

## Visuomenės dalyvavimo samprata baziniuose pirmojo Lietuvos Nepriklausomybės dešimtmečio sveikatos politikos dokumentuose (1991 - 2002)

Giedrė Baltrušaitytė

Vytauto Didžiojo universitetas  
S. Daukanto g. 28, LT 44246 Kaunas

**crossref** <http://dx.doi.org/10.5755/j01.ppa.18.3.24724>

**Anotacija.** Straipsnyje, remiantis mokslinės literatūros apžvalga bei dokumentų analize nagrinėjama, kokia visuomenės dalyvavimo su sveikata susijusių sprendimų priėmimo samprata buvo formuluojama pagrindiniuose sveikatos politikos dokumentuose pirmąjį dešimtmetį po Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo. Straipsnyje analizuojama 16 sveikatos politikos dokumentų: Nacionalinė sveikatos koncepcija (1991), Lietuvos sveikatos programa (1998) ir 1994 – 2002 m. priimti sveikatos sistemą reglamentavę įstatymai, kuriuose kalbama apie visuomenės dalyvavimą. Daromos išvados, jog nors visuomenės dalyvavimo svarba pagrindiniuose sveikatos politikos dokumentuose buvo pabrėžiama, tačiau galimybės, kaip visuomenė konkrečiai galėtų įsitraukti į su sveikatos priežiūra susijusių sprendimų priėmimą ir ypač į sveikatos politikos procesus, daugumoje dokumentų nebuvo aiškiai apibrėžtos. Daugelyje nacionalinės svarbos sveikatos politikos dokumentų visuomenė matoma kaip poveikio objektas, dominuoja dalyvavimo kaip pacientų įsitraukimo priimant savo sveikatai svarbius sprendimus samprata.

**Raktažodžiai:** visuomenės dalyvavimas, sveikatos politika, sveikatos sistema, sveikatos politikos dokumentai

**Keywords:** public participation, health policy, health system, health policy documents

### Įvadas

Aktyvus visuomenės dalyvavimas su sveikata susijusių sprendimų priėmimo pastaraisiais dešimtmečiais tapo būtinybe daugelyje demokratinių šalių. Šiuolaikinėje sveikatos politikoje daug dėmesio skiriama tokiems vertybiniais principams kaip žmogaus ir paciento teisės, socialinis teisingumas, solidarumas, o taip pat bendrai atsakomybei už sveikatą, kuri suprantama, kaip aktyvus asmenų, grupių, bendruomenių, institucijų, organizacijų ir sektorių dalyvavimas gerinant sveikatą (Jankauskienė, 2011; p.8). Dalyvavimas kaip esminė geros sveikatos priežiūros dalis apibrėžtas dar 1978 m. Alma Atos deklaracijoje, kurioje teigiama, kad „žmonės turi teisę ir pareigą individualiai ir kolektyviai dalyvauti planuojant ir įgyvendinant savo sveikatos priežiūrą“ (PSO, 1978).

Visuomenės dalyvavimo samprata nėra vienareikšmė. Bendrąja prasme dalyvavimas suprantamas kaip savanoriškas įsitraukimas į asmeniui, bendruomenei ar visuomenei reikšmingas veiklas bei rūpimų klausimų sprendimą, nors nebūtinai yra susijęs su politiniu kontekstu ar tiesioginiu dalyvavimu valdžioje (Tijūnaitienė ir Damkuvienė, 2010). Visuomenės dalyvavimas gali reikštis įvairiais lygmenimis bei formomis, pradedant asmens motyvacija ar gebėjimu dalyvauti priimant individualius sprendimus iki bendruomenių susitelkimo, viešojo intereso gynimo, galimybės daryti įtaką ar kontroliuoti žmonių gyvenimams svarbių sprendimų priėmimą instituciniame lygmenyje (Petukienė ir kt., 2007; Tijūnaitienė ir Damkuvienė, 2010). Kalbant apie visuomenės dalyvavimą sveikatos sektoriuje, galima būtų išskirti du šio dalyvavimo lygmenis: visuomenės įsitraukimą į sveikatos politikos procesus (Thurston ir kt., 2005; Carman ir kt., 2013; Cyril ir kt. 2015) ir asmens ar paciento dalyvavimą priimant konkrečius su gydymu ar sveikatinimusi susijusius sprendimus

(Eldh ir kt., 2004; Sahlsten ir kt., 2008). Jei socialinis ar politinis visuomenės dalyvavimas aktualizuojamas kaip demokratijos įgyvendinimo ir visuomeninės gerovės prielaida, tai visuomenės įsitraukimas į su sveikata susijusių sprendimų priėmimą laikomas dar ir būtina geros asmens ir visuomenės sveikatos sąlyga.

Lietuvoje apie būtinybę įtraukti visuomenę į su sveikata susijusių sprendimų priėmimą prabilta po Nepriklausomybės atkūrimo 1990-aisiais pradėjus nacionalinės sveikatos sistemos pertvarką. Sovietmečiu gydytojas buvo tas asmuo, kuriam tekdavo atsakomybė spręsti dėl tinkamiausio pacientui gydymo, o paciento vaidmuo čia buvo minimalus (Bankauskaitė ir Saarelma, 2003). Nors Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos įstatymo 6 straipsnyje buvo įtvirtinta nuostata, kad "sveikatos apsaugos organų ir įstaigų darbe toliau gerinant gyventojų sveikatos apsaugą plačiai dalyvauja visuomenė" (Vyriausybės žinios, 1971, Nr. 35-286), tačiau ši nuostata buvo daugiau deklaratyvaus pobūdžio, nes tiek pati politinė santvarka, itin centralizuotas sveikatos sistemos valdymas, tiek ir vyraujanti siaura medicininė sveikatos samprata nesudarė prielaidų aktyvesniam gyventojų įsitraukimui į sveikatos klausimų sprendimą (Leonavičius ir kt., 2007). Todėl, po Nepriklausomybės atkūrimo 1990-aisiais, nacionalinės sveikatos politikos strategams teko uždavinys ne tik spręsti perimtas sovietinio sveikatos apsaugos modelio problemas, bet ir diegti pažangios sveikatos politikos principus visuomenėje, kuri buvo nepasirengusi aktyviam įsitraukimui. Kita vertus, čia taip pat galima kelti klausimą, kiek patys to laikotarpio Lietuvos sveikatos sistemos pertvarkos kūrėjai galėjo suvokti visuomenės dalyvavimo sveikatos politikos ir sveikatos priežiūros sprendimuose svarbą, nes iki tol šios sritys buvo tiek politiškai, tiek instituciškai stipriai kontroliuojamos (ten pat.).

Atsižvelgiant į šį specifinį posovietinės visuomenės kontekstą, šiame straipsnyje *siekiama* atskleisti, kokia visuomenės dalyvavimo samprata, t.y., šio dalyvavimo formos ir būdai, buvo įtvirtinta baziniuose pirmojo Lietuvos Nepriklausomybės dešimtmečio (1991 – 2002) sveikatos politikos dokumentuose. Tikslui pasiekti formuluojami šie *uždaviniai*: 1) apibūdinti mokslinėje literatūroje pateikiamą visuomenės dalyvavimo su sveikata susijusių sprendimų priėmimo sampratą; 2) identifikuoti baziniuose nacionalinės reikšmės sveikatos politikos dokumentuose įtvirtintas visuomenės dalyvavimo formas; 3) įvertinti nacionaliniuose sveikatos politikos dokumentuose apibrėžtą visuomenės dalyvavimo sampratą. Straipsnyje bus naudojamos mokslinės literatūros analizė ir kokybine turinio analize, kuri bus taikoma sveikatos politikos dokumentams nagrinėti ir leis vertinti, koks vaidmuo posovietinėje sveikatos sistemoje buvo numatytas visuomenei.

Gali kilti klausimas, kodėl šiandien, praėjus beveik trims dešimtmečiams, turėtų būti aktualu nagrinėti baziniuose nacionalinės reikšmės sveikatos politikos dokumentuose įtvirtintą visuomenės dalyvavimo sampratą? Tokia analizė yra aktuali visų pirma dėl to, kad pirmąjį nacionalinės sveikatos politikos formavimo dešimtmetį buvo pakloti šiuolaikinės Lietuvos sveikatos sistemos konceptualūs ir teisiniai fundamentai. Todėl tuo laikotarpiu priimtų nacionalinio lygmens sveikatos politikos dokumentų analizė gali padėti geriau suprasti nacionalinės sveikatos sistemos raidos specifiką bei jai kilusius iššūkius<sup>1</sup>. Be abejo, Lietuvos sveikatos politikos strategai formuluodami konceptualinius bei teisinius sveikatos sistemos pagrindus vadovavosi PSO rekomendacijomis ir pažangia demokratiškos valstybių praktika, tad dokumentai neišvengiamai atspindės svarbiausiuose tarptautiniuose sveikatos politikos dokumentuose deklaruojamas vertybes bei jų įtvirtinimo principus. Tačiau, kita vertus, kadangi šie dokumentai buvo kuriami specifinėmis istorinėmis, socialinėmis, politinėmis ir ekonominėmis aplinkybėmis, juose neišvengiamai atsispindės ir nacionalinės sveikatos sistemos strategų nuostatos.

Sveikatos politikos ir sistemos formavimo po 1990-ųjų eigą bei iššūkius Lietuvos mokslininkai yra nagrinėję gana plačiai. Šie darbai leidžia geriau suprasti nacionalinės sveikatos sistemos pertvarkos kontekstą. Jankauskienė (2007; 2009; 2011) savo darbuose analizavo Lietuvos sveikatos politikos ir valdymo raidą bei kaitą, vertybinius principus, sveikatos sistemos pertvarkų

---

<sup>1</sup> Pavyzdžiui, apžvelgdama sveikatos politikos ir valdymo vystymą pirmuoju sveikatos reformų dešimtmečiu, Jankauskienė (2009) yra atkreipusi dėmesį į negerėjančią visuomenės sveikatą - ženkliai nuo Europos Sąjungos valstybių atsiliekančią vidutinę gyvenimo trukmę, augantį mirtingumą nuo išvengiamų mirčių.

problemas ir iššūkius; Grabauskas (2003) apžvelgė Lietuvos sveikatos politikos formavimo laikotarpį. Sveikatos priežiūros sistemos pertvarka įvairiais aspektais nagrinėta autorių kolektyvo parengtame leidinyje "Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste" (2000). Sveikatos priežiūros specifiškumus posovietinėje Lietuvoje yra nagrinėję Leonavičius (2003), Leonavičius ir kt. (2007), Bartuškaitė ir Butkevičienė (2013), Pūras ir kt. (2013), kurie sveikatos sistemos pertvarkos sunkumus siejo ne tik su sudėtingu socialinių, politinių, ekonominių permainų kontekstu, bet išvelgė ir tam tikrą sovietinei sveikatos sistemai būdingų bruožų tąsą po Nepriklausomybės atkūrimo, ypač polinkį sutelkti sveikatos priežiūros sprendimus specialistų rankose.

Lietuvos visuomenės dalyvavimo priimant su sveikata susijusius sprendimus moksliniuose tyrimuose dažniausiai nagrinėjamas pacientų pasitenkinimas ar dalyvavimo galimybės sveikatos priežiūroje (Jankauskienė ir kt., 2008; Jankauskienė, 2012; Peičius ir Kučinskaitė, 2014; Janušonis, 2016). Tuo tarpu visuomenės dalyvavimo sveikatos politikoje tyrimų nėra daug. Paminėti galima Petronytės ir Jasaitytės (2017) tyrimą apie pacientų interesus atstovaujančių nevyriausybių organizacijų dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje. Autorės daro išvadą, kad NVO dalyvavimą valstybės sveikatos politikoje riboja hierarchiniai ryšiai, lygiateisio bendradarbiavimo ir dialogo su valdžios institucijomis stoka. Pastarasis tyrimas aktualizuoja ir šiame straipsnyje nagrinėjamą visuomenės dalyvavimo apibrėžties klojant konceptualius ir teisinius pamatus šiandienos sveikatos sistemai klausimą.

### ***Visuomenės dalyvavimo sveikatai svarbių sprendimų priėmimo formos***

Mokslinėje literatūroje nagrinėjama visuomenės dalyvavimo su sveikata susijusių sprendimų priėmimo samprata nėra vienareikšmė. Sąlyginai dalyvavimą su sveikata susijusių sprendimų priėmimo būtų galima skirstyti į visuomenės dalyvavimą įvairiuose sveikatos politikos procesuose ir į asmens ar paciento dalyvavimą priimant konkrečius su gydymu ar sveikatinimusi susijusius sprendimus.

Visuomenės dalyvavimas sveikatos politikoje yra procesas, kuomet pacientai ir visuomeninių organizacijų atstovai įtraukiami į sprendimų priėmimą kaip suinteresuotieji subjektai, patarėjai ar disponuojantys pačia sprendimo teise (Thurston ir kt., 2005). Toks visuomenės dalyvavimas gali reikštis pacientų organizacijų ar bendruomenių interesų atstovavimu įvairiuose komitetuose, tarybose, darbo grupėse, kuriose sprendžiami su sveikata ir sveikatos priežiūros valdymu, planavimu susiję klausimai (Carman ir kt., 2013). Taip pat, gali būti kuriami įvairūs finansavimo mechanizmai, skatinantys bendruomenes kurti ir įgyvendinti joms aktualias sveikatos programas (Cyril ir kt., 2015). Visuomenė gali būti įtraukiama ir į sveikatos priežiūros paslaugų planavimą, organizavimą bei kokybės vertinimą (pvz., atliekant sveikatos priežiūros vertinimo, poreikių apklausas) (Souliotis, 2016). Grįžtamasis ryšys gaunamas gyventojų apklausų metu leidžia geriau atliepti visuomenės sveikatos poreikius, vertinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, pagrįsti ar apibrėžti sveikatos politikos prioritetus, gerinti sveikatos sistemos valdymą (Tritter, 2009).

Kadangi sveikatos politika ir sveikatos priežiūros sprendimai daro įtaką žmonių gyvenimams, asmens dalyvavimas sprendžiant sveikatos klausimus yra apibrėžiamas kaip pilietinė teisė (Vahdat ir kt., 2014; Tenbenschel, 2010). Šios teisės realizavimas sudaro prielaidas įgyvendinti teisingumo ir atskaitomybės principais grindžiamą, į paciento ir visuomenės sveikatos poreikius orientuotą sveikatos priežiūrą, kuri geba tinkamiau, efektyviau, kokybiškiau, galiausiai ir ekonomiškiau spręsti sveikatos priežiūros problemas (Souliotis ir kt., 2018).

Asmens ar paciento dalyvavimas sveikatos priežiūroje apibrėžiamas kaip bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais medicininį konsultacijų ar hospitalizacijos metu, siekiant priimti pacientui tinkamiausius, informuotu sutikimu grindžiamus, gydymo ir sveikatinimosi sprendimus (Sahlsten ir kt., 2008). Asmens dalyvavimas sveikatos priežiūroje taip pat siejamas su atsakomybės už sveikimą bei sveikatinimąsi prisiėmimu (Eldh ir kt., 2004). Paciento dalyvavimas įgalinamas tiek skatinant sveikatos priežiūros specialistus įtraukti pacientus į jų sveikatos priežiūros sprendimų priėmimą, tiek teisiškai įtvirtinant pacientų teises (pvz., teisę atsisakyti gydymo ir t.t.). Mokslinėje

literatūroje pabrėžiama tokio pacientų dalyvavimo svarba: tyrimai rodo, kad aktyvus pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimas yra susijęs su geresniais gydymo rezultatais (Arnetz ir kt., 2008), teigiamais pokyčiais žmonių sveikatos elgsenoje ir sąmoningumu bei atsakomybe sveikatos atžvilgiu (Williamson, 2014). Taip pat, paciento įtraukimas į su gydymu susijusių sprendimų priėmimą yra reikšmingas pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis veiksnys (Thornton ir kt., 2017). Iš esmės sutariama, kad visuomenės ar asmens sveikatinimas bus trumpalaikis ir neefektyvus, jei sveikatinimo sprendimai bus „nuleidžiami iš viršaus“ (Williamson, 2014).

Kita vertus, nors visuomenės dalyvavimo su sveikata susijusių klausimų sprendime būtinybė formaliai yra deklaruojama daugelyje šiuolaikinių sveikatos politikos dokumentų, tačiau realiai tokio dalyvavimo galimybės gali būti ribotos. Callaghan ir Wistow (2006), pavyzdžiui, kelia klausimą, kiek pacientų visuomeninės organizacijos geba apginti savo interesus, kiek jų atstovai yra lygiaverčiai su gydytojais ar politikos formuotojais bei įgyvendintojais priimant pacientams aktualius sprendimus ir įžvelgia tam tikrus interesų konfliktus tarp skirtingų sveikatos sistemos lauko veikėjų. Tradiciškai bet kokie sprendimai šiame lauke buvo ir daugeliu atveju išlieka grindžiami ekspertinėmis (mokslinėmis) specialistų žiniomis, o kitos žinojimo formos vertinamos kaip nepakankamai pagrįstos ar adekvačios (Bryant, 2002). Todėl sprendimų priėmimo procese ekspertinis žinojimas dominuoja kitų žinojimo formų atžvilgiu, be to iš šio žinojimo kylanti specialistų galia spręsti dažnai yra institucionalizuota, kai tuo tarpu visuomenės – ne.

Callaghan ir Wistow (2006) atkreipia dėmesį ir į terminologiją, kuria apibrėžiamas visuomenės vaidmuo sveikatos politikoje ir priežiūroje. Tam tikri dokumentuose vartojami terminai implikuoja skirtingas dalyvavimo formas. Šiandien gana plačiai vartojamas terminas *sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas* nurodo iš esmės asmeninį interesą ir poreikius tenkinančio asmens santykį su sveikatos priežiūra. Vartotojas turi teisę į jo lūkesčius atliepančias paslaugas, jis gali reikalauti kokybės iš *sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo*, tačiau iš esmės vartotojo dalyvavimas sveikatos priežiūroje ar sveikatos politikos procesuose yra trumpalaikis, grindžiamas labiau asmeniniu nei viešuoju interesu. Vartotojas turi teisę dalyvauti, bet tuo pačiu ir teisę nedalyvauti (Callaghan ir Wistow, 2006; p. 585; Jung, 2010).

Terminas *piliētis* ženklina teisinės, politinės ir socialinės narystės bendruomenėje teisėtumą. Piliečių dalyvavime prioretizuojami kolektyviniai interesai, todėl piliečių dalyvavimas peržengia asmeninį poreikį ir suponuoja prielaidas aktyvesniam įsitraukimui į sveikatai svarbių sprendimų priėmimo procesus. Piliečiai gali pareikalauti tam tikros atskaitomybės tiek iš politikų, tiek iš sveikatos sistemos valdymo institucijų, tad iš dalies jų balsas priimant sveikatai svarbius sprendimus yra svaresnis nei vartotojų (Jung, 2010).

Skirtumas tarp *pacientų* ir *visuomenės* nėra toks aiškus. Šie du statusai iš dalies gali sutapti, nors, jei pacientai dalyvaudami priimant su sveikata susijusius sprendimus gali remtis sveikatos priežiūros patirtimi, tai visuomenės indėlis šiuo atveju sunkiau identifikuojamas (Callaghan ir Wistow, 2006; Tritter, 2009). Kita vertus, pats terminas *pacientas* implikuoja tam tikras šio vaidmens ribas: paciento vaidmuo apima tam tikras teises ir pareigas sveikatos priežiūros institucijose, tačiau sprendžiant visuomenės sveikatai aktualius klausimus, kurie išeina už sveikatos priežiūros ribų, šis vaidmuo gali riboti dalyvavimą.

### ***Visuomenės dalyvavimo apibrėžtis 1991 – 2002 m. nacionaliniuose sveikatos politikos dokumentuose***

*Metodologija.* Šioje straipsnio dalyje nagrinėjama visuomenės dalyvavimo apibrėžtis taip vadinamuose pamatiniuose, pirmąjį dešimtmetį po Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo priimtuose sveikatos politikos dokumentuose, kurie formavo teisinius Lietuvos sveikatos sistemos pagrindus. Analizuojami tik tie dokumentai, kuriuose yra kalbama apie visuomenės dalyvavimą. Į analizę įtraukti šie dokumentai: Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija (1991), Lietuvos sveikatos programa (1998), Sveikatos sistemos įstatymas (1994), Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995), Alkoholio kontrolės įstatymas (1995), Tabako kontrolės (1996), Sveikatos draudimo

įstatymas (1996), Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996), Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (1996), Stomatologinės priežiūros įstatymas (1996), Gydytojo medicinos praktikos įstatymas (1996), Kraujo donorystės įstatymas (1996), Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas (1996), Narkologinės priežiūros įstatymas (1997), Maisto įstatymas (2000), Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (2002). Dokumentai analizuojami taikant kokybinės turinio analizės principus, kuomet gilinamasi į dokumento turinį ieškant tyrimui svarbių analitinių vienetų reikšmių.

*Rezultatai.* Atkūrus Lietuvos Nepriklausomybę, 1991 m. Lietuva įstojo į Pasaulinę sveikatos organizaciją, kurios patirtimi buvo remiamasi plėtojant sveikatos politiką ir kuriant nacionalinę sveikatos priežiūros sistemą. Tais pačiais metais buvo parengta ir LR Aukščiausiosios Tarybos patvirtinta Nacionalinė sveikatos koncepcija (LR Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939), kurioje buvo suformuluotos sveikatos priežiūros sistemos perspektyvinės kryptys ir reformos principai.

Nacionalinė sveikatos koncepcija buvo grindžiama biopsichosocialine sveikatos samprata, jau keletą dešimtmečių vyravusia demokratinė šalių sveikatos politikoje. Remiantis šia samprata sveikata apibrėžiama kaip visapusiška individo bei visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar fizinių negalių nebuvimas (Žin., 1991-11-30, Nr. 33-893). Koncepcijoje sveikata matoma ne tik kaip valstybės ar sveikatos priežiūros sistemos, bet ir kiekvieno jos nario reikalas. Valstybė turi sudaryti būtinas sąlygas visuomenei bei kiekvienam jos nariui gyventi sveikai, visuomenė turi būti informuota sveikatos klausimais tam, kad galėtų aktyviai dalyvauti valdant sveikatos sistemą, o kiekvienas *piliētis* matomas, kaip aktyviai siekiantis sveikatos (II skyrius 3 punktas).

Teisė į informaciją yra matoma, kaip aktyvaus visuomenės ir kiekvieno jos nario dalyvavimo sveikatos išsaugojime pagrindas. Valstybė turinti užtikrinti piliečių teisę į informaciją apie aplinkos būklę ir gaminamos produkcijos kokybę (IV skyriaus 4 punktas). Dokumentu įtvirtinama ir kita svarbi teisė, kuri galėtų būti traktuojama kaip aktyvaus paciento vaidmens dalis, tai laisvė kreiptis į bet kurią medicinos tarnybą (VI Koncepcijos straipsnis, 2 punktas). Koncepcijoje buvo numatytas ir dar vienas punktas, kuris žymėjo kintančią sveikatos priežiūros sampratą ir paciento vaidmenį joje: pacientas turi teisę gauti kompensacijas medicininės klaidos atveju (IX skyrius 6 punktas).

Lietuvos nacionaline sveikatos koncepcija, kaip kad nusako pats dokumento pavadinimas, buvo siekiama suformuoti nacionalinės sveikatos sistemos koncepciją ir nubrėžti gaires tolesnei sistemos plėtotei, todėl dokumente tik įtvirtinama visuomenės, piliečių ir pacientų dalyvavimo svarba, tačiau koks konkrečiai turėtų būti visuomenės vaidmuo nėra išplėtojama.

Koncepcijoje numatyti sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos prioritetai tapo pagrindu kuriant Lietuvos sveikatos programą (1998), kurioje buvo išipareigota siekti tokių tikslų, kaip gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas; sveikatos santykių teisingumas; gyvenimo kokybės pagerinimas (Žin., 1998-07-17, Nr. 64-1842). Galima teigti, kad šių tikslų įgyvendinimas iš esmės yra neatsiejamas nuo aktyvaus visuomenės ir kiekvieno jos nario įsitraukimo.

Gyvenimo kokybės gerinimas (III skyriaus 1.3. punktas) Programoje tiesiogiai siejamas su aktyviu gyventojų dalyvavimu visuomenės gyvenime ir sveikatos politikos formavime bei sveikos gyvensenos, kaip socialinės normos įtvirtinimu (o tai reikštų ir sąmoningesnę visuomenės požiūrį į savo sveikatą), tačiau gyvenimo kokybės gerinimo tikslas ir jo įgyvendinimas dokumente liko mažai išplėtoti.

Kokią vaidmenį visuomenei buvo numatę ar kaip jį suprato Programos kūrėjai iš dalies galima vertinti pagal specialiųjų tikslų įgyvendinimo formulavimą, taip pat pagal integruoto poveikio būdų (IV skyrius) įgyvendinimo ir prioritetinių sveikatinimo veiklos kryptių pristatymą (V skyrius).

Specialieji Programos tikslai (III skyriaus 2 dalis) apėmė įvairias problemines ar spręstinas visuomenės sveikatos ir sveikatos priežiūros sritis: lėtines (2.1, 2.2, 2.7), užkrečiamąsias (2.5.1, 2.5.3), lytiniu keliu plintančias (2.5.2) ligas, imunoprofilaktiką (2.5.4), psichikos ligas ir savižudybes (2.4), nelaimingus atsitikimus ir traumatizmą (2.3) ir burnos sveikatą (2.6). Iš esmės tik trijų iš

dešimties specialiųjų tikslų įgyvendinime visuomenė buvo matoma kaip aktyvi dalyvė (pvz., dokumente numatyta į gyventojų sveikatos stiprinimą ir išsaugojimą įtraukti visuomenės organizacijas, skatinti "Sveikų miestų" ir pan. judėjimus, siekti glaudaus bendradarbiavimo su nevyriausybinėmis organizacijomis sprendžiant diabetologijos problemas). Siekiant daryti poveikį specifinėms visuomenės sveikatos problemoms pagrindine priemone Programoje laikomas visuomenės informavimas, švietimas, sveikatą palaikančių įgūdžių ugdymas ir pan. Galima daryti prielaidą, jog kadangi specialieji tikslai žymėjo konkrečias sveikatos ar medicininės problemas, jų sprendimo būdai tuo metu buvo matomi daugiau kaip sveikatos priežiūros specialistų reikalas.

Analizuojant integruoto poveikio būdus (IV skyrius), taipogi matoma, kad visuomenė traktuojama daugiau kaip poveikio objektas (numatoma ją informuoti gyvensenos klausimais, pvz., mokyti mitybos principų ir t.t.), kita vertus, kalbama ir apie visuomeninių organizacijų įsitraukimą, pvz., formuojant ir įgyvendinant tabako kontrolės politiką (1.1.1. punktas), vykdant prieš narkomaniją nukreiptus projektus (1.1.3 punktas), remiant visuomenės veiksmus, nukreiptus alkoholio sukeltos žalos profilaktikai ir pagalbai asmenims kenčiantiems nuo jo (1.1.2 punktas).

Visuomenės dalyvavimas minimas artimuosiuose (iki 2005 m.) šios Programos dalies uždaviniuose. Pirmame uždavinyje kalbama apie siekį tobulinti sveikatos priežiūros valdymo struktūrą ir iš to sekančią galimybę visuomenei dalyvauti priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros (IV skyrius, 3.2 skirsnis). Šio dalyvavimo prielaida laikomos bendruomenės sveikatos tarybos savivaldybėse, taip pat Nacionalinė sveikatos taryba.

Programos V skyriuje, apibrėžiant prioritetines sveikatinimo veiklos kryptis, dar kartą užsimenama apie visuomenės dalyvavimą. Dokumente nurodoma, jog sveikatos programų rengimu siekiama „įtraukti visuomenę į sveikatos politikos formavimą“ (Žin., 1998-07-17, Nr. 64-1842). Dokumente taip pat nurodoma, kad „<...> Turi būti atliekamos gyventojų apklausos bei jų pačių sveikatos kokybės vertinimas, žinių apie savo sveikatą įgijimas bei dalyvavimas sprendžiant sveikatos priežiūros valdymo problemas“ (Žin., 1998-07-17, Nr. 64-1842).

Taigi, Lietuvos sveikatos programoje buvo nemažai kalbama apie visuomenės dalyvavimą, vis tik galima kelti klausimą, kiek jos kūrėjai suvokė šio dalyvavimo reikšmę, nes iš esmės Programoje visuomenė daugiau matoma kaip poveikio objektas<sup>2</sup>.

Straipsnyje apžvelgiamu laikotarpiu, kuriant ir reformuojant Nepriklausomos Lietuvos SPS, buvo priimta eilė įstatymų, kurie buvo svarbūs apibrėžiant visuomenės dalyvavimą.

Sveikatos sistemos įstatymas (1994) yra bazinis teisinis dokumentas, reglamentuojantis Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos valdymą, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Įstatymo I dalies, I skyriaus 6 straipsnyje nurodoma, kad sveikatinimo veikla reguliuojama remiantis tokiais principais, kaip: „asmens sveikatos priežiūros priimtumas, prieinamumas ir tinkamumas; asmenų laisvė vienyti į visuomenines organizacijas, ginančias asmens ir visuomenės sveikatos interesus, ir valstybės parama šių organizacijų veiklos programoms; visapusiškas, teisingas ir nepavėluotas visuomenės informavimas apie kuo geresnės sveikatos ugdymo sąlygas ir šių sąlygų reklama; visuomeninių organizacijų dalyvavimas sveikatinimo veiklos valdyme tiek tiesiogiai, tiek per demokratiškai išrinktus savo atstovus“ (Žin., 1994-08-17, Nr. 63-1231).

Sveikatos sistemos įstatymas nagrinėjant visuomenės vaidmenį priimant su sveikata susijusius sprendimus yra aktualus tuo, kad jame buvo konkretizuoti visuomenės dalyvavimo būdai. IV Įstatymo dalyje reglamentuojami sveikatinimo veiklos valdymo pagrindai. Šioje įstatymo dalyje numatomos visuomeninių organizacijų, ginančių visuomenės sveikatos interesus veiklos programų rėmimo būdai (IV dalis, I skyrius, 82 straipsnis), taip pat sveikatinimo veiklos subjektų finansavimo šaltiniai (IV dalis, III skyrius, 98 straipsnis). V-oje įstatymo dalyje apibrėžiama Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) valdymo subjektų kompetencija. III-iajame šios dalies skyriuje apibrėžiamos LNSS veiklos koordinavimo institucijos ir funkcijos. Išskiriamos dvi pagrindinės institucijos koordinuojančios sveikatos politiką - Nacionalinė sveikatos taryba (NST) ir Savivaldybės

<sup>2</sup> Kaip pastebi Murauskienė (2000; p.164), Lietuvos sveikatos programa buvo gana „medicininė“.

bendruomenės sveikatos taryba (SBST). Šios institucijos yra svarbios tuo, kad į jų sudėtį įtraukiami visuomeninių organizacijų, ginančių visuomenės sveikatos interesus, atstovai (1/3 NST ir SBST narių yra visuomenės atstovai).

Įstatyme buvo įtvirtintos tam tikros sveikatinimo veiklos būtinosios sąlygos, kurios suteikė daugiau teisių asmenims patiekti sveikatos priežiūros sprendimus: asmens sutikimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas (II dalis, I skyrius, 15 straipsnis), priverstinės hospitalizacijos, diagnostikos bei gydymo priemonių apribojimai (II dalis, II skyrius, 20 straipsnis). Įstatymu buvo apibrėžtos ir kitos gyventojų teisės sveikatos priežiūros institucijose ir sveikatinimo veikloje (VI dalis, I skyrius, 132 straipsnis), tarp kurių ir teisė dalyvauti nustatant sveikatos priežiūros plėtojimo prioritetines kryptis, kontroliuojant sveikatos priežiūros prieinamumą ir tinkamumą. Pacientų teisės toliau buvo įtvirtinamos Psichikos sveikatos priežiūros (1995), Stomatologinės priežiūros (1996), Sveikatos draudimo (1996), Sveikatos priežiūros įstaigų (1996), Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo (1996), Gydytojo medicinos praktikos (1996), Kraujo donorystės (1996), Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės (1996), Narkologinės priežiūros (1997) įstatymais.

Aktualus šiame straipsnyje analizuojamam objektui yra ir Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996), kuris apibrėžė sveikatos priežiūros įstaigų tipus, jų valdymo ypatumus, santykius tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų. II-ame šio įstatymo skyriuje, 31 straipsnyje apibrėžiami Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų patariamieji valdymo organai. Pagal šį straipsnį, visų lygmenų – pirminio, antrinio, tretinio - LNSS įstaigos privalo turėti stebėtojų tarybą, kuri yra patariamasis organas, sudaromas penkeriems metams. Įstatymo II skyriaus 33 straipsnis apibrėžė šios tarybos sudėtį: į tarybą įtrauktas vienas savivaldybės, kurios teritorijoje yra įstaiga, tarybos paskirtas visuomenės atstovas (Žin., 1996-07-12, Nr. 66-1572).<sup>3</sup>

Sveikatos draudimo įstatymas (1996) apibrėžė tam tikras draudžiamųjų teises, tačiau sprendžiant sveikatos draudimo klausimus visuomenės dalyvavimas šiame dokumente nėra numatomas. Įstatymo IV skyriuje apibrėžiant Privalomojo sveikatos draudimo tarybos funkcijas ir sudėtį, nekalbama apie visuomeninių organizacijų galimybes įsitraukti į joms aktualių sprendimų priėmimą (žr. Žin., 1996-06-12, Nr. 55-1287), nors pacientų visuomeninėms organizacijoms greičiausiai būtų aktualu dalyvauti svarstant asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, sąrašo ir kitus klausimus

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (2002) apibrėžė visuomenės sveikatos priežiūrą. Šiame įstatyme visuomenės gebėjimas gerinti sveikatą pagrįdė matomas, kaip sveikos gyvensenos propagandos ir gyventojų sveikatos ugdymo klausimas, nors Įstatymo III skyriaus 1 skirsnio 10 straipsniu įtvirtinama ir galimybė visuomenei dalyvauti viešai svarstant Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos įgyvendinimo rezultatus (Žin., 2002-06-07, Nr. 56-2225).

Alkoholio kontrolės (1995), Tabako kontrolės (1996) ir Narkologinės priežiūros (1997) įstatymuose visuomenė matoma tiek kaip poveikio objektas (būtina informuoti visuomenę apie psichiką veikiančių medžiagų vartojimo poveikį sveikatai, taip pat šio vartojimo socialinę ir ekonominę žalą), tiek kaip sveikatinimo subjektas (išskyrus Narkologinės priežiūros įstatymą). Pavyzdžiui, Alkoholio kontrolės įstatymo I skyriaus 3 straipsnyje pristatant pagrindinius valstybės alkoholio kontrolės politikos principus, numatoma remti sveikatos ir blaivybės organizacijų veiklos, nukreiptos į alkoholio vartojimo mažinimą gyventojų tarpe, programas (Žin., 1995-05-26, Nr. 44-1073). Tabako kontrolės įstatymo III skyriaus 16 straipsnyje įtvirtinama nuostata, kad tabako kontrolės programas gali rengti ir visuomeninės organizacijos. Jos taip pat gali teikti pasiūlymus LR Vyriausybei, Nacionalinei sveikatos tarybai ir kitoms valstybės tabako kontrolės politiką formuojančioms ir įgyvendinančioms institucijoms dėl tabako kontrolės programų rengimo ir įgyvendinimo (Žin., 1996, Nr. 11-281).

<sup>3</sup> LNSS viešosios įstaigos (išskyrus valstybės aukštųjų mokyklų ar valstybinių mokslo įstaigų ir Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtas įstaigas) stebėtojų taryba sudaroma iš 5 narių; Valstybės aukštųjų mokyklų ar valstybinių mokslo įstaigų ir Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtų įstaigų stebėtojų taryba sudaroma iš 7 narių (Žin., 1996-07-12, Nr. 66-1572).

Analizuojamu laikotarpiu priimtas Maisto įstatymas (2000) reglamentavo vartotojų teises ir jų gynimą. Tai yra pirmas nacionalinės sveikatos politikos dokumentas po Nepriklausomybės atkūrimo, kuriame atsiranda terminas *vartotojas* ir kuriame kalbama apie šios tikslinės grupės *interesus* maisto saugos, kokybės bei informavimo apie tai srityse (Žin., 2000-04-19, Nr. 32-893). Įstatymo III skirsnio 10 straipsnyje nurodoma, kad vartotojų teises atstovauja visuomeninės vartotojų teisių gynimo organizacijos, turinčios teisę tirti vartotojų nuomonę, kreiptis į teismą dėl vartotojų teisių ar interesų pažeidimų, gauti informaciją iš gamintojų ir pardavėjų apie maisto saugą ir kokybę, steigti informavimo ir konsultavimo centrus bei bandymų laboratorijas maisto saugai ir kokybei tirti, stebėtojo teisėmis dalyvauti Nacionalinės vartotojų teisių apsaugos tarybos posėdžiuose ir teikti pasiūlymus dėl priemonių vartotojų teisių gynimui gerinti ar informuoti apie maisto saugą ir kokybę reglamentuojančių teisės aktų pažeidimus ir t.t. (Žin., 2000-04-19, Nr. 32-893). Taigi, įstatymu įtvirtinamas aktyvus vartotojų teises ir interesus atstovaujančių visuomeninių organizacijų vaidmuo maisto saugos ir kokybės gerinimo srityje.

Lentelėje 1 pateikiamas visuomenės dalyvavimo sampratos analizės sveikatos politikos dokumentuose apibendrinimas.

Lentelė 1. Visuomenės dalyvavimo samprata pagrindiniuose sveikatos politikos dokumentuose.

| Dokumentas   | Pacientų teisės | Visuomenės informavimas | Visuomenės dalyvavimas sveikatos politikoje |
|--|-----------------|-------------------------|---|
| Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija (1991)                     | ✓               | ✓                       | ✓   |
| Lietuvos sveikatos programa (1998)                                   |                 | ✓                       | ✓✓  |
| Sveikatos sistemos įstatymas (1994)                                  | ✓               | ✓                       | ✓✓✓   |
| Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995)                      | ✓               |                         |   |
| Alkoholio kontrolės įstatymas (1995)                                 | ✓               | ✓                       | ✓✓✓   |
| Tabako kontrolės (1995)  | ✓               | ✓                       | ✓✓✓   |
| Sveikatos draudimo įstatymas (1996)                                  | ✓               |                         |   |
| Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996)                        |                 |                         | ✓✓✓   |
| Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (1996)       | ✓               |                         |   |
| Stomatologinės priežiūros įstatymas (1996)                           | ✓               |                         |   |
| Gydytojo medicinos praktikos įstatymas (1996)                        | ✓               |                         |   |
| Kraujo donorystės įstatymas (1996)                                   | ✓               |                         |   |
| Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas (1996) | ✓               | ✓                       |   |
| Narkologinės priežiūros įstatymas (1997)                             | ✓               | ✓                       |   |
| Maisto įstatymas (2000)  | ✓               | ✓                       | ✓✓✓   |
| Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (2002)                     |                 | ✓                       | ✓✓  |

Šaltinis: sudaryta autorės.

Varnele lentelėje pažymėta, kokia forma (t.y., per pacientų teisių įtvirtinimą, visuomenės informavimą sveikatos klausimais, visuomenės dalyvavimą sveikatos politikoje) matomas visuomenės dalyvavimas atskiruose dokumentuose. Dvejomis varnelėmis pažymėti dokumentai, kuriuose yra numatomi ir visuomenės dalyvavimo sveikatos politikoje būdai, trejomis – kuomet šis dalyvavimas yra institucionalizuotas.

Taigi, kaip matyti lentelėje 1, analizuojamo laikotarpio nacionaliniuose sveikatos politikos dokumentuose visuomenės dalyvavimas daugiausiai apibūdinamas per pacientų teises. Iš 16 analizuotų dokumentų, septyniuose yra kalbama apie visuomenės dalyvavimo sveikatos politikoje būdus (pvz., viešas sveikatai ar sveikatos priežiūrai aktualių sprendimų svarstymas ir pan.), o



penkiuose dokumentuose šie dalyvavimo būdai yra institucionalizuojami (pvz., visuomenė dalyvauja sveikatos politikoje per ją koordinuojančias institucijas (NST, SBST), LNSS stebėtojų tarybas, visuomeninių vartotojų teisių gynimo organizacijoms suteikiamas teises, taip pat numatant finansinės paramos šaltinius visuomeninių organizacijų sveikatinimo veikloms).

Taigi, bent formaliai, baziniuose sveikatos politikos dokumentuose buvo deklaruojama visuomenės dalyvavimo svarba. Kita vertus, nors visuomenės dalyvavimo svarba ir buvo pabrėžiama, tačiau būdai, kaip visuomenė galėtų konkrečiai įsitraukti į su sveikata bei sveikatos priežiūra susijusių sprendimų priėmimą, ir ypač į sveikatos politikos procesus, daugelyje dokumentų nebuvo aiškiai apibrėžti. Dokumentuose dominuojanti dalyvavimo kaip pacientų teisių realizavimo samprata be abejo ženklino ryškų paciento vaidmens pokytį posovietinėje sveikatos sistemoje, tačiau tokia dalyvavimo samprata yra gana siaura, nes dalyvavimas šiuo atveju dažniausiai neišeina iš už sveikatos priežiūros institucijų ar gydytojo ir paciento santykių ribų. Tuo tarpu visuomenės dalyvavimo sprendžiant kolektyvinius visuomenės sveikatai aktualius klausimus svarba yra grindžiama požiūriu, kad sveikata yra ne tik paciento, sveikatos priežiūros specialistų ar sveikatos priežiūros sistemos reikalas, bet reikalauja aktyvaus grupių, bendruomenių, institucijų, organizacijų ir kitų visuomenės sektorių įsitraukimo. Čia galima būtų grįžti prie klausimo, kiek to laikotarpio sveikatos politikos strategai suvokė visuomenės dalyvavimo svarbą, o kiek deklaratyviai perėmė tarptautiniuose dokumentuose įtvirtintas nuostatas. Atsakymas į šį klausimą reikalauja tolesnių tyrimų, tačiau galima kelti prielaidą, kad formuojant conceptualius ir teisinius sveikatos sistemos pamatus visuomenės dalyvavimo svarba greičiausiai dar nebuvo pakankamai įsisąmoninta.

### **Išvados**

1. Mokslinėje literatūroje pateikiama visuomenės dalyvavimo su sveikata susijusių sprendimų priėmimo samprata nėra vienareikšmė. Išskiriamos įvairios visuomenės dalyvavimo formos: nuo asmens atsakomybės už savo sveikatą prisiėmimo, aktyvaus pacientų įsitraukimo į gydymo ir gydymosi procesą iki visuomenės interesų atstovavimo ir dalyvavimo patarėjų ar sprendimo priėmėjų teisėmis įvairiose valdžios institucijose, kuriose sprendžiami su sveikata ir sveikatos priežiūra susiję klausimai. Sąlyginai mokslinėje literatūroje nagrinėjamą visuomenės dalyvavimo sampratą galima skirstyti į visuomenės dalyvavimą sveikatos politikos procesuose ir į asmens ar paciento dalyvavimą priimant konkrečius su gydymu ar sveikatinimusi susijusius sprendimus.

2. Apibendrinant bazinių sveikatos politikos dokumentų, kurie buvo priimti pirmąjį Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo dešimtmetį, analizę galima išskirti keletą pagrindinių šiuose dokumentuose apibrėžtų visuomenės dalyvavimo priimant sveikatai svarbius sprendimus formų: 1. Pacientams suteikiamos įstatymiškai įtvirtintos teisės spręsti savo asmens sveikatos priežiūros klausimus 2. Visuomenė šviečiama sveikatos klausimais ir taip tampa aktyvesnė ir sąmoningesnė sveikatos atžvilgiu; 3. Visuomenė dalyvauja sveikatinimo veiklos valdyje (pvz. per šią veiklą koordinuojančias institucijas ar patariamuosius valdymo organus).

3. Nors baziniuose nacionalinės reikšmės sveikatos politikos dokumentuose pabrėžiama visuomenės dalyvavimo svarba, tačiau būdai, kuriais visuomenė galėtų konkrečiai įsitraukti į su sveikata bei sveikatos priežiūra susijusių sprendimų priėmimą daugumoje dokumentų nebuvo aiškiai apibrėžtos. Visuomenė daugiau matoma kaip poveikio objektas, dominuoja dalyvavimo kaip pacientų įsitraukimo priimant savo sveikatai svarbius sprendimus samprata.

### **Pastabos**

Straipsnis parengtas remiantis tyrimu, kuris finansuojamas pagal LMT programą Modernybė Lietuvoje. Tyrimo projektas: Lietuvos visuomenės modernizacija amžių sandūroje: tęstinumas ir pertrūkiai. Sutarties Nr. MOD-17038.

## Literatūra

1. Arnetz, J.E, Winblad, U., Arnetz, B.B., Hoglund, A.T. Physicians' and Nurses' Perceptions of Patient Involvement in Myocardial Infarction Care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2008, Vol.7, No.2, p. 113-120.
2. Bankauskaite, V., Saarelma, O. Why are People Dissatisfied with Medical Care Services in Lithuania? A Qualitative Study Using Responses to Open-ended Questions. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.15, No. 1, p. 23-9.
3. Bartuškaitė, M., Butkevičienė, E. Lietuvos gyventojų požiūris į sveikatos priežiūros sistemą ir alternatyviąją mediciną. *Viešoji politika ir administravimas*, 2013, T. 12, Nr. 1, p. 94-107.
4. Bryant, T. Role of Knowledge in Public Health and Health Promotion Policy Change. *Health Promotion International*, 2002, Vol.17, No.1, p.89-98.
5. Callaghan, G.D., Wistow, G. Publics, Patients, Citizens, Consumers? Power and Decision Making in Primary Health Care. *Public Administration*, 2006, Vol.84, No.3, p.583-601.
6. Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., Sweeney, J. Patient and Family Engagement: A Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies. *Health Affairs*, 2013, Vol. 32, No.2, p. 223-31.
7. Cyril, S., Smith, B.J., Possamai-Inesedy, A., Renzaho, A.M. N. Exploring the Role of Community Engagement in Improving the Health of Disadvantaged Populations: a Systematic Review. *Global Health Action*, 2015, No. 8, p. 1-12.
8. Černiauskas, G.; Dobravolskas, A.; Murauskienė, L. *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
9. Eldh, A.C, Ehnfors, M., Ekman, I. The Phenomena of Participation and Non-Participation in Health Care--Experiences of Patients Attending a Nurse-Led Clinic for Chronic Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2004, Vol.3, No.3, p. 239-246.
10. Epstein, R., Peters, E. Beyond Information: Exploring Patients' Preferences. *Journal of the American Medical Association*, 2009, Vol.302, No.2, p. 195-197.
11. Grabauskas, V. Nuo klasikinių epidemiologinių tyrinėjimų iki sveikatos politikos formavimo (Kauno–Roterdamo epidemiologinės programos patirtis). *Medicina*, 2003, T. 39, Nr. 12, p.1184-1192.
12. Jankauskienė, D. Sveikatos apsaugos valdymo tobulinimo kryptys. *Visuomenės sveikata*, 2007, Nr. 2 (37), p. 3-6.
13. Jankauskienė, D., Ališauskienė, R., Navickienė, R., Vaitkevičienė, R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemos procese įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 2008, T. 3, Nr. 42, p. 10-19.
14. Jankauskienė, D. Sveikatos politikos ir valdymo vystymas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*, 2009, p.4-22.
15. Jankauskienė, D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*, 2011, p.7-26.
16. Jankauskienė, D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*, 2012, p. 84-101.
17. Janušonis, V. Kokybiška ir tinkama sveikatos priežiūra: pacientų nuomonė ir vertinimas. *Tiltai*, 2016, Nr.3, p. 49-59.
18. Jung, T. Citizens, Co-producers, Customers, Clients, Captives? A Critical Review of Consumerism and Public Services. *Public Management Review*, 2010, Vol.12, No.3, p. 39-446.
19. Leonavičius, V. Sociologijos recepcija Lietuvoje: sveikatos sociologijos atvejis. *Filosofija. Sociologija*, 2003, T.14, Nr.3, p.35-40.
20. Leonavičius, V., Baltrušaitytė, G., Naujokaitė, I. *Sociologija ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas*, Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2007.
21. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija. Valstybės žinios, 1991-11-30, Nr. 33-893.

22. Lietuvos sveikatos programa. Valstybės žinios, 1998-07-17, Nr. 64-1842.
23. Lietuvos TSR Sveikatos apsaugos įstatymas. Vyriausybės žinios, 1971-01-01, Nr. 35-286.
24. LR Alkoholio kontrolės įstatymas. Valstybės žinios, 1995-05-26, Nr. 44-1073.
25. LR Gydytojo medicinos praktikos įstatymas. Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2313.
26. LR Kraujo donorystės įstatymas. Valstybės žinios, 1996-11-29, Nr. 115-2666.
27. LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Valstybės žinios, 1996-10-23, Nr. 102-2317.
28. LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Valstybės žinios, 1995-06-28, Nr. 53-1290.
29. LR Maisto įstatymas. Valstybės žinios, 2000-04-19, Nr. 32-893.
30. LR Narkologinės priežiūros įstatymas. Valstybės žinios, 1997-04-09, Nr. 30-711.
31. LR Stomatologinės priežiūros įstatymas. Valstybės žinios, 1996-04-19, Nr. 35-855.
32. LR Sveikatos draudimo įstatymas. Valstybės žinios, 1996-06-12, Nr. 55-1287.
33. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Valstybės žinios, 1996-07-12, Nr. 66-1572.
34. LR Sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231.
35. LR Tabako kontrolės įstatymas. Valstybės žinios, 1996-02-07, Nr. 11-281.
36. LR Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas. Valstybės žinios, 1996-10-30, Nr. 104-2363.
37. LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas. Valstybės žinios, 2002-06-07, Nr. 56-2225.
38. Murauskienė, L. Sveikatos priežiūros valdymas//*Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Černiauskas, G.; Dobravolskas, A.; Murauskienė, L. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000, p.151-167.
39. Peičius, E., Kučinskaitė, A. Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų dalyvavimas priimanant pirminės sveikatos priežiūros sprendimus: kokybinio tyrimo analizė. *Visuomenės sveikata*, 2014, Nr. 1, p. 90-97.
40. Petronytė, G., Jasaitytė, R. Nevyriausybinų organizacijų, atstovaujančių pacientų interesus, dalyvavimas valstybės sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2017, T.1, Nr.10, p. 115–131.
41. Petukienė, E., Tijūnaitienė, R., Raipa, A. Visuomenės dalyvavimas: socialinio kapitalo, demokratijos ir racionalaus pasirinkimo teorijų apžvalga. *Viešoji politika ir administravimas*, 2007, Nr. 21, p. 87-95.
42. Pūras, D., Šumskienė, E., Veniūtė, M., Šumskas, G., Juodkaitė, D., Murauskienė, L., Mataitytė-Diržienė, J., Šliužaitė, D. *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*. Mokslo studija. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2013.
43. Sahlsten, M.J, Larsson, I.E, Sjostrom, B., Plos, K.A. An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum*, 2008, Vol. 43, No.1, p. 2-11.
44. Souliotis, K. Patient Participation in Contemporary Health Care: Promoting a Versatile Patient Role. *Health Expectations*, 2016, Vol.19, No.2, p. 175–178.
45. Souliotis, K., Peppou, L.E., Agapidaki, E., Tzavara, C., Debais, D., Hasurdjiev, S., Sarkozy, F. Health Democracy in Europe: Cancer Patient Organization Participation in Health Policy. *Health Expectations*, 2018, Vol.21, No.2, p. 474–484.
46. Tenbensel, T. Public Participation in Health Policy in High Income Countries—Why, Who, What, Which, and Where? *Social Science and Medicine*, 2010, Vol.71, No.9, p.1537–1540.
47. Thornton, R.D., Nurse, N., Snavely, L., Hackett-Zahler, S., Frank, K., DiTomas R.A. Influences on Patient Satisfaction in Healthcare Centers: A Semi-Quantitative Study over 5 Years. *BMC Health Service Research*, 2017, Vol. 17, No.361, p.1-9.
48. Thurston, W., MacKean, G., Vollman, A., Casebeer, A., Weber, M., Maloff, B., Bader, J. Public Participation in Regional Health Policy: A Theoretical Framework. *Health Policy*, 2005, Vol. 73, No. 3, p.237-252.
49. Tijūnaitienė, R., Damkuvienė, M. Visuomenės dalyvavimo koncepcijos: teorinė prieiga. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 2010, T.1, Nr. 17, 125–132.

50. Tritter, J.Q. Revolution or Evolution: The Challenges of Conceptualising Patient and Public Involvement in a Consumerist World. *Health Expectations*, 2009, No.12, p. 275-87.
51. Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., Hamzehgardeshi, Z. Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2014, Vol.16, No.1, p. 1-7.
52. Williamson, L. Patient and Citizen Participation in Health: The Need for Improved Ethical Support. *American Journal of Bioethics*, 2014, Vol.14, No.6, p.4–16.
53. World Health Organisation. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 1978.

Giedrė Baltrušaitytė

**The Concept of Public Participation in Key Health Policy Documents of  
the First Decade of Lithuania's Independence (1991 – 2002)**

*Abstract*

The article focuses on the concept of public participation in key national health policy documents that were adopted during the first decade of Lithuania's Independence (1991 – 2004). Seventeen health policy documents are analyzed: National Health Conception (1991), Lithuanian Health Program (1998) and major health system related laws that defined public participation. It is concluded that although the importance of public participation in key health policies has been highlighted, the possibilities for public involvement in health policy or health and healthcare decision-making in most of these documents were not clearly defined. Public participation is often seen not as involvement of the public in the processes of shaping or implementing health policies, but as participation of patients in their healthcare through granting them certain rights to make personally significant decisions. The public is also often treated as the object in health or healthcare-related decision-making.

*Giedrė Baltrušaitytė* – Vytauto Didžiojo universiteto Socialinių mokslų fakulteto Sociologijos katedros lektorė, socialinių mokslų daktarė.  
email: [giedre.baltrusaityte@vdu.lt](mailto:giedre.baltrusaityte@vdu.lt).

*Giedrė Baltrušaitytė* – Doctor of Social Sciences, Assist.Professor at the Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Vytautas Magnus University.  
email: [giedre.baltrusaityte@vdu.lt](mailto:giedre.baltrusaityte@vdu.lt)