilgiu (Siddiqi et al., 2007; Irwin et al., 2007; Engle et al., 2007; Mercy, Saul, 2009).

Akivaizdu, kad daugiakomponentis poveikis reikalauja kombinuotų veiksmų (Klinke & Renn, 2006; Kickbusch, 2010, tarpsektorinių veiksmų (Peake et al., 2008; Castell-Florit P., 2010), koordinuotų veiksmų (Ansell C., Gash A., 2007), su sveikata susijusių klausimų sprendimo įvairiose politikose (Mulgan, 2010). Anot Grabausko (2009) „...investavimas į sveikatos sektorių ir beveik išimtinai tik į asmens sveikatos priežiūrą, nepajungiant visų socialinės-ekonominės sąrangos sektorių, iš principo negali ženkliau pagerinti nacionalinių sveikatos rodiklių“. Visuomenės sveikatai poveikį darančių rizikos veiksnių ir rizikos sąlygų pokyčių įgyvendinimas taip pat reikalauja ilgalaikių veiksmų (Smith B.J., Tang K.C., Nutbeam D., 2006), aktyvaus visuomenės ir bendruomenės dalyvavimo (Globerytė, 2009), ypač tais atvejais, kai reikia spręsti nemalonus problemas, tokias kaip nutukimas (Dubé et al., 2009). Visuomenės įtraukimas suteikia dinamiškumo valdymo procesams, ypač, kai tai liečia su jų gyvenimo kokybe susijusią aplinką, mitybą, sveikatą, (Keanes, 2009), didina visuomenės sveikatos raštingumą. Anot Kickbusch (2008) moksliniais tyrimais nustatytas stiprus ryšys tarp sveikatos raštingumo ir sveikatos bei gerovės

Šiuolaikinė sveikatos priežiūros koncepcija labai didelį dėmesį ir vaidmenį skiria bendruomenės įtraukimui į sveikatos sprendimų priėmimą, ypač vietiniu – savivaldybių – lygmeniu (Zaborskis ir kt, 2007). Stengiamasi ne tikrai išugdy-

ti didesnę asmeninę kiekvieno žmogaus atsakomybę už savo elgseną ir požiūrį į sveikatą, bet ir siekti aktyvesnio visuomenės dalyvavimo priimant sprendimus įvairiuose sektoriuose.

Toks visuminis požiūris į visuomenės sveikatą rodo glaudžias sąsajas su darnaus vystymosi koncepcija (Hancock, 1996; Labonte, 1991; Kickbusch, 2010). Visuomenės sveikatos svarba išryškinta eilėje strateginių dokumentų: Darnaus vystymosi veiksmų programoje – „Darbo tvarkė 21“, atnaujintoje Europos Sąjungos darnaus vystymosi strategijoje (2006), ES Baltojoje knygoje (2007), Jungtinių Tautų Europos ekonomikos komisijos darnaus vystymosi švietimo strategijoje (Vilniaus gairės) (2005, atnaujintoje Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje, Lietuvoje ratifikuotoje Orhuso konvencijoje (2001). Europos Sąjungos darnaus vystymosi strategijoje ir Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje įvardyti bendrieji darnaus vystymosi principai, kurie (ar jų dalis) taikytini visuomenės sveikatos srityje.

Tačiau mokslinėje literatūroje stokojama darbų, kuriuose būtų tyrinėtas kompleksinis darnaus vystymosi principų taikymas įgyvendinant įvairias intervencijas visuomenės sveikatos srityje vietos (savivaldybės) lygmeniu.

Tyrimo tikslas – įvertinti savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų atitiktį darnaus vystymosi principams.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo objektas: a) Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialioji programa ir b) Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios progra-

mos 4 savivaldybių pavyzdžiu.

Atliktas kiekybinis ir kokybinis tyrimas. Kokybiniam tyrimui taikytas teksto analizės ir sintezės metodai.

Šiame straipsnyje Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos atitiktis analizuota pagal šiuos darnaus vystymosi principus:

- pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principas;
- strategijos integravimo principas;
- vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo principas;
- įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principas;
- piliečių dalyvavimo principas;
- atviros ir demokratinės visuomenės principas;
- atsakomybės („teršėjas moka“) principas.

Šių principų taikymas teoriniu lygmeniu vertintas analizuojant Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiąją programą taikant sintezės metodą.

Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos vertintos pasirinktose viena šalia kitos esančiose savivaldybėse: Klaipėdos miesto, Neringos, Palangos miesto ir Kretingos rajono savivaldybės. Analizuotos šių savivaldybių 2009/2010 metų Visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos (toliau vadinama – Programos) ir jų priemonės, ataskaitos už Programas, Programų sudarymo ir vykdymo veiklos aprašai.

Taikymo lygmeniu, naudojantis kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus, analizuota:

Pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principo nuostatų įgyvendinimas analizuotas paskaičiuojant kiek Programos fondo lėšų tenka vienam savivaldy-

bės gyventojui. Gyventojų skaičius nustatytas pagal atitinkamų metų Statistikos Departamento duomenis.

Vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo principas vertintas analizuojant programos priemonių aprašus.

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

Įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principo nuostatų įgyvendinimas vertintas atliekant Programų potencialių dalyvių informavimo būdų bei Programos įgyvendinimo priemonių vykdytojų analizę.

Atviros ir demokratinės visuomenės principo taikymas anlizuetas pagal programos priemonių viešinimą.

SAVIVALDYBĖS VISUOMENĖS SVEIKATOS RĖMIMO SPECIALIOJI PROGRAMA

Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialioji specialioji programa yra pagrindinis savivaldybių visuomenės sveikatos programų rengimo ir įgyvendinimo finansavimo šaltinis. Šių programų pagrindinė paskirtis – įgyvendinant įvairias sveikatinimo priemones bei kuriant saugią aplinką, gerinti savivaldybių gyventojų sveikatą. Pagal Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymą, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą ir kitus teisės aktus, miestų ir rajonų savivaldybių tarybos tvirtina šias Programas, kontroliuoja, kaip naudojamos joms skirtos lėšos, ir

tvirtina jų panaudojimo ataskaitas. Programų priemonės savivaldybėse planuoti bei nustatyti finansavimo prioritetus turi 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. Bendruomenių sveikatos tarybos taip pat atlieka Programų administravimo funkcijas. Sveikatos sistemos įstatymo 41 straipsnio 2 dalyje įvardyti šie 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. Pagal Lietuvos Respublikos savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos įstatymo (2003) 4 straipsnio 2 dalį savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos 20 proc. lėšų yra skirtos Programų finansavimui. Šios lėšos surenkamos iš: juridinių 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 lėšos.

Tokioje Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos sąraangoje matome keletą darnaus vystymosi principų:

Pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principas, atkreipiantis dėmesį į žmo-

gaus pamatinę teisę – sveikatą ir sveiką aplinką ir jos rėmimą. Jis įteisinamas per programinį planavimą ir aiškų finansavimo mechanizmą vietos lygmeniu.

Strategijos integravimo principas, skatinantis veiksmų (Programos priemonių) integralumą, jų nuoseklumą bei vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo principas. Šie principai įteisinti bendruomenių sveikatos tarybos nuostatuose, nusakančius bendruomenės tarybos narių atsakomybes nustatant esmines sprendimų reikalaujančias sritis bei finansavimo prioritetus.

Įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principas bei piliečių dalyvavimo principas, skatinantis stiprinti socialinį dialogą, tarpsektorinį bendradarbiavimą ir bendrą atsakomybę, taip pat piliečių dalyvavimą priimant sprendimus. Šie principai įteisinti Programų valdymo nuostatose per sudarytas bendruomenių sveikatos tarybas.

Atviros ir demokratinės visuomenės principas, užtikrinantis piliečių teises gauti informaciją. Šis principas įteisintas per Programų planavimo ir įgyvendinimo ataskaitas.

Atsakomybės („teršėjas moka“) principas, pagal kurį teršėjas turi sumokėti už žmonių sveikatai ir aplinkai padarytą žalą. Jis įteisinamas per nustatytą finansavimo mechanizmą. Tokiu būdu, ne visi visuomenės nariai turi kompensuoti išlaidas, susijusias su žalos aplinkai išvengimu bei atitaisymu, o tas, kuris yra tiesiogiai už tai atsakingas (Ragulskytė-Markovienė, 2005).

Taikant šiuos principus gerbiamos bendruomenės teisės į sveikatą, didinamas visuomenės suinteresuotumas ir sąmoningumas, sudaromos sąlygos gyventi sveiką gyvenimo būdą skatinančioje ir saugioje aplinkoje, efektyviai paskirstomi finansiniai ištekliai, vykdoma moksliskai pagrįsta ir efektyvi visuomenės sveikatos stiprinimo politika.

SAVIVALDYBIŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS RĖMIMO SPECIALIŲJŲ PROGRAMŲ ATITIKTIES DARNAUS VYSTYMO SI PRINCIPAMS VERTINIMAS

Pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principas. Asmens teisės į sveikatos priežiūrą nuostata išreikšta Europos socialinėje chartijoje (2001): „...kiekvienas žmogus turi teisę naudotis visomis priemonėmis, leidžiančiomis pasiekti aukščiausią kokį tik galima sveikatingumo lygį“. Kaip teigia Roscam Abbing (2005), Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija ir Europos socialinė chartija – svarbiausi Europos Vadovų Tarybos žmogaus teisių instrumentai – yra susiję sveikatos požiūriu ir atitinka darnaus vystymosi pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principą.

2009 m. analizuojamose savivaldybėse vienam gyventojui vidutiniškai skirta 3,10 Lt programinių lėšų. Mažiausiai Kretingos rajono savivaldybėje – 1,24 Lt, daugiausiai – 10,30 Lt Palangos miesto savivaldybėje. Panaši situacija stebima 2010 m., nors stebima lėšų vienam gyventojui mažėjimo tendencija (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Vienam gyventojui skirtos Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų lėšos 2009 m. ir 2010 m.

Savivaldybė	2009 m.		2010 m.	
	Skirta (Lt.)	Skirtumas (Lt.)	Skirta (Lt.)	Skirtumas (Lt.)
Klaipėdos m.	2,83	– 0,27	2,63	– 0,27
Kretingos raj.	1,24	– 1,86	1,86	– 2,14
Neringos	5,25	+ 2,15	3,95	+ 0,95
Palangos m.	10,30	+ 7,20	9,54	+6,54
Vidurkis	3,10		3,0	

Tokį netolygų lėšų pasiskirstymą lėmė ir tai, kad Klaipėdos miesto savivaldybė 2009 m., Kretingos rajono savivaldybė 2009 m. ir 2010 m. neskyrė programoje numatytos savivaldybės biudžeto dalies Programos fondui. Tai rodo sveikatos administratorių ir politikų nepakankamą požiūrį į sveikos ir saugos aplinkos kūrimą bei sveikatinimo veiklą ir atsainų požiūrį į Programos fondo koncepciją, pažeidžiamas pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principas.

STRATEGIJOS INTEGRAVIMO PRINCIPAS.

Analizuojant bendrojo sergamumo 2009 m. duomenis šiose savivaldybėse ir priemonių parinkimą 2010 m. Programos įgyvendinimui stebimos sąsa-

jos tarp bendrojo sergamumo rodiklių ir lėšų paskirstymo su šiais rodikliais susijusioms problemoms spręsti. Savivaldybių Programų priemonės galima suskirstyti į pagrindines keturias kryptis: lėtinės neinfekcinės ligos, užkrečiamosios ligos, aplinka ir kita (žr 2 lentelę). Iš lentelės matome daugialypių sveikatai įtakos turinčių veiksnių: socialinių (lėtinės neinfekcinės ligos), biologinių (užkrečiamosios ligos) fizinių aplinkos veiksnių (triukšmas, maudyklos) integralumą, kas atitinka strategijos integravimo principą. Jau pati sveikatos stiprinimo sąvoka apima sveikatos ugdymą, socialinius bei kitus sveikatą lemiančius veiksnius, leidžia sąlyginai „kitai“ kryptčiai priskirtą Vaikų sveikatos stiprinimo priemonę laikyti atitinkančią strategijos integravimo principą.

2 lentelė. Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų kryptys ir priemonės

Programos kryptys	Programos priemonės
Lėtinės neinfekcinės ligos	Fizinio aktyvumo skatinimas
	Širdies ir kraujagyslių sistemos ligų profilaktika
	Žalingų įpročių prevencija
	Kitų lėtinių neinfekcinių ligų profilaktika (pvz. psichikos ligų, savižudybių prevencija)
Užkrečiamos ligos	Tuberkuliozės profilaktika
	Kitų užkrečiamųjų ligų profilaktika
Aplinka	Aplinkos veiksnių, turinčių įtakos sveikatai, tyrimai (pvz. maudyklų vandens kokybės tyrimai, šulinių stebėseną)
	Saugios aplinkos kūrimas (pvz. rekreacinės zonos, gyvenamosios ir viešos vietos)
	Triukšmo stebėseną ir prevencija (pvz. triukšmo stebėseną tyliosiose zonose, triukšmo matavimai)
Kita	Vaikų sveikatos stiprinimas
	Visuomenės sveikatos stebėseną
	Burnos ertmės ligų profilaktika
	Visuomenės informavimas
	Įstaigų, dirbančių visuomenės sveikatos srityje, projektų rėmimas

VIENODŲ SĄLYGŲ VISŲ KARTŲ IR TOS PAČIOS KARTOS ATSTOVAMS SUDARYMO PRINCIPAS

Tai vienas emininųjų darnaus vystymosi vystymosi principų, reiškiantis dabarties kartų poreikų tenkinimą ir drauge nepakenkiant ateities kartų galimybei. Programoje suplanuotos tokios priemonės kaip: triukšmo stebėseną tyliosiose zonose, maudyklų vandens kokybės tyrimai ir kt. nurodo į vienodų aplinkos sąlygų visoms kartos sudarymo principo taikymą (žr. 2 lentelė). Kita vertus, žinant, kad stebėsenos paskirtis – stebėti pokyčius ir, jei reikia, savalaikiai priimti tinkamus sprendimus, galima teigti, kad taip tausojama aplinka tos pačios kartos atstovams ateityje. Tarp programos priemonių matome ir atskirai vaikams skirtas priemones. Vaikų organiz-

mas jautriau nei suaugusiųjų reaguoja į kenksmingą aplinkos poveikį, jų gyvenimo kokybė didžiaja dalimi priklauso nuo politinės valios ir daromų sprendimų, todėl investiciją į šios kartos vaikų sveikatinimą, reiškia sveikesnę kartą ateityje (Siddiqi et al., 2007), mažina socialinius netolygumus.

ĮMONIŲ IR SOCIALINIŲ PARTNERIŲ DALYVAVIMO PRINCIPAS

Šio principo laikymasis skirtas sustiprinti socialinį dialogą, įmonių socialinę atsakomybę, viešojo ir privataus sektorių partnerystę bei kitų socialinių partnerių, nevyriausybinų organizacijų dalyvavimą sprendžiant su sveikata ir žmogaus gerove susijusius klausimus. Atlikta duomenų analizė parodė, kad Programos priemo-

nių įgyvendinime dalyvauja biudžetinės įstaigos, viešosios įstaigos, individualios įmonės ir nevyriausybines organizacijos. Iš 2 lentelės matome, kad skatinamas visuomenės sveikatos srityje dirbančių įstaigų projektų rėmimas ir tam skirtas finansavimas (kryptis „kita“), tačiau tik 2,8 proc. visų Programos fondo lėšų skirta bendradarbiavimui su nevyriausybėmis organizacijomis. Vienoje savivaldybėje lėšų neskirta. Nevyriausybines organizacijos yra vienos reikšmingiausių partnerių sveikatos vystymo srityje. Jos gali papildyti sveikatos priežiūros tarnybas svarbiais dar nepanaudotais visuomeninių ir privačių sektorių ištekliais. Svarbiais visuomenės informavimo ir pilietinę visuomenę kuriančiais proceso dalyviais gali būti bendruomenės, atskiros šeimos, individai, nevyriausybines organizacijos bei žiniasklaida“ (Jociūtė, 2010).

Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybos, siekdamos į Programų priemonių įgyvendinimą įtraukti kitus sektorius taiko dvejopo pobūdžio mechanizmus: priima sprendimus dėl įstaigų, kurios įgyvendina atskiras Programos priemones bei organizuoja viešuosius pirkimus, tačiau viešųjų pirkimų praktika taikoma retokai, taip pat netolygiai analizuotose savivaldybėse. Pavyzdžiui, 2010 m. Klaipėdos m. savivaldybėje jie sudarė 54 proc., Neringos – 20 proc. Todėl kyla abejonių, ar visose savivaldybėse bendruomenių sveikatos tarybos atrenka pačias geriausias ir tai savivaldybei tinkamiausias programas. 2007 m. atliktas tyrimas parodė, kad vieši sveikatos programų rengimo konkursai skelbiami taip pat ne visose savivaldybėse – tik 73 proc. (Zaborskis ir kt., 2007).

Nors ir stebimas socialinių partnerių įsitraukimas į Programos priemonių įgyvendinimą, tačiau jie nėra pakankamai aktyvūs, o tai reiškia, kad įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principas dar nėra pakankamai išplėtotas. Kickbuch (2008) išskiria eilę partnerystei svarbių elementų: atvirumas ir sąžiningumas; pagarba ir pasitikėjimas, saviraiškos laisvė, jautrumas, įsipareigojimas dalytis, supratimas, abipusė parama, galių suteikimas, lankstumas, pasidalijimas, apimantis teises ir atsakomybes, abipusė atsiskaitomybė, sutikti ir kartais nesutikti, priimti iššūkius, pripažinti realybę, pasidalinti vizija, išklausti vienas kitą, nemanipuliuoti. Matomai, tai nėra lengvai įveikiami egzistuojantys tarpžinybiškumo barjerai.

Šio principo laikymasis leistų įtvirtinti EK (EC, 2007), PSO strateginius siekius (WHO, 2005) – integruoti sveikatos klausimus į įvairių sektorių politikas.

ATVIROS IR DEMOKRATINĖS VISUOMENĖS PRINCIPAS

Tiriamosiose savivaldybėse 2009 m. iš viso paviešintos 148 savivaldybių vykdytos Programų priemonės (savivaldybės visuomenės sveikatos programos), pateiktos 277 informavimo priemonės apie vykdytas programas. Vidutinis paviešintų savivaldybės visuomenės sveikatos programų ir įgyvendintų informavimo ir viešinimo priemonių skaičiaus santykis buvo 1,87. Didesnis už vidurkį šis santykis nustatytas dviejose

- savivaldybėse Klaipėdos m ir Palangos m. savivaldybėse, atitinkamai – 2,4 ir 2,2. Viešinimui pasitelkiamas gana platus spektras technologijų:

- žiniasklaidos kanalai (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.);
- popierinė ir elektroninė formos (plakatai, lankstinukai, informaciniai biuletiniai, brožiūros, skrajutės, garso bei vaizdo reklaminė medžiaga, kitos priemonės);
- reklaminė (aiškinamieji ir informaciniai standai; išorinės ženklavimo priemonės programos įvaizdžiui formuoti (lipdukai, kanceliarinės 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.

Viešinimo priemonių įvairovė turėtų sudaryti sąlygas naudojantis priimtinausiais kanalais visiems norintiems gauti rūpimą informaciją. Kita vertus, anot Kreuter ir Bernhardt (2009) didėjantis priėjimas prie informacinių sistemų ir per žiniasklaidą, suteikia galimybę visuo-

menei gauti aukšto lygmens informaciją apie su sveikata susijusius dalykus ir taip didinti jų sveikatos raštingumą.

Anot Keane (2009), atsiskaitomumas taip pat keičia savo pobūdį – iš autokratinio proceso pereina į bendradarbiaujantį procesą, kadangi visuomenėje atsiranda ne tik informacijos poreikis, bet poreikis būti įtrauktam.

Asmens teisės gauti informaciją, visuomenės dalyvavimo priimant sprendimus ir teisės kreiptis į teismus aplinkos apsaugos klausimais nuostatos išreikštos ir Lietuvoje ratifikuotoje Orhuso konvencijoje (2001), kur teigiama, kad „...asmuo turi teisę gyventi tinkamoje jo sveikatai ir gerovei aplinkoje, saugodamas gamtą ir gerindamas jos būklę dėl dabartinių ir būsimų kartų gerovės“. Taip pat pabrėžiamas aplinkos ir darnaus vystymosi suvokimo įtvirtinimas, skatinant platų visuomenės supratimą apie su poveikiu aplinkai bei darniuoju vystymusi susijusius sprendimus ir raginant visuomenę dalyvauti priimant tokius sprendimus.

IŠVADOS

1. Savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialioji programa, kaip pagrindinis savivaldybių visuomenės sveikatos programų rengimo ir įgyvendinimo finansavimo šaltinis pagal savo sąrangą atitinka eilę darnaus vystymosi principų: pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principą; strategijos integravimo principą; vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo principą; įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principą; piliečių dalyvavimo principą; atviros ir demokratinės visuomenės principą bei atsakomybės („teršėjas moka“) principą.

2. Savivaldybės pradeda taikyti darnaus vystymosi principų nuostatas planuodamos ir įgyvendindamos visuomenės sveikatos rėmimo specialiasias programas.

3. Nors ir nevienoda apimtimi, savivaldybės taiko pagrindinių teisių rėmimo ir apsaugos principą; strategijos integravimo principą; vienodų sąlygų visų kartų ir tos pačios kartos atstovams sudarymo principą; atviros ir demokratinės visuomenės principą.

4. Savivaldybių įgyvendinamose visuomenės sveikatos rėmimo specialiosiose programose menkai išreikštas įmonių ir socialinių partnerių dalyvavimo principas.

LITERATŪRA

1. Ansell C., Gash A. 2007. Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18:543–571.
2. Castell-Florit P. 2010. Intersectoral Health Strategies: From Discourse to Action. *MEDICC Review*, 12(1):48–48.
3. Darbotvarkė 21. Jungtinių Tautų Rio veiksmų programa. Vilnius. REC biuras Lietuvoje, 2001.
4. ES darnaus vystymosi strategijos (ES DVS) peržiūra – Atnaujinta strategija. Europos Sąjungos Taryba, 10917/06, Briuselis, 2006.
5. Dubé L et al. 2009. Building convergence: toward an integrated health and agri-food strategy for Canada . Ottawa, Canadian Agri-Food Policy Institute (http://www.capi-icpa.ca/pdfs/BuildingConvergence_Summary.pdf, accessed 1 August 2011).
6. Engle P. et al. 2007. Strategies to avoid the loss of development potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369:229-242.
7. Environmental burden of disease: country profiles [web site]. 2007. Geneva, World health Organization, http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/countryprofiles/en [žiūrėta 2011 10 10]
8. Europos socialinė chartija (pataisyta) // Valstybės žinios. 2001, Nr. 49-1704.
9. Globerytė A. 2009. Pilietinės visuomenės ir bendruomenės vaidmuo darnaus vystymosi kontekste. Darnaus vystymosi strategija ir praktika. Mokslo darbai. Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, Vilnius, 1(3), 50-54.
10. Gostin L. O. 2000. Public health law. Power, Duty, Restraint. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press., 7-13.
11. Grabauskas V., 2009. Visuomenės sveikatos reformos poreikis. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, Vilnius. 1(1), 23-43 p.
12. Hancock T. 1996. Planning and creating healthy and sustainable cities: the challenge for 21st century. In: Price C. and Tsouros A., ed. *Our cities, our future: policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
13. Jociūtė A. 2010. Integruotas požiūris į aplinką ir žmonių sveikatą. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai/ Mykolo Riomerio universitetas. Vilnius: Mykolo Riomerio leidybos centras. 1(2):85-99.
14. Jungtinių Tautų Europos ekonomikos komisijos darnaus vystymosi švietimo strategija. Jungtinių Tautų Europos ekonomikos komisijos darnaus vystymosi švietimo strategijos įgyvendinimo Vilniaus gairės. 2005. <http://www.am.lt/VI/files/0.256657001132923536.pdf>, [žiūrėta 2011 10 10]

15. Irwin L., et al. 2007. Early childhood development: a powerful equalizer. Final report of the Early Childhood Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
16. Keane J. 2009. The life and death of democracy. New York, Simon and Schuster.
17. Kickbusch I. 2008. Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges. http://www.thinkers.sa.gov.au/lib/pdf/Kickbusch_Final_Report.pdf [žiūrėta 2011 10 17]
18. Kickbusch I. 2010. Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal governance. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. Implementing health in all policies: Adelaide. Adelaide, Government of South Australia.
19. Kickbusch I. 2010. The Food System: a prism of present and future challenges for health promotion and sustainable development, Switzerland. <http://bit.ly/9wBwCk> [žiūrėta 2011 10 17]
20. Klinka A., Renn O. 2006. Systemic risks as challenge for policy making in risk governance. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research, 7(1):33.
21. Konvencijos dėl teisės gauti informaciją, visuomenės dalyvavimo priimančioms sprendimams ir teisės kreiptis į teismus aplinkos apsaugos klausimais ratifikavimo įstatymas // Valstybės žinios. 2001, Nr. 73-2565.
22. Kreuter M. W., Bernhardt J. M. 2009. Reframing the dissemination challenge: a marketing and distribution perspective. Am J Public Health. 99:2123-2127.
23. Labonte R. 1991. Econology: integrating health and sustainable development. Part 2. Health promotion international. 6(2): 147-156.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.
25. Lietuvos Respublikos savivaldybių aplinkos apsaugos rėmimo specialiosios programos įstatymas // Valstybės žinios. 2003, Nr. 61-2760.
26. Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas // Valstybės žinios. 2008, Nr. 113-4290.
27. Mercy J., Saul J. 2009. Creating a healthier future through early interventions for children. Journal of the American Medical Association. 301:2262-2264.
28. Mulgan G. 2010. Health is not just the absence of illness: health in all policies and “all in health policies”. In Kickbusch I, Buckett K., eds. Implementing health in all policies: Adelaide.
29. Nacionalinė darnaus vystymosi strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 11 d. nutarimu Nr. 1160 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. rugsėjo 16 d. nutarimo Nr. 1247 redakcija) // Valstybės žinios. 2009, Nr. 121-5215.
30. Peake S et al. 2008. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Ottawa, Public Health Agency of Canada and Geneva, World Health Organization.
31. Ragulskytė-Markovienė R. 2005. Aplinkos teisė: Lietuvos teisės derinimas su Europos Sąjungos reikalavimais. Vilnius: Eugrimas.
32. Roscam Abbing H. D. C. 2005. The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter. European Journal of Health Law. 12:183-191.
33. Siddiqi A. et al. 2007. Total environment assessment model for early child development. Evidence report for the World

- Health organization's Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
34. Smith B.J. et al. 2006. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promotion International Advance. Oxford University.
 35. The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update. European Health for All Series; No.7. World Health Organization, Copenhagen, 2005. <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>. [žiūrėta 2011 10 17]
 36. Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013. Brussels, Commission of the European Communities, 2007 (white paper COM (2007) 630 final. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf. [žiūrėta 2011 10 21].
 37. Zaborskis A. ir kt. 2007. Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybos veiklos dešimtmetis. Pasiekimai ir problemos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 149–155 p.

SPECIAL MUNICIPAL PROGRAMS ON PUBLIC HEALTH PROMOTION AND THEIR ASSESSMENT IN CONFORMITY WITH PRINCIPLES OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT

Aldona Jociūtė, Ineta Pačiauskaitė

Summary

Health as a fundamental component of human well-being, human rights and global public good and is important to ensure social justice. A holistic approach to public health shows a close relationship with the concept and principles of sustainable development. Multi-component im-

pacts on the health demands requires of the combined, cross-sectoral and coordinated actions. The modern concept of health addresses a high priority to social partners and public involvement in health-related issues, especially at the local (municipal) level. A special Municipal program on public health promotion is a major local public health program, whose main purpose is the implementation of various measures of health and a safe environment, to improve the local population's health, development and implementation of the funding source. The article presents a study, which aim is to assess special Municipal programme on public health promotion in compliance with the principles of sustainable development from the perspective of theoretical and applied science, using the qualitative (textual analysis, and synthesis) and quantitative research methods.

There was made conclusions, that the special Municipal programme on public health promotion, as a major funding source for the development and implementation the Municipal public health programmes, in accordance with its setup complies with a number of the principles of the sustainable development such as promotion and protection of fundamental right, policy integration, solidarity within and between generations, involvement of businesses and social partners, involvement of citizens, open and democratic society and make polluters pay. Also, the municipalities undertake to apply the provisions of the principles of sustainable development in planning and implementation of the special Municipal programmes on public health.

Keywords: public health, programmes, principles of sustainable development, assesment