

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

Diana ŠIRVINSKAITĖ

**VISUOMENĖS SVEIKATOS BIURO VEIKLOS STRATEGINIAI
PRIORITETAI: ŠIAULIŲ MIESTO ATVEJIS**

Magistro darbas

Šiauliai, 2011

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

Diana ŠIRVINSKAITĖ

**VISUOMENĖS SVEIKATOS BIURO VEIKLOS STRATEGINIAI
PRIORITETAI: ŠIAULIŲ MIESTO ATVEJIS**

**Magistro darbas
Socialiniai mokslai, vadyba ir verslo administravimas (03S1)
Šaka- viešasis administravimas**

Teigiu, kad magistro studijų baigiamasis darbas, kurį teikiu vadybos studijų programos magistro kvalifikaciniam laipsniui įgyti yra originalus autorinis darbas:

Magistro darbo autorius
(vardas, pavardė, parašas)

Vadovas
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

Recenzentas
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

SANTRAUKA

Diana Širvinskaitė. (2011). Visuomenės sveikatos biuro veiklos strateginiai prioritetai: Šiaulių miesto atvejis. Magistro darbas. Šiaulių universitetas, Vadybos ir verslo administravimo magistrantūros (viešojo administravimo šaka) programa.

Šiame magistro darbe atlikta teorinių šaltinių apie strateginį valdymą, strateginį planavimą analizė. Išanalizuotas strateginio valdymo taikymo viešajame sektoriuje specifiškumas, pagrįsta nustatytinė strateginio valdymo metodologija. Atlikta Lietuvos sveikatos politikos pokyčių analizė, strateginio valdymo pritaikymo sveikatos apsaugos sistemoje galimybės, pirminės sveikatos priežiūros svarba. Tyrimo metu išanalizuota naujų visuomenės sveikatos institucijų – savivaldybių visuomenės sveikatos biurų veikla. Darbe nagrinėjamas Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro atvejis, jo veiklos prioritetai. Šios įstaigos atlieka pagrindinį vaidmenį pirminėje sveikatos priežiūroje. Tyrimo metu atlikta Šiaulių miesto gyventojų sveikatos būklės analizė, ES ir Lietuvoje visuomenės sveikatą reglamentuojančių dokumentų analizė, SSGG ir PEST analizės. Apklausti 8 ekspertai, dirbantys visuomenės sveikatos srityje. Suformuoti ir pagrįsti 4 strateginiai veiklos prioritetai: lėtinių neinfekcinių ligų prevencija, vaikų sveikatos stiprinimas, sveikas senėjimas, socialinių netolygumų visuomenės sveikatos sistemoje mažinimas. Apibendrinta ekspertų nuostatų analizė. Suformuoti pagrindiniai pasiūlymai ir išvados.

SUMMARY

Diana Širvinskaitė. (2011). Strategic priorities of public health bureau: the case of Šiauliai city. Master thesis. University of Šiauliai, Faculty of social science, Management and business administration. Branch – public administration.

In this master's work the analysis of theoretical literature on the strategic management and strategic planning has been done. The specificities of strategic management application in the public sector, based on the determined strategic management methodology have been analysed. The changes of the Lithuanian health policy, the adaptation options of strategic management in the health care system and the importance of primary health care has been analysed. In this study the activity Šiauliai municipality public health bureau has been emphasized. A new public health institution – Šiauliai Municipality Public Health Bureaus started its activities in 2006. The institutions of this kind play the basic role in the primary health care. In this study the assessment of Šiauliai city population has been done and the documents, regulating public health in Lithuania and EU, SWOT and PEST have been analysed. Eight public health experts have been interviewed. Four health priorities have been identified and based: chronic diseases prevention, children's health, healthy aging, socioeconomic inequalities reduction in the public health system. The experts provisions analysis have been summarized. The main proposals and conclusions have been formed.

Turinys

| | |
|---|-----|
| SANTRAUKA | 2 |
| LENTELIŲ SĄRAŠAS | 6 |
| PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS | 6 |
| PRIEDŲ SĄRAŠAS | 7 |
| ĮVADAS | 8 |
| 1. STRATEGINIS VALDYMAS IR JO TAIKYMAS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE.. | 12 |
| 1.1 STRATEGINIO VALDYMO TEORINIAI ASPEKTAI IR YPATUMAI VIEŠOJO SEKTORIAUS ORGANIZACIJOSE | 12 |
| 1.1.1 Strategija ir strateginis valdymas | 12 |
| 1.1.2 Prognozavimas ir strateginis valdymas | 17 |
| 1.1.3 Strateginis planavimas | 18 |
| 1.1.4 Viešojo sektoriaus strateginio valdymo specifiškumas | 20 |
| 1.1.5 Nustatytinė strateginio valdymo metodologija | 22 |
| 1.2 LIETUVOS SVEIKATOS POLITIKA IR STRATEGINIO VALDYMO TAIKYMAS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE | 25 |
| 1.2.1 Lietuvos sveikatos politikos pokyčių analizė | 25 |
| 1.2.2 Strateginio valdymo pritaikymas Lietuvos sveikatos sistemoje | 27 |
| 2. ŠIAULIŲ MIESTO SAVIVALDYBĖS VISUOMENĖS SVEIKATOS BIURO VEIKLOS ANALIZĖ IR JO VEIKLOS PRIORITETAI | 33 |
| 2.1 Tyrimo metodika | 33 |
| 2.1.1 Teoriniai šaltiniai | 33 |
| 2.1.2 Teisinė bazė | 33 |
| 2.1.3 Statistika | 33 |
| 2.1.4 Ekspertų imties charakteristika | 34 |
| 2.2. Šiaulių miesto gyventojų sveikatos situacijos analizė | 35 |
| 2.2.1 Šiaulių visuomenės sveikatos biuro veikla | 42 |
| 2.2.2 Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras kaip dizaino strateginės mokyklos organizacija | 44 |
| 2.2.3 Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro PEST analizė | 45 |
| 2.2.4 Šiaulių visuomenės sveikatos biuro SSGG analizė | 61 |
| 2.3 Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro strateginių prioritetų pagrindimas | 82 |
| 2.3.1 Pirmasis prioritetas: lėtinių neinfekcinių ligų prevencija | 82 |
| 2.3.2 Antrasis prioritetas: vaikų sveikatos stiprinimas | 86 |
| 2.3.3 Trečiasis prioritetas: sveikas senėjimas | 93 |
| 2.3.4 Ketvirtasis prioritetas: socialinių netolygumų visuomenės sveikatos sistemoje mažinimas | 95 |
| 2.4 Ekspertų nuostatų analizė | 99 |
| IŠVADOS | 103 |
| SIŪLYMAI | 105 |
| DISKUSIJA | 106 |
| LITERATŪROS SĄRAŠAS | 107 |
| PRIEDAI | 119 |

LENTELIŲ SĄRAŠAS

| | |
|--|----|
| 1 lentelė. Požiūriai į strateginį valdymą..... | 12 |
| 2 lentelė. Strateginio valdymo proceso stadijos, etapai ir technikos..... | 14 |
| 3 lentelė. Strateginio valdymo ir planavimo skirtumai verslo organizacijose ir viešojo administravimo institucijose..... | 21 |
| 4 lentelė. Nustatytinės strateginio valdymo metodologijos pranašumai ir trūkumai..... | 23 |
| 5 lentelė. Šiaulių miesto gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT0) ir jos palyginimas su Lietuvos miesto gyventojų VGT0..... | 36 |
| 6 lentelė. Strategijos rengimo mokyklos..... | 43 |
| 7 lentelė. Duomenys apie personalą, kurio pagrindinė funkcija – sveikatos ugdymas ir mokymas..... | 58 |
| 8 lentelė. Standartizuoti mirtingumo rodikliai pagal pagrindines priežastis 2007 m. (PSO DB)..... | 82 |
| 9 lentelė. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų trūkumai..... | 99 |

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

| | |
|---|-----|
| 1 pav. Strateginio valdymo evoliucijos etapai..... | 13 |
| 2 pav. Strateginio valdymo modelis..... | 13 |
| 3 pav. Strateginio planavimo savybės..... | 18 |
| 4 pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis..... | 30 |
| 5 pav. Šiaulių miesto ir Lietuvos Respublikos gyventojų skaičius 2001-2010 m. pradžioje..... | 34 |
| 6 pav. Gimstamumo ir mirtingumo rodiklių kitimas Šiaulių mieste 1996-2009 m. (1 000 gyv.)..... | 35 |
| 7 pav. Kūdikių iki 1 m. mirtingumas Šiaulių mieste ir Lietuvos Respublikoje 2006-2009 m. (1 000 gyvų gimusiųjų)..... | 35 |
| 8 pav. Mirtingumas pagal priežastis Šiaulių mieste ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (100 000 gyv.)..... | 36 |
| 9 pav. Mirtingumas pagal priežastis Šiaulių mieste ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (100 000 gyv.)..... | 37 |
| 10 pav. Mirtingumas dėl savižudybių kai kuriose Europos šalyse (100 000 gyv.)..... | 38 |
| 11 pav. Gyventojų sergamumas kai kuriomis ligomis Šiaulių mieste 2009 m. (1 000 gyv.)..... | 38 |
| 12 pav. Sergamumas visomis piktybinių navikų lokalizacijomis Šiaulių mieste ir šalyje 2004-2009 m. (100 000 gyv.)..... | 39 |
| 13 pav. Sergamumas piktybiniais navikais pagal lokalizacijas ir lytį Šiaulių mieste 2009 m. (100 000 gyv.)..... | 39 |
| 14 pav. Sergamumas psichikos ligomis Šiaulių mieste ir Lietuvos Respublikoje 2004-2009 m. (100 000 gyv.)..... | 40 |
| 15 pav. Sergamumas aktyvia tuberkulioze Šiaulių mieste ir Lietuvos Respublikoje 2004-2009 m. (100 000 gyv.)..... | 40 |
| 16 pav. Sergamumas ŽIV Šiaulių mieste ir Lietuvos Respublikoje 2004-2009 m. (10 000 gyv.)..... | 41 |
| 17 pav. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų plėtra (2009 m.) | 63 |
| 18 pav. Sveikatą stiprinančios mokyklos koncepcija..... | 72 |
| 19 pav. Suaugusių ir vaikų sergamumas Šiaulių mieste, Šiaulių apskrityje ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (naujai užregistruoti susirgimai ambulatorinę pagalbą teikiančiose įstaigose 1 000-ai vaikų ir 1 000-ai suaugusiųjų)..... | 86 |
| 20 pav. Profilaktiškai pasitikrinusių mokinių sergamumas pagal ligų klases Šiaulių mieste 2010/11 m. m. (proc.)..... | 87 |
| 21 pav. Mokinių rūkymo dažnis (proc.)..... | 88 |
| 22 pav. Amžius kada pirmą kartą mokiniai surūkė cigaretę (proc.)..... | 88 |
| 23 pav. Mokinių pasiskirstymas pagal tai kiek kartų per pastaruosius 12 mėn. buvo susižeidę (proc.)..... | 91 |
| 24 pav. ES valstybių narių gyventojų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (1950–2050 m.)..... | 93 |
| 25 pav. Socialinių – ekonominių veiksnių poveikis gyventojų sveikatai..... | 95 |
| 26 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Šiaulių mieste, Lietuvos Respublikoje ir ES pagal lytį. 2006-2008 metų vidurkis (metais)..... | 96 |
| 27 pav. Gyventojų mirtingumas ES, Lietuvoje, Šiaulių mieste ir apskrityje 2008 m. (1 000 gyv.)..... | 97 |
| 28 pav. Šiaulių visuomenės sveikatos biuro veiklos trūkumai ir jų tarpusavio ryšiai..... | 101 |

PRIEDŲ SĄRAŠAS

| | |
|---|-----|
| 1 priedas. Pagrindiniai teisės aktai, kuriais remiasi visuomenės sveikatos biuro stiprinimo skyriaus veikla..... | 120 |
| 2 priedas. Sveikatos stiprinimo programų kokybės ir atitikties pirmojo lygmens sveikatą stiprinančios mokyklos kriterijams vertinimo išvada..... | 122 |
| 3 priedas. Sveikatos stiprinimo programų kokybės ir atitikties antrojo lygmens sveikatą stiprinančios mokyklos kriterijams vertinimo išvada..... | 124 |
| 4 priedo 1 lentelė. Privalomojo higienos įgūdžių mokymo programa..... | 125 |
| 4 priedo 2 lentelė. Privalomojo mokymo apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai mokymo programa..... | 128 |
| 5 priedas. Privalomųjų higieninių įgūdžių ir pirmosios pagalbos mokymo kursų, įkainiai 1 asmeniui..... | 130 |
| 6 priedas. Nelaimingi atsitikimai keliuose kai kuriuose Europos šalyse ir ES 2001-2008 m. bei pokytis (proc.)..... | 131 |
| 7 priedas. Šiaulių miesto mokinių gyvenamosios tyrimo rezultatai (2010 m.)..... | 132 |
| 8 priedas. Lietuvos sveikatos priežiūros reformos istorija..... | 138 |
| 9 priedas. Tarptautinio HBSC (2006) tyrimo rezultatai..... | 141 |
| 10 priedas. Šiaulių miesto suaugusių žmonių gyvenamosios tyrimo rezultatai (2008)..... | 151 |
| 11 priedas. Šiaulių m. sav. VS biuro bendradarbiavimas..... | 155 |
| 12 priedas. Pagrindinės problemos susijusios su visuomenės sveikatos funkcijų finansavimu savivaldybėse..... | 156 |
| 13 priedas. 12 kriterijų, kuriais vadovaujasi visos vaikų ugdymo institucijos, siekdamos įgyvendinti projekte numatytus uždavinius bei rengdamos konkrečius veiklos planus..... | 157 |
| 14 priedas. Tradicinės sveikatinimo veiklos ir sveikatos stiprinimo mokyklos principais grindžiamos veiklos palyginimas..... | 158 |
| 15 priedas. Lietuvos miestų ir rajonų paskirstymas pagal demografinės senatvės koeficientą 2007-2009 m. pradžioje..... | 159 |
| 16 priedas. Šiaulių miesto 0-17 m. vaikų sergamumas kai kuriomis ligomis ir sutrikimais 2007 - 2009 m. (proc. nuo apsilankiusiųjų)..... | 159 |
| 17 priedas. Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro etatų struktūra..... | 160 |
| 18 priedas. Interviu metodo rezultatai..... | 161 |
| 19 priedas. Šiaulių miesto VS 2007-2013 metų strategijos tikslų įgyvendinimo rodikliai..... | 165 |
| 20 priedas. Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas Lietuvoje..... | 171 |
| 21 priedas. SMF 11-ajai tarptautinei studentų mokslo darbų konferencijai pateiktas ir priimtas publikuoti straipsnis (2011-04-14)..... | 172 |

IVADAS

Tyrimo aktualumas. Visuomenės gyvenimas, ekonomika, valdymas turi būti grindžiami tokiais principais, kurie leistų greitai reaguoti į dinamišką pasaulio aplinką, išnaudoti naujas galimybes, keistis ir prisitaikyti prie aplinkos pokyčių. Atsiranda poreikis naujai valstybės strateginio valdymo instrumentų koncepcijai, kuri užtikrintų harmoningą valstybės raidą ir reikiamą visuomenės gyvenimo kokybę (Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“). Ateinančio dešimtmečio ES ekonomikos augimo strategijoje „Europa 2020“ išskiriami pagrindiniai tikslai sveikatos srityje nukreipti į sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją ir gydomąją priežiūrą. Vadinasi, pirminei sveikatos priežiūrai ES valstybės turėtų skirti kiek galima didesnę dėmesį siekiant prisidėti prie pažangios, tvarios ir integracinės ekonomikos kūrimo.

Sveikatos stiprinimo idėjos buvo kuriamos įgyvendinant Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaraciją (1977) ir PSO strategiją „Sveikata visiems“ (1984), apibrėžimas ir pagrindiniai principai suformuoti Otavos chartijoje (1986), toliau plėtoti konferencijose Adelaidėje („Dėl sveikos visuomenės“, 1988), Sundsvalyje („Apie sveikatą palaikančios aplinkos kūrimą“, 1991), Džakartoje (1997), Bankoke (2005). Sveikatos stiprinimas yra laikomas vienu iš visuomenės sveikatos kertinių akmenų, pabrėžiant sveikatos gyvensenos, rizikos veiksnių vengimo svarbą (Grabauskas ir kt., 2004). Tik šiuolaikinis visuomenės sveikatos problemų sprendimo suvokimas mobilizuos visą visuomenę ir visas sveikatą įtakančias socialines bei ekonomines struktūras ir padės pasiekti visapusės fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės (Kalėdienė ir kt., 1999).

Vakarų Europos valstybių patirtis rodo – kuo daugiau žmonės jaučia atsakomybę už savo sveikatą ir kuo labiau stengiasi pakeisti savo gyvenimo būdą, tuo labiau gerėja sveikata ir mažėja gydymo išlaidos. Ligų prevencija visada pigesnė už gydymą. Taip laimi ne tik žmogus, bet ir valstybė. Pirminės grandies sveikatos apsaugos plėtojimas – tai prioritetinga praktinė sveikatos apsaugos kryptis. Esant gerai išvystytai ir funkcionuojančiai pirminės grandies medicinos pagalbai, galima išspręsti 80-90 proc. medicinos pagalbos problemų (LR nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo, 1991). Otavos chartijoje (1986) teigiama, jog sveikatos sistema vis daugiau turi orientuotis į sveikatos stiprinimą, o ne vien teikti gydymo paslaugas. Liublianos chartijos (1996) vienas iš principų – Europos sveikatos priežiūros sistemų turėtų orientuotis į pirminę sveikatos priežiūrą. Esant tokiai situacijai tenka ieškoti būdų, kaip visuomenei suteikti sveikatos žinių, sudaryti galimybes tausoti ir stiprinti sveikatą.

Apibendrinama šalių narių sveikatos reformų patirtį per 30 metų, nuo Alma Atos deklaracijos paskelbimo 1978 m., PSO pabrėžė, kad reformų metu dažnai daromos klaidos, nukrypstama nuo šios deklaracijos principų. Klaidos yra skausmingos, jos akivaizdžiai rodo, kad pirminei sveikatos priežiūrai reikia daugiausia dėmesio. Tarptautiniais tyrimais įrodyta, kad pirminė

sveikatos priežiūra yra labai svarbi norint racionaliau paskirstyti augančias sveikatos priežiūros išlaidas ir įveikti ryškėjančius sveikatos skirtumus tarp įvairių socialinių grupių.

Ligų prevencijos funkcijai vykdyti pradėti steigti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Visuomenės sveikatos biurų paskirtis – darbas bendruomenėje, šios įstaigos yra pagrindiniai sveikatos žinių propaguotojai bendruomenėje. Bendruomenės būklei vertinti kaupiami, analizuojami vietos gyventojų sveikatos, gyvenamosios, aplinkos rodikliai, pagal kuriuos kuriamos ir įgyvendinamos sveikatinimo programos.

Įgyvendinant šalyje visuomenės sveikatos priežiūros reformą, Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2006 m. patvirtino 2006 – 2013 metų Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategiją. Lietuvos nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros strategijoje išdėstytos pagrindinės valstybės nuostatos, susijusios su visuomenės sveikatos priežiūros sistemos modernizavimu, kad ji visiškai atitiktų valstybės poreikius ir naujausius tarptautinius reikalavimus, taip pat priemonės šiam tikslui pasiekti. Viena prioritetinių šios pertvarkos krypčių – visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse.

Vadovaujantis pažangiomis visuomenės sveikatos priežiūros nuostatomis, Šiaulių miesto savivaldybėje dar 2005 m. pritarta visuomenės sveikatos biuro steigimui, kuris buvo įsteigtas 2006 m. rugpjūčio 23 d., savo veiklą pradėjo spalio mėnesį, kurio pagrindinis veiklos tikslas – rūpintis savivaldybės bendruomenėje visuomenės sveikata ir ją stiprinti.

Tyrimo problema. Nepaisant nemažo Lietuvos įdirbio rengiant sveikatos sistemos programinius dokumentus (Lietuvos sveikatos programa, Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija), juose iškelti tikslai, uždaviniai bei rodikliai nėra susieti su strateginio planavimo procesu (tiek sveikatos sektoriaus, tiek ir visos šalies mastu). Neįvardinus atsakingų žinybų bei institucijų, konkrečių priemonių bei reikalingų lėšų, nuolat kaitaliojant ir menkai finansuojant sveikatos programas, dauguma siekiamų sveikatos rodiklių lieka nepasiekti, o kai kurie netgi blogėja (Sveikatos sistemos plėtros pagrindinės nuostatos, 2011). Strateginio valdymo problematika sveikatos apsaugos sistemoje apima tikslų sistemos aspektą ir išteklius, tokius kaip: finansai, personalas, technologijos, valdymo schemas, informacija, patirtis ir žinios (Mintzberg, Lampel, Quinn, Ghoshal, 2002; Ackoff, 1981; Janušonis, 2000).

Šiuolaikinė visuomenės naujosios sveikatos koncepcija susiformavo kilus sveikatos stiprinimo sąjūdžio bangai, mokslui įrodžius, kad pagrindinės visuomenės sveikatos problemos negali būti išspręstos vien medicinos sektoriuje (Javtokas, 2010). Esminis šiuolaikinės visuomenės sveikatos stiprinimo bruožas – ne tik įveikti ligas, bet ir ieškoti būdų, kaip nuo pat mažens saugoti ir stiprinti savo ir kitų sveikatą (Valstybinis aplinkos centras, 2006). Sprendžiant sveikatos problemas šalyje per didelis dėmesys skiriamas ligoms gydyti ir per mažas – profilaktikai. Be to, tenka abejoti, ar kryptingai ir efektyviai įgyvendinamos savivaldybių sveikatinimo programos, ar visada valstybinės

sveikatos programos pasiekia atokesnius šalies rajonus ir jų gyventojus. Tenka sutikti, kad mūsų bendruomenė atsakomybę už savo sveikatą prisiima vangiai (Kligys, 2005).

Tinkamai taikomi esminiai pirminės sveikatos priežiūros principai, t. y. visapusiška šeimos gydytojo konsultacija, apimanti rizikos veiksnių išaiškinimą ir poveikį individo elgsenai, tęstinis ryšys su aptarnaujama bendruomene ir aktyvi sveikatos stiprinimo veikla bendruomenėje, mažina bendrą LNL rizikos veiksnių paplitimą (Ovhed, 1998).

Visuomenės sveikatos būklei didžiausią įtaką turi žmonių gyvensena, socialinė ir fizinė aplinka bei pirminės sveikatos priežiūros, ypač jos pirminės grandies, kokybė. Šie veiksniai sąlygoja pagrindines civilizacijos ligas. Todėl lemiamas vaidmuo čia tenka sveikatos mokymui, sveikatos saugai ir ligų profilaktikai. Gyventojų sveikatos gerinimas ir sveikatos priežiūros užtikrinimas yra svarbi ir ekonominio augimo sąlyga. Visuomenės sveikatos infrastruktūra tiesiogiai lemia gyvenimo kokybę, žmonių darbingumą ir darbingo amžiaus trukmę (Sveikatos apsaugos ministerijos 2010 – 2012 metų strateginis veiklos planas, 2010).

Sveikata yra pagrindinė prasmingo ir kokybiško gyvenimo bei sėkmingo ekonomikos plėtojimosi sąlyga (Kalėdienė ir kt., 1999). Sveikatą ir jos kainą kiekvienas žmogus vertina individualiai. Įdomu tai, kad sveikatos kaina yra santykinai nedidelė, kai žmogus yra sveikas, ir smarkiai kyla, atsiradus sveikatos sutrikimams (Jociūtė ir kt., 2008).

Strateginio valdymo problemas tyrė P. Drucker (1995), H. Mintzberg (1994, 1998), M. E. Porter (1998), J. Thomson, F. Martin (2005), G. A. Cole (1994), A. Vasiliauskas (2002, 2004), J. A. F. Stoner, R. E., R. Freeman, Jr. D. R. Gilbert (2005), G. Navin (1998) ir kt. Lietuvos mokslininkai: E. Smilga, A. Grebliauskas (2000), B. Melnikas, R. Smaliukienė (2007), A. Bosas (2002, 2004), J. Staponkienė (2004) ir kt. Sveikatos politiką tyrinėjo V. Grabauskas (1997, 2004, 2009), R. Kalėdienė (2004), D. Jankauskienė, R. Pečiūra (2007), L. Gustaitienė (2003) R. Kalėdienė, J. Petrauskienė, A. Rimpela (1999). Sveikatos organizacijų strateginį valdymą išsamiai analizavo E. Smilga, K. Janušonienė (2003, 2005, 2006, 2007, 2009), V. Janušonis (2000), J. Koteen (1988), C. A. Enz (2010) ir kiti mokslininkai.

Dabartinėje 2007-2013 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos priežiūros strategijoje iškelti prioritetai yra išeities tašku šiame magistro darbe. Tačiau, atlikus dokumentų ir ekspertų informacijos analizę, suformuoti ir pagrįsti nauji Šiaulių visuomenės sveikatos biuro veiklos strateginiai prioritetai.

Tyrimo objektas: Šiaulių visuomenės sveikatos (toliau - VS) biuro veikla.

Tyrimo dalykas: Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro veiklos strateginiai prioritetai.

Tyrimo tikslas: suformuoti ir pagrįsti Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro veiklos strateginius prioritetus.

Tyrimo uždaviniai:

- 1) Atlikti teorinių šaltinių apie strateginį valdymą, sveikatos politikos pokyčius, strateginio valdymo taikymo galimybes sveikatos apsaugos sistemoje analizę;
- 2) Išanalizuoti Šiaulių miesto gyventojų sveikatos situaciją;
- 3) Apibendrinti ekspertų nuostatas dėl VS biuro veiklos tobulinimo;
- 4) Pagrįsti Šiaulių miesto VS biuro veiklos prioritetus.

Mokslinė hipotezė: Pagrindinės Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro veiklos sritys yra:

1. VS stebėseną ir jos pokyčių vertinimą,
2. vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimą bei ligų prevenciją, kurios tikslu rengiamos prevencinės programos.
3. sveikatos mokymai, skleidžia žinias apie sveiką gyvenseną, propaguoja sveiką gyvenseną, teikia informaciją apie sveikatinimo priemones ir renginius miesto gyventojams.

Pagrindiniai Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro veiklos prioritetai:



lėtinių neinfekcinių ligų prevencija,



vaikų sveikatos stiprinimas,



sveikas senėjimas,



socialinių netolygumų visuomenės sveikatos sistemoje mažinimas.

Tyrimo metodai:

Mokslinės literatūros analizė. Analizuojami strategijos, strateginio valdymo ypatumai ir aspektai, pagrindžiantys strateginio valdymo privalumus VS biurui. Aptariamos VS biurų kūrimosi priežastys, jų reikšmingumas, įgyvendinant šalyje VS priežiūros reformą.

Dokumentų turinio analizės metodas. Nagrinėjami pasaulio, ES, Lietuvos ir Šiaulių VS biuro teisiniai dokumentai, reglamentuojantys visuomenės sveikatos priežiūrą.

Statistinė tyrimo duomenų analizės metodas. Atlikti skaičiavimai MS Excel programa. Sudarant paveikslus ir lenteles naudota MS Excel programa. Diagramos buvo paruoštos naudojant MS Excel programą. Šioje analizėje Šiaulių miesto gyventojų sveikatos rodikliai lyginami su Lietuvos Respublikos rodikliais bei Europos Sąjungos valstybėmis.

Ekspertų metodas. Daugkartinio nestruktūrizuoto interviu metodu buvo apklausti 8 ekspertai.

Praktinis tyrimo reikšmingumas susijęs su suformuotais ir pagrįstais Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro strateginiais prioritetais. Atlikta Šiaulių miesto gyventojų sveikatos situacijos analizė leidžia identifikuoti pagrindines sveikatos problemas tuo pačiu – prioritetingas Šiaulių VS biuro veiklos kryptis. Šiuo metu biuras įgyvendina 2007-2013 metų strategiją, todėl šio tyrimo rezultatai ir praktinės rekomendacijos darbas gali pasitarnauti kuriant naują strategiją.

1. STRATEGINIS VALDYMAS IR JO TAIKYMAS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE

Esamą sveikatos apsaugos sistemos būklę ir jos raidą lemia strateginio valdymo principo nesilaikymas. Skiriasi skelbiami ir realiai vykdomi sveikatos apsaugos sistemos tikslai. Būtinai modernios, gyventojų lūkesčius atitinkančios visuomenės sveikatos palaikymo strategijos kūrimas bei jos vykdymas. Pagrindinė sveikatos politikos formavimo strategija – PSO suformuoti ir vėliau tikslinti „Sveikata visiems“ principai. Tačiau Lietuvoje šie principai adaptuojami sunkiai, nes tai skatina žmones keisti mąstymą bei elgseną, o į pokyčius retai kas reaguoja teigiamai.

Pirmoji darbo dalis susideda iš dviejų skyrių, pirmame aptariamas strateginis valdymas, jo taikymo viešajame sektoriuje ypatumai, specifiškumas, nustatytinės strateginio valdymo metodologijos aspektai. Antrame skyriuje analizuojama Lietuvos sveikatos politikos raida, strateginio valdymo pritaikymas Lietuvos sveikatos sistemoje. Būtina paminėti, kad didelį dėmesį strateginiam valdymui sveikatos sistemoje skyrė mokslininkai E. Smilga ir K. Janušonienė (2003, 2005, 2006, 2007, 2009).

1.1 STRATEGINIO VALDYMO TEORINIAI ASPEKTAI IR YPATUMAI VIEŠOJO SEKTORIAUS ORGANIZACIJOSE

1.1.1 Strategija ir strateginis valdymas

Šiuolaikiniame pokyčių kontekste neįsivaizduojama, kad organizacija galėtų funkcionuoti neturėdama savo strategijos ar neplanuodama organizacijos veiklos. A. Astrauskas ir G. Česonis (2008) savo straipsnyje pažymi, kad „vadybos mokslo specialistai, teorijū apie strateginį planavimą ir valdymą kūrėjai (I. Ansoff, K. Andrews, R. Ackoff, J. M. Bryson, P. F. Drucker, H. Mintzberg, M. Porter ir kt.), kiek skirtingai supranta ir apibrėžia strategijos, strateginio planavimo, strateginio valdymo sąvokas...“.

Šis terminas šiuolaikiniame pasaulyje įgauna vis didesnę populiarumą – politikai ir valstybinės institucijos sukuria daugybę strateginių dokumentų, tačiau dažniausiai nurodomi tik siektini tikslai, nebandant jų sieti su turimais išškeltais (Urbelis, 2001). Skirtingi autoriai strategijos sampratą traktuoja savaip, tačiau, tai apibendrinęs A. Bosas (2002) teigia, kad dauguma strategiją supranta kaip organizacijos gyvavimo tolesnėje ateityje perspektyvinį modelį.

Strategijos turi reikšmę ir yra efektyvios tada, kai jos yra aiškiai suvokiamos, maža to, emocingai priimamos organizacijos žmonių, susiejamos su aukštesnėmis vertybėmis. O tai reiškia, kad reikia kurti organizaciją, kurioje žmonės mato tikėjimo prasmę, su kuria jie save identifikuoja (Jucevičius, 1998).

Strateginio valdymo tikraisiais pradininkais laikomi trys fundamentalūs darbai: A. Chandler „Strategija ir struktūra“ (1962), H. I. Ansoff „Korporacijos strategija“ (1965) ir Harvardo universiteto mokslininkų bendra knyga „Biznio politika: tekstas ir atvejai“ (Andrews, 1965).

1 lentelė

Požiūriai į strateginį valdymą

| AUTORIUS | POŽIŪRIAI Į STRATEGINĮ VALDYMĄ |
|--|---|
| A. Sharplin (1985) | Strateginis valdymas tai planų sudarymas ir įgyvendinimas, vykdamas visas organizacijai gyvybiškai svarbias visaapimančias veiklas, kurios lemia ir tolesnę organizacijos funkcionavimą. |
| G. Saloner, A. Shepard, J. Podolny (2001) | Strateginis valdymas iš esmės yra pagalba vadybininkui ieškojimuose. Tai yra kūrimas rinkinio įrankių ir konceptualių žemėlapių, siekiant atskleisti sisteminius ryšius tarp vadybininko pasirinkimo ir firmos veiklos. |
| Sanchez, R., Heene, A. (2004) | Terminas strateginis valdymas nurodo valdymo procesą, kuris susijęs su dvejais pagrindiniais uždaviniais: apibūdinti organizacijos tikslus vertės kūrimui ir pritaikymui; kitas uždavinys – sumodeliuoti kelius, kuriais organizacija bus sudaryta, struktūruota, koordinuojama siekiant užsibrėžtų tikslų. |
| J. Thomson, F. Martin (2005) | Strateginis valdymas yra procesas ar procesai, kuriuos reikia suprasti plačiau nei kaip discipliną, kuri moko. Tai procesas, kai organizacija nustato savo tikslus, uždavinius ir norimų pasiekimų lygį; nustatyti veiksmus, kad būtų pasiekti užsibrėžti uždaviniai per tam tikrą laiko tarpą; įgyvendinti veiksmus ir įvertinti progresą ir rezultatus. |
| R. Nag, D. C. Hambrick, M.-J. Chen (2007) | Tai sritis, kurioje vadovai savininkų vardu imasi tikslingos ir skubios veiklos (iniciatyvos), apimančios resursų panaudojimą, kuri didina įmonių darbo efektyvumą ir gerina išorinės aplinkos būklę. |
| C. A. Enz (2010) | Strateginis valdymas yra mąstymo procesas, kai organizacijos analizuoja ir mokosi iš jų vidinių ir išorinių aplinkų, nustato strategines kryptis, kuria strategijas, kurios nukreiptų organizaciją reikiama kryptimi, ir dėti visas pastangas tų strategijų įgyvendinimui, kad rezultatai tenkintų pagrindines suinteresuotas šalis. |

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniais: Sharplin, A. (1985). Strategic management. McGraw – Hill. New York.; Saloner, G., Shepard, A., Podolny, J. (2001). Strategic Management. John Wiley&Sons, Inc.; Sanchez, R., Heene, A. (2004). The New Strategic Management. Organization, Competition and Competence. USA; Thomson, J., Martin, F. (2005). Strategic Management. Awareness and Change. London.; Nag, R., Hambrick, D., C., Chen, M.-J. *What is strategic management, really? Inductive derivation of a consensus definition of the field*. Strategic Management Journal. Volume 28, Issue 9, pages 935–955, September 2007; Enz, C. A. (2010). Hospitality Strategic Management – Concepts and Cases (second edition). John Wiley and Sons, New Jersey.

1978 m. Danas Schendelis ir Charkesas Hoferis sukūrė sudėtinį strateginio valdymo apibrėžimą. Jis buvo grindžiamas principu, kad bendras organizacijos sumanymas gali būti išsamiai aprašytas, greta organizacijos politikos ir strategijos nurodant siekiamus tikslus – kaip pagrindinius strateginio valdymo proceso veiksnius. Apibendrinami C. Hoferis ir D. Schandelis dėmesį sutelkė į keturis strateginio valdymo aspektus. Pirmasis – tikslo nustatymas. Antrasis – strategijos formulavimas, grindžiamas tais tikslais. Po to strategijos įgyvendinimas, t.y. perėjimas nuo analizės prie administravimo – užduoties pasiekti numatytu tikslu. Paskutinė užduotis – strateginė kontrolė – teikia vadovams grįžtamąjį ryšį. Žinoma, neigiamas grįžtamasis ryšys gali sukelti naują strateginio planavimo ciklą (Stoner, ir kt. 2005).

G. E. Greenley (1992) nurodo, kad yra keturi strateginio valdymo evoliucijos etapai (1 pav.). Pirmasis etapas (biudžeto sudarymas ir kontrolė) prasidėjo XX a. pradžioje, kai buvo stengiamasi

valdymą padaryti bent šiek tiek sistemišką sudarant biudžeto planą ir įvedant kontrolę. Dabartinis strateginis valdymas, kaip teigia J. D. Hunger, T. L. Wheelen (2003), plėtojasi į tai, jog tai yra pirminė vertė, turi padėti organizacijai veikti sėkmingai dinamiškoje, sudėtingoje aplinkoje.



1 pav. Strateginio valdymo evoliucijos etapai
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Arimavičiūtė, M. (2005) *Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas*. Vilnius. Mykolo Romerio universitetas.

Mokslinių šaltinių autoriai įvairiai išskiria strateginio valdymo ciklus. Ne kiekvienos organizacijos strateginio valdymo sistema apima visas stadijas. Jeigu organizacija sutelkia dėmesį į strateginį planavimą tai dar nereiškia, kad jos biudžeto planavimo procese yra taikomi strateginiai metodai. Tokiose situacijose ne visas programinis biudžetas siejamas su strateginiu valdymu. J. D. Hunger, T. L. Wheelen (2003) skiria 4 stadijas (2 pav.).



2 pav. Strateginio valdymo modelis

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Hunger, J., D., Wheelen, T. L. (2003). *Essentials of Strategic Management* [interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-08]. Prieiga per internetą: <http://www.hrfools.com/Articles/Strategic%20HRM/Essentials%20of%20Strategic%20Management.pdf>

J. Staponkienė (2004) savo straipsnyje „Strateginis valdymas privataus ir viešojo sektoriaus organizacijose: panašumai ir skirtumai“, išskiria 3 strateginio valdymo stadijas (2 lent.):

- ✚ Strateginę analizę, kuri apima retrospektyvinio periodo organizacijos išorinės aplinkos išteklių analizę ir prognozavimą perspektyviniam periodui;

- ✚ Strategijos kūrimą, apimančią organizacijos tikslinės orientacijos apibrėžimą, strateginių sprendimų alternatyvų parengimą, jų įvertinimą ir galutinių strateginių sprendimų parinkimą.
- ✚ Strategijos įgyvendinimą, kuris nusako užduočių vykdytojams rengimą, resursų paskirstymą ir biudžetinį planavimą, apskaitos ir kontrolės procedūras.

2 lentelė

Strateginio valdymo proceso stadijos, etapai ir technikos

| Stadijos | Etapai | Technikos |
|---|--|--|
| Analizė | 1. Pirminio misijos varianto parengimas Ko iš mūsų tikimasi? Kokie yra pagrindiniai siekiai? | Įgaliojimų analizė Interesų grupių analizė |
| | 2. Išorinės situacijos analizė. Kaip išorės aplinka gali paveikti pagrindinius siekius? Kokios naujos galimybės atsiveria, kokios kliūtys išryškėja? | PEST analizė Ekonometrinis prognozavimas Rinkos tyrimai Delfi analizė Scenarijų analizė |
| | 3. Vietinės situacijos analizė. Kaip pačios organizacijos savybės gali paveikti pagrindinius siekius? Kokių organizacijos turi pranašumų, kuriais gali remtis ir kokius trūkumus, kuriuos reikėtų pašalinti? 4. Misijos apibrėžimo patikslinimas Ar ištyrus esamą padėtį reikia keisti misiją? | Bostono matrica Produkto gyvavimo ciklas Vertės grandinės analizė 7 sričių modelis |
| Strategijos kūrimas ir įgyvendinimas | 1. Organizacijos tikslų nustatymas 2. Strateginių alternatyvų analizė. Kokiomis strateginėmis alternatyvomis bus įgyvendinami tikslai? | Apibrėžiami ilgalaikiai, vidutinės trukmės, trumpalaikiai tikslai. Smegenų šturmas. Numatomi: darbai, atlikėjai, terminai, ištekliai, kontrolės forma |
| Kontrolė | 1. Strateginių alternatyvų įgyvendinimo stebėjimas ir koregavimas 2. Strateginių alternatyvų įvertinimas | Monitoringo būdų pasirinkimas. Koregavimo variantų pasirinkimas. Vertinimo kriterijų nustatymas ir pasirinkimas |

Šaltinis: Staponkienė, J. (2004). Strateginis valdymas privatus ir viešojo sektoriaus organizacijose: panašumai ir skirtumai. *Socialiniai tyrimai*. Nr. 4. P. 89.

Ne kiekvienos organizacijos strateginio valdymo sistema apima visas stadijas. Jeigu organizacija sutelkia dėmesį į strateginį planavimą tai darnereiškia, kad jos biudžeto planavimo procese yra taikomi strateginiai metodai. Tokiose situacijose ne visas programinis biudžetas siejamas su strateginiu valdymu.

H. Mintzberg (1994) teigimu, pagrindinis strateginio valdymo elementas yra strateginė analizė. Per ją organizacija susiejama su savo mikro ir makroaplinka, čia esančiomis galimybėmis ir grėsmėmis. Vadovaujantis antrepreneriškumo požiūriu į vadybą, laikoma, kad organizacijos sėkmė daugiausia priklauso nuo to, ar sugebės ji aptikti atsirandančias galimybes, taip pat pastebėti kylančias grėsmes ir jų išvengti.

Kad aplinkoje esančios galimybės būtų panaudotos, reikia resursų – finansų, žmonių, veiklos partnerių, įrengimų, informacijos ir kt. Kitas labai svarbus strateginio valdymo elementas yra organizacinė struktūra. Tai ne tik elementinė organizacijos sudėtis su savo hierarchiniais ryšiais, įgaliojimų ir atsakomybių struktūra, bet visos veikiančios sistemos, personalas, procedūros bei

procesai. Šią visumą galima pavadinti organizacijos valdymo potencialu, kuris per valdymo procesą sujungia jos resursus su aplinkoje esančiomis galimybėmis, organizacijai siekiant savų tikslų. Tai, kad organizacijos sėkmę lemia du vienodai svarbūs veiksniai – aplinka ir vidinė organizacijos struktūra – tik dar labiau parodo šio elemento analizės svarbą (Jucevičius, 1998).

Organizacijos vizija, filosofija ir ypač misija yra neatsiejamos strateginio valdymo proceso dalys. Be jų praktiškai neįmanoma sukurti jokios efektyvios strategijos, nes tik jos suformuoja įvaizdį apie siekiamą organizacijos būvį. Plačiausia, o kartu ir abstrakčiausia kategorija yra vizija. Ji apima misiją, filosofiją ir kultūrą, kokios jos turėtų būti norimoje sukurti organizacijoje. Misija išreiškia visos veiklos paskirtį, vaidmenį, apibrėžia biznio ribas ir rodo jo esmę (Jucevičius, 1998). Pasak M. E. Porter (1998) ir R. Jucevičiaus (1998) gerai suformuluota misija suteikia organizacijai veiklos prasmę ir padeda išspręsti nemažai veiklos problemų. Arimavičiūtė (2005) teigia, kad vizija, įprasminanti bet kokį institucijos atliekamą darbą, gali tapti veiksminga tik tuomet, kai visi darbuotojai dalyvauja ją kuriant ir kai įsiklausoma į jų pasiūlymus. Pasak M. E. Porter (1998), vizija – tai bet kurios sąmoningos, nukreiptos į ilgalaikę perspektyvą, veiklos pradžia ir atspirties taškas. Tai tam tikras įmonės įvaizdis, kurį norima pasiekti per tam tikrą ilgesnį laikotarpį (5–10 m.), t. y. kokia įmonė turi būti. Ji turi apimti įvaizdį apie būsimą organizaciją ir būdus, kaip šį norimą būvį pasiekti.

Tikslai ir uždaviniai sukonkretina organizacijos misiją ir papildo ją specifiniais, išmatuojamais terminais. Uždaviniai formuluojami visiems organizacijos lygiams ir konkrečiai atsako į klausimus, kur organizacija yra ir kur ji atsidurs ateityje. Iškelti klausimai apima rinką, pirkėjus, produktus, inovacijas, našumą, kokybę, finansus, pelningumą bei darbuotojus. Svarbu kad uždaviniai būtų tinkamai panaudojami, t. y. Pritaikyti aplinkoje, tinkamu laiku suformuluoti, išmatuojami, atpažįstami tam tikroje valstybėje ir realistiški (Kaziliūnas, 2007). Būtina pabrėžti, kad kiekvienas organizacijos uždavinys turi būti paremtas kitais jį įgyvendinančiais uždaviniais.

Strateginio valdymo nauda, kurios tikimasi iš strateginio valdymo, yra organizacijos veiklos rezultatyvumo didinimas. Geros strategijos parengimas dar negarantuoja visos veiklos rezultatyvumo padidėjimo, tačiau atlikti išsamūs tyrimai rodo, kad tarp šių dviejų parametrų yra tiesioginis ir gana stiprus ryšys. Taigi, principinė nauda ta, kad strategijos rengimo bei realizavimo procese dalyvauja įvairaus lygio ir skirtingų veiklų atstovai, menedžeriai. Tai jiems padeda kur kas geriau vienam kitą suprasti, suvienodinti požiūrius į organizaciją ir jos vystymo prioritetus.

Strateginis valdymas taip pat padeda įgyti įvairių kitokių pranašumų. Vienas tokių – organizacijos narių palankios nuostatos pasikeitimams suformavimas. Tai ypač svarbu žiūrint iš šiuolaikinių strateginio valdymo koncepcijų pozicijų, kai svarbiausia logika tampa prioritetas dėmesys strateginių pakeitimų valdymui. Subalansuoti tikslai ir efektyvus jų pasiekimo

mechanizmas leidžia gerokai sumažinti organizacinį ar net sisteminių pasipriešinimą jiems (Jucevičius, 1998).

Veiklos sėkmė priklauso nuo aukščiausios valdymo grandies sugebėjimo priimti optimalius sprendimus. Kiekvienas jų vienaip ar kitaip veikia galutinį veiklos rezultatą, pagal kurį paprastai vertinama strategija. Pagrindinė Pasaulio banko atlikto tyrimo išvada - jeigu organizacija nori pasiekti meistriškumo būseną ir konstruktyviai reaguoti į sparčius pokyčius pasaulyje, strateginis valdymas turi tapti svarbia mokymosi ir pažangos priemone.

1.1.2 Prognozavimas ir strateginis valdymas

Strateginis valdymas visuomet siejamas su perspektyva. Požiūris į perspektyvą kuriamas taip pat prognozavimo pagrindu (Vasiliauskas, 2001). Prognozavimo metodo tikslas – perkelti turimą informaciją į ateitį ir pereiti nuo apdorotos informacijos prie prognozės (Kvainauskaitė ir kt., 2003).

Yra glaudžių ryšių tarp prognozavimo ir strateginio valdymo. Kadangi strategija yra strateginių sprendimų ateičiai visuma, tai bendriausiu atveju strategijos kūrimą galima traktuoti kaip normatyvinį (tikslinį) prognozavimą. Strategijos kūrimui nepakanka vien retrospektyvinio periodo analizės, o yra būtina aplinkos ir išteklių perspektyvinė prognozė. Šiuo aspektu, prognozavimą galima laikyti strateginio valdymo proceso sudėtine dalimi (Vasiliauskas, 2001).

2000 m. priimtoje Lisabonos strategijoje buvo iškeltas tikslas – siekti, kad ES taptų konkurencingiausia ir dinamiškiausia, žinių ekonomika paremta erdve. Tuomet prognozavimo svarba ES praktinių rekomendacijų ir planavimo procesuose smarkiai išaugo, Europos lyderiai ypatingą dėmesį nutarė skirti tyrimų ir inovacijų plėtrai.

Kaip vieną svarbiausių žingsnių, skatinant aktyvesnę mokslo ir inovacijų plėtrą ES, Europos Komisija pasiūlė bendros Europos tyrimų erdvės (*European Research Area – ERA*) koncepciją. Vienu pirmųjų rezultatų tapo Europos Komisijos suburtų prognozavimo ekspertų 2002 m. parengtas pranešimas „Galvoti, diskutuoti ir kurti ateitį: prognozavimas Europai“. Pranešime buvo apibendrintos svarbiausios prognozavimo, kaip mokslinės veiklos, galinčios sustiprinti strateginio planavimo ir politikos formulavimo kryptingumą, galimybės. Galima teigti, kad prognozavimo metodika buvo galutinai įteisinta kaip mokslinė veikla, skirta efektyviau įgyvendinti politikos uždavinius (Janeliūnas ir kt., 2007).

Prognozavimas dažniausiai taikomas siekiant numatyti, kas esant tam tikromis sąlygomis bus ateityje. Jis apima prognozavimo išvadas, padedančias priimti teisingą sprendimą, kurį organizacija gali rinktis iš keleto jai patrauklių alternatyvų. Taigi prognozavimas ir prognozės yra planavimo proceso dalis, sprendimų priėmimo pagrindas.

Pasak T. Janeliūno ir kt. (2007) prognozavimas, kaip mokslinė ar analitinė veikla, iki šiol bent jau socialiniuose moksluose laikomas nepatikimu užsiėmimu. Vis dėlto visiškai išvengti

prognozavimo nepavyksta daugeliui tyrinėtojų. Dažnos išvados apie socialinius reiškinius, procesus įtraukia bent abstrakčias nuorodas, kaip tyrinėjamas reiškinys gali keistis ateityje ar kokie veiksniai galėtų pakeisti dabartines tendencijas.

Nors prognozavimas ir yra labai reikšmingas strateginio valdymo ir ne tik, procese, tačiau jis sukelia ir tam tikrų problemų. Dažniausiai pasitaikanti prognozavimo problema – prognozės tikslumas. Prognozės būna netikslios dėl įvairių priežasčių: pernelyg paprasti metodai, trūksta duomenų, patyrusių prognozuotojų. JAV ir Vakarų Europos įmonių patirtis parodė, kad sudėtingi matematiniai metodai dažniausiai nėra pranašesni už paprastus modelius. Sudėtingesnių metodų taikymas gali tik iš dalies pagerinti prognozių tikslumą. Užsienio šalių mokslininkų atlikti tyrimai rodo, jog net firmose, kur dirba patyrę analitikai, naudojantys labai sudėtingus prognozavimo metodus, prognozės dažnai būna netikslios (Stoškus ir kt., 2005).

Organizacijos dažnai netiksliai įsivaizduoja savo ateities veiklos rodiklius, o tai leidžia nukrypti nuo tikslų prognozių. V. Kvanauskaitė ir V. Snieška (2003) teigia, kad prognozavimo veiksmai ir atliktos prognozės dažnai nėra įvertinamos. Tai sąlygoja prognozavimo struktūrų neišbaigtumą ir ribotą praktinį panaudojimą. Taip pat yra nemažai prognozių, kurios turi tik praktinį pobūdį, tačiau moksliskai yra silpnai pagrįstos.

1.1.3 Strateginis planavimas

Strategija turinio požiūriu gana artima perspektyvinio plano sampratai. Todėl pradiniam strateginio valdymo teorijos etape netgi jos kūrėjai J. Ansoff (1965), K. Andrews (1980, 1969), R. Ackoff (1985, 1970) šią koncepciją gana dažnai vadina strateginiu planavimu, ilgai truncančiu planavimu, bendru planavimu ir verslo politika (Cole, 1994). Tačiau klasikinė planavimo samprata neapima tokių funkcijų kaip kontrolė, koregavimas, organizavimas, kurios strategijai įgyvendinti ypač aktualios. Todėl strateginio planavimo kategorijos buvo atsisakyta ir šią vadybos koncepciją pradėta vadinti strateginiu valdymu, o organizacijos vystymąsi, siekiant realizuoti perspektyvinį modelį – strateginiu vystymu (Bosas, 2002).

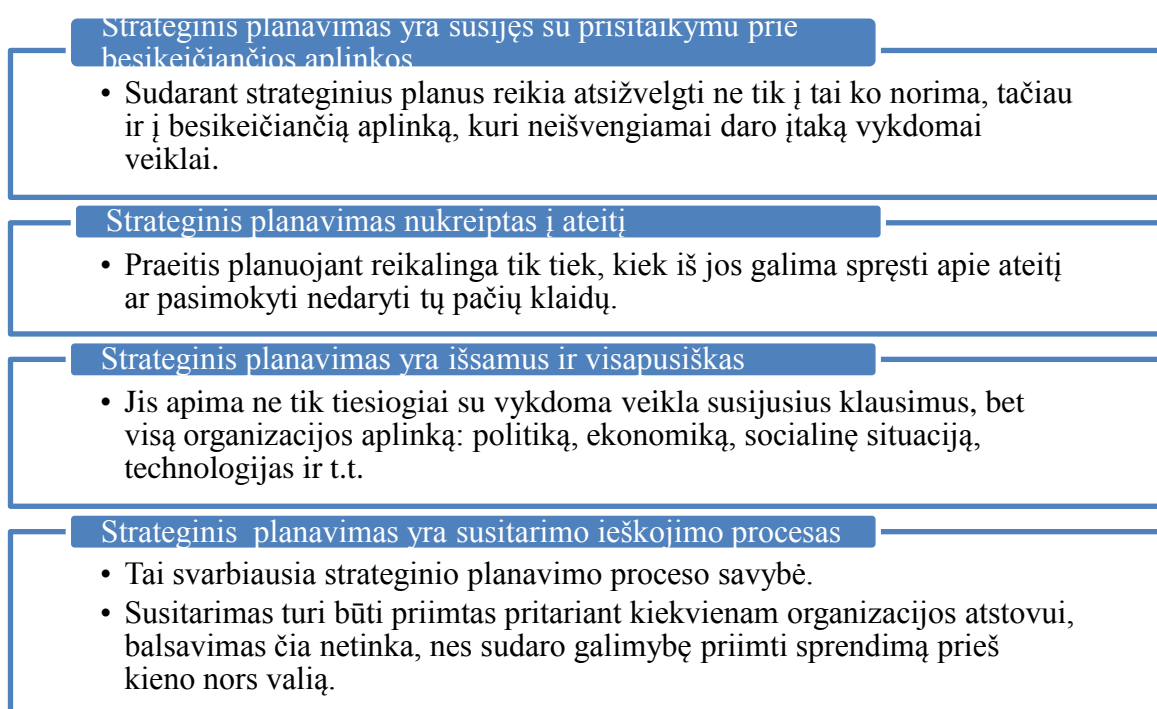
Ilgą laiką strateginis planavimas buvo laikomas itin veiksminga priemone, užtikrinančia galimybę organizacijai veikti ateityje. Tačiau ne visi mokslininkai su tuo sutinka. H. Mintzberg (1994), iškėlė klausimą, ar galima terminą „planavimas“ derinti su terminu „strategija“. Jo nuomone, strategija negali būti suplanuota, kadangi planavimo procesas – tai analizė, o strategija – tai sintezės rezultatas.

Strateginis planavimas Lietuvos viešojo sektoriaus institucijose yra pakankamai nauja veikla, neturinti gilių tradicijų, įgyvendinama remiantis užsienio šalių patirtimi. N. Kundrotienė ir K. Rekerta (2002) daug dėmesio savo straipsnyje skiria strateginio planavimo Lietuvos viešojo sektoriaus institucijose diegimui, kurio pradžia jie laiko nuo 1998 metų vykdomą Lietuvos ir Kanados viešojo administravimo reformos projektą.

Strateginis planavimas suteikia galimybę sujungti į visumą įvairius institucijos veiklos aspektus, išanalizuoti ir įvertinti įvairių veiklų rezultatus, kuriant institucijos pridėtinę vertę, nustatyti įvairių institucijos veiklų potencialą ir numatyti būdus bei parengti priemones institucijos potencialui panaudoti bei plėtoti, siekiant įgyvendinti institucijos strateginius tikslus bei prioritetus (Wilkinson, Monkhouse 1994, Jucevičius, 1998, 1999, Navin 1998; Raipa 1999; Jančiauskas, Reketa 2001; Goding 2005).

Viešojo sektoriaus institucijų strateginis planavimas pripažįstamas viena iš efektyviausių valstybės darnios plėtros priemonių. Spartėjant ekonomikos globalizacijai ir tarpvalstybinei integracijai, strateginio planavimo principais grįžta ir todėl veiksminga viešojo administravimo sistema yra viena iš pagrindinių ES šalių viešojo sektoriaus būklės skirtumų mažinimo sąlygų, kurios įgyvendinimas sudaro prielaidas sėkmingai ekonominei šalies plėtrai globalioje rinkoje (Bivainis ir kt., 2009).

V. Beresnevičiūtė, G. Kadziauskas, R. Diržys (2006) savo mokomojoje medžiagoje įvardino pagrindines, jų manymu, strateginio planavimo savybes (3 pav.).



3 pav. Strateginio planavimo savybės

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Beresnevičiūtė V., Diržys R., Kadziauskas G. (2006). *Strateginis planavimas*. Mokomoji medžiaga švietimo centrų darbuotojų kvalifikacijos tobulinimo programoms. Mokytojų kompetencijos centras.

Strateginio planavimo rezultatas – strateginis planas – nusako pagrindines kryptis, kuriomis bus dirbama ateinančius penkerius metus (ar ilgiau). Strategiškai planuojant taip pat numatoma, kaip bus dirbama ir kodėl pasirinktos būtent šios kryptys. Taip planuojant būtina turėti išsamios

informacijos, kuria remiantis galima nustatyti alternatyvas ir įvertinti priimamų sprendimų poveikį (Melnikas, Smaliukienė, 2007).

Norint sukurti efektyvią organizacijos strategiją ir parengti kokybišką strateginį planą, svarbu tinkamai pasinaudoti esamu teoriniu potencialu, kurio, pasak J. Bivainio ir Ž. Tunčikienės (2006), sukaupta gana nemažai.

1.1.4 Viešojo sektoriaus strateginio valdymo specifiškumas

Liberalių demokratijų visuomenių sąlygomis ekonomikoje ir visuomenėje skiriami du sektoriai – privatus ir viešasis. Šis skirstymas naudojamas nustatant valdymo modelius, apibrėžiant interesus ar individualias preferencijas. Iš esmės viešasis sektorius yra institucijų visuma, koordinuojanti skirtingų grupių, kurios įvairiais būdais prašyte prašosi vienokių ar kitokių viešųjų veiksmų, interesus (Lane, 2001). Efektyvesnio valdymo paieškos viešajame sektoriuje yra pagrindinė ir pasikartojanti tema vyriausybinių organizacijų politikoje bei akademinuose tyrimuose (Boyne ir kt., 2003; Pollitt, Bouckaert, 2000).

Viešasis sektorius pagal tradicinį modelį rūpinasi visuomene, remdamasis hierarchinių struktūrų, atliepančių politines nuostatas, sistema. Viešojo sektoriaus institucijos reikalingos apibrėžti atitinkamos veiklos srities politikai, jai įgyvendinti ir administruoti (Staponkienė, 2004).

XX a. 8-ojo dešimtmečio pabaigoje skiriamosios linijos tarp viešumo ir privatumo, tarp viešųjų ir privačiųjų, pelno ir ne pelno organizacijų darėsi vis mažiau apibrėžtos, organizacijų skirtumai gerokai mažėjo dėl įvykdytų viešojo/ne pelno sektoriaus reformų (apibrėžiamų „Naujosios viešosios vadybos“ (NVV) dimensija), kurios jas priartino prie privataus/pelno sektoriaus, kadangi daugybėje sričių viešosios politikos priemonės patyrė visišką žlugimą, dėl ko kilo abejonių dėl viešųjų tarnybų profesionalų motyvacijos ir dėl viešosios sferos santykio su privačia (Staponkienė, 2004 p. 86).

Viešajame sektoriuje veiklos vykdymo apibrėžimas ir išmatavimas yra labai sudėtingas. Viešosios įstaigos paprastai turi daugybę tikslų, kurie yra sudaryti politiškai bei konkuruojantys tarpusavyje (Rainey, 2003). Todėl, ar viešoji įstaiga keis savo valdymo veiklą, priklausys nuo veiklos vykdymo apimčių (pavyzdžiui, produktyvumo, efektyvumo ir bešališkumo) ir taip pat organizacijos išlikimo svarbumo suvokimo (Gedvilaitė – Moan, Zakarevičius, 2010).

Strateginio valdymo prasme svarbu išsiaiškinti tris klausimus (Staponkienė, 2004):

- ✚ Kuo viešasis/ne pelno sektorius skiriasi nuo privataus?
- ✚ Koks yra institucijos viešumo ir privatumo santykis?
- ✚ Ar viešoji veikla reikalauja kitokio strateginio valdymo?

Ne pelno sektoriaus organizacijų (mokyklų, universitetų, ligoninių, savarankiškų organizacijų) vadovybė, priimdama sprendimus, siekia suteikti geriausias paslaugas naudodama

turimus išteklius. Jų veiklos sėkmė matuojama pagal tai, kiek ir kokios kokybės paslaugų tokios organizacijos teikia. Taigi ne pelno sektoriai yra vertinami pagal gerovės, o ne pagal pelno kriterijų.

Viešojo administravimo institucijose glūdi paslaugų rinkoje. Tačiau jai labai svarbi politinė rinka, kuri yra netiesiogiai susijusi su institucijos veikla paslaugų rinkoje. Todėl viešojo administravimo institucijai, be paslaugų rinkos strategijos, reikalinga ir “gelbėjimosi virvės strategija”, nukreipta į politinę rinką. Būna taip, kad viešojo administravimo institucija, teikianti puikias paslaugas, bet neturinti politinio pritarimo, pamažu nyksta, o prastai dirbančios institucijos, remiamos politikų, klesti.

Todėl viešojo administravimo institucija negali apsiriboti vien tik strateginio plano rengimu. Ji privalo:

- ✚ Į strateginio plano rengimą įtraukti ją kuruojančių institucijų ir kitų interesų grupių atstovus;
- ✚ Numatyti lobistinius ir visuomenės informavimo veiksmus, užtikrinančius institucijos veiklos supratimą ir paramą jai (Arimavičiūtė, 2005).

W. Parsons (2001) išskiria dešimt požymių, skiriančių viešąjį sektorių nuo privataus. 1) Sprendžia sudėtingus ir nebienareikšmius uždavinius; 2) Turi įveikti daugiau problemų įgyvendindamas savo sprendimus; 3) Pritraukia daugiau platesnės motyvacijos žmonių; 4) Labiau rūpinasi garantijomis; 5) Siekia šalinti rinkos trūkumus; 6) Daugiau dėmesio skiria simbolinei veiklai; 7) Laikosi griežtesnių lojalumo ir legalumo standartų; 8) Turi daugiau galimybių atsižvelgti į “teisingumo” reikalavimus; 9) Turi veikti vadovaudamasi, bent iš pažiūros, viešaisiais interesais; 10) Turi turėti visuomenės palaikymą, didesnę už tą, kuris būtinas privačiame sektoriuje.

Kiekvienos valdymo funkcijos realizavimas viešojo sektoriaus organizacijoje turi specifinių ypatumų, lyginant su privačia kompanija (3 lentelė). Veikla planuojama ir prognozuojama viešojo sektoriaus organizacijose atsižvelgiant į tikslus, kuriuos nustato aukštesnio valdymo lygmens institucijos remdamosi piliečių išreikšta valia demokratiškuose rinkimuose. Viešojo sektoriaus organizacijose paprastai dominuoja didesnė valdymo hierarchija, susiformuoja administracinis-biurokratinis valdymo stilius. Viešojo sektoriaus darbuotojų skatinimo priemonių pagrindą sudaro ne materialinis skatinimas, o nematerialaus pobūdžio stimulai (atliekamo darbo svarbumas, prestižas, darbo vietos stabilumas ir pan.). Rezultatų kontrolė viešojo sektoriaus organizacijose apima kur kas daugiau rezultatų nei privačioje kompanijoje. Galutinis viešųjų paslaugų teikimo sistemos vertinimo kriterijus yra tai, ar piliečiai yra patenkinti jos teikiamomis gėrybėmis ir paslaugomis.

Strateginio valdymo ir planavimo skirtumai verslo organizacijose ir viešojo administravimo institucijose

| <i>Verslo organizacija</i> | <i>Viešojo administravimo institucija</i> |
|---|---|
| Veiklos nesėkmė paliečia mažą vartotojų grupę | Veiklos nesėkmė paliečia didelę visuomenės ir valstybės dalį |
| Daugiau laisvės keičiant struktūrą, veiklos formas, tikslus, darbuotojus | Daug suvaržymų keičiant struktūrą, veiklos formas, tikslus, darbuotojus |
| Didesnis arba visiškas savarankiškumas nustatant misiją, strateginius tikslus, programas, finansavimą | Labai sudėtingas misijos, strateginių tikslų, programų, finansavimo derinimas su daugeliu kitų institucijų ir interesų grupių |
| Kompanijos misiją neretai tenka keisti, keičiantis rinkai, paklausai | Daugelių atvejų institucijos misija yra ilgalaikė |
| Nebūtina viešinti visų tikslų, finansinių aspektų | Tikslų ir finansavimo skaidrumo privalomumas |
| Lengviau išmatuojamas veiklos efektyvumas, rezultatai – aiškesnė darbuotojų atsakomybė | Sudėtinga išmatuoti veiklos efektyvumą, rezultatus – sudėtingesnė darbuotojų atsakomybė |
| Didelis jautrumas rinkos permainoms | Didelis jautrumas politikos permainoms |
| Daugeliu atvejų darbuotojų iniciatyva yra skatinama tiek iš vidaus, tiek iš išorės | Nereti atvejai, kai darbuotojų iniciatyva gali būti slopinama |

Šaltinis: Strateginis valdymas valstybės valdymo institucijose, (2001 – 2002). Seminaro medžiaga. LR Krašto apsaugos ministerija.

Jeigu organizacija nori pasiekti meistriškumo būseną ir konstruktyviai reaguoti į sparčius pokyčius pasaulyje, strateginis valdymas turi tapti svarbia mokymosi ir pažangos priemone. Tai pagrindinė Pasaulio banko atlikto tyrimo išvada. Tyrimo išvadose pažymima, kad strateginio valdymo koncepcijos ir jų praktinis pritaikymas yra svarbūs siekiant efektyvios tiek viešųjų, tiek privačių organizacijų veiklos (Hanna, Nagy, 1985).

Strateginis valdymas viešojo sektoriaus organizacijose turi ypatybių, priklausančių nuo aplinkos komponentų, su kuriais sąveikauja. Tai visų pirma politinė aplinka, kuri tvirtina biudžetą, nustato taisykles ir teikia subsidijas; teisinė aplinka, griežtai reglamentuojanti veiklos taisykles ir procedūras (tai formuoja vieną pagrindinį viešojo sektoriaus organizacijų kultūros bruožų – biurokratizmą); daugiau visuomenės dėmesio; žiniasklaidos vertinimai. Viešojo sektoriaus tarnautojus nuo rizikos sulaiko tai, kad, ištikus nesėkmei, grėsmė gali iškilti didesnei visuomenės daliai. Viešojo sektoriaus organizacija patiria daug suvaržymų keisdama struktūrą, veiklos formas, tikslus, darbuotojus, derina sudėtingas misijas, strateginius tikslus, programas, finansavimą su daugeliu kitų institucijų ir interesų grupių (Arimavičiūtė, 2005).

1.1.5 Nustatytinė strateginio valdymo metodologija

Strateginio valdymo literatūroje (Stein, 1981; Worrall, Collinge, Bill, 1998; Richardson, 1994; Flynn, Talbot, 1996; Mchugh, 1997; Ratkevičienė, Jankūnienė, 1998; Harris, Forbes, Fletcher, 2000; Vasiliauskas, 2002, 2004; Dereli, 2003) išskiriamos dvi pagrindinės strateginio planavimo metodologijos: nustatytinė ir plėtotinė.

Išsamiau darbe nagrinėjama nustatytinė metodologija, pagal kurią, visuomenės sveikatos biuro, kaip viešojo sektoriaus institucijos strateginis planavimas grindžiamas racionalios visapusiškos

sprendimų rengimo ir priėmimo teorijos principais (Raipa, 1999), t.y. pripažįstant pakankamą ateities numatymą. Sisteminių kompleksškumą, reikiamą apibrėžtumą, dideles formalizavimo galimybes, vienpusio strateginių sprendimų suderinamumo su organizacine struktūra, valdymo bei veiklos stiliumi ir kt. galimybes, strateginio planavimo žingsnių nuoseklumą ir t.t. (Bryson, 1988; Worrall Collinge, Bill, 1998; Mchugh, 1997). Šia metodologija grindžiamas šio darbo tyrimas.

Svarbiausias nustatytinio strateginio planavimo tikslas nukreiptas į viešojo sektoriaus institucijos ir jos aplinkos reikalavimų strateginio atitikimo galimybių nustatymą bei kuo geresnį jų panaudojimą (Galloway, 1990; Mchugh, 1997; Jucevičius, 1998; Vasiliauskas, 2004), todėl pagal šią metodologiją institucijos strateginį veiklos planą pradedama rengti kompleksine strategine analize ir vertinimu (Bivainis, Tunčikienė, 2009).

Taikant nustatytinės metodologijos principus, vyrauja strateginio atitikimo, o ne strateginio ketinimo aspektas, nes jis iš esmės yra varžomas formalių strateginio planavimo procedūrų bei taisyklių. Tokiais atvejais kompleksinės strateginės analizės ir vertinimo rezultatai turi sudaryti prielaidas tikslinei perspektyvos orientacijai formuoti ir alternatyvoms parengti priimti ir įgyvendinti sprendimus, kurie būtų pagrįsti turimais ištekliais ir gebėjimais panaudoti aplinkoje susiklėsčiusias galimybes (Jucevičius, 1998).

Nustatytinė metodologija akcentuoja galimybę keisti organizacinę struktūrą, organizacinę kultūrą, valdymo bei veiklos stilių, siekiant strateginių sprendimų atitikmens (Vasiliauskas, 2004). Taip pabrėžiamas strateginio atitikmens aspekto dominavimas bei vienpusis strateginių sprendimų ir organizacinės struktūros ryšys (Worrall, Collinge, Bill, 1998; Vasiliauskas, 2002, 2004).

Svarbiausias nustatytinio strateginio planavimo tikslas nukreiptas į institucijos strateginio ir jos aplinkos reikalavimų galimybių atitikimo nustatymą bei kuo geresnį tokių galimybių naudojimą, todėl pagal nustatytinę metodologiją institucijos strateginį veiklos planą pradedama rengti kompleksine strategine analize ir vertinimu (Bivainis ir kt., 2006).

Nustatytinė metodologija strateginį valdymą traktuoja kaip tiesioginį nuoseklų ir racionalų procesą prasidedantį nuo tam tikro dabarties momento analizės pagrindu kuriant strategiją ir ją įgyvendinant. Nustatytinis strateginio valdymo procesas remiasi tam tikra strateginio planavimo sistema kaip formalizuota nuostatų ir metodų visuma, kuri leidžia nuosekliai ir racionaliai analizuoti organizacijos išorinę aplinką ir išteklius, apibrėžti strategijos tikslinę orientaciją, kurti strateginių sprendimų alternatyvas ir parinkti galutinius strateginius sprendimus, kurie vėliau įgyvendinami.

Nustatytoje metodologijoje strateginė analizė, strategijos kūrimas ir strategijos įgyvendinimas nuosekliai eina vienas po kito. Grįžtamasis ryšys liečia tik pačios strategijos kūrimą. Galutiniame cikle strategijos įgyvendinimas pradedamas realizuoti tik galutinai sukūrus strategiją. Strateginio proceso nepertraukiamumas užtikrinamas kai baigiant įgyvendinti parengtą strategiją rengiama

nauja strategija. Naujos strategijos kūrimą gali paankstinti ankstesnės strategijos realizavimo nesėkmės arba esminiai buvusios strategijos neatitikimai išorinės aplinkos pokyčiams (Vasiliauskas, 2000).

A. Kavaliauskas (2001) išskiria tris pagrindines nustatytinės strategijos teorijos klases, kurios buvo išplėtos visai neseniai įvertinant tai, kad kiekvienoje organizacijoje yra bendros socialinės kultūrinės sistemos elementų. Ši sistema turi įtaką priimti organizacijos sprendimus, o kartu ir jos strategiją.

Nustatytinė strateginė valdymo metodologija turi tiek pranašumų, tiek ir trūkumų. Svarbiausi išskirti 4 lentelėje:

4 lentelė

Nustatytinės strateginės valdymo metodologijos pranašumai ir trūkumai

| PRANAŠUMAI | TRŪKUMAI |
|--|--|
| nustatytinė strategija kompleksiskai apima visą organizaciją ir jos svarbiausias problemas. | nustatytinė metodologija remiasi prielaida, kad ateitį galima prognozuoti gana tiksliai, tačiau ne viskas praktiškai pasitvirtina. |
| nustatytinė metodologija yra logiška ir nuosekli, formali strateginio planavimo sistema tiksliai atspindi strateginių procesų stadijos seką logiškai ir nuosekliai vedančią galutinį rezultatą organizacijos strategijos link. | kai metodologija suplanuota sunku ją pakeisti, todėl reikia dažnai keisti strategijas. |
| organizacija gali kompleksiskai kontroliuoti strategijos įgyvendinimą ir jos atitikimą kintančiai aplinkos situacijai. | dėl didelio išorinės aplinkos dinamiškumo dažnai sunku arba apskritai neįmanoma iš anksto tobulai apibrėžti strategijos tikslinę orientaciją ir pasirinkti geriausius optimalius strategijos sprendimus. Yra daroma labai daug klaidų. |
| sukauptas didelis patyrimas nustatytinių strategijų rengimo ir įgyvendinimo srityje stambiose kompanijose. | kartais tikslinga atsisakyti ilgalaikių strateginių pranašumų ir gauti didesnę naudą panaudojus trumpalaikes galimybes. Kai kurie strateginio valdymo specialistai nelinkę į ilgalaikes galimybes. |

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniais: Vasiliauskas, A. (2002). *Strateginis valdymas*. Vilnius; Arimavičiūtė, M. (2005). *Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas*. Vilnius

Nustatytinės strateginio planavimo metodologijai būdingas pakankamas ateities numatymas, sisteminis kompleksiskumas, apibrėžtumas (iki determinuoto), didelės formalizavimo galimybės, vienpusis strateginių sprendimų ir organizacinės struktūros, valdymo bei veiklos stiliaus it kt. suderinamumas, menkas iniciatyvos skatinimas, strateginio planavimo žingsnių sekos nuoseklumas. Nustatytinės metodologijos taikymas yra palankus rengti strateginius sprendimus, orientuotus didinti organizacijos strateginio atitikimo jos aplinkos reikalavimams galimybes.

Viešojo sektoriaus institucijos nustatytinis strateginis planavimas vienareikšmiškai rodo logišką ir nuoseklią strateginės analizės bei vertinimo, perspektyvinės tikslinės orientacijos formavimo, strateginių sprendimų rengimo bei priėmimo seką galutinio rezultato – strateginių sprendimų - link. Nenutrūkstamas planavimas įgyvendinamas dėl poreikio rengti bei priimti naujus sprendimus, įgyvendinus ankstesnius (Bivainis, Tunčikienė, 2009).

1.2 LIETUVOS SVEIKATOS POLITIKA IR STRATEGINIO VALDYMO TAIKYMAS LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE

1.2.1 Lietuvos sveikatos politikos pokyčių analizė

Pati sąvoka „sveikatos politika“ nėra plačiai Lietuvoje paplitusi, o mūsų nacionalinėje kultūroje žodis „politika“ dažnai siejamas su politiniais šalies vyksmais. Be jokios abejonės, sveikatos politikoje negali neatsispindėti besiklostanti politinė sankloda, ypač kai rinkėjų valia vyksta ryškūs pokyčiai į vieną ar kitą politinio spektro pusę (Grabauskas ir kt., 2004).

Per pastaruosius du dešimtmečius sveikatos politika pasaulyje ir Europoje susidūrė su didele paslaugų kainų kilimo problema. Išlaidų sveikatos apsaugai didėjimą lėmė gyventojų senėjimas, gausėjančios lėtinės ligos ir invalidumas, taip pat gerėjančios medicinos technologijos ir nauji ligų gydymo metodai bei vis didėjantys visuomenės reikalavimai sveikatos priežiūros kokybei. Daugelis šalių ėmėsi kontroliuoti sveikatos apsaugos paslaugų išlaidų didėjimą (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

1991 m. Lietuvoje atkūrus nepriklausomybę, Lietuvos politikos kūrėjai sutelkė dėmesį į struktūrinius ir institucinius pokyčius, rinkos mechanizmus ir sveikatos draudimo sistemos kūrimą, pirminės sveikatos priežiūros reformas bei naują požiūrį į visuomenės sveikatą. Žinoma, minėtieji bandymai turėjo ir trūkumų, kurių didžiąją dalį lėmė pirmaisiais reformų metais įvykęs ekonominių sunkumų sąlygotas žymus valstybės pajamų sumažėjimas (politikos analize). Glausta sveikatos politikos raida išdėstyta 8 priede. Lietuvos sveikatos priežiūros reformos pradžia galime laikyti 1991 m. Lietuvos Aukščiausiojoje Taryboje (Atkuriamajame Seime) priimtą Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją (Grabauskas, 1997). Visa ši teisinė reglamentacija bei vykusios diskusijos, konferencijos sudarė tvirtą teisinį pagrindą reformoms įgyvendinti. Prasidėjo minėtųjų įstatymų įgyvendinimas nacionaliniu lygmeniu. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos finansavimas buvo susietas su jų teikiamomis paslaugomis, o valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms buvo suteikta daugiau veiklos laisvės ir atsakomybės.

Strateginis šiuolaikinės sveikatos priežiūros tikslas – aktyvinti individų, grupių bei organizacijų dalyvavimą diegiant įvairias sveikatos gerinimo programas, skatinant sveikatos paslaugų teikėjų ir vartotojų dialogą, ugdant pacientų atsakomybę už savo sveikatą.

Lietuva 1992 metais įstojo į Pasaulio sveikatos organizaciją (PSO). Ši organizacija šalyse narėse įgyvendina ir koordinuoja sveikatos politiką ir jos stiprinimo strategiją. Dar 1948 m. PSO ekspertai pasiūlė plataus turinio sveikatos sampratą kaip visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne tik ligos ar neįgalumo nebuvimą. Ši samprata leidžia biologinius, psichologinius ir socialinius veiksnius vertinti kaip kontinuumą nuo visiškos sveikatos (pilnatvės, kokybiško gyvenimo) iki sunkios ligos. Tai implikuoja įvairių visuomenės institucijų, specialistų

suderintą bendradarbiavimą, siekiant palaikyti ir stiprinti asmens ir visuomenės sveikatą (Gustainienė, 2003). Kadangi Lietuvoje sovietmečiu vyravo biomedicininė sveikatos samprata, didžiausias dėmesys buvo skiriamas fizinės sveikatos saugojimui ir stiprinimui, sveikatos priežiūros sistema neišvengiamai turėjo būti reformuojama.

Lietuvos sveikatos apsaugos reforma planuota vadovaujantis PSO Liubianos chartijos principais. Pagrindinės reformų idėjos Lietuvoje (Pirmasis reformų dešimtmetis, 2000):

- ❖ Atsisakyti sovietinio organizavimo būdo (Semaškos modelio), nuo visiems gerai matomų jos ydų;
- ❖ Atkurti tai kas buvo iki sovietinės okupacijos (ligonių kasų sistema, organizuoti privalomąjį sveikatos draudimą pagal Bismarko modelį);
- ❖ Priartėti prie Vakarų šalių visuomenės organizavimo modelių, įdiegiant pradžioje platesnį visuomenės sveikatos suvokimą, o vėliau ir konkrečias paslaugų apmokėjimo sistemas.

Lietuvoje jau trečiąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tapo nemažu išbandymu ir sveikatos politikams, ir sveikatos profesionalams, taip pat ir pacientams.

Pagrindinis sveikatos sistemos reformos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą. Šį tikslą pasiekti galima didinant sveikatos sistemos efektyvumą, užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius bei garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę (Kalėdienė, 2004).

Pirminė sveikatos priežiūra – tai valstybės sveikatos priežiūros sistemos pagrindas ir bendros socialinės bei ekonominės raidos dalis. Šioje grandyje vyksta pirminis individų, šeimų ir bendruomenės kontaktas su nacionaline sveikatos sistema, priartinant sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų, pirmasis nenutrūkstamo sveikatos priežiūros proceso elementas. Pirminė sveikatos priežiūra sprendžia pagrindines bendruomenės sveikatos problemas, teikdama vidaus ligų profilaktikos, gydymo, sveikatos išsaugojimo bei reabilitacijos paslaugas. Tai grandis, kuri organizuoja ir koordinuoja paciento sveikatos priežiūrą, reguliuoja aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslingumą, orientuota į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą (Sveikata visiems XXI a., 1998; MacDonald ir kt., 2001). JAV atliktų tyrimų duomenimis, investicija į efektyvias elgsenos keitimo intervencijas per 2–5 metus atsiperka 3–6 kartus (Jordan ir kt., 2008). PSO duomenimis, apie 80 proc. kardiovaskulinių susirgimų, 90 proc. tipo diabeto ir 30 proc. onkologinių susirgimų gali būti išvengta, jei visuomenė laikytųsi taisyklingos mitybos principų, būtų fiziškai aktyvi ir nerūkytų (Primary Health Care – Now more than ever, 2008).

Gerai funkcionuojanti pirminė sveikatos priežiūra gali būti traktuojama kaip priemonė, padedanti užtikrinti šalyje sveikatos paslaugų teikimą bei leidžianti racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai. Efektyvi pirminė sveikatos priežiūra gali padėti išspręsti 80 proc.

visų šalies sveikatos problemų, antrinė sveikatos priežiūra 15 proc. tretinė 5 proc. (Valius, Jurgutis, 2003).

Kiekviena šalis siekia sukurti tokią nacionalinę sveikatos apsaugos sistemą, kuri geriausiai atitiktų lygybės ir prieinamumo visiems reikalavimus ir padėtų racionaliau naudojant išteklius gerinti visuomenės sveikatą. Šalys, kuriose tinkamas dėmesys buvo skiriamas į bendruomenę orientuotai ir šeimos medicina pagrįstai pirminei sveikatos priežiūrai, dabar jau džiaugiasi pagerėjusiais visuomenės sveikatos rezultatais, nulemtais efektyvesnės sveikatos apsaugos sistemos (Primary Health Care in the Northern Dimension Countries, 2008).

Labai svarbus veiksnys, nuo kurio priklauso sveikatos politika – pareigūnų, atsakingų už sveikatos politiką, kompetencija. Šiuo požiūriu svarbūs vadybiniai sugebėjimai. Jų turint galima užtikrinti reikalingą aktyviai sveikatos politikai įgyvendinti tarpžinybinį ir tarpsektorinį bendradarbiavimą, kuris turi tapti aktyvios sveikatos politikos pagrindu (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

1.2.2 Strateginio valdymo pritaikymas Lietuvos sveikatos sistemoje

Sveikatos priežiūros svarba ir jos poveikis globaliniui ekonominiui vystymuisi traukia daugelio teoretikų, visuomenės, ir privataus kapitalo savininkų dėmesį (Smilga, Janušonienė, 2009). Vienas iš didžiausių šiuolaikinių sveikatos apsaugos sektoriaus iššūkių – identifikuoti ir planuoti savo veiklą, kuri padėtų spręsti problemas, kurios susijusios su socialiniais/demografiniais pokyčiais, ekonominėmis sąlygomis, įstatymų leidyba, politiniais sprendimais. XXI a. tiek viešos, tiek ir privačios sveikatos apsaugos įstaigos susiduria su minėtais pokyčiais, tačiau ne visi vadovai pasiruošę ir geba juos atlaikyti bei išgyventi. Sėkmingai besivystančios sveikatos apsaugos organizacijos turi vadovus, kurie supranta išorinių pokyčių reikšmę, geba vykdyti efektyvias strategijas, kurios įveikia pokyčius. Šie gebėjimai kartu apjungia tai, ką vadiname „strateginis valdymas“ (Swayne ir kt., 2006).

Sveikatos apsauga yra viena valstybės vystymo strategijos posistemių, glaudžiai susijusi su bendru ekonomikos ir infrastruktūros raidos tikslu ar jų sistema (Smilga, Grebliauskas, 2000; Smilga, 1997). Modernioji vadyba leidžia pažvelgti į sveikatos apsaugos sistemą kaip į vieną sudėtinių valstybės strateginio valdymo posistemių (Smilga, Janušonienė, 2005). Autoriai teigia, kad efektyvesnė sveikatos apsaugos sistemos politika įmanoma tik suderinus visų valstybės vystymo strategijos posistemių tikslus ir veiklą tiek šalies viduje, tiek ES regiono atžvilgiu. Siūlomas konceptualus modelis iš vadybos pozicijų sveikatos apsaugos sistemos organizatoriams, medikams ekspertams ir praktikams.

Sveikatos apsaugos sistema turėtų apimti visas veiklos kryptis, kurios turi įtakos žmonių sveikatai: ekonomika, ekologija, socialinė apsauga, sveikatos apsauga. Problemos turėtų būti sprendžiamos kompleksiskai, integruotai. Strateginio potencialo plėtra sveikatos apsaugos sistemoje

(kaip, beje, ir pramonės, verslo, paslaugų, kultūros, mokslo ir kt. sferose) yra svarbi sudedamoji siekiant strateginių tikslų (Ansoff, 1988; Koteen, 1988; Drucker, 1995).

Smilga, Janušonienė (2003) pažymėjo būtinumą suprasti, kad sveikatos sistemoje svarbiausia yra ne ligų gydymas, o kiekvienam visuomenės nariui užtikrinti jo paties sveikatą „sveikatos kiekį“. 1948 m. Pasaulio sveikatos organizacija savo konstitucijoje sveikatą apibrėžė kaip visapusę fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimą.

Otavos chartijoje (1986) sveikata suprantama kaip mūsų kasdienio gyvenimo dalis, gyvenimo kokybės rodiklis, o ne gyvenimo tikslas. Sveikata nevertinama vien pagal ligas ir mirtį. Tai tokia būklė, kuria panašūs individai ir bendruomenės stengiasi pasiekti ir išlaikyti, o ne ligų ir sužalojimų gydymo bei slaugymo rezultatas. Sveikata tarsi sankryža: tai vieta, kurioje susitinka biologiniai ir socialiniai veiksniai, individas ir bendruomenė, socialinė ir ekonominė politika. Be savo vidinės vertės, sveikata dar yra asmens ir kolektyvo saviraiškos būdas, visuomenės ir jos institucijų sėkmės rodiklis kuriant gerovę, kuri yra svarbiausias raidos tikslas (Frenk, 1993).

Tokia daugiaplanė sveikatos samprata pakeitė sveikatos politikos strategiją. Jeigu sveikata suprantama vien tik kaip ligų ir negalavimų nebuvimas, tai sveikatos politikos strategija skirta organizuoti sveikatą gražinančias medicinos ir socialines paslaugas. Pagal platesnį (holistinį) sveikatos supratimą, jos ekologinį modelį, sveikatos politikos pagrindą sudaro asmens ir visuomenės sveikatos potencialų stiprinimas (Javtokas, 2009).

Visuomenės sveikatos politika pradėjo formuotis 1993 m., kai Lietuva tapo Europos Tarybos nare. 1993 m. buvo privatizuotas farmacijos sektorius ir įsteigtas sveikatos apsaugos reformos biuras, kuris paruošė teisinę bazę sveikatos apsaugai ir nustatė pagrindinį tikslą – reformuoti sveikatos apsaugos paslaugas ir orientuoti jas į pirminę sveikatos priežiūrą, padidinti paslaugų tiekėjų produktyvumą. 1994 m. priimtas sveikatos sistemos įstatymas, sudaręs teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai ir apibrėžęs valstybinių valdymo subjektų vaidmenį.

S. L. Syme (1996) teigia, kad būtina visuomenės sveikatos problemas sprendžianti strategija, kur sveikatos būklės rodikliai būtų išdėstyti remiantis kompleksiniais, dinamiškais ir sąveikaujančiais socialiniais tarpusavio santykiais, kuriuos nustatytų socialinės institucijos ir organizacijos, įskaitant šeimas, bendruomenes, darbo vietas.

Kiekvienas žmogus turėtų suvokti, jog ne Sveikatos apsaugos ministerija, ne ligoninė ar tam tikras gydytojas pagerins jo sveikatą, o jis pats turi prisiimti asmeninę atsakomybę už ją (Smilga, Janušonienė, 2005).

Vienas išskirtiniausių šiuolaikinės visuomenės sveikatos bruožų – visos visuomenės, jos struktūrų bei individų atsakomybę už savo ir kitų sveikatą bei aktyvus dalyvavimas sprendžiant sveikatos problemas. Ši integruota sąvoka vadinama *naująja visuomenės sveikata*, vartojama pabrėžti platesnį, socialinį visuomenės sveikatos supratimą. Jai artima *moderniosios visuomenės*

sveikatos (*Modern Public Health*) sąvoka apima visuomenės sveikatos ir sveikatos stiprinimo veikla, didžiausią dėmesį skiria socialinei atsakomybei, nagrinėja fizines, socialines ir ekonomines ligų priežastis (Javtokas, 2009). M. B. Mittelmark (2000) teigia, kad šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas lemia socialinė nelygybė ir psichikos sveikatos sutrikimai, siejami su tokiais reiškiniais kaip nusikalstamumas, vandalizmas, chuliganizmas, susvetimėjimas, potraukis į azartinius žaidimus, alkoholį ir narkotikus, smurtavimas prieš vaikus bei sutuoktinius. Tokių problemų nesprendžia jokios ligoninės, poliklinikos ar panašios įstaigos, nes jas lemia socialinė nelygybė.

Pagal R. Beaglehole ir R. Bonita (1997), pagrindiniai šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorijos ir praktikos elementai yra šie:

- Kolektyvinė atsakomybė ir valstybės vaidmuo saugant ir stiprinant žmonių sveikatą;
- Dėmesys visai populiacijai;
- Ligų profilaktika, ypač populiacinė strategija, plečiant pirminę sveikatos priežiūrą;
- Dėmesys pagrindiniams socialiniams ekonominiams ir kitiems sveikatą veikiantiems veiksniams;
- Daugelio disciplinų ryšys, apimantis kiekybinius ir kokybinius tyrimų ir vertinimo metodus;
- Partnerystė su bendruomene.

Modernioji visuomenės sveikatos priežiūra orientuojama į sveikatos stiprinimą, nes sveikatos stiprinimas yra vienas iš efektyviausių būdų, įgalinančių pakeisti gyventojų elgseną, kurti socialinės aplinkos sąlygas sveikatai stiprinti, našiai ir kūrybingai dirbti. Sveikatos stiprinimas atveria naują visuomenės sveikatos veiklos erą klestinčiai ir lygiateisiai visuomenei kurti (Javtokas, 2009).

Išsivysčiusių šalių sveikatos apsaugos srityje atsirado nauja paradigma – natūralios sveikatos filosofija, akcentuojanti holistinius sveikatos priežiūros metodus (organizmo, kaip visumos, gydymas), kurianti geresnės sveikatos arba geros sveikatos palaikymo strategiją, akcentuojant prevenciją, pačių pacientų atsakomybę už sprendimus, lemiančius jų sveikatą, teigiamą pasaulėžiūrą, žmogaus organizmo įgimto sveikimo galią (Pietroni, 1991). Lietuvos sveikuolių sąjungos prezidentas D. Kepenis pabrėžia, jog pagrindinės sveikatinimo veiklos strateginės kryptys yra pasaulėžiūra ir dvasinis gyvenimas. Ir dar daugiau, suvokimas, kad sveikatos rezultatą lemia ne tik sveikatos apsauga, bet ir kitos socialinės investicijos (švietimas, socialinės paslaugos, užimtumas ir supanti aplinka) bei jų tarpusavio ryšiai, leidžia praplėsti rezultatų visumą ir turinį. Būtina iš esmės keisti egzistuojančią sveikatos apsaugos finansavimo sistemą, t. y. apmokėti už gydymo įstaigų paslaugas remiantis ne gydymo proceso tarpiniais rezultatais, bet galutiniais – sveikatos būklės grąžinimo rezultatais (kiekybiniais rodikliais): geresnis funkcionavimas, pagerėjusi socialinė adaptacija, gyvenimo kokybė, pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, sumažėjęs

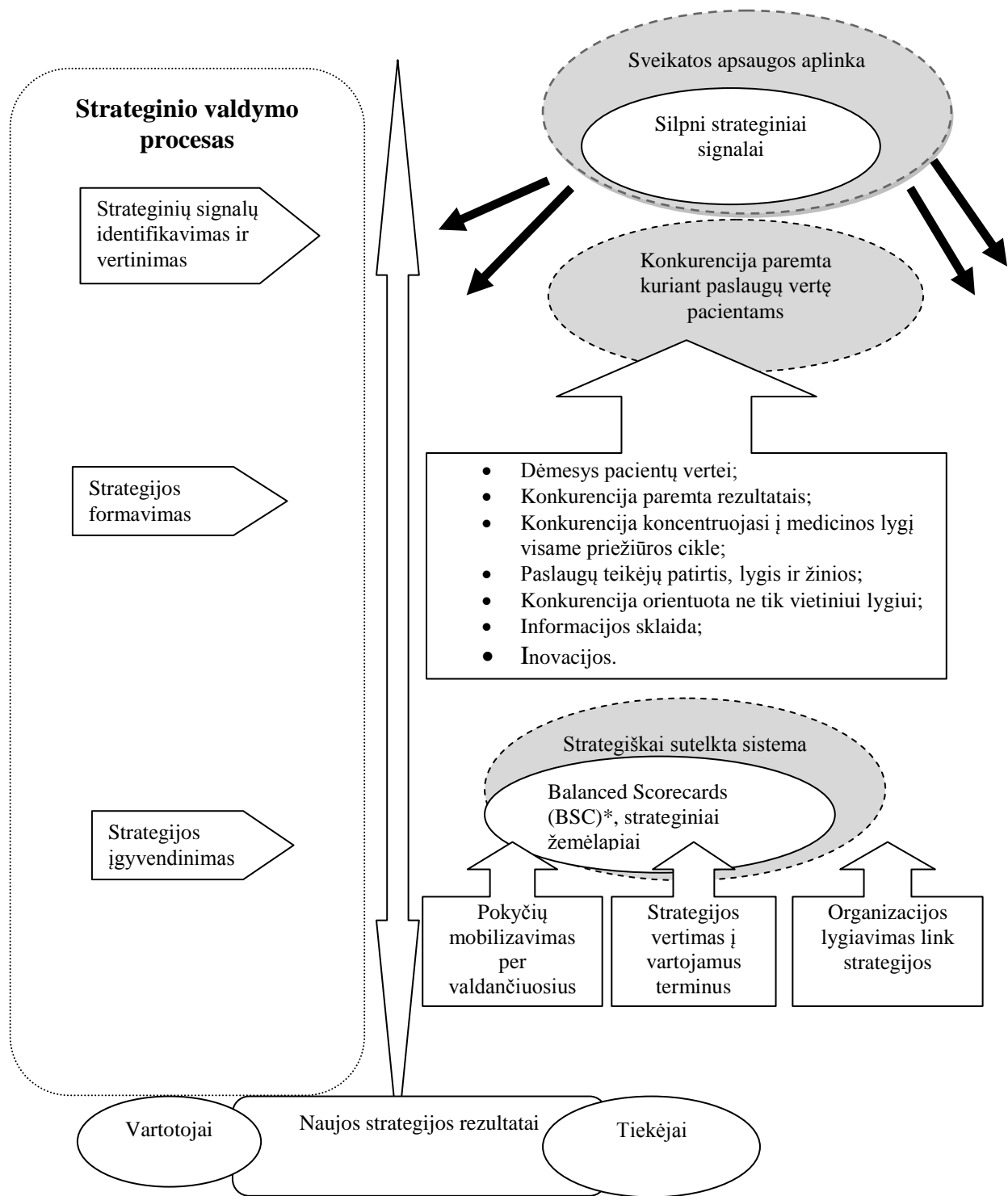
atkryčių skaičius ir kt. Gydomo įstaiga turi stebėti kiekvieną savo buvusį pacientą. Kadangi to nėra, trūksta ir atsakomybės.

Smilga, Janušonienė (2009), išanalizavę kitų šalių patirtį teigia, kad nėra stiprios koreliacijos tarp visuomenės sveikatos būklės ir medicininės priežiūros, todėl būtina surasti sprendimo būdų tokiose potencialiose mokslo sferose kaip strateginis valdymas, kuris susitelkia ne finansinių aspektų analizėje, bet greičiau strateginiui mąstymui, analizei, ir sintezei. Norint Lietuvoje formuoti strateginio valdymo modelį, išskiria tokias pagrindines sąlygas:

- Holistinis požiūris,
- Sveikatos priežiūros sistemos aplinkos lankstumas ir globalizacija,
- Naujos viešos vadybos sąvokos augimas,
- Perėjimas nuo nulinės konkurencijos prie vertės kūrimo ir konkurencijos,
- Besikeičianti aplinka priverčia sveikatos priežiūros sistemą išlaikyti tokias padėtis kaip ieškojimas naujų strateginių galimybių, konkurencingo potencialo vystymo, ir kūrybiškumo;
- Naujos strateginės galimybės, konkurencinio potencialo išsivystymas, ir kūrybiškumas yra teigiamai vertinami naujos formos organizacijoje, kuri yra strategiškai orientuota;
- Besikeičiančios aplinkos kontekste labai svarbu organizuoti sveikatos priežiūros sistemą, kaip susijusių ir bendradarbiaujančių organizacijų tinklą.

Svarbiausios Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos problemos yra tokios: plati ligoninių sistema, nepakankamai išvystyta pirminės sveikatos priežiūros sistema, visuomenės sveikatos priežiūros išlaidų mažinamas. Palyginimui Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos organizacinės struktūros modelis palygintas su tokiais pažangiomis Europos šalimis kaip Nyderlandai, Prancūzija, Vokietija, Švedija, Suomija, Danija. Pagrindinis skirtumas buvo tie, jog tose šalyse vyrauja didesnė konkurencija ir didesnis dėmesys pirminei sveikatos priežiūrai.

Todėl autoriai siūlo savo sukurtą strateginio valdymo modelį, skirtą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai (4 pav.). Strateginis vadybos procesas yra padalytas į tris stadijas: “silpnų strateginių signalų identifikavimas ir įvertinimas”, “strategijos sudarymas” ir “strategijos įgyvendinimas”. Svarbiausias strateginio valdymo modelio rezultatas yra aukščiausios vertės pacientui ir potencialiam klientui sukūrimas. Naujam Lietuvos sveikatos priežiūros strateginio valdymo modelyje išskiriamas konkurencijos skatinimas, pagrįsto rezultatais ir pacientų vertei, o ne tik pagal kainų skirtumą, kai paprastai renkamos įstaigos kur pigesnės paslaugos. Taip pat aukšta kokybė neturėtų būti brangi, o pati paslaugų vertė turėtų būti nustatyta įvertinant paslaugų tiekėjų patirtį, lygi ir žinias medicinos būklės lygmenyje.



4 pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Smilga, E., Janušonienė, K. (2009). The Process of Strategic Management Model Formation and Application in The Lithuanian Health Care System. *Ekonomika*. [Interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-14].
Prieiga per internetą: <http://www.leidykla.vu.lt/fileadmin/Ekonomika/87/124-140.pdf>

(* Klasikinis angliškas pavadinimas "Balanced Scorecard" ne angliškai kalbančiose šalyse įgavo pavadinimus "subalansuotų efektyvumo rodiklių sistema" ir "vertinimo rodiklių sistema". Abu pavadinimai yra gana gremėzdiški, be to jie nėra adekvatūs termino "Balanced Scorecard" vertimui, todėl siūloma vartoti originalią transkripciją — "Balanced Scorecard")

Strategiškai sutelkta organizacija yra suformuota, kai visos organizacijos dalys susitelkia ties strateginiais prioritetais, kurie yra nurodyti strateginiuose žemėlapiuose ir koreliuoja su atitinkamų organizacijų BSC ar jų skyriais. Tada būtinos sąlygos, reikalingos strateginiui valdymui integruotis į visą sveikatos priežiūros sistemą, kyla. Strategiškai sutelktos Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos sukūrimas padėtų pasiekti bendrų veiklos rezultatų, kai sistema savarankiškai pasiekia daugiau, negu jos atskiros dalys apskritai. Labai svarbu surinkti plano kūrimo specialistų komandą, t.y. strateginį skyrių, kuris sugebėtų sėkmingai įgyvendinti ir pritaikyti suplanuotą scenarijų per Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos strateginio valdymo modelio sudarymo procesą.

Autoriai rekomenduojama formuoti Lietuvos sveikatos apsaugos strateginį valdymą remiantis šiais žingsniais: pakyčių mobilizacija per vykdomąjį vadovavimą, strateginių terminų išvertimas į operacinius terminus ir organizacijos lygiavimas į strategiją. Pagrindinis vaidmuo pritaikant strateginį valdymą Lietuvos sveikatos sistemoje – vaidmenų sukūrimas. Labai svarbu surinkti specialistus, kurie gebėtų sukurti vaidmenis, t.y. strateginį departamentą, kuris gebėtų sėkmingai pritaikyti planuojamų scenarijų metodus formuojant strateginį valdymo modelį sveikatos apsaugoje.

Investicija į sveikatą yra investicija į šalies pažangos dabartį ir ateitį. Ši investicija nėra vien finansai, bet visų pirma šalies politinis įsipareigojimas visą valstybės socialinės struktūros sistemą, t. y. visų visuomenės socialinės-ekonominės veiklos sektorių veiklą orientuoti į sveikatos saugą, jos stiprinimą, ligų prevenciją. Tada sveikatos sektoriui atsiras daugiau galimybių atlikti savo tiesiogines pareigas bei prigimtines funkcijas (Jurgutis, 2009).

Suvokimas, kas efektyvų sistemos darbą lemia ne finansavimas, o veiksmingas sistemos strateginis valdymas, gali padėti įvertinti sveikatos apsaugos sistemos realijas ir galimybes (Smilga, Janušonienė, 2006, 2007). Savo straipsnyje autoriai teigia, kad nors mūsų šalyje yra pakankamai labai gerai parengtų medikų, kurių kvalifikacija pripažįstama užsienio valstybėse, tačiau jų potencialas, gydymo, profilaktikos ir reabilitacijos procesai yra nepakankamai efektyvūs. O viso šito problema tai, kad trūksta šiuolaikinės vadybos, kuri pirmiausia tai strateginis valdymas ir planavimas. Nesant strateginio atitikimo tarp įvairių sveikatos institucijų, visa sistema funkcionuoja neefektyviai ir dažniausiai nepasiekia užsibrėžtų tikslų.

Norint pagerinti esamą sveikatingumą, sveikatos rezultatų įvertinimas turėtų tapti siektinu standartu tiek privačiam, tiek viešajam sveikatos apsaugos sektoriams. Dažnai šie duomenys renkami be specialaus tikslo, todėl svarbu kurti duomenų sistemas – galutinę sveikatos rezultatų statistiką. Valstybė ir apskritys renka mirtingumo, sergamumo ir invalidumo duomenis, bet kol sveikatos apsaugos sistema tiesiogiai neatsakinga už paciento priežiūrą ir finansavimą, ryšys tarp rezultato, struktūros ir proceso nėra glaudus.

2. ŠIAULIŲ MIESTO SAVIVALDYBĖS VISUOMENĖS SVEIKATOS BIURO VEIKLOS ANALIZĖ IR JO VEIKLOS PRIORITETAI

2.1 Tyrimo metodika

2.1.1 Teoriniai šaltiniai

Išnagrinėti pagrindiniai teoriniai šaltiniai apie strateginį valdymą ir jo taikymą viešojo sektoriaus organizacijose, nustatytinę strateginio valdymo metodologiją, Lietuvos sveikatos politikos pokyčius. Pateiktas galimas strateginio valdymo pritaikymas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Analizuojant strateginio valdymo taikymą viešajame sektoriuje naudoti J. Staponkienės (2004), J. E. Lane (2001), G. A. Boyne ir kt. (2003), C. Pollitt, G. Bouckaert (2000) bei W. Parsons (2001) šaltiniai. Nustatytinės strateginio valdymo metodologijos tinkamumui viešajame sektoriuje pagrįsti remtasi J. Bivainio, Ž. Tunčikienės (2006, 2009), L. Worrall ir kt. (1998), M. Mchugh (1997) šaltiniais. Vertinant Lietuvos sveikatos politikos pokyčius ir pirminės sveikatos priežiūros svarbą naudotasi V. Grabausko (1997, 2004), R. Kalėdienės (2004, 2010) šaltiniais, jos svarba išdėstyta leidinyje „Primary Health Care – Now more than ever“ (2008). Siekiant pateikti strateginio valdymo taikymą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje naudoti E. Smilgos, K. Janušonienės (2003, 2005, 2006, 2007, 2009), E. Smilgos ir A. Grebliausko (2000), C. A. Enz (2010) moksliniais šaltiniais.

2.1.2 Teisinė bazė

Atliekant Šiaulių VS biuro vidinių veiksmų analizę, buvo išnagrinėti pagrindiniai teisiniai dokumentai, kurie reglamentuoja visuomenės sveikatą tarptautiniu, nacionaliniu bei vietiniu lygiu. Apžvelgtos pagrindinės ES strategijos, nubrėžiančios kryptį, įgyvendinant sveikatos politiką. ES visuomenės sveikatos strategines kryptis nurodo 2003-2008 m. ES visuomenės sveikatos programa bei Antroji Europos Bendrijos visuomenės sveikatos veiksmų programa 2008-2013 m. Lietuvoje pagrindus formuoti visuomenės sveikatai padėjo Sveikatos sistemos įstatymas, LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. Paminėtina ir Lietuvos sveikatos programa 1997-2010, Lietuvos Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros strategija 2006-2013 m. Lietuvoje teisinė visuomenės sveikatos reglamentacija yra pakankamai plati, todėl darbe apibendrinami tik pagrindiniai dokumentai.

2.1.3 Statistika

Norint pateikti Šiaulių miesto visuomenės sveikatos būklę, būtini statistiniai sveikatos rodiklių analizė. Pagrindiniai šiame darbe naudojami statistikos šaltiniai yra Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Higienos instituto sveikatos informacijos

centras. Didelę dalis statistinių rodiklių Šiaulių miesto VS biuras gauna bendradarbiavimo sutarčių pagrindu. Šiaulių teritorinė ligonių kasa teikia informaciją apie profilaktinių programų vykdymą Šiaulių mieste, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras – duomenis apie lytiškai plintančias ligas, apie psichikos ligas rodikliai gaunami iš Valstybinis psichikos sveikatos centro. Onkologinių ligų paplitimo rodiklius teikia Vilniaus universiteto onkologijos institutas, duomenis apie sergamumą užkrečiamomis ligomis - Šiaulių visuomenės sveikatos centras. Tikslinga statistinius duomenis palyginti su kitų šalių rodikliais. Tuo tikslu naudotasi Eurostato duomenų baze.

2.1.4 Ekspertų imties charakteristika

Siekiant išsiaiškinti visuomenės sveikatos biurų veiklos esamus trūkumus, įvertinti realius pasiekimus ir galimybes, galimus veiklos tobulinimo kelius, buvo vykdoma ekspertų apklausa. Pasak Kardelio (2007), asmenys, pajėgūs vertinti kurį nors požymį, nėra tolygios kompetencijos, skirtingos ir jų vertybinės orientacijos. Todėl iš pradžių reikėtų įvertinti pačius ekspertus, suformuluoti jų pasirinkimo principus. Kadangi pirmieji visuomenės sveikatos biurai realiai pradėjo savo veiklą nuo 2007 m., šios įstaigos yra pakankamai jaunos ir ne kiekvienas specialistas gali suprasti, juo labiau vertinti jų veiklą. Todėl ekspertai tyrimui buvo pasirinkti vienaip ar kitaip jau susidūrę su visuomenės sveikatos biurais.

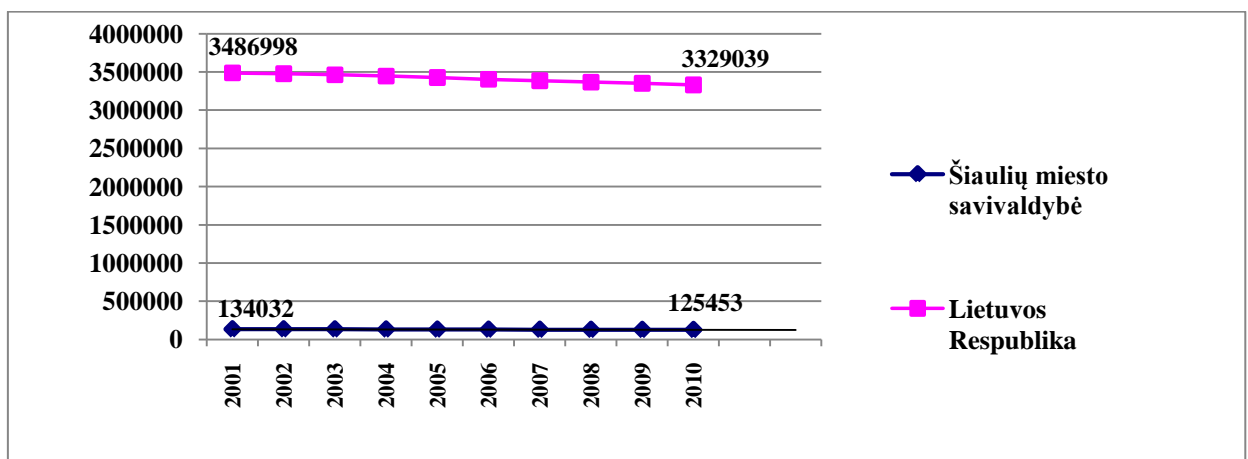
Iš viso buvo apklausti 8 ekspertai (E1-Radviliškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro direktorė; E2-Šiaulių universiteto socialinės gerovės ir negalės studijų fakulteto Medicinos pagrindų katedros vedėjas, Šiaulių miesto savivaldybės bendruomenės sveikatos tarybos pirmininkas; E3-Šiaulių teritorinės ligonių kasos analizės skyriaus vedėja, E4-Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro direktorė, E5-Klaipėdos rajono visuomenės sveikatos biuro direktorė, visuomenės sveikatos biurų asociacijos prezidentė, E6-Šiaulių visuomenės sveikatos centro direktorius, E7-Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro vaikų ir jaunimo priežiūros skyriaus vedėja, E8- Šiaulių teritorinės ligonių kasos kontrolės ir ekspertizės skyriaus vyriausioji specialistė). Tyrime buvo naudotas atviro tipo interviu metodas - duomenų rinkimas tiesiogiai bendraujant (kalbantis) tyrėjui ir respondentui. Šis metodas būtų tinkamas ir naudingas dėl keleto priežasčių: pirmiausia dėl to, kad numatomas respondentų skaičius nėra didelis, interviu leidžia respondentams išsakyti savo patirtį “savais žodžiais”, interviu gali būti labiau įžvalgus nei kiti metodai; interviu eigoje galima surinkti netikėtų duomenų; tyrėjo ir respondento “akis į akį” bendravimas leidžia įvertinti ir tiriamojo kūno kalbą, balso intonaciją ir pan.; tyrėjas gali supažindinti tiriamąjį su problema, geriau paaiškinti kaip garantuos jam konfidencialumą.

2.2. Šiaulių miesto gyventojų sveikatos situacijos analizė

Strategijos parinkimas ir įgyvendinimas – pagrindinė strateginio valdymo turinio dalis. Pradinė ir labai svarbi institucijos veiklos trajektorijos nustatymo fazė yra situacijos analizė.

Statistikos Departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, jau daugelį metų gyventojų skaičius šalyje sistemingai mažėja. 2001 metų pradžioje Lietuvoje gyveno 3487,0 tūkst. gyventojų, tai yra 158,0 tūkst. mažiau negu 2010 metų pradžioje, palyginti su 1995 m., gyventojų skaičius sumažėjo 314,0 tūkst., arba 8,6 procento.

2010 metų pradžioje Šiaulių mieste gyveno 125 453 žmonės: 56 889 (45,4 proc.) vyrai ir 68 564 (54,6 proc.) moterys. Gyventojų skaičius mažėja dėl neigiamo migracijos saldo ir labai mažo natūralaus gyventojų prieaugio, kuris šiuo metu tiek šalyje, tiek ir Šiaulių mieste yra neigiamas.



5 pav. Šiaulių miesto ir Lietuvos Respublikos gyventojų skaičius 2001-2010 m. pradžioje
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Statistikos Departamentas prie LR Vyriausybės

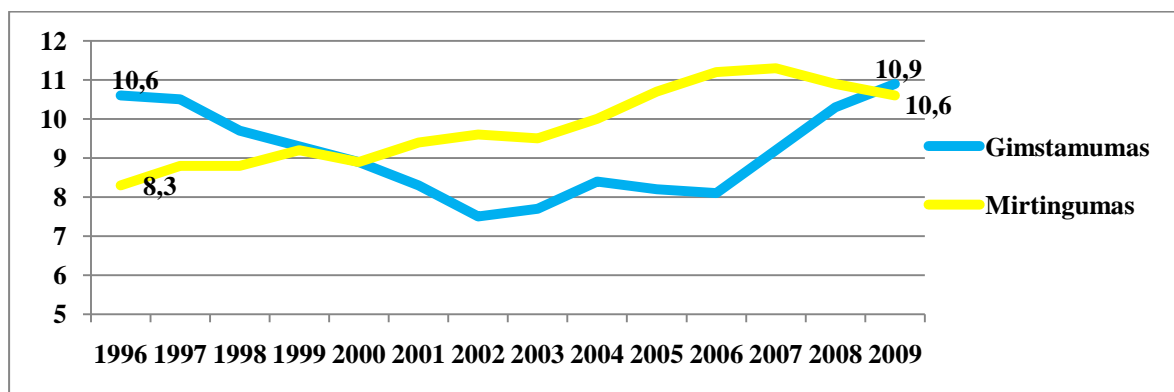
Dėl neigiamos natūralios kaitos 2009 m. gyventojų skaičius sumažėjo 5,4 tūkst. gyventojų, dėl neigiamos neto migracijos – 15,5 tūkst., 2000–2009 m. laikotarpiu – atitinkamai 100,2 tūkst. ir 82,9 tūkst. gyventojų.

Lietuvos gyventojų migracija laikoma viena rimčiausių grėsmių šalies demografiniai raidai, ūkio augimui ir kultūrinio savitumo išsaugojimui. Sparčiai kintančių aplinkos sąlygų kontekste, tikslinga analizuoti darbo jėgos migracijos poveikį ekonomikai, kadangi darbo jėgos emigracija siejama su darbo rinkos būkle - gyventojų užimtumo, nedarbo, pajamų lygiu, socialinėmis garantijomis, taip pat bendra šalies ūkio ir socialine būkle, žmonių gyvenimo lygiu ir kt. (Stulgienė, Daunorienė, 2009).

Europos Sąjungos valstybėse narėse kas ketvirtas gyventojas yra sulaukęs 60 ir daugiau metų, Lietuvoje – kas penktas. Prognozuojama, kad 2030 m. pradžioje beveik trečdalį (28,9 proc.) Lietuvos gyventojų sudarys pagyvenę žmonės (ES 27 – 30,4 proc.), o 80 metų ir vyresnio amžiaus

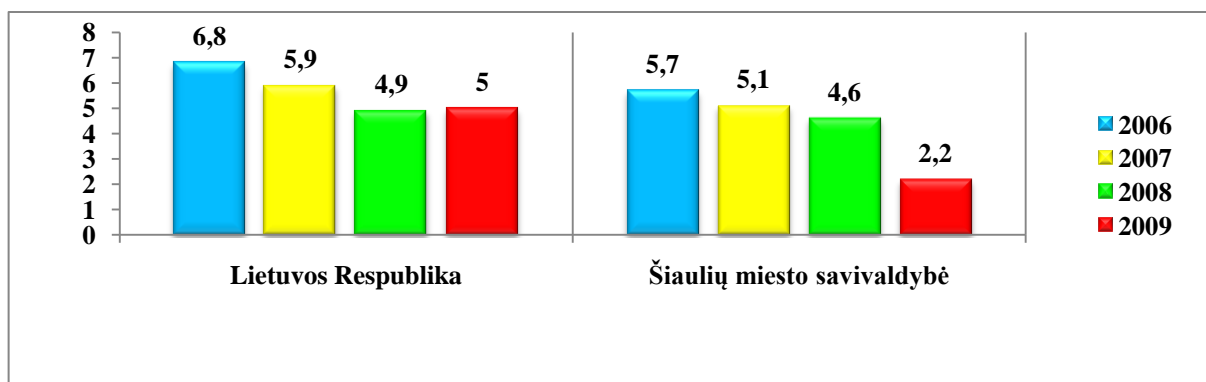
gyventojų skaičius padidės 1,5 karto. Tikėtina, kad 2030 m. pradžioje vienam pagyvenusiam asmeniui teks 2 darbingo amžiaus asmenys (šiuo metu – 3) (Ambrozaitienė, 2009).

Šiaulių mieste iki 2000 metų daugiau žmonių gimdavo, nei mirdavo, tačiau nuo 2001 metų mirtingumas viršijo gimstamumą. Paskutinius trejus metus Šiaulių miesto gyventojų gimstamumo rodiklis kyla. Po devynerių metų pertraukos, 2009 m., Šiaulių mieste vėl registruojamas didesnis gimstamumas nei mirtingumas (6 pav.).



6 pav. Gimstamumo ir mirtingumo rodiklių kitimas Šiaulių mieste 1996-2009 m. (1 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės

Vertinant gyventojų sveikatą labai svarbus rodiklis yra vaikų iki 1 metų mirtingumas arba kūdikių mirtingumas, kuris tarptautiniu mastu dažnai prilyginamas šalies socialinio – ekonominio išsivystymo ekvivalentui.



7 pav. Kūdikių iki 1 m. mirtingumas Šiaulių mieste ir Lietuvos Respublikoje 2006-2009 m. (1 000 gyvų gimusiųjų)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės

Rodikliai rodo, kad šalis jau sėkmingai yra pasiekusi 1997-2010 m. programoje užsibrėžtą tikslą – 30 proc. sumažinti kūdikių mirtingumą iki 2010 metų. 2008 m. jis jau sumažėjęs 56 proc. (1997 m. Lietuvoje mirė 391 kūdikiai, o 2008 m. – 172). Didžiausios įtakos turėjo įgyvendinami Lietuvos sveikatos programos uždaviniai. 1997–2001 m. laikotarpiu efektyviai vykdytos perinatologijos programos priemonės. Atlikti tyrimai parodė, kad motinų, žindančių kūdikius iki 4–6 mėn., vis daugėja (2002 m. – 26,6 proc.) (Keniausytė ir kt., 2009).

Integruotas demografinės ir gyventojų sveikatos rodiklis, atspindintis psichosocialinę ir ekonominę šalies ar regioninę būklę yra vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT). Ši, vieną svarbiausių gyventojų sveikatos rodiklių, labiausiai lėmė gyventojų mirtingumo mažėjimas, taip pat ir kūdikių iki 1 m. mirtingumo mažėjimas. Vis dėlto Lietuvos vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė išlieka trumpiausia Europos sąjungoje ir yra net 10 metų trumpesnė už ES valstybių narių vidurkį.

5 lentelė

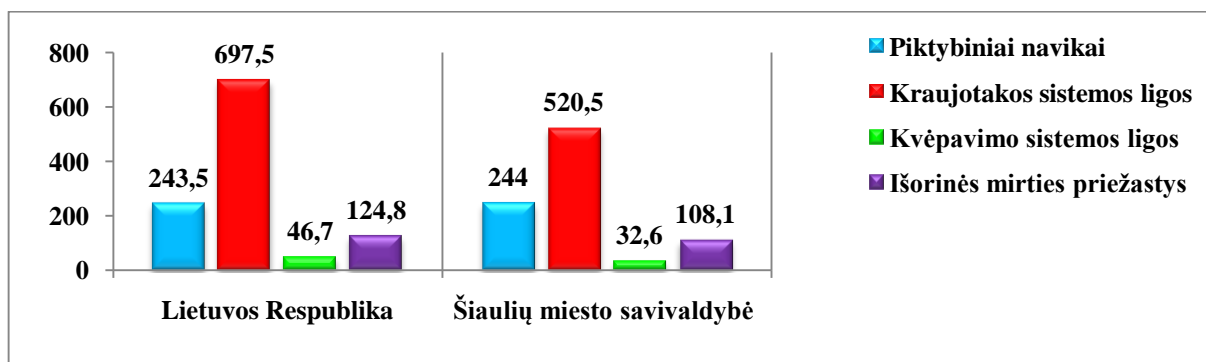
Šiaulių miesto gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė (VGT0) ir jos palyginimas su Lietuvos miesto gyventojų VGT0.

| Metai | Šiaulių miesto gyventojai | | | Lietuvos miesto gyventojai | | |
|-------|---------------------------|---------|-----------|----------------------------|---------|-----------|
| | Vyrai | Moterys | Abi lytys | Vyrai | Moterys | Abi lytys |
| 2004 | 69,09 | 78,57 | 74,22 | 67,83 | 78,62 | 73,46 |
| 2005 | 67,42 | 78,41 | 73,2 | 66,74 | 78,15 | 72,67 |
| 2006 | 67,1 | 77,54 | 72,55 | 66,35 | 77,82 | 72,24 |
| 2007 | 66,69 | 77,68 | 72,42 | 65,99 | 77,99 | 72,12 |
| 2008 | 69,24 | 78,62 | 74,25 | 66,30 | 77,57 | 71,94 |
| 2009 | 69,50 | 79,19 | 74,79 | 67,51 | 78,56 | 73,10 |

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Kauno medicinos universiteto Sveikatos vadybos katedra

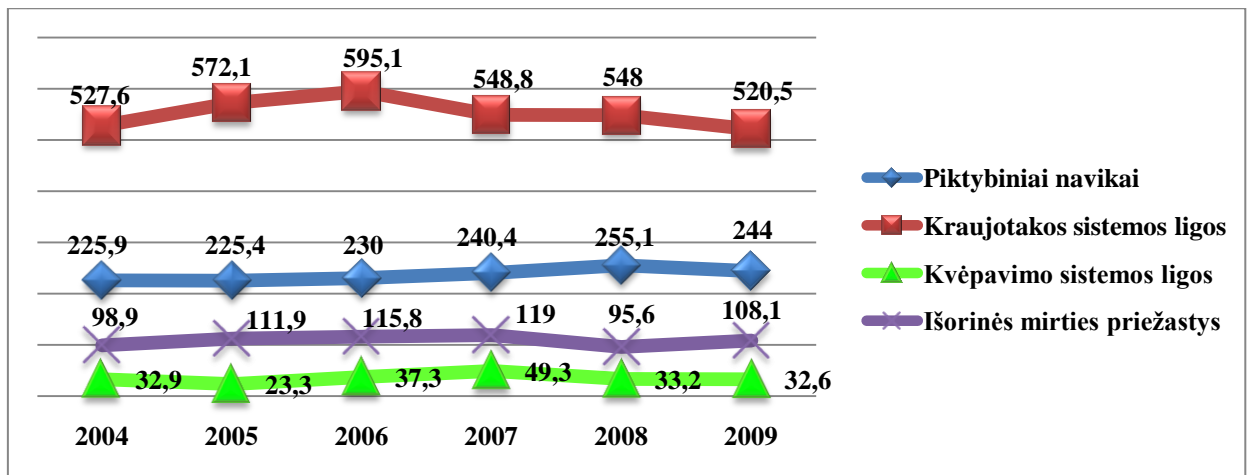
Gyventojų sveikatos būklę tiksliau atspindi ne bendro mirtingumo, o mirtingumo nuo pagrindinių priežasčių vertinimas. Jis rodo, kokios sveikatos problemos visuomenėje yra aktualiausios ir kaip jos kinta.

Širdies ir kraujagyslių ligos yra viena svarbiausių ne tik medicinos, bet ir socialinių problemų. 2009 m. Šiaulių mieste mirusieji nuo kraujotakos sistemos ligų sudarė apie pusę (49,5 proc.) visų mirusiųjų. Šiaulių apskrities mirusiųjų dėl kraujotakos sistemos ligų atvejų skaičius (708,7/100 000 gyv.) 2009 m. buvo didesnis už Lietuvos (697,5/100 000 gyv.) (8 pav.).



8 pav. Mirtingumas pagal priežastis Šiaulių mieste ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (100 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės

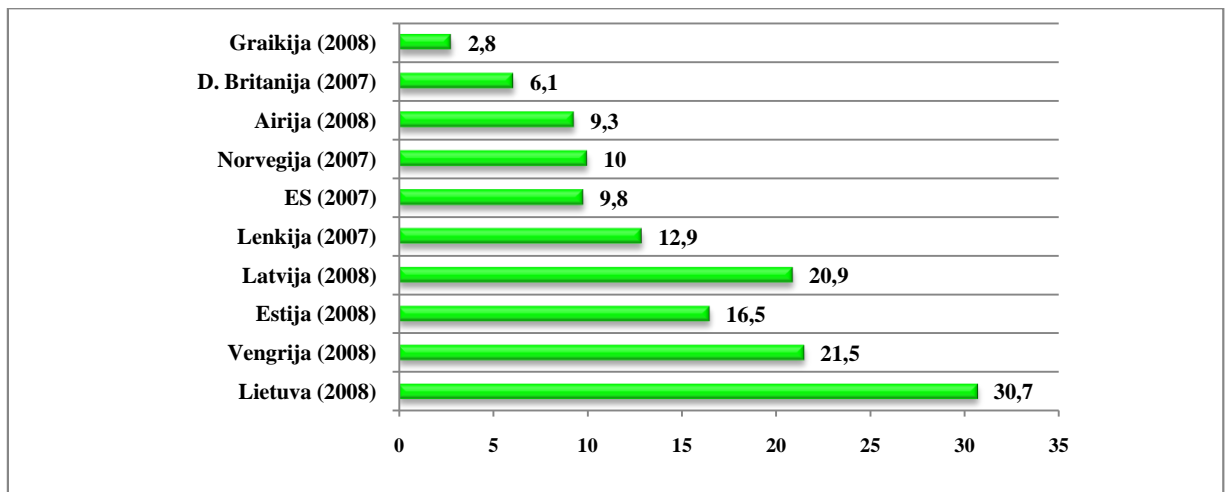
Mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų pastaruosius kelerius metus mažėjo, sumažėjus ir bendram mirtingumui. Tuo tarpu mirtingumas nuo piktybinių navikų Šiaulių mieste augo iki 2008 m., o 2009 m. šis rodiklis sumažėjo ir siekė 244/100 000 gyv. (9 pav.).



9 pav. Mirtingumas pagal priežastis Šiaulių mieste 2004-2009 m. (100 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės

Statistiniai duomenys rodo, kad Baltijos jūros regione yra aiškios sergamumo kai kuriomis ligomis geografinės tendencijos. Galima išskirti dvi šalių grupes, pasižyminčias skirtinga sergamumo struktūra. Lietuva, Latvija ir Estija sudaro bendrą grupę, skirtingą nuo Suomijos, Švedijos, Norvegijos. Pirmosios grupės valstybėse dažniau sergama širdies-kraujagyslių, infekcinėmis ligomis, tuberkulioze, tuo tarpu jose mažiau sergama vėžiu, šizofrenija. Šios dvi šalių grupės pasižymi labai skirtingomis geologinėmis sąlygomis. Be abejo, pagrindinę įtaką sergamumo geografijai turi ekonominiai-socialiniai skirtumai. Tačiau geomedicininė analizė parodė kai kurių susirgimų, tokių, kaip vėžys, infekcijos, širdies-kraujagyslių susirgimai, diabetas, tamprią sąsają ir su geologiniais faktoriais – pirmiausiai natūralia geochemine aplinka (Šliaupa ir kt. 2010).

Transporto įvykiai, apsinuodijimai alkoholiu, tyčiniai susižalojimai (savižudybės) ir pasikėsinimai priskiriami išorinių mirties priežasčių klasei. Jie mirties priežasčių struktūroje užima trečiąją vietą. Transporto įvykių rodikliai kai kuriose ES šalyse pateikti 6 priede. Iš visų išorinių mirties priežasčių, dominuoja mirtys dėl tyčinių susižalojimų (savižudybių). Higienos instituto sveikatos informacijos duomenimis, Šiaulių mieste savižudybės 2009 m. sudarė 35,8 atvejo 100 000 gyv. iš kurių dvigubai daugiau buvo vyrų. Eurostato duomenimis, 2008 metais Lietuvoje savižudybių rodiklis buvo 30,7/100 000 gyv. ir lenkė kitas šalis (10 pav.).



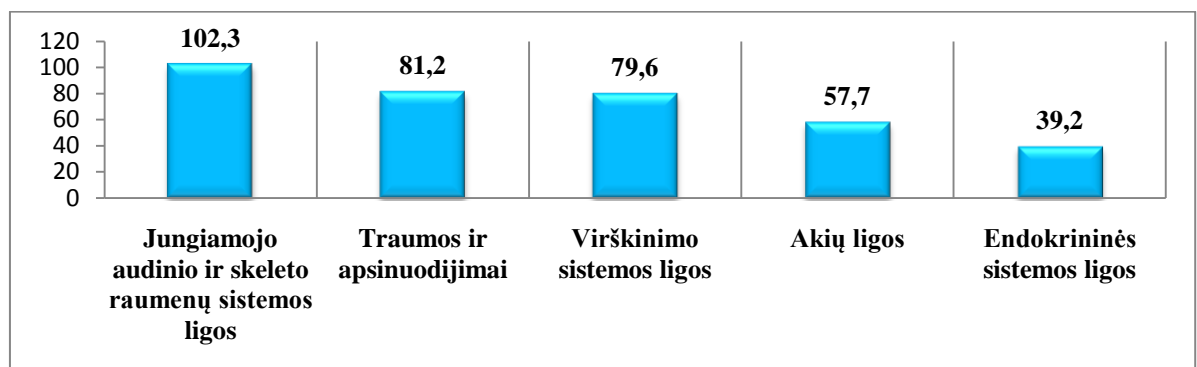
10 pav. Mirtingumas dėl savižudybių kai kuriose Europos šalyse (100 000 gyv.)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Eurostat regional yearbook (2010). Eurostat Statistical books [žiūrėta 2010-11-25]. Prieiga per internetą: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-HA-10-001/EN/KS-HA-10-001-EN.PDF.

Savižudybių paplitimo Lietuvoje tendencijos yra labai savitos. A. Goštautas ir kt. (2010) pažymi, kad iki karo mūsų valstybėje savižudybių dažnis buvo tarp pačių mažiausių Europoje, tuo tarpu, paskelbus nepriklausomybę pradėjo didėti ir maksimumą pasiekė 2002 m. – beveik 45 atvejų 100 tūkst. gyventojų.

Lėtinės neinfekcinės ligos yra viena aktualiausių tiek Šiaulių, tiek visos Lietuvos gyventojų sveikatos problemų. Mažas fizinis aktyvumas, ilgalaikis stresas, neracionali mityba, rūkymas bei nesaikingas alkoholio vartojimas skatina širdies ir kraujotakos sistemos ligų plitimą.

Gyventojų sergamumo struktūra pagal pagrindines ligų klases skiriasi nuo mirtingumo struktūros. Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, 2009 metais daugiausia Šiaulių miesto gyventojų sirgo jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos ligomis (102,3/1 000 gyv.), antroje vietoje buvo traumos bei apsinuodijimai (81,2/1 000 gyv.).

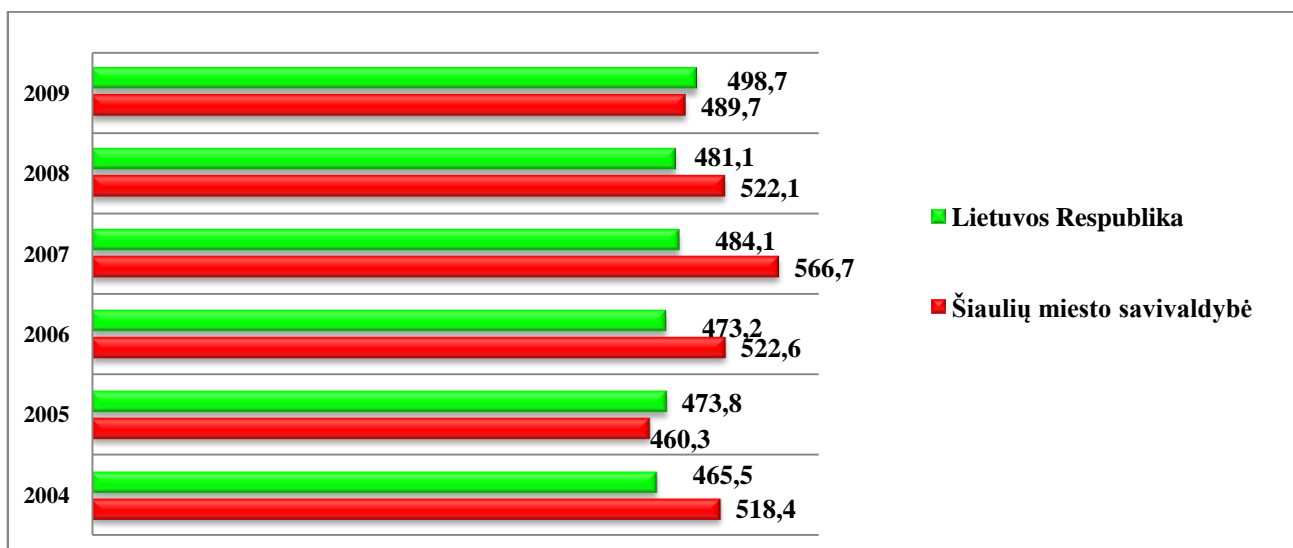


11 pav. Gyventojų sergamumas kai kuriomis ligomis Šiaulių mieste 2009 m. (1 000 gyv.)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

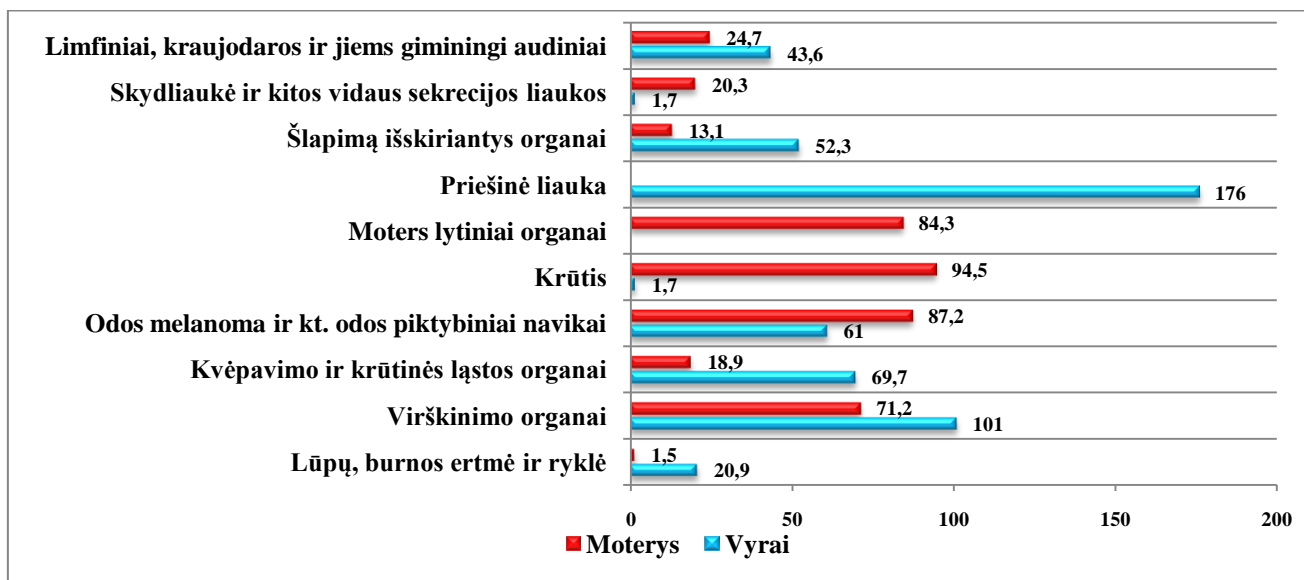
Pastaraisiais metais onkologinių susirgimų šalyje kasmet daugėja. Šiaulių mieste susirgimų šiomis ligomis rodiklis kilo 2005-2007 m. laikotarpyje, o nuo 2008 - mažėjo ir 2009 m. siekė

489,7/100 000 gyv. (12 pav.). Pagal Lietuvos sveikatos programą, iki 2010 m. sergamumą piktybiniais navikais numatyta sumažinti 10 proc., taigi rodiklis turėtų būti 323,4/100 000 gyv.



12 pav. Sergamumas piktybiniais navikais Šiauliuose ir šalyje 2004-2009 m. (100 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Vilniaus universiteto onkologijos institutas

2009 m. Šiauliuose gyvenantys vyrai dažniausiai sirgo priešinės liaukos, virškinimo organų ir kvėpavimo ir krūtinės ląstos organų vėžiu. Moterys – krūties, odos melonama ir kitais odos piktybiniais navikais, bei lytinių organų vėžiu (13 pav.). Pagal visas piktybinių auglių lokalizacijas, dažniau serga vyrai nei moterys. Šiaulių miesto vyrų sergamumas 2009 m. sudarė 543,6 atvejų 100 000 gyventojų, moterų – 438,9 atvejų 100 000 gyventojų.

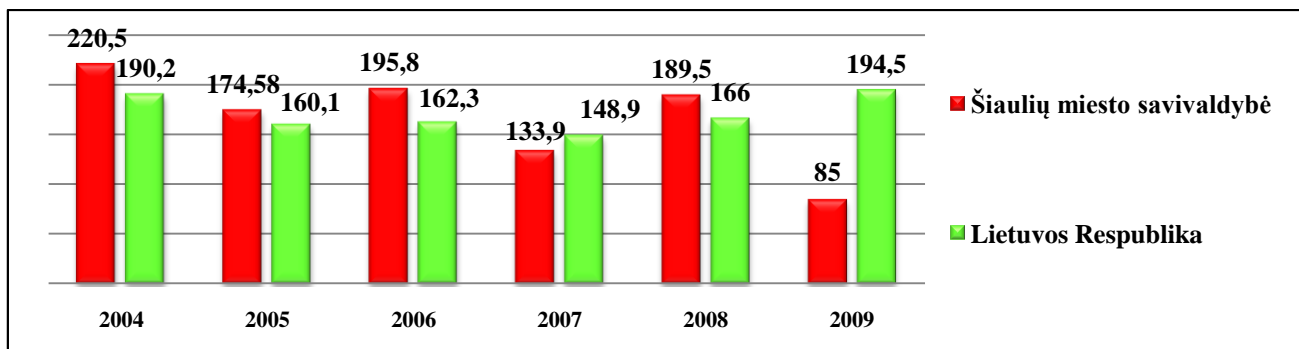


13 pav. Sergamumas piktybiniais navikais pagal lokalizacijas ir lytį Šiauliuose 2009 m. (100 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Vilniaus universiteto onkologijos institutas.

Gimdos kaklelio vėžys (GKV) bei krūties piktybiniai navikai (KPN) užima pirmą ir antrą vietas diagnozuojamų vėžio lokalizacijų struktūroje bei yra vienos dažniausių mirties priežasčių moterų tarpe visame pasaulyje (Doescher, Jackson, 2008; Todorova, 2009). Lietuvoje mirtingumas

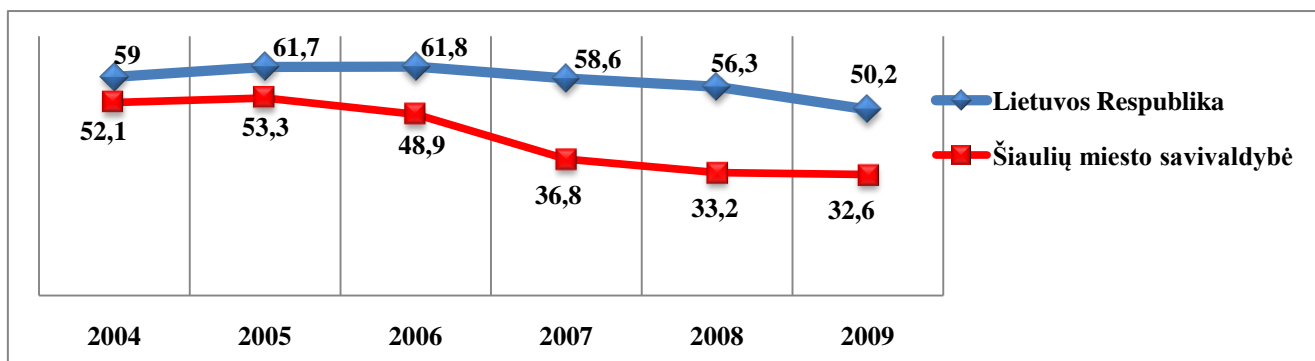
nuo gimdos kaklelio vėžio yra vienas didžiausių visoje Europos Sąjungoje. Krūties piktybiniai navikai – dažniausia Lietuvos moterų mirties priežastis (Smailytė, Kurtinaitis, 2008). Grubūs mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio rodikliai per pastaruosius 44-ius metus buvo didesni kaimo moterų populiacijoje. Anot R. Gurevičiaus ir kt. (2010), didžiąją reikšmę mirtingumo nuo gimdos kaklelio vėžio skirtumams mieste ir kaime turėjo skirtinga moterų struktūra pagal amžių.

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2009 m. sergamumo psichikos ligomis rodiklis Šiaulių mieste buvo 85/100 000 gyv. Didžiausias sergamumas psichikos ligomis 2004-2009 m. laikotarpyje Šiaulių mieste buvo 220,5/100 000 gyv. 2004 m. (14 pav.).



14 pav. Sergamumas psichikos ligomis Šiaulių mieste ir Lietuvoje 2004-2009 m. (100 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

Tuberkuliozė yra viena grėsmingų užkrečiamų ligų. Šiaulių mieste sergamumas tuberkulioze nuo 2005 m. kasmet mažėja ir 2009 m. siekė 32,6 atvejus 100 000 gyventojų. Šalies sergamumas buvo didesnis (50,2/100 000 gyv.). Europos ligų prevencijos ir kontrolės ligų centro duomenimis, 2007 m. Lietuvą sergamumu tuberkulioze lenkė tik Rumunija (118,2/100 000 gyv.).

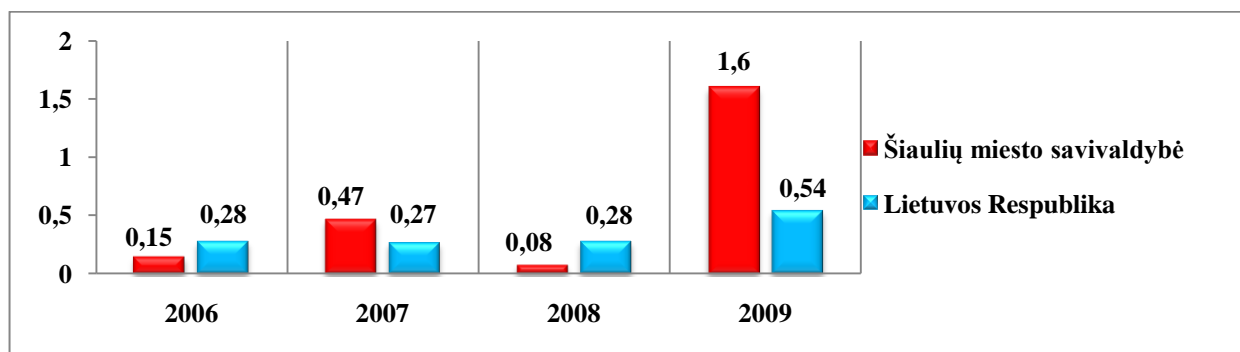


15 pav. Sergamumas aktyvia tuberkulioze Šiaulių mieste ir Lietuvoje 2004-2009 m. (100 000 gyv.).
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

1997–2010 m. programos tiksluose numatyta iki 2010 m. sumažinti sergamumą aktyviaja tuberkuliozės forma iki 45 atvejų 100 000 gyventojų. Šiauliuose jau 2007 m. sergamumas šia liga buvo 36,8.

2009 metais Lietuvoje užregistruoti 180 nauji užsikrėtimo ŽIV infekcijos atvejai. Per visą ŽIV infekcijos registravimo Lietuvoje laikotarpį (1988-2008 m.) užregistruoti 1581 ŽIV infekuotas asmuo. 2009 m. Šiaulių mieste užregistruota net 20 naujų ŽIV infekcijos atvejų – 14 vyrų ir 6

moterys. 2009 m. 735 nėščiosios ištirtos dėl ŽIV, atlikta 912 tyrimų dėl ŽIV nėščiosioms. Taip pat Šiauliuose 2009 m. užregistruoti 3 nauji AIDS atvejai (16 pav.).



16 pav. Sergamumas ŽIV Šiauliu mieste ir Lietuvos Respublikoje 2004-2009 m. (10 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras

Šiaulių miesto gyventojų sveikatos būklės analizė aiškiai parodo spręstinas sveikatos problemas, planuotų siekių neįgyvendinimą, į kuriuos vertėtų atkreipti dėmesį rengiant strateginius prioritetus ir tikslus. Visgi reikia pastebėti, kad iki šiol trūksta tarpsektorinio bendradarbiavimo ir atsakomybės už savo sveikatą, bendros viso ūkio politikos formavimo ir veiksmų koordinavimo, kad mažėtų sveikatos problemas sukeliančių rizikos veiksnių poveikis. Kaip matysime toliau, pirminei sveikatos priežiūrai vis dar nėra pakankamo finansavimo.

2.2.1 Šiaulių visuomenės sveikatos biuro veikla

Lietuvos gyventojai vis dar nepakankamai skiria dėmesio sveikatos profilaktikai ir prevencijai, manydami, kad už sveikatą atsako sveikatos priežiūros specialistai. Nesuvokdami sveikos gyvensenos esmės ir savo atsakomybės už sveikatą, to nepropaguoja, o į specialistus kreipiasi kai turi rimtų sveikatos problemų, kurios vėliau gali turėti ir nepataisomų pasekmių. Sprendžiant sveikatos problemas šalyje per didelis dėmesys skiriamas ligoms gydyti ir per mažas – profilaktikai. Lietuvos gyventojų sveikatą žaloja tabako, alkoholio bei narkotikų vartojimas.

Savivaldybėje visuomenės sveikatos politiką įgyvendina, pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą numato ir organizuoja savivaldybės gydytojas, tačiau kai kuriose savivaldybėse šią instituciją sudaro tik vienas asmuo, o kai kur jo išvis nėra. Dažnai savivaldybės gydytojas sprendžia su asmens sveikatos priežiūromis susijusias problemas, o visuomenės sveikatos priežiūrai skiriama per mažai dėmesio.

Daugiausia dėmesio ir diskusijų sukėlė funkcijų perdavimas savivaldybėms ir Visuomenės sveikatos biurų steigimas jose. Šios įstaigos steigtos moderniajai visuomenės sveikatos priežiūrai vykdyti, siekiant, kad sveikatos specialistai būtų arčiau bendruomenės ir analizuotų bendruomenės problemas, gyventojams suteiktų sveikatos stiprinimo žinias, efektyviai įgyvendintų savivaldybių, valstybines sveikatinimo programas.

Įgyvendinant šalyje visuomenės sveikatos priežiūros reformą, Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2006 m. patvirtino 2006 – 2013 metų Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategiją ir jos įgyvendinimo 2006 – 2008 m. priemonių planą. Lietuvos nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros strategijoje išdėstytos pagrindinės valstybės nuostatos, susijusios su visuomenės sveikatos priežiūros sistemos modernizavimu, kad ji visiškai atitiktų valstybės poreikius ir naujausius tarptautinius reikalavimus, taip pat priemonės šiam tikslui pasiekti. Viena prioritetinių šios pertvarkos krypčių – visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse. Pirmieji keturi pilotiniai savivaldybių Visuomenės sveikatos biurai įsteigti 2006-ais metais. Tai Šiaulių mieste, Joniškio, Kėdainių ir Klaipėdos rajonuose.

Šiame darbe analizuojama Šiaulių miesto visuomenės sveikatos biuro veikla. Šiaulių miesto savivaldybės biuras įsteigtas savivaldybės tarybos 2006 m. rugpjūčio 23 d. sprendimu, savo veiklą pradėjo spalio mėnesį. Pagrindinis biuro veiklos tikslas – rūpintis savivaldybės bendruomenėje visuomenės sveikata ir ją stiprinti. Veiklos pobūdis – nespecializuotų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir teikimas savivaldybės gyventojams (Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro nuostatai, 2008).

Viena iš pagrindinių savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų, numatytų visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme, – visuomenės sveikatos stebėseną, siekiant gauti išsamią informaciją apie gyventojų sveikatos būklę ir ją lemiančius rizikos veiksnius, nustatyti visuomenės sveikatos problemas ir visuomenės sveikatos stiprinimo prioritetus, taip pat remiantis objektyvia informacija planuoti ir įgyvendinti vietines visuomenės sveikatos stiprinimo ir prevencijos programas. Tai apima valstybinių visuomenės sveikatos programų įgyvendinimo masto nustatymą, svarbių bendruomenei sveikatos stiprinimo programų rengimą ir įgyvendinimą, sveikatos saugos ir sveikatos ugdymo bei stiprinimo (ypač vaikų ir jaunimo sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo) priemones, informacijos apie visuomenės sveikatą ir jos gerinimo būdus sklaidą, bendradarbiavimą su valstybės institucijomis, nevyriausybinėmis organizacijomis, bendruomene, šeima.

Pagal 2009 m. rugsėjo 25 d. Nr. A-1118 Šiaulių savivaldybės administracijos direktoriaus įsakymą Šiaulių miesto bendro lavinimo mokyklose dirba 22 visuomenės sveikatos priežiūros specialistės.

Savivaldybės visuomenės sveikatos biuras savivaldybių bendradarbiavimo sutarties pagrindu turi teisę teikti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas ir kitų savivaldybių gyventojams. Taigi Šiaulių miesto visuomenės sveikatos biuras paslaugas teikia Akmenės rajono ir Šiaulių rajono savivaldybėms.

Savivaldybėje vykdoma visuomenės sveikatos priežiūra yra neatsiejama, teisės aktais reglamentuota, nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros sudedamoji dalis visuomenės sveikata ir jos priežiūra yra vienas iš valstybės prioritetų.

2.2.2 Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras kaip dizaino strateginės mokyklos organizacija

H. Mintzberg, B. Ahlstrand ir J. Lampel savo knygoje „Strategy Safari“ (1998) nurodė dešimt skirtingų strategijos mokyklų (6 lentelė) pagal požiūrį į strateginį procesą. Jie aprašė kiekvieną iš šių mokyklų, jų istoriją ir atsiradimą, pagrindines koncepcijas, taikymą, pranašumus ir trūkumus, taip pat situacijas, kai pasirinkto sprendimo taikymas, planuojant įmonės strategiją, galėtų būti tinkamas.

6 lentelė

Strategijos rengimo mokyklos

| | |
|--|---|
| 1. Projektavimo (dizaino) mokykla | Strategijos rengimas suprantamas kaip mąstymo procesas. |
| 2. Planavimo mokykla | Strategijos rengimas kaip formalus procesas. |
| 3. Pozicionavimo mokykla | Strategijos rengimas kaip analitinis procesas. |
| 4. Antrepreneriško požiūrio mokykla | Strategijos rengimas kaip numatymo procesas. |
| 5. Pažinimo mokykla | Strategijos rengimas kaip pažinimo procesas. |
| 6. Mokymosi mokykla | Strategijos rengimas kaip besivystantis procesas. |
| 7. Valdžios mokykla | Strategijos rengimas kaip derybų procesas. |
| 8. Kultūros įtakos mokykla | Strategijos rengimas kaip kolektyvinis procesas. |
| 9. Išorinės aplinkos mokykla | Strategijos rengimas kaip reaguojantis procesas. |
| 10. Konfigūracijos įtakos mokykla | Strategijos rengimas kaip transformacijos procesas. |

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel, J. (1998). Strategy Safari. The complete guide through the wild of strategic management. Prentice Hall. London.

Tokią strateginių mokyklų gausą nulėmė metodologinių požiūrių į strateginį procesą įvairovė. Tokio pobūdžio požiūrių įvairovė būdinga kiekvienos sistemos kūrimo pradiniam etapui, kol neįsigalėjo kuri nors viena vyraujanti koncepcija, apimanti likusias, arba atskiros koncepcijos, dar neintegruotos į vieną sistemą. Tai tik parodo, kad strateginio valdymo teorija kaip mokslas disciplina tebėra labai jauna (Bosas, 2004).

Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras, kaip organizacija, gali būti priskirtina dizaino, kai kurių autorių vadinama projektavimo mokyklai. Pagal šią koncepciją – organizacijos išorinės aplinkos vertinimas – būtina strategijos kūrimo sąlyga. Būtent visuomenės sveikatos biuro pagrindiniai tikslai ir uždaviniai keliami, atkreipiant dėmesį į išorinėje aplinkoje egzistuojančias problemas. Kuriamos visuomenės sveikatinimo programos, siekiant mažinti ar stabilizuoti visuomenėje esančius neigiamus sveikatos rodiklius.

Dizaino mokyklos modelis labiausiai tinka vykstant pokyčiams, kai organizacija išgyvena nepastovumo laikotarpį ir siekia stabilumo. Šis modelis gali tikti ir naujai organizacijai, kuriai reikalinga tiksli kryptis, leidžianti varžytis su labiau patyrusiais konkurentais. Strategija modeliuoja santykį tarp išorinių ir vidinių organizacijos galimybių (Arimavičiūtė, 2005)

Aplinkoje vykstantys įvairūs pokyčiai yra neatsiejami nuo kasdieninio gyvenimo, todėl ir kiekviena organizacija turi mokėti į juos tinkamai reaguoti. Deja tai geba ne kiekvienas ir dažnai pokyčiai turi neigiamos įtakos ne tik socioekonominei, bet ir fizinei, psichinei žmonių būklei. Taigi šiuo atžvilgiu visuomenės sveikatos biurai turi atlikti labai naudingą visuomenei funkciją – ne tik laiku pastebėti pokyčius, identifikuoti jų poveikį visuomenės sveikatai, bet taip pat padėti visuomenei tinkamai reaguoti į juos, kad adaptacija kuo mažiau įtakotų gyventojų sveikatą.

Strategijos įvertinimas dizaino mokykloje yra pagrįstas keturiais pagrindiniais kriterijais, kurie apibrėžia visuomenės sveikatos biuro strategiją:

✚ *Suderinamumas* – strategija nesudaryta iš nesuderinamų tikslų ir požiūrių.

✚ *Bendras sutarimas* – strategija sužadinti vieningą organizacijos požiūrį į išorinę aplinką ir iš jos ateinančius kritinius pasikeitimus.

✚ *Tinkamumas* – strategija nepervertina turimų išteklių, nei sukuria nepasiekiamų tikslų.

Vienintelis kriterijus, kuris nėra taikomas visuomenės sveikatos biurui – pranašumas, t.y. ši organizacija nėra siekianti pelno, todėl nereikia kurti konkurencinių pranašumų.

Nors pagrindinis dizaino mokyklos trūkumas yra tas, kad ji didelį dėmesį skiria galimybei numatyti ateities įvykius, tačiau šiuo atveju, visuomenės sveikatos biuras, kurdamas savo veiklos strategiją, turi gebėti nors minimaliai prognozuoti. Kaip pavyzdį galima imti mirtingumo nuo kraujagyslių ir širdies sistemos sutrikimų rodiklį. Jei matome tendencingai didėjantį šį rodiklį ir konkrečių veiksmų nesiimsime, situacija negerėja, ir galime teigti, kad ir ateityje mirtingumas išliks aukštas. Tai jau prognozė.

Visgi galima daryti išvadą, kad kiekvienai organizacijai pritaikyti vienintelę tinkamą strateginę mokyklą nėra paprasta, nes kiekviena jų individuali, išskirtinė, turinti savo specifinių ypatumų. Tai taikytina ir Šiaulių visuomenės sveikatos biurui, kai galima atrasti tinkamų aspektų iš daugelio strateginių mokyklų.

2.2.3 Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro PEST analizė

Išorės veiksniai

Politiniai veiksniai.

Visuomenės sveikatos priežiūros tikslas – gyventojų visapusė dvasinė, fizinė, ir socialinė gerovė, kurios siekiama organizacinėmis, teisinėmis, ekonominėmis, techninėmis, socialinėmis bei medicinos priemonėmis, padedančiomis įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti.

Steigiant visuomenės sveikatos biurus vadovautasi ES valstybių patirtimi, siekiant priartinti visuomenės sveikatos priežiūrą prie bendruomenės. Biurų veikla siekiama spręsti svarbiausias visuomenės sveikatos problemas, ypač lėtinių neinfekcinių ligų bei jų rizikos veiksnių, taip pat

priklausomybių (alkoholiui, tabakui, narkotikams ir kitoms psichiką veikiančioms medžiagoms), ŽIV/AIDS plitimui ir kitoms, sukuriant veiksmingą poveikio struktūrą.

Pagrindiniai ES politiniai dokumentai apie VS:

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

ES įsipareigojimų savo gyventojų sveikatai istorinė raida klostėsi taip:

1987 m. suvestiniu Europos aktu (100 a ir 118 straipsniai) pripažintos nuostatos, reglamentuojančios sveikatos apsaugos ir darbo aplinkos taisyklių derinimą;

1992 m. – Maastrichto sutartis, įsigaliojusi 1993 m., aplinkos apsaugos 130 straipsnis ir vartotojų apsaugos 129 straipsnis jau reglamentuoja VS veiksmus. Tuometinės sutartį pasirašiusios ES šalys savo VS programoje numatė 8 prioritetines veiklos sritis;

1997 m. – Amsterdamo sutartis, kurią pasirašė 15 šalių ir kuri įsigaliojo 1999 m., numatė tolesnę ES sveikatos politikos plėtrą. Jos 152 straipsnis įpareigojo užtikrinti veiksmingą sveikatos apsaugą tobulinant ir įgyvendinant bet kurios srities Europos politiką;

1998 m. PSO Europos regiono komitetas priėmė Europos strategiją „Sveikata 21“ - pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione.

2002 m. – 2003-2008 m. ES visuomenės sveikatos programa (1786/2002/EB). Joje numatyti 3 strateginiai prioritetai: sveikatos informacija, sveikatą lemiantys veiksniai ir atsakas į grėsmes (Grabauskas, 2004). Pastaroji programa formuoja esminius Europos Bendrijos sveikatos strategijos pagrindus, sutelkiant dėmesį į šiuos tikslus ir bendras priemones: gerinti informaciją ir žinias skatinant visuomenės sveikatos stiprinimą ir sveikatos sistemas; didinti gebėjimą greitai ir suderintai reaguoti į grėsmes sveikatai; spręsti svarbių veiksnių sveikatai klausimus.

2007 m. priimta antroji Bendrijos VS veiksmų programa, kuri remiasi ankstesnės programos rezultatais. Papildydama pirmos programos pasiekimus, 2008-2013 m. EB programa orientuojama į tris pagrindinius tikslus: gerinti gyventojų sveikatos saugumą; skatinti sveikatingumą, apimant skirtumų mažinimą šioje srityje; kaupti ir skleisti informaciją ir žinias apie sveikatą.

Darbas sveikatos labui Bendrijos lygiu papildo valstybių narių veiksmus, visų pirma ligų prevencijos srityje, įskaitant darbą maisto saugos ir mitybos, medicinos produktų saugos srityse, kovojant su rūkymu, priimant teisės aktus dėl kraujo, audinių, ląstelių ir organų, vandens ir oro kokybės ir steigiant įvairias sveikatos politikos srities agentūras. Tačiau yra keletas vis svarbesnėmis gyventojų sveikatai tampančių problemų, kurioms spręsti reikalingas naujas strateginis požiūris.

Pirma, dėl demografinių pokyčių, įskaitant gyventojų senėjimą, kinta ligų ypatumai ir ES sveikatos sistemų tvarumas patiria spaudimą. Antra, pandemijos, rimti fiziniai ir biologiniai incidentai bei bioterorizmas gali kelti didelę grėsmę sveikatai. Klimato kaita lemia naujas užkrečiamųjų ligų ypatybes. Trečia, pastaraisiais metais stebima didelė sveikatos priežiūros sistemų kaita, iš dalies nulemta greitos naujų technologijų, kurios be galo sparčiai keičia mūsų sveikatos ugdymo, ligų numatymo, prevencijos ir gydymo būdus, plėtros (Decision No 779/2007/ec of the European Parliament and of the Council of 20 June 2007).

Todėl 2007 m. spalio 23 d. Komisija baltojoje knygoje „Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris“, išdėstė naujosios strategijos poreikį ir naują požiūrį į esamą VS situaciją. Šioje Baltojoje knygoje siekiama nustatyti nuoseklią sistemą – pirmąją EB sveikatos strategiją – numatyti kryptį Bendrijos veiksams sveikatos politikos srityje. Knygoje siūlomi keturi pagrindiniai principai, pagrindžiantys tris strateginius tikslus, kurie bus artimiausių metų prioritetai. Strategijoje numatytos ir įgyvendinimo priemonės dėl partnerių bendradarbiavimo, užtikrinant, kad būtų atsižvelgta į sveikatos aspektus visose politikos srityse, ir siekiant didesnio dėmesio bei geresnio supratimo apie sveikatą Bendrijos mastu. Šioje Baltojoje knygoje nustatoma strategija iki 2013 m., kai bus atliktas persvarstymas siekiant nustatyti tolesnius veiksmus strategijos tikslams įgyvendinti (Decisions adopted jointly by the European Parliament and the Council, 2007).

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

Pacientų sauga – vienas iš svarbiausių ES politinės darbotvarkės tikslų. 2005 m. valstybės narės pradėjo sistemingai diskutuoti pacientų saugos klausimais, kurie tapo sveikatos priežiūros prioritetu. Sveikatos paslaugų ir medicininės priežiūros aukšto lygio grupėje buvo įkurta darbo grupė, kuri padeda Europos Komisijai lengvinti ir remti valstybių narių veiklą. Aktyvūs darbo grupės nariai yra ir Pasaulio sveikatos organizacija (visų pirma per Pasaulinį pacientų saugos aljansą), Europos Taryba, EBPO bei Europos pacientų, gydytojų, slaugių, farmacininkų, dantistų bei ligoninių asociacijos. 2009 m. patvirtinta Tarybos rekomendacija 2009/C151/01 dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės, kurios grindžiamos PSO darbu, siekiant atrasti efektyvią pacientų apsaugos sistemą (Tarybos rekomendacija „Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės“, 2009).

Širdies ir kraujagyslių ligos – pagrindinė mirties priežastis Europos Sąjungoje: jos lemia apie 40 proc. visų mirčių (2 milijonų žmonių mirčių) per metus. Siekdami gerokai sumažinti dėl širdies ir kraujagyslių ligų susidaranti finansinę naštą, Europos sveikatos tinklas (EHN) ir Europos kardiologų draugija, gavę paramą pagal visuomenės sveikatos programą, parengė Europos širdies sveikatos chartiją. Šios chartijos tikslas yra smarkiai sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų paplitimą

Europos Sąjungoje ir PSO Europos regione bei mažinti sergančiųjų šiomis ligomis priežiūros netolygumus šalyse ir tarp šalių. Chartija rekomenduoja pasirašiusias šalis skatinti ir remti visas priemones teikiant pirmenybę gyvenimo pokyčiams, kurie padės smarkiai sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų plitimą (Europos širdies sveikatos chartija, 2007).

Liuksemburgo deklaracija, priimta pirmininkaujant Liuksemburgui, sudarė Liuksemburgo susitikime dalyvavusių šalių nacionalinių sveikatos apsaugos ministerijų, Europos bei nacionalinių Širdies draugijų ir Širdies fondų sutartį, skatinančią energingai vykdyti šiuolaikinę širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją ir užtikrinti, kad efektyvios priemonės, veiklos kryptys bei poveikio priemonės būtų įgyvendinamos visose Europos šalyse.

Remiant lėtinių neinfekcinių ligų politikos spektrą, Europos komisija finansuoti projektą „Euro širdis: Europos širdies sveikatos strategija“. Šis projektas yra dalis 2003-2008 m. Europos VS programos dalis, kurio trukmė 2007-2010 m. Įtrauktos 21 šalys, numatyta analizuoti ir planuoti valstybių narių politiką ir priemones, skirtas širdies ir kraujagyslių sveikatos skatinimui, taip pat partnerystės skatinimas tarp sveikatos priežiūros specialistų, nevyriausybinių organizacijų, vyriausybių ir visuomenės sveikatos institucijų (EuroHeart: European Heart Health Strategy, 2010).

2007 m. gegužės mėn. Europos Komisija priėmė Baltąją knygą, kurioje apibrėžė kovos su antsvoriu ir nutukimu strategiją. Joje numatyta sprendžiant šias problemas derinti veiksmus įvairiose srityse: žemės ūkio, transporto, sporto, švietimo, visuomenės sveikatos ir maisto. Strategijoje dar kartą pabrėžiama, kad minėta platforma yra geresnio bendradarbiavimo nacionaliniu ir vietos lygmenimis pavyzdys. Pagal strategiją suburta nauja aukšto lygio grupė, kurią sudaro visų valstybių narių vyriausybių atstovai. Šios baltosios knygos tikslas – nustatyti integruot ES požiūrį, kuris padėtų sumažinti netinkamos mitybos, antsvorio ir nutukimo sukeltas sveikatos problemas (Baltoji knyga „Dėl Europos strategijos su mityba, antsvoriu ir nutukimu susijusiomis sveikatos problemomis“, 2007).

2001 m. patvirtinta ES rekomendacija dėl alkoholio vartojančio jaunimo, 2006 m. spalio mėnesį Europos Komisija patvirtino alkoholio visapusišką strategiją, siekdama skatinti valstybes nares mažinti žalą, kurią sukelia alkoholis Europoje (An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm, 2006). 2007 m. pavasarį parengta Žalioji knyga „Europa be tabako dūmų: politikos alternatyvos ES mastu“.

2004 m. gruodžio mėn. Europos Vadovų Taryba vieningai patvirtino 2005–2012 m. ES kovos su narkotikais strategiją, kurios tikslas – užtikrinti aukštą apsaugos, gerovės ir socialinės sanglaudos lygį vykdant narkotikų vartojimo prevenciją ir jį mažinant. Priimta strategija aiškiai parodė, kad politinis susirūpinimas narkotikų daroma žala visoje Europos Sąjungoje yra svarbesnis nei esami valstybių narių požiūrių skirtumai. Šia strategija, įgyvendinta dviem vėliau priimtais ES kovos su narkotikais veiksmų planais, visos valstybės narės įsipareigoja laikytis tokių pačių pagrindinių

principų: mažinant narkotikų pasiūlą ir poreikį reikia laikytis suderinto metodo, kuris, visų pirma ir svarbiausia, būtų pagrįstas pagrindiniais ES teisės principais ir kuriuo visais atžvilgiais būtų remiamos vertybės, kuriomis grindžiama Sąjunga: pagarba žmogiškajam orumui, laisvė, demokratija, lygybė, solidarumas, teisinė valstybė bei žmogaus teisės (2009-2012 m. Europos Sąjungos kovos su narkotikais veiksmų planas, 2008).

XX amžiaus 9-ojo dešimtmečio pabaigoje ŽIV ir AIDS epidemija tapo viena svarbiausių Europos Sąjungos sveikatos problemų ir svarbiu politiniu prioritetu. ES siekia:

- skatinti ŽIV ir AIDS prevenciją bei plačiau informuoti piliečius šia tema, gerinti priežiūrą,
- sukurti tinklus, susiejančius pagrindinius kovos su ŽIV ir AIDS srityje veikiančius partnerius,
- sudaryti palankias sąlygas skleisti gerą patirtį.

Pastaraisiais metais padidėjo žmonių, kuriems diagnozuota ŽIV infekcija, skaičius daugelyje ES valstybių narių ir rytinėse Europos Sąjungos kaimynėse. Todėl, kad ŽIV ir AIDS epidemija ateityje būtų pažabota, reikia sustiprinti dabartines priemones ir veiksmus (ŽIV ir AIDS, 2009).

2004 m. Dubline vyko konferencija, pavadinta „Partnerystė kovojant su ŽIV/AIDS Europoje ir Centrinėje Azijoje“. Priimta Dublino deklaracija, kurioje susitarta dėl tam tikrų veiksmų, siekiant mažinti ŽIV/AIDS plitimą Europoje ir Centrinėje Azijoje. 2005 m. gruodžio 15 d. Komisija priėmė komunikatą dėl kovos su ŽIV/AIDS Europos Sąjungoje ir kaimyninėse šalyse 2006-2009 m.

ES politika padeda apsaugoti ir gerinti psichikos sveikatą, plačiau informuoti su ja susijusiais klausimais ir kurti Europos sistemą, kuria naudodamiesi politikos, praktikos ir mokslinių tyrimų klausimais bendradarbiautų ir vertinga patirtimi dalytųsi vyriausybės bei įvairių sektorių atstovai. Tai įgyvendinti siekiama Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktu, kuriame išskiriami 5 prioritetai: depresijos ir savižudybių prevencija; jaunimo psichikos sveikata ir švietimas; darbuotojų psichikos sveikata; pagyvenusių žmonių psichikos sveikata; kova su pasmerkimu ir socialine atskirtimi (Europos paktas dėl psichinės sveikatos ir gerovės, 2008).

1995–2005 metais, bendradarbiaujant PSO, Europos Sąjungos institucijoms, Pasaulio bankui, universitetams, pasaulyje ir Europoje iš naujo įvertintas psichikos sveikatos vaidmuo saugant ir stiprinant visuomenės sveikatą. Suomijai inicijavus šį svarbų psichikos sveikatos klausimą, buvo priimta keletas svarbių sveikatos politikos dokumentų: 2001 metais buvo paskelbtas PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“, o 2005 metais PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje Europos valstybės priėmė Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaraciją ir Veiksmų planą 2005–2010 metams (Lietuvos Psichikos sveikatos strategija, 2007). Pagrindinis dokumentų tikslas – siekti, kad visose Europos valstybėse

psichikos sveikatai būtų skirtas sustiprintas dėmesys, nes psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga, netgi pradeda vyrauti, palyginti su kitais sveikatos sutrikimais (Davidovidienė, 2007).

Šiuo metu vėžio kontrolės ir priežiūros padėtis ES šalyse labai nevienoda, ir tai kelia susirūpinimą. 2008 m. Europos Parlamentas priėmė rezoliuciją dėl kovos su vėžiu išsiplėtusioje ES. Naujausias teisinis dokumentas, skirtas kovai su vėžiu – EB komunikatas „Europos partnerystė aktams prieš vėžį“ (COM(2009)291/4).

Atsižvelgdama į traumų socialinę reikšmę pagal jų skaičių, į įvairių traumų kategorijų sunkumą bei pasekmes, į patikrintus duomenis apie veiksmų veiksmingumą ir į sėkmingo veiksmų įgyvendinimo galimybes valstybėse narėse, 2006 m. Europos Bendrijų komisija pateikė Tarybos rekomendaciją dėl traumų prevencijos ir saugumo skatinimo (KOM(2006)329). Prioritetinės sritys yra: vaikų ir paauglių saugumas, pagyvenusių žmonių saugumas, pažeidžiamų eismo dalyvių saugumas, sporto traumų prevencija, traumų, patirtų dėl vartotojams skirtų produktų arba paslaugų, prevencija, savižalos prevencija, smurto prevencija.

Vaikų sveikata – ypač svarbus klausimas. Pagrindinis iniciatyvinis dokumentas įgyvendinant PSO rekomendacijas Europos regione – 2005 m. priimta Europos strategija Vaikų ir paauglių sveikata ir raida. Šioje Strategijoje atkreipiamas dėmesys į vaikų ir paauglių augimo ir vystymosi sąlygas, pradedant antenataliniu periodu ir iki vaikas tampa suaugusiu. Joje akcentuojamos tokios prioritetinės sveikatos sritys: mityba; užkrečiamosios ligos (tuberkuliozė, ūmi virusinė respiracinė infekcija, žmogaus imunodeficito virusas, įgytasis imuninio nepakankamumo sindromas); traumos, nelaimingi atsitikimai ir smurtas; fizinė aplinka; psichosocialinis vystymasis ir psichikos sveikata. Taip pat įvardijamos pagrindinės problemos ir nurodomi galimi jų sprendimo būdai atskirais vaiko ir paauglio raidos tarpsniais, akcentuojama tarpsektorinio bendradarbiavimo svarba (European Strategy for Child and Adolescent Health and Development, 2005).

Keturi regioniniai prioritetiniai tikslai buvo išskelti 2004 m. birželio 25 d. priimtame Europos vaikų aplinkos ir sveikatos veiksmų plane. Šie tikslai ir eilė veiksmų, skirtų jiems įgyvendinti, užsibrėžti siekiant ligų, kurias sukelia pagrindiniai aplinkos rizikos faktoriai, naštos sumažinimo (Childrens' Environment and Health Action Plan for Europe, 2004).

Egmond'o darbotvarkė, priimta Europos konferencijoje „Švietimas ir sveikatos stiprinimas mokyklose, švietimo ir sveikatos sektorių bendradarbiavimas“, Nyderlanduose, 2002 m. rugsėjo 24-27 d., apima geriausias moksliniais įrodymais ir praktine veikla grindžiamus veiksnius, suvokta kaip esminis dalykas, kuriant sėkmingas sveikatos stiprinimo programas. Sėkmingiausių rezultatų gauta įgyvendinant programas bendradarbiaujant sveikatos ir švietimo sektoriams.

Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijos „Sveikatą stiprinanti mokykla – investicija į mokymą, sveikatą ir demokratiją“ rezoliucija priimta 1997 m. Graikijoje skelbia, kad

sveikatos stiprinimas mokyklose yra investicija į sveikatą, švietimą ir demokratiją. Konferencijos išvada – 10 principų, kurie pabrėžė sveikatą stiprinančių mokyklų vertingumą ir jos tikslus.

Lietuvos politiniai dokumentai apie VS.

Nepriklausomos Lietuvos nacionalinės sveikatos politiką imta kurti, kai VI Lietuvos gydytojų sąjungos (LGS) atkuriamasis suvažiavimas priėmė rezoliucijas ir medicinos visuomenę įpareigojo parengti naują Lietuvos nacionalinę koncepciją (Jankauskienė ir kt., 2007). PSO „Sveikata visiems“ politikos pagrindu 1991 m. Seimas priėmė Nacionalinės sveikatos priežiūros koncepciją. Ji nustatė sveikatos priežiūros politikos ilgalaikius ir trumpalaikius tikslus bei šios sferos problemų sprendimo intelektualinį pagrindą (Gustainienė, 2003).

Šios koncepcijos pagrindu buvo priimta Lietuvos sveikatos programa ir pradėta sveikatos apsaugos reforma. Lietuvos sveikatos 1997 – 2010 m. programoje numatyti pagrindiniai tikslai iki 2010 metų, remiantis prioritetinėmis Lietuvos gyventojų sveikatos problemomis:

- Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas.
- Sveikatos santykių teisumas.
- Gyvenimo kokybės pagerinimas.

Svarbus žingsnis įgyvendinant Nacionalinės sveikatos koncepcijos, Sveikatos sistemos įstatymo bei Sveikatos programos nuostatas, buvo Nacionalinės sveikatos tarybos (NST) įsteigimas (1998 m.) bei padėjusios funkcionuoti bendruomenių sveikatos tarybos. 2001 m. liepos 27 d. priimta Lietuvos Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategija (Gustainienė, 2003). Pastaroji 2006 m. koreguota, apibrėžtas laikotarpis – 2006-2013 metai, bei patvirtintas 2006-2008 m. strategijos įgyvendinimo priemonių planas. Strategijos tikslas – pagerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, ilginti gyvenimo trukmę – mažinti sergamumą, mirtingumą ir neįgalumą, ypač daug dėmesio skirti dažniausioms mirties priežastims: nelaimingiems atsitikimams ir traumoms, širdies bei kraujagyslių ligoms, onkologiniams susirgimams, psichikos sveikatos sutrikimams.

Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcija, numatanti sveikatos politikos pagrindus, sveikatos ir jos apsaugos valstybinį reguliavimą, sveikatos sistemos valdymo pagrindus, sveikatos apsaugos ekonomikos pagrindus, laikytina strateginiu dokumentu, pagrindžiančiu tolesnę sveikatos sistemos teisėkūrą (Jankauskienė ir kt., 2007).

Kitos aktualios VS programos yra 2006 m. priimta alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos programa. Jos paskirtis – užtikrinti bendrosios (pirminės) prevencinės veiklos veiksmingumą. Programa grindžiama bendradarbiavimu tarp mokyklos, šeimos ir įvairių specialistų, o vykdoma remiantis pagrindiniais bendrosios (pirminės) prevencijos principais.

Programos turinys, atsižvelgiant į ugdymo patirties ypatumus ir atitinkamos prevencinės veiklos poreikį, pritaikytas kiekvienam amžiaus tarpsniui ir apima ikimokyklinį, priešmokyklinį, pradinį, pagrindinį ir vidurinį ugdymą.

Programa skiriama kenksmingų ir psichiką veikiančių medžiagų – buitinių cheminių medžiagų, vaistų, alkoholio, tabako, narkotikų ir kitų psichiką veikiančių medžiagų – vartojimo bendrajai (pirminei) prevencijai vykdyti.

Valstybės tabako kontrolės programos svarbiausias tikslas – mažinti rūkymo plitimą, jo socialinę ir ekonominę žalą sveikatai. Programos prioritetas – vaikai ir jaunimas. Vienas svarbiausių tikslų – riboti prieinamumą prie tabako gaminių. Šia programa siekiama įgyvendinti Valstybės tabako kontrolės politikos principus: ginti žmogaus teises į gyvenimą be rūkymo, ginti nerūkančiųjų teises į aplinką be tabako dūmų, mokesčiais mažinti rūkalų prieinamumą, drausti tabako gaminių reklamą, jų realizavimo ir vartojimo rėmimą, didinti visuomenės informuotumą apie rūkalų vartojimo daromą socialinę ir ekonominę žalą sveikatai, skatinti rūkančiuosius mesti rūkyti (Lietuvos Respublikos Tabako kontrolės įstatymo 3 straipsnis). Tuo pačiu principu parengta Valstybės alkoholio kontrolės programa.

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, investuojant į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimą ir šiuolaikinių technologijų diegimą, bei siekiant sumažinti sergamumą pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis, mirtingumą nuo jų tuo pačiu ir nuo išorinių mirties priežasčių, 2007 m. patvirtinta sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007-2013 m. programa.

Būtina paminėti Lietuvoje parengtą ir patvirtintą Lietuvos psichikos sveikatos strategiją (Žin., 2007, Nr. 42-1572). Tai ganėtinai ambicingas dokumentas, keliantis rimtus uždavinius ir tikslus, numatantis svarbiausias veiklos kryptis. Jame daug dėmesio skiriama ne tik psichikos sutrikimų turinčių pacientų bei jų šeimos narių pagalbai, bet ir kol kas mūsų šalyje dar naujam dalykui – psichikos sutrikimų prevencijai ir visuomenės psichikos sveikatos problemoms (Davidonienė, 2007).

2000 m. Lietuvoje buvo parengta Skurdo mažinimo strategija, o 2002 m. lapkritį Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino šios strategijos įgyvendinimo 2002-2004 metams programą. Programoje nustatyti prioritetiniai tikslai ir priemonės skurdo mažinimui, kurių imasi Vyriausybė ir kitos valstybinės institucijos. Tai labai svarbūs dokumentai, padedantys visuomenei geriau įsigilinti ir suvokti šiuos klausimus, sustiprinti institucinę veiklą skurdo mažinimo srityje (Binkauskienė, Misiūnas, 2004).

1.2 Ekonominiai veiksniai.

Gyventojų sveikatos būklę lemia tai, koks yra šalies ekonominio išsivystymo lygis, kultūros ypatumai bei politinis įsipareigojimas rūpintis savo gyventojų sveikata. Ekonominiai veiksniai

(dirbančiųjų asmenų skaičius, gyventojų pajamos, atskaitomi fizinių pajamų ir socialinio draudimo mokesčiai, mokesčių tarifai ir kt.) turi įtakos valstybės biudžeto pajamoms, iš kurių yra finansuojamas visuomenės sveikatos sektorius. Šalyje nuolat didėja nedarbo lygis, mažėja vidutinio darbo užmokestis. Skirtumai tarp Lietuvos ir kitų Europos Sąjungos šalių, ekonomikos išsivystymo lygio atžvilgiu, vis dar nemaži: šalies ekonomika nesudaro pakankamų socialinės plėtros ir užimtumo sąlygų, šalyje padidėjusi socialinė regioninė diferenciacija, egzistuoja sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai tarp atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių, atotrūkis tarp kaimo ir miesto gyventojų pajamų. Ekonominiai skirtumai taip pat lemia įvairias socialines problemas: priklausomybę nuo alkoholio, tabako, narkotikų, žemą gimstamumo lygį, didelį savižudybių skaičių ir kt.

1.3. Socialiniai veiksniai.

Šalies socialiniai veiksniai turi didelės įtakos visuomenės sveikatos priežiūrai. Lietuvoje gyventojų skaičius jau daugelį metų mažėja. Tokia pati situacija stebima ir Šiauliuose. Gyventojų skaičius mažėja dėl neigiamo migracijos saldo ir labai mažo natūralaus gyventojų prieaugio. Natūralus gyventojų prieaugis 2008 metais Šiaulių mieste sudarė -0,5 (2007 m. -2,1), šalyje – -2,6 (2007 m. – -3,9) 1 000 gyv. (Lietuvos Statistikos departamento duomenys). Pagal tarptautiniu mastu priimtais vertinimais, Lietuva priskiriama prie demografiškai senėjančių šalių grupės, tai yra didėja senyvo amžiaus (60 metų ir vyresnių) žmonių skaičius bendrame gyventojų skaičiuje. 2009 metų pradžioje Šiaulių miesto savivaldybėje pagyvenusių žmonių buvo – 18,8 proc., o apskrityje 20,7 proc. Vaikai (0 -14 metų amžiaus) sudarė 13,7 proc., o apskrityje – 15,3 proc. gyventojų senėjimą lemia du veiksniai – gimstamumo mažėjimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimas. Senstant populiacijai didėja visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų poreikis. Lemiamą įtaką populiacijos senėjimui turi žemas gimstamumas.

Technologijų pažanga, neracionali mityba, stresas darbe, greitėjantis gyvenimo tempas sąlygoja žmonių gyvenimo būdo pasikeitimą, sergamumo ir mirtingumo nuo lėtinių neinfekcinių ligų didėjimą. 2008 m. Lietuvoje daugiau kaip pusė (53,9 proc.) visų mirusių asmenų mirė nuo kraujotakos sistemos ligų (Lietuvos Statistikos departamentas). Mirtys dėl piktybinių auglių ir toliau išlieka svarbia sveikatos problema. Piktybiniam augliams tenka antroji vieta tarp mirties priežasčių.

Nepaisant modernių gydymo ir efektyvių profilaktikos priemonių, infekcinės ligos išlieka epidemiologiškai svarbi visuomenės sveikatos priežiūros sritis. Viena iš grėsmingų užkrečiamų ligų yra tuberkuliozė. Šiaulių apskrityje 2008 metais, lyginant su 2007 metais sergamumas tuberkulioze pakilo nuo 50,6 atvejo iki 52 atvejo 100 000 gyv.

Kadangi Šiauliuose yra spręstinių socialinių problemų, labai svarbu gerinti visuomenės sveikatos priežiūrą Šiaulių apskrityje bei mieste, didinti visuomenės informuotumą, didesnę dėmesį skirti vaikų sveikos gyvensenos ugdymui, bendruomenės švietimui.

1.4 Technologiniai veiksniai

Šiuolaikinės technologijos suteikia galimybę gauti naujausią informaciją, efektyviai bendradarbiauti ir operatyviai informuoti reikiamas institucijas ir visuomenę aktualiais visuomenės sveikatos klausimais. Tačiau šiuo metu Biuras nėra pakankamai aprūpintas reikalinga technika ir informacinėmis technologijomis.

Nuo 2008 m. pradėta naudotis Biuro internetine svetaine, kuri užtikrina spartesnę informacijos perdavimą ir efektyvesnę bendradarbiavimą.

2. Vidaus veiksniai

2.1 Teisinė bazė

Nustatydamas savo veiklos kryptis, Šiaulių VS biuras vadovaujasi ES 2002 m. patvirtinta 2003-2008 m. visuomenės sveikatos programa (1786/2002/EB), 2007 m. priimta antrąja Bendrijos visuomenės sveikatos veiksmų programa (1350/2007/EB), kuri remiasi ankstesnės programos rezultatais. ES kai kurios patvirtintos direktyvos - Europos Sąjungos direktyva dėl tabako produktų reklamos priimta 2003 m., pagal kurią draudžiama tabako produktų reklama; šiuo metu ji apima reklamą už nacionalinės sienos ribų ir sporto finansavimą. Tabako kontrolės pagrindų konvencija – 2004 m. ES Taryba patvirtino Pasaulio Sveikatos Organizacijos tabako kontrolės pagrindų konvenciją.

Šiaulių miesto savivaldybės taryba dar 2005 m. rugsėjo 29 d. sprendimu Nr. T-307 pritarė Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro steigimui, o 2006 m. rugpjūčio 23 d. sprendimu Nr. T-283 įsteigė Šiaulių miesto savivaldybės VS biurą. Gavus tikslinę valstybės dotaciją, buvo parengti ir patvirtinti visuomenės sveikatos priežiūrai įgyvendinti savivaldybėje reikalingi dokumentai. Tai 2007-2010 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos stebėsenos programa, patvirtinta Savivaldybės tarybos 2007 m. gegužės 24 d. sprendimu Nr. T-194. Šiuo sprendimu buvo patvirtinta ne tik stebėsenos programa, bet ir privalomi stebėti objektai, juos apibūdinantys duomenys ir rodikliai, duomenų šaltiniai, duomenų valdytojai, ir teikėjai, duomenų teikimo tvarka ir finansavimo šaltiniai, kasmetinės ataskaitos forma. Kitas svarbus dokumentas – Savivaldybės tarybos 2007 m. rugpjūčio 23 d. sprendimu Nr. T-295 patvirtinta 2007–2013 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos priežiūros strategija, kurios prioritetinės kryptys yra:

visuomenės sveikatos stebėseną, informavimas, sveikatos stiprinimas, sistemos veiksmingumo užtikrinimas.

Siekiant Šiaulių miesto vizijos „Šiauliai – Saulės miestas: atviras, veržlus saugus“, Savivaldybės taryba 2006 m. rugsėjo 28 d. sprendimu Nr. T-313 patvirtino 2007-2016 metų Šiaulių miesto strateginį plėtros planą, ir strateginio veiklos plano 12 programų, tarp jų ir Bendruomenės sveikatinimo programą. Bendruomenės sveikatinimo programos ilgalaikis prioritetas – atvira, kūrybinga ir atsakinga bendruomenė. Tikslai: pagerinti gyventojų sveikatos rodiklius: sumažinti sergamumą, ligotumą, invalidumą; sudaryti prielaidas ilgesniam ir sveikesniam gyvenimui; įtraukti bendruomenę į sveikatinimo veiklą; mažinti socialinius sveikatos netolygumus.

Biuras savo veikloje vadovaujasi Lietuvos Respublikos Konstitucija, Biudžetinių įstaigų ir kitais Lietuvos Respublikos įstatymais, teisės aktais, Lietuvos Respublikos tarptautinėmis sutartimis, Respublikos Prezidento dekretais, steigėjo nurodymais, Biuro direktoriaus įsakymais, potvarkiais ir Biuro nuostatais bei taisyklėmis.

Visuomenės sveikatos priežiūros specialybių ir subspecialybių sąrašas išdėstytas 2001 m. balandžio 2 d. LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialybių, subspecialybių sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 31-1043).

Savivaldybės vykdomos visuomenės sveikatos funkcijos įgyvendinimas registruojamas ataskaitoje, kuri buvo patvirtinta LR Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. Nr. 606 nutarimu „Dėl savivaldybės vykdomų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimo ataskaitos teikimo tvarkos ir ataskaitos formos patvirtinimo“.

Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų vadovams kvalifikacijai tobulinti priimtas įsakymas „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų vadovų, jų pavaduotojų ir skyrių vedėjų kvalifikacijos tobulinimo visuomenės sveikatos vadybos klausimais programos tvirtinimo“. Siekiant pagerinti visuomenės sveikatos priežiūros specialistų profesinio tobulinimo kokybę, 2009 m. gruodžio 14 d. patvirtintas įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. vasario 9 d. įsakymo Nr. V-97 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialistų profesinio tobulinimo kursų programų tvirtinimo“ pakeitimo. Pastaruoju pakeistu įsakymu įtraukta daugiau profesijų.

2008 m. kovo 15 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdiniai nuostatai (Žin., 2008, Nr. 35-1253).

Savivaldybės visuomenės sveikatos biure privalomų pareigybių sąrašas (Žin., 2007, Nr. 121-4983): 1. Direktorius; 2. Visuomenės sveikatos stebėsenos specialistas; 3. Visuomenės sveikatos stiprinimo specialistas; 4. Vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistas. Priimtame įsakyme taip pat išdėstyti visuomenės sveikatos stebėsenos ir stiprinimo skyriaus specialistų kvalifikaciniai reikalavimai. Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro etatinė struktūra pavaizduota 17 priede.

Viena iš pagrindinių savivaldybių VS priežiūros funkcijų, yra visuomenės sveikatos stebėseną. Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatyme, kuris patvirtintas 2002 m. liepos 3 d. nutarimu Nr. IX-1023, reguliuoja santykius, atsirandančius renkant, kaupiant, apdorojant, saugant, analizuojant ir pateikiant duomenis, susijusius su visuomenės sveikata ir ją veikiančiais sveikatos rizikos veiksniais. Vykdydamos įstatymą savivaldybių institucijos turi organizuoti savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną Sveikatos apsaugos ministerija nustatyta tvarka ir atlikti įstatyme nustatytas funkcijas. Remiantis šio įstatymo 8 straipsnio, 2 dalimi *Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatus ir Bendruosius savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatus rengia Sveikatos apsaugos ministerija, tvirtina Vyriausybė ar jos įgaliota institucija*, 2003 m. rugpjūčio 19 d. patvirtintas įsakymas „Dėl valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų tvirtinimo“ Nr. V-500. Priimtas įsakymas nustato visuomenės sveikatos stebėsenos programų rengimo bei įgyvendinimo ir visuomenės sveikatos stebėsenos vykdymo tvarką, kuri privaloma visiems valstybės visuomenės sveikatos stebėseną vykdančioms juridiniams bei fiziniams asmenims. Tuo tarpu savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos organizavimą, programų rengimo, vykdymo, kontrolės bei duomenų ir informacijos teikimo tvarką reglamentuoja 2008 m. vasario 14 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-118. Taip pat šiame įsakyme aiškiai apibrėžiama, kad savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną vykdo savivaldybės visuomenės sveikatos biuras. Bendruosius savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos atlikimo principus nustato LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl savivaldybėms skirtų visuomenės sveikatos stebėsenos atlikimo rekomendacijų patvirtinimo“.

Duomenų rinkimas, analizė ir sklaida turėtų būti vykdomi vadovaujantis Lietuvos Respublikos statistikos įstatymu (Žin., 1993, Nr. 54-1048; 1999, Nr. 114-3299).

Visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašas išdėstytas 2004 m. lapkričio 26 d. Nr. V-837 priimtame LR sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2004 Nr. 174-6465).

Siekiant užtikrinti gyventojų informavimą aktualiais visuomenės sveikatos priežiūros, saugos bei stiprinimo klausimais 2007 m. kovo 28 d. Nr. V-204 patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų informacijos pateikimo gyventojams tvarkos aprašo“ (Žin., 2007 Nr. 38-1421).

Kad savivaldybėse vis dėlto vyktų visuomenės sveikatos stebėseną ir ji tarnautų efektyvių ir laiku pateiktų sprendimų priėmimui, būtina parengti vieningą VS informacinę sistemą; standartizuoti stebėsenos įgyvendinimo metodus, metodikas, priemones ir taisykles; parengti poįstatyminius teisės aktus LR Profesinės sveikatos įstatymui vykdyti; aiškiai reglamentuoti, kas priklauso valstybės ir savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos sistemai; nustatyti stebėsenos

vykdymo įkainius ir nerinkti tiek įvairiausių rodiklių ir duomenų, kokių negalima panaudoti darant įtaką gyventojų sveikatai (Kaip vykdysime savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną, 2004).

Visuomenės sveikatos priežiūrą mokyklose nusako Lietuvos Respublikos švietimo įstatymo 23 straipsnis, kuriame teigiama, kad sveikatos priežiūrą mokykloje vykdo visuomenės sveikatos priežiūros specialistas. Jis atlieka pirminę visuomenės sveikatos priežiūrą, teikia sveikatinimo veiklos metodinę konsultacinę pagalbą mokytojams, mokiniams, jų tėvams (globėjams, rūpintojams), vykdo kitą veiklą Sveikatos apsaugos ministerijos ir Švietimo ir mokslo ministerijos nustatyta tvarka. Pagal šį straipsnį, 2005 m. gruodžio 30 d. patvirtintas įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“, kuris nustato sveikatos priežiūros mokykloje tikslą, uždavinius, organizavimą, sveikatos priežiūros mokykloje dokumentaciją, visuomenės sveikatos priežiūros specialisto funkcijas, pareigas, teises ir atsakomybę.

Atsižvelgiant į vis prastėjančią Lietuvos vaikų socialinę, psichologinę padėtį, nepakankamą vaikų švietimą ir ugdymą, 2005 m. vasario 17 d. Nr. 184 priimtas nutarimas „Dėl vaiko gerovės valstybės politikos strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2005-2012 m. plano patvirtinimą“ ir jo pakeitimai. Šio nutarimo pagrindu, 2008 m. patvirtintas nutarimas „Dėl vaikų sveikatos stiprinimo 2008-2012 m. programos patvirtinimo“. Programos tikslas – plėtoti vaikų sveikatos stiprinimą – ugdyti vaikams sveikos gyvensenos įpročius, užtikrinti vaikų sveikatos stiprinimo prieinamumą visoje šalyje, gerinti jo kokybę, tam vienyti valstybės ir savivaldybių institucijų, mokslo ir visuomenės pastangas. Taigi, siekiant aktyvaus vaikų sveikatos stiprinimo, ir įgyvendinant minėto vaiko gerovės valstybės politikos strategijos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų plano 2.2 priemonė – plėtoti sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas, kurio tvarka nustatyta 2007 m. rugpjūčio 16 d. įsakyme (Žin., 2007, Nr. 91-3656).

Vykdydamos Lietuvos sveikatos programą, Nacionalinę sveikatos koncepciją ir kitus dokumentus, skirtus formuoti vaikų ir moksleivių sveikatos politiką, Sveikatos apsaugos ministerija bei Švietimo ir mokslo ministerija vadovaujasi sveikatos stiprinimo ir ugdymo strateginėmis gairėmis, kurios išdėstytos LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro 2000 m. kovo 23 d. įsakyme Nr. 169/299 „Dėl sveikatos apsaugos politikos strateginių gairių vaikų ir moksleivių sveikatos srityje“ (Žin., 2000, Nr. 27-738).

Labai svarbu mokyklose užtikrinti saugią ir sveiką aplinką mokyklos bendruomenei bei sudaryti tinkamas sąlygas vaiko gerovei ir švietimo veiksmingumui. Šiam tikslui, pagal 2004 m. rugsėjo 17 d. LR švietimo ir mokslo ministro įsakymą Nr. ISAK-1462 (Žin., 2004, Nr. 145-5281), savivaldybės administracijoms nustatyta:

✓ sudaryti savivaldybėse prevencinio darbo koordinavimo grupes įtraukdamos policijos, Vaiko teisių apsaugos tarnybos, socialinės, švietimo ir sveikatos priežiūros bei kitų institucijų,

dalyvaujančių prevencinėje veikloje atstovus bei įgyvendina priemones, kurios padėtų užtikrinti vaiko teisę į mokslą ir sugrąžintų į mokyklą jos nelankančius vaikus;

✓ organizuoti mokytojams, socialiniams pedagogams, psichologams, visuomenės sveikatos specialistams, klasės auklėtojams kvalifikacijos kėlimą narkotinių medžiagų, alkoholio bei tabako vartojimo, smurto, savižudybių ir kitais prevencinio darbo klausimais.

Siekdamas pagerinti keitimąsi informacija tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir mokyklų buvo patvirtintas LR sveikatos apsaugos nutarimas „Dėl statistinės apskaitos formos nr. 027-1/a „vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo (Žin., 2005, Nr. 3-38).

Sveikatą stiprinanti mokykla – mokykla, kurioje pasitelkiant mokyklos bendruomenę ir socialinius partnerius ugdomi mokinių sveikos gyvensenos įgūdžiai, kuriama mokyklos bendruomenės sveikatai palanki fizinė ir psichosocialinė aplinka (Žin., 2007, Nr. 91-3656). Pagrindinis tikslas – visų mokyklos bendruomenės narių sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas, padedant mokiniams formuoti sveikos gyvensenos įgūdžius bei sukuriant sveikatai palankią fizinę ir psichosocialinę aplinką (Barnekow Rasmussen, Rivett, Burgher, 1999).

Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikaciją patvirtina visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1d. įsakymu Nr. V-630.

Sveikatos priežiūra Šiaulių bendrojo lavinimo mokyklose organizuojama vadovaujantis Šiaulių miesto tarybos sprendimu „Dėl sveikatos priežiūros organizavimo Šiaulių miesto savivaldybės bendrojo lavinimo mokyklose“, priimtu 2006 m. lapkričio 23 d. Nr. T-410.

Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo naujoje tvarkoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. balandžio 22 d. nutarimu Nr. 321, nustatyti specialistų pareigybių, steigiamų pagal sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo nuostatas, steigimo savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose rekomenduojami normatyvai:

- viena specialisto pareigybė – 1 000 mokinių gyvenamosiose vietovėse, turinčiose 3 000 ir daugiau gyventojų;
- viena specialisto pareigybė – 500 mokinių gyvenamosiose vietovėse, turinčiose mažiau kaip 3 000 gyventojų.

Savivaldybės sveikatos priežiūrą mokyklose gali remti steigdamos specialistų pareigybes mažesniai už rekomenduojamą mokinių skaičiui.

Pagrindinis visuomenės sveikatos stiprinimo specialistų tikslas – propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos stiprinimo ir prevencijos žinias, plėtojant formalų ir neformalų visuomenės mokymą. Šie specialistai turi daugiausiai išmanyti ir žinoti įvairias visuomenės sveikatos sritis

reglamentuojančius teisės aktus, kadangi atlieka higieninius privalomuosius mokymus, vykdo formalų ir neformalų sveikatos švietimą.

Kaip jau minėta, viena iš visuomenės sveikatos biuro funkcijų – vesti privalomuosius sveikatos mokymus įvairių profesijų darbuotojams pagal 2008-01-28 d. LR SAM įsakymą Nr. V-69 „Dėl privalomojo pirmosios pagalbos mokymo programos, privalomojo higienos įgūdžių mokymo programos ir privalomojo mokymo apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai mokymo programos patvirtinimo“. Įsakyme pateikiami privalomojo pirmosios pagalbos mokymo, privalomojo higienos įgūdžių mokymo ir privalomojo mokymo apie alkoholio žalą sveikatai mokymo programos ir jų aprašai. Visuomenės sveikatos stiprinimo specialistai bene labiausiai turėtų išmanyti įvairių teisės aktų, nes jų veikla yra labai plati, mokymai įvairūs. Pagrindiniai teisės aktai jų srityje yra LR tabako kontrolės įstatymas, LR alkoholio kontrolės įstatymas, LR triukšmo valdymo įstatymas, LR žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas, LR narkotikų ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas, LR atliekų tvarkymo įstatymas, LR geriamojo vandens įstatymas LR darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas bei kiti dokumentai, išdėstyti 1 priede.

Biuras, siekdamas efektyvesnės visuomenės sveikatos stebėsenos, bendradarbiauja su KMU ir vykdo biomedicininis gyvensenos tyrimus, vadovaudamiesi Lietuvos Respublikos biomedicininis tyrimų etikos įstatymu.

2.2 Organizacinė struktūra

Biuras pavaldus Šiaulių miesto savivaldybei. Biurui vadovauja direktorius, kurį priima į pareigas ir atleidžia iš pareigų Šiaulių miesto savivaldybės administracijos direktorius.

Biuro organizacinę struktūrą sudaro trys skyriai: vaikų ir jaunimo priežiūros, stiprinimo ir stebėsenos ir programų skyrius.

2.3 Žmogiškieji ištekliai

Biure 2010 m. sausio 1 d. buvo 38,5 etatai, 38 darbuotojai. Iš visų dirbančiųjų turi 6 asmenys turi įgiję aukštąjį universitetinį išsilavinimą, 26 asmenys, įgiję aukštąjį neuniversitetinį ir aukštesnįjį išsilavinimą, ir 6 darbuotojai (ne sveikatos srities), iš kurių 3 su aukštuoju universitetiniu ir 3 su aukštuoju neuniversitetiniu ar aukštesniu juo išsilavinimu. Darbuotojai yra pakankamai kvalifikuoti, nemaža dalis jų studijuoja universitetuose, turi pakankamai patirties, sudarytos palankios sąlygos kelti kvalifikaciją kursuose ar seminaruose.

Pagal 2009 m. rugsėjo 25 d. Šiaulių miesto savivaldybės administracijos direktoriaus įsakymo pakeitimą, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų skaičius, dirbančių mokyklose, sumažėjo iki 22,0 etatų (prieš tai, 2006 m. lapkričio 23 d. Nr. T-410 Tarybos sprendimu buvo įsteigti 25 etatai).

7 lentelė

Duomenys apie personalą, kurio pagrindinė funkcija – sveikatos ugdyimas ir mokymas (2010 m.)

| Specialistai | Eil. Nr. | Sveikatos edukologai, sveikatos mokymo organizatoriai, sveikatos mokytojai, valeologai | | Kiti specialistai | |
|------------------|----------|--|---|---|---|
| | | aukštasis universitetinis išsilavinimas | aukštasis neuniversitetinis ir aukštesnysis išsilavinimas | aukštasis universitetinis išsilavinimas | aukštasis neuniversitetinis ir aukštesnysis išsilavinimas |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Etatai | 1 | | | 12,75 | 17 |
| Fiziniai asmenys | 2 | | | 14 | 18 |

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: sveikatos ugdymo ir mokymo ataskaita Nr. 41-1 sveikata, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. vasario 11 d. Nr. V-111

2.4 Planavimo sistema

Biuro veikla organizuojama vadovaujantis biuro veiklos planu, kuris rengiamas atsižvelgiant į Šiaulių miesto visuomenės sveikatos biuro 2007-2013 m. strategiją, Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006 – 2013 m. strategiją, strateginio planavimo metodiką, 2007-2010 m. Šiaulių miesto visuomenės sveikatos stebėsenos programą, Lietuvos sveikatos programą 1997 – 2010 m., valstybės prioritetus.

2.5 Finansiniai ištekliai

Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras yra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos iš savivaldybės biudžeto iš dalies išlaikoma biudžetinė įstaiga. Biuro darbuotojai finansuojami (iki 2011 m.):

1/3 lėšų iš Šiaulių miesto savivaldybės;

2/3 lėšų iš SAM.

Nuo 2011 m. biuro darbuotojus išlaiko miesto savivaldybė, SAM skiria lėšas tik veiklai.

Pagal Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarką, PSDF biudžeto ir savivaldybės skirtomis lėšomis finansuojamos visuomenės sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčio ir veiklos išlaidos sveikatos priežiūrai mokyklose organizuoti ir vykdyti. Kadangi šioje tvarkoje neregamentuojama, kokį visos sumos procentą gali sudaryti medikamentams (tvarsliavai) bei kitai veiklai skiriamos lėšos, šios sumos savivaldybėse yra labai skirtingos (2007).

Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos specialistai, dirbantys mokyklose finansuojami:

1/3 lėšų iš Šiaulių miesto savivaldybės;

2/3 lėšų iš PSDF.

2.6 Apskaitos tinkamumas

Biure apskaita organizuojama vadovaujantis Lietuvos Respublikos buhalterinės apskaitos įstatymu, biudžetinių įstaigų buhalterinėmis apskaitos organizavimo taisyklėmis, nuo 2010 m. sausio 1 d. VSAFAS (Viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartai) apskaitos standartais. Biure naudojama programa DEBETAS – darbo užmokesčio ir turto apskaitos sistema.

2.7 Ryšių sistema

Biuro veikloje naudojamos fiksuitojo, faksimilinio, mobiliojo ir internetinio ryšio sistemos. Įdiegti vidiniai kompiuterių tinklai, darbuotojams sudarytos galimybės naudotis internetu, elektroniniu paštu. Stebėsenos ir programų skyrius turi įsigijęs SPSS 17.0 for Windows programinę įrangą, todėl sudarytos sąlygos vykdyti socialinius tyrimus. Įgalioti darbuotojai naudojami higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenų baze.

2.8 Vidaus kontrolės sistema

Biuro veiklos valstybinę kontrolę atlieka steigėjas, Sveikatos priežiūros įstaigų ir kituose įstatymuose nurodytos institucijos. Biuro finansinės veiklos kontrolė atliekama įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka. Biuro administracija privalo pateikti steigėjui, valstybės kontrolės institucijoms jų reikalaujamus, su Biuro veikla susijusius dokumentus.

2.2.4 Šiaulių visuomenės sveikatos biuro SSGG analizė

STIPRYBĖS

Idiegtos šiuolaikinės technologijos leidžia efektyviau bendrauti, greičiau gauti, skleisti, keistis reikalinga informacija. Informacinės technologijos labai padeda vaikų ir jaunimo skyriui kada reikia susisiekti su visomis mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistėmis, perduoti joms reikalingą informaciją.

Sukurto įstaigos internetinio puslapio dėka visuomenė gali artimiau susipažinti su visuomenės sveikatos biuro vykdoma ir būsima veikla, funkcijomis, rengiamomis akcijomis ir visa kita svarbia informacija. Įsigyta multimedijos įranga leidžia kokybiškai ir vaizdžiai dėstyti paskaitas, privalomuosius higieninius mokymus.

Atliekami Šiaulių miesto gyventojų ir mokinių gyvenenos tyrimai, kurių metu išryškėja sveikatos būklė. Būtina paminėti, kad Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras bendradarbiauja su Lietuvos sveikatos mokslų universitetu (buvusiu Kauno medicinos universitetu) ir dalyvauja vykdant tarptautinį „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenena ir sveikata“ tyrimą Šiauliuose. Šis tyrimas jau buvo organizuotas 2 kartus (2008 m. ir 2010 m.). Taip pat Šiauliuose vykdomas suaugusių žmonių gyvenenos tyrimas. Pirmasis toks buvo vykdomas 2008 m., kitas organizuojamas 2011 m. Pagrindinis tikslas – ištirti Šiaulių miesto suaugusių ir mokinių gyvenenos ypatumus bei gyveneną veikiančius veiksnius. Vykdyti pokyčių stebėseną. Be to, gyvenenos stebėseną yra viena iš Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2007 m. gegužės 24 d. sprendimu Nr. T-194 patvirtintą Šiaulių miesto savivaldybės administracijos direktoriaus 2007 m. birželio 22 d. įsakymu Nr. A-831 patvirtintą 2007-2010 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos stebėsenos programos įgyvendinimo 2007-2008 metų plano priemonių. Kadangi mokinių

gyvensenos tyrimas yra tarptautinis, jis vykdomas daugelyje pasaulio šalių, todėl yra puiki galimybė palyginti rezultatus su kitomis šalimis.

2009 m. vasario – kovo mėnesiais vykdytas „Mokinių mitybos organizavimo mokyklose“ tyrimas, tyrimas taip pat derintas su KMU. Šio tyrimo metu įvertinti Šiaulių miesto ir apskrities mokyklų vyresniųjų klasių mokinių mitybos įpročiai ir maitinimo kokybė.

2010 m. visuomenės sveikatos biuras įsijungė į naujo tyrimo „Lietuvos vaikų augimo/nutukimo stebėseną“ organizavimą Šiaulių mieste. KMU Profilaktinės medicinos katedros mokslininkai šį naują PSO Europos biuro inicijuotą projektą 2007/2008 m. Planuojamas tęstinis tyrimas, po dviejų metų pakartotinai atliekant tirtųjų vaikų antropometrinius matavimus pasirinktose mokyklose. Toks tyrimas taptų realia prielaida sukurti ir įdiegti vaikų nutukimo stebėsenos sistemą Lietuvoje.

2010 metų lapkričio mėnesį Šiaulių miesto savivaldybėje bendradarbiaujant su Higienos institutu, buvo vykdomas mokinių vykimo į mokyklą ir grįžimo iš jos saugos tyrimas. Šio tyrimo tikslas – įvertinti mokinių saugaus atvykimo/išvykimo į/iš mokyklos galimybes mokyklos aplinkos aspektu.

Gavus tyrimo duomenis, bus galima išryškinti Šiaulių miesto gyventojų gyvensenos ypatumus, atkreipti Šiaulių miesto politikų, asmens ir sveikatos priežiūros įstaigų, nevyriausybinių organizacijų ir visų, siekiančių sveikinti Šiaulių miesto gyventojų bendruomenės gyvensenos ypatumus, problemas, remtis tyrimo rezultatais, taikant, diegiant, siūlant priemones sveikatos stiprinimo ir ugdymo programoms įgyvendinant.

Platus bendradarbiavimo su kitomis institucijomis spektras. Šiaulių miesto savivaldybės Visuomenės sveikatos biuras plėtoja bendradarbiavimą su socialiniais partneriais, nes tik bendras sutelktas, įvairiapusis darbas visose veiklos srityse gali teigiamai įtakoti visuomenės sveikatą. Tai vienas iš būdų pasiekti efektyvių visuomenės sveikatos stiprinimo rezultatų.

Visuomenės sveikatos biuras inicijuoja ir plėtoja ryšius su mokslo, ugdymo, socialinės, psichologinės pagalbos, teisėsaugos, gydymo ir kitomis įstaigomis ir institucijomis, nevyriausybėmis organizacijomis.

Mokymo ir ugdymo įstaigos:

- ✚ Šiaulių universitetas (sudaryta sutartis), Šiaulių kolegija (ruošama sutartis).
- ✚ Miesto ugdymo įstaigos: mokyklos (sudarytos sutartys), lopšeliai – darželiai (metodinės konsultacijos).

2007 m. mokyklų visuomenės sveikatos specialistės pradėjo dirbti visuomenės sveikatos biure, taigi buvo pasirašytos bendradarbiavimo sutartys su mokyklų direktoriais. Bendradarbiaujama su institucijomis visuomenės sveikatos stebėsenos srityje (11 priedas). Pasirašomos sutartys su Šiaulių bei Akmenės rajonų savivaldybėmis. Sutarties dalykas – visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimas. Taip pat bendradarbiaujama su

nevyriausybiniomis organizacijomis. Iš Šiaulių apskrities ugdymo centro perimtas metodinis nevyriausybinių organizacijų konsultavimas. Viso bendroje veikloje dalyvauja penkiolika organizacijų (11 priedas)

Nevyriausybines organizacijas yra vienos reikšmingiausių sveikatos srities partnerių. Naudodamos savo glaudų ryšį su žmonėmis, jos turėtų atskleisti jų poreikius, įtraukt juos į veiklą. Siekiant gerinti sveikatą, reikia sukurti ir plėtoti priemones, padedančias sutelkti pagrindinį dėmesį bendradarbiavimui tarp partnerių palaikyti (Grabauskas ir kt., 2004).

Vedami privalomieji sveikatos mokymai, už jas gaunamos lėšos. Visuomenės sveikatos stiprinimas apima sveikatos mokymą, informacijos apie sveiką gyvenseną skleidimą, sveikos gyvensenos propagavimą, formavimą ir nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimą.

Privalomasis sveikatos mokymas – tai Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytų profesijų (veiklos sričių) darbuotojų ir visuomenės grupių sveikatos mokymas pagal patvirtintas specialiąsias programas (4 priedo 1-2 lent.). Tai pradiniai žingsniai nustatytų profesijų (veiklos sričių) ir paslaugas teikiančių asmenų teorinės kompetencijos ugdyme, mažinant nuo jų elgsenos priklausomus visuomenės sveikatos rizikos veiksnius.

Šiaulių visuomenės sveikatos stiprinimo specialistai rengia privalomuosius higienos įgūdžių; privalomuosius pirmosios pagalbos teikimo bei privalomuosius mokymus apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai.

Licencijuojama visuomenės sveikatos priežiūros veikla verstis turi teisę juridiniai asmenys, turintys visuomenės sveikatos priežiūros veiklos licenciją privalomajam pirmosios pagalbos mokymui. Lektoriai turi būti išklause atitinkamus kursus ir turėti licenciją.

2010 m. šiems privalomiesiems mokymams vykdyti, licencijas turėjo 2 visuomenės sveikatos priežiūros specialistai. Privalomieji pirmosios pagalbos, higienos įgūdžių mokymai bei mokymai apie alkoholio ir narkotikų žalą vykdomi pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą privalomojo pirmosios pagalbos/higienos įgūdžių mokymo programą. Visuomenės sveikatos biuras rengia ir tvirtina mokymų planus ir pagal juos moko nustatytų profesijų ir veiklos sričių asmenis. Mokymo planai rengiami pagal anksčiau minėto įstatymo priede pateiktus pavyzdžius ir ne rečiau nei kas penkeri metai papildomi ir atnaujinami.

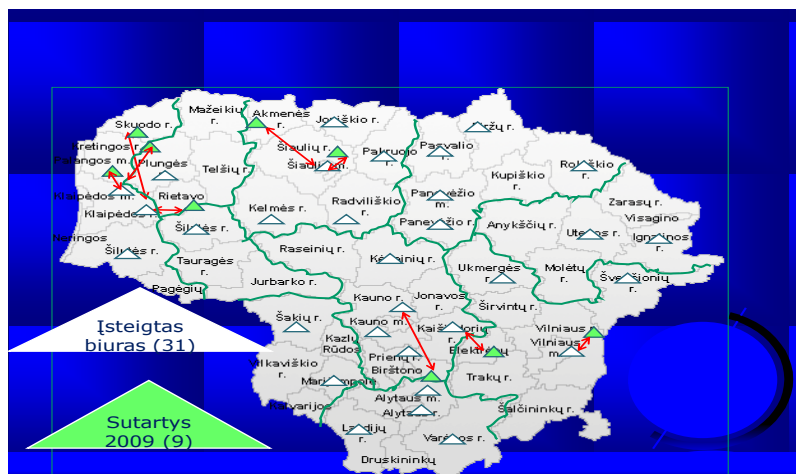
Vienoje besimokančioje grupėje gali būti iki 24 žmonių. Vykdam pratybas grupė dalijama į du ar daugiau pogrupių. Asmenims, turintiems medicinos, visuomenės sveikatos arba slaugos studijų krypties bakalauro ar magistro kvalifikacinio laipsnio ar jiems prilygintą išsilavinimą (baigusiems studijas iki 1995 metų – aukštąjį arba specialųjį vidurinį medicininį išsilavinimą), sveikatos žinių atestavimo pažymėjimai (pirmosios pagalbos ir higienos įgūdžių mokymų) gali būti išduodami be mokymo kursų lankymo (išskyrus darbuotojams, kurių veikla susijusi su medicininių atliekų

tarkymu sveikatos priežiūros įstaigose), išlaikiusiems teorinių žinių testą bei gavusiems teigiamą praktinės užduoties įvertinimą (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 14-490, 2008).

Privalomųjų higieninių įgūdžių ir pirmosios pagalbos mokymo kursų įkainiai patvirtinti Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2009 m. balandžio 30 d. sprendimu T-148 (5 priedas). 2009 m. buvo planuota surinkti 80 tūkst. litų, planas viršytas 33,0 tūkst., t.y. surinkta 113,0 tūkst., visuomenės sveikatos biurui perleisti 88 tūkst. Lt. Per 2010 m. planuota iš privalomųjų sveikatos mokymų surinkti 85 tūkstančių litų, tačiau planas vėl buvo viršytas ir surinkta 98 tūkst. Lt, iš kurių visi perleisti biurui naudoti.

Kuriamas savivaldybių visuomenės sveikatos biurų tinklas. Siekiant įtvirtinti visuomenės sveikatos svarbą savivaldybių politikoje, būtina plėsti visuomenės sveikatos biurų tinklą Lietuvoje įkuriant savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros biurus bei jų išlaikymui skiriant pakankamą finansavimą, gerinti visuomenės sveikatos priežiūros veiklos koordinavimą valstybės lygiu, stiprinant sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių visuomenės sveikatos mokslo įstaigų gebėjimus. Visuomenės sveikatos priežiūros biurų plėtra užtikrins geresnį visuomenės sveikatos priežiūros ikimokyklinėse įstaigose ir mokyklose koordinavimą, pagerins konsultavimo, informavimo, mokymo ir kitų visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumą vaikams ir jaunimui, šeimoms, bendruomenėms, nevyriausybinėms organizacijoms (Sveikatos sistemos plėtros pagrindinės nuostatos, 2010).

2010 m. Lietuvoje buvo įsteigti 32 biurai. Daugiau nei pusė visuomenės sveikatos biurų dar tik kuriasi ir žengia pirmuosius žingsnius.



17 pav. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų plėtra (2009 m.)

Šaltinis: Sketerskienė, R. (2009). *Sveikatos priežiūra mokykloje: reformos lūkesčiai ir realijos*. Sveikatos priežiūros organizavimas ugdymo įstaigose: dabartis ir perspektyvos. Konferencinė medžiaga. Ignalina.

2007 m. įsteigta savivaldybių visuomenės sveikatos biurų asociacija. Susibūrę į Asociaciją puoselėjama viltį būti išgirstiems Seime, norima inicijuoti diskusijas Sveikatos reikalų komitete apie įstatymus, tiesiogiai liečiančius visuomenės sveikatą. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų

asociacija įsteigta, siekiant apjungti savivaldybių visuomenės sveikatos biurus ir stiprinti visuomenės sveikatos priežiūrą savivaldybėse, skatinti kokybišką visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą savivaldybių gyventojams.

Aktyviai pajungiamos žiniasklaidos priemonės. Darbas su žiniasklaida – neatsiejama sveikatos stiprinimo dalis, nuo kurio labai priklauso programų, organizuojamų akcijų sėkmė. Labai svarbu skleisti informaciją apie konkrečią visuomenės sveikatos biuro veiklą, rengiant reportažus, pokalbius arba rašant straipsnius, paviešinant atskirų projektų veiklas bei dirbančius žmones.

Įgyvendinant biuro veiklą svarbu, kad visuomenė būtų informuota ne tik apie biuro tikslus, uždavinius ir numatomas priemones, bet ir apie numatytų priemonių įgyvendinimo rezultatus bei atskirų projektų veiksmingumą.

Vykdoma prevencinė veikla. Pagrindinės pirmalaikės mirties ir negalios priežastys yra nelaimingi atsitikimai ir sužalojimai, psichikos sutrikimai, vėžiniai susirgimai, kraujo apytakos sutrikimai ir kvėpavimo ligos. Visas šias problemas galima spręsti įgyvendinant veiksmingą prevencinę veiklą ir propaguojant sveiką gyvenimą (Prevencija ir sveikos gyvensenos propagavimas, 2011).

SILPNYBĖS

Šiaulių bendruomenė pasyviai įsitraukia į sveikatinimo veiklą. Pastebėta, kad vykdant įvairius sveikatinimo renginius, nėra paprasta į veiklą įtraukti suaugusius Šiaulių miesto gyventojus. Viena iš galimų priežasčių tai, kad savivaldybių visuomenės sveikatos biurai vis dar nauja, mažai žinoma įstaiga. Ne kiekvienas gali pasakyti kokios biuro funkcijos, dažnas sieja jį su visuomenės sveikatos centro veikla.

Dėl ilgą laiką buvusio „nemokamo gydymo“ įsitvirtinusi nuostata, kad asmens sveikata priklauso ne nuo paties žmogaus, o nuo valdžios priimamų sprendimų. Gyventojai stokoja motyvacijos rūpintis savo sveikata ir sąmoningai dalyvauti gydymo procese, nes sveikatos priežiūrą supranta kaip „nemokamą“ paslaugą. Gydytojai, vis dar vadovaudamiesi biomedicininio požiūriu į ligą, stokoja visapusiško (holistinio) požiūrio į sergantį žmogų, kuris nevertinamas platesniame biopsichosocialiniame kontekste. Neįsigilinama į žmogaus gyvensenos ypatumus (Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenys, 2007).

Kitas aspektas, kur ryškiai jaučiamas gyventojų pasyvumas – dalyvavimas nemokamose prevencinėse programose, skirtose onkologiniams susirgimams. Onkologiniai susirgimai yra viena opiausių šių dienų sveikatos problema, kurios galima išvengti. Tai antroji priežastis mirtingumo struktūroje. Šią ligą įmanoma išgydyti aptikus ją ankstyvojoje stadijoje, todėl vienintelis dalykas ką gyventojai turi padaryti – apsilankyti pas šeimos gydytoją ir patikrinti. Juo labiau, kad vykdomos nemokamos profilaktinės programos. Šiuo metu Lietuvoje Privalomojo sveikatos draudimo fondo

biudžeto lėšomis finansuojamos ir vykdomos šešios prevencinės profilaktinės programos, ir net keturios iš jų yra skirtos onkologinių susirgimų prevencijai bei profilaktikai.

Neatmetama galimybė, kad tokį pasyvų dalyvavimą įtakoja nepakankamas specialistų – tėvų bendradarbiavimas. Be to dažnas pilietis nepasitiki naujovėmis, remiasi nusistovėjusi nuomone, kad už sveikatą atsakingas sveikatos specialistas, gydytojas, o į sveikatos priežiūros įstaigą kreipiasi tik tada kai jaučia ligos simptomus.

Santykinei mažas darbo užmokestis skatina specialistus ieškoti geriau apmokamo darbo.

Šiuo metu, šalyje vis dar nesibaigiant krizei, kai yra sumažinti atlyginimai, rasti kvalifikuotų specialistų nėra lengva. Mokslo institucijos kasmet rengia apie 1400 visuomenės sveikatos specialistų, tačiau į visuomenės sveikatos priežiūros įstaigas jie retai įsidarbina. Į tolimesnius rajonus visai nevažiuoja. Kaip vieną iš svarbiausių priežasčių Lietuvos visuomenės sveikatos asociacijos (LVSA) nariai nurodo nepakankamai pripažintą visuomenės sveikatos specialistų autoritetą ir mažą atlyginimą. Visuomenės sveikata iki šiol nėra orientuota į rinką, nes šioje srityje neįmanoma greitai įvertinti darbo rezultatų ar parodyti materialinę naudą (Kleinienė, 2006).

Darbuotojų motyvacijos trūkumas. *Poreikių teorija* – motyvacijos teorija, pagrįsta žmonių poreikiais (ypač susijusiais su darbu), kad gyvenimas būtų visavertis. Remiantis poreikių teorija, asmuo motyvuotas tuomet, kai jis gyvenime dar nepasiekė tam tikro pasitenkinimo lygio. Pagal A. Maslow (2006), žmogaus motyvacija susideda iš penkių poreikių hierarchijos: fiziologinių, saugumo, priklausomumo, pagarbos ir saviraiškos. Taigi darbuotojams pirmiausia reikia algos (kad galėtų pramisti patys ir išmaitinti savo šeimą) ir saugios darbo aplinkos (darbo garantijų), po to vadovai gali pradėti naudoti tokias skatinimo priemones, kurios suteiktų jiems priklausomybės jausmą, galimybių tobulėti ir leistų pajusti kitų pagarbą sau. Darbo užmokestis vis dar motyvuoja žmones, nes esant sunkiai šalies ekonominei būklei, ši skatinimo priemonė ypač veiksminga. Visos darbuotojų fizinės ir protinės pastangos daromos dėl atlyginimo; darbo rezultatai priklauso nuo darbuotojų materialinio suinteresuotumo – darbo užmokesčio, t. y. piniginio atlyginimo už atliktą darbą (Žaptorius, 2007).

Didėjanti dokumentacija. Labiausiai dokumentacija vyrauja vaikų ir jaunimo skyriaus specialistams bei mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistams. Visi projektai, renginiai vykdomi mokyklose reikalauja raštinio žymėjimo, todėl šiam darbui atlikti reikia skirti papildomo laiko. Pasitaiko atvejų, kai visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, dirbantis mokykloje, ar keliose mokyklose pildo dokumentus ir tik nedidelę dalį laiko gali skirti sveikatos ugdymui.

Žmogiškųjų išteklių stoka. Pagrindinis veiksnys lemiantis šią įstaigos silpnybę – nepakankamas finansavimas. 2010 m. vienintelis vaikų ir jaunimo skyrius turėjo visus užimtus

etatus. Sveikatos stiprinimo skyriuje dirbo 3 specialistai iš 4 esamų etatų, stebėsenos ir programų skyriuje – 2 specialistai iš 4 galimų. Taigi kokybiškai ir pilnavertiškai atliekamai veiklai trūko 3 specialistų.

E7 pastebėjo, kad nesuformuotos struktūros, žmogiškųjų resursų trūkumas blogina visuomenės sveikatos paslaugų teikimo gyventojams kokybę.

Nepakankama esamų specialistų kvalifikacija. Šią silpnybę išskyrė E7, E8, E2. Buvo paminėti tokie teiginiai: „Mokyklose dažniausiai dirba med. felčerio, slaugytojo išsilavinimą turintys specialistai. Biurų specialistams yra numatyti tobulinimo kursai, tačiau visuomenės sveikatos specialistų tobulinimo sistemos Lietuvoje dar nėra (šiuo metu vykdomas projektas, kurio metu sistema kuriama. Projektas bus baigtas 2012 m.)“; „...labai maža dalis darbuotojų, kurie yra „tikri“ visuomenės sveikatos specialistai, t.y. įgijo visuomenės sveikatos bakalauro ar visuomenės sveikatos vadybos išsilavinimą. Tuo laiku, kai aš dar dirbau buvo tik 2 tokie specialistai, o iš tiesų turi būti visi be išimties, ir jokių sveikatos edukologijos, pedagogikos ar dar kokios kitos specialybės neturėtų dirbti tokioje srityje. Mano manymu net ir kiekvienos tokios įstaigos vadovas turi turėti visuomenės sveikatos išsilavinimą, o ne kokią kitą“; „...visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys mokyklose turi būti tam kompetentingi, t.y., turėtų 4 metų edukacinių studijų“.

Nepakankamai sveikatos stiprinimų programų, skirtų būtent Šiaulių bendruomenei. Šalyje yra parengta Vaikų sveikatos stiprinimo 2008-2012 m. programa. Šiaulių visuomenės sveikatos biuras atlikdamas sveikatos būklės analizę bei gyvensenos tyrimus, iškelia sveikatos prioritetus, į kuriuos reikia reaguoti, kurti sveikatinimo programas, metodines rekomendacijas, tačiau šito vis dar trūksta, savaime suprantama daugelis dalykų atsiremia į nepakankamą finansavimą. Kol kas biure dar nėra patvirtintos nė vienos prevencinės programos.

Silpnas tarpžinybinis bendradarbiavimas. Prie Sveikatos apsaugos ministerijos egzistuoja daug įvairių tarnybų, į kurių funkcijas įeina ir sveikatos politikos koordinavimas. Toks dekoncentruotas SAM sveikatos politiką koordinuojančių institucijų valdymas išskaido ir taip ribotus gebėjimus ir pajėgumus sveikatos politikai formuoti. Be to, Sveikatos ministerijai pavaldžios sveikatos politiką koordinuojančios institucijos neturi galių savo pasiūlymus ir sprendimus pakelti į tarpžinybinį lygį, o būtent šiuo metu yra vienas iš didžiausių iššūkių sprendžiant sveikatos problemas.

2005 metais buvo atliktas Lietuvos sveikatos programos tarpinis vertinimas, kuriame buvo pastebėta, kad išlieka nepakankamas įvairių sektorių tarpžinybinis bendradarbiavimas ir išskaidyta atsakomybė visuomenės sveikatos priežiūros srityje (Rapolevičiūtė, 2006).

E2 teigė, kad viena iš silpnybių yra tai, kad **visuomenės sveikatos stebėsenos skyrius renka ne visus reikalingus sveikatos rodiklius, kurie pilnai atskleidžia Šiaulių miesto gyventojų**

sveikatos būkle. Jo manymu „Ne visi rodikliai, patvirtinti SAM, adekvačiai atspindi gyventojų šiuolaikinę sveikatą. Biuro tikslas yra stiprinti sveikatą, o kaip tą padaryti? Negalima pasakyti koks yra gyventojų fizinis aktyvumas ar pavyzdžiui kiek iš viso mieste yra skaitytų pranešimų sveikatinimo tema. Neparimetriniai rodikliai, SAM manė, kad kitų nereikia, todėl jie ir nėra įtraukti į sąrašą“. Papildomas sąrašas išdėstytas 19 priede.

Nepakankamas pirminės sveikatos priežiūros finansavimas. Pagal sveikatos sistemos finansavimo santykinius rodiklius Lietuva atsilieka ne tik nuo Vakarų šalių, bet ir nuo Centrinės ir Rytų Europos šalių vidurkio.

Jau nuo pat pirminės sveikatos priežiūros strategijos priėmimo (1995 m.) finansavimas programoms įgyvendinti nebuvo pakankamas. Nacionalinė sveikatos taryba 2004 m. kovo 30 d. Nr. N-5 nutarime atkreipia dėmesį į nepakankamą pirminės sveikatos priežiūros finansavimą, kas sąlygoja prevencinio darbo, diagnostikos ir slaugos paslaugų stoką.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 6 straipsnio 4 dalimi, savivaldybių vykdoma visuomenės sveikatos priežiūra finansuojama iš valstybės biudžeto, savivaldybės biudžeto, savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos, Privalomojo sveikatos draudimo fondo bei kitų teisėtai įgytų lėšų.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. lapkričio 13 d. nutarimu Nr. 1228, patvirtinta Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007–2010 metų programa. Šios programos 33.3. punktas nurodo, kad savivaldybės turi užtikrinti ne mažiau kaip trečdalį visuomenės sveikatos priežiūrai savivaldybėje per visuomenės sveikatos biurą skiriamo finansavimo. Nuo biurų įsteigimo (2007 m.) pradžios praėjus trims metams vis dar yra neišspręstos pagrindinės problemos susijusios su visuomenės sveikatos funkcijų finansavimu savivaldybėse (12 priedas).

Šią problemą įvardino ir ekspertai. E1 išskyrė, kad reikia padaryti deleguotą funkciją savivaldybei finansuoti visuomenės sveikatos biurą tuomet pinigus biuras gautų pradžioje metų, o ne metams įpusėjus. E3 teigė, kad savivaldybė „žiūri į biurus kaip į dar vieną, nereikalingą biudžetinę įstaigą, kuri ima žmonių pinigus, kuri nieko nedaro...“ Taip pat pridūrė jog „nėra išspręstas finansavimo klausimas, nuo pat įkūrimo ši problema egzistuoja. Savivaldybei yra ribota ši funkcija, jiems tarsi deleguota ši funkcija valstybės, tačiau nėra atskira eilute išskirta pinigų ir tas dalykas yra didžiausias trukdis, kuris neleidžia biurams plėtotis dėl tų lėšų...“; „...kol nėra tokio įstatymo ir savivaldos įstatyme pakeitimų padarytų ir visuose po to sekančiuose, kad valstybė skirtų lėšas biurams atskira eilute, t. y. kad savivaldybės atliktų visuomenės sveikatos funkciją savivaldybės, bet kad pinigai iš valstybės biudžeto tiksliai ateitų biurams atskira eilute ir veiklai ir atlygiams“. Pritarė ir E7 „Visuomenės sveikatos priežiūros sektorius nepakankamai finansuojamas. Nesutvarkytas iki galo ir Biurų finansavimo mechanizmas. Iš SAM lėšos, skirtos visuomenės

sveikatos paslaugų teikimui pasiekia Biurus dažniausiai vasaros pabaigoje, tuo nulemdami nuolatinį Biurų darbo disbalansą (neįmanoma planuoti paslaugų, nežinant gaunamo finansavimo)“. Tačiau E5 suteikė optimistiškų vilčių, jog neilgai trukus ateis laikas, kai vis dėlto bus atskira eilutė visuomenės sveikatos biurų finansavimui. E8 pastebėjo, kad dėl finansavimo nukenčia ir darbas – „Kai nežinai kada ir kiek lėšų gausi – negali planuoti savo veiklą, o vėliau, paskubomis atlikti darbai, kad tik gautos lėšos būtų panaudotos – dažnai nėra rezultatyvūs, nukreipti ne į prioritetus, tikslines grupes ir pan.“

Nepakankamas kitų ministerijų ir institucijų įtraukimas į visuomenės sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą. Įvairių ūkio sektorių plėtra nesuderinta su sveikos aplinkos išsaugojimo reikalavimais, o atskirais atvejais kitų ūkio sektorių priimami sprendimai uždeda papildomą naštą sveikatos apsaugos sektoriui. Sveikatos interesų integravimas į įvairias ūkio šakas, visų sektorių aktyvus įsitraukimas į sveikatinimo veiklą – vienas iš svarbiausių prioritetų. Tuo tikslu sveikatos sektorius turi suformuoti sveikatinimo veiklos uždavinius kitiems sektoriams ir koordinuoti jų įgyvendinimą.

Investicija į sveikatą yra investicija į šalies pažangos dabartį ir ateitį. Kaip minėta, ši investicija nėra vien finansai, bet visų pirma šalies politinis įsipareigojimas visą valstybės socialinės struktūros sistemą, t. y. visų visuomenės socialinės-ekonominės veiklos sektorių veiklą orientuoti į sveikatos saugą, jos stiprinimą, ligų prevenciją. Tada sveikatos sektoriui atsirastų daugiau galimybių atlikti savo tiesiogines pareigas bei prigimtines funkcijas (Jurgutis, 2009).

Tačiau ir toliau į visuomenės sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą nepakankamai įtraukiamos ministerijos ir kitos valstybės institucijos. Įvairių ūkio sektorių plėtra nesuderinta su sveikos aplinkos išsaugojimo reikalavimais, o atskirais atvejais kitų ūkio sektorių priimami sprendimai uždeda papildomą naštą sveikatos sektoriui. Vykstanti šalies socialinė ekonominė plėtra nemažina socialinių sveikatos netolygumų tarp miesto ir kaimo bei atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių. Ekonominės socialinės problemos turi neigiamos įtakos gimstamumo lygiui, psichikos sutrikimų ir savižudybių skaičiui. Stebima priklausomybės nuo alkoholio, tabako, narkotikų augimo tendencija, ypač tarp paauglių.

Tyrimo metu ekspertai iškėlė dar vieną VS biuro silpnybę – **savivaldybės ir kitų politikų nepakankamas dėmesys ir supratimas apie visuomenės sveikatą.** Ekspertų nuomone būtina politikus, savivaldybės narius labiau įtraukti į visuomenės sveikatos veiklą. E1 teigė, kad ypatingai su biurų veikla turėtų būti supažindinti politikai, kad juos pasikviestų ministerija ir išaiškintų visą biurų veiklą, nes mes jiems ne rodiklis. E3 nurodė, kad „retoj savivaldybėj požiūris yra teigiamas. Nėra taip, kad savivaldybė, politikai žiūrėtų į visuomenės sveikatos biurus kaip į tikrai žmonių sveikatos saugojimo garantą, jie nori rezultato šiandien ir dabar ir suvokimas, kad rezultatai atsiranda vėliau, nesupranta. Didžioji dalis mūsų politikų nesuvokia visos visuomenės sveikatos

esmės, kas įtakoja visuomenės sveikatą ir kas turėtų ką daryti, kad ta sveikata gerėtų. Yra keli momentai į kuriuos jie neatsižvelgia: jie galvoja, kad VSB yra vienas atsakingas už sveikatą, o ne tai, jog visuomenės sveikata yra organizacinė, įvairiausių institucijų bendradarbiavimo ir strateginio mąstymo priemonės visos tos, kurios padeda gerinti sveikatą, t.y. ir aplinkos sveikata, gyventojų sveikata, psichologinis gerbūvio, socialinė aplinka, taip kad apie sveikatą mes galime kalbėti visapusiškai tik iš tų trijų pozicijų“. Politikus reikia įtraukti į biuro gyvenimą, nes nuo jų sprendimų daug priklauso teigė E2. Šiam požiūriui pritarė ir E7: „Visuomenės sveikatos priežiūros sektoriui (ypač profilaktikos srityje) stinga politinės paramos, jo svarba neįvertinta ne tik valstybiniu mastu, bet ir SAM viduje, o ypač – savivaldybėse“.

GALIMYBĖS

Formuoti sveikatos politiką, atsižvelgiant į ES, PSO gerąją patirtį ir rekomendacijas.

Pirminė sveikatos priežiūra PSO politikos prioritetu tapo 1978 m., kai buvo priimta Almatos deklaracija bei strateginis dokumentas „Sveikata visiems 2000“. Praėjus daugeliui metų nuo šio dokumento priėmimo tema tebėra aktuali. Daugelis sveikatos politikos ekspertų ir vertintojų visuomenėje sveikatos bendruomenėje mano, jog sveikatos sistemos orientacija į pirminę sveikatos priežiūrą ir sveikatos gerinimą.

Daugelio šalių patirtis rodo, kad BPG yra pajėgus užtikrinti (Jankauskienė, 2007):

- ✚ Prieinamą ir priimtina pirminę sveikatos priežiūrą visuomenei;
- ✚ Teisingą ir racionalų sveikatos priežiūros išteklių paskirstymą;
- ✚ Integruotą ir koordinuotą visapusiškos gydomosios, paliatyvios ir profilaktinės pirminės sveikatos priežiūros plėtrą;
- ✚ Racionalų antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros technologijų ir priemonių naudojimą;
- ✚ Geresnę finansų naudojimo kokybę.

PSP organizavimas įvairiose šalyse skiriasi ir nei vienos šalies sukurtas PSP modelis gali būti tinkamiausias pritaikyti kitoms šalims. Tai priklauso nuo kiekvienos šalies kultūrinių, istorinių, ekonominių ir kitų ypatumų. Tačiau daugelio šalių pavyzdžiai rodo, kad šeimos gydytojo institucija, kurio veikla integruota su socialines paslaugas teikiančiais specialistais, slaugytojais, visuomenės sveikatos specialistais yra vienas geriausių sveikatos sistemos organizavimo strategijų.

Apibendrinama šalių narių sveikatos reformų patirtį per 30 metų, nuo Alma Atos deklaracijos paskelbimo 1978 m., PSO pabrėžė, kad reformų metu dažnai daromos klaidos, nukrypstama nuo šios deklaracijos principų. Klaidos yra skausmingos, jos akivaizdžiai rodo, kad pirminei sveikatos priežiūrai reikia daugiausia dėmesio (Primary Health Care – Now more than ever, 2008). 2008 m. PSO ataskaitoje „Pirminė sveikatos priežiūra – dabar labiau nei bet kada“ šalys kviečiamos dar daugiau dėmesio skirti pirminei sveikatos priežiūrai. Šalys, kurių sveikatos priežiūros ambulatorinėje grandyje dominuoja prieinamumas pas gydytojus specialistus ir nėra

įtvirtintas šeimos gydytojo, kaip sveikatos priežiūros koordinatoriaus, vaidmuo, susiduria su nepakeliamomis išlaidomis sveikatos priežiūrai, didėjančiais sveikatos skirtumais tarp įvairių socialinių grupių ir augančiu gyventojų nepasitenkinimu sveikatos priežiūros sistema (Jurgutis, 2009).

Europos valstybių patirtis parodė, jog sveikatos apsaugos sistemoje, įdiegus PSP modelį, gaunamas milžiniškas ekonominis efektas. Tačiau išlaidų sveikatos priežiūrai mažinimas nėra vienintelis reformų tikslas. Kita svarbi priežastis, lemianti PSP prioritetą - tai jos prieinamumas gyventojams, neatsižvelgiant į pajamas ir socialinę padėtį. Trečioji – žmonės BPG teikiama pagalba labiau patenkinti, nei specialistų. Ketvirtoji, BPG institucijos prioritetą lemianti priežastis – BPG geriausiai atlieka lėtinėmis ligomis sergančių pacientų stebėjimą, profilaktiką, nuolatinę sveikatos priežiūrą (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 593, 2000).

Formuoti teigiamą požiūrį į sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą.

Biomedicininį, orientuotą į diagnozę, požiūrį turi keisti visapusiškas, holistinis požiūris, kurio esmė – atsižvelgti ir į socialinius, psichologinius paciento sveikatos problemos aspektus (Kraniauskas, 2009).

Gerai veikiant pirminės sveikatos priežiūros sistemai, pirminio lygio institucijose išsprendžiama iki 90 proc. visų sveikatos sutrikimų (Liublianos chartija, 1996; McWhinney, 1997). Pirminė sveikatos priežiūra yra ta grandis, kuri per bendruomenę, šeimą pasiekia individą, tiesiogiai su juo bendradarbiaudama atlieka esminį profilaktikos darbą, tęstinę sveikatos priežiūrą. Ji formuoja žmonių nuomonę apie visą sveikatos apsaugos sistemą, galų gale ji turi esminę įtaką formuojant šalies žmonių požiūrį į savo sveikatą (Grabauskas ir kt., 2004).

Tarptautiniais tyrimais įrodyta, kad pirminė sveikatos priežiūra yra labai svarbi norint racionaliau paskirstyti augančias sveikatos priežiūros išlaidas ir įveikti ryškėjančius sveikatos skirtumus tarp įvairių socialinių grupių (Primary Health Care – Now more than ever, 2008; Franks, Fiscella, 1998).

Paradoksalu, bet paskutinių metų moksliniai tyrimai, atlikti išsivysčiusiose šalyse, įrodo, kad gydytojų specialistų skaičiaus augimas tiesiogiai koreliuoja su augančiomis išlaidomis sveikatos apsaugai, bet ryšio su gerėjančiais pagrindiniais visuomenės sveikatos rodikliais nenustatyta. Bendrosios praktikos (šeimos gydytojų) prieinamumo gerėjimas yra tiesiogiai susijęs su gerėjančiais visuomenės sveikatos rodikliais, tokiais kaip vaikų mirtingumas ir suaugusiųjų mirtingumas visose amžiaus grupėse dėl visų priežasčių, išskyrus išorines mirties priežastis (Jurgutis, 2009).

Savivaldybių visuomenės sveikatos biurai kartu su Asociacija, įvertindami trijų metų savivaldybių visuomenės sveikatos biurų veiklos patirtį, pastebi kad gyventojų informuotumas sveikatos klausimais gerėja; stiprinama mokyklų sveikatos priežiūra ir sveikatos stiprinimo veikla;

savivaldybėse nuolat atkreipiamas dėmesys į gyventojų sveikatos problemas; sveikatos stiprinimo veiklos savivaldybėse nukreiptos į aktualiausias savivaldybių sveikatos problemų sprendimus; nuolat keliama Biurų visuomenės sveikatos specialistų ir mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija per savivaldybių visuomenės sveikatos biurus; valstybinės sveikatos programos įgyvendinamos savivaldybėse per Biurus, visuomenės sveikatos priežiūra savivaldybėse stiprėja.

Šiaulių visuomenės sveikatos biuro specialistai turi puikių galimybių **kelti savo kvalifikacija**. Įstaigos biudžete numatyta tam tikra suma šioms išlaidoms finansuoti. Kvalifikuoti specialistai suteikia galimybę teikti efektyvius pasiūlymus organizuojant biuro veiklą, teikti kokybiškas paslaugas. 2010 m. gruodžio 31 d. duomenimis, biure dirbo 14 visuomenės sveikatos specialistai, įgiję aukštąjį universitetinį išsilavinimą.

2009 m. darbuotojų kvalifikacijai kelti buvo skirta 13 tūkst. Lt, 2010 m. – 5,6 tūkst. Nuo 2011 m. Šiaulių visuomenės sveikatos biuro specialistai turi puikią galimybę dalyvauti kvalifikacijos kėlimo kursuose, kuriuos remia ES. Kadangi finansavimas yra pakankamas, yra galimybė samdyti kompetentingus lektorius, kurie geba suteikti ne tik teorinių žinių, bet ir praktinių įgūdžių.

Ateityje paslaugų vertinimas ir darbuotojų kvalifikacijos tobulinimas bus susiję su kur kas platesne sritimi nei tik su medicinos technologijomis. Svarbu tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų vadovai taps vis labiau neatsiejama tęstinio organizacijos mokymo dalimi, t.y. organizacijos gebėjimais išsaugoti arba gerinti veiklos rezultatus priklausys nuo įgytos patirties. Ši veikla susijusi su žinių įgijimu, įgūdžių ugdymu, naujais atradimais bei inovacijomis, naujais žmonių santykiais, pasidalijimu žiniomis, jų skleidimu kitiems bei jų pritaikymu (Jankauskienė, 2007).

Siekti, kad kuo daugiau ugdymo įstaigų būtų pripažintos sveikatą stiprinančiomis mokyklomis. Vaikystė ir paauglystė - tai gyvenimo tarpsniai, kai formuojasi intelekto ir fiziniai gebėjimai, gyvenimo, taigi ir sveikatos, įgūdžiai. Švietimo įstaigos yra vienos iš svarbiausių institucijų, kuriose galima sėkmingai ugdyti ir stiprinti vaikų sveikatą.

Sveikatos stiprinimas mokykloje gerina jaunų žmonių gebėjimus imtis veiksmų ir generuoti pokyčius. Ši veikla suteikia galimybes sukurti aplinką, kurioje galima įprasinti savo siekius ir laimėjimus. Suteikimas jauniems žmonėms galimybių, susijusių su jų svajonėmis ir planais, įgalina juos pačius tvarkyti savo gyvenimą ir gyvenimo sąlygas“ (Egmond'o darbotvarkė, 2002).

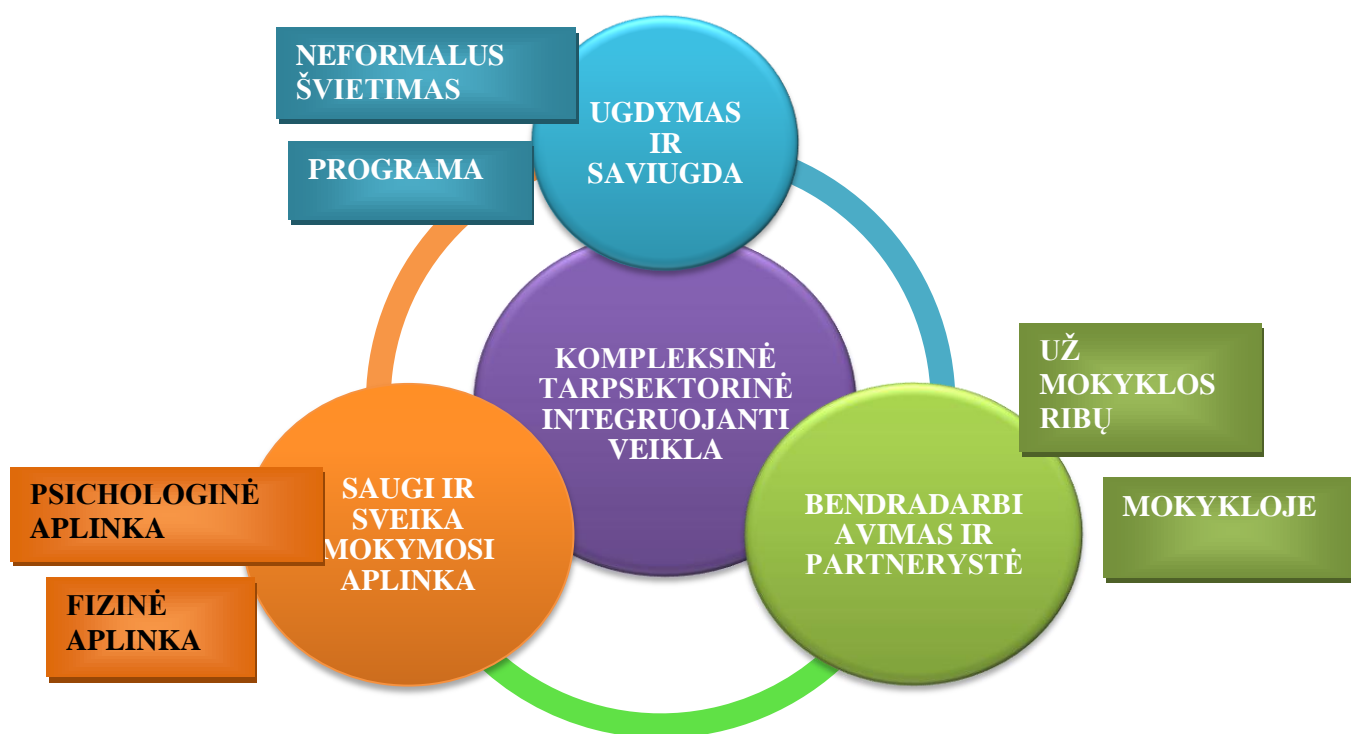
Sveikatą stiprinančių mokyklų (SSM) tinklas Europoje pradėtas kurti 1992 m. bendromis Europos Tarybos, Europos Bendrijos, Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono biuro (PSO/EURO) pastangomis (Barnekow Rasmussen ir kt., 1999). Šiandien jis plėtojamas 43 Europos šalyse. 1993 m. Lietuva buvo oficialiai priimta į Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą.

Pagrindinis sveikatą stiprinančios mokyklos (SSM) tikslas – visų mokyklos bendruomenės narių sveikos gyvenimo įgūdžių ugdymas, padedant mokiniams formuoti sveikos gyvenimo įgūdžius bei sukuriant sveikatai palankią fizinę ir psichosocialinę aplinką (ten pat).

Ypač svarbu sukurti mokykloje gerą psichologinį klimatą. Mokykloje turėtų vyrėti geri santykiai: jaučiamas pasitikėjimas ir paramos atmosfera; problemos pastebimos ir sprendžiamos; mokiniai ir darbuotojai jaučiasi gerbiami, pripažįstami ir vertinami jų sugebėjimai; aiškios taisyklės, atsakomybė; paskatinimas, o ne bausmė yra įprastas dalykas; mokiniai konsultuojami jiems rūpimais klausimais; jausmai išreiškiami ir atvirai išsiaiškinama; tėvai visuomet laukiami (Jaunimo sveikatos stiprinimas Europoje, 2000).

Pirmojoje tarptautinėje sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijoje, kuri vyko 1997 m. Salonikuose, Graikijoje, įvairių sričių specialistai iš 43 Europos šalių sutarė dėl esminių sveikatą stiprinančios mokyklos principų, kurie būtų taikomi praktikoje (Pirmoji Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencija, 1997).

Sveikatą stiprinančiose mokyklose vyrauja kompleksinė tarpsektorinė veikla, apimanti ugdymo procesus, tai ko mokoma pamokose ir organizuojant popamokinę, projektinę ar kitą veiklą, saugios ir sveikos mokymosi aplinkos kūrimą, bendradarbiavimo ir partnerystės plėtojimą tiek tarp mokyklos bendruomenės narių, tiek ir bendraujant su socialiniais partneriais (18 pav.) (Jociūtė ir kt., 2008).



18 pav. Sveikatą stiprinančios mokyklos koncepcija

Šaltinis: Jociūtė, A., Krupskienė, A., Sabaliauskienė, D., Paulauskienė, N. (2008) Sveikatos stiprinimas mokyklose. Metodinės rekomendacijos. Vilnius.

Visos šios sritys tarpusavyje susijusios. Pvz., kalbant apie fizinį aktyvumą mokykloje, nepakanka šią temą įtraukti į mokyklinę programą, reikia apimti ir kitus su mokyklos aplinka susijusius aspektus: siūlyti mokiniams į mokyklą važiuoti dviračiu ar eiti pėsčiomis, skatinti jų fizinį aktyvumą, pasirūpinti kelionės saugumu, numatyti vietas, kur saugiai būtų galima palikti dviračius ir pan. (Jociūtė ir kt., 2008).

Sveikatos stiprinimo idėja remiasi: vertybėmis ir požiūriais, kurie grindžiami darbo organizavimu mokykloje bei personalo veikla; glaudžiais ryšiais su moksleivių tėvais; savivaldybės, visuomenės ir mokyklos bendradarbiavimu; palankia politine ir įstatymine situacija.

Visų pirma, sveikatos stiprinimas mokykloje ugdo jaunų žmonių gebėjimus imtis veiksmų ir generuoti pokyčius. Ši veikla suteikia galimybes sukurti aplinką, kurioje mokytojai, kiti bendruomenės nariai gali įprasmingai savo siekius ir laimėjimus. Galimybių suteikimas jauniems žmonėms, kai tos galimybės susijusios su jų svajonėmis ir planais, įgalina juos pačius tvarkyti savo gyvenimą ir gyvenimo sąlygas (Pirmoji Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencija, 1997).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministras 2007 m. rugpjūčio 16 d. įsakymu Nr. V-684/ISAK-1637 patvirtino Mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašą. Šis dokumentas nustato pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarką ikimokyklinio ugdymo, bendrojo lavinimo ir profesinėms mokykloms, norinčioms tapti sveikatą stiprinančiomis mokyklomis, ir mokykloms, esančioms sveikatą stiprinančių mokyklų tinkle bei siekiančioms pratęsti veiklos pažymėjimą.

Remiantis minėto dokumento nuostatomis, mokyklos, norinčios tapti sveikatą stiprinančiomis arba pratęsti veiklos pažymėjimą, turi parengti sveikatos stiprinimo veiklos mokykloje ilgalaikę programą. Programos tikslai ir uždaviniai priklauso nuo esamos situacijos analizės arba mokyklos sveikatos stiprinimo veiklos vertinimo.

Nustatomi dviejų lygių kriterijai ir veiklos sritys mokykloms, siekiančioms būti sveikatą stiprinančiomis mokyklomis. Pirmojo lygio kriterijai taikomi mokykloms, siekiančioms tapti pripažintomis sveikatą stiprinančiomis mokyklomis. Vertinamos šešios veiklos sritys. Kiekviena veiklos sritis vertinama pagal sveikatą stiprinančios mokyklos kriterijų vertinimo išvadą (2 priedas). Antrojo lygio kriterijai taikomi mokykloms, iki 2007 m. įsigaliojus mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašui, pripažintoms sveikatą stiprinančiomis mokyklomis, taip pat mokykloms, jei nuo jų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis praėjo 5 metai (3 priedas). Mokyklos vertinimą dėl pripažinimo sveikatą stiprinančia mokykla atlieka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro sudaryta Mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis komisija (LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro įsakymas, 2007).

Visos vaikų ugdymo institucijos, siekdamos įgyvendinti projekte numatytus uždavinius bei rengdamos konkrečius veiklos planus, vadovaujasi 12 kriterijų (13 priedas).

Lietuvoje 2009 m. 85 mokyklos įvykdė Mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašo reikalavimus: 22 pripažintos sveikatą stiprinančiomis mokyklomis, 63 pratęsė veiklą (Svarbiausi faktai apie sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą Europoje ir Lietuvoje, 2010). 20 priede pavaizduotas sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas Lietuvoje.

Lietuvoje buvo atliktas sveikatą stiprinančių mokyklų vertinimas (Jociūtė, 2002), kuris parodė, kad mokyklose, dalyvaujančiose tarptautiniame sveikatą stiprinančių mokyklų projekte, palyginti su mokyklomis, nedalyvaujančiomis minėtame projekte, sveikatos stiprinimas ir ugdymas labiau integruotas į bendrąją mokyklos ugdymo sistemą. Pastebima didesnė mokinių sveikos mitybos įpročių, asmens higienos įgūdžių formavimosi tendencija, daugiau jų dalyvauja papildomoje fizinėje veikloje. Sveikatą stiprinančiose mokyklose mokytojų supratimas apie sveikatos stiprinimą labiau atitiko holistinį. Tikslinė sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikla didina vaikų ir mokytojų informuotumą sveikatos ir sveikos gyvensenos klausimais.

Atliktas tarptautinis SSM vertinimas parodė, kad Sveikatą stiprinančiose mokyklose vykdoma kompleksinė sveikatos stiprinimo veikla, apimanti kelių rizikos veiksnių prevenciją, yra veiksminga, ypač vykdant kryptingą sveikos mitybos, fizinio aktyvumo skatinimo, traumų prevencijos ir psichikos sveikatos stiprinimo srityse (Stewart-Brown, 2006).

Sveikatos stiprinimas mokykloje ugdo jaunų žmonių gebėjimus imtis veiksmų ir generuoti pokyčius. Ši veikla suteikia galimybes sukurti aplinką, kurioje mokytojai, kiti bendruomenės nariai gali įprasminti savo siekius ir laimėjimus. Galimybių suteikimas jauniems žmonėms, kai tos galimybės susijusios su jų svajonėmis ir planais, įgalina juos pačius tvarkyti savo gyvenimą ir gyvenimo sąlygas (Pirmoji Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencija, 1997). SSM vykdoma sveikatos stiprinimo veikla yra suprantama žymiai plačiau nei sveikatinimas. 14 priede pateikti tradicinės sveikatinimo veiklos ir sveikatos stiprinimo principais grindžiamos veiklos ypatumai.

Sveikatą stiprinanti mokykla yra investicija ir į mokymą, ir į sveikatą. Be to šis tinklas daro teigiamą poveikį visiems, kas moko, vadovauja, išlaiko ir remia mokyklas nei bendruomenes.

Mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistai gali kurti ir vykdyti savo mokyklos ugdymo programas. Pagal sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašą, sveikatos priežiūra mokykloje vykdoma pagal mokyklos sveikatos priežiūros veiklos planą, kuris yra sudedamoji mokyklos metinės veiklos programos dalis. Veiklos plano projektą rengia mokyklos administracija kartu su specialistu, atsižvelgdama į mokyklos poreikius ir vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros nacionalinis ir vietinius prioritetus (LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro įsakymas, 2005). Taigi šiuo atveju visuomenės sveikatos specialisto įtaka, kokius

ir koku būdu projektus įgyvendinti, pakankamai didelė, jis turi mokėti iškelti mokyklos prioritetus, taikyti jam priimtinus ugdymo metodus.

GRĖSMĖS

Kadangi visuomenės sveikata iki šiol netapo realiu valstybės prioritetu, kyla grėsmė gyventojų sergamumo didėjimui, ypatingai vaikų tarpe, mirtingumui, kurių priežastis galima pašalinti. Kaip rodo patirtis, šiuo metu didesnis dėmesys skiriamas ligų gydymui, medicinos technologijoms, o ne sveiko gyvenimo būdo ir elgsenos formavimui. Lietuvoje vis dar vyrauja nuomonė, kad tik labai specializuotos diagnostikos ir gydymo paslaugos padeda efektyviai išspręsti atsiradusias problemas. Pacientai iki šios nepasitiki šeimos gydytojo institucija.

Pagrindinė Šiaulių miesto gyventojų mirtingumo priežastis – kraujotakos sistemos ligos. Pagrindiniai šių ligų rizikos veiksniai yra rūkymas, padidėjęs arterinis kraujo spaudimas, padidėjusi cholesterolio koncentracija kraujyje, netaisyklinga mityba bei mažas fizinis aktyvumas. Kiti rizikos veiksniai, turintys įtakos, širdies ir kraujagyslių ligoms vystytis, yra antsvoris, nutukimas, cukrinis diabetas, piktnaudžiavimas alkoholiu ir psichinis bei socialinis stresas. O tai reiškia, kad šios priežastys yra valdomos ir galima užkirsti kelią ne vienai mirčiai ar susirgimui. Tam tikslui ir dirba visuomenės sveikatos biuro specialistai.

Lietuvoje vykdoma širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programa, kuri, be abejo, pasitarnaus aukštos rizikos pacientų priežiūros kokybei. Tačiau išvengiama mirtingumo kaina būtų žymiai mažesnė, jei profilaktikos programa būtų labiau pritaikyta pirminės sveikatos priežiūros kokybei gerinti. PSO ragina lėtinių neinfekcinių ligų prevenciją ir kontrolę integruoti į programas, kurių tikslas – sustiprinti pirminę sveikatos priežiūrą ir padėti pirminės sveikatos priežiūros darbuotojams susidoroti su naujais iššūkiais didėjant lėtinių neinfekcinių ligų paplitimui (Primary Health Care – Now more than ever, 2008).

Taip pat aktuali tiek Šiaulių, tiek ir Lietuvos sveikatos problema – piktybiniai navikai. Sergamumą ir mirtingumą nuo šių ligų taip pat galima užkirsti pirminėje sveikatos grandyje.

Būtina paminėti kitą, taip pat valdomą sveikatos problemą – nelaimingi atsitikimai. Dėl įvairių nelaimingų atsitikimų, apsinuodijimų, traumų, patirto smurto, bandymų nusižudyti Lietuvoje į sveikatos priežiūros įstaigas kasmet kreipiasi apie 400 tūkstančių žmonių ir daugiau kaip 5000 miršta. Dėl nelaimingų atsitikimų ir traumų daugiausia miršta jauni žmonės (Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas Nr. N-2, 2007). Lietuvos Statistikos Departamento duomenimis, 2008 m. vaikų iki 14 m. amžiaus pagrindinė mirties priežastis buvo išorinės (51,6 proc.), iš jų 14,9 proc. transporto įvykiai ir 12,8 proc. atsitiktiniai paskendimai. Lyginant visas amžiaus grupes bendrai, pirmąją vietą užima savižudybės bei transporto įvykiai. Vienas iš pagrindinių nelaimingų atsitikimų ir traumų priežastis yra piktnaudžiavimas alkoholiu. Gausus alkoholio vartojimas gali būti savižudiškas, o alkoholis vartojamas kaip nusižudymo priemonė.

2007 m. standartizuotas mirtingumas dėl transporto įvykių Lietuvoje siekė 24,5/100 000 gyv., o senosiose ES valstybėse tris kartus mažesnis, t.y. 9,3/100 000 gyv. (PSO duomenų bazė). Lietuvos tyčinių susižalojimų rodiklis 2008 m. buvo aukščiausias Europoje ir siekė 30,7 atvejo 100 000 gyv. Europos Sąjungos šis rodiklis siekė 9,8/100 000 gyv. (2007 m.).

Tinkamai taikomi esminiai pirminės sveikatos priežiūros principai, t. y. visapusiška šeimos gydytojo konsultacija, apimanti rizikos veiksnių išaiškinimą ir poveikį individo elgsenai, tęstinis ryšys su aptarnaujama bendruomene ir aktyvi sveikatos stiprinimo veikla bendruomenėje gali padėti mažinti bendrą LNL rizikos veiksnių paplitimą. Tačiau šio bendravimo ir ryšio su bendruomene trūksta, be to vis dar nėra tęstinio ryšio su pacientais ir jų šeimos nariais, gerai organizuotų profilaktinių patikrų sistemos, kas leistų veiksmingai taikyti visas LNL profilaktikos priemones.

Nepakankamas mokyklų vadovų požiūris į visuomenės sveikatos priežiūros specialistų veiklą nesudaro optimalių galimybių udgyti mokinių sveikatos sampratą. Sveikatos stiprinimas mokykloje turi būti sudedamoji ugdymo dalis. Tam būtinas glaudus bendradarbiavimas tarp švietimo ir sveikatos sričių specialistų, mokyklos sveikatos priežiūros specialistų, kitų mokyklos bendruomenės narių. Vykdam šią veiklą reikėtų atsižvelgti į tokius aspektus:

- ❖ Sveikatos stiprinimo plėtotė mokykloje reikalauja dėmesio, laiko ir išteklių. Ji turi būti įtraukta į mokyklos strateginį planą ir jai skiriamas deramas dėmesys, o sveikatos stiprinimo klausimai integruoti į visą švietimo procesą.

- ❖ Sveikatos stiprinimo politikoje pristatoma vizija, numatoma ateities situacija tiek mokykloje, tiek visuomenėje. Vizijų kūrimas yra bendruomenės diskusijų objektas, ir ji pati susitaria dėl to, kokius dalykus laiko svarbius ir kodėl.

- ❖ Įvardijamos problemos ir numatomi būdai joms spręsti.

Įvardijant problemas galima atsakyti ir į kitus klausimus: kurios problemos yra svarbiausios, kokios jų atsiradimo priežastys ir kokie rizikos veiksniai jas nulemia. Žinant priežastis ir rizikos veiksnius, galima juos pašalinti, o neleidžiant atsirasti naujiems rizikos veiksniams, išvengiama problemų arba jos sumažinamos (Jociūtė, 2008).

Sveikatos ugdymo programos įgyvendinimas konkrečioje ugdymo įstaigoje priklauso nuo mokyklos vadovų požiūrio į sveikatinimo veiklą. Deramai įgyvendinus sveikatos ugdymo programą tikėtina, kad vaikai pasirinktų sveikesnį gyvenimo būdą ir mokyklose sumažėtų mokinių sveikatos sutrikimų (Gudžinskienė, 2007a). 2007 m. vykdyto tyrimo metu, kurio tikslas buvo išanalizuoti Lietuvos mokyklų vadovų požiūrį į sveikatingumo ugdymo veiklą, nustatyta, kad 3 proc. respondentų, t.y. mokyklų vadovų požiūris į sveikatinimo veiklą buvo teigiamas. Gudžinskienė (2007b) išskiria tokius pagrindinius sveikatos programos turinio integravimo į ugdymo procesą trūkumus: pedagogams dažnai trūksta spec. žinių sveikatos saugojimo bei stiprinimo klausimais; dažnai pedagogai nelaiko sveikatos ugdymo prioritetiniu dalyku; pedagogams nelieka laiko

pakalbėti sveikatos saugojimo ir stiprinimo klausimais; vaikas, pateikęs klausimą pedagogui, susijusį su sveikatos saugojimu ir stiprinimu, ne visuomet gali gauti atsakymą; sunku pasiekti kokybės, nes dalyko mokytojas pirmenybę teikia savo dalykui; pedagogui kartais pritrūksta laiko išstudijuoti programą ir pasiruošti; gali nebūti bendradarbiavimo su kitų dalykų mokytojais ir kt.

Be to mokyklose nėra atskiros disciplinos, skirtos sveikatos mokymui. Investicijos į vaikų sveikatą yra esminė žmonijos bei ekonomikos plėtros sąlyga. Šiems tikslams pasiekti reikalingas glaudus įvairių sektorių – sveikatos, švietimo, socialinės apsaugos bei kitų – bendradarbiavimas (Mačiūnas ir kt., 2006a).

Sveikatos stiprinimas mokykloje turi būti integruota ugdymo dalis. Tam būtinas glaudus bendradarbiavimas tarp švietimo ir sveikatos sričių specialistų, mokyklos sveikatos priežiūros specialistų, kitų mokyklos bendruomenės narių. Kiekvienos visuomenės svarbiausias uždavinys yra užtikrinti sveiką vaikų gyvenimo pradžią ir jo tolesnę vystymąsi sudarant tam palankią aplinką. Mokykla yra palanki vieta puoselėti vaikų sveikatą, formuoti gyvenimo įgūdžius, tarp jų sveikos gyvensenos, plėtoti veiklą atsižvelgiant į vaiko raidos ypatumus.

Integruoti sveikatos stiprinimo discipliną bendrojo lavinimo įstaigose siūlo ir tyrime dalyvavę ekspertai E2, E8 – į bendrojo ugdymo sistemą reikia integruoti bent vieną pamoką per savaitę skirtą sveikai gyvensenai. Šiauliai galėtų būtų kuo puikiau iniciatoriai, tačiau taip pat žinau mokyklų nusistatymą šiuo klausimu, tad šį ėjimą padaryti nėra lengva.

Nepakankamas mokinių įtraukimas į sveikatinimo veiklą sudaro palankias sąlygas žalingu įpročių plitimui mokinių tarpe bei mokinių sergamumui. Pastaraisiais metais Lietuvos mokslininkai Adaškevičienė, V., Baltrušaitienė, J., Ušparaitė, O., Žvirdauskas, D., Tarnauskas, K (2005) – atskleidė faktą, kad prevencinės veiklos organizavimas mokyklose siejamas tik su paskaitomis, renginiais, kad veikla yra vienkartinė, fragmentinė, kad nėra bendrų vertinimo kriterijų, leidžiančių nustatyti prevencijos veiksmingumą, kad ji vykdoma formaliai, nesistemiškai.

A. Zaborskis ir L. Šumskas (2000) teigė, kad sveikatos ugdymas yra vienas svarbiausių mokyklos slaugos specialisto darbo, kuriame jis turėtų skatinti mokinius įsisavinti sveikos gyvensenos įgūdžius ir įpročius (asmens higiena, bendravimas su aplinkiniais, racionali mityba, ydingų įpročių vengimas, fizinis aktyvumas, saugus elgesys, mokėjimas išgyventi stresines situacijas), krypčių. Vykdyti išmintingai atlikti visas visuomenės sveikatos specialistui deleguotas funkcijas reikalingas nuolatinis naujų žinių įsisavinimas ir tobulėjimas.

Darbdavys turi užtikrinti, kad jo įstaigoje dirbančių vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistų profesinė kvalifikacija atitiktų teisės aktų nustatytus reikalavimus ir darbuotojai teisės aktų nustatyta tvarka tobulintų savo profesinę kvalifikaciją bei turėtų tai įrodančius dokumentus. Tačiau A. Petrauskienė (2008) pažymi, kad realybėje yra atotrūkis tarp šiuolaikinės sveikatos ugdymo teorijos ir mokyklos mediko praktikos, sąlygotos sudėtingos mediko profesinio vaidmens

raidos, dešimtmečius vykdyto sveikatos ugdymo mokyklose, grindžiamo medicinos ir higienos mokslų tradicijomis, kurios dar ir šiandien daro įtaką mokinių sveikatos ugdymui ir mokyklų medikų profesiniam vystymuisi.

Lietuvoje atlikti tarptautiniai mokinių tyrimai (ESPAD, HBSC) rodo, kad žalingi įpročiai plinta. Pastaruoju metu vis daugiau mokyklinio amžiaus jaunimo vartoja medžiagas, sukeliančias priklausomybę. Priklausomybę sukeliančių medžiagų spektras yra labai platus. Jos įvairiai veikia žmogaus organizmą, sukeldamos įvairius organų pakitimus, ligas, o kartais ir mirtį. Vienos iš jų plačiai paplitusios ir vartojamos legaliai. Tai alkoholis, nikotinas, esantis tabake. Kitai priklausomybę sukeliančių medžiagų grupei priklauso nelegaliai vartojami narkotikai.

Duomenys rodo, jog daugelis mokinių nepajėgia atsispirti socialiniam spaudimui, todėl būtina skatinti mokinių savarankiškumą, kritinį mąstymą, pasitikėjimą savimi bei padėti suprasti sveikos gyvensenos reikšmę gyvenime (Moksleivių sveikatos ugdymas ir stiprinimas: dabartis ir perspektyvos, 2001).

Ekonominės ir socialinės problemos turi neigiamos įtakos gyventojų sergamumui, priklausomybės ligų plitimui. Sveikata ir socialiniai veiksniai neatsiejami. Didžiausią įtaką sveikatai turi socialiniai veiksniai, susiję su profesija, atliekamu darbu, šeima, kultūra bei socialine ekonomine žmogaus padėtimi, socialiniais ryšiais visuomenėje. Sveikatą itin stipriai veikia ne tiek materialūs, kiek psichologiniai socialinės paramos elementai (Kalėdienė ir kt., 1999).

Pagrindiniai socialiniai – ekonominiai veiksniai, įtakoiantys žmogaus padėtį visuomenėje yra išsilavinimas, profesinis darbas, pajamos. Ypač jautriai gyventojų sveikatą įtakoja pajamų kitimas.

Sveikatą lemiantis elgesys (rūkymas, fizinis aktyvumas, racionali mityba) labiau susijęs su išsilavinimo lygiu, kuris dažniausiai įgyjamas jaunystėje ir nuosekliai formuoja asmenybės bruožus (Kalėdienė ir kt., 1999). Todėl galima teigti, kad didelis gyventojų sergamumas ir mirtingumas įtakotas rizikinga elgsena susijęs su socialine – ekonomine padėtimi.

Socialinės – ekonominės situacijos pokyčiai, socialinių garantijų praradimas laikomi svarbiais padidintos savižudybių rizikos veiksniais. 2008–2010 m. daugelis ilgalaikių iššūkių lieka panašūs į ankstesnių metų iššūkius: mažėjantis bendras darbo jėgos aktyvumo lygis, aukštas skurdo rizikos lygis, ypač tam tikrų gyventojų grupių (vaikų, vyresnių negu 65 metų amžiaus asmenų, kaimo gyventojų, darbo neturinčių asmenų); didelė (palyginti su ES vidurkiu) pajamų nelygybė, dideli regioniniai gyvenimo lygio, gyvenimo kokybės, socialinės padėties skirtumai, didėjantis poreikis socialinėms ir sveikatos priežiūros paslaugoms, nepakankamas šių paslaugų prieinamumas bei kokybė (Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas, 2009).

Socialinė ekonominė padėtis kompleksiskai veikia visą sveikatos raidą, ir, nagrinėjant atskirus šios padėties kriterijus, neišvengiamai prieinama prie bendros socialinės sistemos analizės (Kalėdienė ir kt., 1999).

Nepakankamas visuomenės sveikatos priežiūros specialistų ir tėvų bendradarbiavimas neužtikrina pilnaverčio vaikų sveikatos ugdymo. Šiuolaikinė visuomenės sveikatos priežiūra reikalauja įtraukti įvairių sričių specialistus ir bendruomenę. Organizuojant sveikatos priežiūrą mokykloje, būtina suprasti, kad sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys mokykloje, turi dirbti ne tik su vaikais, bet ir su tėvais, ir su mokytojais. Būtina taikyti komandinį darbo principą ir pagalvoti dėl priemonių, skatinančių mokyklos bendruomenę (tėvus, mokytojus) įsitraukti į sveikatinimo veiklą (Mačiūnas ir kt., 2006b). 2006 m. vykdyto tyrimo metu nustatyta, kad didelė visuomenės sveikatos specialistų dalis nusivylusi bendradarbiavimu su mokinių tėvais (Mačiūnas ir kt., 2010).

Didžioji dalis mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų nėra baigę visuomenės sveikatos specialybės studijų, o tik išklause kursus, todėl tikėtina, kad jiems trūksta žinių bei įgūdžių kai kuriais sveikatos klausimais. 2007 m. rugpjūčio 1 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-630 patvirtintas visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašas. Šis dokumentas išskiria, kad Savivaldybės visuomenės sveikatos biuro vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistų profesinio tobulinimo kursų programa skirta savivaldybių visuomenės sveikatos biurų vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistams, visuomenės sveikatos priežiūros specialistams, vykdančiams sveikatos priežiūrą mokyklose, siekiantiems įgyti teisę vykdyti vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros funkcijas savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose ir mokyklose, jų darbdaviams ir institucijoms, Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka įgijusioms teisę vykdyti neformalųjį švietimą ir siekiančioms vykdyti ar vykdančioms visuomenės sveikatos priežiūros specialistų profesinį tobulinimą. Taip pat iškeltas ir programos tikslas – tobulinti savivaldybių visuomenės sveikatos biurų vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistų, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, vykdančių sveikatos priežiūrą mokyklose, profesinę kvalifikaciją, siekiant įgyti teisę vykdyti vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros funkcijas savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose ir mokyklose. Nustatyta, kad visuomenės sveikatos priežiūros tobulinimo kursų programa turi būti ne trumpesnė kaip 160 val. (teorija 45 proc., praktika 55 proc.).

Lietuvoje diskusija apie mokyklose dirbančių medikų kvalifikaciją bei funkcijas pradėta 2002 m. Konstatuota, kad mokykloms reikalingi naujos kokybės sveikatos priežiūros specialistai su atitinkama kompetencija ir funkcijomis. Priimtas 2003 m. Lietuvos Respublikos švietimo įstatymo pakeitimo įstatymas iš esmės pakeitė vaikų sveikatos priežiūros mokyklose paslaugų pobūdį. Realiai visuomenės sveikatos priežiūros specialistų etatai mokyklose įvesti 2004 m., patvirtinus sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarką.

Iki 2006 m. sausio 1 d. sveikatos priežiūros specialistams, baigusiems ne visuomenės sveikatos studijas, buvo numatyta 40 val. privalomojo profesinio tobulinimosi trukmė. Yra

vykdytas ne vienas tyrimas, analizuojant visuomenės sveikatos specialistų, dirbančių mokykloje kompetencijas. Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas ir Valstybinis aplinkos sveikatos centras 2002 m. pabaigoje pirmą kartą išsamiai įvertino bendruomenės slaugytojų, dirbančių mokyklose, veiklą (Mačiūnas ir kt., 2005). Tyrimo duomenimis, daugiausia savo darbo laiko šie specialistai skyrė pirmosios pagalbos teikimui ir profilaktiniams mokinių sveikatos tikrinimams, t.y. toms veiklos sritims, kurioms jie turi geriausia teorinį ir praktinį pasirengimą. Tyrimas atskleidė opiausias specialistų, vykdančių mokinių sveikatos priežiūrą, veiklos problemas: daugeliui dirbančių mokyklose bendruomenės slaugytojų trūko teorinių žinių programinio planavimo, mokinių kūno kultūros ir protinio darbo higienos srityje, sveikatinimo veiklos stebėjimo ir vertinimo srityse. Kas antras specialistas teigė esantis nepasirengęs talkinti mokytojams mokinių rengimo šeimai, aplinkos reglamentavimo, gyvenimo bei mokymosi sąlygų srityse.

Pakitęs sveikatos priežiūros mokykloje organizavimo pobūdžiui ir teisiniam reglamentavimui, mokyklose dirbantys VS priežiūros specialistai nuo 2004 m. turėjo perorientuoti savo veiklą, didžiąją laiko dalį skiriant visuomenės sveikatos priežiūros sferos veiklai (Mačiūnas ir kt., 2010).

2006 m. Valstybinis aplinkos centras, padedant visuomenės sveikatos centrams apskrityje, organizavo mokyklų VS specialistų veiklos kokybinį vertinimą. Tyrimo duomenimis, VS specialistams trūko žinių bei įgūdžių valgiaraščių ir tvarkaraščių sudarymo, programinio planavimo, protinio darbo higienos, kūno kultūros pamokų organizavimo bei sveikatinimo veiklos stebėjimo klausimais. Trečdalis VS priežiūros specialistų nemokėjo naudotis internetu.

2007 m. tyrimo metu (Gudžinskienė, 2007a) 41 proc. mokyklų vadovų teigė, kad kompetentingų specialistų vis dėlto nėra pakankamai. Taigi specialistas, kuris užima darbo vietą, yra, tačiau sveikatinimo ugdomajai veiklai neturi reikiamų kompetencijų arba jų turi per mažai, todėl ir nesiima tos veiklos, nors pareigybiniame apraše tokia veikla numatyta.

Daktaro disertacijoje Alina Petrauskienė analizuodama mokyklų medikų kompetencijas išskiria, kad „specialistas turi mokėti kalbėti prieš auditoriją, konsultuoti individualiai, gauti ir perduoti informaciją žodinėmis ir nežodinėmis priemonėmis, gebėti efektyviai naudotis informacinėmis technologijomis. Reikšmingi sveikatos ugdytojo gebėjimai yra užsienio kalbų mokėjimas, kritinis mąstymas, analizavimas, vertinimas, tyrimų atlikimas, rezultatų apibendrinimas ir pristatymas“ (Aukštakalnytė, 1999).

Sveikatos ugdymas yra sudėtingas pedagoginis ir psichologinis procesas, reikalaujantis ne tik mokslo žinių, bet ir profesinio meistriškumo. Mokyklose sveikatos ugdymo funkciją iš esmės atlieka visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, todėl jam labai svarbu įgyti sveikatos ugdymui reikiamas kompetencijas ir siekti sveikatos ugdytojo vaidmens mokyklose ir visuomenėje įtvirtinimo.

2.3 Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro strateginių prioritetų pagrindimas

Ankstesnėse šio darbo skyriuose atliktose ir pateiktose analizėse buvo bandoma nustatyti realią esamą Šiaulių miesto gyventojų situacinę būklę bei pokyčius, išryškinti pagrindines problemas, vyraujančius rizikos veiksnius, kurie turi didesnę ar mažesnę įtaką sveikatai. Labai dažnai mūsų sveikatą veikia keli rizikos veiksniai, o neretai kai kurių net nepriskiriame prie tokių.

Vadovaujantis ekspertų nuostatomis, kaip vienintelį prioritetą, kurį daugelis jų konkrečiai apibrėžė yra vaikų sveikata (jis bus aptartas vėliau). Kitus prioritetus jų nuomone turėtų parodyti stebėsenos analizė (E3, E4, E7, E8). Ekspertai nurodė, kad viena iš pagrindinių savivaldybių VS priežiūros funkcijų yra visuomenės sveikatos stebėseną, kurią vykdant gaunama išsami informacija apie gyventojų sveikatos būklę ir ją lemiančius rizikos veiksnius, ir tuo pagrindu galima nusistatyti visuomenės sveikatos problemas ir visuomenės sveikatos stiprinimo prioritetus, kokios sveikatinimo programos gali būti finansuojamos papildomai. Taigi apibendrinant Šiaulių miesto gyventojų sveikatos būklę, pagrindines sergamumo/mirtingumo priežastis, socialinius ekonominius veiksnius neigiamai veikiančius sveikatą, galima išskirti 4 pagrindinius sveikatos prioritetus.

2.3.1 Pirmasis prioritetas: lėtinių neinfekcinių ligų prevencija

Vienu iš aktualiausių Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos uždavinių yra lėtinės neinfekcinės ligos. Tai iliustruoja jau anksčiau aptarta Lietuvos gyventojų mirtingumo struktūra, kai vyrauja širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai bei išorinės mirties priežastys. Visgi Lietuvoje jau ne vieną dešimtmetį mirtingumo struktūroje dominuoja kraujotakos sistemos ligos. Tai ypač aktuali tiek nacionaliniu, tiek ir vietiniu lygiu. Beveik trečdaliui ligonių širdies ir kraujagyslių ligos buvo pirmą kartą nustatyto neįgalumo priežastis (LR Švietimo ir mokslo ministro įsakymas, Nr. 75-3851, 2010).

Priežastis, dėl kurios, svarstant Lietuvos sveikatos politikos perspektyvą, būtina ypatingą dėmesį skirti lėtinių neinfekcinių ligų (LNL) prevencijai yra labai paprasta. Neinvestuojant į LNL prevenciją, t.y. nesiekiant sumažinti rizikos sirgti šiomis ligomis, jau ir taip didelė ekonominė žala, kurią patiria valstybė dėl brangiai kainuojančių diagnostikos bei gydymo priemonių, dėl prarastų gyvenimo metų nepagaminto nacionalinio produkto, dėl vykstančių demografinių procesų toliau neišvengiamai augs (Chronic disease: an economic perspective, 2006). PSO duomenimis, pagrindinių LNL, tokių kaip kraujotakos sistemos, vėžio, cukrinio diabeto, lėtinių plaučių ligų išsivystymą iš esmės nulemia gyvensenos sąlygoti 7 rizikos veiksniai: tabakas, hipertenzija, hipercholesterolemija, alkoholis, antsvoris, nepakankamas vaisių ir daržovių vartojimas, fizinės veiklos stoka (World Health Report, 2003). Remdamasi Lietuvoje atliktų mokslinių tyrimų duomenimis PSO apskaičiavo, jog 33 proc. šalies gyventojų mirčių susiję su hipertenzija, 23,2 proc.

– hipercholesterolemija, 17,8 proc. – tabaku, 12,0 proc. – nepakankamu vaisių ir daržovių vartojimu, 10,7 – alkoholiu, 10,5 proc. – antsvoriu, 9,1 proc. – fizinės veiklos stoka (European Health Report 2005, 2005).

Šios problemos aktualumą Lietuvoje atskleidžia ir daug didesni mirtingumo nuo šių ligų rodikliai palyginimai su Europos Sąjungos šalimis senbuvėmis. Lietuvoje nuo ŠKL miršta beveik dvigubai daugiau gyventojų negu vidutiniškai ES šalyse senbuvėse. Šis rodiklis yra ypač didelis vyresnių nei 64 m. asmenų amžiaus grupėje, kurioje net pusė jų mirties priežastimi yra ŠKL.

8 lentelė

Standartizuoti mirtingumo rodikliai pagal pagrindines priežastis 2007 m. (PSO DB)

| Šalys | Kraujotakos sistemos ligos | | Piktybiniai navikai | | Išorinės mirties priežastys | | Kvėpavimo sistemos ligos | | Virškinimo sistemos ligos | |
|---------|--------------------------------------|-------|---------------------|-------|-----------------------------|------|--------------------------|------|---------------------------|------|
| | Vyrai | Mot. | Vyrai | Mot. | Vyrai | Mot. | Vyrai | Mot. | Vyrai | Mot. |
| | Mirusiųjų skaičius 100 000 gyventojų | | | | | | | | | |
| Lietuva | 744,9 | 419,6 | 305,6 | 133,3 | 254,7 | 55,5 | 91,6 | 19,4 | 104,4 | 46,6 |
| ES | 312,0 | 204,5 | 234,6 | 133,2 | 61,2 | 20,9 | 65,2 | 33,0 | 42,5 | 23,6 |

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Grabauskas, V., Gaižauskienė, A., Jaselionienė, J. (2009a). Lietuvos gyventojų sergamumo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis problema Europos Sąjungos kontekste. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius.

Didžiausias mirtingumas 2008 m. Lietuvoje užregistruotas nuo kraujotakos sistemos ligų (53,9 proc.). Šiaulių mieste mirusieji nuo kraujotakos sistemos ligų taip pat sudarė didžiausią dalį - apie pusę (50,4 proc.) visų mirusiųjų. Kraujo apytakos sistemos ligos yra dažniausia vyresnio amžiaus žmonių mirties priežastis, asmenų, mirusių dėl šios priežasties iki 49 metų amžiaus 2008 m. nesiekė tūkstančio, tuo tarpu 85 metų amžiaus ir vyresnių tokių buvo virš 6 tūkstančių. Lietuvos Statistikos Departamento duomenimis, 2008 m. 66,6 proc. mirčių nuo kraujotakos sistemos ligų sudarė asmenys virš 64 metų. Kaip rodo gyventojų skaičius pagal amžių, kasmet vis didėja ši žmonių grupė, todėl natūralu, kad senstančioje visuomenėje sparčiai didėja sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis. Didėjantis sergamumas neišvengiamai aštrina socialines ir ekonomines problemas – didėja išlaidos gydyto paslaugoms. Tai tik vienas ir pagrindinis aspektas, kodėl būtina keisti sveikatos prioritetus.

Be to Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, sparčiai daugėja sergančiųjų II tipo cukriniu diabetu (nuo 1,8 proc. 1988 m. iki 5 proc. - 2005 m.). Cukrinis diabetas įgauna epidemijos pobūdį, liga nedidžiuojuama laiku, yra didelis cukrinio diabeto sukeltų sunkių komplikacijų skaičius. Atsiradusios komplikacijos iš esmės pakeičia sergančiųjų cukriniu diabetu gyvenimo kokybę ir 30 proc. sutrumpina sergančiųjų gyvenimo trukmę. Tokios tendencijos kartu su gimstamumo mažėjimu gresia katastrofišku darbingų Lietuvos gyventojų skaičiaus mažėjimu, didėjančiomis sveikatos priežiūros išlaidomis (LR Švietimo ir mokslo ministro įsakymas, Nr. 75-3851, 2010).

CD plitimą liudija tai, kad pasaulyje kas 10 sekundžių diagnozuojami vis nauji II diabeto tipo atvejai, kas 10 sekundžių nuo diabeto miršta žmogus, kas 30 sekundžių nuo diabeto ir jo sukeltų

komplikacijų amputuojama koja. CD sukeltos komplikacijos: aklumas, inkstų pažeidimas, diabetinės neuropatijos bei kraujagyslių ligos, sukelia didelių medicininių, socialinių ir ekonominių problemų (Norkus, 2009).

Šiaulių teritorinės ligonių kasos duomenimis Šiaulių mieste gydymo įstaigose prisirašiusiųjų sergamumas kai kuriomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis vis didėja. 2001 metais sergamumo rodiklis hipertenzinėmis ligomis buvo 8,54 atvejų 1 000 gyv., 2009 m. – 11,75 atvejo/1 000 gyv. Liga pasireiškia padidintu arteriniu kraujospūdžiu, (padidintu laikomas spaudimas, viršijantis 140/90mmHg). Nežymiai, bet padidėjo sergamumo rodikliai astmos, cukrinio diabeto bei glaukomos. Lėtinių neinfekcinių ligų priežastys yra labai įvairios ir kiekvienai iš jų atsirasti turi įtakos daug nepalankių sąlygų - rizikos veiksnių. Daugelis rizikos veiksnių vienodai skatina vystytis kelias ligas. Pavyzdžiui, rūkymas didina riziką susirgti širdies ligomis, vėžiu, taip pat lėtinėmis plaučių ligomis.

PSO ekspertai apskaičiavo, jog vidutinis arterinio kraujo spaudimo, cholesterolio koncentracijos kraujyje sumažinimas, metimas rūkyti gali daugiau negu dvigubai sumažinti sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis (Europos širdies sveikatos chartija, 2007).

Mirtys dėl piktybinių auglių taip pat išlieka svarbia sveikatos problema. Piktybiniais augliams tenka antroji vieta tarp mirties priežasčių. 2008 metais Šiaulių mieste mirtingumas nuo piktybinių auglių buvo 255,1 atvejo 100 000 gyv. Lietuvos ir Šiaulių miesto vyrų mirtingumas nuo piktybinių navikų yra didesnis negu moterų.

PSO pabrėžia, kad apie 50 proc. piktybinių navikų išsivystymo atvejų susiję su gyvenimo būdu, žalingais įpročiais, jonizuojamąja spinduliuote, aplinkos užterštumu. Todėl, siekdami išvengti vėžio, didelį dėmesį turėtume skirti pirminei profilaktikai. Kitas PSO teiginys – apie 40 proc. visų onkologinių ligų priežasčių sudaro netinkama mityba. Apie 90 proc. kvėpavimo sistemos organų vėžio atvejų sukelia rūkymas. Normalizavus gyvenimo būdą, apie 50 proc. atvejų vėžio galima išvengti (Voronaja, 2008).

Lietuvos gyventojų rizikingą elgesį rodo Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimai, vykdomi nuo 1994 m. kas du metus (išimtis 2010 m. dėl finansavimo stokos). Lyginant 1994 m. su 2008 m. rezultatais pastebima, kad išaugo stiprių alkoholinių gėrimų vartojimas moterų tarpe (nuo 6 proc. iki 12 proc.), vyrų sumažėjo nuo 31 proc. iki 29 proc. Taip pat kilo alaus vartojimas: bent kartą per savaitę jo suvartojo 14 proc. moterų (1994 m. – 7 proc.) ir vyrų - 53 proc. (1994 m. – 44 proc.) (Grabauskas ir kt., 2009b). PSO duomenimis, 2007 m. Lietuvoje užregistruota 200,7 mirčių, susijusių su alkoholio vartojimu, 100 000 gyventojų, o ES vidurkis – 64,1/100 000 gyventojų (Grabauskas ir kt., 2010).

Tokio pat tipo apklausa nuo 2008 m. vykdoma ir Šiaulių mieste. Nors tokių, ilgesnio nei dešimtmečio trukmės, tendencijų kol kas nėra, tačiau galima apžvelgti bendrą situaciją Šiaulių

mieste. Tyrimo duomenimis, pagrindinė gyventojams diagnozuotas sutrikimas buvo padidėjęs kraujo spaudimas (10 priedo 1 pav.). Kada nors rūkusių 2008 m. buvo 72,9 proc. vyrų ir 39,3 proc. moterų. Kasdien rūkančių buvo 57,5 proc. vyrų ir 55,2 moterų, ir palyginus su Lietuvos rezultatais, moterys viršija beveik 4 kartus, o vyrai – 1,5 karto (10 priedo 2-3 pav.). Stiprius alkoholinius gėrimus geria 33,4 proc. respondentų kelis kartus per metus ir 27 proc. 2-3 kartus per mėnesį. Alus buvo dažniausias alkoholinis gėrimas, vien tik kiekvieną dieną jį gėrė 6,1 proc. tyrimo dalyvių (10 priedo 5 pav.). Didžioji dalis moterų nurodė, kad alkoholinius gėrimus vartoja kelis kartus per metus (39,4 proc.), o vyrai 2-3 kartus per savaitę ($p < 0,05$) (10 priedo 6 pav.). Daugiau nei pusę respondentų vyrų (57,8 proc.) į darbą vyksta automobiliu arba autobusu, moterų – 37,8 proc. (10 priedo 7 pav.). Kasdien laisvalaikiu užsiima sportu 18 proc. vyrų ir 9,9 proc. moterų (10 priedo 8 pav.). Net 40,3 proc. vyrų pastebėjo vairuojant išgėrusius draugus (10 priedo 9 pav.). Tyrimo metu prašėme respondentų nurodyti jų manymu svarbiausias didelio Lietuvos gyventojų sergamumo priežastis. Vyrų ir moterų nuomonės truputį išsiskyrė. Tyrimo duomenimis, šiauliečiai įvardintos pagrindinės didelio Lietuvos sergamumo priežastys yra stresas, neteisingą mitybą, bei alkoholio vartojimas. Taip pat reikia sutikti, kad sveikata taip pat yra įtakojama sunkių gyvenimo sąlygų (10 priedo 10 pav.).

Statistikos departamento duomenimis, 2007 m. vienam gyventojui Lietuvoje vidutiniškai teko 11,2 litro, o vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui 13,3 litro absoliutaus alkoholio, tai yra atitinkamai 0,2 ir 0,1 litro daugiau nei 2006 m. 2003 m. duomenimis, vienas gyventojas Lietuvoje suvartojo 168,6 kg vaisių ir daržovių, o ES – 232,47 kg per metus. Senujų ES šalių vidurkis buvo 242,51 kg, naujųjų ES šalių vidurkis siekė 183,91 kg vienam gyventojui per metus. Taigi Lietuvoje, palyginti su kitomis ES šalimis, vaisių ir daržovių suvartojama dar mažai.

Esant šiandieninei situacijai Lietuvoje, kai beveik kas antra mirtis nuo LNL ar dėl išorinių priežasčių yra susijusi su alkoholio ir tabako vartojimu, teisingi politiniai sprendimai yra labai svarbūs. Šiuo atveju sprendimas mažinti šių produktų akcizus, siekiant surinkti daugiau lėšų į biudžetą, būtų labai trumparegiškas, kaip ir finansavimo sveikatos priežiūros sektoriui sumažinimas. Tokie sprendimai, bent jau LNL požiūriu, mus dar labiau atitolintų nuo ES valstybių sveikatos rodiklių siekiamybės. Kovojant su LNL būtina riboti šių ligų rizikos veiksnius (rūkymą, alkoholio vartojimą, nesveiką mitybą, mažą fizinį aktyvumą), labiau orientuoti sveikatos apsaugą į LNL profilaktiką – pagrindinėms grėsmėms ir būsimiems nuostoliams šalinti. Siekiant kontroliuoti ir sustabdyti LNL plitimą ir mažinti rizikos veiksnius, į profilaktinį darbą būtina įtraukti visų specialybių sveikatos priežiūros specialistus, įvairių sričių valstybės institucijas, privatųjį sektorių, visuomenės organizacijas, šeimas. Vieną iš svarbiausių vaidmenų čia gali atlikti ir jau atlieka Lietuvoje neseniai savo veiklą pradėję savivaldybių visuomenės sveikatos biurai (Kraniauskas, 2009).

Ekspertų nuomone, tai labai svarbus prioritetas ir vienas pagrindinių darbo tikslų. Šiaulių visuomenės sveikatos biuro tikslas nukreiptas į šį prioritetą nuo įsikūrimo pradžios. Vykdomi projektai, seminarai, mokymai šiomis temomis. Labai akcentuojamas fizinis aktyvumas, sveikamityba, nelaimingų atsitikimų prevencija. Biuras įsijungia į onkologinių susirgimų prevenciją, moko gyventojus sveikos gyvensenos pagrindų.

Atlikdamas LNL prevenciją Šiaulių VS biuras gali kurti ir įgyvendinti atskiras vietines sveikatos programas, skirtas mažinti sergamumą širdies ir kraujotakos ligomis, onkologinėmis ligomis, užkertant kelią traumoms ir nelaimingiems atsitikimams. Būtina įtraukti į šią veiklą kuo daugiau kitų organizacijų, nevyriausybinės organizacijas ir visą bendruomenę, vykdyti tarpinstitucinį bendradarbiavimą. Reikalinga informacijos sklaida LNL prevencijos klausimais visomis žiniasklaidos priemonėmis.

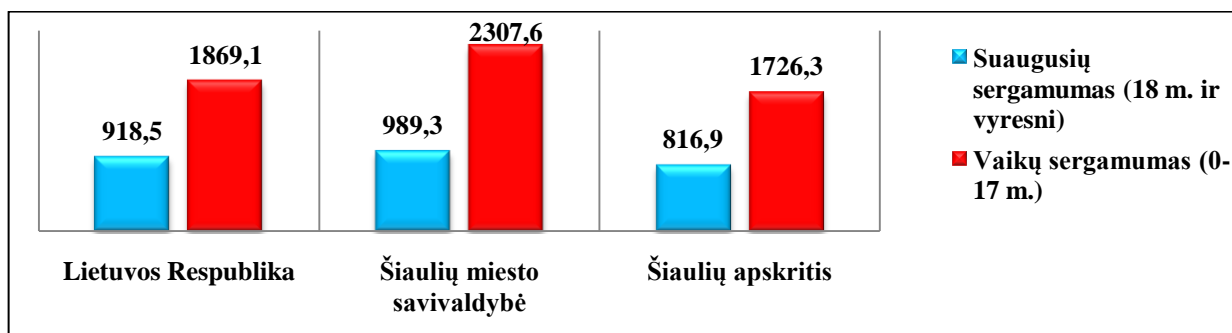
2.3.2 Antrasis prioritetas: vaikų sveikatos stiprinimas

Esminis šiuolaikinės visuomenės sveikatos stiprinimo požymis – ne tik įveikti ligas, bet ir ieškoti būdų, kaip nuo pat mažens saugoti ir stiprinti savo ir kitų sveikatą. Daugeliu atveju bendrojo lavinimo mokykla yra pagrindinė vaikų socializacijos institucija, tinkama puoselėti vaikų sveikatą, formuoti sveikos gyvensenos ir kitus gyvenimo įgūdžius (Mačiūnas ir kt., 2006b).

Ketvirtas pasaulinės sveikatos strategijos Europos regione tikslas – iki 2020 m. jauni regiono žmonės turi būti sveikesni ir pasiruošę geriau atlikti savo darbą. Konkrečiai: vaikai ir paaugliai turi įgyti geresnius gyvenimo įgūdžius ir galimybę reguliuoti savo sveikatą; jaunų žmonių mirtingumas ir invalidumas nulemtas smurto, nelaimingų atsitikimų, turi sumažėti mažiausiai 50 proc.; turi būti sumažintas jaunų žmonių, vartojančių narkotikus, tabaką, alkoholį, skaičius; bent trečdaliu turi būti sumažintas nepilnamečių nėštumų skaičius.

Pagrindiniai šiuo metu Lietuvoje vykdomi tarptautiniai tyrimai, iš kurių galima aprėsti apie vaikų sveikatą yra „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvensena ir sveikata“ (HBSC) bei „Moksleivių tabako, alkoholio ir narkotikų vartojimo (ESPAD) apklausa“ bei kitos pavienės, savivaldybių lygio apklausos tam tikrais aktualiais klausimais. HBSC tyrimas Lietuvoje vykdomas nuo 1994 m., kas ketveri metai. Įsikūrus Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biurui, didžiąją dalį socialinių tyrimų vykdo ši įstaiga, dažnai bendradarbiaujant su kitomis organizacijomis. Tokiu būdu galima išskirti Šiaulių populiaciją ir pateikti tyrimo rezultatus bendruomenei. ESPAD jau daugiau nei dešimtmetis Lietuvoje ir daugelyje kitų Europos šalių yra vienas pagrindinių duomenų šaltinių stebint ir analizuojant įvairių narkotikų paplitimo tarp jaunimo formas, mastą bei tendencijas. Šis tarptautinis tyrimas atliekamas kas ketveri metai, o Lietuva jame dalyvauja nuo pat pradžių – 1995 m. Pagrindinis ESPAD tikslas – surinkti tinkamus palyginimui duomenis apie alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimą 15-16 m. amžiaus mokinių grupėje įvairiose Europos valstybėse (Tamošiūnas ir kt., 2008).

Prastą vaikų sveikatą rodo tiek sveikatos priežiūros ataskaitų rodikliai, tiek ir vykdomi socialiniai tyrimų rezultatai. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis 2009 metais Šiaulių mieste, apskrityje ir visoje šalyje vaikų sergamumas buvo didesnis nei suaugusiųjų, Šiaulių mieste 1 000-ai vaikų teko 2307,6 naujai registruoti susirgimo atvejai, o suaugusiųjų – 989,3/1 000-ai suaugusiųjų (19 pav.).



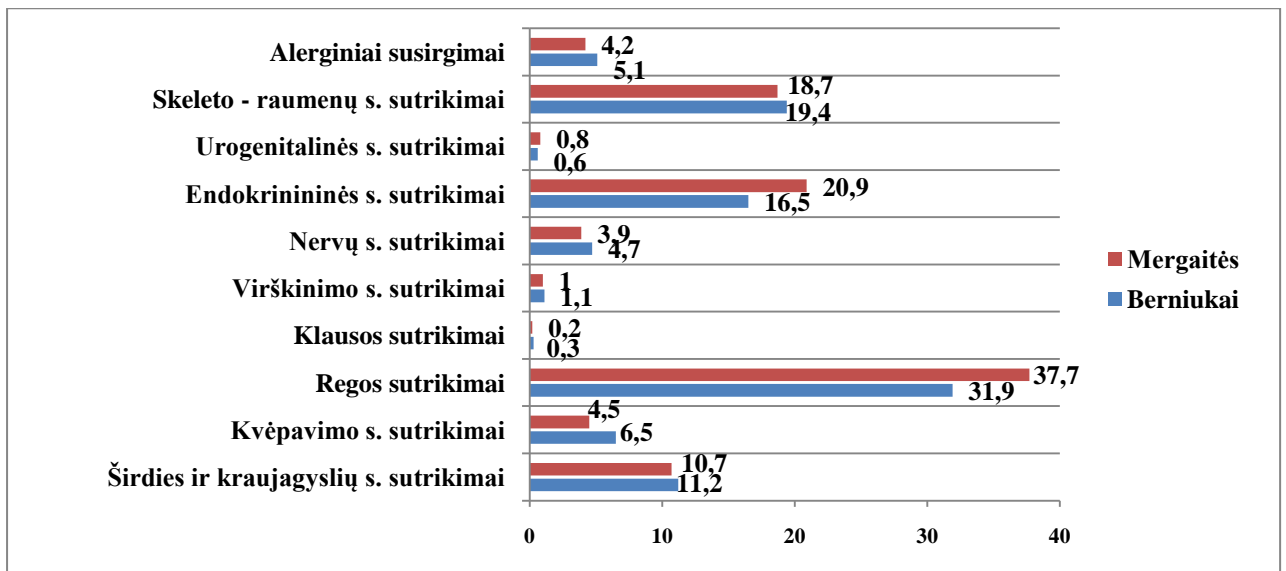
19 pav. Suaugusių ir vaikų sergamumas Šiaulių mieste, Šiaulių apskrityje ir Lietuvos Respublikoje 2009 m. (naujai užregistruoti susirgimai ambulatorinę pagalbą teikiančiose įstaigose 1 000-ai vaikų ir 1 000-ai suaugusiųjų)

Sudaryta autoriaus remiantis šaltiniu: Higienos instituto sveikatos informacijos centras

2009 metais Šiaulių miesto ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose apsilankė 22 680 vaikų. Iš visų apsilankiusių vaikų, 21,1 proc. buvo nustatyti regėjimo sutrikimai, (2007 metais – 15,5 proc.). Taip pat paplitusios deformuojančios dorsopatijos – 3,8 proc. ir skoliozės – 3,1 proc. (16 priedas).

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ ir Higienos norma 21:2005 „Bendrojo lavinimo mokykla. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“, kiekvienais metais iki rugsėjo 15 d. moksleiviai turi pateikti mokyklai informaciją apie profilaktinio savo sveikatos patikrinimo rezultatus. Šie duomenys naudojami moksleivių sveikatos stebėsenai ir analizei.

Pagal mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų pateiktus duomenis Šiaulių miesto bendrojo lavinimo mokyklų mokinių skaičius yra 16385. Iš profilaktiškai sveikatą patikrinusių mokinių 2009-2010 m. tik 33 proc. neturi jokių sveikatos sutrikimų. 10878 sergantiems mokiniams nustatyti 14030 sveikatos sutrikimai. Tai rodo, kad kai kurie moksleiviai turi po kelis sveikatos sutrikimus. Paveiksle matome, kad Šiaulių mokiniai daugiausia serga regos sutrikimų (36 proc.), taip pat jau 12 proc. jų turi širdies ir kraujagyslių sutrikimų. Didelis sergamumo skaičius registruojamas gimnazijose.



20 pav. Profilaktiškai patikrinusių mokinių sergamumas Šiaulių mieste 2010/11 m. m. (proc.)
Sudaryta autoriaus, remiantis profilaktinių patikrinimų rezultatais.

Rodikliai patys kalba už save, būtina skatinti vaikų gebėjimą atsirinkti kas yra teisinga ir kas ne, o kad tai būtų galima padaryti pirmiausia reikia, kad ir mokyklų vadovai tai suprastų ir laikytų tai vienu iš prioritetų.

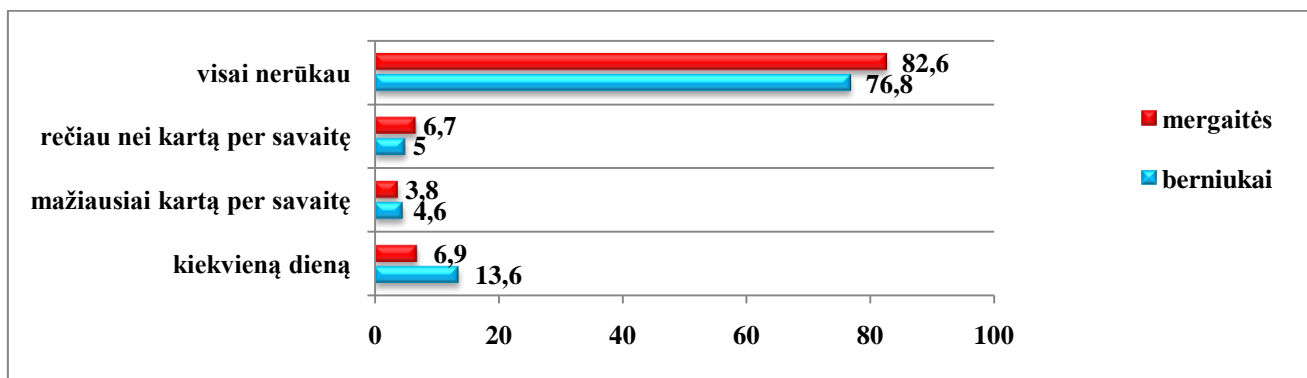
MITYBA. Racionaliai besimaitinantis vaikas gerai auga, yra atsparus įvairioms ligoms. Nepakankama mityba ypač pavojinga lytinio brendimo amžiuje, nes tai stabdo augimą ir vystymąsi. Jauni žmonės, ypač paaugliai, labai lengvai pasiduoda reklamai, todėl labai svarbu nuo pat mažens ugdyti vartotojo savybes. Sveika mityba – tai maisto ir maitinimosi strategijos, maisto garantijos, saugumas, mikropriedų pakankamumas, sveiko maisto pasirinkimas.

2010 m. vykdyto tarptautinio tyrimo rezultatais galima vertinti ir Šiaulių miesto mokinių mitybos įpročius. Vaikai vis dažniau valgo daržoves, vaisius, rečiau tokį „nesveiką“ maistą kaip bulvių traškučiai, greito maisto produktai, kokakola ir kiti saldūs, gazuoti gėrimai. Vis tik vaisių ir daržovių mokiniai vartoja nepakankamai. Daugiausia mokinių vaisius, daržoves bei šokoladus ar saldinius valgo 2-4 kartus per savaitę (7 priedo 1 pav.). Būtina paminėti, jog pasaulio kontekste, Lietuvos vaikai pagal vaisių vartojimą buvo tarp mažiausiai vartojančių šalių (9 priedo 1 pav.).

Fizinis aktyvumas. PSO duomenimis, dėl nepakankamo fizinio aktyvumo kasmet miršta apie 2 milijonus planetos gyventojų. Fizinio aktyvumo stoka nulemia apie 10-16 proc. krūties, storosios žarnos vėžio bei necukrinio diabeto ir apie 22 proc. išeminės širdies ligos atvejų. Lietuvos kūno kultūros asociacijos 2005 m. atlikto Lietuvos moksleivių fizinio aktyvumo tyrimo duomenimis, 85,8 proc. Lietuvos mokinių yra nepakankamai fiziškai aktyvūs. 2010 m. tyrimo duomenimis, tik 17,6 proc. berniukų ir 12,8 proc. mergaičių buvo pakankamai fiziškai aktyvūs (7 priedo 11 pav.) ($p < 0,05$).

Rūkymas. Vertinant vaikų ir jaunimo gyvenimą, žalingų įpročių problema šiandien yra ypatingai aktuali ir svarbi. Ši problema būdinga visam pasauliui. Net ir turtingiausios pasaulio šalys, galinčios skirti daug lėšų jų profilaktikai, negali išvengti vaikų ir jaunimo priklausomybių.

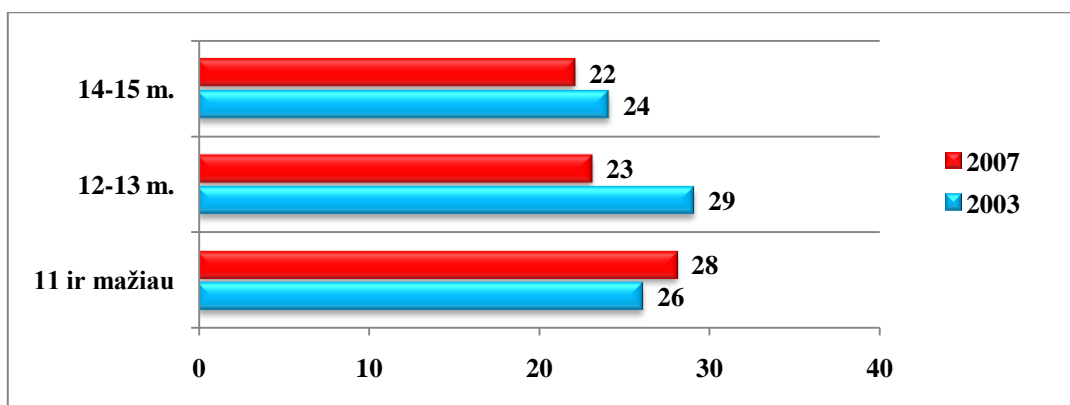
2010 m. Šiaulių miesto mokinių gyvenimo tyrimo metu nustatyta, kad 55,6 proc. berniukų ir 45,2 proc. mergaičių teigė, kad yra bandę rūkyti ($p < 0,05$). Mokiniais, pradėjusiems rūkyti, dažniausiai tai tampa kasdieniniu įpročiu – didžioji dalis rūkančių nurodė, kad tai daro kiekvieną dieną (13,6 proc. berniukų ir 6,9 proc. mergaičių) (21 pav.).



21 pav. Mokinių rūkymo dažnis (proc.)

Šaltinis: Šiaulių miesto mokinių gyvenimo tyrimas. (2011). Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras [interaktyvus] [žiūrėta 2010-12-15]. Prieiga per internetą: <http://www.sveikatos-biuras.lt/index.php?id=672>

ESPAD tyrimų rezultatai rodo, kad pirmą kartą pabandančių rūkyti mokinių amžius jaunėja. 2007 metų duomenimis, net 16 proc. pirmą kartą pabandė rūkyti turėdami 9 m. ar mažiau, o 13 m. ir jaunesni mokiniai surūkė pirmą cigaretę: 2003 metais – 55 proc. (66 proc. berniukų ir 44 proc. mergaičių), 2007 m. šiek tiek mažiau mokinių - 51 proc. (mergaičių beveik tiek pat – 43 proc., berniukų mažiau – 55 proc.) (22 pav.).



22 pav. Amžius kada pirmą kartą mokiniai surūkė cigaretę (proc.)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Tamošiūnas, T., Šutinienė, I., Šimaitis, A. (2008). Alkoholis ir kiti narkotikų tyrimas Europos mokyklose ESPAD 2007. Vilnius [interaktyvus] [žiūrėta 2010-05-03]. Prieiga per internetą: http://www.suaugusiujuvietimas.lt/modules/document_publisher/documents/3/ESPAD_2007_leidinys.pdf

Alkoholio vartojimas. Tiek Lietuvos tiek ir Šiaulių miesto mokinių alkoholio vartojimo įpročiai panašūs – didžioji dalis berniukų dalis dažniau nei mergaitės renkasi alų, o mergaitės dažniau renkasi silpnus alkoholinius gėrimus (sidrą, įvairius kokteilius su alkoholiu, 7 priedo 2 pav.). Didesnį berniukų alkoholio vartojimą rodo ir tai, kad jie dažniau nei mergaitės yra išgėrę tiek alkoholinių gėrimų jog jautėsi apsvaigę (7 priedo 3 pav.).

Girtavimas yra alkoholio piktnaudžiavimo požymis. Dažnas ir sunkus alkoholio vartojimas sąlygoja blogesnę subjektyvia ir bendrą sveikatą bei didesnį naktų skaičių, praleistų ligoninėje nei tų kurie nevartoja alkoholio (Johnson, Richter, 2002). Taip pat yra stiprus ryšys tarp paauglių piktnaudžiavimo alkoholiu ir kitų daugybės elgesio ar būsenos, tokių kaip rūkymas, nelegalus narkotikų vartojimas (Johnston ir kt., 2002), nesaugus lytinis elgesys (Johnston ir kt., 2002; Cooper, 2002), pavojingas elgesys, nuotaikos sutrikimai (Rohde ir kt., 1995), valgio sutrikimai ir nutukimas (Breslow, 2005). Įrodyta, kad tokio elgesio jauni žmonės gyvena aukštos rizikos gyvenimo būdą (Pickett, 2002).

Ankstyvas girtumas yra apibūdinamas, kada vaikas pirmą kartą pasijunta girtu 13 m. ir jaunesnio amžiaus (Inequalities in young people's health, 2008). Pažymima, kad ankstyva pradžia ir anksti pradėjus vartoti chemines medžiagas yra ypač svarbūs (ir potencialiai išvengiami) vėlesnių problemų su alkoholiu ženklai. Tai labiausiai atitinka tiriant suaugusiųjų problemas susijusias su alkoholio vartojimu (De Wit DJ et al. Age 2000; Kraus, 2000), bet taip pat ir tiesiogiai susijęs su paauglių alkoholio vartojimu ir piktnaudžiavimu (Fergusson ir kt., 1994; Gruber, 1996).

Net 21,1 proc. berniukų, mokinių gyvenamos tyrimo metu (2010 m.) teigė, kad pirmą kartą pabandė rūkyti būdami 11 metų ar jaunesni (7 priedo 1 lentelė), mergaičių didžiausia dalis (22,4 proc.) – būdamos 14 m. Pirmą kartą išgėrė alkoholinių gėrimų 41 proc. berniukų būdami 13-14 m. Apsvaigę nuo alkoholio berniukai pirmą kartą pasijuto būdami taip pat jaunesni nei mergaitės.

2006 m. tarptautinio mokinių gyvenamos tyrimo metu respondentai buvo klausiami ar jie kada buvo išgėrę tiek daug alkoholio, jog jautėsi „tikrai girti“. Pastebėta, kad esant vyresniam vaikų amžiui, Lietuva tarptautiniu lygiu užima vis aukštesnę poziciją. Jeigu 11 m. mokinių 1 proc. mergaičių ir 6 proc. berniukų teigė buvę girti mažiausiai 2 kartus per savo gyvenimą, tai 15 m. tokių vaikų buvo žymiai daugiau – 50 proc. mergaičių ir 57 proc. berniukų, ir pagal visas tyrimo dalyvavusių šalių užėmė antrą vietą po Danijos (9 priedo 5 pav.). Lietuva tarptautiniu lygiu užima vieną pirmaujančių vietų analizuojant mokinių, kurie teigė pirmą kartą pasijutę girti būdami 13 m. ar jaunesni (9 priedo 4 pav.).

Šiaulių miesto mokiniai iš visų narkotinių medžiagų dažniausiai yra vartoję kanapes („žolę“, marihuaną, hašišą). 15,8 proc. berniukų ir tokia pati dalis mergaičių teigė yra vartoję kanapes 1-2 kartus per savo gyvenimą. 40 ir daugiau kartų šiuos narkotikus vartojo pavieniai mokiniai. Klįjus yra uostę 3,8 proc. berniukų ir 2,6 proc. mergaičių 1-2 kartus per savo gyvenimą. 40 ir daugiau

kartų tik pavieniai asmenys uostė klįjus. Kitokių narkotinių medžiagų vartojimas pastebėtas gana menkas (7 priedo 2-4 lentelės).

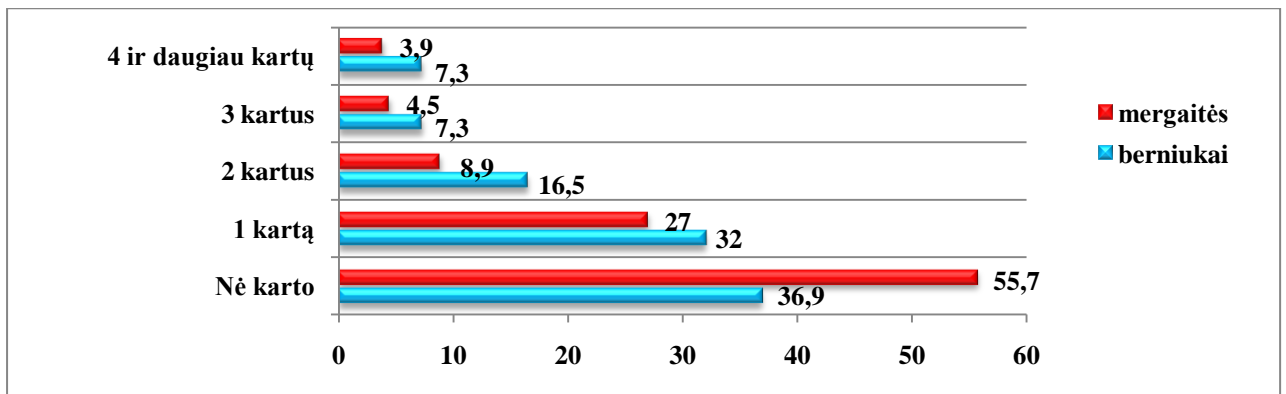
Patyčios. Reikia pripažinti, kad jaunimo ir paauglių santykiai vis dažniau grindžiami smurtu. Įvairios traumos dėl pačių vaikų kaltės ar sukeltos nelaimingų (netyčinių) atsitikimų yra vienos iš pagrindinių vaikų, vyresnių nei vienerių metų, ir paauglių mirties priežasčių (Sveikata visiems XXI amžiuje, 1998). Šiaulių miesto mokinių gyvenimos tyrimo duomenimis, tiek mergaitės, tiek ir berniukai per pastaruosius 2 mėnesius patyrė patyčias. Dažniau su jomis susiduria berniukai nei mergaitės (7 priedo 4 pav.) ($p > 0,05$). Iš kitų mokinių tyčiojosi taip pat didesnė dalis berniukų (7 priedo 5 pav.) ($p < 0,05$).

Tarptautiniu mastu Lietuvos vaikų padėtis pagal patyčių skaičių – viena blogiausių. 2006 m. mokinių gyvenimos tyrimų rezultatai rodo, kad 11 m. bei 15 m. amžiaus vaikai užima antrą vietą pagal patirtų patyčių skaičių., tuo tarpu 13 m. mokiniai – pirmą vietą. Iš kitų tyčiojasi taip pat nemaža dalis Lietuvos vaikų, lyginant su kitomis šalimis. Vyresni mokiniai labiau tyčiojasi iš kitų vaikų; jei 11 metų amžiaus mokiniai, kurie tyčiojosi iš kitų, užėmė penktą vietą, tai 15 metų amžiaus – pirmąją (22 proc. mergaičių ir 34 proc. berniukų) (9 priedo 6-11 pav.).

Savižudybės. Mintys apie savižudybę – skaudi tema, todėl mes dažnai vengiame apie tai kalbėti. Tačiau apie jas žinoti yra labai svarbu, nes tik taip galėsime geriau suprasti ir padėti vieni kitiems. Nors kartą rimtai apie savižudybę pagalvojo 10,3 proc. Šiaulių miesto berniukų ir 11,2 proc. mergaičių. Kūrusių planus apie savižudybę buvo daugiau mergaičių nei berniukų, atitinkamai: 3,3 proc. ir 2,8 proc. (7 priedo 6 pav.).

Vilniaus universiteto mokslininkų 2004 m. atliktas Lietuvos vaikų psichikos sveikatos epidemiologinis tyrimas parodė, kad su psichikos sveikata susijusių problemų turi 41,7 proc. mokyklinio amžiaus vaikų. Labai svarbu suprasti, kad čia kalbame ne apie psichikos sveikatos sutrikimus kaip diagnostinę kategoriją, bet būtent apie vaikų problemas – dažnai trumpalaikes, susijusias su nuotaikų svyravimais, nerimu, dideliu krūviu, konfliktais su tėvais, draugais ir mokytojais (Goštautas, Davidonienė, 2010).

Susižeidimai ir kiti nelaimingi atsitikimai. Tyrimo metu pasitvirtino tai, jog dažniau traumas ar sužeidimus patiria berniukai nei mergaitės. Nei karto nesusižeidė daugiau nei trečdalis berniukų (36,9 proc.) ir daugiau nei pusė mergaičių (55,7 proc.) (23 pav.). Dažniausiai susižeidžiama namuose (7 priedo 7 pav.). Nedidelė dalis mokinių dedasi šalną važinėdami dviračiu (7 priedo 8 pav.), atšvaitus tamsiu paros metu didžioji dalis mokinių nešioja kartais (7 priedo 9 pav.).



23 pav. Mokinių pasiskirstymas pagal tai kiek kartų per pastaruosius 12 mėn. buvo susižeidę (proc.)

Šaltinis: Šiaulių miesto mokinių gyvenimo tyrimas. (2011). Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras [interaktyvus] [žiūrėta 2010-12-15]. Prieiga per internetą: <http://www.sveikatos-biuras.lt/index.php?id=672>

Analizuojant Lietuvos vaikų traumatizmo padėtį 2006 m. vykusio HBSC tyrimo rezultatų duomenimis, Lietuva buvo tarp pirmaujančių šalių pagal traumų patyrimą per pastaruosius 12 mėnesių.

Vaikų dantų priežiūra yra labai svarbi sveikatos dalis. Dvi pagrindinės dantų ligos – kariesas ir periodonto ligos – gali būti laikomos kaip tam tikrų įpročių ligos, nuo kurių apsisaugoti yra gana paprasta laikantis teisingos burnos higienos ir ribojant cukraus vartojimą.

Visuotinai rekomenduojamas dantų valymo dažnis - du kartus per dieną (Löe, 2000). 64,4 proc. mergaičių ir 42,6 proc. berniukų teigė, kad dantis valosi daugiau nei vieną kartą per dieną. Kartą per dieną dantis valosi didesnė dalis berniukų nei mergaičių, atitinkamai: 41,2 proc. ir 31 proc. ($p < 0,05$) (7 priedo 10 pav.). Lyginant su kitomis pasaulio valstybėmis, Lietuvos 11-15 m. amžiaus vaikų burnos higienos įpročiai gana prasti. 11 m. ir 13 m. amžiaus vaikus 2006 m. tarptautinio HBSC tyrimo metu lenkė tik Turkija ir Malta, pastarųjų burnos higiena dar prastesnė. Lyginant 15 m. amžiaus vaikų, kurie dantis valosi daugiau nei 1 kartą per dieną, pasiskirstymą, Lietuvos vaikai buvo 4 vietoje nuo pabaigos (58 proc. mergaičių ir 33 proc. berniukų) (9 priedo 2-3 pav.).

Vaikų sveikatą, kaip vieną iš svarbiausių prioritetų pabrėžė ir tyrime dalyvavę ekspertai. E1 mano, kad biurai taip pat turėtų rūpintis ir ikimokyklinio amžiaus vaikų sveikata, t.y., šiose įstaigose turėtų dirbti visuomenės sveikatos specialistai: „Ypatingai turi didelį įnašą daryti nuo ikimokyklinukų, neaplenkiant ir moksleivių. Kokius jiems įgūdžius įskiepytume tokią kartą ir turėtume. Manau, kad šią sritį reiktų daugiau stiprinti“. E2, E3, E7 ir E8 teigė, kad labai svarbu užtikrinti vaikų ir jaunimo sveikatą, o E2 ir E8 papildomai pridūrė, jog mokyklose turi būti atskira programa sveikai gyvenimui propaguoti.

Šioje srityje Šiaulių visuomenės sveikatos biuras skiria didelį dėmesį. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys mokyklose gali kurti sveikatinimo veiklas, organizuoti sveikatos

mokymus, seminarus, konferencijas ir pan., padėti mokiniams saugoti ir stiprinti sveikatą, organizuojant ir įgyvendinant priemones, susijusias su ligų ir traumų profilaktika. Būtina įtraukti į šią veiklą ir tėvus, mokyklos bendruomenę, kitus socialinius partnerius.

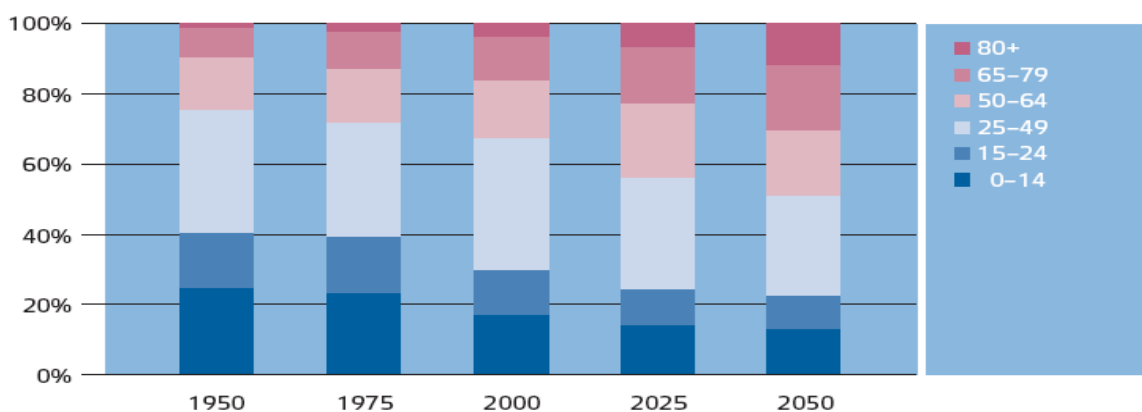
2.3.3 Trečiasis prioritetas: sveikas senėjimas

Senėjimas – tai procesas, vykstantis visą žmogaus gyvenimą. Gyventojų rengimas senatvei turi būti socialinės politikos dalis ir apimti fizinį, psichologinį, kultūrinį, ekonominį, medicininį ir kitus pasirengimo būdus (Bagdonas ir kt., 2009). Sveikas senėjimas – tai vienas aktualiausių dalykų Europoje. Vis didėjantis pagyvenusių žmonių skaičius daro didžiulę įtaką Europos šalių ekonomikai, rūpybai, socialinei plėtrai, gerovei ir gerai savijautai, todėl būtina kaupti ir gilinti žinias apie tai, kaip skatinti pagyvenusių žmonių sveikatingumą bei gyvenimo kokybę ir kaip išvengti brangiai kainuojančių šio proceso padarinių visiems gyventojams (Sveikas senėjimas, 2007). Aktyvus senėjimas (pagal PSO ir Europos Komisijos apibrėžimą) apima mokymąsi visą gyvenimą, ilgesnį darbą, vėlesnį ir laisvesnį išėjimą į pensiją, ilgesnį aktyvumo išsaugojimą išėjus į pensiją, gebėjimus stiprinančią ir sveikatą palaikančią veiklą.

Pagal Pasaulio asamblėjos 1982 metų nutarimą senėjimo klausimais visuomenės senėjimą apibūdina gyventojų, sulaukusių 60 metų ir vyresnių, dalis (LR Seimo nutarimas Nr. 95-3501 2004). Senėjimo klausimas problematiškas dėl kelių aspektų. Pirmiausia tai, kad Europos pagyvenusių moterų dalis yra didžiausia visame pasaulyje: 65–79 metų grupėje dviem vyrams tenka trys to paties amžiaus moterys. Todėl tikėtina, kad vienišų pagyvenusių moterų skaičius didės, todėl, kad jos gyvena ilgiau negu vyrai. Vienišos pagyvenusios moterys susijusios su didele skurdo tikimybe dėl mažesnių per savo gyvenimą uždirbtų pajamų bei mažesnės pensijos – tai kelia dar didesnį pavojų jų sveikatos būklei. Kitas aspektas tai, kad dėl gyventojų senėjimo atsiras vis daugiau pagyvenusių neįgalių žmonių, o tai blogina gyvenimo kokybę, didina hospitalizavimo ar gyvenimo slaugos namuose ir per ankstyvos mirties tikimybę, todėl vyresnių žmonių neįgalumo prevencija yra didelė visuomenės sveikatos problema, kuriai spręsti pasitelkiami moksliniai tyrimai ir politika.

Siekis skatinti sveiką senatvę buvo išsakytas 1998 m. Europos regiono strategijoje „Sveikata visiems XXI a.“, kurioje teigiama, kad iki 2020 žmonėms, vyresniems nei 65 metai, turi būti užtikrinta galimybė tinkamai prižiūrėti sveikatą ir būti socialiai aktyviems.

2005 m. apie trečdalį Europos gyventojų sudarė vyresni nei 60 metų asmenys. Prognozuojama, kad iki 2014 m. 33 proc. padidės vyresnių nei 80 m. žmonių skaičius.



24 pav. ES valstybių narių gyventojų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes (1950–2050 m.)
Šaltinis: Confronting demographic change: a new solidarity between generations. Com. (2005) 94, Brussels.

Visa tai reiškia, kad mažėjanti darbingo amžiaus žmonių dalis turės išlaikyti pensininkus. Nustojančių dirbti žmonių skaičius viršys pradedančiųjų dirbti skaičių, ir šalims iškils kvalifikuotų darbuotojų stygiaus problema (Pagyvenusių žmonių sveikatos stiprinimas, 2008).

Lietuvoje vyresni nei 60 m. gyventojai 1990 m. sudarė 16 proc., 2003 m. – 20 proc.; prognozuojama, kad 2030 m. tokie asmenys sudarys apie 27 procentus. Pagal tarptautiniu mastu priimtais vertinimais, Lietuva priskiriama prie demografiškai senėjančių šalių grupės, tai yra didėja senyvo amžiaus (60 metų ir vyresnių) žmonių skaičius bendrame gyventojų skaičiuje. Lietuvoje demografai fiksuoja antrąją senėjimo bangą. 2009 metų pradžioje Lietuvoje buvo 692,6 tūkst. pagyvenusių (60 m. ir vyresnių) žmonių, jie sudarė 20,7 proc. bendro gyventojų skaičiaus. Šiaulių miesto savivaldybėje pagyvenusių žmonių buvo – 18,8 proc., o apskrityje 20,7 proc. Vaikai (0 -14 metų amžiaus) šalyje sudarė 15,1 proc., Šiaulių mieste – 13,7 proc., o apskrityje – 15,3 proc. Taigi šiuo metu tėvų kartą keičia ženkliai mažesnė vaikų karta. Nors nuo 2003 metų gimusiųjų skaičius šalyje didėja, gimstamumo lygis neužtikrina teigiamos kartų kaitos.

2009 m. pradžioje vaikų iki 15 metų amžiaus buvo beveik trečdaliu (27,1 proc.) mažiau nei pagyvenusių žmonių, o 2000 m. pradžioje jų buvo 6,2 procento daugiau. Demografinės senatvės koeficientas nurodo pagyvenusių (60 metų ir vyresnio amžiaus) žmonių skaičių, tenkantį šimtui vaikų iki 15 metų amžiaus. Šalyje šis koeficientas - 137, Šiaulių miesto savivaldybėje - 139 (15 priedas).

Demografinis senėjimas, vykstantis dėl ilgesnės gyvenimo trukmės ir mažėjančio gimstamumo, sukelia gilius gyventojų struktūros pokyčius. Taigi pagyvenusių žmonių vis daugėja ir jie tampa vis svarbesni tiek pačiai ekonomikai, tiek žmonių bendruomenėms, auga jų, kaip vartotojų, poreikiai ir jų, kaip piliečių, lūkesčiai (Ferry, Baker, 2006).

Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduria pagyvenę žmonės Lietuvoje yra užimtumas, pajamos ir jų garantijos, sveikata ir socialinės paslaugos, visaverčio gyvenimo galimybės, į kurias

įeina švietimas ir integracija į informacinę visuomenę, būstas ir aplinkos pritaikymas, kultūrinio gyvenimo prieinamumas, transportas, asmens saugumas.

E4 mano, kad norint pilnai užtikrinti sveiką senėjimą, reikia tarpžinybinio bendradarbiavimo. Šiaulių miesto visuomenės sveikatos biuras nėra pats pajėgus to užtikrinti, nes didelė dalis darbo priklauso nuo kitų sektorių (pvz. finansiniai klausimai, kurie labai svarbūs užtikrinant kokybiškas paslaugas) bendradarbiavimo. E7 bei E2 sutiko, kad šis prioritetas yra reikalingas ir svarbus įgyvendinant visuomenės sveikatos politiką. Ypatingai atsižvelgiant į dabarties aktualijas ir perspektyvas, kai numatomas pagyvenusių žmonių didėjimas.

Taigi Šiaulių VS biuras gali prisidėti prie šios problemos sprendimo bendradarbiaudamas su kitomis institucijomis, rengti įvairius mokymus, seminarus, konferencijas, paskaitas, konsultacijas atitinkamo amžiaus gyventojams, padėti jiems stiprinti ir išsaugoti sveikatą, išvengti traumų ir invalidumo.

2.3.4 Ketvirtasis prioritetas: socialinių netolygumų visuomenės sveikatos sistemoje mažinimas

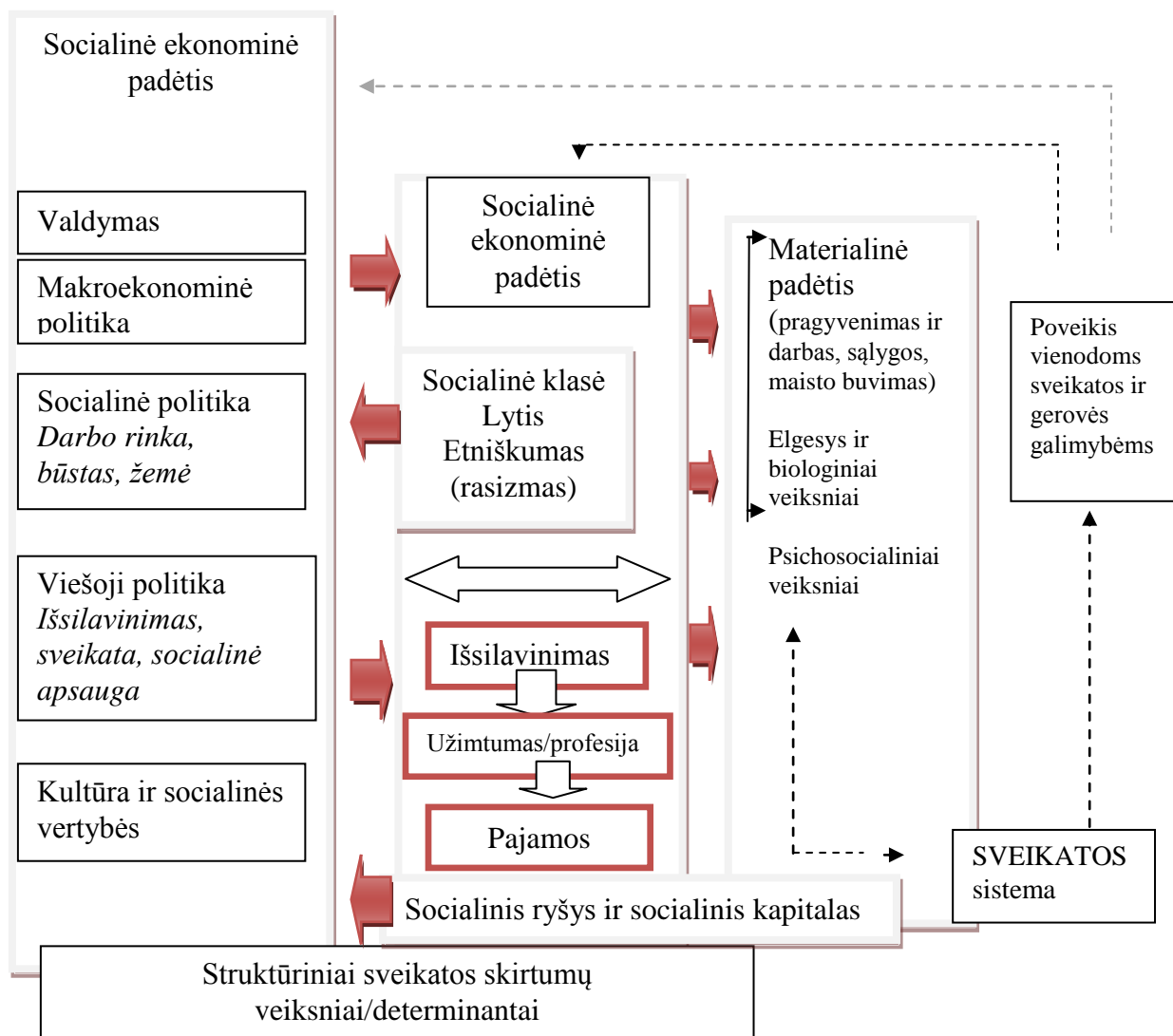
Dauguma pasaulio šalių susiduria su regioninių socialinių-ekonominių skirtumų problema, todėl daugelis autorių bando analizuoti ir nustatyti regionų skirtumų ir netolygumų atsiradimo priežastis. Regionų skirtumai yra gana problemiškas dalykas, jie svarbūs, nes stabdo tokių nacionalinės regioninės politikos tikslų įgyvendinimą, kaip vienodų įsidarbinimo galimybių suteikimas, socialinių sąlygų užtikrinimas, pakankamo augimo lygio pasiekimas, tolygesnis pajamų ir turto pasiskirstymas ir pan. Europos Sąjunga yra viena labiausiai klestinčių ekonominių erdvių pasaulyje, tačiau skirtumai tarp šalių yra ryškūs, o tarp regionų – stulbinami (Kasinskaitė, 2005).

1998 m. kovo mėn. PSO priimtame dokumente „Sveikata visiems XXI amžiuje“ ypatingas dėmesys kreipiamas į sveikatos santykių teismo, lygybės ir solidarumo užtikrinimą. Lietuvos sveikatos programoje numatyta iki 2010 m. sumažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumus tarp skirtingų socialinių ekonominių gyventojų grupių 25 proc., gerinant nepalankioje situacijoje esančių gyventojų sveikatą. Tačiau, pasak Kalėdienės (2010) socialiniai sveikatos netolygumai Lietuvoje didėjo, tai priklausė nuo skirtingomis kryptimis kintančio mirtingumo įvairiose išsimokslinimo grupėse.

Gyventojų sveikatos skirtumai pastebimi ne tik tarp šalių, bet ir tarp įvairių teritorinių, socialinių ir ekonominių grupių šalyje. Šalyse, kuriose vyksta dideli socialiniai, ekonominiai ar politiniai pokyčiai, sveikatos nelygybės problema yra ypač aktuali (Demografiniai, socialiniai ir teritoriniai sveikatos netolygumai, 2002).

Pasaulinės sveikatos organizacijos pateiktas socialinių ir ekonominių faktorių apibrėžimas teigia, kad labiausiai sveikatą įtakoja žmonių gyvenimo sąlygos: skurdas, socialinė atskirtis, nedarbas, kokybiško būsto trūkumas, ekologinis užterštumas, prasta mityba, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kiti veiksniai.

25 paveikslo kairėje pusėje susumuoti svarbiausi socialinio ir politinio konteksto elementai, kurie tiesiogiai daro įtaką socialinės stratifikacijos ir socialinės klasės struktūrai. Taip pat tai apima svarbiausius konteksto aspektus, kurie veikia neteisingumą sveikatoje, pavyzdžiui, valdymas, makroekonominė, socialinė politika. Dešinėje diagramos skiltyje, išdėstyti svarbiausi socialinės hierarchijos aspektai, kurie apibrėžia socialinę struktūrą ir socialinius klasės santykius visuomenės viduje.



25 pav. Socialinių – ekonominių veiksnių poveikis gyventojų sveikatai

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health (2007). WHO CSDH.

Kai kurios sveikatos paslaugos (pvz.: odontologinės paslaugos, sanatorinis gydymas) tapo sunkiau prieinamomis mažas pajamas turintiems gyventojams. O tai kartu su nemažėjančiais socialiniais ir sveikatos netolygumais rodo į teismo sveikatos santykiuose problemų paastrėjimą (Černiauskas, Jankauskienė, 2010). Sveikatos santykių teismo problemos ryškėja ir nepagerėjusiame sveikatos sistemos išteklių paskirstymo tolygume tarp šalies regionų.

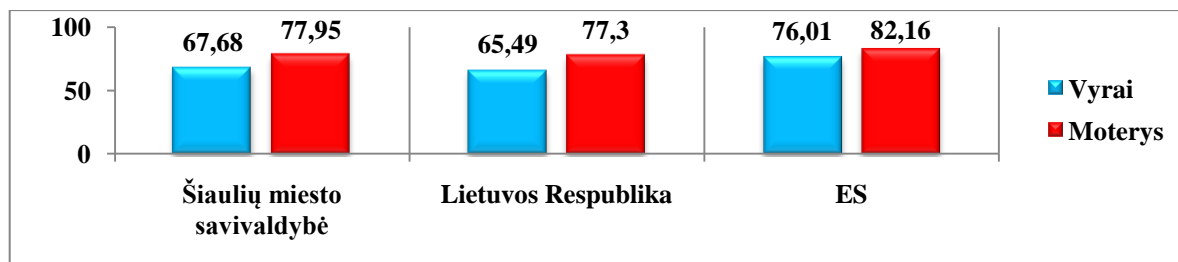
Lietuvoje tik pastaraisiais metais atkreiptas dėmesys į ekonominės ir socialinės raidos netolygumus kai kuriuose regionuose, didelius jų gyventojų užimtumo, gyvenimo sąlygų, išsilavinimo lygio skirtumus (Astrauskas, 2004). Todėl bendruomenės lygmenyje labai svarbus socialinės paramos, vaiko teisių tarnybos, mokyklų bei kitų švietimo institucijų, sveikatos priežiūros įstaigų ir kt. bendradarbiavimas (2007–2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programa, 2006).

Atskirtis ir skurdas tiesiogiai įtakoja gyventojų galimybes pasinaudoti sveikatos apsaugos, švietimo, socialinės apsaugos ir kitomis, būtinomis paslaugomis, sąlygoja asmenų padėtį darbo rinkoje, gaunamas pajamas, namų ūkio padėtį, namų ūkio perspektyvas, finansinius sunkumus, gyvenamosios aplinkos sąlygas, socialinius santykius ir pan.

Šeimyninė padėtis taip pat turi įtakos sveikatai. Ji susijusi su įvairiomis specifinėmis socialinėmis ekonominėmis charakteristikomis, psichologine būkle, gyvenamosios veiksniais. Vieniųjų žmonių sveikata yra blogesnė negu gyvenančių šeimose. Lietuvoje žemiausi mirtingumo rodikliai yra vedusių ir ištekėjusių, o aukščiausi – netekėjusių moterų ir našlių vyrų (Kalėdienė, 2010).

Analizuojant Šiaulių miesto atvejį, kai kuriuos sveikatos netolygumus galima vertinti remiantis 2008 m. atliktu Šiaulių suaugusių žmonių gyvenamosios tyrimu. Jame išryškėja sveikatos skirtumai priklausantys nuo įgyto išsilavinimo (savo sveikatą geriau vertina aukštesnį išsilavinimą įgiję respondentai, sunkų fizinį darbą dažniau dirbo nebaigtą vidurinį išsilavinimą įgiję gyventojai), šeimyninės padėties (depresiją dažniau patiria našliai, išsiskyrę asmenys; vieniųjų žmonių grupėje buvo mažesnė pusryčiaujančių dalis, tačiau didesnė vartojančių alkoholi), bei lyties (daugiau nei 100 cigarečių per gyvenimą didesnė dalis surūkiusių buvo vyrų nei moterų, be to vyrai geriau vertina savo gyvenimo kokybę).

Gyventojų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmės žinojimas kiekvienai savivaldybei padeda politikams priimti reikalingus sprendimus, susijusius su gyventojų sveikatos stiprinimu ir socialinės bei ekonominės būklės gerinimu. Nors Šiaulių miesto savivaldybė jau 2008 m. pasiekė Lietuvos sveikatos programoje užsibrėžtą tikslą (prailginti Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 metų), tačiau skirtumas tarp lyčių yra didelis (2006-2008 m. vidurkis buvo 10,27 metų, 26 pav.).

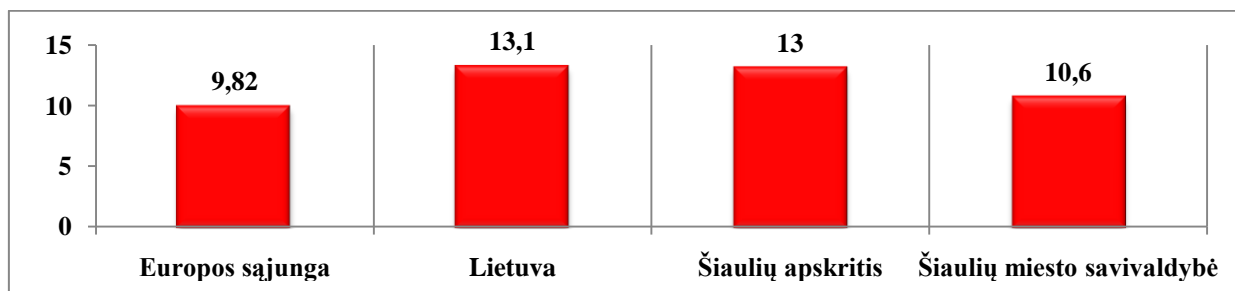


26 pav. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė Šiaulių mieste, Lietuvos Respublikoje ir ES pagal lytį. 2006-2008 metų vidurkis (metais)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniais: Kauno medicinos universiteto Sveikatos vadybos katedra; Eurostat regional yearbook (2010). Eurostat Statistical books [interaktyvus] [žiūrėta 2010-11-25]. Prieiga per internetą: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-HA-10-001/EN/KS-HA-10-001-EN.PDF.

Vidutinė gyvenimo trukmė savivaldybėse gali skirtis dėl keleto priežasčių: nevienodo mirtingumo lygio; nevienodo naujagimių mirtingumo; skirtingo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo; savivaldybėje ir visoje šalyje esančios socioekonominės padėties skirtumų.

2008 m. birželio mėnesio PSO Europos regiono biuro duomenimis, Lietuvoje mirusiųjų skaičius 1 000 gyventojų 1,3 karto viršijo ES vidurkį (9,8/1 000 gyv.), bet buvo mažesnis negu Bulgarijoje (14,15/1 000 gyv.) ir Latvijoje (14,47/1 000 gyv.) (27 pav.). ES mirtingumo rodiklis siekė 9,82/1 000 gyventojų.



27 pav. Gyventojų mirtingumas ES, Lietuvoje, Šiaulių mieste ir apskrityje 2008 m. (1 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniais: Europos šalių duomenys iš HFA duomenų bazės 2008m. birželio mėn. versija; Higienos instituto sveikatos informacijos centras.

Darbingumas įvardijamas kaip ypatingai svarbus socioekonominis rodiklis, kuris tiesiogiai įtakoja materialinę – ekonominę gyventojų padėtį: galimybę turėti geresnį būstą, naudoti kokybiškus maisto produktus, skirti daugiau lėšų medikamentams ir asmens higienos reikmėms įsigyti. Užimtumas turi įtakos kriminogeninei situacijai ir savižudybių skaičiui bei socialinės atskirties lygiui. Bendros nuotaikos visuomenėje, užsitęsios bejėgiškumo nuostatos, kai nemažai gyventojų jaučiasi praradę ryšį su valstybės ir visuomenės raida, gali būti tiesiogiai susijusios su save žalojančio elgesio ir kitokio sergamumo (pvz., širdies ir kraujagyslių ligomis) paplitimu. Ne mažiau svarbus faktorius yra užimamų pareigų lygis, žmogaus saugumas dėl turimo darbo trukmės, darbo vietos stabilumo, atlyginimo dydžio. Šie faktoriai taip pat turi stiprų poveikį žmonių elgsenai, gyvenimui ir sveikatos būklei (Eurostat regional yearbook, 2010).

2004 m. Lietuva Europos Komisijos vertinimui pateikė Nacionalinį kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų planą 2004–2006 m. Pagrįstai tikimasi, kad didžiausią impulsą kovoje su socialine atskirtimi gali duoti aktyvus Lietuvos dalyvavimas įvairiose su Europos Sąjunga susijusiose ir Europos Sąjungos finansuojamose programose (Lietuvos Respublikos 2004 – 2006 metų Nacionalinės kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų planas, 2004).

Siekimas gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę šalyje - vienas iš regionų plėtros Lietuvoje gerinimo planų. Anot A. Kilijonienės ir kt. (2010), bus mažinami regioniniai skirtumai ne tik sveikatos priežiūros sektoriuje – tai atitinka horizontalaus lygio regioninės plėtros srities prioritetus. Svarbiausia regioninės plėtros pusė yra susijusi su gyvenimo kokybės užtikrinimu, tai,

visų pirma, gyventojų skurdo, aprūpinimo gyvenamuoju plotu, viešųjų paslaugų kokybės ir galimybės jas gauti bei darbo pasiūlos problemų sprendimas.

Remiantis patikimų šaltinių duomenimis, jei ES šalys, tame tarpe ir Lietuva, 10 proc. sumažintų neteisingumą sveikatos priežiūros srityje, būtų užtikrinta apčiuopiama ekonominė nauda, nes būtų sutaupyta 18 milijardų eurų, kurių netektų išleisti sveikatos priežiūrai, ir 6 milijardai, kurių netektų išleisti socialinio draudimo reikmėms (Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį, 2009).

Aptariant ekspertų nuostatas šiuo klausimu, reikia pabrėžti, jog šis prioritetas atrodė per daug platus ir nelabai tinkamas biurui (E4). E7 teigė, kad VS biuras nėra ta organizacija, kuri būtų pajėgi šį prioritetą įgyvendinti. Tam reikalingas tarpinstitutinis bendradarbiavimas. Vis tik ekspertas E7 sutiko, kad dalinai Šiaulių visuomenės sveikatos biuras gali prisidėti mažinant socialinių netolygumų skirtumus. E2 mano, kad globaliniu aspektu prioritetas tinkamas.

Šiaulių visuomenės sveikatos biuras šiuo atveju gali prisidėti kuriant vietines sveikatos programas, ugdant ir keičiant gyventojų požiūrį į savo sveikatą, ypatingai skiriant dėmesį į rizikingos elgsenos paplitimą (rūkymo, alkoholio vartojimo paplitimo mažinimą, fizinio aktyvumo skatinimą). Tokiu būdu galima tikėtis, kad mažės gyventojų sergamumas ir mirtingumas nuo pagrindinių ligų, ilgės vidutinė būsimo gyvenimo trukmė. Atliekama visuomenės sveikatos būklės analizė leidžia identifikuoti kokios gyventojų grupės yra pažeidžiamiausios ir kur turėtų būti nukreipta sveikatos stiprinimo veikla. VS biuras gali bendradarbiauti su kitomis institucijomis, kurios suinteresuotos šios problemos sprendimu.

2.4 Ekspertų nuostatų analizė

Analizuojant tyrimo duomenis, viena bendriausių visų ekspertų nuostatų – savivaldybių visuomenės sveikatos biurai yra reikalingos įstaigos, kurios rūpinasi savivaldybės gyventojų sveikata, yra arčiau bendruomenės. „Biurai tikrai reikalingi, nes žmonės dar labai klaidžioja sveikos gyvensenos „sunkiame kelyje“. Nors informacijos be galo daug, bet kaip iš tos daugumos išsirinkti tą vienintelę teisingą. Čia ir turi darbuotis biurai“ – teigė E1. Kita, pas dažną ekspertą vyraujanti nuostata orientuota į savivaldybės darbuotojų, tarybos narių, ir apamai Lietuvos politikų negatyvią, arba tiksliau tariant, jų nesupratimą apie biurų poreikį, veiklą bei reikšmę. Dažniau politikai išreiškia nepasitikėjimą biurais, nei noru suprasti jų naudą. Taip pat gana aktuali visuomenės sveikatos biurų problema – jų finansavimas. Šis klausimas dar labiau komplikotas pasidarė nuo 2011 metų. Kai pasirodė pirmieji biurai, finansavimas šaltiniai buvo trys: savivaldybė, PSDF, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Tačiau nuo 2011 m. savivaldybei yra deleguota funkcija finansuoti Šiaulių visuomenės sveikatos biurą, o Sveikatos apsaugos ministerija skiria lėšas veiklai, tačiau dažniausiai biuro administracijai nėra žinoma nei tiksli suma, nei

terminas kada lėšos bus gautos. Palyginus nemaža ekspertų pasisakė už tai, kad iki 2011 m. susikūrė per daug tokių įstaigų, gana netikėta buvo išgirsti tokią nuomonę iš vieno rajono biuro direktorės (E5), kuri taip pat išreiškė tikimybę, kad ateityje išliks tik biurai esantys apskričių centruose. Ne vienas ekspertas teigė, kad vis dėlto biuruose dirba nepakankamos kompetencijos specialistai.

Kalbinant ekspertus, išryškėjo tai, kad kol kas savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose vyrauja didesnė dalis trūkumų nei pranašumų. Tai galima paaiškinti keliais aspektais: visų pirma tai gali atsitikti dėl to, kad šios įstaigos yra dar jaunos, nėra patirties, kol kas darbas tik tobulinamas, nėra bendros sistemos, metodikos. Kaip teigė E7 – „Iš 32 Biurų tik 18 turi suformavę pilną komandą (visus specialistus), 7 trūksta visuomenės sveikatos stiprinimo specialisto, 6 – vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialisto, 5 – visuomenės sveikatos stebėsenos specialisto. Kaip bebūtų gaila 2 Biuruose Lietuvoje šiuo metu yra tik direktoriai“. Reikia pripažinti, kad apie tokios įstaigos darbą, tuo labiau kokybišką darbą negali būti kalbos. Kitas aspektas gali būti susijęs su Lietuvos sveikatos sistemos reforma, kuri vykdoma per greitai, gerai neapgalvojus visų aspektų. Vis dėlto galų gale, kai visi nori pamatyti akivaizdžių rezultatų, o jų nėra, dažniausiai kalti lieka patys biurai, kurių veikla vertinama kaip neefektyvi. 9 lentelėje yra išdėstyti trūkumai, kuriuos įvardino tyrime dalyvavę ekspertai bei pagrindinės frazės. Pilni interviu rezultatai pateikti 18 priede.

9 lentelė

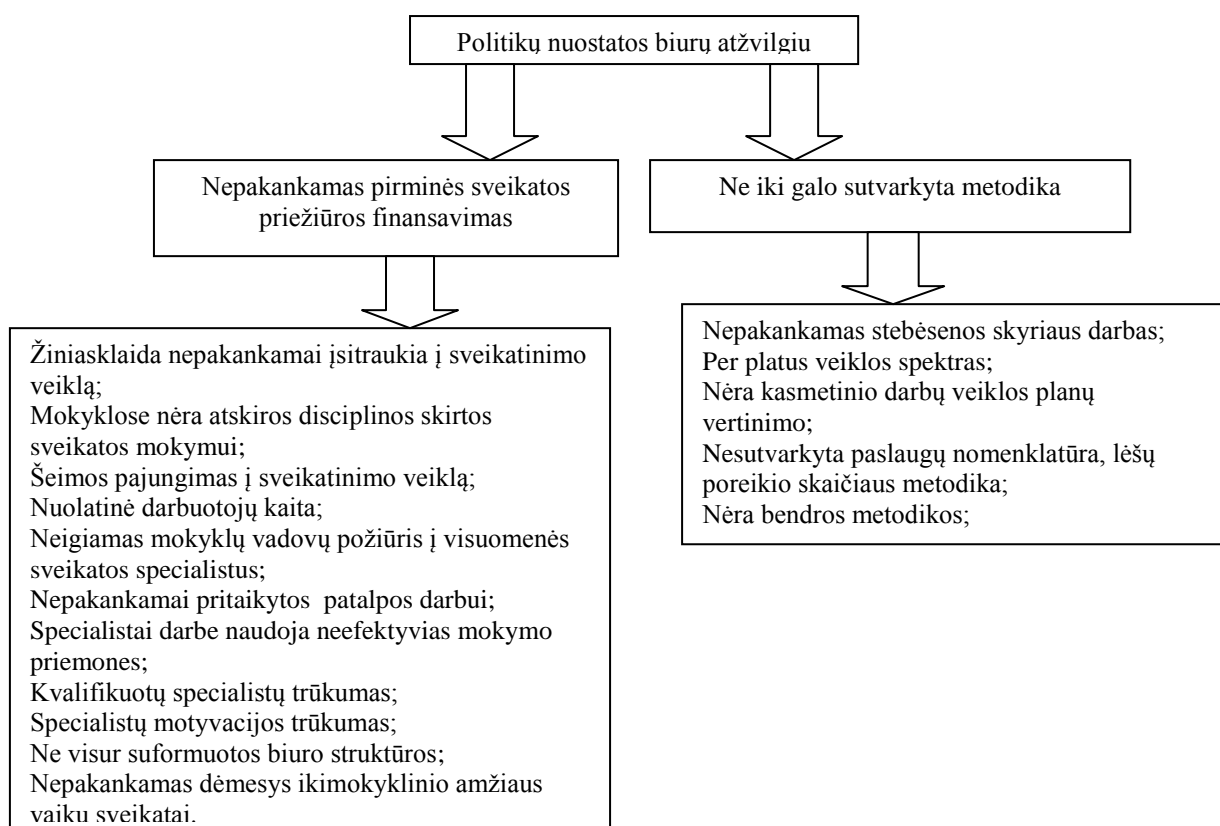
Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų trūkumai

| TRŪKUMAS | IŠSAKYTOS NUOMONĖS |
|---|--|
| Finansavimo problemas | „Tobulinti reikėtų biurų finansavimą...“ Nėra išspręstas finansavimo klausimas“, „Atlyginimų skyrimas nesutvarkytas“, „nesutvarkytas finansavimas“, „Visuomenės sveikatos priežiūros sektorius nepakankamai finansuojamas. Nesutvarkytas iki galo ir Biurų finansavimo mechanizmas.“ „Kai nežinai kada ir kiek lėšų gausi – negali planuoti savo veiklų...“ |
| Nesutvarkyta etatinė struktūra | „Tobulinti reikėtų biurų etatinę struktūrą“ |
| Savivaldybių, politikų negatyvi nuostata dėl visuomenės sveikatos biurų, jie nepakankamai įtraukiami į biurų veiklą | „Ypatingai su biurų veikla turėtų būti supažindinti politikai, kad juos pasikviestų ministerija ir išaiškintų visą biurų veiklą, nes mes jiems ne rodiklis.“ „...būtina bendradarbiauti, palaikyti ryšius su politikais.“ „Juos reikia įtraukti į biuro gyvenimą, nes nuo jų sprendimų daug priklauso.“ „...jie žiūri į biurus kaip į dar vieną, nereikalingą biudžetinę įstaigą, kuri ima žmonių pinigus, kuri nieko nedaro.“ „Didžioji dalis mūsų politikų nesuvokia visos visuomenės sveikatos esmės, kas įtakoja visuomenės sveikatą ir kas turėtų ką daryti, kad ta sveikata gerėtų.“ „...savivaldybė per mažai skiria visuomenei sveikatai.“ „...stinga politinės paramos, jo svarba neįvertinta ne tik valstybiniu mastu, bet ir SAM viduje, o ypač - savivaldybėse.“ |
| Nepakankamas stebėsenos skyriaus darbas | „Ne visi rodikliai, patvirtinti SAM, adekvačiai atspindi gyventojų šiuolaikinę sveikatą.“ „Stebėseną turi žinoti ką konkrečiai ir kokiais problemomis spręsti darė (pranešimus, akcijos, paskaitos...“ |
| Žiniasklaida per mažai įsitraukia į sveikatinimo viešinimą | „Kita problema - žiniasklaida, prie sveikatinimo prisiliečia labai minimaliai.“ |
| Mokyklose nėra sveikos gyvenimo disciplinos | „Kitą, dar vieną labai svarbią problemą, kurią būtina spręsti – kad mokyklose būtų atitinkama disciplina, skirta sveikatos ugdymui |

| | |
|--|--|
| | mokyti.“, „...į bendrojo ugdymo sistemą reikia integruoti bent vieną pamoką per savaitę skirtą sveikai gyvensenai.“ |
| Specialistų komandos nebuvimas mokyklose | „Komandos kiekvienoje mokykloje, į kurią įeina socialinis pedagogas, visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, psichologas.“ |
| Specialistų kompetencijų trūkumas | „...tam, kad galėtų visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys mokyklose tai padaryti, jie turi būti tam kompetentingi.“ |
| Kvalifikuotų specialistų trūkumas | „...vis dar trūksta kvalifikuotų specialistų...“, „žmogiškųjų resursų trūkumas“ |
| Bendradarbiavimo trūkumas | „Biurai Lietuvoje mažai įtraukia kitus savivaldybių skyrius, institucijas ir visuomenines organizacijas.“ |
| Neigiamas mokyklų vadovų požiūris į visuomenės sveikatą | „Mokyklų vadovai nesupranta biuro veiklos reikšmingumo“. |
| Per platus veiklos spektras | „...veikla yra labai plati“ |
| Nėra kasmetinio darbo veiklos planų vertinimo | „Skyriai kiekvienais metais kuriasi savo darbo planus, bet vertinimo nėra, o turėtų būti.“ |
| Nepakankamai pritaikytos įstaigos patalpos darbui | „...nepakanka patalpų mokymams...“ |
| Nesutvarkyta paslaugų nomenklatūra, lėšų poreikio skaičiaus metodika | „...šiuo metu reikėtų sutvarkyti paslaugų nomenklatūrą, lėšų poreikio skaičiaus metodiką.“ |
| Specialistai darbe naudoja neefektyvias mokymo priemones | „...nėra efektyvu rengti konkursus ir akcijas.“ |
| Per didelis visuomenės sveikatos biurų skaičius Lietuvoje | „...tikėtina, kad išliks tik apskričių centrai...“, „Kiekvienai savivaldybei biuro nereikia, jų per daug.“, „...pastaruoju metu yra susikūrę per daug biurų – kažin ar tiek reikia...“ |
| Šeimos neprijungiamos į sveikatinimo veiklą | „Šeimas reikia pajungti į sveikatinimo veiklą.“ |
| Nesuformuotos iki galo visų visuomenės sveikatos biurų struktūros | „Nesuformuotos struktūros...“ |
| Nepakankama dirbančių specialistų kvalifikacija | „...specialistų nekvalifikuotumas...“, „...užsienio kalbų nemokėjimas.“, „...trūksta medicininių žinių...“, nepakankama esamų specialistų kvalifikacija“, „...labai maža dalis darbuotojų, kurie yra „tikri“ visuomenės sveikatos specialistai, t.y. įgijo visuomenės sveikatos bakalauro ar visuomenės sveikatos vadybos išsilavinimą.“ |
| Nėra bendros metodikos | „Biurams trūksta vieningo metodinio vadovavimo, nėra parengta visuomenės sveikatos specialistų veiklos metodinių rekomendacijų“, „Kol kas nėra darbo metodikos, kiekvienas biuras savo funkcijas atlieka kaip kas nori ir moka, ataskaitas taip pat rengia įvairiai.“ |
| Specialistų kaita | „...trūkumas Šiaulių miesto biure – darbuotojų kaita.“ |
| Motyvacijos trūkumas | „...jie nebus patenkinti, motyvuoti.“ |
| Biure nėra komandinio darbo | „...stinga komandinio darbo...“ |
| Nepakankamas dėmesys ikimokyklinio amžiaus vaikams | „Ypatingai turi didelį įnašą daryti nuo ikimokyklinukų, neaplenkiant ir moksleivių. Kokius jiems įgūdžius iškiepysime tokią kartą ir turėsime. Manau, kad šią sritį reiktų daugiau stiprinti.“ |
| Nepakankama administracijos kvalifikacija | „...įtraukiant ir nepakankamos kvalifikacijos administracijos darbuotojus.“, „...net ir kiekvienos tokios įstaigos vadovas turi turėti visuomenės sveikatos išsilavinimą...“ |

29 paveiksle apibendrintai pateikta schema, kaip ekspertų išvardinti trūkumai priklauso vienas nuo kito. Apibendrinant tyrimo rezultatus, galima teigti, kad vienas pagrindinių veiksnių, kurie neleidžia tinkamai biurui funkcionuoti yra savivaldybių ir visų aukštesnių politikų nepakankamas ir dažniai negatyvus požiūris į visuomenės sveikatą. Daugelis ekspertų pareiškė, kad

su šia problema buvo susidūrę asmeniškai, kai tenka aiškinti kam yra reikalingas visuomenės sveikatos biuras, kokias funkcijas jie atlieka ir pan. Taigi to rezultatas – per mažai skiriamas finansavimas tiek iš sveikatos apsaugos ministerijos pirminei sveikatos priežiūrai, tiek iš savivaldybės visuomenės sveikatos biurui. Kita pasekmė – nėra pakankamų metodikų, kuriomis galėtų vadovautis visi biurai, nors šios įstaigos jau dirba 5 metus, tačiau, kaip paašškėjo ir ataskaitas, ir organizacinius darbus atlieka savaip, o tai reiškia – skirtingai. Iš šių dviejų pagrindinių reiškinų seka ir kiti, ne tik Šiaulių visuomenės sveikatos biure, esančių trūkumai, kurie vienaip ar kitaip įtakoja biuro veiklą.



28 pav. Šiaulių visuomenės sveikatos biuro veiklos trūkumai ir jų tarpusavio ryšiai
Sudaryta autoriaus, remiantis ekspertų tyrimo rezultatais

Kaip parodo 28 paveikslas, daugiausia biuro veikla priklauso nuo finansavimo. Jei jis būtų pakankamas, užtikrintas ir savalaikis galėtume tikėtis didesnės specialistų motyvacijos, mažesnės jų kaitos. Tuo tarpu dėl iki galo nesutvarkytos metodikos atsiranda tokios problemos kaip per platus veiklos spektras. Spręstinų sveikatos problemų yra nemažai, o visas aprėpti ir išspręsti reikia laiko, žmogiškųjų išteklių ir lėšų. Vienas iš ekspertų pabrėžė būtinumą sukurti bendrą metodiką, pagal kurią būtų galima paskaičiuoti paslaugų nomenklatūra ir lėšų poreikį.

Visgi reikia pabrėžti, kad ekspertai teigiamai vertina savivaldybių visuomenės sveikatos veiklą, tačiau dirbti ir pasiekti rezultatų kurių tikimasi be politikų pagalbos ir palaikymo nėra lengva.

IŠVADOS

Atlikus mokslinės literatūros analizę galima teigti, kad:

✚ Strateginis valdymas viešojo sektoriaus organizacijose turi ypatybių, priklausančių nuo aplinkos komponentų, su kuriais sąveikauja. Tai visų pirma politinė aplinka, kuri tvirtina biudžetą, nustato taisykles ir teikia subsidijas. Teisinė aplinka griežtai reglamentuoja veiklos taisykles ir procedūras, didesnis visuomenės dėmesys bei žiniasklaidos vertinimai.

✚ Pagal nustatytinę metodologiją, viešojo sektoriaus institucijos strateginis planavimas grindžiamas racionalios visapusiškos sprendimų rengimo ir priėmimo teorijos principais. Šiuo atveju strateginio planavimo tikslas nukreiptas į institucijos strateginio ir jos aplinkos reikalavimų galimybių atitikimo nustatymą bei kuo geresnį tokių galimybių naudojimą.

✚ Strateginis šiuolaikinės sveikatos priežiūros tikslas – aktyvinti individų, grupių bei organizacijų dalyvavimą diegiant įvairias sveikatos gerinimo programas, skatinant sveikatos paslaugų teikėjų ir vartotojų dialogą, ugdant pacientų atsakomybę už savo sveikatą.

✚ Pirminė sveikatos priežiūra yra valstybės sveikatos priežiūros sistemos pagrindas ir bendros socialinės bei ekonominės raidos dalis, kuri organizuoja ir koordinuoja paciento sveikatos priežiūrą, reguliuoja aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslingumą, orientuota į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą.

✚ Gerai funkcionuojanti pirminė sveikatos priežiūra gali būti traktuojama kaip priemonė, padedanti užtikrinti šalyje sveikatos paslaugų teikimą bei leidžianti racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai.

✚ Autoriai siūlo savo sukurtą strateginio valdymo modelį, skirtą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai, kurio svarbiausias rezultatas yra aukščiausios vertės pacientui ir potencialiam klientui sukūrimas. Naujam Lietuvos sveikatos priežiūros strateginio valdymo modelyje išskiriamas konkurencijos skatinimas, pagrįsto rezultatais ir pacientų vertei, o ne tik pagal kainų skirtumą, kai paprastai renkamos įstaigos kur pigesnės paslaugos.

Atlikus empirinius tyrimus, galima pateikti tokias pagrindines išvadas:

✚ Šiaulių miesto gyventojų sveikatos būklės analizė atskleidžia pagrindines visuomenės sveikatos problemas: populiacijos mažėjimą bei senėjimą, didelį gyventojų mirtingumą, kurių priežastys yra - širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai, traumos ir nelaimingi atsitikimai. Kasmet registruojamas didelis vaikų sergamumas, didėja vaikų dalis, kurie turi kelis sveikatos sutrikimus. Vyrauja regioniniai, socialiai ekonominiai skirtumai, sveikatos nelygė.

✚ Įgyvendinant šalyje visuomenės sveikatos priežiūros reformą, nuo 2006 m. pradėta steigti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Pagrindinis šių įstaigų veiklos tikslas - rūpintis savivaldybės bendruomenėje visuomenės sveikata ir ją stiprinti. Kadangi jos daugiausia žino apie konkrečios savivaldybės gyventojų sveikatos būklę, gali inicijuoti vietinius politinius sprendimus, ir

turi tapti pagrindiniu visuomenės sveikatos politikos sraigteliu. Apibendrinant šiandieninę situaciją – šito kol kas nėra.

✚ Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro PEST analizė parodė, kad Lietuvos ir ES visuomenės sveikatos teisinė bazė yra stipri. Formuojant sveikatos politiką Lietuvoje vadovautasi ES patirtimi bei bendraisiais principais. Daug dėmesio skiriama vaikų sveikatai gerinti, lėtinių neinfekcinių ligų prevencijai, infekcinėms ligoms kontrolei, psichinės sveikatos gerinimui.

✚ Tyrimo metu atlikta Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro SSGG analizė parodė, kad pagrindines stiprybės yra platus bendradarbiavimo spektras su socialiniais partneriais, yra gaunamos lėšos už VS biure vykdomus privalomuosius sveikatos mokymus, kurias galima panaudoti vykdant bendruomenės sveikatos stiprinimo veiklą. Kuriamas VS biuro tinklas, įsisteigė VS biurų asociacija.

✚ Silpnosios vietos remiasi į finansavimo sritį – mažas darbo užmokestis skatina specialistų nuolatinę kaitą bei motyvacijos stygių, nepakankamas pirminės sveikatos priežiūros finansavimas. Kitos ministerijos bei organizacijos nepakankamai įsitraukia į VS politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą. Nepakankama VS biuro specialistų kvalifikacija.

✚ Šiaulių VS biuras turi galimybę formuoti sveikatos politiką atsižvelgiant į ES ir PSO gerą patirtį ir rekomendacijas, formuoti teigiamą požiūrį į sveiką gyvenseną, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą. Specialistai gali kelti savo kvalifikaciją. Siekti, kad kuo daugiau bendrojo lavinimo įstaigų būtų pripažintos sveikatą stiprinančiomis mokyklomis.

✚ Pagrindinės grėsmės yra tai, kad pirminė visuomenės sveikata iki šiol netapo realiu valstybės prioritetu, todėl kyla grėsmė gyventojų sergamumo didėjimui, ypač vaikų tarpe, mirtingumui, kurių priežastis galima pašalinti. Nepakankamas mokyklų vadovų požiūris į visuomenės sveikatos priežiūros specialistų veiklą nesudaro optimalių galimybių udgyti mokinių sveikatos sampratą. Nepakankamas mokinių įtraukimas į sveikatinimo veiklą sudaro palankias sąlygas žalingų įpročių plitimui mokinių tarpe bei mokinių sergamumui. Ekonominės, socialinės problemos turi neigiamos įtakos gyventojų sergamumui, priklausomybės ligų plitimui. Didžioji dalis mokyklų VS priežiūros specialistų nėra baigę visuomenės sveikatos specialybės studijų, o tik išklaušę kursus, todėl tikėtina, kad jiems trūksta žinių bei įgūdžių kai kuriais sveikatos klausimais.

✚ Tyrimo metu išryškėjo keturi Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro veiklos prioritetai – lėtinių neinfekcinių ligų prevencija, vaikų sveikatos stiprinimas, sveikas senėjimas ir socialinių netolygumų visuomenės sveikatos sistemoje mažinimas.

✚ Esant nepakankamam politikų požiūriui į Šiaulių miesto ar bet kurios kitos savivaldybės visuomenės sveikatos biurą, stringa jų finansavimas, nesukurta pakankamai metodinės medžiagos pagal kurią įstaigos galėtų vykdyti savo veiklą. Nesutvarkius šių pagrindinių dalykų – atsiranda eilė kitų spęstinių problemų.

SIŪLYMAI

Remiantis dokumentų ir ekspertų nuostatų analize, suformuluoti šie siūlymai:

Siūlymai LR Švietimo ir mokslo ministerijai:

Koreguoti aukštųjų mokyklų visuomenės sveikatos studijų programas:

- Rengiant aukštųjų mokyklų VS studijų programas stiprinti specialią (profesinę) sritį, skirti didesnę dėmesį mokymui pritaikyti gebėjimus įvairiose visuomenės sveikatos srityse;
- Gerinti visuomenės sveikatos priežiūros specialistų rengimą darbei bendrojo lavinimo mokyklose;
- Bendrojo ugdymo programose įtraukti sveikos gyvensenos programą, kaip atskirą discipliną.
- Užtikrinti, kad kiekvienoje bendrojo lavinimo įstaigoje būtų teikiama psichologinė konsultacija.

Siūlymai LR Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Kadangi VS biurams trūksta vieningo metodinio vadovavimo, nėra parengtų visuomenės sveikatos specialistų veiklos metodinių rekomendacijų, be to, ekspertai E5 ir E7 akcentuoja, kad reikėtų sutvarkyti paslaugų nomenklatūrą, lėšų poreikio skaičiaus metodiką, svarbu turėti ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklius bei vykdyti Biurų veiklos kontrolę, vadinasi būtina parengti visuomenės sveikatos specialistų veiklos metodines rekomendacijas;
- Koreguoti vietos savivaldos įstatymo 50 straipsnį, įtraukiant finansavimą visuomenės sveikatos biurams atskira eilute;
- Stiprinti savivaldybių VS biurų veiklos koordinavimą ir metodinį vadovavimą, nustatyti pagrindinius jų veiklos prioritetus, parengti biurų veiklos efektyvumo vertinio rodiklius ir vykdyti veiklos kontrolę.

Siūlymai Šiaulių miesto savivaldybės VS biuro administracijai:

- Suformuoti ir pagrįsti strategiją Šiaulių miesto savivaldybės VS biurui su griežtai apibrėžtais savo veiklos strateginiais planais ir aiškiai įvardintais prioritetais ir matuojamais struktūros, proceso ir rezultato rodikliais;
- Įdarbinti specialistus, kurie turi įgiję tik visuomenės sveikatos specialybę;
- Į visuomenės sveikatos stebėsenos programą įtraukti daugiau sveikatos rodiklių;
- Aktyviai vystyti tarpžinybinį bendradarbiavimą;
- Skleisti ir dalintis informacija apie geros praktikos pavyzdžius savo darbe;
- Kasmet atlikti savo institucijos veiklos savianalizę ir rezultatus skelbti viešai.

DISKUSIJA

Kaip rodo empirinės dalies analizė, pirminė sveikatos priežiūra (PSP) iki šiol netapo valstybės prioritetu, nors kalbama ir diskutuojama daug, tačiau konkrečių veiksnių nepakanka. Klausimas yra kodėl PSP Lietuvoje taip sunkiai skinasi kelią, kai Vakarų patirtis traktuoja ją kaip sveikatos priežiūros pagrindą. Lietuvoje PSP strategija priimta 1995 m., o jau 1996 m. pradėta vykdyti PSP plėtojimo investicinė programa. Ir vietos, ir užsienio ekspertai tada pabrėžė pagrindinius PSP Lietuvoje trūkumus: ligų gydymo, o ne prevencijos prioritetas, nepakankamas sveikatos mokymas, gydytojų perteklius ir hiperspecializacija, bendruomenės slaugos paslaugų stoka, socialinių paslaugų trūkumas, prasta pastatų ir medicinos įrangos kokybė, didelės išlaidos infrastruktūrai, nepagrįsti siuntimai į ligonines, pacientų ir specialistų nepasitenkinimas, paskatų gerinti kokybę ir didinti efektyvumą stoka, paslaugų skaidymas (neužtikrintas sveikatos priežiūros nenutrūkstamumas).

Pirmasis žingsnis žengtas kai buvo pasinaudota Olandijos gerąja patirtimi sveikatos stiprinimo srityje ir pritarta savivaldybių visuomenės sveikatos biurų steigimui. Tai padėjo pagrindą galimybei vykdyti sveikatos stiprinimą bendruomenėse. Tačiau iškyla naujų sunkumų sėkmingai plėtoti šią sritį. Visų pirma tai stinga politikų užtarimo ir dėmesio pirminei visuomenės sveikatos priežiūrai. Iš to seka nepakankamas finansavimas, ko pasekoje nukenčia veiklos kokybė. Pasikeitus sveikatos priežiūros organizavimui mokyklose, iki šiol nėra patenkinti nei vadovai, nei tėvai. Empirinės dalies rezultatai rodo, kad situacija pasikeis tik tada, kai pasikeis visuomenės požiūris ir patys prisidės prie sveikatos stiprinimo.

Šiame magistro darbe išanalizuota tik dalis pagrindinių ES ir Lietuvos dokumentų, reglamentuojančių visuomenės sveikatą. Būtų tikslinga vykdyti išsamią pasaulinės strategijos „Sveikata visiems XXI a.“ analizę, jos tikslų įgyvendinimą.

Kitas svarbus Lietuvos visuomenės sveikatą reglamentuojantis dokumentas – Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta 1998 m. Ši programa baigėsi 2010 m., todėl tikslinga ištyrėti, kokie pokyčiai įvyko per šį laikotarpį. Pilnai yra įgyvendintas tik vienas tikslas – kūdikių mirtingumas sumažintas 30 proc. Likusieji tikslai – sumažinti sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis, sergamumą ir mirtingumą dėl onkologinių ligų; sumažinti traumatizmo atvejų, invalidumo ir mirtingumo dėl traumų ir nelaimingų atsitikimų; sumažinti savižudybių skaičių iki vidutinių Europos šalių rodiklių; sumažinti realų sergamumą lytiškai plintančiomis ligomis nebuvo įgyvendinti. Nepasiekti tikslai susiję su rizikinga elgsena - rūkymo paplitimu, alkoholio vartojimu, narkotikų paklausa bei pasiūla, fiziniu aktyvumu. Buvo siekiama sumažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumus tarp skirtingų socialinių – ekonominių gyventojų grupių, tačiau ir tai liko neįgyvendinta. Norint įvertinti priežastis reikia vykdyti atskirus tyrimus.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* (2007). WHO CSDH.
2. Ackoff, R. L. (1981). *Creating the Corporate Future*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
3. Adaškevičienė, V., Baltrušaitienė, J., Ušparaitė, O., Žvirdauskas, D., Tarnauskas, K. (2005). *Prevenicinio darbo grupių mokyklose ir koordinavimo grupių savivaldybėse vertinimas*. Tyrimo ataskaita.
4. Ambrozaitienė, D. (2009). *Pagyvenę žmonės*. Pranešimas spaudai [interaktyvus] [žiūrėta 2010-01-05]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=6847&PHPSESSID=0f9ba45fc96b912cd47b4b5a411ebf0d&print=1&PHPSESSID=0f9ba45fc96b912cd47b4b5a411ebf0d>
5. Ansoff, H. I. (1988). *The new corporate strategy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
6. Arimavičiūtė, M. (2005). *Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas*. Vilnius. Mykolo Romerio universitetas.
7. Astrauskas, A. (2004). *Regioninės politikos aspektai Europos kontekste* [interaktyvus] [žiūrėta 2007-10-05]. Prieiga per internetą http://www.vrm.lt/index.php?id=131&backPID=129&begin_at=720&tt_news=336&
8. Astrauskas, A., Česonis, G. (2008). Strateginio planavimo principų diegimo Lietuvos vietos savivaldybėse etapai. *Viešoji politika ir administravimas* (26).
9. Aukštakalnytė, D. (1999). *Komunikacinė pedagogų kompetencija kaip pedagoginio bendravimo prielaida*. Acta Pedagogica Vilnensia.
10. Bagdonas, G., Samulevičienė, G., Lesauskaitė, V., Macijauskienė, J., Valius, L., Venskutonis, D., Visokinskas, A. (2009). *Pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūra*. Kaunas.
11. Banita, R., Beaglehole, R., Kjellstrom, T. (1997). *Basic epidemiology*. 2nd edition, WHO.
12. Barnekow Rasmussen V., Rivett D., Burgher M.S. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
13. Beresnevičiūtė V., Diržys R., Kadziauskas G. (2006). *Strateginis planavimas*. Mokomoji medžiaga švietimo centrų darbuotojų kvalifikacijos tobulinimo programoms. Mokytojų kompetencijos centras.
14. Binkauskienė, G., Misiūnas, A. (2004). Skurdo ir socialinės atskirties problema. *Lietuvos ekonomikos apžvalga* (2). ISSN 1392 – 351.
15. Bivainis, J., Tunčikienė, Ž. (2006). Viešojo sektoriaus institucijų strateginio planavimo metodai: teorinis potencialas ir perspektyvos. *Verslas: teorija ir praktika* (2). ISSN 1648–0627.
16. Bivainis, J., Tunčikienė, Ž. (2009). *Viešojo sektoriaus institucijų strateginis planavimas*. Monografija. Vilnius.
17. Boyne, G. A., Farrell, C., Law, J., Powell, M., Walker, R. (2003). *Evaluating Public Management Reforms: Principles and Practice*. – Buckingham, UK: Open University Press.
18. Bosas, A. (2002). *Korporacijų strategijos ir konkurencinis potencialas*. Monografija. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
19. Bosas, A. (2004). *Strateginis valdymas: nuo korporacijos iki valstybės*. Monografija. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
20. Breslow RA, Smothers BA. Drinking patterns and body mass index in never smokers. National Health Interview Survey, 1997–2001. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 161(4):368–376.
21. Bryson, J. (1988). *Strategic planning for public and non-profit organizations*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
22. *Chronic disease: an economic perspective*. (2006). The Oxford Health Alliance.
23. *Confronting demographic change: a new solidarity between generations*. Com. (2005) 94, Brussels.
24. Cooper ML. (2002). Alcohol use and risky sexual behaviour among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*, 14 (Suppl.):101–117.
25. Cole, G., A. (1994). *Strategic Management*. Theory and practice. London.
26. Černiauskas, G., Jankauskienė, D. (2010). Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis. *Sveikatos politika ir valdymas*. Mokslo darbai 2010 1(2). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
27. Davidovdienė, O. (2007). Psichikos sveikatos priežiūra 2007-aisias: įvykiai bei sprendimai. *Nervų ir psichikos ligos* 6(30).
28. De Wit DJ et al. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157:745–750.
29. *Demografiniai, socialiniai ir teritoriniai sveikatos netolygumai*. (2002) [interaktyvus], [žiūrėta 2010-11-04]. Prieiga per internetą: <http://www.vsv.lt/statistika/statistika1/index.html>

30. Dereli, C. (2003). Strategy and strategic decision-making in the smaller local authority. *International Journal of Public Sector Management* 16 (4).
31. Doescher Mark P., Jackson Elizabeth. (2008). *Trends in cervical and breast cancer screening practice among women in rural and urban areas of the United States*. J. Rural health research and policy centers, Final Report #121, 14 p.
32. Drucker, P. E. (1995). *Managing in a time great change*. New York: Truman Talley books.
33. Egmond'o darbotvarkė. (2002). *Europos konferencija „Švietimas ir sveikatos stiprinimas mokyklose*. Švietimo ir sveikatos sektorių bendradarbiavimas. Nyderlandai.
34. Enz, C. A. (2010). *Hospitality Strategic Management – Concepts and Cases (second edition)*. John Wiley and Sons, New Jersey.
35. *European Health Report 2005*. (2005). WHO/EURO, Copenhagen.
36. *Eurostat regional yearbook*. (2010). Eurostat Statistical books [žiūrėta 2010-11-25]. Prieiga per internetą: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-HA-10-001/EN/KS-HA-10-001-EN.PDF
37. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. (1994). *Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns*. *Addiction*, 89:1007–1016.
38. Ferry, M., Baker, R. (2006). *Regioninės strategijos ir demografinis senėjimas*. Pagyvenusių žmonių veiklos galimybių įvertinimo vadovas [interaktyvus], [žiūrėta 2010-11-04]. Prieiga per internetą: http://www.cor.europa.eu/migrated_data/f_cdr5421-2006_doc-int_It.pdf
39. Flynn, N., Talbot, C. (1996). Strategy and strategist in UK local government. *Journal of Management Development* 15 (2).
40. Franks P., Fiscella K. Primary care physicians and specialists. (1998). *Health care expenditures and mortality experience // J. Fam. Practice.*, vol. 47, N 2, p. 105–109.
41. Frenk, J. (1993). *Dimensions of health system reform*, 27: 19-34.
42. Galloway, I. D. (1990). Strategic management in public sector research organizations: a critical review. *International Journal of Public Sector Management* 3 (1).
43. Gedvilaitė – Moan, A., Zakarevičius, P. (2010). Strateginio planavimo ypatumų viešajame sektoriuje teoriniai aspektai. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai* 54.
44. Goding, M. (2005). Strategic planning and public mental health services. *Australasian Psychiatry* 13 (2).
45. Goštautas, A., Davidonienė, O. (2010). *Savižudybės Lietuvoje psichikos sveikatos ir platesniame kontekste*. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2010. Urbanizacija – nauji iššūkiai sveikatai [žiūrėta 2010-11-03]. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/OIUPIBTO.PDF>
46. Grabauskas V. (1997). Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje. *Medicina*. 11 (33):3-10
47. Grabauskas, V. (2004) *Lietuvos gyventojų sveikata ES kontekste*. Paskaitų konspektas.
48. Grabauskas, V., Kalėdienė, R., Valius, L. (2004). *Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius*. Mokslinė monografija. Kaunas: KMU leidykla ISBN 9986-451-94-9.
49. Grabauskas, V., Gaižauskienė, A., Jaselionienė, J. (2009a). *Lietuvos gyventojų sergamumo lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis problema Europos Sąjungos kontekste*. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius.
50. Grabauskas, V., Klumbienė, J., Petkevičienė, J., Šakytė, E., Kriaučionienė, V., Veryga, A., Prattala, R. (2009b). *Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2008*. Kaunas.
51. Greenley, G. E. (1992). *Strategic Management*. Hemel Hempstead, Prentice – Hall.
52. Gruber, E. et al. (1996). Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behaviour in late adolescence. *Preventive Medicine*, 25:293–300.
53. Gudžinskienė, V. (2007a) Mokyklos vadovų požiūris į sveikatingumo ugdymo veiklą. *Pedagogika*. 88.
54. Gudžinskienė, V. (2007b) *Mokymas sveikai gyventi: teoriniai ir praktiniai aspektai*. Vilnius.
55. Gurevičius, R., Gerasimavičiūtė, V. (2010). *Mirtingumo nuo krūties ir gimdos kaklelio vėžio dinamika ir jos netolygumai tarp Lietuvos miesto ir kaimo moterų*. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2010. Urbanizacija – nauji iššūkiai sveikatai [žiūrėta 2010-11-03]. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/OIUPIBTO.PDF>
56. Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla. ISBN 9955-530-48-0.
57. Hanna, Nagy (1985). *Strategic Planning and Management: a review of recent experience*. World Bank Working Paper No. 751. International Bank for Reconstruction and Development. Washington, DC.
58. Harris, S., Forbes, T., Fletcher, M. (2000). Taught and enacted strategic approaches in young enterprises. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour and Research* 6 (3).

59. *Higienos instituto Sveikatos informacijos centras*. (2009) [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-16]. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt/>.
60. Hunger, J. D., Wheelen, T. L. (2003). *Essentials of Strategic Management* [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-08]. Prieiga per internetą: <http://www.hrfoh.com/Articles/Strategic%20HRM/Essentials%20of%20Strategic%20Management.pdf>
61. Jančiauskas, E., Rekerta, K. (2001). *Vidinės vyriausybinių institucijų veiklos koordinavimas strateginio planavimo procese*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas.
62. Janeliūnas, T., Kasčiūnas, L. (2007). *Prognozavimo metodų taikymas politikos moksluose*. Politologija 3 (47). [Interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-22]. Prieiga per internetą: <http://www.leidykla.eu/fileadmin/Politologija/47/str3-43.pdf>.
63. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. ISBN 978-9955-19-073-8.
64. Janušonis, V. (2000). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant*. Klaipėda: Klaipėdos rytas.
65. *Jaunimo sveikatos stiprinimas Europoje (2000)*. Sveikatos ugdymas mokykloje: ugdymo priemonė mokytojams ir kitiems asmenims, dirbantiems su jaunimu. Europos Bendrijos Komisija, PSO Europos regioninis biuras, Škotijos sveikatos mokymo taryba.
66. Javtokas, Z. (2009). *Sveikatos stiprinimo konspektas* [interaktyvus] [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas-Konspektas2.pdf
67. Javtokas, Z. (2010). *Sveikatos stiprinimo samprata*. Paskaitų konspektas [interaktyvus] [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: www.sdtsc.lt/get.php?f.120
68. Jociūtė, A. (2002). *Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas*. Sveikatą stiprinančių mokyklų projektas Lietuvoje: veikla, veiksmingumas, plėtros galimybės. Vilnius.
69. Jociūtė, A., Krupskienė, A., Sabaliauskienė, D., Paulauskienė, N. (2008). *Sveikatos stiprinimas mokyklose*. Metodinės rekomendacijos. Vilnius.
70. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. (2002). *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975–2001*. Volume 1: secondary school students. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
71. Johnson PB, Richter L. (2002). The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on drug abuse. *Journal of Adolescent Health, 30:175–183*.
72. Jordan C. O., Slater M., Kottke T. E. (2008). Preventing chronic disease risk factor: rationale and feasibility. *Medicina, 44(10)*.
73. Jucevičius, R. (1998). *Strateginis organizacijų vystymas*. Kaunas.
74. Jucevičius, R. (1999). *Strateginis viešųjų institucijų valdymas, Viešųjų institucijų valdymas*.
75. Jurgutis, A. (2009). *Lėtinių ligų kontrolės moderni vadyba – sergamumo ir mirtingumo mažinimo rezervas*. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius.
76. Inequalities in young people's health. (2008). *HBSC international report from the 2005/2006 survey*. WHO [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-16]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf
77. *Kaip panaikinti atotrūkį per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį* (2009). Socialinių sveikatos veiksmų komisija. Galutinė ataskaita. Santrauka. Kaunas, [interaktyvus] [žiūrėta 2010-01-16]. Prieiga per internetą: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_CSDH_08.1_lit.pdf.
78. *Kaip vykdysime savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną*. (2004). *Gydymo menas* [interaktyvus] (1) [žiūrėta 2010-03-29]. Prieiga per internetą: <http://www.medicina.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=413>
79. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos teorija ir praktika*. Kaunas. ISBN 5-430-02792-8.
80. Kalėdienė, R. (2004). Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina 40 (9)*.
81. Kalėdienė, R. (2010). Lietuvos gyventojų sveikatos raida. *Sveikatos politika ir valdymas*. Mokslo darbai. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
82. Kardelis, K. (2007). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Šiauliai.
83. Kasinskaitė, I. (2005). Besimokantis regionas – naujas regioninės plėtros kontekstas. *informacijos mokslai Nr.35, 59-68*.

84. *Kauno medicinos universiteto Sveikatos vadybos katedra.* (2010). KMU.
85. Kavaliauskas, A. (2001). *Firmų strateginis valdymas.* Vilnius
86. Kaziliūnas, A. (2007). Organizacijoje vykdomų projektų derinimas su organizacijos strategija. *Viešojo politika ir administravimas* Nr. 20, 32-41.
87. Keniausytė, I., Čepulis, R., Stukas, R. (2009). Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997–2008 m. ir palyginimas su Europos Sąjungos šalimis. *Visuomenės sveikata* 2 (45).
88. Kilijonienė A., Simanavičienė Ž. (2010) Regionų plėtros teorijų taikymas: Lietuvos atvejis. *Ekonomika ir vadyba 2010.15* [interaktyvus] [žiūrėta 2010-11-25]. Prieiga per internetą: <http://www.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/ekovad/15/1822-6515-2010-093.pdf>
89. Kleininė V. (2006). Lietuvoje trūksta visuomenės sveikatos specialistų. *Gydymo menas* [interaktyvus] (12) [žiūrėta 2010-11-06]. Prieiga per internetą: <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&strid=4933&subid=gm>
90. Kligys, G. (2005). Savivaldybėse kursis visuomenės sveikatos biurui. *Gydymo menas* [interaktyvus] (10) [žiūrėta 2010-11-06]. Prieiga per internetą: <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=2471>.
91. Koteen, J. (1989). *Strategic management in public and nonprofit organizations.* New York: Praeger.
92. Kraniauskas, A. (2009). *Pirminės lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos organizavimas – savivaldybės visuomenės sveikatos biuro galimybės.* Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius.
93. Kraus L et al. (2000). Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*, 95(9):1389–1401.
94. Kundrotienė N, Rekerta K. (2002). Strateginio planavimo diegimas Lietuvos viešojo administravimo institucijose. *Viešojo politika ir administravimas* (3).
95. Kvainauskaitė, V., Snieška, V. (2003). *Konkurencinės rinkos paklausos vertinimas ir prognozavimas: monografija.* Kaunas: Technologija.
96. Lane, J., E. (2001). *Viešasis sektorius sąvokos, modeliai ir požiūriai.* Vilnius.
97. Loe H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dentistry Journal*, 50:129–39.
98. MacDonald J., Davies G.P., Hill G. (2001). *The role of general practice in strengthening Primary care.* A review of international experience. Kanbera - ISBN 0642735980.
99. Mačiūnas E., Sketerskienė R., Chmieliauskaitė I. (2005). *Sveikatos priežiūra mokykloje.* Lietuvos higienistų ir epidemiologų sąjungos konferencija. Pranešimų medžiaga. Vilnius.
100. Mačiūnas, E., Mikulskienė, R., Mačiūnienė, R., Red. (2006a). *Mokyklos sveikatinimo projektų vadyba.* Metodinės rekomendacijos. Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras.
101. Mačiūnas, E., Mikulskienė, R., Mačiūnienė, R., Red. (2006b). *Sveikatos priežiūros specialisto, dirbančio mokykloje, darbo planavimas.* Metodinės rekomendacijos. Vilnius: Valstybinis aplinkos centras.
102. Mačiūnas, E., Šurkienė, G., Žeromskienė, D., Namajūnaitė, G., Aleksejevaitė D. (2010). *Sveikatos priežiūra mokykloje* [interaktyvus] [žiūrėta 2010-05-03]. Prieiga per internetą: http://oldvasc.sam.lt/mokykl_sveikat_priez.pdf.
103. Maslow, A. H. (2006). *Motyvacija ir asmenybė.* Vilnius.
104. Mchugh. M. (1997). Trouble in paradise: disintegrated strategių change within a government agency. *International Journal of Public Sector Management* 10 (6).
105. McWhinney IR. (1997). *A textbook of medicine.* 2nd ed. New York: Oxford University press.
106. Melnikas, B., Smaliukienė, R. (2007). *Strateginis valdymas.* Mokomoji knyga. Vilnius: Generolo Jono Žemaičio Lietuvos karo akademija.
107. Mintzberg, H. (1994). *The fall and Ruse of Strategic Planning//Harvard Business Review*, No. 72 (1).
108. Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel, J. (1998). *Strategy Safary.* The complete guide through the wild of strategic management. Prentice Hall.
109. Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J. B., Ghoshal, S. (2002). *The Strategy Process.* New York: Prentice Hall College Division.
110. Mittelmark, M. B. (2000). Benchmarking for investment for health. *Promotion & education*, 7 (2).
111. Moksleivių sveikatos ugdymas ir stiprinimas: dabartis ir perspektyvos. (2001). Konferencijos medžiaga. Vilnius.

112. Nag, R., Hambrick, D., C., Chen, M.-J. *What is strategic management, really? Inductive derivation of a consensus definition of the field.* Strategic Management Journal. Volume 28, Issue 9, pages 935–955, September 2007
113. Navin, G. (1998). *Strategic management for government agencies: an institutional approach for developing and transition economies.* Wascington: the World Bank.
114. Norkus, A. (2009). *Diabeto kontrolė: profilaktikos principai, efektyvių ankstyvosios diagnostikos ir gydymo technologijų įgyvendinimo Lietuvoje galimybės.* Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius.
115. Ovhed I. (1998). *Primary care as an arena for primary, secondary and tertiary cardiovascular disease prevention.* Lund university. Malmo.
116. *Pagyvenusių žmonių sveikatos stiprinimas.* (2008). Valstybinis aplinkos sveikatos centras. Informacinis metodinis leidinys. Vilnius.
117. Parsons, W. (2001). *Viešoji politika: politikos analizės teorijos ir praktikos įvadas.* Vilnius: Eugrimas.
118. Petrauskienė, A. (2008). *Mokyklos mediko profesinio vaidmens kompleksiskumas ir raida ugdant mokinių sveikatą.* Daktaro disertacija. Kaunas.
119. Pickett W et al. (2002). Multiple risk behaviours and injury: an international study of youth in 12 countries. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156(8):886–893.
120. Pietroni, P. (1991). *Greening of Medicine.* London: Trafalgar Square.
121. *Pirmasis reformų dešimtmetis* (2000). Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius.
122. *Pirmoji Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencija „Sveikatą stiprinanti mokykla – investicija į mokymą, sveikatą ir demokratiją“* (1997). Konferencijos rezoliucija. Graikija.
123. Pollitt, C., Bouckaert, G. (2000). *Public Management Reform.* Oxford. UK: Oxford University Press.
124. Porter M. E. (1998). *The competitive strategy. Techniques for analyzing industries and competitors.* New York: The Free Press.
125. *Prevenција ir sveikos gyvensenos propagavimas.* (2011). Sveikata – ES. Europos Sąjungos portalas apie sveikatos apsaugą [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/prevention_and_promotion/index_lt.htm
126. *Primary Health Care – Now more than ever.* (2008) WHO Report. WHO.
127. *Primary Health Care in the Northern Dimension Countries.* (2008). NDPHS Expert Group on Primary Health Care. Thematic Report DRAFT080520, No 4 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-14]. Prieiga per internetą: www.ndphs.org/?database=view,paper,21.
128. Rainey, H. (2003). *Understanding and Managing Public Organizations.* 3rd ed. – San Francisco: Jossey-Bass.
129. Raipa, A. (1999). Sprendimų priėmimo teorijos. Biurokratijos vieta ir vaidmuo demokratiškai įgyvendinant sprendimus. *Viešasis administravimas.*
130. Rapolevičiūtė, A. (2006). Visuomenės sveikatos sistemos pertvarka įgauna pagreitį. *Gydymo menas* [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-03]. Prieiga per internetą: <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&strid=2883&subid=gm>.
131. Ratkevičienė, V., Jankūnienė, J. (1998). Požiūrių į organizacijos strategijos kūrimą vertinimas. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai* 8: 113-120.
132. Richardson, B. (1994). Comprehensive approach to strategic management: leading across the strategic management domain. *Management Decision* 32 (8).
133. Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. (1995). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:101–109.
134. Saloner, G., Shepard, A., Podolny, J. (2001). *Strategic Management.* John Wiley&Sons, Inc.
135. Sanchez, R., Heene, A. (2004). *The New Strategic Management. Organization, Competition and Competence.* USA.
136. Sharplin, A. (1985). *Strategic management.* McGraw – Hill. New York.
137. Sketerskienė, R. (2009). *Sveikatos priežiūra mokykloje: reformos lūkesčiai ir realijos.* Sveikatos priežiūros organizavimas ugdymo įstaigose: dabartis ir perspektyvos. Konferencinė medžiaga. Ignalina.
138. Smailyte G., Kurtinaitis J. (2008). Cancer mortality differences among urban and rural residents in Lithuania. *BMC Public health.*
139. Smilga, E. (1997). Strateginio valdymo galimybės: ar visiškai suvoktos ir panaudojamos. (The facilities of strategic management: are they clean recognized and realized). *Lietuvos ūkis* 10; 11. Vilnius.
140. Smilga, E., Janušonienė, K. (2003). The problems of the Public Health Keeping Strategy. *Organizacijų vadyba; sisteminiai tyrimai* (25). Kaunas: VDU.

141. Smilga, E., Janušonienė, K. (2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. *Tiltai* (1).
142. Smilga, E., Janušonienė, K. (2006). Galimybė taikyti strateginį valdymą sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba; sisteminiai tyrimai*. Kaunas: VDU, Nr. 40.
143. Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba; sisteminiai tyrimai*. Kaunas: VDU, Nr. 44.
144. Smilga, E., Janušonienė, K. (2009). The Process of Strategic Management Model Formation and Application in The Lithuanian Health Care System. *Ekonomika* [interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-14]. Prieiga per internetą: <http://www.leidykla.vu.lt/fileadmin/Ekonomika/87/124-140.pdf>
145. Smilga, E., Grebliauskas, A. (2000). Lietuvos ekonomikos konkurencingumas: strateginio valdymo aspektas. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, t. 14. Kaunas.
146. Syme, S. L. (1996). To Prevent Disease: The Need For A New Approach. In: D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson. *Health and Social Organization: Towards a Health policy for the 21st Century*. London: Routledge.
147. Staponkienė, J. (2004). Strateginis valdymas privataus ir viešojo sektoriaus organizacijose: pranašumai ir skirtumai. *Socialiniai tyrimai I* (4).
148. *Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės* [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-16]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/>.
149. Stein, J. (1981). Contextual factors in the selection of strategic decision methods. *Human relations* 34 (10).
150. Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report, accessed 01 March.
151. Stoner, J. A. F., Freeman, R. E., R. Gilbert, Jr. D. R. (2005). *Vadyba*. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
152. Stoškus, S., Beržinskienė, D. (2005). *Vadyba* Kaunas: Technologija.
153. *Strateginis valdymas valstybės valdymo institucijose, (2001 – 2002)*. Seminaro medžiaga. LR Krašto apsaugos ministerija.
154. Stulgienė, A., Daunonienė, A. (2009). Migracijos poveikis darbo jėgos rinkos pusiausvyrai. *Ekonomika ir vadyba*. [interaktyvus] (14) [žiūrėta 2010-12-13]. Prieiga per internetą: <http://www.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/ekovad/14/1822-6515-2009-984.pdf>.
155. *Svarbiausi faktai apie sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą Europoje ir Lietuvoje*. (2010) [interaktyvus] [žiūrėta 2010-12-13]. Prieiga per internetą: http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/Svarbiausi_faktai.pdf
156. *Sveikata visiems XXI amžiuje* (1998). Pagrindiniai PSO visuomenės Sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.
157. *Šiaulių teritorinė ligonių kasa* [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-16]. Prieiga per internetą: <http://www.siauliutlk.lt/>.
158. *Sveikas senėjimas. Europos siekis. Sutrumpinta versija*. (2007) [interaktyvus] [žiūrėta 2011-03-16]. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/Sveikatos%20patarimai/lithuanian_shortHA_web.pdf
159. *Sveikatą stiprinančios mokyklos* (2011) [interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www.smlpc.lt/lt/vaiku_sveikata/sveikata_stiprinanti_mokykla/
160. *Sveikatos sistemos plėtros pagrindinės nuostatos* (2010) [interaktyvus] [žiūrėta 2010-12-15]. Prieiga per internetą: http://www.tsajunga.lt/uploads/files/dir33/dir1/19_0.php
161. Swayne, L., E., Duncan, W., J., Ginter, P., M. (2006). *Strategic Management of Health Care Organization*. Fifth edition. Australia.
162. *Šiaulių miesto mokinių gyvenamosios tyrimas*. (2011). Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras [interaktyvus] [žiūrėta 2010-12-15]. Prieiga per internetą: <http://www.sveikatos-biuras.lt/index.php?id=672>
163. Šidiškienė, D. (2007). *Mokinių sveikatos priežiūros mokyklose 2007 m. ataskaita* [interaktyvus] [žiūrėta 2010-05-03]. Prieiga per internetą: <http://www.vvspt.lt/pub/imagelib/file/MOKINIUS%20SVEIKATOS%20PRIEZIURA%20MOKYKLOSE-%202007%20m.pdf>.
164. Šliaupa, S., Žukauskas, G., Petrošius, R. (2010). *Geologinė aplinka ir žmonių sergamumas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2010*. Urbanizacija – nauji iššūkiai sveikatai [žiūrėta 2010-11-03]. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/OIUPIBTO.PDF>

165. Tamošiūnas, T., Štutinienė, I., Šimaitis, A. (2008). *Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimas Europos mokyklose ESPAD 2007*. Vilnius [interaktyvus] [žiūrėta 2010-05-03]. Prieiga per internetą: http://www.suaugusiujuvietimas.lt/modules/document_publisher/documents/3/ESPAD_2007_leidinys.pdf
166. Thomson, J., Martin, F. (2005). *Strategic Management. Awareness and Change*. London.
167. Todorova I., et al. (2009). Inequalities in cervical cancer screening in Eastern Europe: perspectives from Bulgaria and Romania. *Public Health* 54 222–232.
168. *Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenys*. (2007) [interaktyvus] [žiūrėta 2009-11-16]. Prieiga per internetą: http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemos_pletros_2008_2015_.pdf
169. Urbelis, V. (2001). Strategija – jos elementai ir sąvokos evoliucija. *Politologija* 4 (24), ISSN 1392-1681 [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-21]. Prieiga per internetą: <http://www.ceeol.com/aspx/getdocument.aspx?logid=5&id=F7B32AF7-01DE-444C-A05A-784DC37D53D0>.
170. *Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras* [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-16]. Prieiga per internetą: <http://www.ulac.lt/>.
171. Valius, L., Jurgutis, A. (2003). *Gydytojo ir paciento bendravimas*. Šeimos medicinos pagrindai. Kaunas; 56-59.
172. Valstybinis aplinkos sveikatos centras. (2006). *Vaikų sveikatingumo programų rengimas*. Metodinės rekomendacijos. Vilnius [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-21]. Prieiga per internetą: http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/Publikacijos_leidiniai/Vaiku_sveikatingumo_programu_rengimas.pdf
173. Vasiliauskas, A. (2000). Lietuvos ekonomikos plėtros strategijos kūrimo ir įgyvendinimo metodologiniai principai. Pinigų studijos. *Ekonomikos teorija ir praktika* 4.
174. Vasiliauskas, A. (2001). *Firmų strateginis valdymas: studentams ir verslininkams: mokomoji knyga*. Vilnius.
175. Vasiliauskas, A. (2002). *Strateginis valdymas*. Vilnius, enciklopedija.
176. Vasiliauskas, A. (2004). Nacionalinės ekonomikos plėtros strateginis valdymas: nustatytinis ir plėtotinis metodologiniai požiūriai. *Pinigų studijos* 3.
177. *Vilniaus universiteto onkologinis institutas* [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-16]. Prieiga per internetą: <http://www.loc.lt/>.
178. Voronaja, N. (2008). Onkologinės pagalbos siekiai: individuali ir kompleksinė. *Gydymo menas* (2). [Interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&strid=7092&subid=gm>.
179. Wilkinson, G., Monkhouse, E. (1994). *Strategijų planing in public sector organization, Executive Development* 7 (6).
180. World Health Report. (2003). *Reducing risk – promoting healthy life, 2002*. WHO, Ženeva.
181. Worrall, L., Collinge, C., Bill, T. (1998). Managing strategy in local government. *International Journal of Public Sector Management* 11 (6).
182. Zaborskis, A., Šumskas, L. (2000). *Slaugos specialistės darbas mokykloje*. Panevėžys.
183. Žaptorius, J. (2007). Darbuotojų motyvavimo sistemos kūrimas ir jos teorinė analizė. *Filosofija. Sociologija* (4) t. 18.
184. *ŽIV ir AIDS*. (2009). Sveikata – ES. Europos Sąjungos portalas apie sveikatos apsaugą [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/hiv-aids/index_lt.htm

DOKUMENTAI

1. 2003-2008 m. ES visuomenės sveikatos programa (1786/2002/EB)
2. 2007–2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programa. Vilnius.
3. 2007–2013 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos priežiūros strategija, patvirtinta Savivaldybės tarybos 2007 m. rugpjūčio 23 d. sprendimu Nr. T–295.
4. 2009-2012 m. Europos Sąjungos kovos su narkotikais veiksmų planas. (2008/C326/09). Europos Sąjungos institucijų ir organų pranešimai.
5. Baltoji knyga „Dėl Europos strategijos su mityba, atsvoriu ir nutukimu susijusiomis sveikatos problemomis“ KOM(2007) 279 galutinis [interaktyvus], [žiūrėta 2010-04-08]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_lt.pdf.

6. Childrens' Environment and Health Action Plan for Europe. (2004). EUR/04/504627/7. Budapest, Hungary [interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78639/E83338.pdf
7. Communication from the Commission Europe 2020. A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels 3.3.2010 COM(2010)2020 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: [http://europa.eu/press_room/pdf/complet_en_barroso_007 - europe_2020 - en_version.pdf](http://europa.eu/press_room/pdf/complet_en_barroso_007_-_europe_2020_-_en_version.pdf)
8. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm 24/10/2006. COM (2006) 625 final.
9. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on Action Against Cancer: European Partnership. COM(2009) 291/4, Brussels [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/docs/com_2009_291.en.pdf
10. Decision No 779/2007/ec of the European Parliament and of the Council of 20 June 2007 establishing for the period 2007-2013 a specific programme to prevent and combat violence against children, young people and women and to protect victims and groups at risk (Daphne III programme) as part of the General Programme 'Fundamental Rights and Justice' [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:173:0019:0026:EN:PDF>
11. Decisions adopted jointly by the European Parliament and the Council (2007). Establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-2013) No 1350/2007/EC [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-28] Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>
12. EuroHeart: European Heart Health Strategy (2010) [interaktyvus], [žiūrėta 2010-11-04]. Prieiga per internetą: <http://www.ehnheart.org/euroheart/about.html>
13. European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. (2005). EUR/05/5048378. WHO. [Interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf
14. Europos bendrijų komisija. (2006). Tarybos rekomendacija „Dėl traumų prevencijos ir saugumo skatinimo“ KOM(2006) 329 galutinis. Briuselis.
15. Europos paktas dėl psichinės sveikatos ir gerovės. (2008). [Interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: [http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact lt.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_lt.pdf)
16. Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija (2007) [interaktyvus], [žiūrėta 2010-04-08]. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303LT.01000101.htm>
17. Europos širdies sveikatos chartija. (2007) [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: <http://www.ehnheart.org/euroheart/european-health-charter.html>
18. Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006 – 2013 metų strategija // Valstybės žinios. 2009, Nr. 22-854 [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-27]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=337959&p_query=&p_tr2=.
19. Lietuvos pažangos strategija 2030 (2010) [interaktyvus], [žiūrėta 2011-04-28]. Prieiga per internetą: http://lms.lt/files/active/0/2011-02-18_Lietuva2030.pdf
20. Lietuvos Psichikos sveikatos strategija. Žin., 2007, Nr. 42-1572. [Interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=295147&p_query=&p_tr2=
21. Lietuvos Respublikos 2004 – 2006 metų Nacionalinės kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų planas [interaktyvus] [žiūrėta 2011-01-12]. Prieiga per internetą: [http://www.skurdas.lt/files/main/NAP_2004-2006 LT.pdf](http://www.skurdas.lt/files/main/NAP_2004-2006_LT.pdf)
22. Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas//Valstybės žinios. 1995, Nr. 44-1073; 2004, Nr. 47-1548, Nr. 168-6174; 2006, Nr. 127-4822; 2007, Nr. 77-3041; 2008, Nr. 48-1771 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-01-12]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=389166
23. Lietuvos Respublikos atliekų tvarkymo įstatymas//Valstybės žinios. 1998, Nr. 61-1726; 2002, Nr. 72-3016 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-01-12]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=171181
24. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“// Valstybės žinios. 1991, Nr. 33-893 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=3044&p_query=&p_tr2=
25. Lietuvos Respublikos biomedicininų tyrimų etikos įstatymas//Valstybės žinios. 2000, Nr. 44-1247.

26. Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas//Valstybės žinios. 2003, Nr. [70-3170](#) [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=389641
27. Lietuvos Respublikos geriamojo vandens įstatymas//Valstybės žinios. 2001, Nr. [64-2327](#) [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=389378
28. Lietuvos Respublikos narkotikų ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas //Valstybės žinios. 1998, Nr. [8-161](#), 2000, Nr. 61-1807; 2002, Nr. 123-5536 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=385610
29. Lietuvos Respublikos statistikos įstatymas//Valstybės žinios. 1993, Nr. 54-1048; 1999, Nr. 114-3299 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387210
30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl sveikatos apsaugos politikos strateginių gairių vaikų ir moksleivių sveikatos srityje“//Valstybės žinios. 2000, Nr. 27-738 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=98076&p_query=&p_tr2=
31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro „Dėl savivaldybėms skirtų visuomenės sveikatos stebėsenos atlikimo rekomendacijų patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2009, Nr. 18-715 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=337509&p_query=&p_tr2=
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 19 d. įsakymas Nr. V-500 „Dėl Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų tvirtinimo“//Valstybės žinios. 2003, Nr. 82-3768 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=216747&p_query=&p_tr2=
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 15 d. Nr. V-918 įsakymas „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biure privalomų pareigybių sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“//Valstybės Žinios. 2007, Nr. 121-4983.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. Įsakymas Nr. V-630 „Dėl Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašas“//Valstybės žinios. 2007, Nr. 88-3492.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2005, Nr. 153-5657 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=268649&p_query=&p_tr2=
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2007 m. rugpjūčio 16 d. įsakymo Nr. V-684/isak-1637 „Dėl mokyklų pripažinimo sveikata stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“//Valstybės žinios. 2007, Nr. 91-3656 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=376555.
37. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. Rugpjūčio 11 d. Įsakymo Nr. V-488 „Dėl bendrųjų savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“//Valstybės žinios. 2008, Nr. 21-771 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=314843&p_query=&p_tr2=
38. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. vasario 9 d. įsakymo nr. V-97 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialistų profesinio tobulinimo kursų programų tvirtinimo“ pakeitimo“//Valstybės žinios. 2009, Nr. 151-6800 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=361812&p_query=&p_tr2=
39. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Privalomojo pirmos pagalbos mokymo programos, privalomojo higienos įgūdžių mokymo programos ir privalomojo mokymo apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai mokymo programos patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2008, Nr. 14-490 [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-05]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=314041&p_query=&p_tr2=

40. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2008, Nr. 35-1253 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=316517&p_query=&p_tr2=
41. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialybių, subspecialybių sąrašo patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2001, Nr. 31-1043 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=129711&p_query=&p_tr2=
42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų vadovų, jų pavaduotojų ir skyrių vedėjų kvalifikacijos tobulinimo visuomenės sveikatos vadybos klausimais programos tvirtinimo“//Valstybės žinios. 2007, Nr. 121-4986 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=309575&p_query=&p_tr2=
43. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“//Valstybės žinios. 2000, Nr. 47-1365; 2010, Nr. 4-163.
44. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-204 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų informacijos pateikimo gyventojams tvarkos aprašo“//Valstybės žinios. 2007, Nr. 38-1421.
45. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-799 „Dėl sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programos patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2007, Nr. 106-4354.
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-837 „Dėl visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2004, Nr. 174-6465.
47. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nutarimas „Dėl statistinės apskaitos formos nr. 027-1/a „vaiko sveikatos pažymėjimas“ patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2005, Nr. 3-38.
48. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367. Valstybės Žinios. 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387488
49. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552//Valstybės Žinios. 1994, Nr. 63-1231; 1998 Nr. 112-3099 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387542
50. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2006 m. kovo 17 d. Nr. ISAK-494 įsakymas „Dėl alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos programos patvirtinimo“//Valstybės žinios 2006, Nr. 33-1197 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=272725&p_query=&p_tr2=
51. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymą „Dėl teisės pažeidimų, mokyklos nelankymo, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, ŽIV/AIDS, smurto ir nusikalstamumo prevencijos“//Valstybės žinios. 2004, Nr. 145-5281 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=242375&p_query=&p_tr2=
52. Lietuvos Respublikos švietimo įstatymas//Valstybės žinios. 2003, Nr. 63-2853 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=214236&p_query=&p_tr2=
53. Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas//Valstybės žinios. 1996, Nr. 11-281; 2003, Nr. 117-5317; 2005, Nr. 142-5105; 2006, Nr. 61-2175, Nr. 73-2765; 2008, Nr. 76-3006 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=395837
54. Lietuvos Respublikos triukšmo valdymo įstatymas //Valstybės žinios. 2004 Nr. 164-5971; 2006, Nr. 73-2760 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=371370
55. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas//Valstybės Žinios. 2002, Nr. 56-2225 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=372612
56. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 30 d. Nr. 954 nutarimas „Dėl Valstybės tabako kontrolės programos patvirtinimo“//Valstybės Žinios 1998, Nr. 69-2010 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60600
57. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. vasario 25 d. Nr. 212 nutarimas „Dėl valstybės alkoholio kontrolės programos patvirtinimo“//Valstybės Žinios 1999, Nr. 21-603 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=74909&p_query=&p_tr2=
58. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. lapkričio 13 d. Nr. 1228 nutarimas „Dėl valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007–2010 metų programos patvirtinimo“//Valstybės Žinios.

- 2007, Nr. 122-5007 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=309435&p_query=&p_tr2=
59. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. Nr. 606 nutarimas „Dėl savivaldybės vykdomų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų įgyvendinimo ataskaitos teikimo tvarkos ir ataskaitos formos patvirtinimo“// Valstybės Žinios. Žin., 2008, Nr. 73-2834; 2011, Nr. 8-328 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=323211
 60. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. balandžio 22 d. Nr. 321 nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 2004 m. sausio 6 d. nutarimo Nr. 5 „Dėl Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“//Valstybės Žinios 2009, Nr. 49-1968 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=342658&p_query=&p_tr2=
 61. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 2004 m. sausio 6 d. nutarimo Nr. 5 „Dėl Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“//Valstybės žinios. 2009, Nr. 49-1968 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=342658&p_query=&p_tr2=
 62. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Nacionalinės Lisabonos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2008, Nr. 124-4718 [interaktyvus], [žiūrėta 2010-11-25]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=329187
 63. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl vaikų sveikatos stiprinimo 2008-2012 m. programos patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2008, Nr. 104-3979 5657 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=326653&p_query=&p_tr2=
 64. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1228 „Dėl Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007–2010 metų programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2007, Nr. 122-5007.
 65. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 184 „Dėl vaiko gerovės valstybės politikos strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2005-2012 m. plano patvirtinimą“//Valstybės žinios. 2005, Nr. 25-802 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=343456
 66. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas//Valstybės žinios. 1996, Nr. 104-2362; 2001, Nr. 112-4069; 2007, Nr., 64-2454 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=157347
 67. Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas//Valstybės žinios. 2007, Nr. 64-2457 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=171186
 68. Lietuvos sveikatos programa, 1997-2010//Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842.
 69. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2004, Nr. 95-3501.
 70. Lietuvos Respublikos Švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl Nacionalinės mokslo programos „Lėtinės neinfekcinės ligos“ patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2010, Nr. 75-3851 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=376885&p_query=&p_tr2=
 71. Mokyklų pripažinimo sveikata stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašas//Valstybės žinios. 2007, Nr. 91-3656.
 72. Nacionalinės sveikatos tarybos 2004 m. kovo 30 d. nutarimas Nr. N-5 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros“ [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=37454&p_k=1
 73. Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas (2009) „Dėl psichikos sveikatos situacijos Lietuvoje. Savižudybės: pokyčiai, jų priežastys ir siūlomi sprendimai“ Nr. N-4 [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-05]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_k=1.
 74. Nacionalinis sveikatos tarybos nutarimas (2007) „Dėl valstybinės traumatizmo profilaktikos 2000-2010 metų programos įgyvendinimo“ Nr. N-2 [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=64982&p_k=1
 75. Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). First International Conference on Health Promotion Ottawa. WHO/HPR/HEP/95.1 [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
 76. Regionų komiteto nuomonė „Dėl Komisijos komunikato Europos Parlamentui, Tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir Regionų komitetui dėl globalizacijos socialinės dimensijos – ES politikos indėlis siekiant tolygiai paskirstyti naudą“. KOM (2004) 383 galutinis [interaktyvus], [žiūrėta 2010-12-01]. Prieiga per internetą: <http://coropinions.cor.europa.eu/coropiniondocument.aspx?language=lt&docnr=328&year=2004>.

77. Sveikatos apsaugos ministerijos 2010 – 2012 metų strateginis veiklos planas. Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 30 d. įsakymu Nr. V-231.
78. Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2005 m. rugsėjo 29 d. sprendimas Nr. T-307 „Dėl pritarimo steigti Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biurą“.
79. Šiaulių miesto savivaldybės tarybos sprendimas Nr. T-356 „Dėl Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro privalomų veiklos užduočių patvirtinimo“.
80. Šiaulių miesto savivaldybės administracijos direktoriaus įsakymas dėl Šiaulių miesto savivaldybės administracijos direktoriaus 2009 m. balandžio 7 d. įsakymo Nr. A-408 „Dėl Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro etatų finansavimo normatyvų patvirtinimo“ pakeitimo (2009 – 09 – 25 d. Nr. A-1118).
81. Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2006 m. rugsėjo 28 d. sprendimas Nr. T-313 „Dėl Šiaulių miesto 2007-2016 metų strateginio plėtros plano patvirtinimo“.
82. Šiaulių miesto savivaldybės tarybos sprendimas Nr. T-194 „Dėl 2007-2010 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos stebėsenos programos patvirtinimo“.
83. Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2006 m. rugpjūčio 23 d. sprendimas Nr. T-283 „Dėl Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro įsteigimo, nuostatų patvirtinimo ir vadovo“.
84. Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro nuostatai. Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2008 m. vasario 28 d. sprendimas Nr. T-55.
85. Tarybos rekomendacija „Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės“ (2009). (2009/C 151/01). Europos Sąjungos oficialusis leidinys [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-28]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_lt.pdf
86. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care in Europe. (1996). Slovenia [interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf

PRIEDAI

Pagrindiniai teisės aktai, kuriais remiasi visuomenės sveikatos biuro stiprinimo skyriaus veikla:

Lietuvos Respublikos nuodingųjų medžiagų kontrolės įstatymas//Valstybės žinios. 2001, Nr. 64-2330.

HN 98:2000 „Natūralus ir dirbtinis darbo vietų apšvietimas. Apšvietos ribinės vertės ir bendrieji matavimo reikalavimai”

HN 110:2001 „Pramoninio dažnio (50 Hz) elektromagnetinis laukas darbo vietose. Parametru leidžiamos skaitinės vertės ir matavimo reikalavimai

HN 111:2001 „Internatinė mokykla specialiųjų poreikių vaikams. Higienos normos ir taisyklės“

HN 106:2001 „Nauji maisto produktai ir nauji maisto ingredientai“

HN 53-2:2002 „Leidžiami vartoti maisto priedai. Specifiniai saldiklių, dažiklių ir kitų maisto priedų grynumo kriterijai HN 15:2005 „Maisto higiena“

HN 77:2002 „Radiacinė sauga ir kokybės laidavimas branduolinėje medicinoje“

HN 118:2002 „Apgyvendinimo paslaugų saugos sveikatai reikalavimai“

HN 24:2003 „Geriamojo vandens saugos ir kokybės reikalavimai“

HN 33-1:2003 „Akustinis triukšmas. Leidžiami lygiai gyvenamojoje ir darbo aplinkoje. Matavimo metodikos bendrieji reikalavimai“

HN 50:2003 „Visą žmogaus kūną veikianti vibracija: didžiausi leidžiami dydžiai ir matavimo reikalavimai gyvenamuosiuose bei visuomeniniuose pastatuose“

HN 51:2003 „Visą žmogaus kūną veikianti vibracija: didžiausi leidžiami dydžiai ir matavimo reikalavimai darbo vietose“

HN 62:2003 „Kosmetikos gaminiai: bendrieji reikalavimai, draudžiamos ir ribojamos medžiagos“

HN 69:2003 „Šiluminis komfortas ir pakankama šiluminė aplinka darbo patalpose. Parametru norminės vertės ir matavimo reikalavimai“

HN 123:2003 „Patalpų ir įrangos, skirtų kūno kultūrai ir sportui, higienos reikalavimai“

HN 32:2004 „Darbas su videoterminalais. Saugos ir sveikatos reikalavimai“

HN 79:2004 „Vaikų vasaros poilsio stovyklos. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“

HN 120:2004 „Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo įstaigos. Įrengimas, eksploatavimo tvarka, sveikatos priežiūra“

HN 125:2004 „Socialinių paslaugų įstaigos: bendrieji saugos sveikatai reikalavimai“

HN 39:2005 „Pirtys: įrengimo ir priežiūros saugos sveikatai reikalavimai“

HN 43:2005 „Šuliniai ir versmės: įrengimo ir priežiūros saugos sveikatai reikalavimai“

HN 88:2005 „Nemedicininės paskirties atvirųjų jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinių radiacinė sauga“

HN 109:2005 „Baseinai. Įrengimo ir priežiūros saugos sveikatai reikalavimai“

HN 16:2006 „Medžiagų ir gaminių, skirtų liestis su maistu, specialieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“

HN 20:2006 „Neformaliojo vaikų švietimo mokykla: bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“

HN 26:2006 „Maisto produktų mikrobiologiniai kriterijai“

HN 90:2006 „Dezinsekcijos ir deratizacijos bendrieji saugos reikalavimai“

HN 122:2006 „Rūkymo patalpų (vietų) įmonėse, įstaigose ir organizacijose įrengimo ir eksploatavimo reikalavimai“

HN 23:2007 „Cheminių medžiagų profesinio poveikio ribiniai dydžiai. Matavimo ir poveikio vertinimo bendrieji reikalavimai“

HN 35:2007 „Didžiausia leidžiama cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore“

HN 92:2007 „Paplūdimiai ir jų maudyklų vandens kokybė“

HN 117:2007 „Grožio paslaugų sveikatos saugos reikalavimai“

HN 47-1:2008 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“

HN 54:2008 „Maisto produktai. Didžiausios leidžiamos teršalų ir pesticidų likučių koncentracijos“

HN 66:2008 „Medicininį atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“
HN 75:2008 „Ikimokyklinio ugdymo mokykla: bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“
HN 36:2009 „Draudžiamos ir ribojamos medžiagos“
HN 42:2009 „Gyvenamųjų ir visuomeninių pastatų patalpų mikroklimatas“
HN 71:2009 „Soliariumai. Sveikatos saugos reikalavimai“
HN 124:2009 „Vaikų socialinės globos įstaigos: bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“
HN 21:2010 „Bendrojo lavinimo mokykla. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ ir kt.
Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. balandžio 24 d. nutarimas Nr. 501 „Dėl Buities, sanitarinių ir higienos patalpų įrengimo reikalavimų“ (Žin., 2003, Nr. [40-1820](#)).
Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gegužės 7 d. nutarimas Nr. 544 „Dėl Darbų ir veiklos sričių, kuriose leidžiama dirbti darbuotojams, tik iš anksto pasitikriniusiems ir vėliau periodiškai besitikrinantiems, ar neserga užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir šių darbuotojų sveikatos tikrinimosi tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. [41-1294](#); 2002, Nr. [73-3127](#))
Lietuvos Respublikos Vyriausybės sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2002 m. rugpjūčio 14 d. Nr. 421 „Dėl biocidų autorizacijos ir registracijos taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 87-3760);
Lietuvos Respublikos Vyriausybės sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2002 m. liepos 8 d. Nr. 358 „Dėl biocidų autorizacijos ir registracijos nuostatų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 79-3361);
Lietuvos Respublikos Vyriausybės sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2003 m. birželio 17 d. Nr. V-357 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 64-2914).

**SVEIKATOS STIPRINIMO PROGRAMŲ KOKYBĖS IR ATITIKTIES PIRMOJO
LYGMENS SVEIKATĄ STIPRINANČIOS MOKYKLOS KRITERIJAMS VERTINIMO
IŠVADA**

| Veiklos sritis ir tikslas | Sveikatą stiprinančios mokyklos kriterijai | Vertinimas balais (0–5) |
|---|---|-------------------------|
| 1. Sveikatos stiprinimo veiklos valdymo struktūra, politika ir kokybės garantavimas. Siekama užtikrinti sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos planavimą ir įgyvendinimą. | 1.1. Sudaryta asmenų grupė, organizuojanti sveikatos stiprinimo veiklą mokykloje | |
| | 1.2. Numatytas sveikatos stiprinimo procesų ir rezultatų vertinimas | |
| 2. Psichosocialinė aplinka. Siekama plėtoti pasitikėjimą ir partnerystę, pagrindine vertybe laikant gerus mokyklos bendruomenės narių tarpusavio santykius. | 2.1. Priemonės, numatančios mokyklos bendruomenės narių gerų tarpusavio santykių kūrimą ir puoselėjimą | |
| | 2.2. Sudarytos galimybės dalyvauti programos vykdyme visiems bendruomenės nariams | |
| | 2.3. Numatytos emocinės, fizinės, seksualinės prievartos ir vandalizmo mažinimo priemonės | |
| 3. Fizinė aplinka. Siekama kurti saugią, sveiką, higienos reikalavimus atitinkančią ugdymo aplinką. | 3.1. Priemonės, užtikrinančios mokyklos teritorijos, patalpų priežiūrą ir gerinančios aplinkos sveikatinimo | |
| | 3.2. Priemonės, skatinančios visų bendruomenės narių fizinį aktyvumą | |
| | 3.3. Priemonės sveikos mitybos organizavimui ir geriamojo vandens prieinamumui užtikrinti | |
| 4. Žmogiškieji ir materialieji ištekliai. Siekama sutelkti išteklius sveikatos stiprinimui ir sveikatos ugdymui. | 4.1. Mokytojų ir kitų ugdymo procese dalyvaujančių asmenų kvalifikacijos tobulinimo sveikatos stiprinimo ir sveikatos ugdymo klausimais organizavimas | |
| | 4.2. Bendruomenės narių pasitelkimas sveikatos ugdymui | |
| | 4.3. Metodinės medžiagos ir kitų sveikatos ugdymui reikalingų priemonių įsigijimo numatymas | |
| | 4.4. Mokyklos partnerių įtraukimas | |
| 5. Sveikatos ugdymas. Siekama užtikrinti sveikatos ugdymo kokybę. | 5.1. Sveikatos ugdymas įtrauktas į dalykų ar ugdymo sričių teminius planus, pasirenkamųjų dalykų ir dalykų modulių programas | |
| | 5.2. Sveikatos ugdymas apima visą bendrąjį lavinimą | |

| | | |
|--|---|--|
| | 5.3. Sveikatos ugdymas apima įvairias sveikatos temas: fizinis aktyvumas ir kūno kultūra; sveika mityba; tabako, alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo bei nelaimingų atsitikimų, traumų, streso, prievartos, patyčių prevencija; rengimas šeimai ir lytiškumo ugdymas; užkrečiamųjų ligų prevencija; vartojimo kultūros ugdymas | |
| 6. Sveikatą stiprinančios mokyklos veiklos sklaida ir tęstinumo laidavimas. Siekama skleisti sveikatą stiprinančios mokyklos patirtį vietos bendruomenei. | 6.1. Sveikatos stiprinimo veiklos patirties sklaida mokykloje | |
| | 6.2. Sveikatą stiprinančios mokyklos veiklos patirties pavyzdžių sklaida už mokyklos ribų | |

Komisijos, vertinusios _____ sveikatos stiprinimo
(mokyklos pavadinimas)
programą _____, išvada.
(programos pavadinimas)

Pastabos, pasiūlymai

Mokyklų pripažinimo sveikatą
stiprinančiomis mokyklomis
komisijos pirmininkas

(parašas)

(vardas ir pavardė)

(data)

**SVEIKATOS STIPRINIMO PROGRAMŲ KOKYBĖS IR ATITIKTIES ANTROJO
LYGMENS SVEIKATĄ STIPRINANČIOS MOKYKLOS KRITERIJAMS VERTINIMO
IŠVADA**

| Veiklos sritis ir tikslas | Sveikatą stiprinančios mokyklos kriterijai | Vertinimas balais (0–5) |
|---|--|-------------------------|
| 1. Sveikatos stiprinimo mokyklos veiklos veiksmingumo vertinimas. Siekama užtikrinti sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos kokybę. | 1.1. Mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklos ir vertinimo sistema | |
| | 1.2. Pateikti vertinimo rezultatai ir išvados | |
| 2. Sveikatos stiprinimo mokyklos veiklos plėtojimo vizijos rengimas. Siekama plėtoti sveikatą stiprinančių mokyklų veiklą ir gerinti jos kokybę. | 2.1. Sveikatos stiprinimo veiklos, vertinimo rezultatai panaudojami šiai veiklai planuoti ir kokybei gerinti | |
| | 2.2. Nustatyti nauji rodikliai penkeriems metams | |
| | 2.3. Numatytos priemonės naujiems rodikliams įgyvendinti | |

Komisijos, vertinusios _____ sveikatos stiprinimo
(mokyklos pavadinimas)
programą _____, išvada
(programos pavadinimas)

Pastabos, pasiūlymai

_____ Mokyklų pripažinimo sveikatą
stiprinančiomis mokyklomis

komisijos pirmininkas

(parašas)

(vardas ir pavardė)

(data)

4 priedas

1 lentelė

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2008 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. V-69

PRIVALOMOJO HIGIENOS ĮGŪDŽIŲ MOKYMO PROGRAMA

| Darbuotojai, kuriems privalomas higienos įgūdžių mokymas | Mokymo temos | Mokymo trukmė (akademinėmis valandomis) | Mokymo periodiškumas ir organizavimas* |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Areštinių ir laisvės atėmimo vietų darbuotojai | <p>1.1. Areštinių ir laisvės atėmimo vietų vėdinimo, apšvietimo, vandentiekio ir kanalizacijos, valymo ir dezinfekcijos higienos reikalavimai</p> <p>1.2. Mitybos ir asmens higienos reikalavimai</p> <p>1.3. Higienos įgūdžių, padedančių apsaugoti nuo žarnyno, kvėpavimo takų ir odos užkrečiamųjų ligų, formavimas, apsinuodijimo maistu profilaktikos pagrindai</p> <p>1.4. Ypač pavojingų infekcijų profilaktika</p> <p>1.5. Lytiškai plintančių ligų, ŽIV/AIDS, hepatito B ir hepatito C profilaktika</p> <p>1.6. Rūkymo, alkoholio ir narkotikų žala žmogaus sveikatai, priklausomybių profilaktika</p> | 6 | Prieš pradėdami dirbti ir kas penkeri metai |
| 2. Vandens tiekimo įmonių darbuotojai | <p>2.1. Geriamojo vandens kokybės reikalavimai, sanitarinis vandens tiekimo šaltinių saugumas ir sanitarinės apsaugos zonos</p> <p>2.2. Vandens fizinių savybių (skaidrumo, spalvos, kvapo, skonio) įvertinimas, mikrobiologiniai vandens kokybės rodikliai</p> <p>2.3. Vandenyje esančios nuodingosios medžiagos, vandens užterštumas organinėmis, cheminėmis ir radioaktyviosiomis medžiagomis, vandens valymo ir dezinfekcijos būdai</p> <p>2.4. Per vandenį plintančių užkrečiamųjų ligų profilaktika</p> <p>2.5. Asmens higienos įgūdžių formavimas</p> | 6 | Prieš pradėdami dirbti ir kas dveji metai |
| 3. Darbuotojai, kurių veikla susijusi su maisto produktų apdorojimu, išdavimu ir maitinimu (maisto produktų, jų priedų, žaliavų gamybos, žvejybos, prekybos, tiekimo, transportavimo, | <p>3.1. Maisto, žaliavų, produktų pašalinimas iš rinkos, maisto gamybos ir maitinimo patalpų (grindų, sienų, lubų, langų, durų, laiptų, paviršiaus) higiena</p> <p>3.2. Teritorijos, transporto, sandėlių apšvietimo, vėdinimo, vandens, nutekamųjų vandenų, tualetų, buities patalpų higiena</p> | 6 | Prieš pradėdami dirbti ir kas dveji metai |

| Darbuotojai, kuriems privalomas higienos įgūdžių mokymas | Mokymo temos | Mokymo trukmė (akademinėmis valandomis) | Mokymo periodiškumas ir organizavimas* |
|--|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| sandėliavimo ir maitinimo įmonių darbuotojai, tarp jų: stiuardės, keleivinio transporto palydovai, laivų virėjai, jų padėjėjai, bufetų ir produktų sandėlių darbuotojai) | 3.3. Maisto gamybos įmonės technologijų higiena 3.4. Paviršių, su kuriais liečiasi maistas, priežiūra, pakavimo priemonės ir medžiagos 3.5. Atliekų ir techninių medžiagų laikymas, valymo higiena (plovimas, dezinfekcija, graužikų ir vabzdžių naikinimas) 3.6. Maisto įmonės rizikos veiksnių analizės ir svarbiųjų valdymo taškų (RVASVT) sistemos diegimas 3.7. Higienos reikalavimų laikymosi, profilaktinių sveikatos patikrinimų ir skiepų svarba, asmens higienos įgūdžių formavimas 3.8. Ūmių užkrečiamųjų žarnyno ligų, apsinuodijimų maistu, pūlingų odos ligų ir kvėpavimo sistemos ligų profilaktika | | |
| 4. Apgyvendinimo ir kitas (ne maitinimo) paslaugas teikiantys darbuotojai (bendrabučių, viešbučių, pensionų, vaikų ir suaugusiųjų globos įstaigų, nakvynės namų, kaimo turizmo sodybų ir kiti susiję su apgyvendinimu, darbuotojai bei teikiantys pagalbą namuose, pirčių, baseinų, saunų, plaukų priežiūros, veido ir kūno priežiūros, nagų priežiūros, tatuiravimo, ilgalaikio (permanentinio) makiažo, papuošalų vėrimo ir kitas grožio bei sveikatingumo paslaugas teikiantys darbuotojai) | 4.1. Teritorijos ir patalpų naudojimo higiena (patalpų vėdinimo, šildymo, apšvietimo, vandentiekio ir kanalizacijos, teritorijos ir patalpų valymo ir dezinfekcijos, buities atliekų surinkimo ir išvežimo reikalavimai) 4.2. Pūslelinės, niežų, pedikuliozės, grybelinių ir bakterinių odos ligų profilaktika 4.3. Ypač pavojingų infekcijų, užkrečiamųjų kvėpavimo sistemos ir virškinimo sistemos ligų profilaktika 4.4. Darbo drabužių higienos reikalavimai, profilaktinio sveikatos tikrinimo ir skiepų reikšmė ligų profilaktikai 4.5. Triukšmo, vibracijos ir kitų profesinės rizikos veiksnių įtaka sveikatai, profilaktikos priemonės 4.6. Geriamojo, prausimuisi naudojamo ir maudyklų vandens higienos reikalavimai 4.7. Vandens, skalbinių ir darbo įrankių dezinfekcijos įgūdžių formavimas 4.8. Asmeninės higienos įgūdžių formavimas 4.9. Lytiškai plintančių ligų, ŽIV/AIDS, hepatito B ir hepatito C profilaktika 4.10. Rūkymo, alkoholio ir narkotikų žala žmogaus sveikatai, priklausomybių profilaktikos priemonės | 6 | Prieš pradėdami dirbti ir kas treji metai |
| 5. Formaliojo ir neformaliojo švietimo | 5.1. Švietimo ir ugdymo įstaigų teritorijos, patalpų priežiūros ir | 6 | Pirmaisiais darbo metais ir kas |

| Darbuotojai, kuriems privalomas higienos įgūdžių mokymas | Mokymo temos | Mokymo trukmė (akademinėmis valandomis) | Mokymo periodiškumas ir organizavimas* |
|--|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| bei ugdymo įstaigų (ikimokyklinio ugdymo, formaliojo ir neformaliojo švietimo, kvalifikacijos tobulinimo įstaigų, mokyklų, psichologinių ir pedagoginių tarnybų) darbuotojai | <p>naudojimo (vedinimo, apšvietimo, šildymo, vandentiekio ir kanalizacijos, valymo ir dezinfekcijos), mokymo inventoriaus ir žaislų higienos reikalavimai</p> <p>5.2. Ikimokyklinio amžiaus vaikų ir mokinių mitybos higiena (maisto priėmimas, gamyba, išdalijimas, indų, įrankių, inventoriaus plovimas, dezinfekcija ir kt.), sveikos mitybos rekomendacijos</p> <p>5.3. Vaikų asmens higiena. Higienos reikalavimai, taikomi mokymo procesui</p> <p>5.4. Užkrečiamųjų kvėpavimo sistemos ligų profilaktika</p> <p>5.5. Užkrečiamųjų žarnyno ligų, apsinuodijimo maistu profilaktika</p> <p>5.6. Užkrečiamųjų odos ligų profilaktika</p> <p>5.7. Personalo asmens higienos reikalavimai, profilaktinių sveikatos tikrinimų, skiepų svarba</p> <p>5.8. Lytiškai plintančių ligų ir ŽIV/AIDS, hepatito B ir hepatito C profilaktika</p> <p>5.9. Rūkymo, alkoholio ir narkotikų žala žmogaus sveikatai, priklausomybių profilaktikos priemonės</p> | | penkeri metai |
| 6. Darbuotojai, dirbantys galimos profesinės rizikos sąlygomis (kenksmingų veiksmų aplinkoje ir pavojingą darbą) | <p>6.1. Cheminiai, fiziniai, biologiniai, ergonominiai (psichofiziologiniai) darbo aplinkos profesinės rizikos veiksniai</p> <p>6.2. Vyraujantys profesinės rizikos veiksniai (veikiantys tam tikros profesijos darbuotojų grupes)</p> <p>6.3. Leidžiamos (pagal galiojančias higienos normas) profesinės rizikos veiksmų vertės</p> <p>6.4. Profesinės rizikos veiksmų poveikis darbuotojo sveikatai, profesinių ligų samprata</p> <p>6.5. Bendrosios ir asmens profilaktikos priemonių naudojimo įgūdžių formavimas</p> | 6 | Prieš pradėdami dirbti ir kas penkeri metai |
| 7. Darbuotojai, kurių veikla susijusi su nuodingosiomis medžiagomis | <p>7.1. Teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos saugą dirbant su nuodingosiomis ir potencialiai nuodingomis medžiagomis</p> <p>7.2. Nuodingųjų medžiagų klasifikacija, jų savybės, poveikis aplinkai ir žmogaus sveikatai</p> <p>7.3. Rizikos veiksniai, veikiantys dirbančiuosius su nuodingosiomis medžiagomis, profilaktinių sveikatos</p> | 28 | Prieš pradėdami dirbti ir kas penkeri metai |

| Darbuotojai, kuriems privalomas higienos įgūdžių mokymas | Mokymo temos | Mokymo trukmė (akademinėmis valandomis) | Mokymo periodiškumas ir organizavimas* |
|--|--|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | tikrinimų reikšmė lėtinių apsinuodijimų ir ligų profilaktikai 7.4. Prevencinės priemonės nuodingųjų medžiagų saugai užtikrinti 7.5. Asmens higienos ir saugaus darbo su nuodingosiomis medžiagomis įgūdžių formavimas | | |
| 8. Darbuotojai, kurių veikla susijusi su medicininių atliekų tvarkymu sveikatos priežiūros įstaigose | 8.1. Teisės aktai, reglamentuojantys medicininių atliekų tvarkymą 8.2. Medicininių atliekų tvarkymo sistema (atliekų klasifikacija, surinkimo ir šalinimo būdai) 8.3. Medicininių atliekų surinkimo, rūšiavimo, pakavimo, ženklavimo, saugojimo, kenksmingumo pašalinimo, apskaitos dokumentų pildymo įgūdžių formavimas 8.4. Darbuotojų sveikatos stebėjimas, kraujo infekcijų (hepatito B, hepatito C, ŽIV/AIDS ir kt.) profilaktika 8.5. Kolektyvinės ir asmeninės apsaugos priemonės, saugaus darbo įgūdžių formavimas | 8 | Prieš pradėdami dirbti |

2 lentelė

PRIVALOMOJO MOKYMO APIE ALKOHOLIO IR NARKOTIKŲ ŽALĄ ŽMOGAUS SVEIKATAI MOKYMO PROGRAMA

| Asmenys, kuriems privalomas pirmosios pagalbos mokymas | Mokymo temos | Mokymo trukmė (akademinėmis valandomis) | Mokymo periodiškumas ir organizavimas* |
|---|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Asmenys, iš kurių pagal Lietuvos Respublikos įstatymus teisė vairuoti transporto priemonę, teisė skraidyti orlaivio įgulos nariu, atlikti orlaivių techninę priežiūrą, dirbti skrydžių vadovu, teisė medžioti arba žvejoti, teisė vairuoti upių ir mažuosius laivus atimta (gali būti atimta arba dar nėra pasibaigęs specialiosios teisės atėmimo laikas) dėl teisės pažeidimo padarymo esant neblaiviam arba apsvaigusiam nuo | 1. Alkoholio vartojimo žala sveikatai, piktnaudžiavimo juo socialiniai ir teisiniai padariniai 2. Įstatymai ir kiti teisės aktai, reglamentuojantys alkoholio vartojimo kontrolę 3. Alkoholio, alkoholio surogatų, gamybos dervų cheminė sudėtis ir poveikis žmogaus sveikatai 4. Su alkoholio vartojimu ir alkoholizmu susiję neigiami socialiniai padariniai – įtaka vairuojant, nelaimingiems atsitikimams, darbinei veiklai, šeimai, aplinkiniams 5. Alkoholio vartojimas ir nusikalstamumas | 4 | Pagal asmenų, padariusių teisės pažeidimą, kreipimąsi |

| Asmenys, kuriems privalomas pirmosios pagalbos mokymas | Mokymo temos | Mokymo trukmė (akademinėmis valandomis) | Mokymo periodiškumas ir organizavimas* |
|--|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| narkotikų, vaistų ar kitų svaigiųjų medžiagų | <p>6. Girtumo laipsniai, apsinuodijimas alkoholiu, alkoholinė koma, tolerancija alkoholiui, priklausomybė, alkoholio poveikis atskiriems organams ir organų sistemoms</p> <p>7. Narkotinių, psichotropinių medžiagų ir kitų psichiką veikiančių medžiagų poveikis žmogui ir jo aplinkai</p> <p>8. Socialiniai narkotikų vartojimo padariniai ir teisinė atsakomybė</p> <p>9. Psichiką veikiančių (narkotinių) medžiagų vartojimo tendencijos, vartojimo požymiai, tolerancija, priklausomybė</p> <p>10. Psichiką veikiančių medžiagų vartojimo įtaka elgsenai, psichikos ir fizinei sveikatai (ūmūs ir lėtiniai apsinuodijimai, psichozės, asmenybės sutrikimai, užkrečiamosios ligos, nelaimingi atsitikimai)</p> <p>11. Psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencija, psichologinė, medicinos, socialinė pagalba asmenims, vartojantiems žalingai psichiką veikiančias medžiagas</p> <p>12. Stacionari ir ambulatorinė pagalba, anoniminė pagalba, savivalbos organizacijų veikla, socialinė pagalba ir rehabilitacija</p> <p>13. Pirmoji pagalba apsinuodijus alkoholiu, narkotinėmis medžiagomis ir kitomis psichiką veikiančiomis medžiagomis</p> | | |

5 priedas

Privalomųjų higieninių įgūdžių ir pirmosios pagalbos mokymo kursų, įkainiai 1 asmeniui (patvirtinti Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2009 m. balandžio 30 d. sprendimu T-148).

| El. Nr. | Paslaugos pavadinimas | Veiklos srities pavadinimas | Kaina vienam žmogui (Lt) |
|----------------|---|--|---------------------------------|
| 1. | Privalomasis higienos įgūdžių mokymas, 6 val. programa | Maisto objektų darbuotojai; apgyvendinimo paslaugas teikiantys darbuotojai, pirčių, saunų, baseinų, kirpyklų, soliariumų, kosmetologijos kabinetų ir kt. ne maitinimo paslaugas teikiantys darbuotojai; socialinės sferos darbuotojai; formaliojo ir neformaliojo švietimo, ikimokyklinių įstaigų darbuotojai; dirbantys profesinės rizikos sąlygomis; areštinių ir laisvės atėmimo vietų darbuotojai; vandens tiekimo įmonių darbuotojai. | 12,40 Lt. |
| 2. | Privalomasis higienos įgūdžių mokymas, 8 val. programa | Darbuotojai, kurių veikla susijusi su medicininių atliekų tvarkymu | 16,50 Lt. |
| 3. | Privalomasis higienos įgūdžių mokymas, 28 val. programa | Darbuotojai, kurių veikla susijusi su nuodingomis medžiagomis | 44,80 Lt |
| 4. | Privalomasis pirmosios pagalbos mokymas, 6 val. programa | Dirbantieji profesinės rizikos sąlygomis, vairuotojai (C, D, E kategorija), kartoiantys kursą kas 3 metai | 13,40 Lt |
| 5. | Privalomasis pirmosios pagalbos mokymas, 8 val. programa | Apgyvendinimo paslaugas teikiantys darbuotojai; pirčių, saunų, baseinų, kirpyklų, soliariumų, kosmetologijos kabinetų ir kt. ne maitinimo paslaugas teikiantys darbuotojai; socialinės sferos darbuotojai; formaliojo ir neformaliojo švietimo, ikimokyklinių įstaigų darbuotojai | 17,90 Lt |
| 6. | Privalomasis pirmosios pagalbos mokymas, 12 val. programa | Vairuotojai (bet kuri kategorija, išklausančią pirmą kartą) | 19,40 Lt |
| 7. | Privalomasis pirmosios pagalbos mokymas, 18 val. programa | Areštinių ir laisvės atėmimo vietų darbuotojai; asmenys, kurių veikla susijusi su ginklais; kariai; stjuardės; keleivinių geležinkelio vagonų palydovai | 27,10 Lt |
| 8. | Pasirengusiųjų savarankiškai atestavimas | | 7,40 Lt |
| 9. | Mokymas apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai, 4 val. programa | | 72,00 Lt |

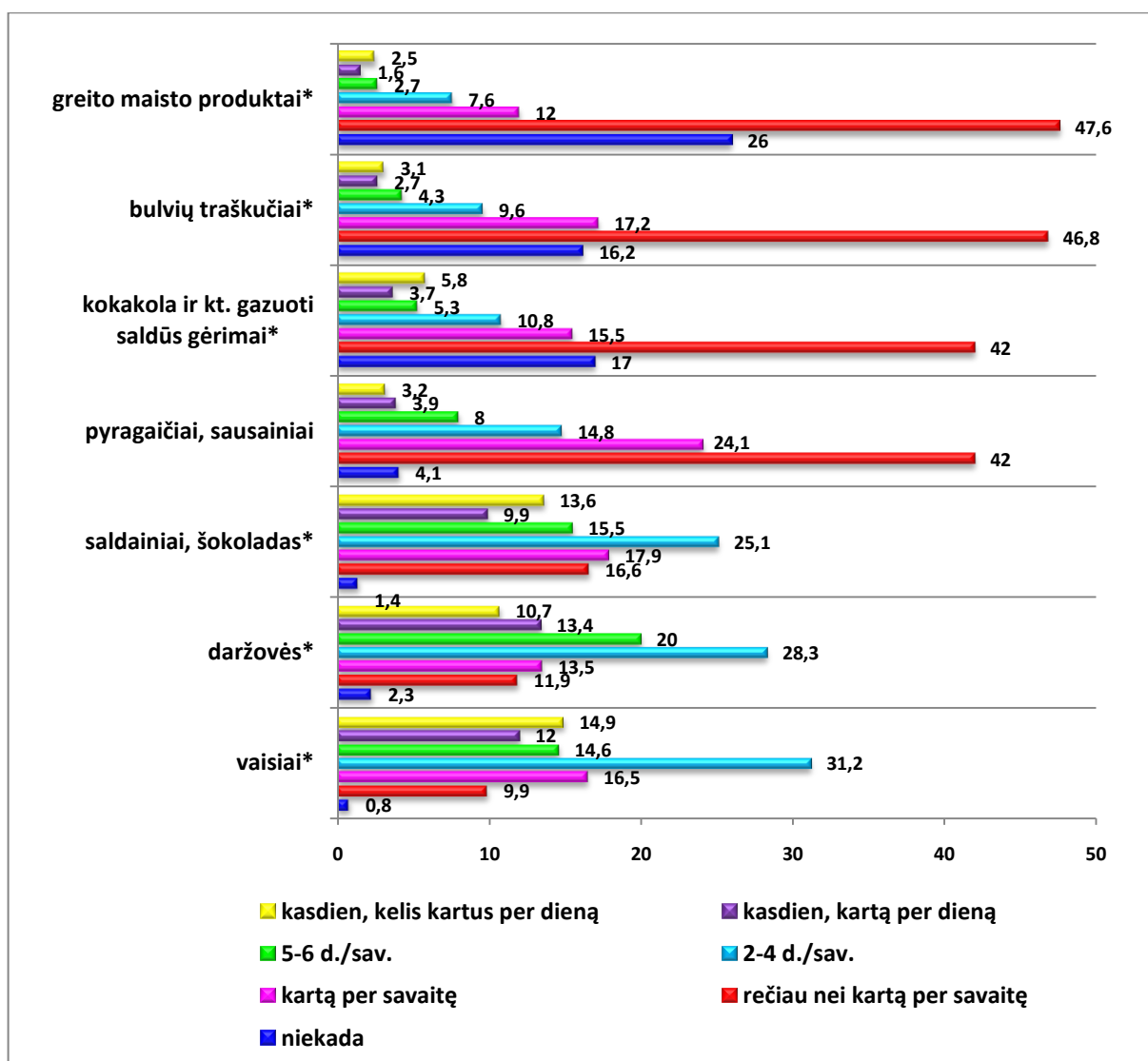
Nelaimingi atsitikimai keliuose kai kuriuose Europos šalyse ir ES 2001-2008 m. bei pokytis (proc.)

| ŠALYS | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2001-2008 m. pokytis (proc.) |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|-------------|-------------|------------------------------|
| Belgija | 1.486 | 1.306 | 1.214 | 1.162 | 1.089 | 1.069 | 1.071 | 944 | -36 |
| Bulgarija | 1.011 | 959 | 960 | 943 | 957 | 1.043 | 1.006 | 1.061 | 5 |
| Čekija | 1.334 | 1.431 | 1.447 | 1.382 | 1.286 | 1.063 | 1.221 | 1.076 | -19 |
| Danija | 431 | 463 | 432 | 369 | 331 | 306 | 406 | 406 | -6 |
| Vokietija | 6.977 | 6.842 | 6.613 | 5.842 | 5.361 | 5.091 | 5.056 | 4.477 | -36 |
| Estija | 199 | 223 | 164 | 170 | 169 | 204 | 196 | 132 | -34 |
| Airija | 412 | 376 | 337 | 374 | 396 | 365 | 338 | 279 | -32 |
| Ispanija | 5.517 | 5.347 | 5.400 | 4.749 | 4.442 | 4.104 | 3.823 | 3.10 | -44 |
| Prancūzija | 8.162 | 7.655 | 6.058 | 5.530 | 5.318 | 4.709 | 4.62 | 4.275 | -48 |
| Italija | 7.096 | 6.980 | 6.563 | 6.122 | 5.818 | 5.669 | 5.131 | 4.731 | -33 |
| Latvija | 558 | 559 | 532 | 516 | 442 | 407 | 419 | 316 | -43 |
| Lietuva | 706 | 697 | 709 | 752 | 773 | 759 | 739 | 498 | -29 |
| Liuksemburgas | 70 | 62 | 53 | 49 | 46 | 36 | 43 | 35 | -50 |
| Nyderlandai | 993 | 987 | 1.028 | 804 | 750 | 730 | 709 | 677 | -32 |
| Austrija | 958 | 956 | 931 | 878 | 768 | 730 | 691 | 679 | -29 |
| Lenkija | 5.534 | 5.827 | 5.640 | 5.712 | 5.444 | 5.243 | 5.583 | 5.437 | -2 |
| Portugalija | 1.670 | 1.655 | 1.542 | 1.294 | 1.247 | 969 | 974 | 885 | -47 |
| Rumunija | 2.461 | 2.398 | 2.235 | 2.418 | 2.461 | 2.478 | 2.800 | 3.061 | 25 |
| Slovėnija | 278 | 269 | 242 | 274 | 258 | 262 | 293 | 214 | -23 |
| Suomija | 433 | 415 | 379 | 375 | 379 | 336 | 380 | 344 | -21 |
| D. Britanija | 3.598 | 3.581 | 3.658 | 3.368 | 3.336 | 3.298 | 3.059 | 2.645 | -26 |
| ES | 54.303 | 53.344 | 50.349 | 47.29 | 45.30 | 43.062 | 42.6 | 39.0 | -28 |

Šaltinis: Sudaryta autoriaus, remiantis Europos sąjungos kelių įvykių duomenų bazės duomenimis. [Interaktyvus], [žiūrėta 2010-12-15]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/observatory/trends_figures.pdf

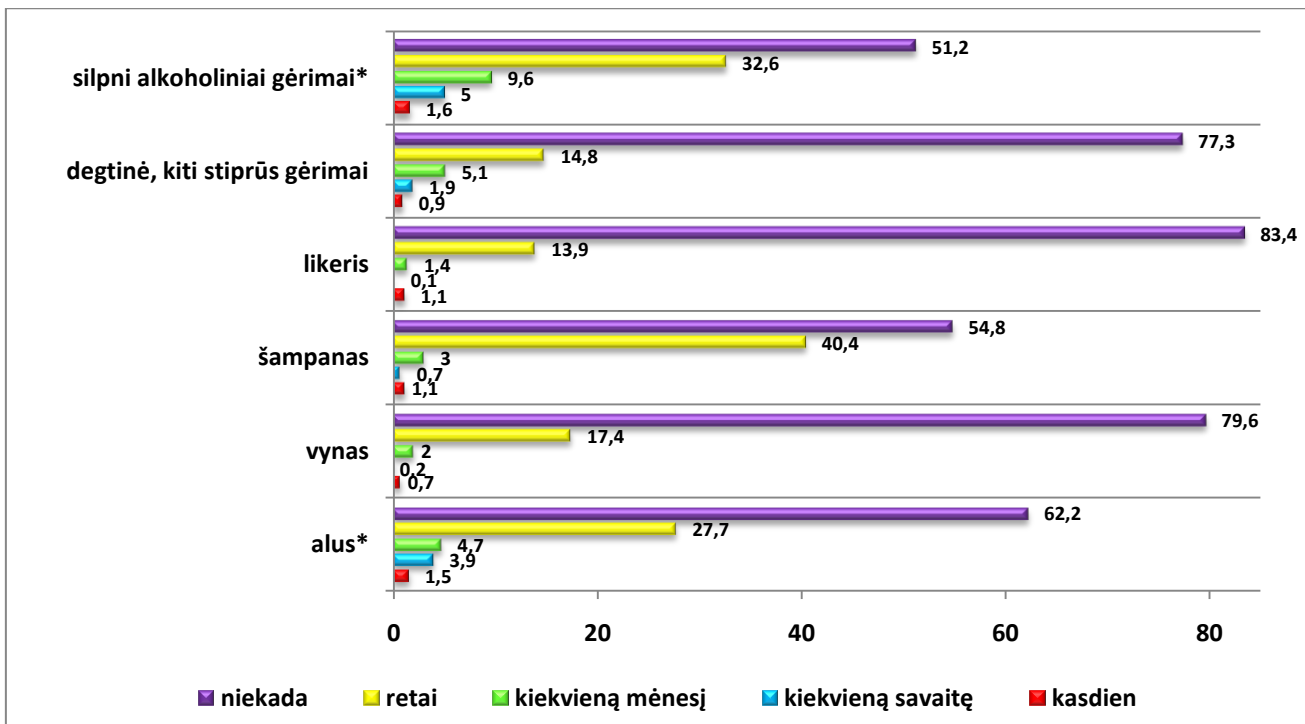
Šiaulių miesto mokinių gyvenenos tyrimo rezultatai (2010 m.)

Šaltinis: Šiaulių miesto mokinių gyvenenos tyrimas. (2011). Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras [interaktyvus] [žiūrėta 2010-12-15]. Prieiga per internetą: <http://www.sveikatos-biuras.lt/index.php?id=672>



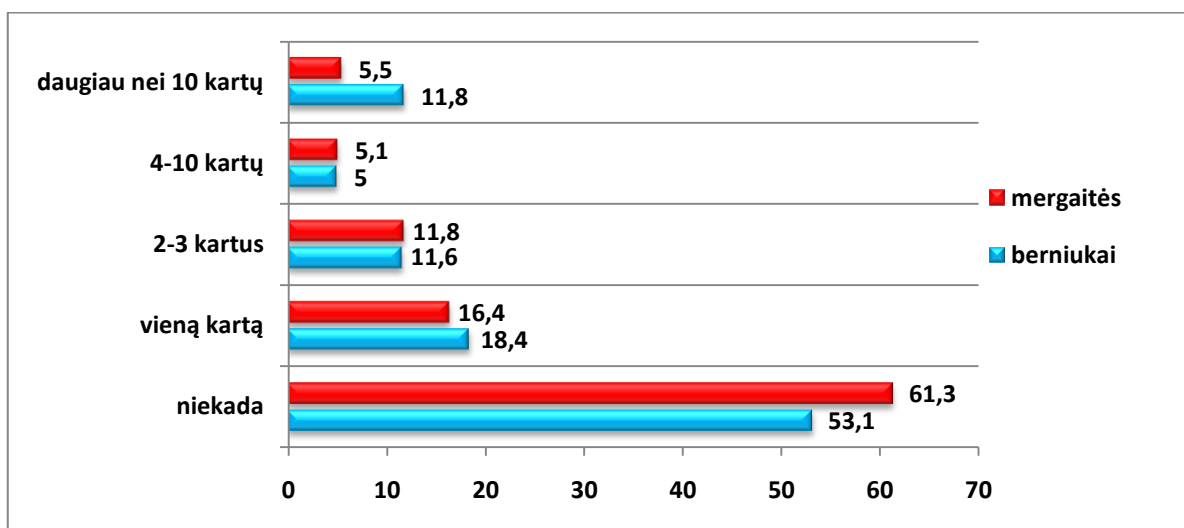
1 pav. Kai kurių maisto produktų vartojimo dažnumas (proc.)

(* - $p < 0,05$)



2 pav. Alkoholinių gėrimų vartojimas (proc.)

*p<0,05 pagal lytį



3 pav. Ar kada nors buvai išgėręs tiek daug alkoholinių gėrimų, kad pasijustum apsvaigęs (proc.)

1 lentelė

Mokinių amžius kai pirmą kartą rūkė, išgėrė alkoholio ir pasijuto apsvaigęs.

| | | Niekada | 11 m. ar mažiau | 12 m. | 13 m. | 14 m. | 15 m. | 16 m. |
|------------------------|-----------|---------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Rūkymas | Berنيukai | 23,2 | 21,1 | 15,7 | 16,2 | 14,1 | 6,5 | 3,2 |
| | Mergaitės | 21,7 | 15,8 | 14,5 | 17,1 | 22,4 | 6,6 | 2 |
| Alkoholiniai gėrimai | Berنيukai | 12 | 14,8 | 16,4 | 20,8 | 20,2 | 13,1 | 2,7 |
| | Mergaitės | 9,9 | 13,8 | 14,5 | 19,1 | 27,6 | 13,2 | 2 |
| Apsvaigę nuo alkoholio | Berنيukai | 23,1 | 6,6 | 7,7 | 19,2 | 20,9 | 15,9 | 6,6 |
| | Mergaitės | 28,5 | 3,3 | 7,3 | 15,2 | 19,2 | 23,2 | 3,3 |

2 lentelė

Mokinių pasiskirstymas pagal kanapių („žolės“, marihuanos, hašišo) vartojimą

| | | Nė karto | 1-2 kartus | 3-5 kartus | 6-9 kartus | 10-19 kartų | 20-39 kartų | 40 kartų ir daugiau |
|-----------------------------|-----------|----------|------------|------------|------------|-------------|-------------|---------------------|
| Per visą savo gyvenimą | Berniukai | 68,3 | 15,8 | 6,6 | 1,6 | 4,4 | 2,2 | 1,1 |
| | Mergaitės | 78,9 | 15,8 | 2 | 0 | 1,3 | 0,7 | 1,3 |
| Per pastaruosius 12 mėnesių | Berniukai | 78 | 11 | 4,4 | 3,3 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| | Mergaitės | 87,4 | 8,6 | 0,7 | 1,3 | 1,3 | 0 | 0,7 |
| Per pastarąsias 30 dienų | Berniukai | 91,3 | 3,8 | 3,3 | 1,1 | 0 | 0,5 | 0 |
| | Mergaitės | 96,7 | 1,3 | 0,7 | 0 | 0 | 0,7 | 0,7 |

3 lentelė

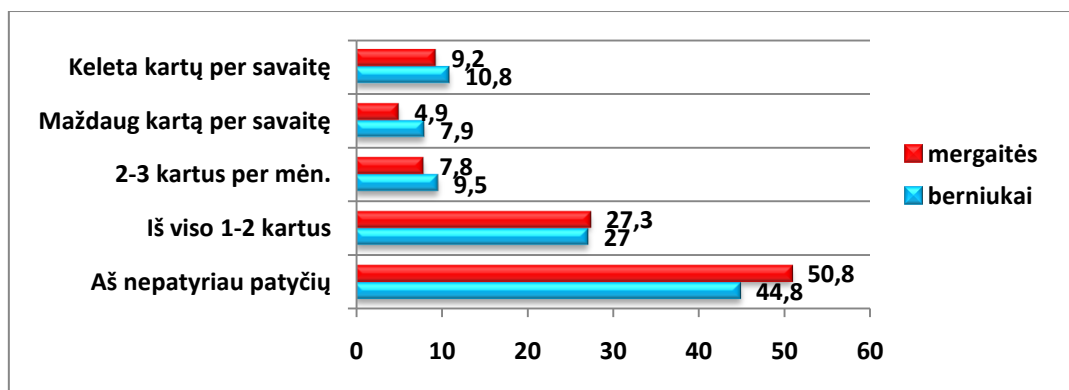
Mokinių pasiskirstymas pagal tai ar kada nors svaiginosi uostydami kljus, tirpiklius ar kita?

| | | Nė karto | 1-2 kartus | 3-5 kartus | 6-9 kartus | 10-19 kartų | 20-39 kartų | 40 kartų ir daugiau |
|-----------------------------|-----------|----------|------------|------------|------------|-------------|-------------|---------------------|
| Per visą savo gyvenimą | Berniukai | 94,1 | 3,8 | 0 | 0 | 0,5 | 0,5 | 1,1 |
| | Mergaitės | 96,7 | 2,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,7 |
| Per pastaruosius 12 mėnesių | Berniukai | 96,7 | 0,5 | 1,1 | 1,1 | 0,5 | 0 | 0 |
| | Mergaitės | 99,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,7 |
| Per pastarąsias 30 dienų | Berniukai | 97,8 | 0,5 | 1,1 | 0 | 0,5 | 0 | 0 |
| | Mergaitės | 99,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,7 |

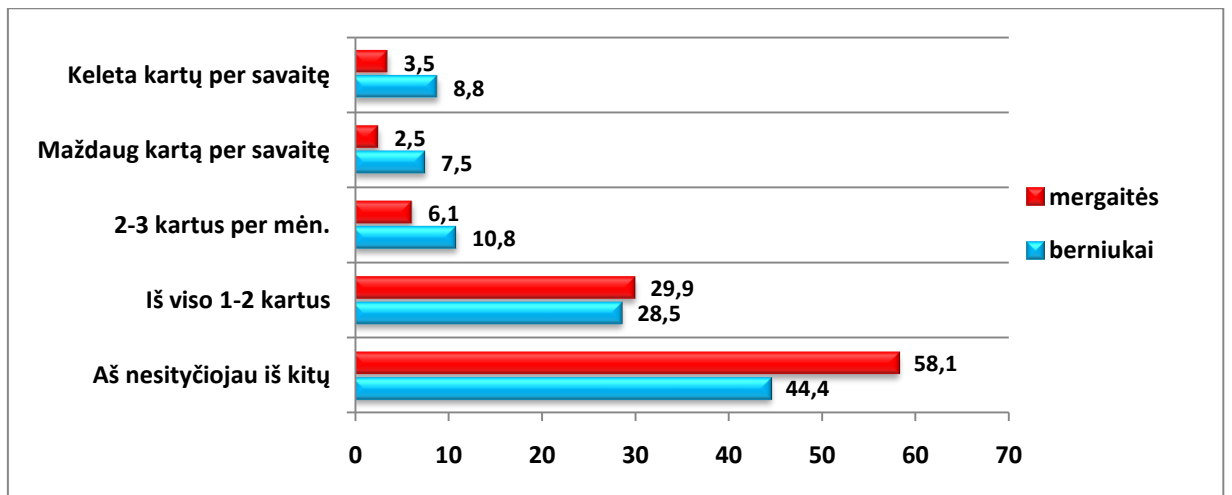
4 lentelė

Mokinių pasiskirstymas pagal tai ar kada nors vartojo kitus nei prieš tai paminėtus narkotikus (proc.)

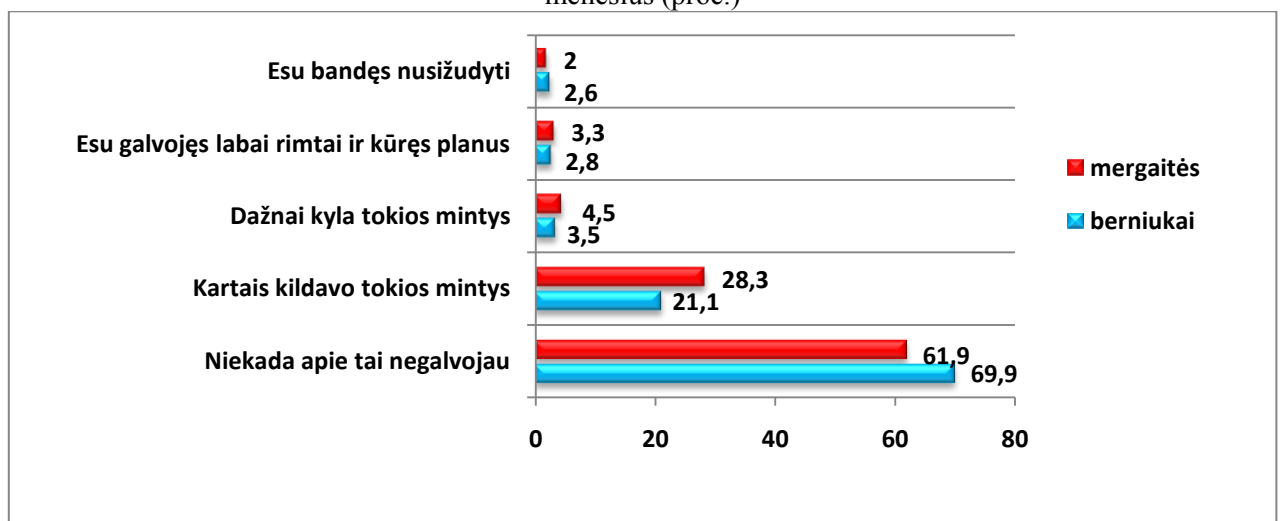
| | | Nė karto | 1-2 kartus | 3-5 kartus | 6-9 kartus | 10-19 kartų | 20-39 kartų | 40 kartų ir daugiau |
|-----------------------------|-----------|----------|------------|------------|------------|-------------|-------------|---------------------|
| Per visą savo gyvenimą | Berniukai | 87 | 6 | 2,7 | 0,5 | 2,2 | 0,5 | 1,1 |
| | Mergaitės | 90,1 | 5,9 | 2 | 0 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Per pastaruosius 12 mėnesių | Berniukai | 92,3 | 3,3 | 2,2 | 1,7 | 0 | 0,6 | 0 |
| | Mergaitės | 94 | 4 | 0,7 | 0 | 0,7 | 0 | 0,7 |
| Per pastarąsias 30 dienų | Berniukai | 95,6 | 2,2 | 0 | 1,1 | 1,1 | 0 | 0 |
| | Mergaitės | 98 | 1,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,7 |



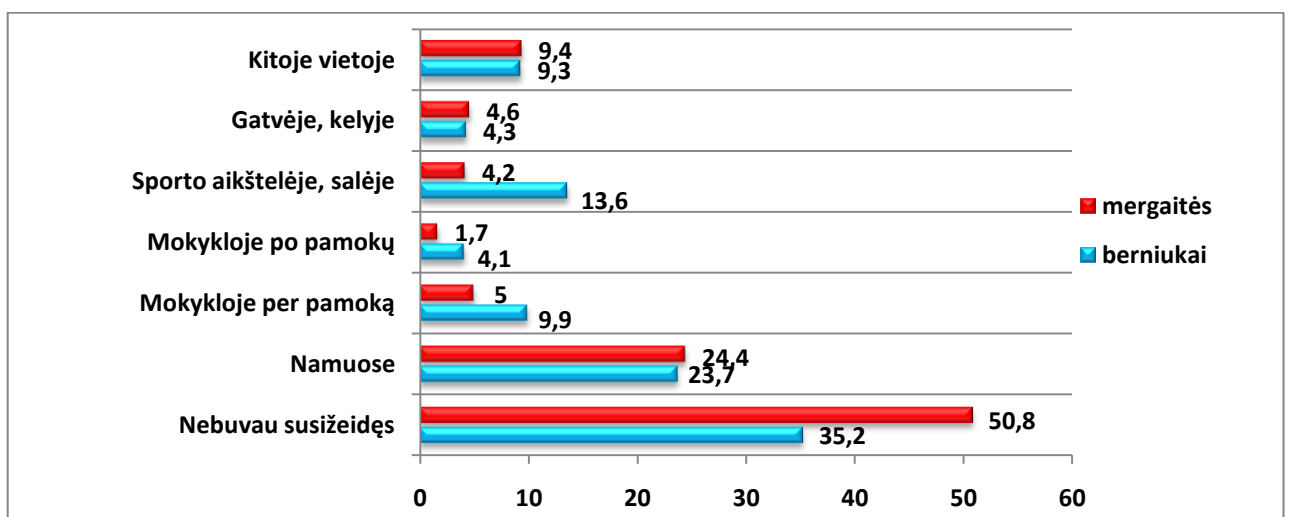
4 pav. Mokinių pasiskirstymas pagal tai kaip dažnai kiti mokiniai tyčiojosi iš jų per pastaruosius 2 mėnesius (proc.)



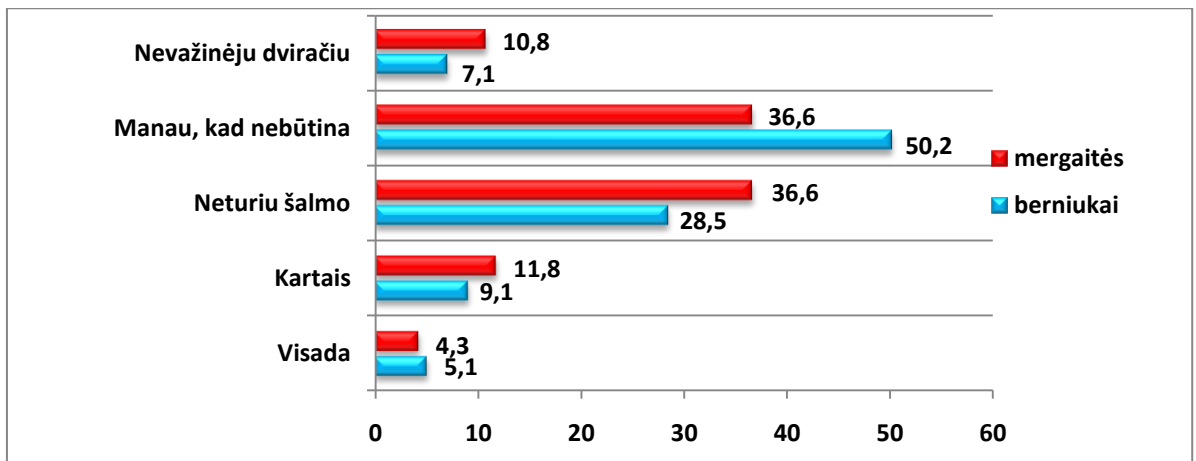
5 pav. Mokinių pasiskirstymas pagal tai kaip dažnai patys mokiniai tyčiojosi iš kitų per pastaruosius 2 mėnesius (proc.)



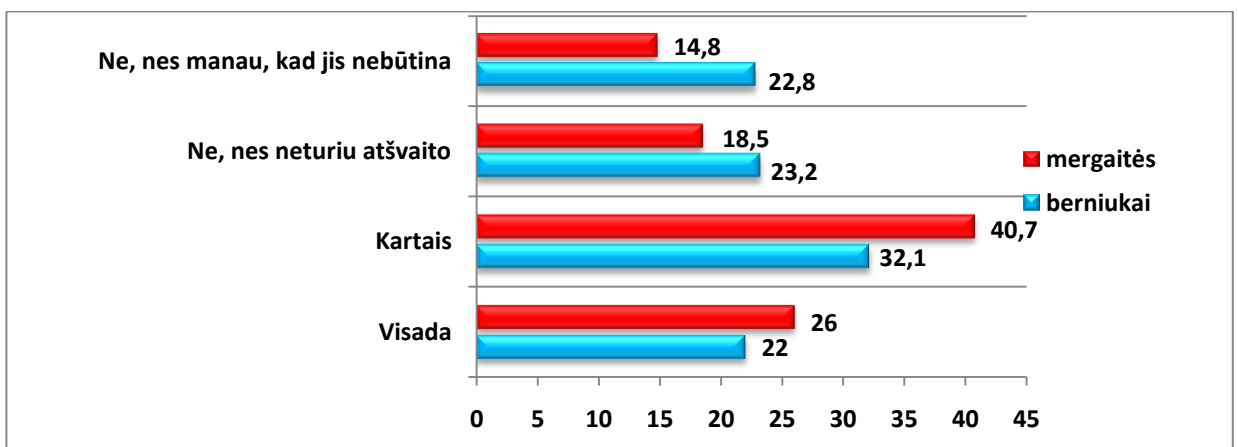
6 pav. Mokinių pasiskirstymas pagal tai ar kada nors kildavo minčių apie savižudybę (proc.)



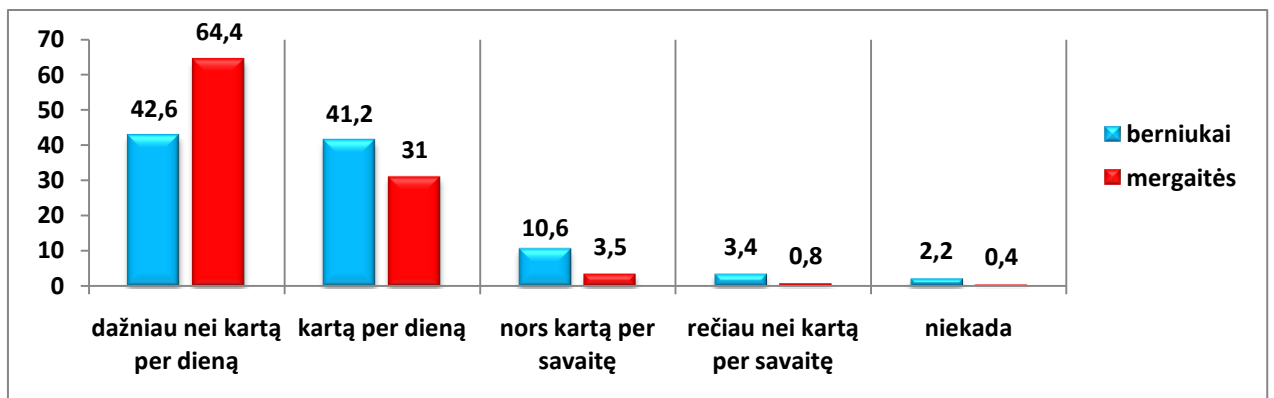
7 pav. Vietos, kur mokiniai yra susižeidę ar kitaip nukentėję (proc.)



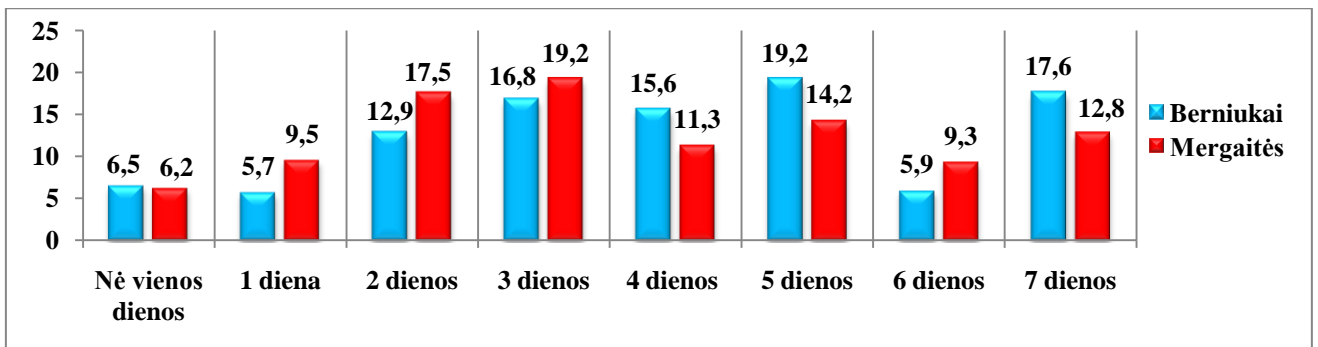
8 pav. Mokinių pasiskirstymas pagal tai, ar užsideda šalną važinėdami dviračiu (proc.)



9 pav. Mokinių pasiskirstymas pagal tai, ar jie nešioja atšvaitus tamsiu paros metu (proc.)



10 pav. Mokinių pasiskirstymas pagal tai kaip dažnai valosi dantis šepetėliu ir pasta (proc.)



11 pav. Dienų skaičius per pastarąsias 7 dienas kai mokiniai buvo fiziškai aktyvūs iš viso ne mažiau 60 min. per dieną, atsižvelgiant į lytį (proc.)

Lietuvos sveikatos priežiūros reformos istorija

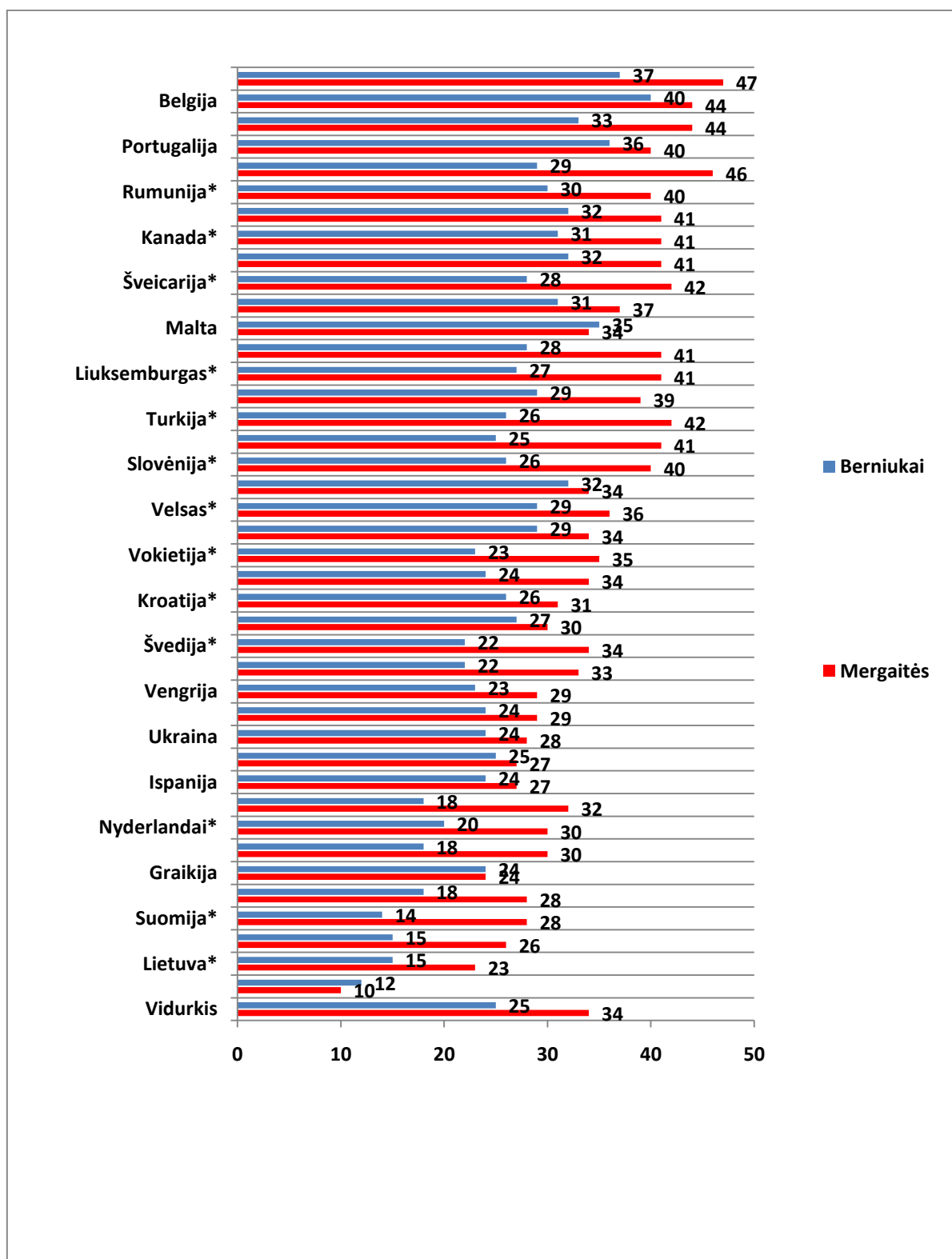
| | |
|-------------------------|---|
| 1988 m. | Viešos diskusijos apie Semaškos sveikatos priežiūros sistemos transformavimą apėmė šiuos bendruosius politikos aspektus: <ul style="list-style-type: none"> • perėjimą nuo finansavimo iš mokesčių prie finansavimo iš surenkamų sveikatos draudimo įmokų; • principo, jog pinigai turi sekti paskui pacientą, įgyvendinimą; • valstybinio Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriaus administravimo atskyrimą nuo Sovietų Sąjungos sveikatos priežiūros sektoriaus administravimo; • palaipsnį finansavimo pagal sąmatos straipsnius atsisakymą. |
| 1990 kovo 11d. | Lietuvos Respublikos Seimas paskelbė Lietuvos Respublikos nepriklausomybę. |
| 1991 m. | Patvirtintas Farmacijos įstatymas. |
| 1991 m. gegužė | Patvirtintas Socialinio draudimo įstatymas, davęs pradžią privalomojo socialinio draudimo plėtrai nacionaliniu lygmeniu. <ul style="list-style-type: none"> • 3 procentiniai punktai socialinio draudimo įmokos tarifo (apmokestinamas darbo užmokesčio fondas) skiriami sveikatos priežiūrai ir apie 2 procentiniai punktai skiriami išmokoms laikino nedarbingumo dėl sveikatos atveju; • įdiegta sistema apėmė dalį su sveikatos priežiūra susijusių išmokų (vaistų ir sanatorinio gydymo kompensavimą); • Įsteigta Valstybinė socialinio draudimo valdyba (SODRA) su vietos padaliniais kiekvienoje savivaldybėje; |
| 1991 m. | Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas. |
| 1991 m. spalio | LR Seimas patvirtino Nacionalinę sveikatos koncepciją, išreiškiančią politinį Valstybės siekį: <ul style="list-style-type: none"> • įgyvendinti aktyvią ir į pirminę sveikatos priežiūrą bei prevenciją orientuotą sveikatos priežiūros politiką; • įgyvendinti sveikatos priežiūros finansavimo reformą, sukuriant sistemą, apimančią tiek finansavimą iš bendrai surenkamų mokesčių, tiek ir iš sveikatos draudimo įmokų. |
| 1991 m. | Valstybinio sveikatos priežiūros administravimo decentralizavimas <ul style="list-style-type: none"> • pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ir dauguma antrinės sveikatos priežiūros įstaigų perduota savivaldybių kompetencijai; • valstybinis šių įstaigų finansavimas pradėtas vykdyti per savivaldybių biudžetą. |
| 1992 m. | Universitetinio sveikatos priežiūros darbuotojų ruošimo reforma |
| 1992 m. | LR Vyriausybės nutarimu įkurta Valstybinė ligonių kasa (VLK) <ul style="list-style-type: none"> • VLK su tretinio lygio ligoninėmis pasirašo nelimituotas sutartis; • minėtose ligoninėse įdiegta mokėjimo už gydytų pacientų skaičių sistema. |
| 1992 m. | Valstybės finansuojamo ligoninių sektoriaus reforma. Savivaldybių lygmeniui priklausiančios institucijos finansuojamos pagal sutartis su vietos valdžia, o respublikinės ligoninės finansuojamos pagal sutartis su Valstybine ligonių kasa. |
| 1993 m. | Įsteigtas Sveikatos apsaugos reformos biuras. |
| 1993 m. spalio | Saugos darbe įstatymas. |
| 1992-1995 | Viešos diskusijos būsimosios sveikatos priežiūros finansavimo ir administravimo sistemos funkcijų ir struktūros klausimais. |
| 1994 m. liepa | Priimtas Sveikatos apsaugos sistemos įstatymas, sudaręs teisinį pagrindą sveikatos priežiūros politikai ir apibrėžęs valstybinių valdymo subjektų vaidmenį. |
| 1995 m. liepa | Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. |
| 1995 m. spalio | Alkoholio kontrolės įstatymas. |
| 1996 m. sausio | Tabako kontrolės įstatymas. |
| 1996 m. balandis | Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas. |
| 1996 m. gegužė | Patvirtintas Sveikatos draudimo įstatymas (SDĮ), 1997 sausio 1d. skelbiantis sveikatos priežiūros finansavimo reformos pradžia. <ul style="list-style-type: none"> • visi Lietuvos Respublikos gyventojai turi būti apdrausti; • sveikatos draudimo lėšos kaupiamos sveikatos draudimo įmokų ir valstybės biudžeto įmokų pagrindu; • kiekvienoje apskrityje turi būti įkurti regioniniai VLK padaliniai – teritorinės ligonių |

| | |
|-----------------------|--|
| | <p>kasos (TLK) su stebėtojų tarybomis;</p> <ul style="list-style-type: none"> • už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas turi būti mokama pagal TLK ir tokią pagalbą teikiančios įstaigos pasirašytas sutartis ir vadovaujantis visos šalies lygiu nustatytais įkainiais. |
| 1996 birželis | <p>Priimtas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (SPIĮ).</p> <ul style="list-style-type: none"> • valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms šis įstatymas suteikė daug daugiau teisių ir atsakomybės; • Įstaigose turi būti įkurtos stebėtojų tarybos. |
| 1996 rudenį | <p>Rengiami SDĮ ir SPIĮ papildantys poįstatyminiai aktai, vietose įsteigti privalomojo sveikatos draudimo padaliniai (teritorinės ligonių kasos arba TLK).</p> |
| 1996 gruodis | <p>Priimtos SDĮ pataisos, pagal kurias galutinis sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimas atidedamas iki 1997 liepos 1d.</p> |
| 1997 sausis | <p>Iš dalies pradėtas įgyvendinti privalomasis sveikatos draudimas, pavyzdžiui sudarytas atskiras nuo valstybės biudžeto sveikatos draudimo biudžetas.</p> |
| 1997 pavasaris | <p>Priimta dauguma SDĮ papildančių poįstatyminių aktų, daugiau nei 50 procentų gyventojų prisirašę prie pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigų. Toliau vyksta TLK aprūpinimas darbuotojais.</p> |
| 1997 gegužė | <p>Įsigaliojo 1996 spalį priimtas Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.</p> |
| 1997 liepa | <p>TLK pradėjo pasirašinėti sutartis su paslaugų teikėjais.</p> |
| 1997 spalį | <p>Visos šalies visuomeninės asmens sveikatos priežiūros įstaigos pradėtos finansuoti sutarčių pagrindu. Pagal prisirašiusių gyventojų skaičių mokama už PSP paslaugas, o už stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas mokama pagal guldytų pacientų skaičių.</p> |
| 1997 rudenį | <p>Vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos perorganizuotos į viešąsias (ne pelno) įstaigas.</p> |
| 1998 sausis | <p>Viešosiose (ne pelno) įstaigose diegiami tarptautiniai apskaitos principai.</p> |
| 1998 kovas | <p>Privalomojo sveikatos draudimo sistemoje įdiegta vidinio stebėjimo sistema.</p> |
| 1998 gegužė | <p>Surengta Nacionalinė papildomo sveikatos draudimo konferencija, kurios metu buvo patvirtintos tolimesnės veiklos šioje srityje gairės.</p> |
| 1998 vasara | <p>Daugiau nei 80 proc. gyventojų prisirašę prie pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigų.</p> |
| 1998 rudenį | <p>VLK ir SAM susitarė dėl nacionalinių tolimesnės privalomojo sveikatos draudimo plėtos gairių:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sveikatos priežiūros finansavimo rizikos paskirstymo modelis; • dalinis mokėjimų pagal guldymo į ligoninę atvejų skaičių desagregavimas; • vidinės kontrolės mechanizmų įgyvendinimas (pvz.: gydytojų veiklos protokolai, skirti naudoti institucijos viduje) <p>Patvirtintos medicininio audito taisyklės.</p> |
| 1998 gruodis | <p>Nacionalinės sveikatos tarybos kasmetinės ataskaitos ir sveikatos draudimo reformos įgyvendinimo rezultatų pristatymas LR Seime.</p> |
| 1998 m. | <p>Patvirtinta Lietuvos sveikatos programa.</p> |
| 2003 m. | <p>Nacionalinės vaistų politikos nuostatos (patvirtintos Seime).</p> |
| 2003 m. | <p>Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas (Strategija patvirtinta LR Vyriausybės).</p> |

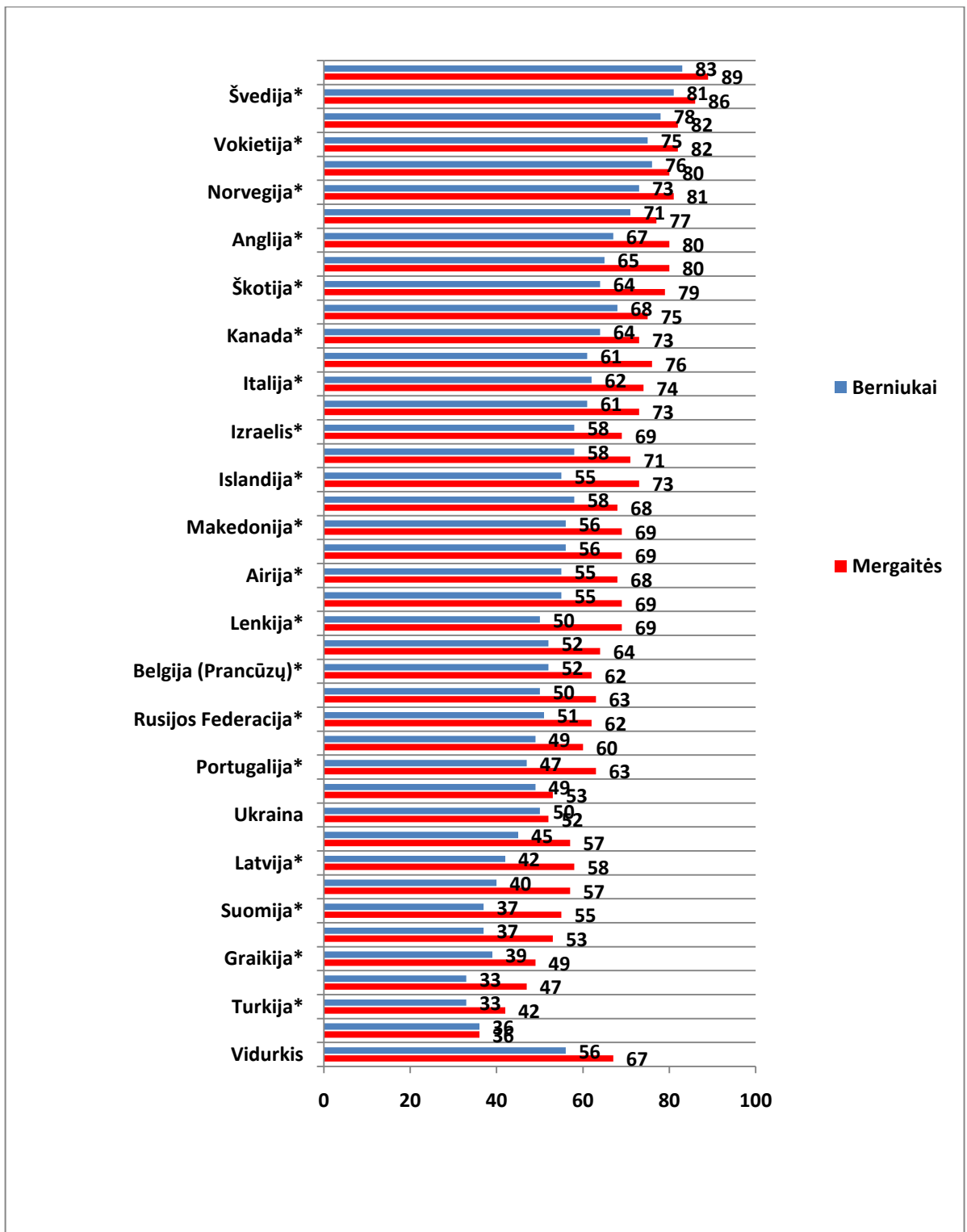
Šaltinis: sudaryta autorių pagal: Černiauskas, G., Jankauskienė, D., Murauskienė, L. *Sveikatos Priežiūros Reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija. Lietuvos sveikatos priežiūros reforma ir sveikatos draudimas*; Černiauskas, G., Schneider, M. (1999). Sveikatos politikos analizė. Privalomojo sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje; http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Reform/reform1.html

Tarptautinio HBSC (2006) tyrimo rezultatai

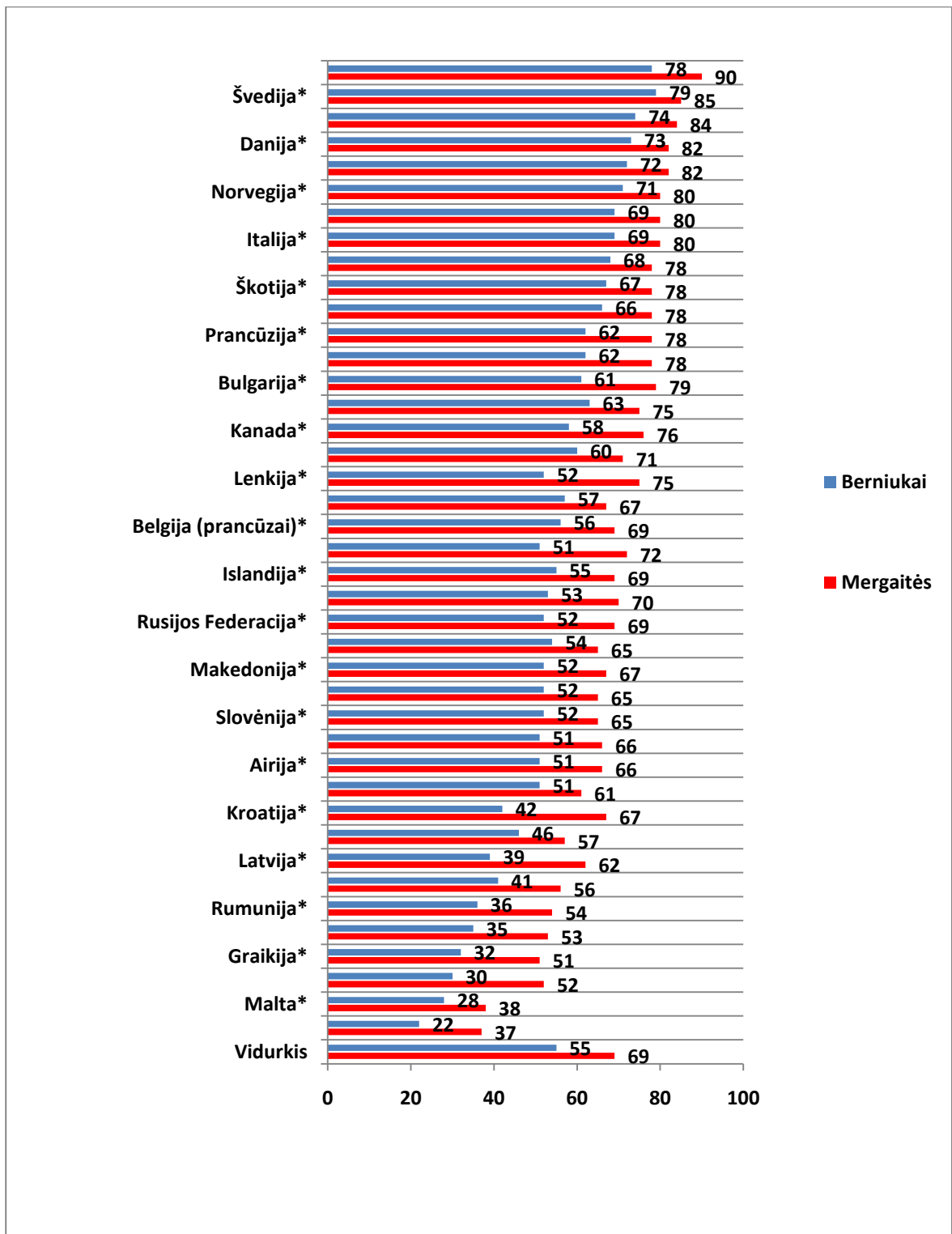
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Inequalities in young people's health. (2008). HBSC international report from the 2005/2006 survey. WHO [interaktyvus] [žiūrėta 2009-12-16]. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf



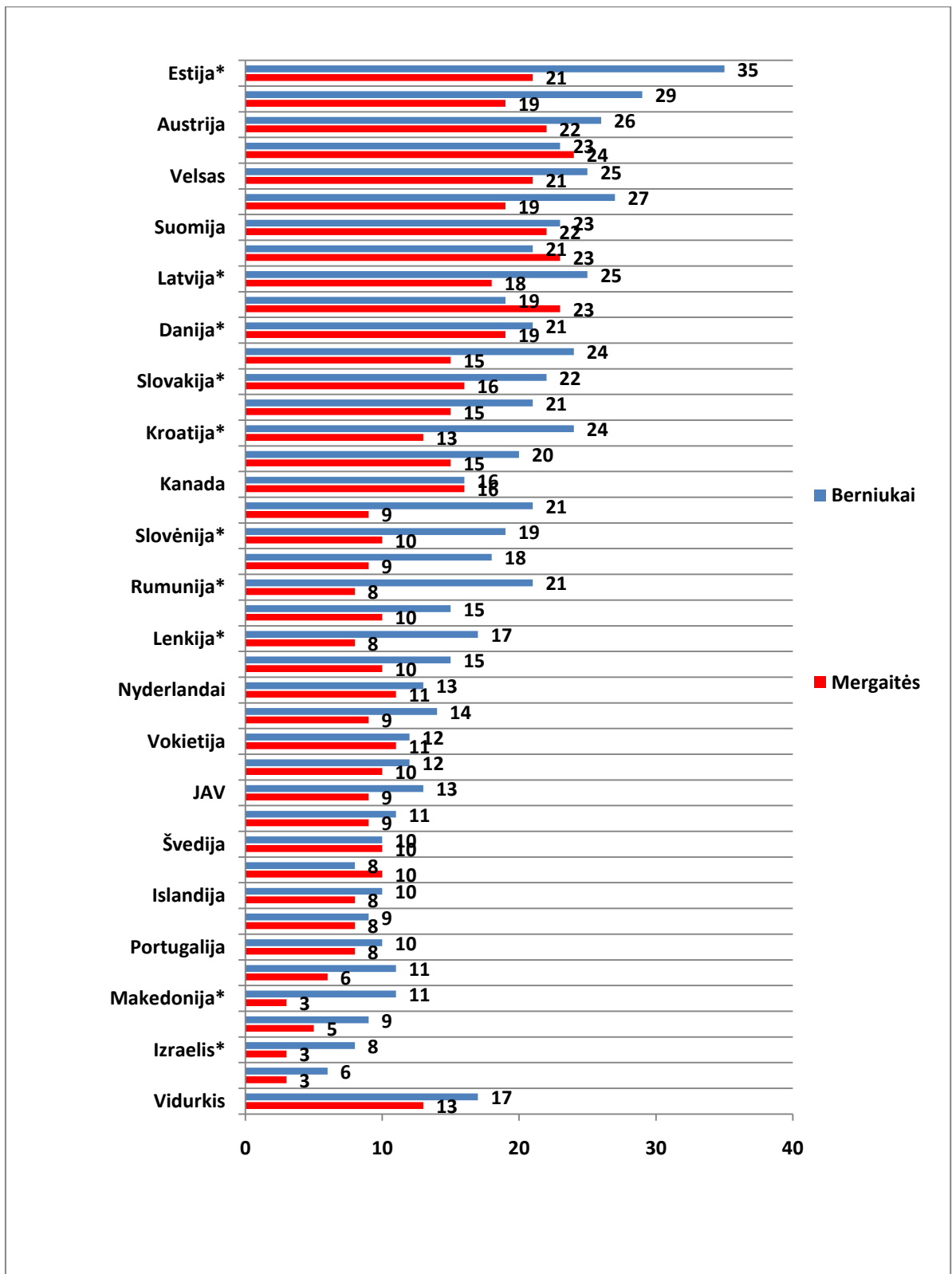
1 pav. 15-mečių mokinių dalis, kurie kasdien valgo vaisius, pasiskirstymas pagal lytį (proc.)
(* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



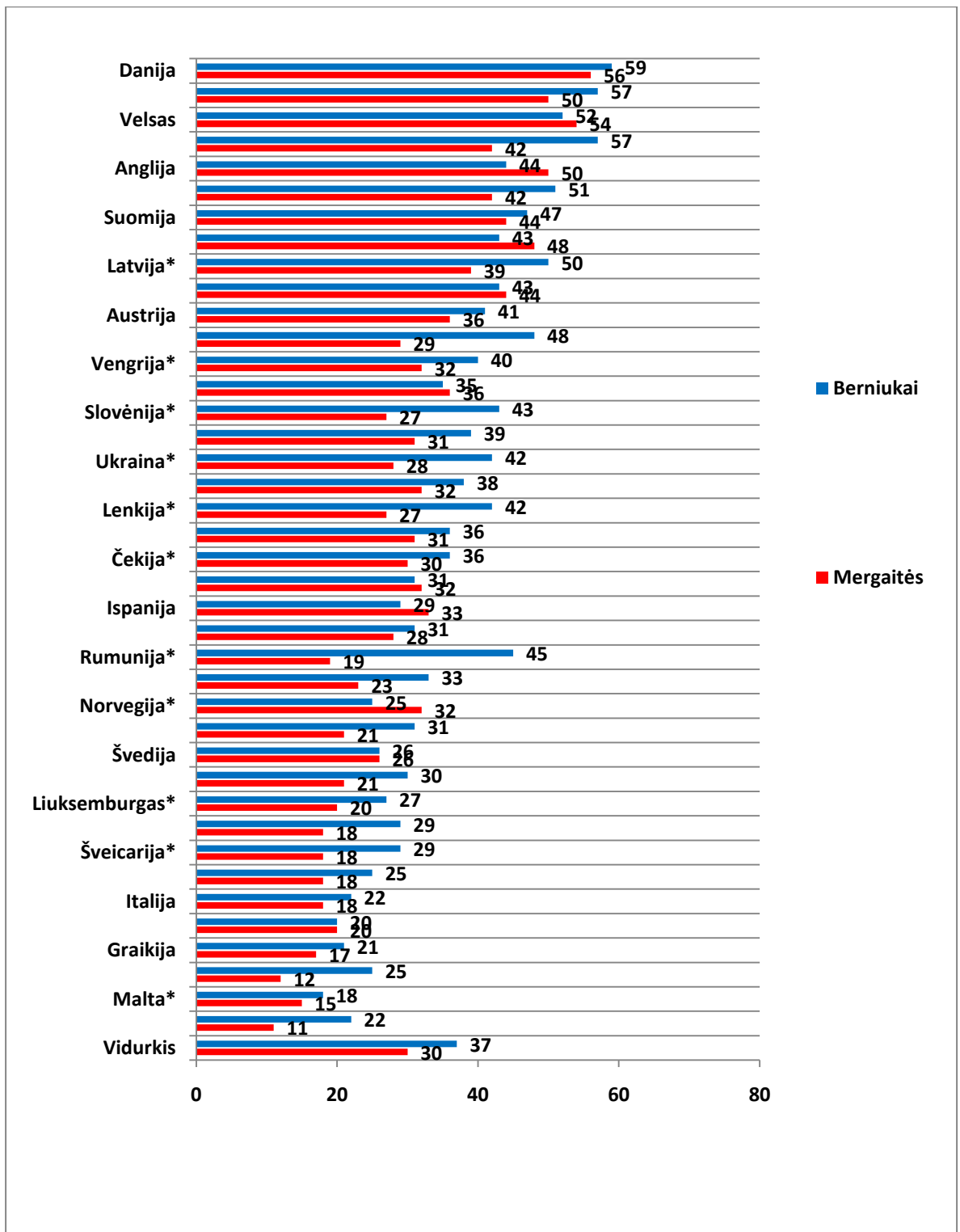
2 pav. 11-mečių mokinių dalis, kurie dantis valo daugiau nei kartą per dieną, pagal lytį (proc.)
 (* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



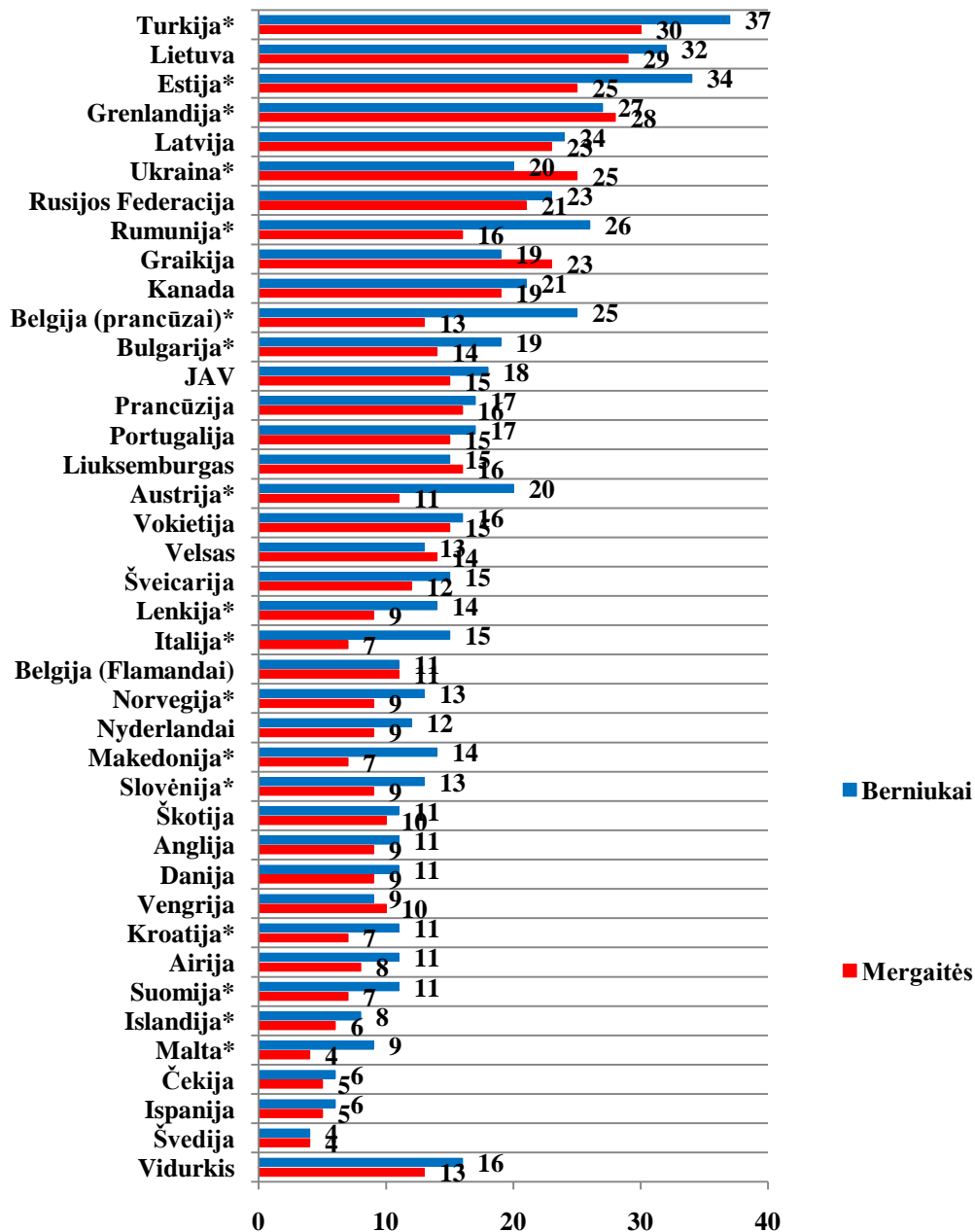
3 pav. 13-mečių mokinių dalis, kurie dantis valo daugiau nei kartą per dieną, pagal lytį (proc.)
 (* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



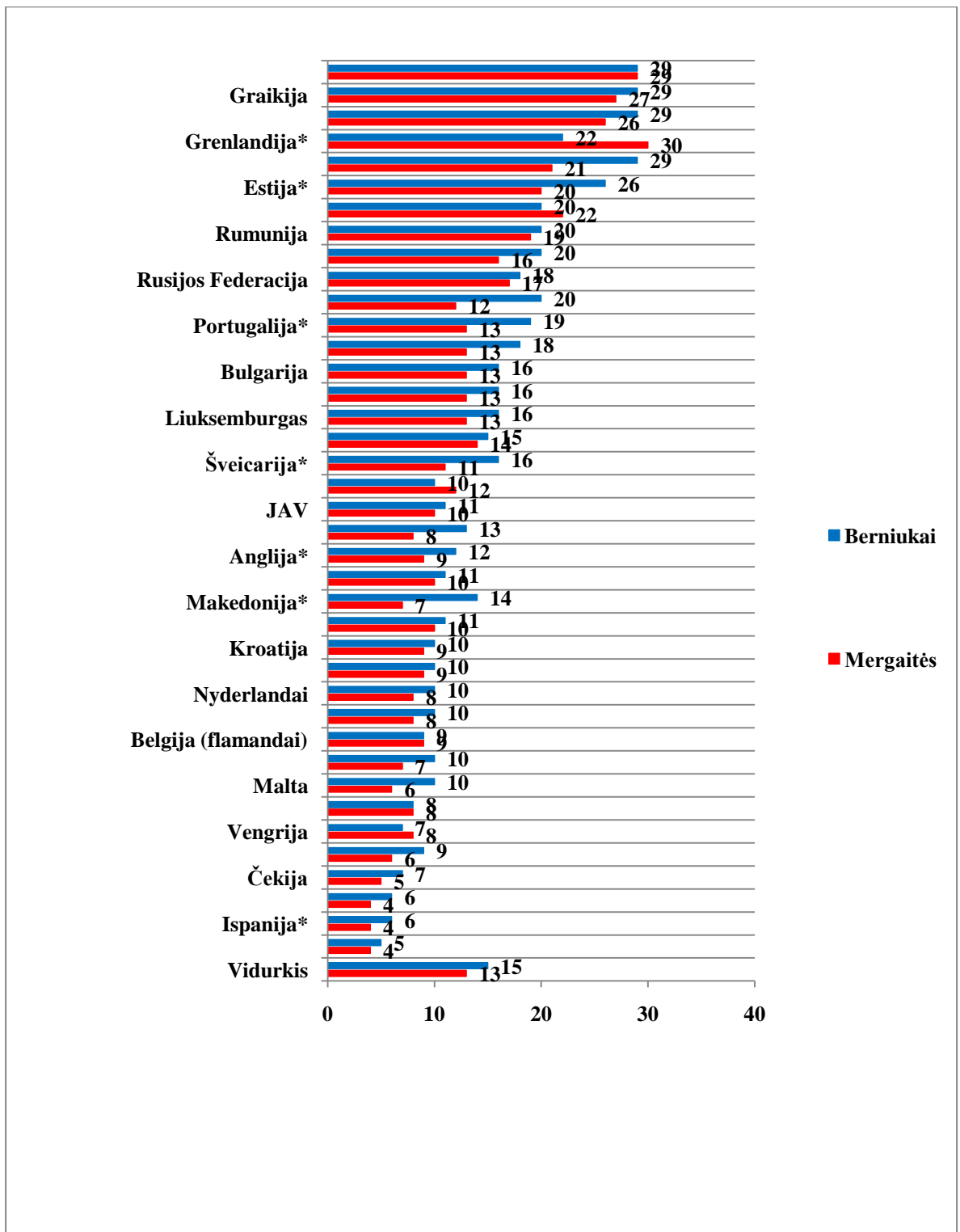
4 pav. 15-mečių mokinių dalis, kurie teigė, kad pirmą kartą pasijuto girti būdami 13 m. ar jaunesni, pagal lytį (proc.)
 (* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



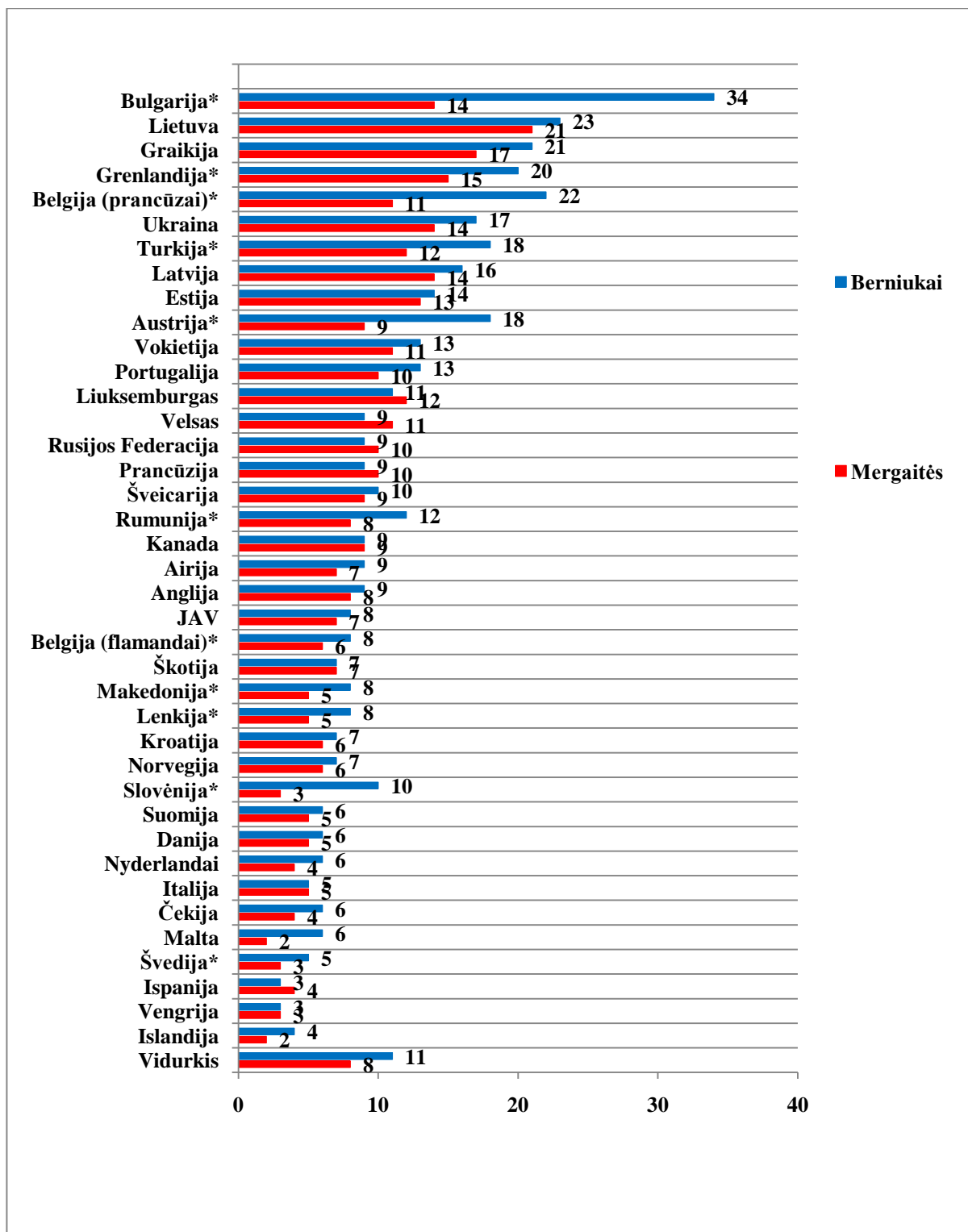
5 pav. 15-mečių mokinių dalis, kurie teigė, kad buvo girti būdami mažiausiai du kartus, pagal lytį (proc.)
 (* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



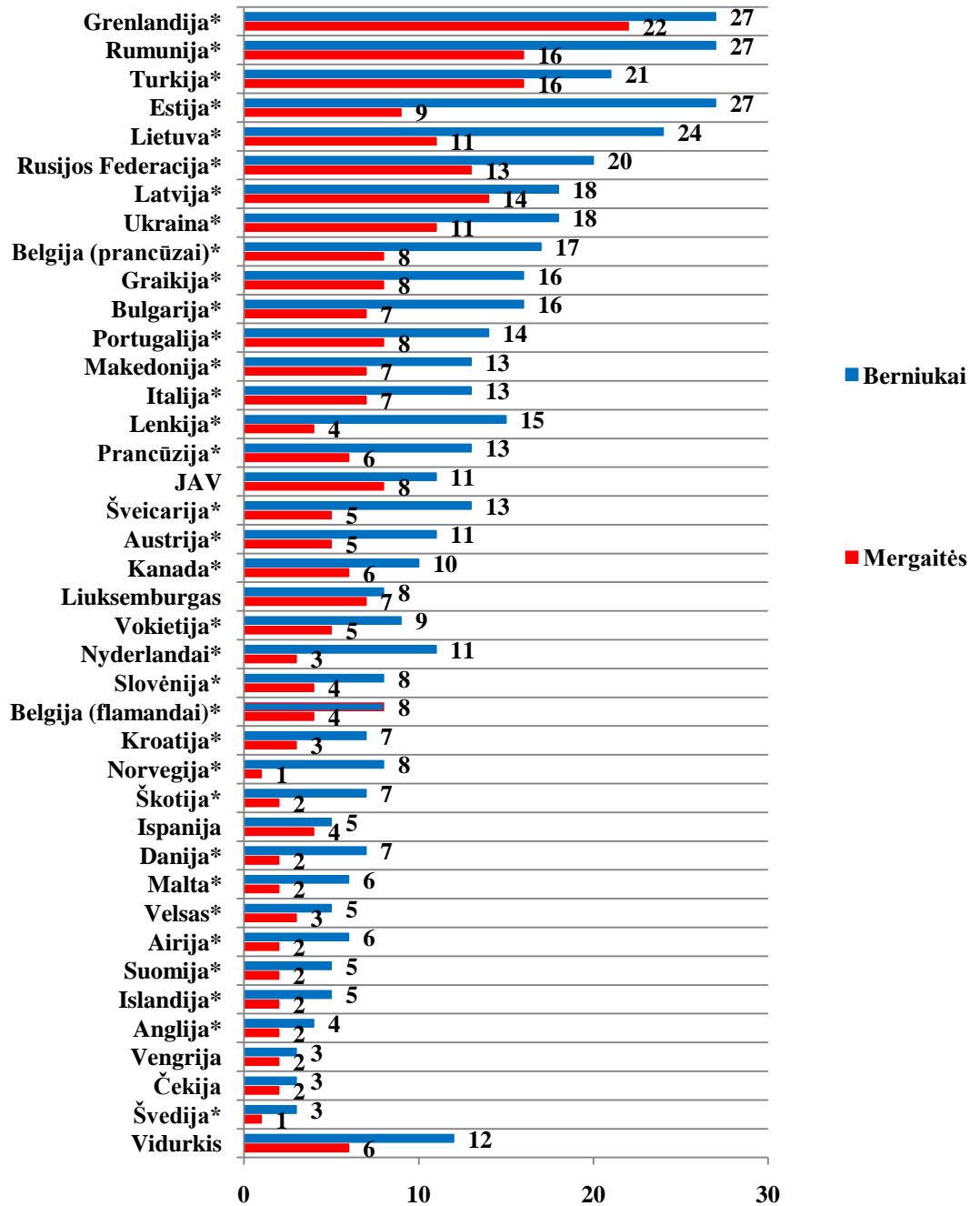
6 pav. 11-mečių mokinių dalis, iš kurių tyčiojosi mokykloje per paskutinius 2 mėnesius, pagal lytį (proc.)
 (* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



7 pav. 13-mečių mokinių dalis, iš kurių tyčiojosi mokykloje per paskutinius 2 mėnesius, pagal lytį (proc.)
 (* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)

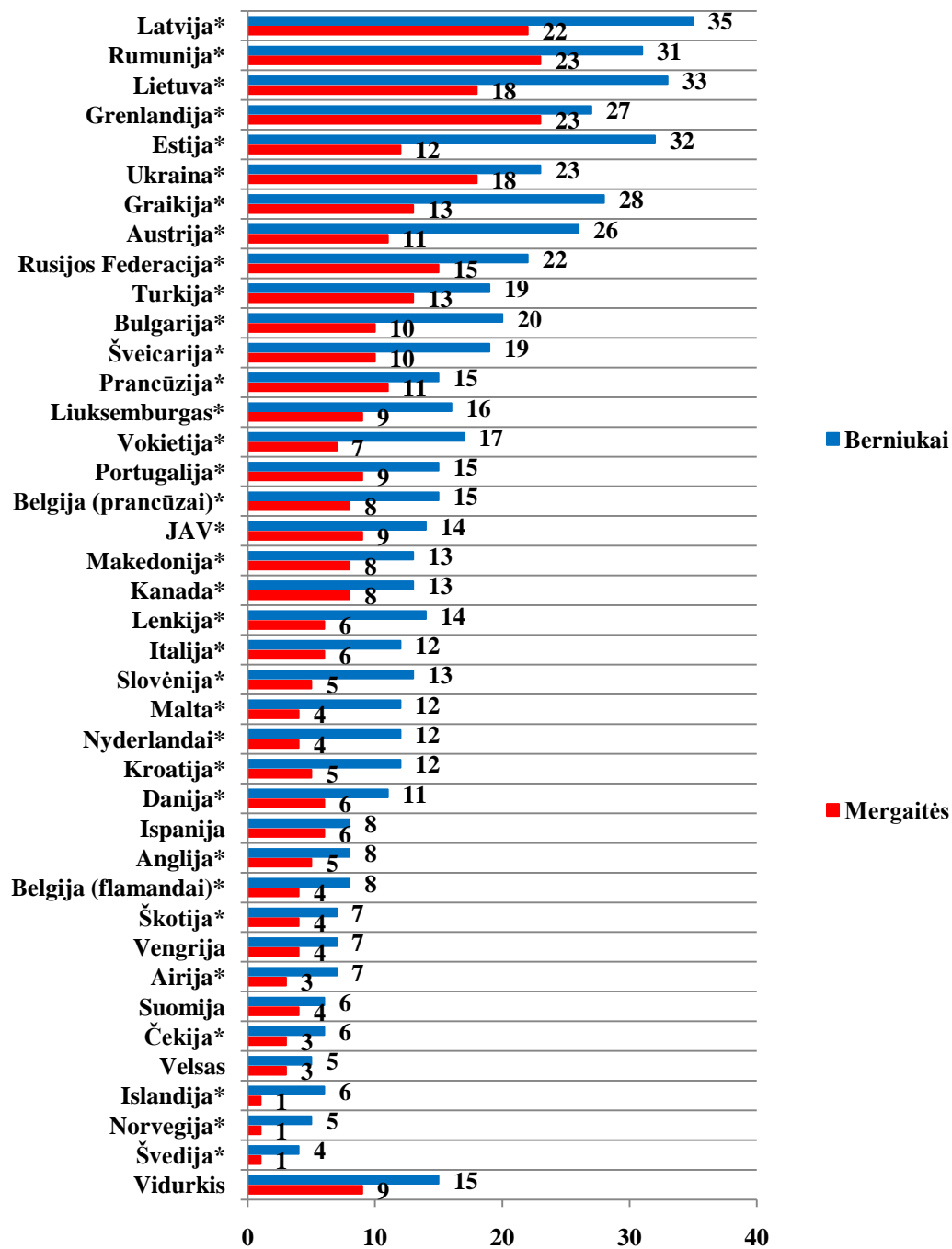


8 pav. 15-mečių mokinių dalis, iš kurių tyčiojosi mokykloje per paskutinius 2 mėnesius, pagal lytį (proc.)
 (* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



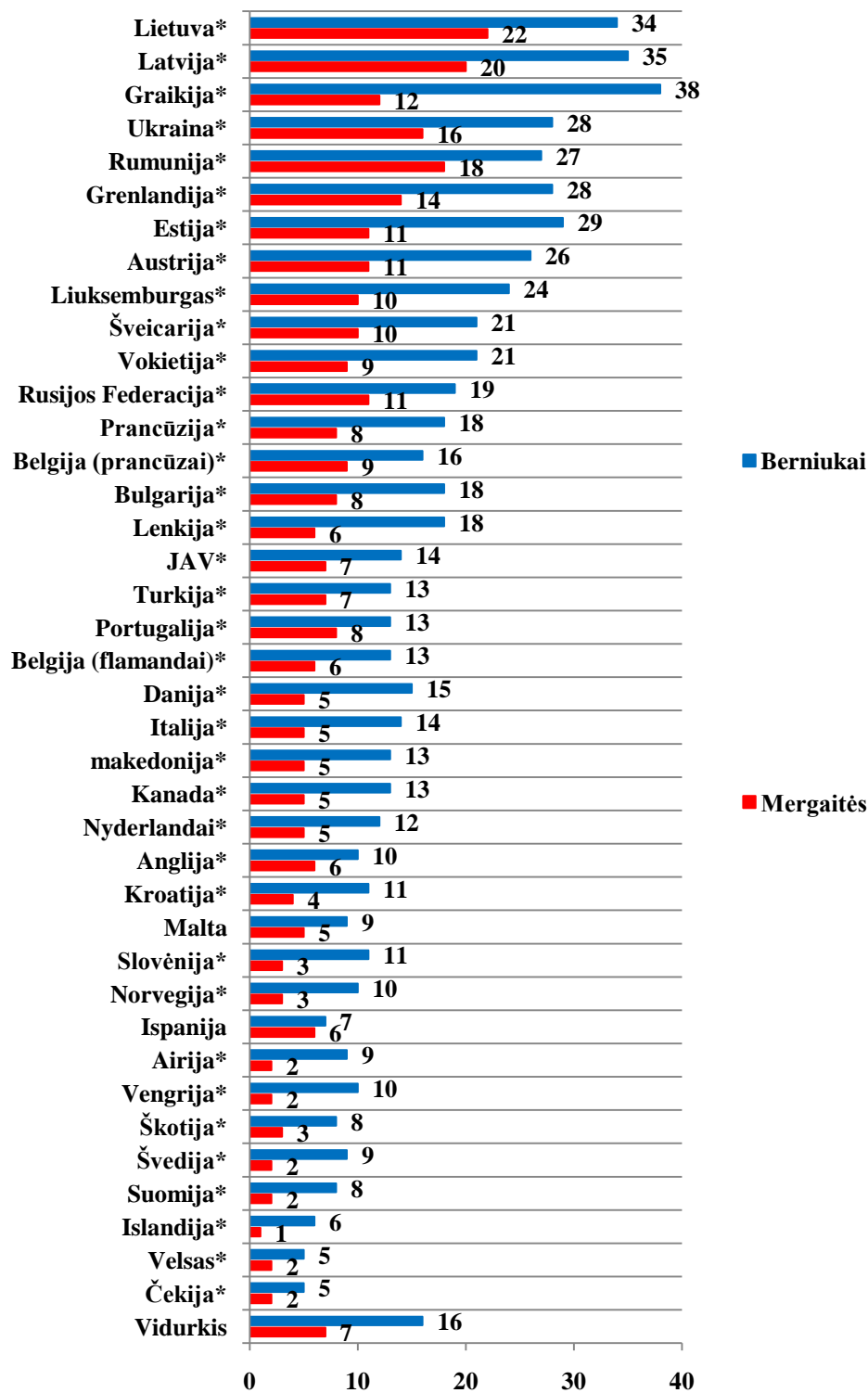
9 pav. 11-mečių mokinių dalis, kurie tyčiojosi mokykloje iš kitų per paskutinius 2 mėnesius, pagal lytį (proc.)

(* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



10 pav. 13-mečių mokinių dalis, kurie tyčiojosi mokykloje iš kitų per paskutinius 2 mėnesius, pagal lytį (proc.)

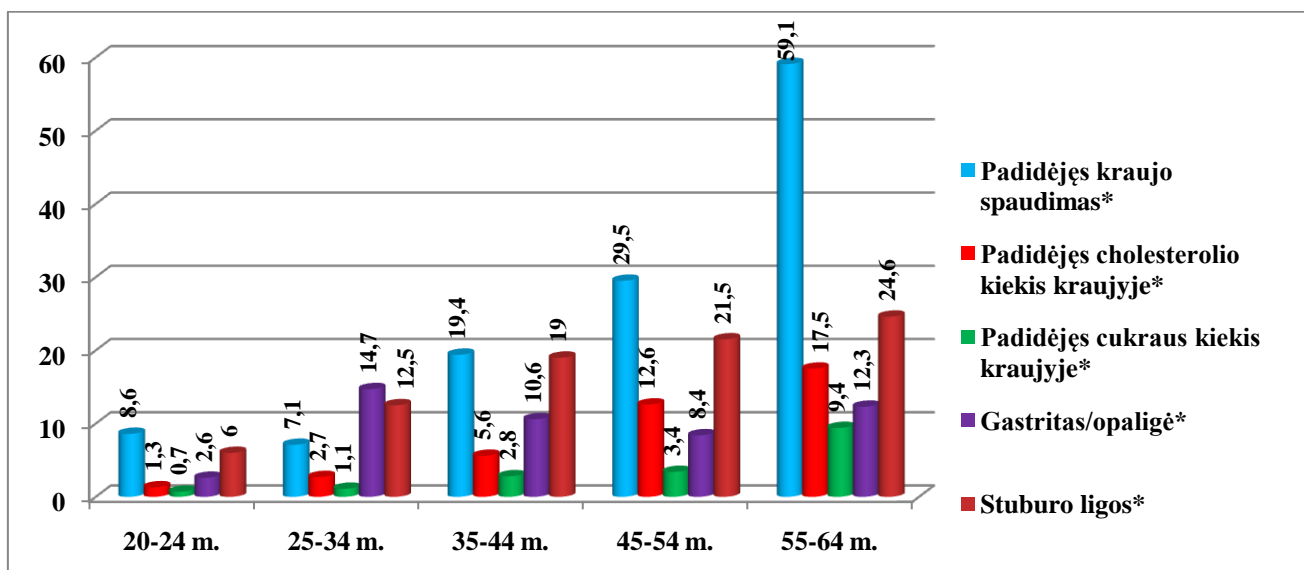
(* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)



11 pav. 15-mečių mokinių dalis, kurie tyčiojosi mokykloje iš kitų per paskutinius 2 mėnesius, pagal lytį (proc.)

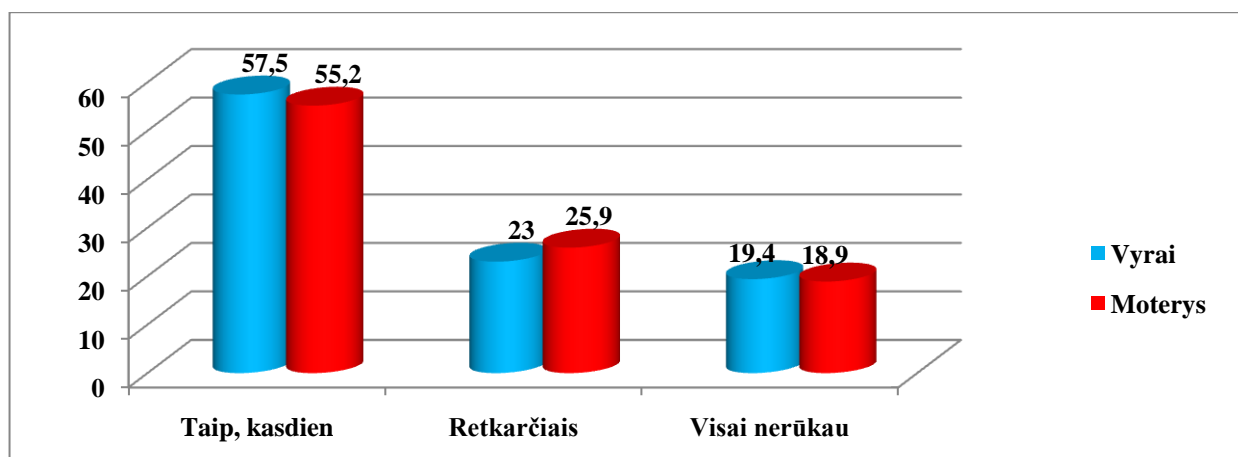
(* požymiai statistiškai reikšmingai skiriasi)

Šiaulių miesto suaugusių žmonių gyvenamosios tyrimo rezultatai, 2008

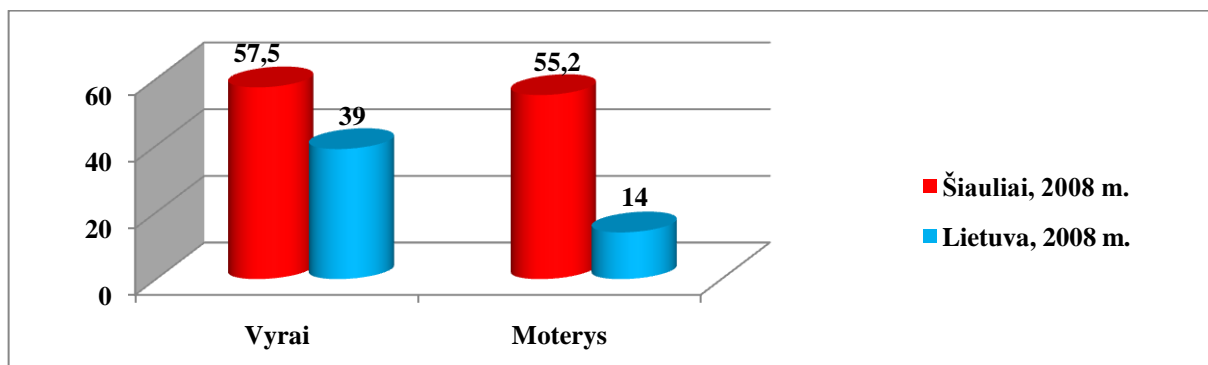


1 pav. Ligos, kurios buvo nustatytos ar gydytos Šiaulių miesto gyventojams per praėjusius 12 mėnesių, atsižvelgiant į amžių (proc.)

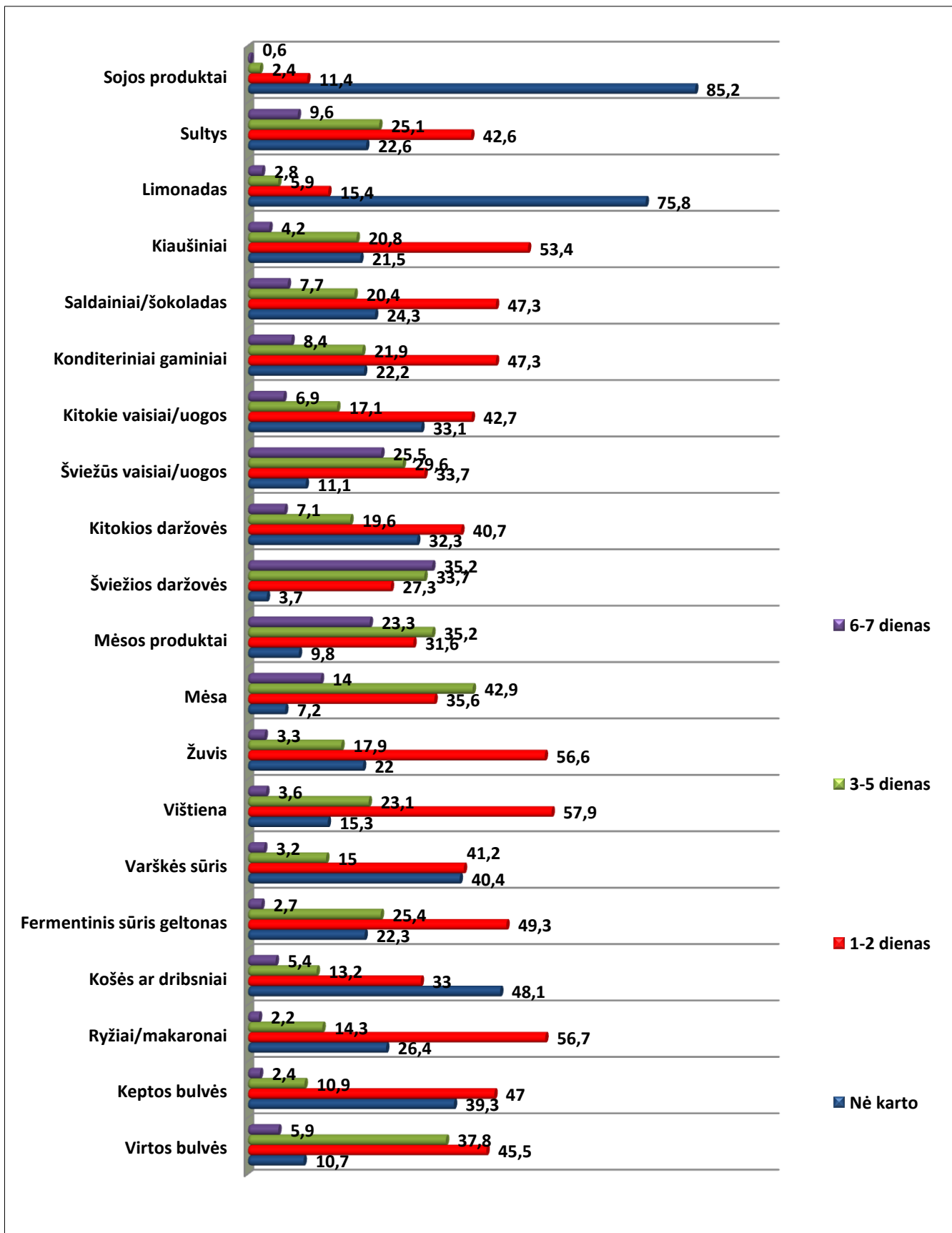
(* - $p < 0,05$)



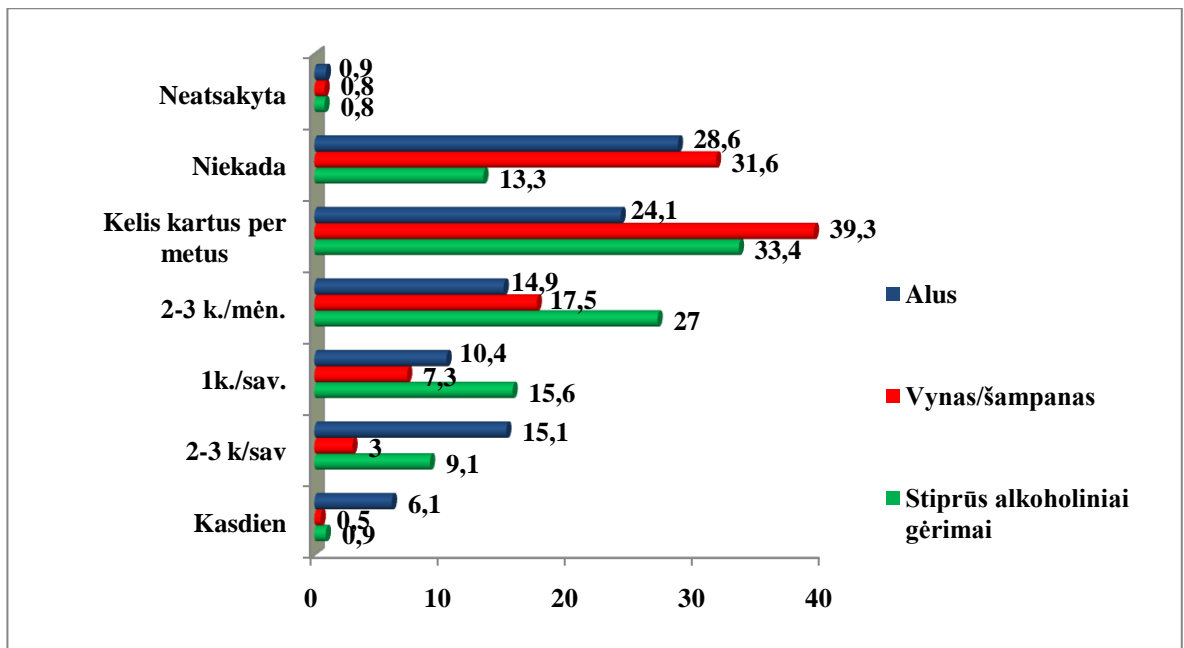
2 pav. Šiuo metu rūkančių respondentų dažnis, atsižvelgiant į lytį (proc.)



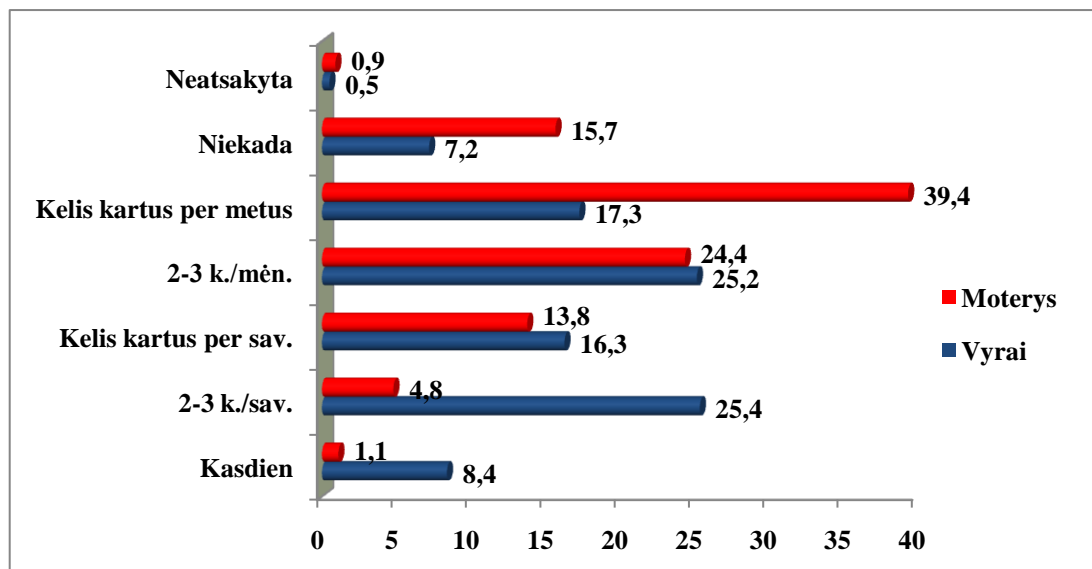
3 pav. Kasdien rūkančių respondentų pasiskirstymas Šiaulių ir Lietuvos tyrimų duomenimis (proc.)



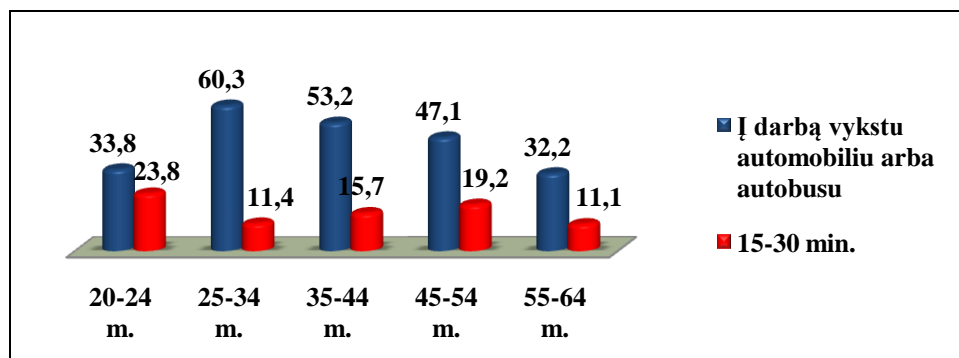
4 pav. Kiek kartų per savaitę vartojate tam tikrus maisto produktus (proc.)



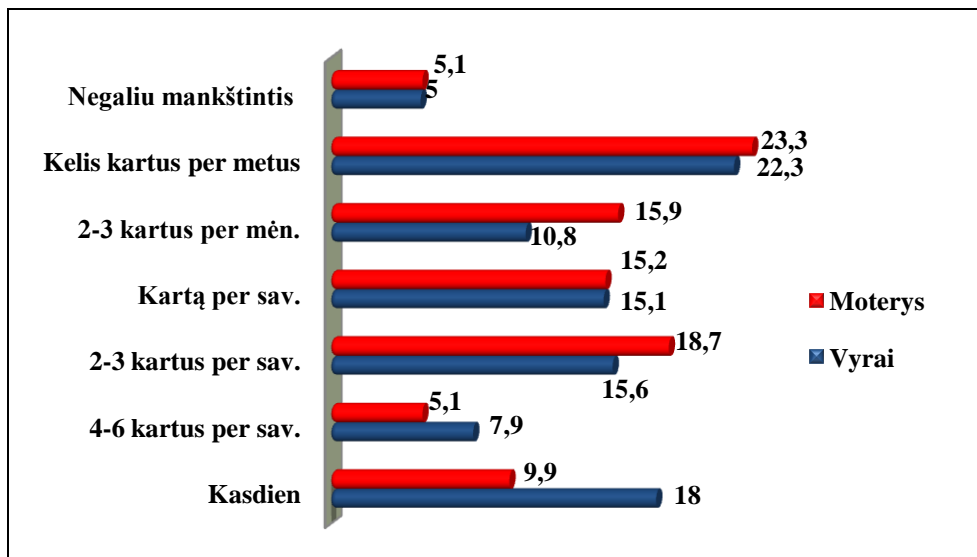
5 pav. Respondentų alkoholio gėrimo dažnis (proc.)



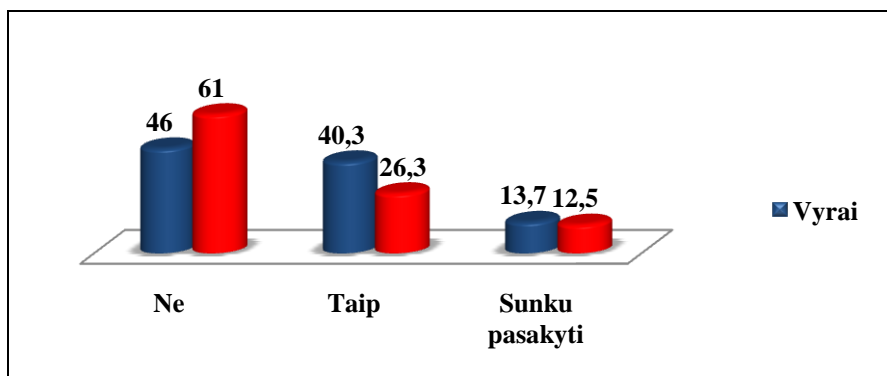
6 pav. Bet kokio alkoholinio gėrimo vartojimo dažnis, atsižvelgiant į lytį (proc.)



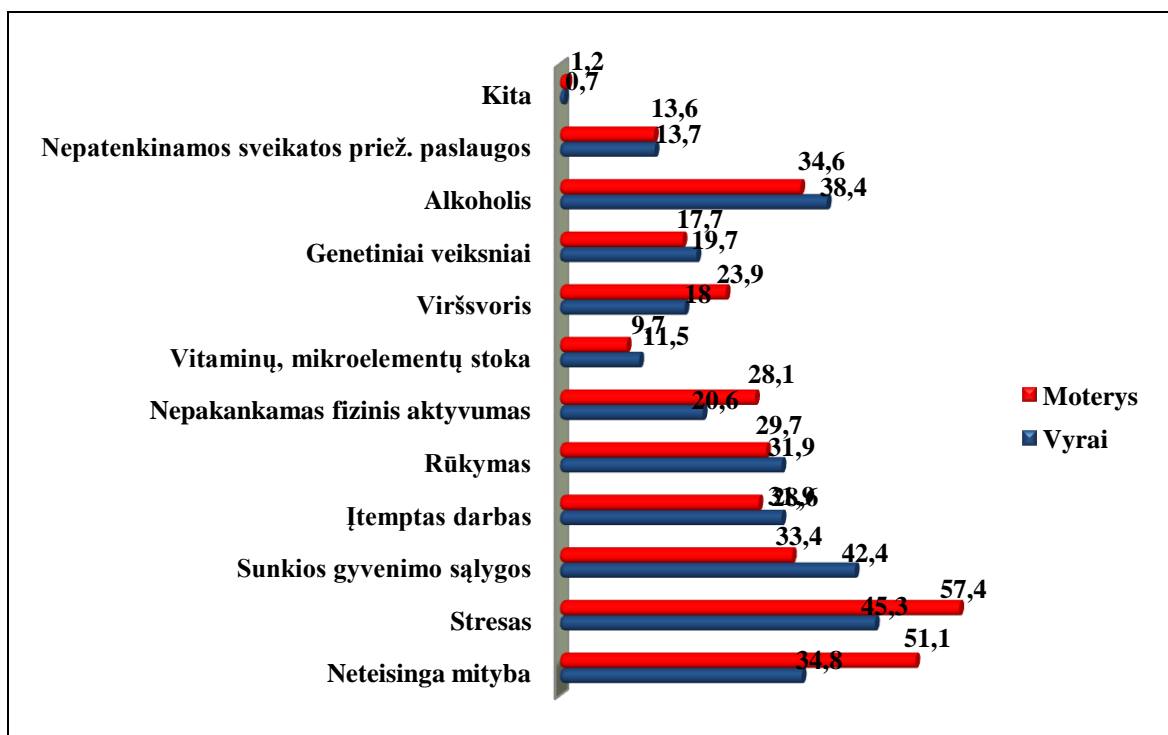
7 pav. Laikas, sugaištas per dieną einant ar važiuojant dviračiu į darbą ir atgal, atsižvelgiant į amžių (proc.)



8 pav. Miesto gyventojai, kurie laisvalaikiu mankštinaisi mažiausiai 30 min. taip, kad pagreitėtų kvėpavimas ir suprakaituotų, atsižvelgiant į lytį (proc.)



9 pav. Ar per praėjusius 12 mėn. respondentas pastebėjo ką nors iš draugų vairuojant išgėrus, atsižvelgiant į lytį (proc.)



10 pav. Veiksniai, kurie respondentų nuomone yra svarbiausios didelio Lietuvos gyventojų sergamumo priežastys, atsižvelgiant į lytį (proc.)

Šiaulių m. sav. VS biuro bendradarbiavimas**stebėsenos srityje:**

- ✚ Šiaulių miesto vyriausioju policijos komisariatu.
- ✚ Šiaulių apskrities visuomenės sveikatos centru.
- ✚ Lietuvos Respublikos aplinkos ministerijos Šiaulių regiono aplinkos apsaugos departamento Šiaulių miesto agentūra.
- ✚ Užkrečiamų ligų ir AIDS centru.
- ✚ Šiaulių teritorine ligonių kasa.

Nevyriausybinės organizacijomis, su kuriomis bendradarbiauja Šiaulių m. sav. visuomenės sveikatos biuras

- ✚ Šiaulių Trečiojo Amžiaus Universitetas.
- ✚ „Mediko“ sporto klubas.
- ✚ Šiaulių sporto veteranų klubas.
- ✚ Lietuvos aklųjų ir silpnaregių sąjungos Šiaulių miesto ir rajono filialas.
- ✚ Mokytojų pensininkų klubas „Šviesa“.
- ✚ Pagyvenusių žmonių asociacija.
- ✚ Šiaulių miesto klubas „Globa“
- ✚ Šiaulių žmonių su negalia klubas „Židinys“.
- ✚ Šiaulių inkstų ligomis sergančiųjų draugija „Atgaja“.
- ✚ Šiaulių krašto žmonių, sergančių cukriniu diabetu, klubas „Lentis“.
- ✚ Šiaulių kaulų, raumenų, sąnarių ligomis sergančiųjų draugija „Artis“.
- ✚ Šiaulių miesto asmenų su psichine negalia klubas „Dvasinė šiluma“.
- ✚ Šiaulių širdininkų klubas.
- ✚ Sveikos gyvensenos klubas „Šviesuoliai“.
- ✚ Psichologinis kūrybinis jaunimo centras.

Pagrindinės problemos susijusios su visuomenės sveikatos funkcijų finansavimu savivaldybėse:

Nuo 2007 metų savivaldybėms ir savivaldybių visuomenės sveikatos biurams buvo nuolat akcentuojama, kad visuomenės sveikatos funkcijos bus finansuojamos valstybės biudžeto lėšomis. Nuo 2008 metų vadovaujantis anksčiau minėtu Vyriausybės nutarimu Savivaldybės užtikrina ne mažiau kaip trečdalį visuomenės sveikatos priežiūrai savivaldybėje per visuomenės sveikatos biurą skiriamo finansavimo, valstybė įsipareigojo skirti 2/3 savivaldybės skirtų asignavimų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti. Tačiau jau 2009 m. šios proporcijos nebuvo išlaikytos, finansavimas iš LR sveikatos apsaugos ministerijos sumažėjo 50 procentų. Jau 2009 m. biurų darbuotojams, siekiant išlaikyti darbo vietas buvo siūloma eiti neapmokamų atostogų, mažinti etatus, nors daugumoje biurų remiantis teisės aktais dirba minimalus darbuotojų skaičius.

2010 m. bendras finansavimas biurams yra iki šiol nežinomas, informacija nėra pateikta nei savivaldybėms nei biurams. Savivaldybės savo finansavimo dalį Biurams mažina net iki 20 procentų, kai kurios Savivaldybės išlaiko 2009 m. lygį. Tai parodo, kad savivaldybės savo kaip steigėjo atsakomybės neatsisako. Jeigu 2010 m. finansavimas nebus teikiamas iš valstybės arba bus mažinamas, Biurų išlikimas tampa neaiškus ir komplikuoatas, o jų finansavimas 2010 m. bendrai gali sumažėti net 70 procentų.

2008 – 2010 m. situacija rodo, kad pirmame ketvirtyje savivaldybės, nežino kokios lėšos iš valstybės bus skiriamos funkcijų vykdymui. *Lėšos paaiškėja tik antrame ar net trečiame ketvirtyje.* Finansavimas skiriamas iš valstybės minimaliai ir antras lėšų paskirstymas įstaigas pasiekia tik spalio, lapkričio mėnesį. Iki to laikotarpio įstaigos įsiskolina savo darbuotojams, tiekėjams. Pagal viešųjų pirkimų įstatymus įstaigos privalo iki kovo 15 d. pateikti pirkimo planus, tačiau tai atlikti neįmanoma dėl nežinojimo, kokios lėšos bus skiriamos veiklai, programų vykdymui. Kiekvienas Biuras turi įstaigos metinius veiklos planus, tačiau neaiškus, netolygus, nepakankamas ir nesavalaikis finansavimas neužtikrina normalios įstaigos veiklos ir sistemingo visuomenės sveikatos funkcijų vykdymo.

Nuo 2007 m. nėra žinoma ar yra metodikų, reglamentuojančių valstybės biudžeto lėšų paskirstymo savivaldybėms visuomenės sveikatos funkcijoms vykdyti. Iki šiol yra neaišku, kokiais kriterijais remiantis yra paskirstomos valstybės lėšos savivaldybėms visuomenės sveikatos funkcijų vykdymui. Dėl to savivaldybės negali planuoti prisidėjimo, trečius metus iš eilės, visuomenės sveikatos biuruose dirbantys asmenys yra nežinomybėje dėl darbo vietų perspektyvų.

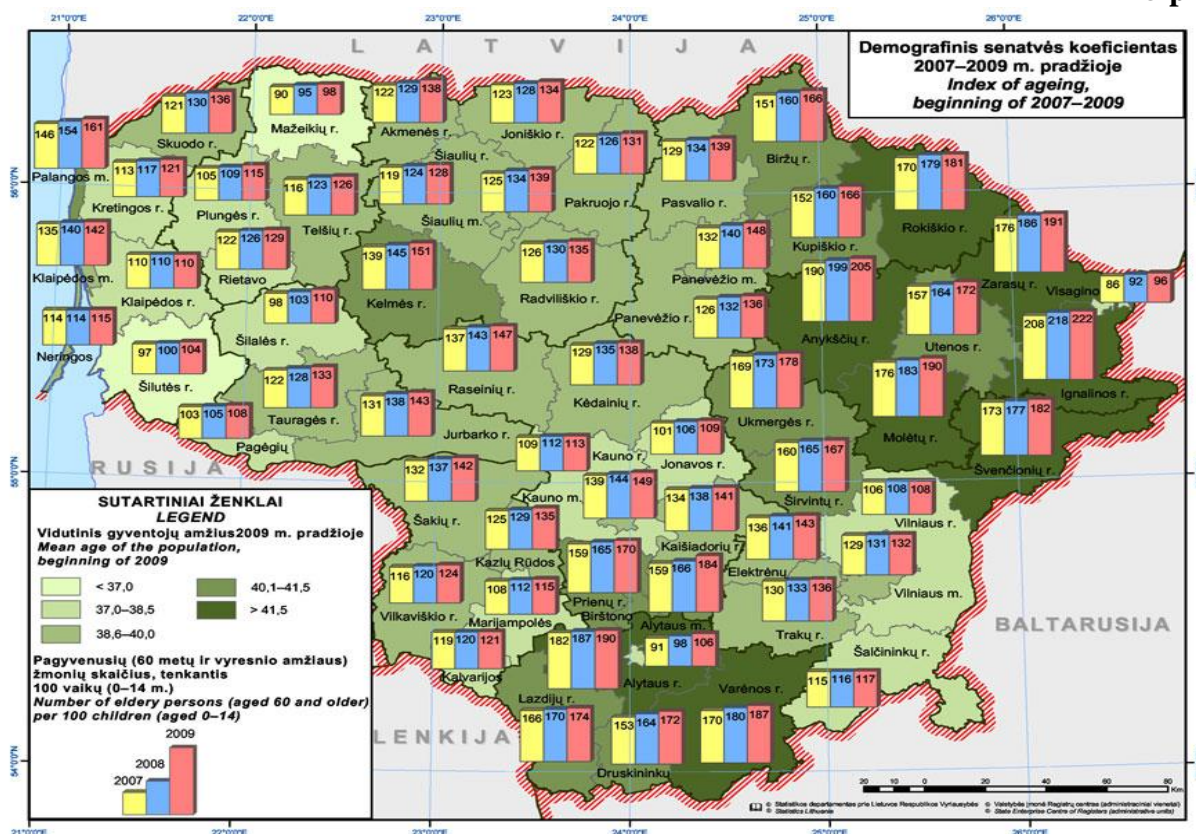
12 kriterijų, kuriais vadovaujasi visos vaikų ugdymo institucijos, siekdamos įgyvendinti projekte numatytus uždavinius bei rengdamos konkrečius veiklos planus

1. Kiekvieno asmeninės vertės bei svarbos pajutimas sveikatos ugdymo srityje.
2. Geros, pasitikėjimą keliančios atmosferos mokykloje sukūrimas.
3. Stimulų, lemiančių visų moksleivių dalyvavimą, sukūrimas.
4. Kiekvienos galimybės gerinti mokymosi sąlygas išnaudojimas.
5. Mokyklai keliamų socialinių tikslų supratimas.
6. Gerų santykių ne tik mokykloje, bet ir šeimoje bei bendruomenėje, kūrimas.
7. Ryšių tarp pradinių ir vidurinių mokyklų formavimas, siekiant sukurti nuoseklią sveikatos ugdymo sistemą.
8. Visos mokyklos bendruomenės sveikatos ir gerovės lygio kėlimas.
9. Teisingos mitybos įpročių formavimas.
10. Mokytojo, kuriuo seka moksleiviai, vaidmens didinimas sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo srityje.
11. Pagalbos, kurią gali suteikti kitos tarnybos ir organizacijos, panaudojimas.
12. Aktyvus sveikatos priežiūros specialistų dalyvavimas sveikatos stiprinimo darbe.

Tradicinės sveikatinimo veiklos ir sveikatos stiprinimo mokyklos principais grindžiamos veiklos palyginimas

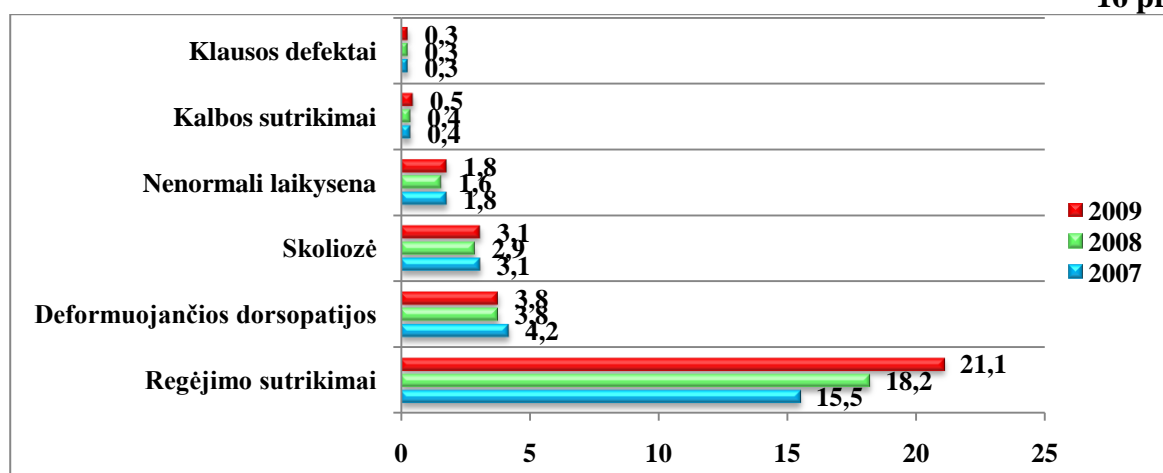
| Tradicinė sveikatinimo veikla mokykloje | Sveikatos stiprinimo principais grindžiama veikla mokykloje |
|---|---|
| <i>Sveikatos samprata</i> | |
| Dėmesys sutelkiamas į individą, t.y. jo sveikatos problemas, jo įpročius sveikatos atžvilgiu ir gyvenimą. | Dėmesys kreipiamas į mokyklą, kaip organizaciją ir visus jos bendruomenės narius (mokinius, visą mokyklos personalą, tėvus, globėjus), taip pat į sveikatos politikos mokykloje plėtotę. |
| Daugiausia dėmesio skiriama fizinei sveikatai. Fizinė veikla siejama su sportu. | Dėmesys protinei, emocinei ir socialinei, taip pat ir fizinei sveikatai. Fizinio aktyvumo naudą turi pajusti visi, ji turi būti patraukli, ir dalyvavimas fizinio aktyvumo veikloje teikti pasitenkinimą. |
| Sveikata kaip ligų ir kitų sveikatos sutrikimų nebuvimas. Dėmesys ligoms, jų diagnostikai ir gydymui. | Sveikata susijusi su gerovės samprata. Dėmesys gyvenimo kokybei, sveikatos problemų prevencijai, protinės, socialinės ir fizinės sveikatos stiprinimas. |
| Sveikatos ugdymas suvokiamas kaip informacijos atskiromis sveikatos temomis perteikimas. | Sveikatos stiprinimas grindžiamas aiškiais principais, tokiais kaip demokratija, lygybė, dalyvavimas. |
| Sveikatos ugdymas pagal bendrąsias programas, kitos priemonės, kaip krizių valdymas, kampanijos. | Ilgalaikės programos, pradedamos ankstyvame amžiuje, apima visus vaikus, atitinka jų amžiaus ypatumus, poreikius ir interesus. |
| <i>Sveikatos ugdymo koncepcija</i> | |
| Dėmesys sukoncentruotas į elgsenos pokyčius, sveikos gyvensenos ir įpročių formavimą: prisiderinimas ir paklusnumas. | Dėmesys sukoncentruotas į autonomiją ir sprendimų priėmimą – bendruomenės nariai patys sprendžia, ar jie nori būti sveiki. |
| Sveikatos ugdymas organizuotas atskirose pamokose. | Sveikatos ugdymas integruotas į visą mokyimo programą. |
| Sveikatos ugdymo tikslas – suteikti žinių. | Tikslas – ne tik suteikti žinių, bet padėti vaikams įgyti įgūdžių, susiformuoti vertybines nuostatas. |
| Moralizuojančio pobūdžio mokymas: mokytojai nusprendžia ko mokyti, kokius metodus pasirinkti. Dažniausiai tai pamokos apie „gerą sveikatą“. Pabrėžiamas „gerų darbų darymas“. Vaikai paprastai pasyvūs. | Mokiniai dalyvauja priimant sprendimus. Dėmesys labiau sukoncentruotas į mokymąsi nei į mokymą. Taikomi aktyvaus mokymo(si) metodai, įtraukiantys į mokymąsi, metodai, tokie kaip darbas grupėmis, diskusijos, žaidimai, problemų sprendimas ir kt. |
| Labiau koncentruojamasi į pamokymus, įspėjimus, tarp jų ir baimes. | Koncentravimasis į pozityvius metodus, buvimo sveiku privalumus, pasirinkimą ir sprendimo priėmimą. |
| <i>Mokykla</i> | |
| Visas dėmesys sutelkiamas į mokinius. | Mokytojų protinė, emocinė ir socialinė sveikata tiek pat svarbi kaip ir mokinių. Parama mokytojams ir jų mokymui – būtina. |
| Fizinės ugdymo aplinkos svarbos pripažinimas. | Fizinės ir psichosocialinės aplinkos svarbos sveikatai pripažinimas. |
| <i>Ryšys su bendruomene</i> | |
| Išorės ekspertai kviečiami į mokyklą. | Mokyklos bendruomenės nariai, tarp jų ir mokiniai, dalyvauja visuomenėje vykstančiuose procesuose kaip partneriai. Mokiniai inicijuoja veiksmus ir juose dalyvauja. |
| Tėvai, kiti bendruomenės nariai ignoruojami arba jų prašoma tik paremti mokyklą. | Tėvai ir kiti bendruomenės nariai aktyviai įtraukiami į sprendimų priėmimą ir tai planuojama. |
| <i>Vertinimas</i> | |
| Vertinama mokinio elgsena, susijusi su rūkymu, alkoholio vartojimu, mityba ir kt. | Vertinama mokinių veiklos kompetencija (mąstysena, įsipareigojimai, vizijos). |
| Veikla grindžiama tuo, ką įprasta daryti. | Veikla grindžiama įrodymais, kurie tikėtina bus įgyvendinti konkrečioje situacijoje ir įžvalgomis. |

Šaltinis: Gray G., Young I., Barnekow V. (2006). Developing a health – promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. International Planning Committee.



Lietuvos miestų ir rajonų paskirstymas pagal demografinės senatvės koeficientą 2007-2009 m. pradžioje

Šaltinis: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės.

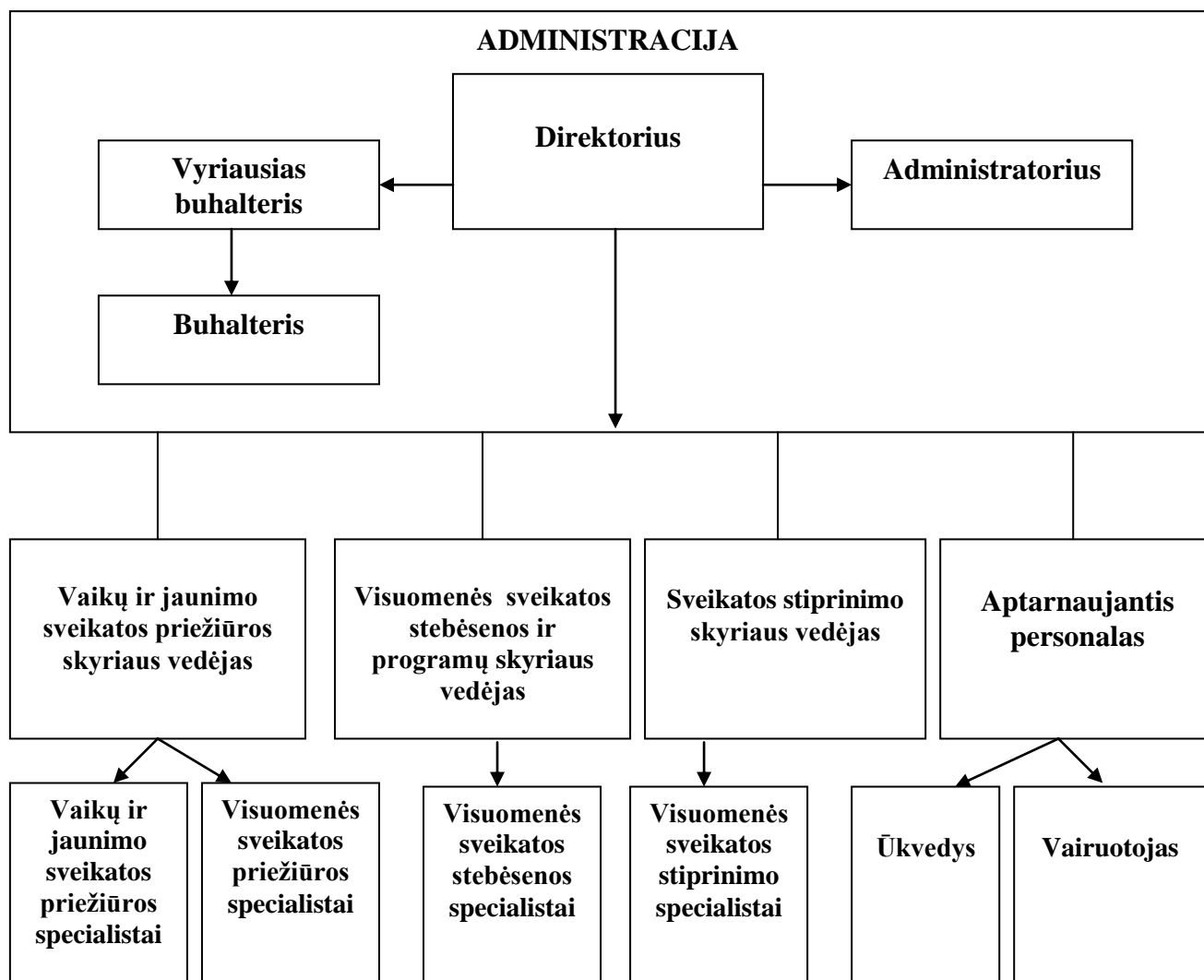


Šiaulių miesto 0-17 m. vaikų sergamumas kai kuriomis ligomis ir sutrikimais 2007 - 2009 m. (proc. nuo apsilankiusiųjų)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.

Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro etatų struktūra

(patvirtinta Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro direktoriaus 2009 m. gegužės 4 d. įsakymu Nr. V-17)



Šaltinis: Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras (2011). Struktūra. [žiūrėta 2011-02-22]. Prieiga internete: <<http://www.sveikatos-biuras.lt/index.php?id=20>>.

Interviu metodo rezultatai

E1

Radviliškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro direktorė.

Biurai tikrai reikalingi, nes žmonės dar labai klaidžioja sveikos gyvensenos „sunkiame kelyje“. Nors informacijos be galo daug, bet kaip iš tos daugumos išsirinkti tą vienintelę teisingą. Čia ir turi dirbantis biurai. Ypatingai turi didelį įnašą daryti nuo ikimokyklinukų, neaplenkiant ir moksleivių. Kokius jiems įgūdžius įskiepytume tokią kartą ir turėsime. Manau, kad šią sritį reikėtų daugiau stiprinti. Tobulinti reikėtų biurų finansavimą ir etatinę struktūrą. Ypatingai su biurų veikla turėtų būti supažindinti politikai, kad juos pasikviestų ministerija ir išaiškintų visą biurų veiklą, nes mes jiems ne rodiklis.

dėl etatinės struktūros:

1. turi būti atskiras žmogus privalomiesiems mokymams
2. būtinai viešųjų ryšių specialistas dėl viešinimo
3. visi kiti likusieji.

dėl finansavimo:

1. padaryti deleguotą funkciją savivaldybei
2. tada pinigų jau gautumėm pradžioje metų, o ne kaip dabar-liepos mėn.

E2

Šiaulių universiteto socialinės gerovės ir negalės studijų fakulteto Medicinos pagrindų katedros vedėjas.

Rodikliai. Ne visi rodikliai, patvirtinti SAM, adekvačiai atspindi gyventojų šiuolaikinę sveikatą. Biuro tikslas yra stiprinti sveikatą, o kaip tą padaryti? Negalima pasakyti koks yra gyventojų fizinis aktyvumas ar pavyzdžiui kiek iš viso mieste yra skaitytų pranešimų sveikatinimo tema. Neparametriniai rodikliai, SAM manė, kad kitų nereikia, todėl jie ir nėra įtraukti į sąrašą. Todėl būtų toks siūlymas įtraukti juos į renkamų sąrašą, bei sukurti analizės sistemą. Kita problema - žiniasklaida, prie sveikatinimo prisiliečia labai minimaliai.

Kitą, dar viena labai svarbi problema, kurią būtina spręsti – kad mokyklose būtų atitinkama disciplina, skirta sveikatos ugdymui mokytis. Tačiau, tam, kad galėtų visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys mokyklose tai padaryti, jie turi būti tam kompetentingi, t.y., turėtų 4 metų edukacinių studijų. Tai turėtų padaryti švietimo ir mokslo ministerija.

Šeimos pajungimas į sveikatinimo veiklą.

Komandos kiekvienoje mokykloje, į kurią įeina socialinis pedagogas, visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, psichologas.

Stebėseną turi žinoti ką konkrečiai ir kokiai problemai spręsti darė (pranešimus, akcijas, paskaitas ir pan.).

Sveikatos politika, būtina bendradarbiauti, palaikyti ryšius su politikais. Juos reikia įtraukti į biuro gyvenimą, nes nuo jų sprendimų daug priklauso.

Nuomonė apie biurus, jų steigimą. Teigiama, tačiau yra nemažai trūkumų: specialistų nekvalifikuotumas, įtraukiant ir nepakankamos kvalifikacijos administracijos darbuotojus. Biuras turėtų platinti, skelbti apie savo veiklą per žiniasklaidos priemones.

Mokyklų vadovai nesupranta biuro veiklos reikšmingumo

E3

Šiaulių teritorinės ligonių kasos analizės skyriaus vedėja.

Retoj savivaldybėj požiūris yra teigiamas, kad savivaldybė, politikai žiūrėtų į visuomenės sveikatos biurus kaip į tikrai žmonių sveikatos saugojimo garantą. Jie žiūri į biurus kaip į dar vieną, nereikalingą biudžetinę įstaigą, kuri ima žmonių pinigus, kuri nieko nedaro, jie nori rezultato šiandien ir dabar ir suvokimas, kad rezultatai atsiranda vėliau, nesupranta. Biuras kai padirbs 10 metų mažiausiai, tada jau galime žiūrėti ar yra bent kokių pokyčių mūsų visuomenės sveikatos

srityje. O dabar tikėtis kokių tai rezultatų nerealu, biurai tik gali pateikti kaip tokį rezultatą už metus kaip veiklos ataskaitą. Joje matosi kiek padaryta sveikatos stiprinimo srityje, kokio pobūdžio, kokioms bendruomenės grupėms, kaip dirba mokinių visuomenės sveikatos specialistai, kokie atlikti stebėsenos tyrimai, rodikliai, kas išleista, kas padaryta. Šiuo metu tik taip galima vertinti VSB veiklą. Todėl politikų noras pamatyti pokyčius per jų kadenciją (4 m.), nėra įgyvendinamas. Todėl ir nėra biurai taip priimami kaip norėtusi. Didžioji dalis mūsų politikų nesuvokia visos visuomenės sveikatos esmės, kas įtakoja visuomenės sveikatą ir kas turėtų ką daryti, kad ta sveikata gerėtų. Yra keli momentai į kuriuos jie neatsižvelgia: jie galvoja, kad VSB yra vienas atsakingas už sveikatą, o ne tai, jog visuomenės sveikata yra organizacinė, įvairiausių institucijų bendradarbiavimo ir strateginio mąstymo priemonės visos tos, kurios padeda gerinti sveikatą, t.y. ir aplinkos sveikata, gyventojų sveikata, psichologinis gerbūvio, socialinė aplinka, taip kad apie sveikatą mes galime kalbėti visapusiškai tik iš tų trijų pozicijų. Biuras yra tas organas, kuris gali būti kaip tarpinė grandis tarp visų institucijų, padėti joms draugauti, būti jungiamoji grandis tarp politikų ir socialinės visos rūpybos sistemos ir psichologinės visos žmonių gerinimo sistemos ir asmens sveikatos. Kada atsiras toks požiūris ir supratimas nėra aišku, nes pvz., Olandai darydami šį visuomenės sveikatos pertvarkymo veiklą, jie priėmė biurą, kaip instituciją tik po 20 metų.

Nėra išspręstas finansavimo klausimas, nuo pat įkūrimo ši problema egzistuoja. Savivaldybei yra ribota ši funkcija, jiems tarsi deleguota ši funkcija valstybės, tačiau nėra atskira eilute išskirta pinigų ir tas dalykas yra didžiausias trukdis, kuris neleidžia biurams plėtotis dėl tų lėšų, be to kalbama, kad nuo 2011 m. savivaldybė turės išlaikyti savo darbuotojus, nors veiklai SAM duos lėšų VSB.

Požiūris toks, kad kol nėra tokio įstatymo ir savivaldos įstatyme pakeitimų padarytų ir visuose po to sekančiuose, kad valstybė skirtų lėšas biurams atskira eilute, t. y. kad savivaldybės atliktų visuomenės sveikatos funkciją savivaldybės, bet kad pinigai iš valstybės biudžeto tiksliai ateitų biurams atskira eilute ir veiklai ir atlygiams. Tada savivaldybės požiūris keistųsi į teigiamą pusę, o ir patiems biurams būtų ramiau, jog jų finansavimas yra garantuotas. Nors visa pasaulinė praktika rodo, kad užsiėmimas sveikatinimo veikla, iš pradžių stebėseną, monitoringą, numatymas, kokios sveikatinimo programos galėtų būti papildomai finansuojamos, kokie galėtų būti prioritetai, po to mokinių sveikata jų įvertinimas ir vykdymas, ir galiausiai sveikatos stiprinimas bendruomenėje – kaip tai turėtų būti daroma, kad tai būtų ne tik popieriuje strategiškai išdėstyta. Labai dar priklauso nuo vadovų įstaigoje, nes vadovas neturėtų gąsdinti savo darbuotojų.

Siūlyčiau parengtą strategiją išsinagrinėti, palyginti su ataskaitomis ir pažiūrėti ar atliekami darbai atitinka išsikeltus tikslus. Ir tuomet reikia nustatyti kurioje srityje reikia dar padirbėti, ką patobulinti, kažką išmesti. Dirbti turėtum ne viena, administracija turi padėti. Labai bloga situacija kai vyksta nuolatinė darbuotojų kaita – rodo, kad jie nesijaučia tvirtai darbe.

Senąją strategiją ruošė teoretikas, mažai kreipdamas dėmesį į praktikus (KMU mokslininkai).

E4

Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro direktorė.

Biurų kūrimasis nebuvo netikėtas, nes visada buvo akcentuojama asmens sveikata, gydymas, kuo geresnis išgydymas, o biurų atsiradimas iškėlė naują tikslą – bendruomenės sveikata. Svarbiausia išmokyti žmones, kad ne tik vaistą reikia išgerti kai skauda, bet siekti to, kad nereiktų to vaisto gerti. To siekti galima visomis mūsų mokymo priemonėmis. Problema yra ta, kad veikla yra labai plati. Biuro skyrių darbas persipina, tarp jų turi vykti bendradarbiavimas. Pagal stebėsenos rodiklius turi orientuotis stiprinimo ir vaikų skyrių specialistai, kad žinotų kuria linkme dirbti. Neužtenka susikurti strategiją ar priemonių planą jį turėti tik kaip dokumentą, turėtų būti ir vertinimas. Skyriai kiekvienais metais kuriasi savo darbo planus, bet vertinimo nėra, o turėtų būti. Universitetuose turi būti visuomenės sveikatos dalykas suvienodintas, neturėtų būti tokie skirtumai tarp atskirų universitetų, be to trūksta medicininių žinių. Silpnybė – nepakanka patalpų mokymams, užsienio kalbų nemokėjimas.

E5

Klaipėdos rajono visuomenės sveikatos biuro direktorė, visuomenės sveikatos biurų asociacijos prezidentė.

Žinoma, kad biurai reikalingi. Ateis toks metas, kada visas finansavimas bus iš valstybės. Tačiau šiuo metu reikėtų sutvarkyti paslaugų nomenklatūrą, lėšų poreikio skaičiaus metodiką. Galimas vienas iš sprendimų būdų – lėšas skirti priklausomai nuo savivaldybėje gyvenančių žmonių skaičiaus. Būtina stiprinimo specialistams suprasti, kad nėra efektyvu rengti konkursus ir akcijas. Nemanau, kad ilgiau išsilaikys VS biurai nedidelėse savivaldybėse, tikėtina, kad išliks tik apskričių centrai, tačiau reikia nepamiršti, kad specialistai neturėtų prarasti darbų. Atlyginimų skyrimas nesutvarkytas. Savivaldybėse yra skaičiuojamas vidurkis ir pagal specialistų skaičių skiriami pinigai atlyginimams, pasidalijimas – vadovo reikalas kam skirs mažiau, - kam daugiau.

E6

Šiaulių visuomenės sveikatos centro direktorius.

Manau, kad biurai reikalingi, pats buvau jų iniciatorius, nes kaip tik iš mano įstaigos „išplėšė“ skyrių ir sukūrė naują organizaciją. Tačiau vis dar trūksta kvalifikuotų specialistų, taip pat nesutvarkytas finansavimas ir apleičiamas savivaldybė per mažai skiria visuomenei sveikatai. Reikia apie 10 metų, kad realiai pasimatyti biurų teikiama nauda ir rezultatai. Kiekvienai savivaldybei biuro nereikia, jų per daug.

E7

Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro vaikų ir jaunimo priežiūros skyriaus vedėja. 2007 m. gegužės 24 d. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo priimtoje naujoje redakcijoje (Žin., 2007, Nr. 64–2455) aiškiai apibrėžta visuomenės sveikatos priežiūra valstybės ir savivaldybių lygiu. Joje nustatyta, kad nuo 2008 m. sausio 1 d. savivaldybės visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti steigia visuomenės sveikatos priežiūros biudžetines įstaigas – savivaldybių visuomenės sveikatos biurus. Pagrindinis Biuro veiklos tikslas – rūpintis savivaldybės gyventojų sveikata, vykdyti visuomenės sveikatos priežiūrą, siekiant mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą, gerinti gyventojų kokybę, teikiant kokybiškas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas.

Viena iš pagrindinių savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų, yra visuomenės sveikatos stebėseną siekiant gauti išsamią informaciją apie gyventojų sveikatos būklę ir ją lemiančius rizikos veiksnius, nustatyti visuomenės sveikatos problemas ir visuomenės sveikatos stiprinimo prioritetus, taip pat remiantis objektyvia informacija planuoti ir įgyvendinti vietines visuomenės sveikatos stiprinimo ir prevencijos programas. Svarbu savivaldybių gyventojams teikti kokybiškas sveikatos stiprinimo paslaugas, išskirtinį dėmesį skiriant vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimui.

Šiuo metu Lietuvoje visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybių gyventojams teikia 32 Biurai. Biuruose dirba visuomenės sveikatos stebėsenos, visuomenės sveikatos stiprinimo bei vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistai. Iš 32 Biurų tik 18 turi suformavę pilną komandą (visus specialistus), 7 trūksta visuomenės sveikatos stiprinimo specialisto, 6 – vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialisto, 5 – visuomenės sveikatos stebėsenos specialisto. Kaip bebūtų gaila 2 Biuruose Lietuvoje šiuo metu yra tik direktoriai. *Nesuformuotos struktūros, žmogiškųjų resursų trūkumas blogina visuomenės sveikatos paslaugų teikimo gyventojams kokybę.*

Visuomenės sveikatos iššūkiai reikalauja, kad šiuolaikinę visuomenės sveikatos priežiūrą, teiktų aukštos profesinės kompetencijos visuomenės sveikatos specialistai, gebantys formuoti ir įgyvendinti aktyvią sveikatos politiką, įtraukiantys į sveikatinimo veiklą visus sektorius, siekiant gyventojų sveikatos gerėjimo. Visuomenės sveikatos specialistai turi tapti „varomąja jėga“ atlikdami tarpininko ir informacijos skleidėjo funkcijas, dirbdami su kitais visuomenės partneriais. *Problema Biuruose – nepakankama esamų specialistų kvalifikacija* (mokyklose dažniausiai dirba med. felčerio, slaugytojo išsilavinimą turintys specialistai). Biurų specialistams yra numatyti tobulinimo kursai, tačiau visuomenės sveikatos specialistų tobulinimo sistemos Lietuvoje dar nėra

(šiuo metu vykdomas projektas, kurio metu sistema kuriama. Projektas bus baigtas 2012 m.). *Visuomenės sveikatos priežiūros sektorius nepakankamai finansuojamas. Nesutvarkytas iki galo ir Biurų finansavimo mechanizmas.* Iš SAM lėšos, skirtos visuomenės sveikatos paslaugų teikimui pasiekia Biurus dažniausiai vasaros pabaigoje, tuo nulemdami nuolatinį Biurų darbo disbalansą (neįmanoma planuoti paslaugų, nežinant gaunamo finansavimo). *Biurams trūksta vieningo metodinio vadovavimo, nėra parengta visuomenės sveikatos specialistų veiklos metodinių rekomendacijų.* Svarbu būtų turėti ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklius bei vykdyti Biurų veiklos kontrolę. Naujoji visuomenės sveikatos paradigma diktuoja būtinybę į sveikatos problemų sprendimą įtraukti visą socialinę visuomenės struktūrą. Visiems jos sektoriams būtina ne tik suvokti atsakomybę už žmonių sveikatą, bet ir priskirti atitinkamus įsipareigojimus sveikatos saugai ir ugdymui. Šiuo metu Biurai nėra tos institucijos, kurios turėtų „autoritetą“ tarp tarpžinybinių institucijų (ko gal būt jau nebegalėčiau pasakyti apie Šiaulių Biurą). *Biurai Lietuvoje mažai įtraukia kitus savivaldybių skyrius, institucijas ir visuomenines organizacijas.* Visuomenės sveikatos priežiūros sektoriui (ypač profilaktikos srityje) stinga politinės paramos, jo svarba neįvertinta ne tik valstybiniu mastu, bet ir SAM viduje, o ypač - savivaldybėse. Nežiūrint į visas išvardintas problemas, Biurų indėlis be galo reikšmingas profilaktikos srityje. Sukurtos struktūros priartina visuomenės sveikatos paslaugų teikimą prie gyventojų, atsižvelgiant į jų lūkesčius. Biurai savivaldybėse kartu su gyventojais geriausiai gali atskleisti jų teritorijoje vyraujančias visuomenės sveikatos problemas, nustatyti visuomenės sveikatos priežiūros prioritetus, imtis veiksmingų sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo priemonių.

E8

Šiaulių teritorinės ligonių kasos kontrolės ir ekspertizės skyriaus vyriausioji specialistė.

Kadangi esu kelis metus dirbusi šioje įstaigoje, galiu pasakyti, kad tokio tipo organizacijos yra labai reikalingos, būtinos, tačiau joms veikti „visu pajėgumu“ trukdo keletas dalykų, kuriuos reiktų vienaip ar kitaip tvarkyti. Visų pirma – finansavimas, jei ir toliau išliks tokia finansavimo sistema – nieko gera laukti nėra ko – specialistų kaita toliau vyks, jie nebus patenkinti, motyvuoti. Kai nežinai kada ir kiek lėšų gausi – negali planuoti savo veiklų, o vėliau, paskubomis atlikti darbai, kad tik gautos lėšos būtų panaudotos – dažnai nėra rezultatyvūs, nukreipti ne į prioritetus, tikslines grupes ir pan. Nežinau kada visa tai pasikeis, kada pasikeis savivaldybės politikų požiūris į biurus, juo labiau kai jie keičiasi kas kadencija ir vėl iš naujo reikia juos mokyti ir aiškinti ką biuras veikia, koks tikslas ir pan. – tam reikia skirti papildomo laiko, o atrodo jie patys turėtų geriau visa tai išmanyti. Tai kaip minėjau dar trūkumas Šiaulių miesto biure – darbuotojų kaita, kurio priežastis – nepakankamai apmokamas darbas. Taip pat paminėčiau ir tai, kad labai maža dalis darbuotojų, kurie yra „tikri“ visuomenės sveikatos specialistai, t.y. įgijo visuomenės sveikatos bakalauro ar visuomenės sveikatos vadybos išsilavinimą. Tuo laiku, kai aš dar dirbau buvo tik 2 tokie specialistai, o iš tiesų turi būti visi be išimties, ir jokių sveikatos edukologijos, pedagogikos ar dar kokios kitos specialybės neturėtų dirbti tokioje srityje. Mano manymu net ir kiekvienos tokios įstaigos vadovas turi turėti visuomenės sveikatos išsilavinimą, o ne kokį kitą. Tai labai svarbu. Biure stinga komandinio darbo, dirba kas sau. Manau pastaruoju metu yra susikūrę per daug biurų – kažin ar tiek reikia, kažkaip turėtų atsirasti reglamentacija: ar pagal gyventojų skaičių, ar apskrities centrai. Kol kas nėra darbo metodikos, kiekvienas biuras savo funkcijas atlieka kaip kas nori ir moka, ataskaitas taip pat rengia įvairiai. Taip pat prie viso šito paminėčiau dar vieną labai svarbų dalyką, kurį reikia skatinti – į bendrojo ugdymo sistemą reikia integruoti bent vieną pamoką per savaitę skirtą sveikai gyvensenai. Šiauliai galėtų būtų kuo puikiausi iniciatoriai, tačiau taip pat žinau mokyklų nusistatymą šiuo klausimu, tad šį ėjimą padaryti nėra lengva. Vis tik tikiuosi, kad viskas palaipsniui susitvarkys, ir biurai toliau sėkmingai gyvuos, mokys bendruomenės sveikos gyvensenos, teiks konsultacijas įvairiais sveikatos klausimais, ugdys vaikus bei jų tėvelius. Toks darbas yra be galo svarbus ir niekas kitas to nepadarys. Iki šiol nebūdavo ir tokios tikslios, skirtos būtent tai savivaldybei gyventojų sveikatos būklės analizės, kurią kasmet daro biuro darbuotojai, pagal ją galima tiksliau planuoti savo veiklą, nusistatyti prioritetus. Gaila, kad ne visi supranta viso to prasmės.

Šiaulių miesto VS 2007-2013 metų strategijos tikslų įgyvendinimo rodikliai

Sergamumas širdies kraujagyslių ligomis (dažnis/tūkst. gyv.)
 Mirtingumas nuo širdies kraujagyslių ligų (dažnis/tūkst. gyv.)
 Nelaimingų atsitikimų skaičius
 Nelaimingų atsitikimų, kurių metu patirtos traumos, skaičius
 Mirtingumo atvejų skaičius dėl transporto įvykių
 Invalidumo atvejų skaičius dėl transporto įvykių
 Mirtingumo atvejų skaičius laisvalaikio metu
 Mirtingumo atvejų skaičius buityje
 Mirtingumo atvejų skaičius darbo metu
 Invalidumo atvejų skaičius laisvalaikio metu
 Invalidumo atvejų skaičius buityje
 Invalidumo atvejų skaičius darbo metu
 Mirtingumo, dėl organizuoto nusikalstamumo, atvejų skaičius
 Tuberkuliozės atvejų skaičius
 ŽIV/AIDS atvejų skaičius
 Susirgimų piktybiniais navikais skaičius
 Kvėpavimo ligomis sergančiųjų skaičius
 Atmosferinio oro tarša, azoto dioksido koncentracija (mato vnt.)
 Atmosferinio oro tarša, dulkių koncentracija (mato vnt.)
 Atmosferinio oro tarša, sieros dioksido koncentracija (mato vnt.)
 Atmosferinio oro tarša, anglies dioksido koncentracija (mato vnt.)
 Atmosferinio oro tarša, lakiųjų organinių junginių koncentracija (mato vnt.)
 Geriamojo vandens mikrobinės taršos rodikliai, koncentracija (mato vnt.)
 Geriamojo vandens cheminės taršos rodikliai, koncentracija (mato vnt.)
 Geriamojo vandens toksinės taršos rodikliai, koncentracija (mato vnt.)
 Geriamojo vandens indikatoriniai rodikliai, geležies koncentracija (mato vnt.)
 Geriamojo vandens indikatoriniai rodikliai, bendras bakterijų skaičius
 Geriamojo vandens indikatoriniai rodikliai, mangano koncentracija
 Rekreacinio vandens mikrobiologiniai rodikliai,
 Rekreacinio vandens mikrobiologiniai rodikliai,
 Savavališkų sąvartynų (sąvartų) skaičius
 Sąvartynų įrengtų pagal aplinkosauginius reikalavimus ir nekenkiančių visuomenės sveikatai skaičius
 Pavojingų visuomenės sveikatai sąvartynų skaičius
 Gyventojų dirbančių su jonizuotais šaltiniais skaičius
 Nejonizuojančios spinduliuotės rodikliai,
 Per maistą plintančių užkrečiamų ligų protrūkių skaičius per metus
 Bendras atvejų skaičius per maistą plintančių užkrečiamų ligų protrūkiuose
 Bedarbių skaičius
 Savižudybių skaičius
 Smurto, patiriamo namuose tarp skirtingų lyčių, atvejų skaičius
 Smurto, patiriamo dėl organizuoto nusikalstamumo, atvejų skaičius
 Smurto prieš vaikus atvejų skaičius
 Socialiai remtinų skaičius
 Socialiai remtinų skaičius
 Psichikos ligonių skaičius
 Užimtų gyventojų skaičius, tūkst.
 Nedarbo lygis, proc.
 Ilgalaikio nedarbo lygis, proc. nuo darbo jėgos
 15-64 m. amžiaus gyventojų darbo jėgos aktyvumo lygis, proc.
 15-64 m. amžiaus gyventojų darbo jėgos užimtumo lygis, proc.
 Bedarbių skaičius, tūkst.
 Vidutinės namų ūkių disponuojamos pajamos, vienam namų ūkių nariui per mėnesį, lt
 Vidutinės namų ūkių vartojimo išlaidos, vienam namų ūkių nariui per mėnesį, lt

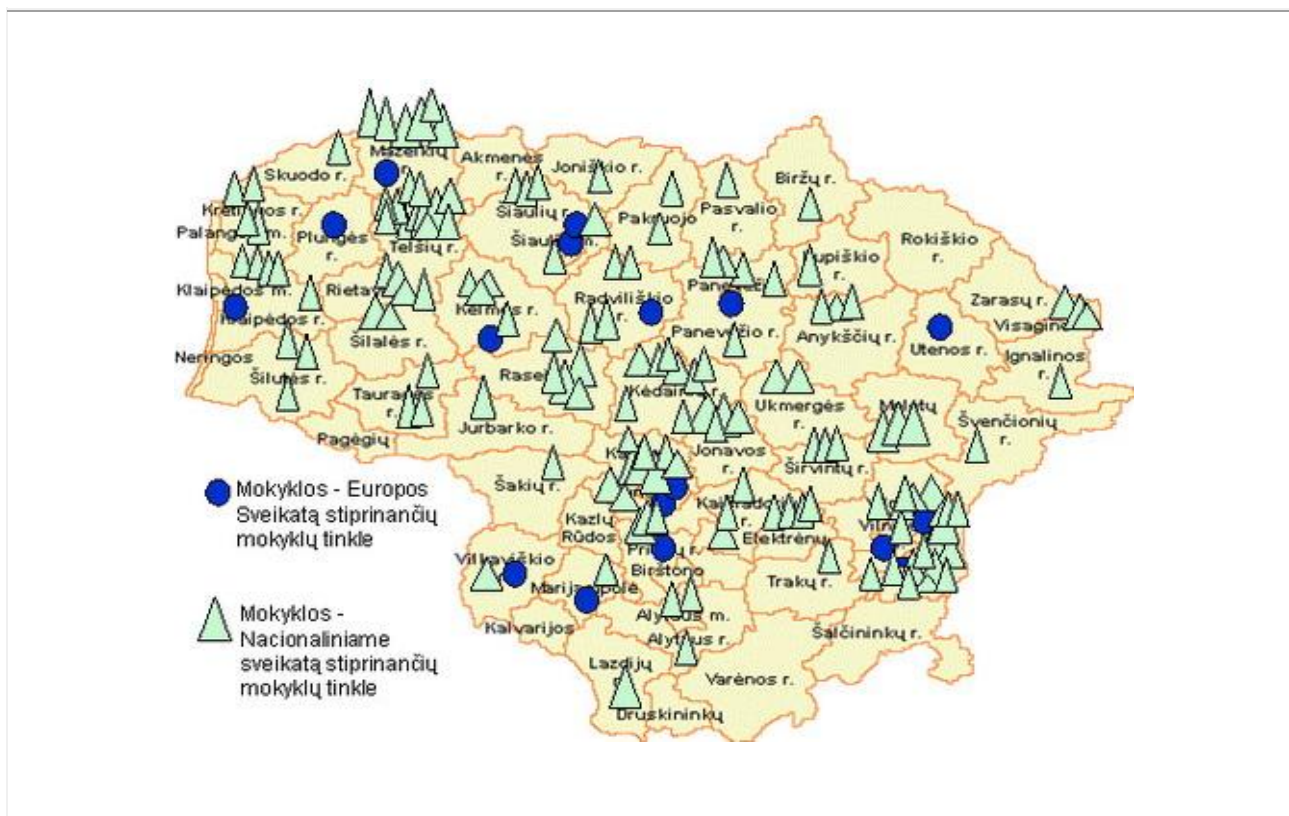
Išlaidų maisto produktams ir nealkoholiniams gėrimams dalis nuo visų namų ūkių vartojimo išlaidų, proc.
Išlaidų būstui, vandeniui, elektrai, dujoms ir kitam kurui dalis nuo visų namų ūkių vartojimo išlaidų, proc.
Pradinį išsilavinimą turinčių 15 m. ir vyresnių asmenų dalis, proc.
Vidurinį išsilavinimą turinčių 15 m. ir vyresnių asmenų dalis, proc.
Aukštesnįjį (aukštąjį neuniversitetinį) išsilavinimą turinčių 15 m. ir vyresnių asmenų dalis, proc.
Aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčių 15 m. ir vyresnių asmenų dalis, proc.
Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo visų namų ūkių vartojimo išlaidų, proc.
Neracionalios mitybos rodikliai, Hipertenzijos atvejų skaičius
Neracionalios mitybos rodikliai, Hipercholesterolemijos atvejų skaičius
Neracionalios mitybos rodikliai, Dantų ėduonies atvejų skaičius
Neracionalios mitybos rodikliai, Cukrinio diabeto atvejų skaičius
Neracionalios mitybos rodikliai, Osteoporozės atvejų skaičius
Geros gamybos praktikos rodikliai, Įmonių skaičius, kuriose įdiegta savikontrolės sistema
Fizinio aktyvumo rodikliai, veikiančių sveikatingumo centrų skaičius
Fizinio aktyvumo rodikliai, veikiančių sporto klubų skaičius
Fizinio aktyvumo rodikliai, fizinį aktyvumą propaguojančių NVO skaičius
Fizinio aktyvumo rodikliai, bendruomeninių sporto švenčių skaičius
Fizinio aktyvumo rodikliai, aktyvių bendruomeninių sporto švenčių dalyvių skaičius
„Sveiko darželio“ programos dalyvių skaičius
„Sveikos mokyklos“ programos dalyvių skaičius
Rūkančių moksleivių skaičius
Cigarečių (tabako) apyvarta mieste, pakeliai, Lt. (reikia derinti su ministerija)
Alkoholio apyvarta mieste, pakeliai, Lt (reikia derinti su ministerija)
Alkoholinių psichozių atvejų skaičius
Lėtinio alkoholizmo atvejų skaičius
Abortų skaičius
Alkoholio suvartojimas vienam gyventojui per metus, Litrų (absoliučiu alkoholiu)
Tabako suvartojimas vienam gyventojui per metus, cigarečių
Gyventojų, labai gerai ir gerai vertinančių savo sveikatą, dalis, proc.
Vyrų, labai gerai ir gerai vertinančių savo sveikatą, dalis, proc.
Moterų, labai gerai ir gerai vertinančių savo sveikatą, dalis, proc.
Kasdien rūkančiųjų gyventojų dalis, proc.
Kasdien rūkančiųjų vyrų dalis, proc.
Kasdien rūkančiųjų moterų dalis, proc.
Gyventojų, bent kartą per savaitę vartojančių stiprius alkoholinius gėrimus, dalis, proc.
Vyrų, bent kartą per savaitę vartojančių stiprius alkoholinius gėrimus, dalis, proc.
Moterų, bent kartą per savaitę vartojančių stiprius alkoholinius gėrimus, dalis, proc.
Gyventojų, bent kartą per savaitę vartojančių vyną, dalis, proc.
Vyrų, bent kartą per savaitę vartojančių vyną, dalis, proc.
Moterų, bent kartą per savaitę vartojančių vyną, dalis, proc.
Gyventojų, bent kartą per savaitę vartojančių alų, dalis, proc.
Vyrų, bent kartą per savaitę vartojančių alų, dalis, proc.
Moterų, bent kartą per savaitę vartojančių alų, dalis, proc.
Laisvalaikio besimankštinančių bent 4 dienas per savaitę asmenų dalis, proc.
Laisvalaikio besimankštinančių bent 4 dienas per savaitę vyrų dalis, proc.
Laisvalaikio besimankštinančių bent 4 dienas per savaitę moterų dalis, proc.
Gyventojų, vartojančių augalinį aliejų maistui gaminti, dalis, proc.
Vyrų, vartojančių augalinį aliejų maistui gaminti, dalis, proc.
Moterų, vartojančių augalinį aliejų maistui gaminti, dalis, proc.
Gyventojų, kasdien vartojančių šviežias daržoves, dalis, proc.
Vyrų, kasdien vartojančių šviežias daržoves, dalis, proc.
Moterų, kasdien vartojančių šviežias daržoves, dalis, proc.
Gyventojų, kasdien vartojančių šviežius vaisius ar uogas, dalis, proc.
Vyrų, kasdien vartojančių šviežius vaisius ar uogas, dalis, proc.
Moterų, kasdien vartojančių šviežius vaisius ar uogas, dalis, proc.
Nutukimo (KMI³30 kg/m²) paplitimas, proc.
Nutukimo (KMI³30 kg/m²) paplitimas tarp vyrų, proc.

Nutukimo (KMI³30 kg/m²) paplitimas tarp moterų, proc.
 Antsvorio (KMI=25-29,9 kg/m²) paplitimas, proc.
 Antsvorio (KMI=25-29,9 kg/m²) paplitimas tarp vyrų, proc.
 Antsvorio (KMI=25-29,9 kg/m²) paplitimas tarp moterų, proc.
 Bendrosios praktikos gydytojų skaičius biudžetinėse institucijose
 Bendrosios praktikos gydytojų skaičius privataus kapitalo institucijose
 Trūkstatų specialistų antriniame lygyje skaičius
 Medicininės pagalbos prieinamumas, vidutinis pacientų skaičius vienam BPG
 Slaugos personalo skaičius
 Lovų skaičius stacionare
 Geležinkeliu gabenamų cheminių medžiagų intensyvumas
 Geležinkeliu gabenamų sprogstamųjų medžiagų intensyvumas
 Oro uosto keliamo triukšmo lygis
 Oro uosto oro taršos lygis
 Oro uosto gruntinių vandenų taršos lygis
 Vidutinis oro judėjimo greitis
 Vidutinė paros temperatūra
 Kritulių kiekis per parą
 Savarankiškai atliktų tyrimų skaičius visuomenės sveikatos tinklo organizacijose, kuriais sukaupta informacijos apie visuomenės sveikatos būklę
 Visuomenės sveikatos būklės vienkartinis tyrimas savarankiškai atliekančių organizacijų skaičius
 Atliktų visuomenės sveikatos būklės tyrimų, kuriuose dalyvavo bent dvi visuomenės sveikatos tinklo organizacijos, skaičius
 Organizacijų dalyvaujančių atliekant bendrus visuomenės sveikatos būklės tyrimus skaičius
 Kooperacinių junginių, skirtų bendriems visuomenės sveikatos būklės tyrimams atlikti, skaičius
 Parengtų ir atspausdintų straipsnių respublikinėje, regioninėje, miesto ir žinybinėje spaudoje skaičius
 Informacinių pranešimų skaičius respublikinėje, regioninėje, miesto ir žinybinėje spaudoje
 Mokslinių straipsnių apie miesto visuomenės sveikatą skaičius periodiniuose mokslo leidiniuose
 Mokslinių leidinių apie miesto visuomenės sveikatą skaičius
 Periodinių televizijos laidų skaičius apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą
 Publicistinių televizijos laidų skaičius apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą
 Trumpametražinių filmų apie visuomenės sveikatą skaičius respublikinėje, regioninėje, miesto ir žinybinėje televizijoje
 Reklaminių klipų apie visuomenės sveikatą skaičius respublikinėje, regioninėje, miesto ir žinybinėje televizijoje
 Periodinių radijo laidų skaičius apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą
 Publicistinių radijo laidų skaičius apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą
 Reklamų apie visuomenės sveikatą skaičius respublikiniame, regioniniame, miesto ir žinybiniame radijuje
 Radijo blog'ų skaičius apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą respublikiniame, regioniniame, miesto ir žinybiniame radijuje
 Internetinių puslapių, kuriuose teikiama informacija apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą, skaičius
 Teminių straipsnių skaičius savivaldybės tinklalapyje apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą
 Vidutinis dalyvių skaičius Šiaulių miesto visuomenės sveikatos teminėje pokalbių svetainėje
 Internetinių puslapių, kuriuose teikiama informacija apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą, lankytojų skaičius
 Stendų, kuriuose nuolat teikiama informacija apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą, skaičius
 Bendro pobūdžio informacinių skelbimų apie visuomenės sveikatą skaičius miesto stenduose ir reklaminiuose ekranuose per mėnesį
 Informacinių skelbimų apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatą skaičius stenduose ir reklaminiuose ekranuose per mėnesį
 Bendro pobūdžio miesto renginių metu iškabintų informacinių skelbimų skaičius
 Bendro pobūdžio miesto renginių, kuriuose skelbta informacija apie visuomenės sveikatą, skaičius
 Sporto renginių metu iškabintų informacinių skelbimų skaičius
 Sporto renginių, kuriuose skelbta informacija apie visuomenės sveikatą, skaičius
 Visuomenės sveikatai skirtų renginių metu iškabintų informacinių skelbimų skaičius
 Visuomenės sveikatai skirtų renginių, kuriuose skelbta informacija apie visuomenės sveikatą, skaičius
 Miesto lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos konferencijų skaičius

Respublikiniu lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos konferencijų skaičius Šiaulių mieste
Tarptautiniu lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos konferencijų skaičius Šiaulių mieste
Suorganizuotų visuomenės sveikatos seminarų skaičius
Miesto lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos parodų skaičius
Miesto parodų skaičius, kuriose pristatyta visuomenės sveikata
Regiono parodų skaičius, kuriose pristatyta miesto visuomenės sveikata
Tarptautinių parodų skaičius, kuriose pristatyta miesto visuomenės sveikata
Regiono lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos parodų skaičius
Tarptautiniu lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos parodų skaičius
Miesto lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos konferencijų dalyvių skaičius
Respublikiniu lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos konferencijų dalyvių skaičius Šiaulių mieste
Tarptautiniu lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos konferencijų dalyvių skaičius Šiaulių mieste
Suorganizuotų visuomenės sveikatos seminarų dalyvių skaičius
Miesto lygmeniu suorganizuotų visuomenės sveikatos parodų dalyvių skaičius
Miesto parodų dalyvių skaičius, kuriose pristatyta visuomenės sveikata
Regiono parodų dalyvių skaičius, kuriose pristatyta miesto visuomenės sveikata
Tarptautinių parodų dalyvių skaičius, kuriose pristatyta miesto visuomenės sveikata
Asmenų, dalyvavusių regioniniu lygmeniu Šiaulių mieste suorganizuotose visuomenės sveikatos parodose, skaičius
Asmenų, dalyvavusių tarptautiniu lygmeniu Šiaulių mieste suorganizuotose visuomenės sveikatos parodose, skaičius
Tarptautinių konferencijų skaičius, kuriose pristatyti Šiaulių miesto visuomenės sveikatos pasiekimai.
Regioninių konferencijų skaičius, kuriose pristatyti Šiaulių miesto visuomenės sveikatos pasiekimai.
Išplatintų bukletų skaičius
Išplatintų skrajučių skaičius
Išleistų bukletų įvairovė, skaičius
Išleistų skrajučių įvairovė, skaičius
Išleistų brošiūrų įvairovė, skaičius
Išleistų kalendorių įvairovė, skaičius
Išleistų aplinkos sveikatinimo leidinių skaičius
Išleistų vaikų, paauglių ir jaunimo sveikatinimo leidinių skaičius
Išleistų suaugusiųjų sveikatinimo leidinių skaičius
Išleistų neužkrečiamų ligų profilaktikos leidinių skaičius
Išleistų užkrečiamų ligų profilaktikos leidinių skaičius
Išleistų psichikos sveikatos sutrikimų profilaktikos leidinių skaičius
Išleistų piktybinių navikų susirgimų profilaktikos leidinių skaičius
Išleistų AIDS ligų profilaktikos leidinių skaičius
Išleistų lytiškai plintančių ligų profilaktikos leidinių skaičius
Išleistų priklausomybių profilaktikos leidinių skaičius
Išleistų mokslinių monografijų, kuriose nagrinėjami visuomenės sveikatos klausimai, skaičius
Išleistų mokslinių straipsnių, kuriose nagrinėjami visuomenės sveikatos klausimai, skaičius
Parengtų mokslo projektų ataskaitų, kuriose nagrinėjami visuomenės sveikatos klausimai, skaičius
Virtualių pasitarimų skaičius
Virtualių pasitarimų dalyvių skaičius
Virtualių seminarų skaičius
Virtualių seminarų dalyvių skaičius
Virtualių konferencijų skaičius
Virtualių konferencijų dalyvių skaičius
Patvirtintų atrankos kriterijų skaičius
Atrankos kriterijų grupių skaičius
Patvirtintų komunikacijos formų tarp tinklo dalyvių skaičius
Komunikacijos grupių skaičius
Tinklo dalyvių pareigybių sąrašų skaičius
Tinklo dalyvių darbo grupių skaičius
Tinklo dalyvių grupių formavimo instrukcijų skaičius
Tinklo dalyvių grupių patvirtintų veiklos modelių skaičius
Į savivaldybės tarybos darbotvarkę įtrauktų visuomenės sveikatos klausimų skaičius

Savivaldybės tarybos sveikatos komitetui pateiktų svarstyti sveikatos klausimų skaičius
Savivaldybės tarybos posėdžių skaičius, kuriuose nagrinėti visuomenės sveikatos klausimai
Savivaldybės tarybos posėdžių metu svarstytų visuomenės sveikatos klausimų skaičius
Savivaldybės taryboje priimtų nutarimų visuomenės sveikatos klausimais skaičius
Visuomenės sveikatos tarybos posėdžių skaičius
Visuomenės sveikatos tarybos posėdžių metu svarstytų visuomenės sveikatos klausimų skaičius
Visuomenės sveikatos taryboje priimtų nutarimų visuomenės sveikatos klausimais skaičius
Parengtų ir atspausdintų pranešimų apie svarstomus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais respublikinėje, regioninėje, miesto ir žinybinėje spaudoje skaičius
Parengtų ir atspausdintų pranešimų apie priimtus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais respublikinėje, regioninėje, miesto ir žinybinėje spaudoje skaičius
Išplatintų pranešimų apie svarstomus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktus visuomenės sveikatai skirtų renginių metu, skaičius
Išplatintų pranešimų apie priimtus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktus visuomenės sveikatai skirtų renginių metu, skaičius
Išplatintų pranešimų apie priimtus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktus visuomenės sveikatai skirtų renginių metu, skaičius
Parengtų pranešimų apie svarstomus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktų televizijos laidų metu, skaičius
Parengtų televizijos laidų, skirtų supažindinti visuomenę su svarbiais visuomenės sveikatos politikos klausimais, skaičius
Parengtų pranešimų apie priimtus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktų televizijos laidų metu, skaičius
Parengtų pranešimų apie svarstomus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktų radijo laidų metu, skaičius
Parengtų radijo laidų, skirtų supažindinti visuomenę su svarbiais visuomenės sveikatos politikos klausimais, skaičius
Radijo blog'ų skaičius apie Šiaulių miesto visuomenės sveikatos politiką respublikiniame, regioniniame, miesto ir žinybiniame radijuje
Parengtų pranešimų apie priimtus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktų radijo laidų metu, skaičius
Parengtų pranešimų apie svarstomus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktų internetiniame tinklapyje, skaičius
Parengtų internetinių straipsnių, skirtų supažindinti visuomenę su svarbiais visuomenės sveikatos politikos klausimais, skaičius
Parengtų pranešimų apie priimtus nutarimus visuomenės sveikatos klausimais, pateiktų internetiniame tinklapyje, skaičius
Suteikta finansinė parama, Lt.
Finansiškai paremtų bendruomeninių sveikos gyvensenos iniciatyvų skaičius
Suteikta materialinė parama, Lt.
Materialiai paremtų bendruomeninių sveikos gyvensenos iniciatyvų skaičius
Bendruomeninių sveikos gyvensenos iniciatyvų, kurioms suteikta metodinė pagalba, skaičius
Paviešintų sveikos gyvensenos iniciatyvų skaičius
Privalomo higienos mokymo užsiėmimų skaičius
Privalomuoju higienos mokymu apmokytų asmenų skaičius
Privalomo pirmos pagalbos mokymo užsiėmimų skaičius
Privalomuoju pirmos pagalbos mokymu apmokytų asmenų skaičius
Pravestų mokymų apie alkoholio žalą žmogaus sveikatai skaičius
Pravestų mokymų apie narkotikų žalą žmogaus sveikatai skaičius
Pravestų mokymų apie alkoholio žalą žmogaus sveikatai metu apmokytų asmenų skaičius
Pravestų mokymų apie narkotikų žalą žmogaus sveikatai metu apmokytų asmenų skaičius
Asmens sveikatos priežiūros sistemoje atliktų profilaktikos mokymų skaičius
Asmens sveikatos priežiūros sistemoje atliktų profilaktikos mokymų metu apmokytų asmenų skaičius
Visuomenės sveikatos priežiūros sistemoje atliktų profilaktikos mokymų skaičius
Visuomenės sveikatos priežiūros sistemoje atliktų profilaktikos mokymų metu apmokytų asmenų skaičius
Ugdymo sistemoje atliktų profilaktikos mokymų skaičius
Ugdymo sistemoje atliktų profilaktikos mokymų metu apmokytų asmenų skaičius

NVO sistemoje atliktų profilaktikos mokymų skaičius
 NVO sistemoje atliktų profilaktikos mokymų metu apmokytų asmenų skaičius
 Pravestų lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos mokymų skaičius
 Pravestų ūmių neinfekcinių ligų profilaktikos mokymų skaičius
 Ūmių neinfekcinių ligų profilaktikos apmokytų asmenų skaičius
 Lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos apmokytų asmenų skaičius
 Pravestų užkrečiamų ligų profilaktikos mokymų skaičius
 Užkrečiamų ligų profilaktikos apmokytų asmenų skaičius
 Pravestų psichikos sveikatos sutrikimų ir priklausomybių profilaktikos mokymų skaičius
 Psichikos sveikatos sutrikimų ir priklausomybių profilaktikos apmokytų asmenų skaičius
 Pravestų ligų ir sužalojimų prevencijos mokymų skaičius
 Ligų ir sužalojimų prevencijos apmokytų asmenų skaičius
 Įsigytos įrangos, skirtos konferencijų seminarų ir parodų organizavimui, pagal įrangos tipą skaičius
 Įsigytos įrangos, skirtos konferencijų seminarų ir parodų organizavimui, vertė, litais
 Išsinuotos įrangos, skirtos konferencijų seminarų ir parodų organizavimui, pagal įrangos tipą skaičius
 Išsinuotos įrangos, skirtos konferencijų seminarų ir parodų organizavimui, vertė, litais
 Įsigytų patalpų, skirtų konferencijų seminarų ir parodų organizavimui, pagal patalpų paskirtį plotas, kv.m.
 Įsigytų patalpų, skirtų konferencijų seminarų ir parodų organizavimui, pagal patalpų paskirtį vertė, litais
 Išsinuotų patalpų, skirtų konferencijų seminarų ir parodų organizavimui, pagal patalpų paskirtį plotas, kv.m.
 Išsinuotų patalpų, skirtų konferencijų seminarų ir parodų organizavimui, pagal patalpų paskirtį vertė, litais
 Projektų, kuriuose dalyvavo bent kelių sektorių organizacijos, skaičius
 Projektų, kuriuose dalyvavo bent kelių sektorių organizacijos, dalyvių skaičius
 Projektų, kuriuose dalyvavo bent kelių sektorių organizacijos, probleminių sričių skaičius
 Tarpsektorinio bendradarbiavimo iniciatyvinių grupių susitikimų skaičius
 Suorganizuotų tarpsektorinio bendradarbiavimo renginių skaičius
 Suorganizuotų tarpsektorinio bendradarbiavimo renginių dalyvių skaičius
 Veikiančių visuomenės sveikatos tinklalapių skaičius
 Veikiančių visuomenės sveikatos pokalbių svetainių skaičius
 Veikiančių visuomenės sveikatos tinklalapių, kuriuose įdiegta abonementinė sistema, skaičius
 Veikiančių visuomenės sveikatos tinklalapių, kuriuose įdiegta abonementinė sistema, aktyvių abonementų skaičius
 Parengtų visuomenės sveikatos specialistų skaičius
 Pagal specialybę dirbančių parengtų visuomenės sveikatos specialistų dalis, proc.
 Ne visuomenės sveikatos organizacijų turinčių visuomenės sveikatos specialisto etatą(-us) skaičius
 Kvalifikaciją kėlusius visuomenės sveikatos specialistų skaičius
 Visuomenės sveikatos įstaigų skaičius
 Naujai įsteigtų visuomenės sveikatos įstaigų skaičius.
 Visuomenės sveikatos darbuotojų skaičius naujai įsteigtose visuomenės sveikatos įstaigose
 Renovuotų visuomenės sveikatos įstaigų skaičius
 Atnaujintų visuomenės sveikatos specialistų darbo vietų skaičius
 Informacinių visuomenės sveikatos centrų skaičius
 Naujai įsteigtų informacinių visuomenės sveikatos centrų skaičius
 Informacinių visuomenės sveikatos centrų darbuotojų skaičius
 Renovuotų informacinių visuomenės sveikatos centrų skaičius
 Atnaujintų informacinių visuomenės sveikatos centrų specialistų darbo vietų skaičius
 Mobilijų aplinkos tyrimo laboratorijų skaičius
 Atnaujintų mobilijų aplinkos tyrimo laboratorijų skaičius
 Įsigytų mobilijų aplinkos tyrimo laboratorijų skaičius
 Stacionarių aplinkos tyrimo laboratorijų skaičius
 Atnaujintų stacionarių aplinkos tyrimo laboratorijų skaičius
 Įgytų stacionarių aplinkos tyrimo laboratorijų skaičius



19 pav. Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas Lietuvoje

Šaltinis: Sveikatą stiprinančios mokyklos. (2011) [interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www.smlpc.lt/lt/vaiku_sveikata/sveikata_stiprinanti_mokykla/

**SMF 11-ajai tarptautinei studentų mokslo darbų konferencijai pateiktas ir priimtas
publikuoti straipsnis (2011-04-14)**

**VISUOMENĖS SVEIKATOS BIURO VEIKLOS STRATEGINIAI PRIORITETAI:
ŠIAULIŲ MIESTO ATVEJIS**

Diana Širvinskaitė, Teodoras Tamošiūnas

Šiaulių universitetas

Įvadas

Straipsnio aktualumas, naujumas ir mokslinė problematika. Vakarų Europos valstybių patirtis rodo – kuo daugiau žmonės jaučia atsakomybę už savo sveikatą ir kuo labiau stengiasi pakeisti savo gyvenimo būdą, tuo labiau gerėja sveikata ir mažėja gydymo išlaidos. Ligų prevencija visada pigesnė už gydymą. Taip laimi ne tik žmogus, bet ir valstybė. Pirminės grandies sveikatos apsaugos plėtojimas – tai prioritetinė praktinės sveikatos apsaugos kryptis. Esant gerai išvystytai ir funkcionuojančiai pirminės grandies medicinos pagalbai, galima išspręsti 80-90 proc. medicinos pagalbos problemų (Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas Nr. I-1939, 1991).

Dabartinis Lietuvos sveikatos sistemos valdymas yra nemodernus ir turi nemažai ydų. Nepaisant nemažo Lietuvos įdirbio rengiant sveikatos sistemos programinius dokumentus (Lietuvos sveikatos programa, Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija), juose išskirti tikslai, uždaviniai bei rodikliai nėra susieti su strateginio planavimo procesu (tiek sveikatos sektoriaus, tiek ir visos šalies mastu). Neįvardinus atsakingų žinybų bei institucijų, konkrečių priemonių bei reikalingų lėšų, nuolat kaitaliojant ir menkai finansuojant sveikatos programas, dauguma siekiamų sveikatos rodiklių lieka nepasiekti, o kai kurie netgi blogėja (Sveikatos sistemos plėtros pagrindinės nuostatos, 2011).

Visuomenės sveikatos būklei didžiausią įtaką turi žmonių gyvensena, socialinė ir fizinė aplinka bei pirminės sveikatos priežiūros, ypač jos pirminės grandies, kokybė. Šie veiksniai sąlygoja pagrindines civilizacijos ligas. Todėl lemiamas vaidmuo čia tenka sveikatos mokymui, sveikatos saugai ir ligų profilaktikai. Gyventojų sveikatos gerinimas ir sveikatos priežiūros užtikrinimas yra svarbi ir ekonominio augimo sąlyga. Visuomenės sveikatos infrastruktūra tiesiogiai lemia gyvenimo kokybę, žmonių darbingumą ir darbingo amžiaus trukmę (Sveikatos apsaugos ministerijos 2010 – 2012 metų strateginis veiklos planas, 2010). Sveikatos stiprinimo idėjos buvo kuriamos įgyvendinant Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaraciją (1977) ir PSO strategiją „Sveikata visiems“ (1984), apibrėžimas ir pagrindiniai principai suformuoti Otavos chartijoje (1986), toliau plėtoti konferencijose Adelaidėje („Dėl sveikos visuomenės“, 1988), Sundsvalyje („Apie sveikatą palaikančios aplinkos kūrimą“, 1991), Džakartoje (1997), Bankoke (2005). Sveikatos stiprinimas yra laikomas vienu iš visuomenės sveikatos kertinių akmenų, pabrėžiant sveikatos gyvensenos, rizikos veiksnių vengimo svarbą (Grabauskas ir kt., 2004).

Ligų prevencijos funkcijai vykdyti nuo 2006 m. pradėti steigti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Visuomenės sveikatos biurų paskirtis – darbas bendruomenėje, šios įstaigos yra pagrindiniai sveikatos žinių propaguotojai bendruomenėje. Kaip viešojo sektoriaus institucija, visuomenės sveikatos biuras neapsiriboja vien viešųjų paslaugų tiekimu. Rengiamos viešosios politikos kryptys, programos ir projektai. Globalioje, kintančioje aplinkoje reikalingi nauji politiniai konceptai, tačiau juos nelengva numatyti ir įgyvendinti. Todėl būtina nuolatos mokytis ir tobulinti viešojo sektoriaus strateginio valdymo žinias ir įgūdžius. Reikia ypač išmanyti strateginio planavimo procesus, galinčius kurti strategijas skirtingose situacijose, kai tikslai ir uždaviniai tarpusavyje nesuderinti.

Investicija į sveikatą yra investicija į šalies pažangos dabartį ir ateitį. Ši investicija nėra vien finansai, bet visų pirma šalies politinis įsipareigojimas visą valstybės socialinės struktūros sistemą, t. y. visų visuomenės socialinės-ekonominės veiklos sektorių veiklą orientuoti į sveikatos saugą, jos stiprinimą, ligų prevenciją. Tada sveikatos sektoriui atsiras daugiau galimybių atlikti savo tiesiogines pareigas bei prigimtines funkcijas (Jurgutis, 2009).

Dabartinėje 2007-2013 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos priežiūros strategijoje išskirti prioritetai labiau atspindi pačią biuro veiklą, o ne aktualias savivaldybės problemas, į kurias būtina savalaikė reakcija. Reikia nepamiršti, kad gyvename greitai kintančioje ir nepastovioje aplinkoje, labai greitai viskas keičiasi, tad ir šios strategijos prioritetai nebeatitinka šiandieninių aktualijų.

Strateginio valdymo problemas tyrė P. Drucker (1995), H. Mintzberg (1994, 1998), M. E. Porter (1998), J. Thomson, F. Martin (2005), G. A. Cole (1994), A. Vasiliauskas (2002, 2004), J. A. F. Stoner, R. E., R.

Freeman, Jr. D. R. Gilbert (2005), G. Navin (1998) ir kt. Lietuvos mokslininkai: E. Smilga, A. Grebliauskas (2000), B. Melnikas, R. Smaliukienė (2007), A. Bosas (2002, 2004), J. Staponkienė (2004) ir kt. Sveikatos politiką tyrinėjo V. Grabauskas (1997, 2004, 2009), R. Kalėdienė (2004), D. Jankauskienė, R. Pečiūra (2007), L. Gustaitienė (2003) R. Kalėdienė, J. Petrauskienė, A. Rimpela (1999). Sveikatos organizacijų strateginį valdymą išsamiai analizavo E. Smilga, K. Janušonienė (2003, 2005, 2006, 2007, 2009), V. Janušonis (2000), J. Koteen (1988), C. A. Enz (2010) ir kiti mokslininkai.

Tyrimo objektas: Šiaulių visuomenės sveikatos (toliau - VS) biuro veikla.

Tyrimo dalykas: Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro veiklos strateginiai prioritetai.

Tyrimo tikslas: suformuoti ir pagrįsti visuomenės sveikatos biuro veiklos strateginius prioritetus.

Tyrimo uždaviniai:

- 5) Apibūdinti pagrindinius strateginius dokumentus ir teisės aktus, reglamentuojančius visuomenės sveikatos apsaugą;
- 6) Išanalizuoti Šiaulių miesto gyventojų sveikatos situaciją;
- 7) Apibendrinti ekspertų nuostatas dėl visuomenės sveikatos biuro veiklos tobulinimo;
- 8) Atlikti Šiaulių VS biuro prioritetų analizę.

Tyrimė naudoti teoriniai (analizė, apibendrinimas, sisteminimas) ir empiriniai (dokumentų analizė, nestruktūrizuotas ekspertų interviu) tyrimo metodai ir statistinės tyrimo duomenų analizės metodas. Mokslinės literatūros ir teisinės bazės analizė naudojama siekiant apžvelgti strateginio valdymo ypatumus ir aspektus, kurie pagrindžia strateginio valdymo privalumus visuomenės sveikatos biurui. Aptariamos visuomenės sveikatos biurų kūrimosi priežastys, jų reikšmingumas, įgyvendinant šalyje visuomenės sveikatos priežiūros reformą. Daugkartinio nestruktūrizuoto interviu metodu buvo apklausti 8 ekspertai.

Strateginis valdymas ir jo taikymas sveikatos apsaugos sistemoje. 1978 m. Danas Schendelis ir Charkesas Hoferis sukūrė sudėtinį strateginio valdymo apibrėžimą. Jis buvo grindžiamas principu, kad bendras organizacijos sumanymas gali būti išsamiai aprašytas, greta organizacijos politikos ir strategijos nurodant siekiamus tikslus – kaip pagrindinius strateginio valdymo proceso veiksmus. Apibendrinami Hoferis ir Schandelis dėmesį sutelkė į keturis strateginio valdymo aspektus. Pirmasis – tikslo nustatymas. Antrasis – strategijos formulavimas, grindžiamas tais tikslais. Po to strategijos įgyvendinimas, t.y. perėjimas nuo analizės prie administravimo – užduoties pasiekti numatytu tikslu. Paskutinė užduotis – strateginė kontrolė – teikia vadovams grįžtamąjį ryšį. Žinoma, neigiamas grįžtamasis ryšys gali sukelti naują strateginio planavimo ciklą (Stoner, ir kt. 2005).

Strateginis valdymas taikomas viešajame sektoriuje – specifinis. Anot Staponkienės (2004), viešasis sektorius pagal tradicinį modelį rūpinasi visuomene, remdamasis hierarchinių struktūrų, atliepančių politines nuostatas, sistema. Viešojo sektoriaus institucijos reikalingos apibrėžti atitinkamos veiklos srities politikai, jai įgyvendinti ir administruoti.

Viešosios įstaigos paprastai turi daugybę tikslų, kurie yra sudaryti politiškai bei konkuruojantys tarpusavyje (Rainey, 2003). Todėl, ar viešoji įstaiga keis savo valdymo veiklą, priklausys nuo veiklos vykdymo apimčių (pavyzdžiui, produktyvumo, efektyvumo ir bešališkumo) ir taip pat organizacijos išlikimo svarbumo suvokimo (Gedvilaitė – Moan, Zakarevičius, 2010).

Strateginis šiuolaikinės sveikatos priežiūros tikslas – aktyvinti individų, grupių bei organizacijų dalyvavimą diegiant įvairias sveikatos gerinimo programas, skatinant sveikatos paslaugų teikėjų ir vartotojų dialogą, ugdant pacientų atsakomybę už savo sveikatą.

Sveikatos priežiūros svarba ir jos poveikis globaliniui ekonominiui vystymuisi traukia daugelio teoretikų, visuomenės, ir privataus kapitalo savininkų dėmesį (Smilga, Janušonienė, 2009). Vienas iš didžiausių šiuolaikinių sveikatos apsaugos sektoriaus iššūkių – identifikuoti ir planuoti savo veiklą, kuri padėtų spręsti problemas, kurios susijusios su socialiniais/demografiniais pokyčiais, ekonominėmis sąlygomis, įstatymų leidyba, politiniais sprendimais. XXI a. tiek viešos, tiek ir privačios sveikatos apsaugos įstaigos susiduria su minėtais pokyčiais, tačiau ne visi vadovai pasiruošę ir geba juos atlaikyti bei išgyventi. Sėkmingai besivystančios sveikatos apsaugos organizacijos turi vadovus, kurie supranta išorinių pokyčių reikšmę, geba vykdyti efektyvias strategijas, kurios įveikia pokyčius. Šie gebėjimai kartu apjungia tai, ką vadiname „strateginis valdymas“ (Swayne ir kt., 2006). Strateginio valdymo problematika sveikatos apsaugos sistemoje apima tikslų sistemos aspektą ir išteklius, tokius kaip: finansai, personalas, technologijos, valdymo schemos, informacija, patirtis ir žinios (Mintzberg, Lampel, Quinn, Ghoshal, 2002; Ackoff, 1981; Januponis, 2000). Sveikatos apsaugos sistema turėtų apimti visas veiklos kryptis, kurios turi būtąs ekonominių sveikatai: ekonomika, ekologija, socialinė apsauga, sveikatos apsauga. Problemos turėtų būti sprendžiamos kompleksiskai, integruotai. Strateginio potencialo plūtra sveikatos apsaugos sistemoje (kaip, beje, ir

pramonės, verslo, paslaugų, kultūros, mokslo ir kt. sferose) yra svarbi sudedamoji siekiant strateginių tikslų (Ansoff, 1989; Koteen, 1988; Drucker, 1995).

Sveikatos apsauga yra viena valstybės vystymo strategijos posistemė, glaudžiai susijusi su bendru ekonomikos ir infrastruktūros raidos tikslu ar jų sistema (Smilga, Grebliauskas, 2000; Smilga, 1997). Modernioji vadyba leidžia pareikšti šią sveikatos apsaugos sistemą kaip šią sudėtinę valstybės strateginio valdymo posistemę (Smilga, Januševičienė, 2005). Autoriai teigia, kad efektyvesnė sveikatos apsaugos sistemos politika būna tik suderinus visų valstybės vystymo strategijos posistemės tikslus ir veiklą tiek pačios viduje, tiek ES regiono atžvilgiu.

S. L. Syme (1996) teigia, kad būtina visuomenės sveikatos problemas sprendžianti strategija, kur sveikatos būklės rodikliai būtų išdėstyti remiantis kompleksiniais, dinamiškais ir sąveikaujančiais socialiniais tarpusavio santykiais, kuriuos nustatytų socialinės institucijos ir organizacijos, įskaitant šeimas, bendruomenes, darbo vietas. Kiekvienas žmogus turėtų suvokti, jog ne Sveikatos apsaugos ministerija, ne ligoninė ar tam tikras gydytojas pagerins jo sveikatą, o jis pats turi priimti asmeninę atsakomybę už ją (Smilga, Januševičienė, 2005).

Pagrindiniai strateginiai dokumentai ir teisės aktai, reglamentuojantys visuomenės sveikatos apsaugą ES. ES įsipareigojimų savo gyventojų sveikatai istorinė raida klostėsi taip:

1987 m. suvestiniu Europos aktu (100 a ir 118 straipsniai) pripažintos nuostatos, reglamentuojančios sveikatos apsaugos ir darbo aplinkos taisyklių derinimą;

1992 m. – Maastrichto sutartis, įsigaliojusi 1993 m., aplinkos apsaugos 130 straipsnis ir vartotojų apsaugos 129 straipsnis jau reglamentuoja visuomenės sveikatos veiksmus. Tuometinės sutartį pasirašiusios ES šalys savo visuomenės sveikatos programoje numatė 8 prioritetines veiklos sritis;

1997 m. – Amsterdamo sutartis, kurią pasirašė 15 šalių ir kuri įsigaliojo 1999 m., numatė tolesnę ES sveikatos politikos plėtrą. Jos 152 straipsnis įpareigojo užtikrinti veiksmingą sveikatos apsaugą tobulinant ir įgyvendinant bet kurios srities Europos politiką;

1998 m. PSO Europos regiono komitetas priėmė Europos strategiją „Sveikata 21“ - pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione.

2002 m. – 2003-2008 m. ES visuomenės sveikatos programa (1786/2002/EB). Joje numatyti 3 strateginiai prioritetai: sveikatos informacija, sveikatą lemiantys veiksniai ir atsakas į grėsmes (Grabauskas, 2004). Pastaroji programa formuoja esminius Europos Bendrijos sveikatos strategijos pagrindus, sutelkiant dėmesį į šiuos tikslus ir bendras priemones: gerinti informaciją ir žinias skatinant visuomenės sveikatos stiprinimą ir sveikatos sistemas; didinti gebėjimą greitai ir suderintai reaguoti į grėsmes sveikatai; spręsti svarbių veiksnių sveikatai klausimus.

2007 m. - Baltojoje knygoje „Kartu sveikatos labui, 2008 – 2013 m. ES strateginis požiūris“, išdėstė naujosios strategijos poreikį ir naują požiūrį į esamą visuomenės sveikatos situaciją. Šioje Baltojoje knygoje siekiama nustatyti nuoseklią sistemą – pirmąją EB sveikatos strategiją – numatyti kryptį Bendrijos veiksams sveikatos politikos srityje. Knygoje siūlomi keturi pagrindiniai principai, pagrindžiantys tris strateginius tikslus, kurie bus artimiausių metų prioritetai.

Kiti svarbūs teisiniai aktai: Europos širdies sveikatos chartija (2007), Liuksemburgo deklaracija, Baltoji knyga „Dėl Europos strategijos su mityba, atsaveriu ir nutukimu susijusiomis sveikatos problemomis“ (2007), ES kai kurios patvirtintos direktyvos siejasi su alkoholio apmokestinimu: rekomendacija dėl alkoholio vartojančio jaunimo (2001 m.) ir direktyva apie televiziją be sienų (direktyva 89/552/EEB), kuri numato apribojimus alkoholio reklamai. 2006 m. spalio mėnesį Europos Komisija patvirtino alkoholio visapusišką strategiją, siekdama skatinti valstybes nars mažinti žalą, kurią sukelia alkoholis Europoje (An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm, 2006). ES direktyva dėl tabako produktų reklamos (2003), pagal kurią draudžiama tabako produktų reklama; šiuo metu ji apima reklamą už nacionalinės sienos ribų ir sporto finansavimą.

Tabako kontrolės pagrindų konvencija (2004), 2005–2012 m. ES kovos su narkotikais strategija, 2005 m. gruodžio 15 d. Komisija priėmė komunikatą dėl kovos su ŽIV/AIDS Europos Sąjungoje ir kaimyninėse šalyse 2006-2009 m., Europos paktas dėl psichinės sveikatos ir gerovės (2008), 2005 metais PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje Europos valstybės priėmė Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaraciją ir Veiksmų planą 2005–2010 metams;

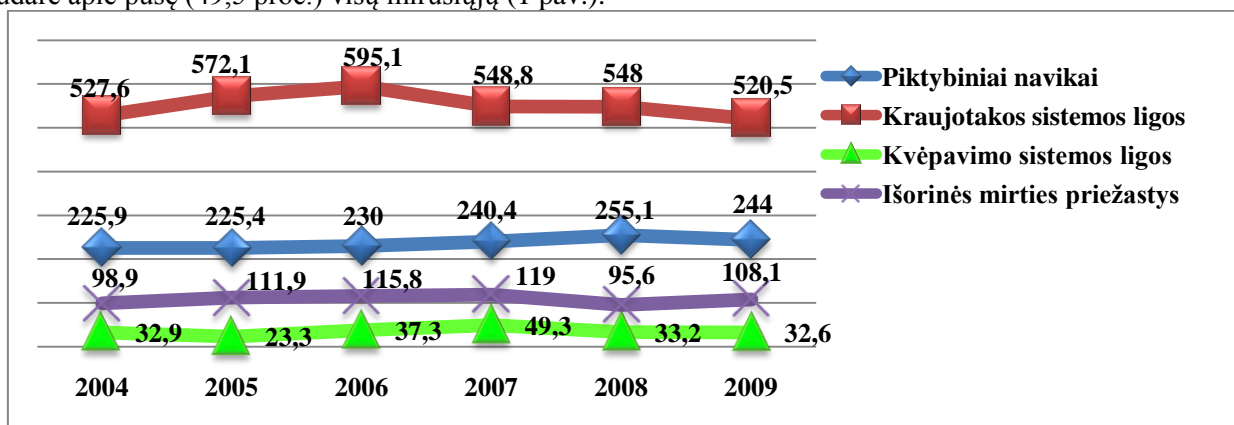
EB komunikatas „Europos partnerystė aktams prieš vėžį“ (2009), 2005 m. priimta Europos strategija Vaikų ir paauglių sveikata ir raida, 2004 m. Europos vaikų aplinkos ir sveikatos veiksmų planas. Egmond'o darbotvarkė, priimta Europos konferencijoje „Švietimas ir sveikatos stiprinimas mokyklose, švietimo ir sveikatos sektorių bendradarbiavimas“, Nyderlanduose, 2002 m. rugsėjo 24-27 d., apima geriausius moksliniais įrodymais ir praktine veikla grindžiamus veiksmus, suvokta kaip esminis dalykas, kuriant sėkmingas sveikatos stiprinimo programas. Sėkmingiausių rezultatų gauta įgyvendinant programas

bendradarbiaujant sveikatos ir švietimo sektoriams. Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijos „Sveikatą stiprinanti mokykla – investicija į mokymą, sveikatą ir demokratiją“ rezoliucija priimta 1997 m. Graikijoje skelbia, kad sveikatos stiprinimas mokyklose yra investicija į sveikatą, švietimą ir demokratiją. Konferencijos išvada – 10 principų, kurie pabrėžė sveikatą stiprinančių mokyklų vertingumą ir jos tikslus.

Visuomenės sveikatos apsaugą reglamentuojantys teisės aktai Lietuvoje. 1991 m. Seimas priėmė Nacionalinės sveikatos priežiūros koncepciją. Ji nustatė sveikatos priežiūros politikos ilgalaikius ir trumpalaikius tikslus bei šios sferos problemų sprendimo intelektualinį pagrindą. Šios koncepcijos pagrindu buvo priimta Lietuvos sveikatos programa ir pradėta sveikatos apsaugos reforma. Lietuvos sveikatos 1997 – 2010 m. programoje numatyti pagrindiniai tikslai iki 2010 metų, remiantis prioritetinėmis Lietuvos gyventojų sveikatos problemomis. 2001 m. liepos 27 d. priimta Lietuvos Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategija (Gustainienė, 2003). Pastaroji 2006 m. koreguota, apibrėžtas laikotarpis – 2006-2013 metai, bei patvirtintas 2006-2008 m. strategijos įgyvendinimo priemonių planas. Strategijos tikslas – pagerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, ilginti gyvenimo trukmę – mažinti sergamumą, mirtingumą ir neįgalumą, ypač daug dėmesio skirti dažniausioms mirties priežastims: nelaimingiems atsitikimams ir traumoms, širdies bei kraujagyslių ligoms, onkologiniams susirgimams, psichikos sveikatos sutrikimams.

Kiti aktualūs visuomenės sveikatą reglamentuojantys teisės aktai: Sveikatos sistemos įstatymas (1994), Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (2002), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996), 2006 m. priimta alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos programa, Valstybės tabako kontrolės programa (1998), Valstybės alkoholio kontrolės programa (1999), 2007 m. patvirtinta sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007-2013 m. programa, Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007 – 2010 metų programa (2007), Lietuvos psichikos sveikatos strategija (2007), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdiniai nuostatai (2008), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. įsakymas „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro privalomų pareigybių sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“, ir daugelis kitų.

Šiaulių miesto gyventojų sveikatos situacijos analizė. Strategijos parinkimas ir įgyvendinimas – pagrindinė strateginio valdymo turinio dalis. Akivaizdu, kad pradinė ir labai svarbi institucijos veiklos trajektorijos nustatymo fazė yra situacijos analizė. Statistikos Departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, jau daugelį metų gyventojų skaičius šalyje sistemingai mažėja. 2010 metų pradžioje Šiaulių mieste gyveno 125 453 žmonės: 56 889 (45,4 proc.) vyrai ir 68 564 (54,6 proc.) moterys. Gyventojų skaičius mažėja dėl neigiamo migracijos saldo ir labai mažo natūralaus gyventojų prieaugio, kuris šiuo metu tiek šalyje, tiek ir Šiaulių mieste yra neigiamas. Šiaulių mieste iki 2000 metų daugiau žmonių gimdavo, nei mirdavo, tačiau nuo 2001 metų mirtingumas viršija gimstamumą. Paskutinius trejus metus Šiaulių miesto gyventojų gimstamumo rodiklis kyla. Po devynerių metų pertraukos, 2009 m., Šiaulių mieste vėl registruojamas didesnis gimstamumas nei mirtingumas. Širdies ir kraujagyslių ligos yra viena svarbiausių ne tik medicinos, bet ir socialinių problemų. 2009 m. Šiaulių mieste mirusieji nuo kraujotakos sistemos ligų sudarė apie pusę (49,5 proc.) visų mirusiųjų (1 pav.).

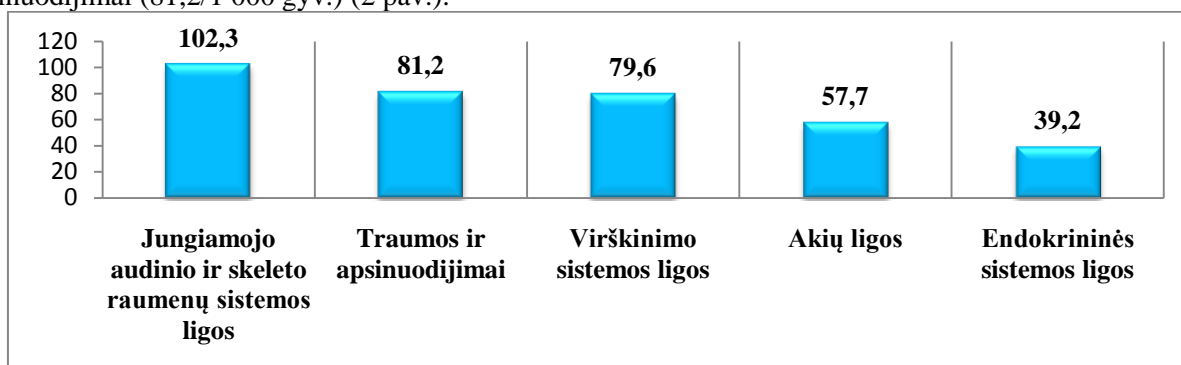


1 pav. Mirtingumas pagal priežastis Šiaulių mieste 2004-2009 m. (100 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės

Higienos instituto sveikatos informacijos duomenimis, Šiaulių mieste savivaldybės 2009 m. sudarė 35,8 atvejo 100 000 gyv. iš kurių dvigubai daugiau buvo vyrų. Eurostato duomenimis, 2008 metais Lietuvoje savivaldybių rodiklis buvo 30,7/100 000 gyv. ir lenkė kitas šalis. Lėtinės neinfekcinės ligos yra viena aktualiausių tiek Šiaulių, tiek visos Lietuvos gyventojų sveikatos problemų. Mažas fizinis aktyvumas,

ilgalaikis stresas, neracionali mityba, rūkymas bei nesaikingas alkoholio vartojimas skatina širdies ir kraujotakos sistemos ligų plitimą.

Gyventojų sergamumo struktūra pagal pagrindines ligų klases skiriasi nuo mirtingumo struktūros. Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, 2009 metais daugiausia Šiaulių miesto gyventojų sirgo jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos ligomis (102,3/1 000 gyv.), antroje vietoje buvo traumos bei apsinuodijimai (81,2/1 000 gyv.) (2 pav.).



2 pav. Gyventojų sergamumas kai kuriomis ligomis Šiaulių mieste 2009 m. (1 000 gyv.)
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

Pastaraisiais metais onkologinių susirgimų šalyje kasmet daugėja. Šiaulių mieste susirgimų šiomis ligomis rodiklis kilo 2005–2007 m. laikotarpyje, o nuo 2008 - mažėjo ir 2009 m. siekė 489,7/100 000 gyv. Pagal LSP, iki 2010 m. sergamumą piktybiniais navikais numatyta sumažinti 10 proc., taigi rodiklis turėtų būti 323,4/100 000 gyv. Tuberkuliozė yra viena grėsmingų užkrečiamų ligų. Šiaulių mieste sergamumas tuberkulioze nuo 2005 m. kasmet mažėja ir 2009 m. siekė 32,6 atvejus 100 000 gyventojų.

Šiaulių visuomenės sveikatos biuro veikla. Savivaldybėje visuomenės sveikatos politiką įgyvendina, pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą numato ir organizuoja savivaldybės gydytojas, tačiau kai kuriose savivaldybėse šią instituciją sudaro tik vienas asmuo, o kai kur jo išvis nėra. Dažnai savivaldybės gydytojas sprendžia su asmens sveikatos priežiūromis susijusias problemas, o visuomenės sveikatos priežiūrai skiriama per mažai dėmesio.

Daugiausia dėmesio ir diskusijų sukėlė funkcijų perdavimas savivaldybėms ir Visuomenės sveikatos biurų steigimas jose. Šios įstaigos steigtos moderniajai visuomenės sveikatos priežiūrai vykdyti, siekiant, kad sveikatos specialistai būtų arčiau bendruomenės ir analizuotų bendruomenės problemas, gyventojams suteiktų sveikatos stiprinimo žinias, efektyviai įgyvendintų savivaldybių, valstybines sveikatinimo programas.

Įgyvendinant šalyje visuomenės sveikatos priežiūros reformą, Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2006 m. patvirtino 2006 – 2013 metų Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategiją ir jos įgyvendinimo 2006 – 2008 m. priemonių planą. Lietuvos nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros strategijoje išdėstytos pagrindinės valstybės nuostatos, susijusios su visuomenės sveikatos priežiūros sistemos modernizavimu, kad ji visiškai atitiktų valstybės poreikius ir naujausius tarptautinius reikalavimus, taip pat priemonės šiam tikslui pasiekti. Viena prioritetinių šios pertvarkos krypčių – visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse (2007 – 2013 metų Šiaulių..., 2007). Pirmieji keturi pilotiniai savivaldybių Visuomenės sveikatos biurai įsteigti 2006-ais metais. Tai Šiaulių mieste, Joniškio, Kėdainių ir Klaipėdos rajonuose.

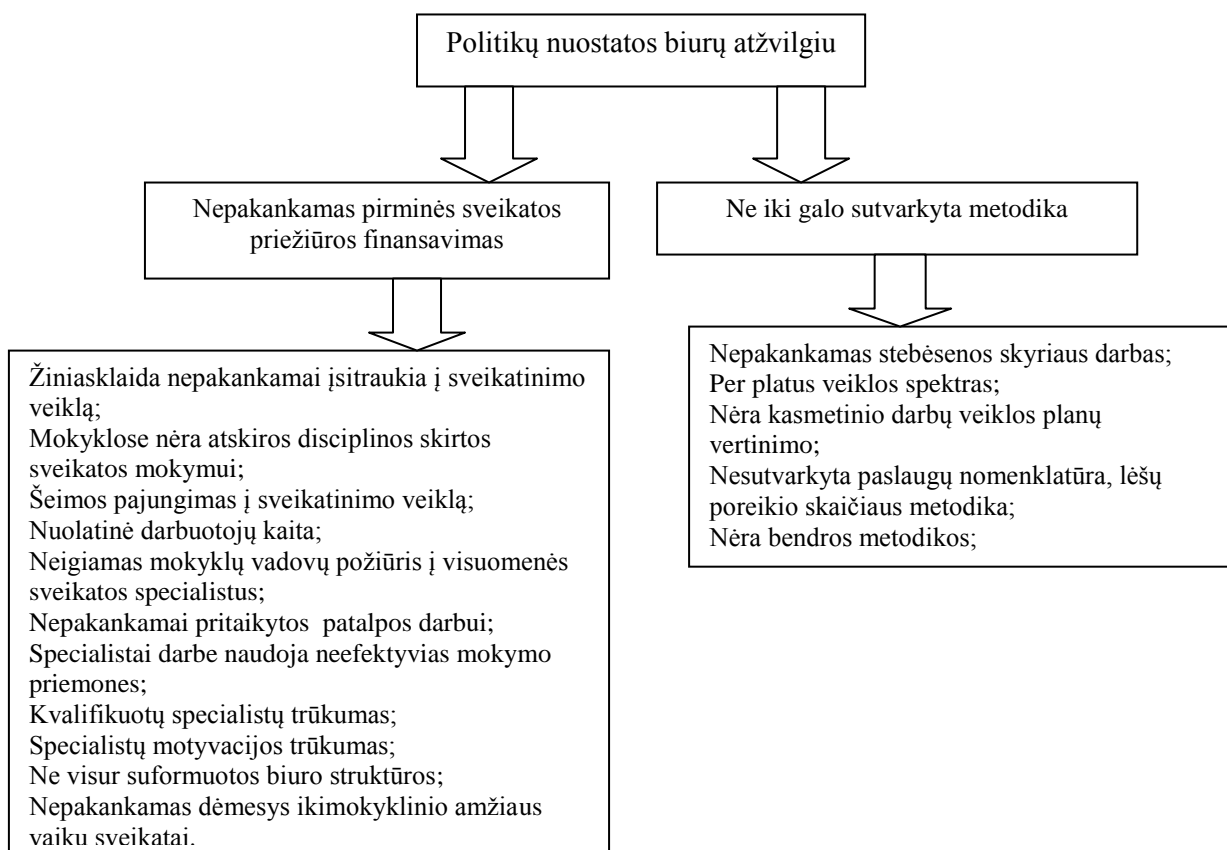
Šiame straipsnyje analizuojama Šiaulių miesto visuomenės sveikatos biuro veikla. Šiaulių miesto savivaldybės biuras įsteigtas savivaldybės tarybos 2006 m. rugpjūčio 23 d. sprendimu, savo veiklą pradėjo spalio mėnesį. Pagrindinis biuro veiklos tikslas – rūpintis savivaldybės bendruomenėje visuomenės sveikata ir ją stiprinti. Veiklos pobūdis – nespecializuotų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas ir teikimas savivaldybės gyventojams (Šiaulių miesto savivaldybės..., 2008).

Ekspertų interviu rezultatų analizė. Siekiant išsiaiškinti Šiaulių visuomenės sveikatos biuro veiklos esamus trūkumus, įvertinti realius pasiekimus ir galimybes, galimus veiklos tobulinimo kelius, buvo vykdoma ekspertų apklausa. Iš viso apklausti 8 ekspertai (E1-Radviliškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro direktorė; E2-Šiaulių universiteto socialinės gerovės ir negalės studijų fakulteto Medicinos pagrindų katedros vedėjas, Šiaulių miesto savivaldybės bendruomenės sveikatos tarybos pirmininkas; E3-Šiaulių teritorinės ligonių kasos analizės skyriaus vedėja, E4-Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro direktorė, E5-Klaipėdos rajono visuomenės sveikatos biuro direktorė, visuomenės sveikatos biurų asociacijos prezidentė, E6-Šiaulių visuomenės sveikatos centro direktorius, E7-Šiaulių miesto savivaldybės

visuomenės sveikatos biuro vaikų ir jaunimo priežiūros skyriaus vedėja, E8- Šiaulių teritorinės ligonių kasos kontrolės ir ekspertizės skyriaus vyriausioji specialistė). Tyrime buvo naudotas interviu metodas - duomenų rinkimas tiesiogiai bendraujant (kalbantis) tyrėjui ir respondentui.

Tyrimo metu išaiškėjo, kad biuras turi daugiau trūkumų nei privalumų. Tai galima paaiškinti keliais aspektais: visų pirma tai gali atsitikti dėl to, kad šios įstaigos yra dar jaunos, nėra patirties, kol kas darbas tik tobulintinas, nėra bendros sistemos, metodikos. Kaip paaiškėjo – kai kurie biurai neturi pilnos struktūros, trūksta vieno ar kelių specialistų. Kitas aspektas gali būti susijęs su Lietuvos sveikatos sistemos reforma, kuri vykdoma per greitai, gerai neapgalvojus visų aspektų. 3 paveiksle apibendrintai pateikta schema, kaip ekspertų išvardinti trūkumai priklauso vienas nuo kito.

Apibendrinant tyrimo rezultatus, galima teigti, kad vienas pagrindinių veiksnių, kurie neleidžia tinkamai biurui funkcionuoti yra savivaldybių ir visų aukštesnių politikų nepakankamas ir dažniai negatyvus požiūris į visuomenės sveikatą. Daugelis ekspertų pareiškė, kad su šia problema buvo susidūrę asmeniškai, kai tenka aiškinti kam yra reikalingas visuomenės sveikatos biuras, kokias funkcijas jie atlieka ir pan. Taigi to rezultatas – per mažai skiriamas finansavimas tiek iš sveikatos apsaugos ministerijos pirminei sveikatos priežiūrai, tiek iš savivaldybės visuomenės sveikatos biurui. Kita pasekmė – nėra pakankamų metodikų, kuriomis galėtų vadovautis visi biurai, nors šios įstaigos jau dirba 5 metus, tačiau, kaip paaiškėjo ir ataskaitas, organizacinius darbus atlieka savaip, o tai reiškia – skirtingai. Iš šių dviejų pagrindinių reiškinį seka ir kiti, ne tik Šiaulių visuomenės sveikatos biure, esančių trūkumai, kurie vienaip ar kitaip įtakoja biuro veiklą.



3 pav. Šiaulių visuomenės sveikatos biuro veiklos trūkumai ir jų tarpusavio ryšiai
Sudaryta autoriaus, remiantis ekspertų tyrimo rezultatais

Kaip parodo 3 paveikslas, daugiausia biuro veikla priklauso nuo finansavimo. Jei jis būtų pakankamas, užtikrintas ir savalaikis galėtume tikėtis didesnės specialistų motyvacijos, mažesnės jų kaitos. Visuomenės sveikatos biuras į savo veiklą galėtų įsitraukti šeimas bei ikimokyklinio amžiaus vaikus, kurių ugdymas yra labai svarbus, nuo kurių reikia pradėti sveikatinimo veiklą, nes didelė dalis vaikų jau į pirmą klasę ateina turėdami sveikatos sutrikimų. Tuo tarpu dėl iki galo nesutvarkytos metodikos atsiranda tokios problemos kaip per platus veiklos spektras. Spręstinių sveikatos problemų yra nemažai, o visas aprėpti ir išspręsti reikia laiko, žmoniškųjų išteklių ir lėšų. Vienas iš ekspertų pabrėžė būtinumą sukurti bendrą metodiką, pagal kurią būtų galima paskaičiuoti paslaugų nomenklatūra ir lėšų poreikį.

Visgi reikia pabrėžti, kad ekspertai teigiamai vertina savivaldybių visuomenės sveikatos veiklą, tačiau dirbti ir pasiekti rezultatų kurių tikimasi be politikų pagalbos ir palaikymo nėra lengva.

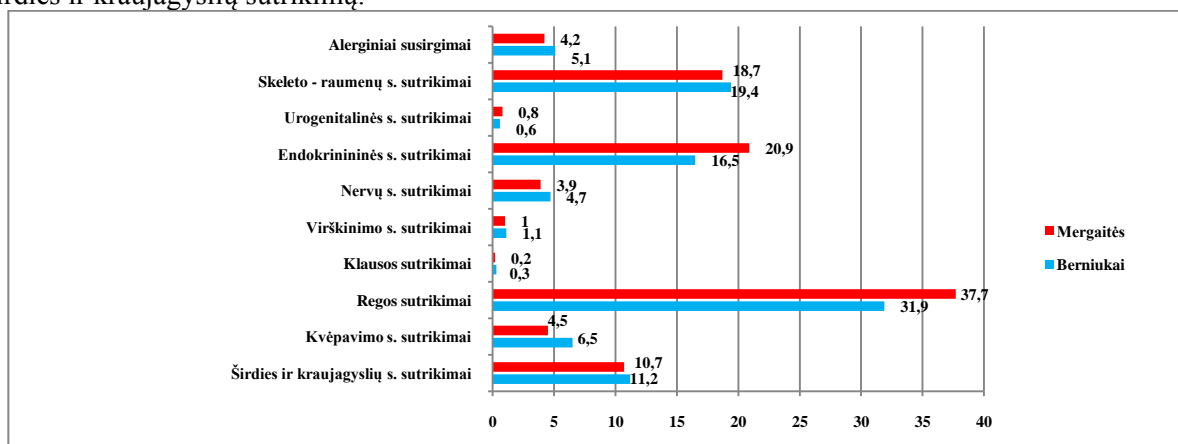
Šiaulių miesto visuomenės sveikatos biuro strateginių prioritetų analizė. Vadovaujantis ekspertų nuostatomis, kaip vienintelį prioritetą, kurį daugelis jų konkrečiai apibrėžė yra vaikų sveikata (jis bus aptartas vėliau). Kitus prioritetus jų nuomone turėtų parodyti stebėsenos analizė (E3, E4, E7, E8). Ekspertai nurodė, kad viena iš pagrindinių savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų yra visuomenės sveikatos stebėseną, kurią vykdant gaunama išsami informacija apie gyventojų sveikatos būklę ir jų lemiančius rizikos veiksnius, ir tuo pagrindu galima nusistatyti visuomenės sveikatos problemas ir visuomenės sveikatos stiprinimo prioritetus, kokios sveikatinimo programos gali būti finansuojamos papildomai. Taigi apibendrinant Šiaulių miesto gyventojų sveikatos būklę, pagrindines sergamumo/mirtingumo priežastis, socialinius ekonominius veiksnius neigiamai veikiančius sveikatą, galima išskirti 4 pagrindinius sveikatos prioritetus.

Pirmasis prioritetas nukreiptas į socialinių – ekonominių sveikatos netolygumų mažinimą. Ši problema aktuali tuo, kad socialiai – ekonominiai skirtumai vis didėja, o sveikatos nelygybė vis ryškėja. Pasak Kalėdienės (2010) socialiniai sveikatos netolygumai Lietuvoje didėjo, tai priklausė nuo skirtingomis kryptimis kintančio mirtingumo įvairiose išsimokslinimo grupėse. Pasaulinės sveikatos organizacijos pateiktas socialinių ir ekonominių faktorių apibrėžimas teigia, kad labiausiai sveikatą įtakoja žmonių gyvenimo sąlygos: skurdas, socialinė atskirtis, nedarbas, kokybiško būsto trūkumas, ekologinis užterštumas, prasta mityba, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kiti veiksniai.

Analizuojant Šiaulių miesto atvejį, kai kuriuos sveikatos netolygumus galima vertinti remiantis 2008 m. atliktu Šiaulių suaugusių žmonių gyvenimo tyrimu. Jame išryškėja sveikatos skirtumai priklausantys nuo įgyto išsilavinimo (savo sveikatą geriau vertina aukštesnį išsilavinimą įgiję respondentai, sunkų fizinį darbą dažniau dirbo nebaigtą vidurinį išsilavinimą įgiję gyventojai), šeimyninės padėties (depresiją dažniau patiria našliai, išsiskyrę asmenys; vienišų žmonių grupėje buvo mažesnė pusryčiaujančių dalis, tačiau didesnė vartojančių alkoholi), bei lyties (daugiau nei 100 cigarečių per gyvenimą didesnė dalis surūkiusių buvo vyrų nei moterų, be to vyrai geriau vertina savo gyvenimo kokybę).

Nors Šiaulių miesto savivaldybė jau 2008 m. pasiekė Lietuvos sveikatos programoje užsibrėžtą tikslą (prailginti Lietuvos gyventojų vidutinę gyvenimo trukmę iki 73 metų), tačiau skirtumas tarp lyties yra didelis (2006-2008 m. vidurkis buvo 10,27 metų). Naujaisiais, 2010 m., duomenimis, Europos Sąjungos valstybių vyrų ir moterų nedarbo lygis skyrėsi nežymiai. Tuo tarpu žymus skirtumas stebimas Lietuvoje bei Šiaulių apskrityje – didesnę dalį bedarbių sudarė vyrai.

Antrasis prioritetas – vaikų sveikata. Prastą vaikų sveikatą rodo tiek sveikatos priežiūros ataskaitų rodikliai, tiek ir vykdomi socialiniai tyrimų rezultatai. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis 2009 metais Šiaulių mieste, apskrityje ir visoje šalyje vaikų sergamumas buvo didesnis nei suaugusiųjų, Šiaulių mieste 1 000-ai vaikų teko 2307,6 naujai registruoti susirgimo atvejai, o suaugusiųjų – 989,3/1 000-ai suaugusiųjų. Pagal mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų pateiktus duomenis Šiaulių miesto bendrojo lavinimo mokyklų mokinių skaičius yra 16385. Iš profilaktiškai sveikatą patikrinusių mokinių 2009-2010 m. tik 33 proc. neturi jokių sveikatos sutrikimų. 10878 sergantiems mokiniams nustatyti 14030 sveikatos sutrikimai. Tai rodo, kad kai kurie moksleiviai turi po kelis sveikatos sutrikimus. 4 paveiksle matome, kad Šiaulių mokiniai daugiausia serga regos sutrikimų (36 proc.), taip pat jau 12 proc. jų turi širdies ir kraujagyslių sutrikimų.



4 pav. Profilaktiškai patikrinusių mokinių sergamumas pagal ligų klases Šiaulių mieste 2010/11 m. m. (proc.)

Sudaryta autoriaus, remiantis profilaktinių patikrinimų rezultatais.

Tarptautiniu mastu tiek Lietuvos, tiek ir Šiaulių mokiniai pirmauja patyčių, alkoholio vartojimo, nepakankamos burnos higienos, laisvalaikio leidimo prie kompiuterio srityse, vis dar per mažai vartoja vaisių.

Vaikų sveikatą, kaip vieną iš svarbiausių prioritetų pabrėžė ir tyrime dalyvavę ekspertai. E1 mano, kad biurai taip pat turėtų rūpintis ir ikimokyklinio amžiaus vaikų sveikata, t.y., šiose įstaigose turėtų dirbti visuomenės sveikatos specialistai. E2, E3, E7 ir E8 teigė, kad labai svarbu užtikrinti vaikų ir jaunimo sveikatą, o E2 ir E8 papildomai pridūrė, jog mokyklose turi būti atskira disciplina sveikai gyvensenai propaguoti, nuostata.

Trečiasis prioritetas - sveikas senėjimas. Gyventojų rengimas senatvei turi būti socialinės politikos dalis ir apimti fizinį, psichologinį, kultūrinį, ekonominį, medicininį ir kitus pasirengimo būdus (Bagdonas ir kt., 2009). Sveikas senėjimas – tai vienas aktualiausių dalykų Europoje. Vis didėjantis pagyvenusių žmonių skaičius daro didžiulę įtaką Europos šalių ekonomikai, rūpybai, socialinei plėtrai, gerovei ir gerai savijautai, todėl būtina kaupti ir gilinti žinias apie tai, kaip skatinti pagyvenusių žmonių sveikatingumą bei gyvenimo kokybę ir kaip išvengti brangiai kainuojančių šio proceso padarinių visiems gyventojams (Sveikas senėjimas, 2007).

Pagal tarptautiniu mastu priimtais vertinimais, Lietuva priskiriama prie demografiškai senėjančių šalių grupės, tai yra didėja senyvo amžiaus (60 metų ir vyresnių) žmonių skaičius bendrame gyventojų skaičiuje. Lietuvoje demografai fiksuoja antrąją senėjimo bangą. 2009 metų pradžioje Šiaulių miesto savivaldybėje pagyvenusių žmonių buvo – 18,8 proc., o apskrityje 20,7 proc. Vaikai (0 -14 metų amžiaus) Šiaulių mieste sudarė 13,7 proc. Taigi šiuo metu tėvų kartą keičia ženkliai mažesnė vaikų karta. Nors nuo 2003 metų gimusiųjų skaičius šalyje didėja, gimstamumo lygis neužtikrina teigiamos kartų kaitos.

Demografinis senėjimas, vykstantis dėl ilgesnės gyvenimo trukmės ir mažėjančio gimstamumo, sukelia gilius gyventojų struktūros pokyčius. Taigi pagyvenusių žmonių vis daugėja ir jie tampa vis svarbesni tiek pačiai ekonomikai, tiek žmonių bendruomenėms, auga jų, kaip vartotojų, poreikiai ir jų, kaip piliečių, lūkesčiai (Ferry, Baker, 2006).

Pagrindinės problemos, su kuriomis susiduria pagyvenę žmonės Šiauliuose yra panašios kaip ir visoje šalyje - užimtumas, pajamos ir jų garantijos, sveikata ir socialinės paslaugos, visaverčio gyvenimo galimybės, į kurias įeina švietimas ir integracija į informacinę visuomenę, būstas ir aplinkos pritaikymas, kultūrinio gyvenimo prieinamumas, transportas, asmens saugumas.

Ketvirtasis prioritetas: lėtinių neinfekcinių ligų prevencija. Vienu iš aktualiausių Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos uždavinių yra lėtinės neinfekcinės ligos. Tai iliustruoja jau anksčiau aptarta Lietuvos gyventojų mirtingumo struktūra, kai vyrauja širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai bei išorinės mirties priežastys. Šios problemos aktualumą Lietuvoje atskleidžia ir daug didesni mirtingumo nuo šių ligų rodikliai palyginimai su Europos Sąjungos šalimis senbuvėmis. Lietuvoje nuo ŠKL miršta beveik dvigubai daugiau gyventojų negu vidutiniškai ES šalyse senbuvėse. Šis rodiklis yra ypač didelis vyresnių nei 64 m. asmenų amžiaus grupėje, kurioje net pusė jų mirties priežastimi yra ŠKL.

Priežastis, dėl kurios, svarstant Lietuvos sveikatos politikos perspektyvą, būtina ypatingą dėmesį skirti lėtinių neinfekcinių ligų (LNL) prevencijai yra labai paprasta. Neinvestuojant į LNL prevenciją, t.y. nesiekiant sumažinti rizikos sirgti šiomis ligomis, jau ir taip didelė ekonominė žala, kurią patiria valstybė dėl brangiai kainuojančių diagnostikos bei gydymo priemonių, dėl prarastų gyvenimo metų nepagaminto nacionalinio produkto, dėl vykstančių demografinių procesų toliau neišvengiamai auga (Chronic disease: an economic perspective, 2006). Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) duomenimis, pagrindinių LNL, tokių kaip kraujotakos sistemos, vėžio, cukrinio diabeto, lėtinių plaučių ligų išsivystymą iš esmės nulemia gyvenamosios sąlygoti 7 rizikos veiksniai: tabakas, hipertenzija, hipercholesterolemija, alkoholis, antsvoris, nepakankamas vaisių ir daržovių vartojimas, fizinės veiklos stoka (World Health Report, 2003). Šiaulių visuomenės sveikatos biuras, ir bet kurios kitos savivaldybės biuras atlieka labai svarbų vaidmenį dėdamas visas įmanomas pastangas mažinant šių rizikos veiksnių paplitimą.

Išvados

1. Pagrindinė Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos problema – vis dar nepakankamai skiriamas dėmesys pirminei sveikatos priežiūrai. Nors Lietuvoje yra pakankama teisinė bazė, reglamentuojanti sveikatos sistemą, tačiau realus jos vykdymas nekokybiškas, ne visos priemonės įgyvendinamos stingant finansavimui. Trūksta ir tarpsektorinio bendradarbiavimo su kitomis institucijomis siekiant bendrų tikslų.

2. Įgyvendinant šalyje visuomenės sveikatos priežiūros reformą, nuo 2006 m. pradėta steigti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Pagrindinis šių įstaigų veiklos tikslas - rūpintis savivaldybės bendruomenėje visuomenės sveikata ir ją stiprinti. Kadangi jos daugiausia žino apie konkrečios savivaldybės gyventojų

sveikatos būklę, gali inicijuoti vietinius politinius sprendimus, ir turi tapti pagrindiniu visuomenės sveikatos politikos sraigteliu. Apibendrinant šiandieninę situaciją – šito kol kas nėra.

3. Šiaulių mieste gyventojų sveikatos būklė labai panaši į šalies. Pagrindinė mirtingumo priežastis yra širdies ir kraujagyslių ligos, piktybiniai navikai ir traumos ir nelaimingi atsitikimai. Visos šios priežastys yra valdomos ir išvengiamos. Dėl didėjančios migracijos ir didelio gyventojų mirtingumo didėja pagyvenusių ir senų žmonių dalis. Kasmet registruojamas didelis vaikų sergamumas, didėja vaikų dalis, kurie turi kelis sveikatos sutrikimus. Vyrauja regioniniai, socialiai ekonominiai skirtumai, sveikatos nelygybė.

4. Pagrindiniai išryškėję sveikatos prioritetai Šiaulių mieste, į kuriuos turėtų būti sutelktas didžiausias dėmesys, yra keturi – lėtinių neinfekcinių ligų prevencija, socialinių – ekonominių sveikatos netolygumų mažinimas, vaikų sveikata bei sveikas senėjimas.

5. Esant nepakankamam politikų požiūriui į Šiaulių miesto ar bet kurios kitos savivaldybės visuomenės sveikatos biurą, stringa jų finansavimas, nesukurta pakankamai metodinės medžiagos pagal kurią įstaigos galėtų vykdyti savo veiklą. Nesutvarkius šių pagrindinių dalykų – atsiranda eilė kitų spęstinių problemų.

Literatūra

1. Ackoff, R. L. (1981). *Creating the Corporate Future*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
2. Ansoff, H. I. (1988). *The new corporate strategy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
3. Bagdonas, G., Samulevičienė, G., Lesauskaitė, V., Macijauskienė, J., Valius, L., Venskutonis, D., Visokinskas, A. (2009). Pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūra. Kaunas.
4. Chronic disease: an economic perspective. (2006). The Oxford Health Alliance.
5. Drucker, P. E. (1995). *Managing in a time great change*. New York: Truman Talley books.
6. Eurostat regional yearbook (2010). Eurostat Statistical books [žiūrėta 2010-11-25]. Prieiga per internetą: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-HA-10-001/EN/KS-HA-10-001-EN.PDF.
7. Gedvilaitė – Moan, A., Zakarevičius, P. (2010). Strateginio planavimo ypatumų viešajame sektoriuje teoriniai aspektai. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai 54.
8. Grabauskas, V., Kalėdienė, R., Valius, L. (2004). *Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius*. Mokslinė monografija. Kaunas: KMU leidykla ISBN 9986-451-94-9.
9. Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla. ISBN 9955-530-48-0.
10. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2010) [interaktyvus] [žiūrėta 2010-12-16]. Prieiga per internetą: <http://www.isic.lt/>.
11. Janušonis, V. (2000). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant*. Klaipėda: Klaipėdos rytas.
12. Jurgutis, A. (2009). Lėtinių ligų kontrolės moderni vadyba – sergamumo ir mirtingumo mažinimo rezervas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2008. Vilnius.
13. Kalėdienė, R. (2010). Lietuvos gyventojų sveikatos raida. Sveikatos politika ir valdymas. Mokslo darbai. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
14. Koteen, J. (1988). *Strategic management in public and nonprofit organizations*. New York: Praeger.
15. Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006 – 2013 metų strategija // Valstybės žinios. 2009, Nr. 22-854 [interaktyvus], [žiūrėta 2010-05-27]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=337959&p_query=&p_tr2=.
16. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“//Valstybės žinios. 1991, Nr. 33-893 [Interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=3044&p_query=&p_tr2=
17. Lietuvos sveikatos programa, 1997-2010 // Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842.
18. Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J. B., Ghoshal, S. (2002). *The Strategy Process*. New York: Prentice Hall College Division.
19. Rainey, H. (2003). *Understanding and Managing Public Organizations*. 3rd ed. – San Francisco: Jossey-Bass.
20. Smilga, E. (1997). Strateginio valdymo galimybės: ar visiškai suvoktos ir panaudojamos. (*The facilities of strategic management: are they clean recognized and realized*). Lietuvos ūkis 10; 11. Vilnius.
21. Smilga, E., Grebliauskas, A. (2000). Lietuvos ekonomikos konkurencingumas: strateginio valdymo aspektas. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, t. 14. Kaunas.

22. Smilga, E., Janušonienė, K. (2005). *Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje*. Tiltai (1).
23. Smilga, E., Janušonienė, K. (2009). The Process of Strategic Management Model Formation and Application in The Lithuanian Health Care System. *Ekonomika*. [Interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-14]. Prieiga per internetą: <http://www.leidykla.vu.lt/fileadmin/Ekonomika/87/124-140.pdf>
24. Syme, S. L. (1996). To Prevent Disease: The Need For A New Approach. In: D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson. *Health and Social Organization: Towards a Health policy for the 21st Century*. London: Routledge.
25. Sveikatos apsaugos ministerijos 2010 – 2012 metų strateginis veiklos planas. Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 30 d. įsakymu Nr. V-231. [Interaktyvus], [žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/Planavimo_dokumentai
26. Swayne, L., E., Duncan, W., J., Ginter, P., M. (2006). *Strategic Management of Health Care Organization*. Fifth edition. Australia.
27. Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės. (2010) [interaktyvus] [žiūrėta 2010-12-16]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/>.
28. Staponkienė, J. (2004). Strateginis valdymas privataus ir viešojo sektoriaus organizacijose: pranašumai ir skirtumai. *Socialiniai tyrimai* 1 (4).
29. Sveikas senėjimas. Europos siekis. Sutrumpinta versija. (2007) [interaktyvus] [žiūrėta 2011-03-16]. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/Sveikatos%20patarimai/lithuanian_shortHA_web.pdf
30. Sveikatos sistemos plėtros pagrindinės nuostatos, 2011 [interaktyvus] [žiūrėta 2011-02-15]. Prieiga per internetą: http://www.tsajunga.lt/uploads/files/dir33/dir1/19_0.php
31. Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuro nuostatai. Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2008 m. vasario 28 d. sprendimas Nr. T-55.
32. World Health Report. (2003). Reducing risk – promoting healthy life, 2002, WHO, Ženeva.
33. 2007 – 2013 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos priežiūros strategija, patvirtinta Šiaulių miesto savivaldybės tarybos 2007 m. rugpjūčio 23 d. sprendimu Nr. T-295.

STRATEGIC PRIORITIES OF PUBLIC HEALTH BUREAU: THE CASE OF SIAULIAI CITY

D. Širvinskaitė, T. Tamošiūnas

Summary

This article highlights the importance of primary health care in the whole health care system. Public health sector has a strong legal framework in Lithuania and Europe. Unfortunately delaying the implementation of various health programs in Lithuania, they are often carried out badly. The new public health institutions – public health bureaus of municipalities started its activities in 2006. They are the main element of the primary health care. The aim of this study is to shape and to base the public health bureau's priorities of Siauliai municipality. The analysis of the health status of the population of Siauliai city shows the main public health problems. Identified four health priorities: children's health, healthy aging, socioeconomic health inequalities reduction and chronic diseases prevention. The public health bureau of Siauliai lacks of political support. As a result, delaying funding, methodology is not sufficient and results in a number of others problems. According to survey findings reveal the main shortcomings of the Public Health Bureau of municipal Siauliai which affect their performance.

Key words: strategy, strategic management, public health, public health bureau.