

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

Mokslo darbai · Research Papers

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

1(4)

2012

ISSN 2029-3569 PRINT

ISSN 2029-9001 ONLINE



MYKOLO ROMERIO
UNIVERSITETAS

ISSN 2029-3569

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS

**MOKSLO DARBAI
2012 1(4)**

**2012
Vilnius**

Redaktorių kolegija:

Pirmininkė prof. dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universitetas

Nariai:

Prof. Ilze Akota, Rygos Stradinio universitetas, Latvija

Paul Daniel Bartels, Danijos Aarhus regiono ligoninė, Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacija

Prof. dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolo Romerio universitetas

Doc. dr. Aistė Diržytė, Mykolo Romerio universitetas

Prof. habil. dr. Vilius Grabauskas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Prof. Edmond Georgijevič Eidemiller, Šiaurės Vakarų I. I. Mečnikovo universitetas, Sankt Peterburgas, Rusija

Doc. dr. Aldona Jociūtė, Mykolo Romerio universitetas

Prof. dr. Egon Jonsson, Kalgary universitetas, Alberta universitetas, Sveikatos ekonomikos institutas, Kanada

Prof. habil. dr. Vinsas Janušonis, Klaipėdos universitetinė ligoninė, Klaipėdos universitetas

Doc. dr. Vytautas Jurkuvėnas, Higienos institutas, Vilniaus universitetas

Prof. dr. Jonas Juškevičius, Mykolo Romerio universitetas

Doc. dr. Diane Kelly, Duke universiteto Slaugos mokslų mokykla, Šiaurės Karolinos universiteto Gilling visuomenės sveikatos mokykla

Dr. Kęstutis Miškinis, Valstybinė ligonių kasa

Prof. dr. Andrius Narbekovas, Mykolo Romerio universitetas

Prof. dr. Birutė Pitrėnaitė, Mykolo Romerio universitetas

Prof. habil. dr. Stasys Puškorius, Mykolo Romerio universitetas

Prof. habil. dr. Donatas Stakišaitis, Mykolo Romerio universitetas

Prof. dr. Nijolė Vasiljevienė, Mykolo Romerio universitetas

Prof. dr. Irena Žemaitaitytė, Mykolo Romerio universitetas

Spausdinama pagal autorių rankraščius.

Redakcijos adresas:

MRU Politikos ir vadybos fakultetas,

Politikos mokslų katedra,

Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva

El. paštas pmk@mruni.eu

Interneto svetainė: http://www.mruni.eu/lt/mokslas/leidiniai/mokslo_darbai/

Žurnalas leidžiamas nuo 2009 m., nuo 2012 m. įtrauktas į EBSCO Publishing ir International Index Copernicus tarptautines duomenų bazines.

ISSN 2029-3569

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

RESEARCH PAPERS

2012 1(4)

2012
Vilnius

Editorial board:

Chairman: prof. dr. Danguolė Jankauskienė Mykolas Romeris University, Lithuania

Members:

Prof. Ilze Akota, Riga Stradins University, Latvia

Paul Daniel Bartels, European Society for Quality in Healthcare, Aarhus County hospital, Denmark

Prof. dr. Eglė Bilevičiūtė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Doc. dr. Aistė Diržytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. habil dr. Vilius Grabauskas, Lithuanian University of health sciences, Lithuania

Prof. Edmond G. Eidemiller, North – Western medical I.I. Metshnikov State University, Saint –Petersburg, Russia

Doc. dr. Aldona Jociūtė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. Egon Jonsson, University of Alberta, and University of Calgary, Institute of Health Economics, Canada

Prof. habil dr. Vinsas Janušonis, Klaipėda university hospital, Klaipėda university, Lithuania

Ass. prof. dr. Vytautas Jurkuvėnas, Hygiene institute, Vilnius University, Lithuania

Prof. dr. Jonas Juškevičius, Mykolas Romeris University, Lithuania

Consulting ass. prof. Diane Kelly, Duke University School of Nursing and adjunct assist. prof., University of North Carolina Gillings School of Global Public Health, United States of America

Dr. Kęstutis Miškinis, State Sickness Fund, Lithuania

Prof. dr. Andrius Narbekovas, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. dr. Birutė Pitrenaitė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. habil. dr. Stasys Puškorius Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. habil. dr. Donatas Stakišaitis, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. dr. Nijolė Vasiljevienė, Mykolas Romeris University, Lithuania

Prof. dr. Irena Žemaitaitytė, Mykolas Romeris University, Lithuania

It is being printed according to the manuscripts.

Address of Editorial board:

MRU Faculty of Policy and management,

Departamento f Political Sciences,

Valakupių 5, LT-10101 Vilnius, Lithuania

E-mail: pmk@mruni.eu

Internet address: http://www.mruni.eu/lt/mokslas/leidiniai/mokslo_darbai/

The journal is being published since 2009 and has been included into EBSCO Publishing and International Index Copernicus international data bases.

TURINYS

INDRĖ ŠPOKIENĖ Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas	/ 7
KAROLINA KUBILIŪTĖ, IRMA ČAPLINSKIENĖ Alkoholio kontrolės politikos vertinimas Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpiu (1998–2010 m.)	/ 24
VYGANDAS PAULIKAS Europos Sąjungos Sveikatos politika ir jos komitologija	/ 41
BIRUTĖ MIKULSKIENĖ, BIRUTĖ PITRĖNAITĖ, DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ Darbo grupių vieta Sveikatos apsaugos ministerijos organizacinėje struktūroje	/ 64
DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse	/ 84
LIUDVIKA STARKIENĖ Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos	/ 102
KĘSTUTIS ŠTARAS, TOMAS VEDLŪGA Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste	/ 116
RENATA KUDUKYTĖ-GASPERĖ, DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ, KĘSTUTIS ŠTARAS Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje	/ 127
GABRIELĖ KILDONAVIČIŪTĖ, VILMA MORKŪNIENĖ, EDMUNDAS KADUŠEVIČIUS Farmakoepidemiologinių ir farmakoekonominių tyrimų svarba, skatinant racionalią mažos molekulinės masės heparinų vartojimo politiką Lietuvoje	/ 147
VALDAS BENKUNSKAS Psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisiniame reglamentavime probleminiai aspektai	/ 163
AURELIJA JONUŠAITĖ, IRMA ČAPLINSKIENĖ Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų visuomenės sveikatos politikos žinių vertinimas ir tobulinimo poreikis	/ 185
ASTA ŠAMULEVIČIŪTĖ Informacijos apie maistą teikimo vartotojams teisiniai aspektai	/ 196
VIKTORAS JUSTICKIS, ILONA ALEKSIŪNIENĖ Sudėtingas atvejis gydytojo veikloje. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo ribos	/ 221
VIKTORAS JUSTICKIS, TOMAS SALADIS Gydytojo žinios, nustatant susirgimo diagnozę. Medicininių standartų vaidmuo, formuojant jas	/ 248
ALGIMANTAS JASULAITIS, JURIS PLENTA, VIKTORAS JUSTICKIS, JOLITA PLENTIENĖ Sveikatos apsaugos įstaigų darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai	/ 272

CONTENT

INDRĖ ŠPOKIENĖ Legal assessment of the duties to “take care of health” of the person and the state according to Lithuanian legislation	/ 7
KAROLINA KUBILIŪTĖ, IRMA ČAPLINSKIENĖ The assesment of alcohol control policy during Lithuanian health programme implementation (1998–2010)	/ 24
VYGANDAS PAULIKAS European Union Health Policy and its Comitology	/ 41
BIRUTĖ MIKULSKIENĖ, BIRUTĖ PITRĖNAITĖ, DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ The role of advisory groups in the organisational structure of Ministry of Health	/ 64
DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ Quality of health care by opinion of patients in several European countries	/ 84
LIUDVIKA STARKIENĖ Planning the number of physicians: from research to health policy decisions	/ 102
KĘSTUTIS ŠTARAS, TOMAS VEDLŪGA Case management model analysis of the health system context	/ 116
RENATA KUDUKYTĖ-GASPERĖ, DANGUOLĖ JANKAUSKIENĖ, KĘSTUTIS ŠTARAS Assessment of nursing and social policy changes in Centro out-patient clinics	/ 127
GABRIELĖ KILDONAVIČIŪTĖ, VILMA MORKŪNIENĖ, EDMUNDAS KADUŠEVIČIUS Pharmacoepidemiologic and pharmaco-economic research significance promoting rational low-molecular-weight heparins utilization policy in Lithuania	/ 147
VALDAS BENKUNSKAS Mental health care concepts in legal regulation problematic aspects	/ 163
AURELIJA JONUŠAITĖ, IRMA ČAPLINSKIENĖ Assessment of knowledge on public health policy and the need for professional training among professionals working in Public Health Bureau	/ 185
ASTA ŠAMULEVIČIŪTĖ Legal aspects of food information to consumers	/ 196
VIKTORAS JUSTICKIS, ILONA ALEKSIŪNIENĖ Difficult (sophisticated) case in doctor’s activities. Limits of the feasibility of legal demans to a physician	/ 221
VIKTORAS JUSTICKIS, TOMAS SALADIS Doctor’s knowledge making a diagnosis. Medical standards in shaping them	/ 248
ALGIMANTAS JASULAITIS, JURIS PLENTA, VIKTORAS JUSTICKIS, JOLITA PLENTIENĖ Reasons of medical staff resistance against innovations	/ 272

LIETUVOS TEISĖS AKTUOSE ASMENIUI IR VALSTYBEI ADRESUOTŲ PAREIGŲ „RŪPINTIS SVEIKATA“ TEISINIS VERTINIMAS

Indrė Špokienė

Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto
Bioteisės katedra

Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius

Telefonas (+370 5) 2714 576

Elektroninis paštas: indrespokiene@gmail.com

Santrauka

Šiame straipsnyje gilinamasi į Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ ypatumus. Asmeniui įpareigojimai keliami kaip Lietuvos gyventojui ir kaip pacientui. Kaip pacientas asmuo Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų vidaus tvarkos taisyklėmis yra įpareigotas rūpintis savo sveikata, o kaip gyventojas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo nurodymu turėtų vykdyti pareigą rūpintis ne tik savo, bet ir savo tėvų bei nepilnamečių vaikų sveikata. Kyla klausimas, kiek įgyvendinamos ir teisiškai įpareigojančios yra šios nuostatos? Todėl šių teisinių pareigų turinys analizuojamas ir teisinis vertinimas atliekamas pirmojoje straipsnio dalyje. Antroji straipsnio dalis skirta Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintos nuostatos „valstybė rūpinasi žmonių sveikata“ analizei. Aiškinantis ir vertinant tokio valstybės prisiimto įsipareigojimo, taigi ir atsakomybės, apimtį ir ribas atskleidžiamos šios normos įtvirtinimo nacionalinėje teisėje prielaidos, turinys Lietuvos konstitucinėje doktrinoje ir sveikatos teisės moksle.

Reikšminiai žodžiai: *paciento pareigos, paciento pareigų teisinis reguliavimas, pareiga „rūpintis savo sveikata“, valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata, Lietuvos gyventojų pareigos sveikatinimo veikloje.*

Įvadas

Šiuo metu Lietuvoje labiausiai paplitusios širdies ir kraujagyslių ligos, ypač vyresniame amžiuje, taip pat onkologinės ligos. Lietuva iš kitų Europos Sąjungos valstybių narių išsiskiria trumpa vidutine vyrų gyvenimo trukme, dideliu traumų, apsinuodijimų skaičiumi, pirmauja savižudybių skaičiumi¹. Turint omenyje, kad žmogaus sveikata apie 18% priklauso nuo genetinės konstitucijos (paveldimumo), 49–53% – nuo jo paties elgesio, 17–20% – nuo aplinkos veiksnių ir 8–10% – nuo kvalifikuotos ir specializuotos medicinos pagalbos², prasta sveikatos rodiklių statistika pirmiausia signalizuoja apie pačių Lietuvos gyventojų, o taip pat, žinoma, ir apie mūsų valstybės nepakankamą dėmesį asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros sistemoms ir kelia klausimą dėl asmens ir valstybės atsakomybės už šią sritį.

1 Kalėdienė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 15–33.

2 The World Health Report: Reducing, Risk, Promoting Health Style. World Health Organization, 2002. In Pivrikas, V. *Ekologija. Žmogus. Sveikata*. Klaipėda, 2008. P. 291.

Atsakomybė tampriai susijusi su subjekto pareiga atitinkamai elgtis ar nesielgti, pasireiškia pasekmėmis. Šiuo metu galiojančiuose nacionaliniuose teisės aktuose (pagrindė įstatymų lygmeniu) galima rasti įtvirtintas tiek asmeniui (kaip gyventojui, pacientui), tiek valstybei adresuotas pareigas „rūpintis sveikata“. Valstybei – žmonių sveikata, asmeniui – savo, savo tėvų bei savo nepilnamečių vaikų sveikata. Šiame straipsnyje siekiama teisiniu požiūriu įvertinti, kiek įpareigojantys ir įgyvendinami yra šie teisiniai reikalavimai, kokiais atvejais ir kokias sukelia teisinės pasekmes jų nevykdymas ar netinkamas vykdymas. Lietuvos teisės doktrinoje ši problema plačiau nėra tyrinėta. Todėl svarbūs šie uždaviniai: 1) išsiaiškinti minėtų įpareigojimų turinį, 2) nustatyti šių įpareigojimų ypatumus, 3) išryškinti skirtumus (tarp paciento pareigos rūpintis sveikata ir gyventojų pareigos rūpintis sveikata; kylančių pasekmių, atsakomybės apimtys ir pan.). Atliekant tyrimą taikomi dokumentų analizės, sisteminis, lyginimo, apibendrinimo, loginis, tarpdalykinis ir kiti mokslinio tyrimo metodai.

1. Asmens (piliečio / lietuvis gyventojas / paciento) teisinio įpareigojimo „rūpintis sveikata“ ypatumai ir skirtumai

analizuojant asmens pareigos „rūpintis sveikata“ įtvirtinimo Lietuvos teisės aktuose istorinę raidą, sveikatos teisės mokslo doktrinoje galima rasti keletą įdomių įžvalgų apie sovietmečio laikotarpį. J. Juškevičius yra aptikęs, kad TSRS ir sąjunginių respublikų leidybos įstatymų sveikatos apsaugos pagrindų (1969 m.) 4 straipsnyje buvo įtvirtinta nuostata, kad „TSRS piliečiai privalo rūpintis savo ir kitų visuomenės narių sveikata“. Autorius pastebi, kad šią nuostatą reikėjo interpretuoti ir taikyti kartu su visu Pagrindų tekstu ir ypatingai su TSRS Konstitucijos nuostata, kad „teisių ir laisvių įgyvendinimas neatskiriamas nuo piliečio pareigų vykdymo“ (59 str.) ir nurodo, kad būtent šios, iš pirmo žvilgsnio deklaratyvos, pareigos pagrindu buvo įteisintos prievartinio pobūdžio priemonės vengiantiems gydytis venerines ligas, tuberkuliozę ir pan., tame tarpe ir vengiančiųjų gydytis nuo alkoholizmo ir narkomanijos asmenų priverstinis gydymas vadinamuosiuose gydymuosiuose darbo profilaktoriuose (Pagrindų 36 str.). Vis dėlto 1990 metais TSRS konstitucinės priežiūros komitetas turėjo pripažinti, kad priverstinio gydymo nuo alkoholizmo atveju ši piliečių pareiga, kaip teisinis pagrindas yra menkas, nes „tokia pareiga nenumatyta nei TSRS Konstitucijoje, nei tarptautiniuose žmogaus teisių aktuose, ir negali būti įtvirtinama prievartinio pobūdžio priemonėmis“³.

Nepriklausomoje Lietuvoje pareigą „rūpintis sveikata“, adresuotą jau ne piliečiams, o *Lietuvos gyventojams*⁴ pirmasis įtvirtino Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994 m.) (toliau – LR SSĮ), „Pareigų sveikatinimo veikloje“ sąrašė šalies *gyventojai* buvo įpareigoti rūpintis artimai giminystės ryšiais susijusių asmenų – t. y. savo nepilnamečių vaikų ir senų tėvų sveikata“⁵, o po ketverių metų, priėmus naująją

3 Juškevičius, J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai. *Regnum est. 1990 m. kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20. Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui*. Vilnius, 2010, p. 627–645.

4 LR SSĮ numatytų įpareigojimų adresato nederėtų susiaurinti – atkreiptinas dėmesys, kad *Lietuvos gyventojai* ir *Lietuvos piliečio* sąvokų turinys nėra tapatus.

5 Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231. 133 str.

šio teisės akto redakciją, – ir *savo* sveikata. Beje, tuo pačiu išnyko nuoroda dėl *seno* tėvų amžiaus. Kas dėl pareigų kitų asmenų sveikatos teisių atžvilgiu – nurodyta prievolė jų nepažeisti (85 str., 1998 m.)⁶.

Analizuojant tėvų pareigą pasirūpinti savo nepilnamečių vaikų sveikata, pirmiausia pažymėtina, kad ši pareiga, kaip, beje, ir teisė, išplaukia iš vaiko teisės sveikai vystytis (būti sveikam)⁷ ir tėvų kaip teisėtų atstovų pareigos užtikrinti nepilnamečio vaiko teises⁸. Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – LR CK) 3.155 str. 2 dalis ir 3.159 str. 2 dalis taip pat numato, kad tėvai turi pareigą rūpintis vaikų sveikata, o už vaiko priežiūrą atsako bendrai ir vienodai. Vis dėlto, atkreiptinas dėmesys, kad ši pareiga yra terminuoto pobūdžio, nes vaikui sulaukus pilnametystės (18 m.) arba pripažinus veiksmu, tėvų valdžia, tuo pačiu ir pareigų vykdymas pasibaigia. Tai atsispindi ir LR SSĮ 85 straipsnio normoje, nes yra nuoroda dėl vaiko nepilnametystės.

Rūpesčio tėvų sveikata pareigos turinio aiškinimas yra grįstinas grįžtamuoju vaikų-tėvų bendražmogišku, šeimyniniu ryšiu. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 38 straipsnyje numatyta vaikų pareiga gerbti tėvus, globoti juos senatvėje. Vis dėlto, kaip minėta, iš LR SSĮ normos *senatvės* kaip amžiaus tarpsnio nuo kurio kyla įpareigojimas rūpintis tėvų sveikata kriterijus buvo išbrauktas. Vadinas, aptariama pareiga turėtų atsirasti, jei tėvai ne tik dėl senatvės, bet ir dėl įvairių kitų socialinių rizikų (pvz., ligos, neveiksnumo) negali savimi pasirūpinti patys. Civilinio kodekso 3.205 straipsnis *pilnamečių vaikų* pareigą išlaikyti tėvus sieja su dviem sąlygomis: tėvai turi būti nedarbingi ir jiems reikalingas išlaikymas (pvz., neturi pajamų, santaupų ar kitokio turto ir pan.). Tėvų pareiga išlaikyti savo nepilnamečius vaikus užtikrinant būtinas jų vystymuisi sąlygas (tame tarpe, ir susijusias su sveikata) yra proporcinga vaikų poreikiams (šiuo atveju susijusiems su sveikata) bei jų tėvų turtinei padėčiai (CK 3.192 str.). Analogiškai ir tėvai, esant anksčiau paminėtoms sąlygoms, turi teisę į savo vaikų išlaikymą. Vaikams savanoriškai nevykdant pareigos išlaikyti tėvus, kuriems reikalinga parama ši teisė gali būti ginama teismine tvarka. Išlaikymo reikalingi tėvai, taip pat ir kiti CK numatyti subjektai (prokuroras ar valstybės ir savivaldybių institucijos, atsakingos už socialiai saugomų asmenų teises ir teisėtus interesus) turi teisę pareikšti ieškinį, kiekvienu konkrečiu atveju priteisiant ir išieškant iš pilnamečio vaiko, atsižvelgus į jo turtinę padėtį, tėvams reikalingą išlaikymo dydį⁹. Nors LR SSĮ sveikatą apibrėžia kaip asmens fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę ir atitinkamai dėl „dvasinės“, „socialinės“ sričių, o ir pačios „gerovės“ terminų neapibrėžtumo visiškai sveikatos poreikių įgyvendinimas – taigi ir tinkamas pareigos vykdymas teoriškai yra komplikuoatas, CK ir kitų teisės aktų nuostatos rodo, kad tiek tėvų, tiek ir vaikų pareiga rūpintis vieni kitų sveikata nėra vien deklaratyvios nuostatos.

6 Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 112-3099. 85 str.

7 Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 60-1501. 27 str. 2 d.

8 Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 33-807. 4 str. 1 d. 7 p.

9 Atkreiptinas dėmesys, kad pagal LR CK 3.206 straipsnį teismas turi teisę atleisti pilnamečius vaikus nuo pareigos išlaikyti savo nedarbingus tėvus, jei nustato, kad tėvai vengė atlikti savo pareigas nepilnamečiams vaikams.

Priešinga išvada peršasi vertinant LR SSĮ įtvirtintą gyventojų įpareigojimą rūpintis savo sveikata. Nors galima numanyti įstatymų leidėjo ketinimą nurodyti, kad savo sveikatos resursus gyventojai didintų sveikiau maitindamiesi, daugiau mankštindamiesi, susilaikydami nuo žalingų įpročių ir pan., vis tik teisiniu požiūriu vertinant šį įpareigojimą, pirmiausia reikia pastebėti, kad jo įvykdymą vėlgi komplikuoja plati ir apibrėžtumo stokojanti „sveikatos“ samprata. Antra, Lietuvos gyventojui, kuris yra apdraustas /apsidraudęs privalomuoju sveikatos draudimu, pareigos rūpintis savo sveikata nevykdymas praktiškai neužtraukia sankcijų – t. y. neturi didesnės įtakos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisiniams santykiams. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 5 straipsnyje įtvirtinta „draudiminio įvykio“ samprata, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamo asmens sveikatos sutrikimų su jo rizikingu sveikatai elgesiu nesusaisto¹⁰. Taigi, jei tik asmuo patenka į privalomojo sveikatos draudimo sistemą, nemokamai gydomas ir tos būklės bei sutrikimai, kurie atsirado ir dėl nesirūpinimo savo sveikata. Lietuvos teisės aktuose galima išvelgti vos porą teisinių aspiracijų į asmens atsakomybę už savo sveikatą. Viena jų, – LR SSĮ 56 straipsnio nuostata, kad „gyventojų grupių, kurių sveikatai daro didelę įtaką sveikatos rizikos faktoriai asmens ar visuomenės sveikatos priežiūros išlaidos gali būti padengiamos iš valstybinių, savivaldybių sveikatos programoms skirtų lėšų“, „išskyrus tuos sveikatos rizikos faktorius, kuriuos lemia žalingi įpročiai“. Vis tik alkoholizmas, narkomanija, toksikomanija yra įtrauktos į nemokamos medicinos pagalbos sričių sąrašą (LR SSĮ 47 str. 2 d. 7 p.)¹¹. Kitas pavyzdys – mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos 9.1 punkto nuostata¹², kad gyventojai, gaunantys odontologijos paslaugas, „moka už plombines medžiagas, kitas odontologines medžiagas ir vienkartinės priemonės, atsižvelgiant į sunaudotą šių medžiagų kiekį ir tuo metu galiojančias kainas“. Šiuo atveju Lietuvoje, kaip ir daugelyje ES šalių, praktika tokia, kad suaugusiųjų odontologinė priežiūra, išskyrus būtinąją pagalbą, nėra kompensuojama, nepriklausomai nuo to ar problemos kilo dėl nuo asmens pastangų ar elgesio nepriklausančių veiksnių ar dėl prastų asmens burnos higienos, mitybos ir pan. įpročių.

Teigtina, kad nepateisinama rizika savo sveikata kaip pagrindas riboti nemokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, turėtų reikšmingą vaidmenį sveikatos teisėje, jei nacionalinė sveikatos priežiūros sistema būtų išimtinai paremta privačiu sveikatos draudimu. Nors asmens atsakomybės už savo sveikatą kaip sveikatos priežiū-

10 „Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai yra gydytojo diagnozuoti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų sveikatos sutrikimai ar sveikatos būklė, kurie yra pagrindas privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims teikti šio įstatymo ir kitų teisės aktų nustatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.“ [Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 123-5512. 5 str.].

11 Špokienė, I. Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje. *Jurisprudencija*. 2010, 3(121): 342.

12 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 67-2175; 2008, Nr. 59-2239. 9.1 punktas.

ros racionalizavimo veiksnio perkėlimas į teisės lygmenį literatūroje vertinamas nevie-nareikšmiškai¹³, – kadangi sunku nubrėžti ribą tarp aplinkybių ir asmeninio pasirinkimo¹⁴, be to toks požiūris nėra palankus pažeidžiamoje situacijoje (pvz., nuo gimimo ar atsitikus nelaimi) esantiems žmonėms¹⁵, Lietuvoje vis dažniau ir garsiau prabylama, kad valstybės lėšomis derėtų finansuoti tik būtinąją medicinos pagalbą, o kitos išlaidos turėtų būti padengiamos paties paciento papildomomis priemokomis ar dengiamos per papildomojo sveikatos draudimo sistemą, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas priklausytų nuo asmens pastangų išlikti sveikam, laikytis sveikatos profilaktikos ir lėtinių ligų gydymo planų, kad gyvenantys pagal sveikos gyvensenos principus būtų skatinami pinigais, papildomomis atostogomis, mažesnėmis įmokomis ir kitokiomis premijomis¹⁶. Todėl nekyla abejonių dėl to, kad asmens įsipareigojimai siekiant sveikatos ir ją saugant, o tuo pačiu ir paties asmens atsakomybė už savo sveikatą Lietuvoje, kaip ir kai kuriose kitose Europos šalyse, ilgainiui bus didinami.

Analogiškas įpareigojimas „rūpintis savo sveikata“, tik adresuotas pacientams, šiuo metu yra įtvirtintas ir LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme. Dabartinė (trečioji) jo redakcija (2010 m.) „pacientą“ apibrėžia kaip asmenį, kuris „naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis, nepaisant to ar jis sveikas ar ligonis“¹⁷. Lietuvos Aukščiausiasis Teismas yra konstatavęs, kad paciento teisinis statusas įgyjamas nuo asmens kreipimosi į sveikatos priežiūros įstaigą momento¹⁸. Vadinasi paciento pareigas, kaip ir jo teises tikslinga sieti būtent su asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurias organizuoja, vykdo ir prižiūri, sveikatos priežiūros įstaiga, teikimu. Svarbu patikslinti, kad LR SSĮ numatytos pareigos gyventojams nėra skirtos / taikytinos pacientams¹⁹. Todėl paciento pareiga rūpintis savo sveikata, numatyta LR PTŽSAĮ

-
- 13 Buyx, A. M. Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should? *J Med Ethics*. 2008, 34: 871–874.
 - 14 Cappelen, A. W., Norheim, O. F. Responsibility, fairness and rationing in health care. *Health Policy*. 2006, 76: 312–319.
 - 15 Schmidt, H. Patients' charters and health responsibilities. *BMJ*. 2007, 335: 1187–1189.
 - 16 Samoškaitė, E. Diskutuojama iš PSD ateityje finansuoti tik būtinąją pagalbą [interaktyvus]. 2010 balandžio mėn. Naujienų portalas *delfi.lt* [žiūrėta: 2012-06-17]. <<http://www.delfi.lt/news/daily/Health/diskutuojama-is-psd-ateityje-finansuoti-tik-butinaja-pagalba.d?id=30996587>>; Saukienė, I. Ieško būdų kaip branginti gydymą turintiems žalingų ypročių. Naujienų portalas *delfi.lt* [žiūrėta: 2012-06-17]. <<http://www.delfi.lt/news/daily/Health/iesko-budu-kaip-branginti-gydyma-turintiems-zalingu-iprociu.d?id=48028127>>.
 - 17 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 145-6425. 2 str. 10 d.
 - 18 Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2004 m. sausio 13 d. nutartis „Dėl valstybės laiduotos nemokamos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemoje tarp paciento ir sveikatos priežiūros įstaigos susiklos-tančių teisinių santykių pobūdžio ir galimumo nutraukti tokių paslaugų teikimą“. *Teismų praktika*. 2004, 21.
 - 19 Nors „sveikatinimo veiklės“, su kuria LR SSĮ straipsnio antraštė susieja minėtas gyventojų pareigas, samprata plati – asmens, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita su sveikatinimu susijusi veikla, negalima tvirtinti, kad tai pacientų pareigos. Tai rodo ir faktas, kad, tarkim, pareigos rūpintis nepilnamečio vaiko, tėvų sveikata vykdymo priežiūrą reguliuoja kiti specialūs, nesusiję su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, įstatymai (pvz. Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas) ir teisės normos (atitinkamos LR CK nuostatos).

12 straipsnio 2 dalyje yra palyginus naujas nepriklausomos Lietuvos teisinės sistemos fenomenas, nes pirmosios dvi LR PTŽSAĮ redakcijos (1996 m. ir 2005 m.) jokių specialių pacientų pareigų nenumatė. Jau konstatuota, kad analogiška gyventojų pareiga, numatyta LR SSĮ vertintina kaip deklaratyvi, todėl kyla klausimai, ar ir kiek įpareigojanti yra pastaroji norma. Vėlgi, turint omeny paciento statuso atsiradimo ir pabaigos momentą, šios normos turinį išplėsti į nuolatinio ir tęstinio pobūdžio asmens sveiko gyvenimo būdo propagavimo (savo kiek įmanoma geresnės fizinės, dvasinės ir socialinės būklės palaikymo) pareigą būtų netikslu. Juolab, kad ir dvasinės bei socialinės sričių, o ir pačios „gerovės“ sampratų turinys gali būti interpretuojamas labai įvairiai ir toks įpareigojimas, kone, prilygtų pareigai jaustis laimingu²⁰. Taigi šios normos įgyvendinimas ir taikymas praktikoje būtų komplikuoatas. Tai įgalina daryti prielaidą, kad teisiniu požiūriu, LR PTŽSAĮ 12 straipsnio 2 dalyje įtvirtintas nurodymas pacientui „rūpintis savo sveikata“ šiuo metu yra įpareigojantis tiek, kiek koreliuoja su to paties straipsnio 6 dalies normoje numatyta paciento pareiga vykdyti sveikatos priežiūros specialistų paskyrimus ir rekomendacijas, informuoti apie nukrypimus nuo paskyrimų ar nustatyto režimo (12 str. 4 d.; 6 d.). Vykdydamas pareigą suteikti sveikatos priežiūros specialistams informaciją apie savo sveikatą, persirgtas ligas, atliktas operacijas, vartotus ir vartojamus vaistus, alergines reakcijas, genetinį paveldimumą ir apie kitus pacientui žinomus duomenis, reikalingus tinkamai suteikti sveikatos priežiūros paslaugas, pacientas ne tik tampa aktyviu sveikatos priežiūros paslaugų vartotoju, bet tampa kartu su sveikatos priežiūros specialistu atsakingu už surinktos informacijos išsamumą ir tikslumą, remiantis kuria diagnozuojama ar gydoma liga, jis slaugomas. Todėl galima priėti išvados, kad LR PTŽSAĮ norma, kuria pacientas įpareigotas „rūpintis savo sveikata“ yra bendrojo pobūdžio ir teisinės pasekmės sukeltų tik sąveikaujant su specialiosiomis pareigomis. Nustatyti ar pacientas tinkamai rūpinosi savo sveikata (vykdė rekomendacijas, nurodymus, laikėsi režimo, informavo apie sveikatos būklės pakitimus ir pan.) būtų svarbu sprendžiant gydytojų veiksmais paciento sveikatai padarytos žalos atlyginimo klausimus ir nustatant paciento kaltės pobūdį ir mastą atsiradusioje žaloje, įrodinėjant faktą dėl pacientui priklausančios / nepriklausančios turtinės ir (ar) neturtinės žalos kompensacijos, o priklausymo atveju sprendžiant dėl jos dydžio.

Svarbu paminėti, kad pacientų pareiga „rūpintis sveikata“ numatyta ir daugelio asmens sveikatos priežiūros įstaigų priimtose vidaus tvarkos taisyklėse. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas dar 1996-aisiais leido įstaigai vidaus tvarkos taisyklėse nustatyti „pacientų teises ir pareigas įstaigoje“ (67 str. 2 d. 3 p.). Vis dėlto, reikia pastebėti, kad praktikoje iki 2010 m. kovo toks įpareigojimas reiškė, kad paciento pareigos „pasi- baigdavo“ apsilankymu gydymo įstaigoje, nes administraciniame teisės akte įtvirtintos pareigos virtualiai neturėjo jokios įtakos įstatymo lygmenyje įtvirtintų pacientų teisių ribojimui. Šiuo metu kilus ginčui su pacientu sveikatos priežiūros įstaiga gali pasinaudoti ir LR PTŽSAĮ 12 str. 8 dalimi, numatančia galimybę nutraukti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientui, jeigu jis pažeidžia savo pareigas, tame tarpe ir nesirūpina savo sveikata. Tačiau ne visais atvejais. Normoje suformuluotos dvi alternatyvios sąly-

20 Juškevičius, J.; Balsienė, J. Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the right to healthcare. *Jurisprudencija*. 2010, 4(122): 95–110.

gos. Sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, gydymo ar slaugos paslaugų teikimas pacientui gali būti nutrauktas: 1) jei pažeisdamas pareigas pacientas sukelia „grėsmę savo ir kitų pacientų sveikatai ir gyvybei“; 2) arba, jeigu jis šiais veiksmais „trukdo“ kitiems pacientams „gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas“. Čia pat numatyta ir išimtis. Net ir esant pažeidimams, sveikatos priežiūros įstaiga privalo teikti paslaugas (t. y. negali jų teikimo nutraukti), jei tai grėstų pavojais paciento gyvybei. Patį paslaugų teikimo nutraukimo teisinį-praktinį mechanizmą, paciento išpėjimą, išrašymą ir pan. turėtų nusistatyti sveikatos priežiūros įstaiga savo vidaus tvarkos dokumentuose. Vis dėlto reikia pastebėti, kad praktikoje šios nuostatos taikymas gali kelti problemų: pirma – dėl cituotos normos formuluotės juridinės technikos²¹; antra – dėl faktų, kad pacientas *trukdo/sutrukdė* kitiems pacientams gauti *kokybiškas* sveikatos priežiūros paslaugas komplikuoto įrodinėjimo; trečia – dėl šios normos kolizijos su LR Medicinos praktikos įstatymo nuostata, numatančia gydytojui galimybę atsisakyti teikti sveikatos priežiūros paslaugas dėl realaus pavojaus jo gyvybei; ketvirtas trūkumas – norma nesuteikia teisės nutraukti paslaugų teikimą, jei pareigų nesilaikymas kelia pavojų sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų (ne specialistų) sveikatai ir (ar) gyvybei. Nepaisant įvardintų trūkumų, vis tik galima konstatuoti, kad paciento pareiga „rūpintis savo sveikata“ nėra tik deklaratyvi. Kitaip tariant tai yra daugiau ar mažiau pacientą įpareigojanti nuostata, tačiau pasekmės kyla tik atvejais kai kyla ginčas tarp sveikatos priežiūros įstaigos (gydytojo) ir paciento.

2. Konstitucinio valstybės įsipareigojimo „rūpintis žmonių sveikata“ teisinės prielaidos, turinys ir teisinis vertinimas

Rūpintis sveikata yra ne tik kiekvieno šalies gyventojo, bet ir Lietuvos valstybės pareiga. Kaip teisinės tokio įsipareigojimo prielaidas galima įvardinti tarptautinius žmogaus teisių dokumentus, įpareigojančius užtikrinti teisę į sveikatos priežiūrą, priskiriamą socialinių žmogaus teisių grupei. Lietuvos ratifikuotuose tarptautiniuose dokumentuose raginama imtis priemonių „tam, kad būtų užtikrintas kiekvieno piliečio aukščiausias įmanomas fizinės ir psichinės sveikatos lygis“ (Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto (1966 m. 12 str.; Lietuvoje įsigaliojo 1992)²²; imtis „priemonių, skirtų prastos sveikatos priežastims šalinti <...> bei siekti kiek įmanoma užkirsti kelią epideminėms, endeminėms ir kitoms ligoms“ (Pataisytos Europos socialinės chartijos 11 str.; chartija ratifikuota ir Lietuvoje įsigaliojo 2001)²³; sudaryti lygiateisiškas galimybes gauti atitinkamos kokybės gydymą (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijos (1997 m.) 3 str.; Konvencija ratifikuota 2002, įsigaliojo 2003)²⁴.

21 Kritikuotina šios sąlygos juridinė formuluotė. Loginė normos analizė bei jungtuko „ir“ vartojimas joje leidžia daryti prielaidą, kad grėsmė turi kilti kartu ir pačiam pareigų nevykdančiam pacientui, ir kitiems pacientams. Taip pat, jog grėsmė turi kilti tuo pačiu ne tik sveikatai, bet ir gyvybei. Kai kyla grėsmė gyvybei, visada kils ir sveikatai, bet atvirkščiai – juk ne visuomet. Kyla klausimas ar normos pritaikymas tuomet bus teisiškai pagrįstas. Norint išvengti keblumų sprendžiant ginčus praktikoje, normą derėtų pakoreguoti, įterpiant jungtukus „ar“.

22 Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 77-3290.

23 Europos socialinė chartija (pataisyta). *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 49-1704.

24 Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 97-4258.

Terminai „kokybė“, „aukščiausias įmanomas lygis“, „sveikata“ minėtuose teisės aktuose nėra konkrečiai apibrėžti. Tai viena priežasčių, kodėl užsienio akademinės bendruomenės diskusijose vis dar pasitaiko nuomonių, jog teisė į sveikatos priežiūrą apskritai tėra politinės retorikos dalis. Vis tik dabartinė socialinių žmogaus teisių koncepcijos plėtotė rodo priešingą tendenciją – ši teisė vis aiškiau nusakoma kaip konkreti ir konstruktyvi teisinė priemonė – tam tikros valstybės gatantijos užtikrinant bent minimalius asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos ir priežiūros standartus^{25,26}. Pasak S. Gevers, tam, kad asmenys galėtų naudotis aukščiausio pasiekiamo lygio fizine ir psichine sveikata reikia, viena vertus, valstybės apsaugos nuo išorės grėsmių, tokių kaip nesaugus geriamasis vanduo ar mityba, imtis priemonių, užtikrinančių sveikas darbo sąlygas, sveiką gyvenamąją aplinką ir sveikatos mokymą, kita vertus, tai reiškia, kad būtina užtikrinti pakankamos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pasiekiamumą visiems piliečiams, atsižvelgiant į labiausiai pažeidžiamų grupių poreikius ir padėti²⁷. Kaip esminius teisės į sveikatos priežiūrą turinio elementus remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos 1981 metais priimta strategija²⁸ galima įvardyti: motinos ir vaiko sveikatos priežiūrą; imunizaciją nuo infekcinių ligų; tinkamą ligų ir traumų gydymą; bei gyventojų aprūpinimą būtinaisiais vaistais. Šios teisės įgyvendinimo principais galima teigti esant sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumą bei tinkamumą; jų finansinį, geografinį ir kultūrinį prieinamumą gyventojams; kokybę; asmenų lygybę pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis²⁹.

Visi šie sveikatos priežiūros elementai ir principai Lietuvoje buvo suprasti ir suformuluoti dar Sąjūdžio apyaušryje, suvokus būtinybę sukurti naują šalies sveikatos sistemą. Atkūrus nepriklausomybę jie buvo teisiškai įtvirtinti ir jau du dešimtmečius daugiau ar mažiau efektyviai įgyvendinami. Pirmasis nacionalinis teisės aktas, sudaręs tam teisinės prielaidas 1992 m. Lietuvos Respublikos Konstitucija (toliau – Konstitucija). Teisė į sveikatos priežiūrą kaip tokia konkrečiai aukščiausiame šalies įstatyme nėra įvardinta, tačiau vis tik yra įtvirtinta, – tik labai lakoniškos formuluotės teisės normoje. Konstitucijos IV skyriaus „Tautos ūkis ir darbas“ 53 straipsnio 1 dalies pirmasis sakinysskelbia, kad: „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo (toliau – Konstitucinis Teismas) praktika aiškinant šią Konstitucijos normą yra negausi. Peržvelgus Teismo jurisprudenciją, iš tiesų, matyti, jog Konstitucinis Teismas dėl Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies iki šiol yra pasisakęs tik netiesiogiai – t. y. byloje,

25 The right to health: from rhetoric to reality. *The Lancet*. 2008, 372: 2001.

26 The right to health. World Health Organization. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Fact Sheet No. 31 [interaktyvus] [žiūrėta 2012-05-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>>.

27 Gevers, S. The right to Health Care. *European Journal of Health Law*. 2004, 11: 29. In Čelkis, P. Asmens teisės į sveikatos priežiūrą realizavimas visuomenės sveikatos priežiūros vadyboje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 67.

28 World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the Year 2000 (adopted in WHO resolution WHA.34.36). 1981.

29 Toebes, B. The right to health. In *Economic, social and cultural rights* (ed. A. Eide, C. Krause, A. Rosas). Dordrecht/Boston/London: Martinus Nijhoff Publishers, 2001. P. 174–178.

kurios arba buvo susijusios su Lietuvos Respublikos biudžeto sudarymu, arba ši nuostata buvo aiškinama kitų konstitucinių teisių kontekste, pavyzdžiui teisės į darbą (LRK 48 str.), teisės į informaciją (LRK 25 str.), teisės į privatų gyvenimą (LRK 22 str.), ekonominės veiklos laisvės (LRK 46 str.), teisės į socialinę paramą (LRK 52 str.). Teismas aiškindamas nuostatą „valstybė rūpinasi žmonių sveikata“ yra pasisakęs, kad žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena iš svarbiausių visuomenės vertybių³⁰, kad žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas ir viešasis interesas³¹, nurodęs, kad rūpinimasis žmonių sveikata ir medicinos pagalbos žmogui susirgus laidavimas traktuotini kaip valstybės funkcija³². Nors Teismas savo dokumentuose teisės į sveikatos priežiūrą termino nevartoja, K. Lapinskas, nagrinėdamas asmens socialinių teisių apsaugos klausimus Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje³³, nesuabejoja jos įtvirtinimo faktu ir atkreipia dėmesį kad teisė į sveikatos apsaugą „yra ne tik kaip individuali žmogaus teisė <...>, bet ir kaip kolektyvinė teisė, t. y. viešasis interesas“³⁴. T. Birmontienė pastebi, kad Konstitucinio Teismo dokumentuose teisė į sveikatos priežiūrą dažniau „aiškinama kaip socialinė, programinio pobūdžio teisė, kuri įpareigoja valstybę rūpintis visos visuomenės sveikata³⁵, o ne kaip individuali teisė gauti tam tikras Konstitucijos garantuojamas sveikatos priežiūros paslaugas“³⁶, nors kai kuriais atvejais, pasak autorės, ši skiriamoji riba yra labai plona³⁷. Daugiau aiškumo suteiktų 53 str. 1 dalies antrojo sakinio nuostatos „Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“ išaiškinimas. Deja, ją „kiekvienas kol kas gali aiškinti kaip tinkamas: konstitucinės doktrinos šiuo klausimu nėra ir nebus,

-
- 30 Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 straipsnio 4 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija), 2 straipsnio 1 dalies (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 3 straipsnio 1 dalies 2 punkto (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 4 straipsnio 2 dalies (1998 m. gruodžio 10 d. redakcija), 13 straipsnio (2000 m. liepos 18 d. redakcija), 30 straipsnio 1 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija) bei 44 straipsnio 4 dalies (2002 m. birželio 20 d. redakcija) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. sausio 22 d. nutarimu Nr. 67 „Dėl alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintų alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių 7 bei 9 punktų (2001 m. sausio 22 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 15-465.
- 31 Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 28-1003.
- 32 Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo (2000 m. gruodžio 19 d. redakcija), Lietuvos Respublikos savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir Lietuvos Respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio reguliavimo įstatymo 16 straipsnio atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 5-186.
- 33 Lapinskas, K. Asmens socialinių teisių apsaugos klausimai Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje. *Konstitucinė jurisprudencija*. 2006, 4: 355–370.
- 34 *Ibid.*, p. 362.
- 35 Birmontienė, T. Šiuolaikinės žmogaus teisių konstitucinės doktrinos tendencijos. *Konstitucinė jurisprudencija*. 2007, 1(5): 208.
- 36 *Ibid.*, 207–208.
- 37 Birmontienė, T. The influence of the rulings of the Constitutional Court on the development of health law in Lithuania. *European Journal of Health Law*. 2007, 14: 333.

kol nustatyta tvarka konkretus ginčas nebus sprendžiamas Konstituciniame Teisme, kuris vienintelis turi kompetenciją pateikti galutinį ir oficialų Konstitucijos nuostatų išaiškinimą³⁸. Vis tik sveikatos teisės moksle linkstama manyti, kad Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies pirmąjį ir antrąjį sakinius dera aiškinti kartu. Pasak L. Markausko, tuomet matyti, jog valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą žmogui susirgus apima ir nemokamos medicinos pagalbos teikimą, o tai reikštų, jog kalbama apie teisės į nemokamą gydymą užtikrinimą³⁹.

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo (toliau – LR SSĮ) 2 straipsnio 12 dalyje apibrėžta, kad valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra yra „asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų“⁴⁰, o 47 straipsnyje pateiktas gana platus ir išsamus valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros sričių sąrašas. Jame be būtinosios medicinos pagalbos ir apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu sričių, taip pat nurodytos grupės asmenų, kurių sveikatos priežiūra apmokama iš valstybės biudžeto lėšų dėl jų specifinės padėties (pvz.: teismo ar teisėsaugos institucijų sulaukytų asmenų, kardomojo kalinimo vietose esančių asmenų, nuteistųjų), sergamų ligų (sergančių tuberkulioze, lytiniu keliu plintančiomis ligomis, ŽIV (AIDS), užkrečiamosiomis, endokrininėmis, psichikos, onkologinėmis ligomis; galūnių, sąnarių, kitų organų protezavimas) ar einamų pareigų (pvz., LR karių, policijos ir kitų vidaus reikalų pareigūnų asmens sveikatos priežiūra). Nors pastarųjų asmenų sveikatos priežiūra yra draudiminio, o ne nemokamo pobūdžio (t. y. tokie asmenys nereguliariai moka sveikatos draudimo įmokas arba tokios įmokos yra mokamos už juos) ir būtų galima kelti klausimą, ar LR SSĮ ne per daug išplečia nemokamos sveikatos priežiūros sampratą vis tik, autoriaus teigimu, toks reguliavimas tik praplečia valstybės įsipareigojimus sveikatos draudimo sistemą organizuoti taip, kad gydymas būtų prieinamas kaip įmanoma gausesniai asmenų būriui⁴¹. Atkreiptinas dėmesys, kad Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies pirmajame sakinyje įtvirtinant valstybės pareigą rūpintis sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus, vartojama sąvoka „žmogus“. Ši sąvoka apima tiek Lietuvos Respublikos piliečius, tiek užsienio valstybių piliečius, tiek asmenis be pilietybės, t. y. kiekvieną asmenį. Nors to paties straipsnio tos pačios dalies antrajame sakinyje įtvirtinant, kad įstatymas nustato nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką, vartojama sąvoka „piliėtis“, atsižvelgiant

38 Kūris, E. Konstitucija, konstitucinė doktrina ir Konstitucinio Teismo diskrecija. Baltijos ir Skandinavijos šalių konferencija „Konstitucijos aiškinimas ir tiesioginis taikymas“, Vilnius, 2002 m. kovo 15–16 d. [interaktyvus] [žiūrėta 2008-10-23]. <<http://www.lrkt.lt/PKonferencijose/12.pdf>>. Nors pacituota E. Kūrio tezė nuskambėjo 2002-aisiais, ji tebėra aktuali ir šiandien, nes dėl Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalies nuostatos sakinio antrosios dalies į Konstitucinį Teismą iki šiol kreiptasi nebuvo. Todėl norint suprasti jos turinį, tenka pasitelkti konstitucinės teisės doktriną.

39 Markauskas, L. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos. *Jurisprudencija*. 2005, 64(56): 133.

40 Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099; 2000, Nr. 92-2876; 2004, Nr. 68-2367, 2372; Nr. 171-6309; 2007, Nr. 64-2456; 2008, Nr. 50-1850.

41 Markauskas, L. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos. *Jurisprudencija*. 2005, 64(56): 137.

į Konstitucijos sisteminio aiškinimo principą bei Konstituciją kaip vientisą aktą, galima teigti, kad Konstitucijos 53 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta teisė į nemokamą medicinos pagalbą valstybinėse gydymo įstaigose turėtų būti taikoma ne tik Lietuvos Respublikos piliečiams, bet ir kitiems Lietuvos Respublikos jurisdikcijoje esantiems asmenims – užsienio valstybių piliečiams ir asmenims be pilietybės⁴².

Trumpai apibendrinti kaip sekasi valstybei įgyvendinti įsipareigojimą „rūpintis žmonių sveikata“ nelengva, nes reikėtų išsamiai apžvelgti padėtį visuose šalies ūkio sektoriuose. Pasak monografijos „Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje“ autorių, „Lietuvoje iš esmės sutariama dėl pagrindinių valstybės funkcijų laiduojant sveikatos paslaugas šalies gyventojams, todėl pastaruosius dvidešimt metų valstybinis finansavimas stabiliai užtikrina apie 60–70 procentų sveikatos sistemos pajamų. Tikėtina, kad šis, atitinkantis europinę tradiciją, rodiklis artimiausią dešimtmetį mažai keisis“⁴³. Vis tik, vertindami dabartinę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros situaciją, autoriai pripažįsta, kad „siekis užtikrinti aktyvią ligų prevenciją ir visos sveikatinimo veiklos efektyvumą teisiniuose dokumentuose nors ir atsispindi, bet labai sunkiai skinasi kelią į praktiką“⁴⁴, pastebėdami, kad sveikatos priežiūros sistemos reformų pradžioje „vienu iš pagrindinių pertvarkos tikslų buvo deklaruojamas sveikatos stiprinimas ir ligų prevencijos veiklų efektyvumo didinimas ir šiuolaikinės visuomenės sveikatos principų taikymas, tačiau pirmąjį Nepriklausomybės dešimtmetį šios sritys (išskyrus imunizaciją ir pastaraisiais metais alkoholio vartojimo ir traumų keliuose prevenciją) nesulaukė pastebimesnio valstybės politikų ir sveikatos organizatorių dėmesio“⁴⁵. „Nepilnai išnaudojamas visuomenės sveikatos priežiūros potencialas, sveikatos technologijų, kurių efektyvumas yra įrodytas, vertinimas ir masinis diegimas į sveikatinimo praktiką“⁴⁶. Pasak R. Kalėdienės, „valstybė neskatina visuomenės narių suinteresuotumo sveikai gyventi ir aktyviai dalyvauti sveikatinimo veikloje“⁴⁷. Taigi, galima konstatuoti, kad valstybė nepakankamai efektyviai išnaudoja rūpinimosi savo gyventojų sveikata galimybes. Todėl reikia pritarti D. Jankauskienei, pabrėžiančiai, kad labai svarbu, kad naujos Lietuvos sveikatos programos tikslai būtų nukreipti ne vien tik į sveikatos priežiūros sistemos pertvarkas, vystymą, bet ir į sveikos gyvensenos bei sveikos aplinkos plėtrą, kam turi įtakos ne tik sveikatos priežiūros sektorius, bet ir kitų šalies ūkio sektorių veikla ir patys gyventojai⁴⁸.

Paskutinis svarbus apsvaistytas aspektas – valstybės galimybių rūpintis žmonių sveikata ribos. Jungtinių Tautų Ekonomikos ir socialinė taryba komentuodama asmens teisės turėti kuo geriausią fizinę ir psichinę sveikatą užtikrinimo galimybes, atkreipia dėmesį, kad „tokie niuansai, kaip genetiniai veiksniai, atskiri sveikatos sutrikimai ir

42 *Ibid.*, 134.

43 Černiauskas, G.; Jankauskienė, D. Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 7.

44 *Ibid.*

45 *Ibid.*

46 *Ibid.*

47 Kalėdienė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 32.

48 Jankauskienė, D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2011, 1(3): 25.

nesveikas ar rizikingas gyvenimo būdas, gali atlikti svarbų vaidmenį, turintį įtakos asmens sveikatai. Todėl teisė į sveikatos priežiūrą turi būti suprantama kaip teisė į išteklius, prekes, paslaugas ir sąlygas, būtinas užtikrinti pačią geriausią sveikatą, tačiau negali būti suprantama kaip teisė būti sveikam⁴⁹. Išteklių, skirtų sveikatos apsaugai klausimą yra palietęs ir Konstitucinis Teismas. Nors sveikatinimo veiklos valdymas ir priežiūra konstitucinėje doktrinoje pripažįstami kaip valstybės funkcijos, Konstitucinis Teismas yra nurodęs, kad valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata yra siejama su konstituciniu teisingumo principu, Konstitucijoje įtvirtintu socialinės darnos imperatyvu⁵⁰, o „biudžeto, skirto sveikatos apsaugai apimtis yra saistoma esamos socialinės ir ekonominės situacijos, visuomenės ir valstybės poreikių bei galimybių, turimų ir galimų gauti finansinių išteklių bei valstybės įsipareigojimų, kitų svarbių veiksnių“⁵¹. Sveikatos sistemoms kasdien susiduriant su vis didesniais iššūkiais (gyventojų senėjimu, didėjančia naujų veiksmingų vaistų paklausa, vėžio ir kitų sunkių ligų plitimu), reikia sutikti, kad užtikrinti kasdien augančių pacientų poreikių be jokių apribojimų praktiškai neįmanoma. Todėl cituotas Konstitucinio Teismo teiginys, pavyzdžiui, lėšų, kitų resursų stygiumi tarsi įgalina pateisinti teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimo ribojimus (pvz., kai kurias mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, priemokas, brangių ar net kai kuriais atvejais gyvybiškai būtinų vaistų nekompensavimą, kvotas jiems ir pan.). Vis tik, reikia pasakyti, kad svarstant kiekvieną konkretų atvejį dėl kokio nors apribojimo, būtų galima ginčytis ar valstybė taikydama jį tikrai nepažeidė konkretaus paciento/gyventojų teisių sveikatos priežiūros srityje. Tarkim, asmens negalėjimas pasinaudoti sveikatos priežiūra dėl lėšų trūkumo, ypač kai kyla grėsmė gyvybei, manytina, negalėtų būti laikomas tinkamu šios valstybės funkcijos įgyvendinimu (pvz., retos ligos atveju, jei teikiantis vilties gydymas egzistuoja ir yra medicininės indikacijos konkrečiam pacientui jį taikyti, tačiau jis labai brangus ir jį Valstybinės ligonių kasos sprendimu atsisakoma kompensuoti). Čia teisiniais argumentais būtų ir Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijos⁵² 3 straipsnis dėl lygiateisiško sveikatos priežiūros pri-

49 General comment No. 14 (2000) Substantive issues arising in the implementation of the international Covenant on Economic, social and cultural rights: The right to the highest standard of health. United Nations Economic and social council, p. 3. In Čelkis, P. Asmens teisės į sveikatos priežiūrą realizavimas visuomenės sveikatos priežiūros vadyboje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 67.

50 Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. vasario 7 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. gegužės 8 d. nutarimu Nr. 506 „Dėl Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo išmokų nuostatų patvirtinimo“ patvirtintų nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo išmokų nuostatų 37 punkto (2000 m. gegužės 8 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatymo 29 straipsnio 1 daliai (1999 m. gruodžio 23 d., 2001 m. liepos 5 d. redakcijos). *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 19-623.

51 Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 39 straipsnio, Lietuvos Respublikos mokslo ir švietimo ilgalaikio finansavimo įstatymo 1, 2 ir 3 straipsnių, Lietuvos Respublikos biudžeto sandaros įstatymo 18 straipsnio 2 dalies ir Lietuvos Respublikos Seimo statuto 172 straipsnio 1 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 72-3080.

52 Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 97-4258.

einamumo, Konstitucijos 29 straipsnyje įtvirtintas asmenų lygybės principas, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 3 str. 1 dalis ir 2 str. 8 dalis⁵³, įtvirtinančios paciento teisę gauti kokybišką sveikatos priežiūrą (kuri be kitų kriterijų turi atitikti ir šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį), gydytojo profesinio pasirinkimo laisvės (angl. *professional discretion*) koncepcija, teigianti, jog gydytojas turi laisvę pasirinkti labiausiai paciento interesus atitinkantį gydymą, solidarumo principas ir kt.⁵⁴ Todėl apibendrinant teigtina, kad valstybės įsipareigojimo „rūpintis žmonių sveikata“ turiniui ir šios funkcijos apimčiai kol kas stinga aiškesnio apibrėžtumo.

Išvados ir rekomendacijos

1. Teisės aktuose įtvirtinta asmens pareiga „rūpintis savo sveikata“ teisiniu požiūriu vertintina dvejopai. Reikalavimas, skirtas paciento teisinį statusą turinčiam asmeniui, yra svaresnis, nes jo nevykdant gali atsirasti tam tikrų teisinių pasekmių. Kilus ginčui tarp sveikatos priežiūros įstaigos (gydytojo) ir paciento dėl šios priežasties gali būti nutrauktas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, sumažintas kompensacijos už žalą sveikatai dydis ar apskritai nepripažįstama teisė į tokį atlyginimą. Gyventojų pareiga rūpintis savo sveikata yra deklaratyvi, nesukelianti pasekmių priklausomai, nuo jos vykdymo ar netinkamo vykdymo. Bendras ypatumas, komplikuojantis tiek LR SSĮ, tiek ir LR PTŽSAĮ įtvirtintos pareigos „rūpintis savo sveikata“ įgyvendinimą, o kartu ir vertinimą - „sveikatos“ sampratos neapibrėžtumas, platumas. Tai taikytina ir vertinant gyventojų pareigų „rūpintis savo nepilnamečių vaikų“ ir „savo tėvų“ sveikata įgyvendinimo galimybes. Vis tik LR CK ir kitų teisės aktų nuostatos, įpareigojančios tėvus išlaikyti savo nepilnamečius vaikus ir atitinkamai nurodančios pilnamečiams vaikams išlaikyti tėvus, kuriems reikalinga parama (abiem atvejais tenkinant ir jų sveikatos poreikius) įgalina teigti, kad tiek tėvų, tiek ir vaikų pareiga rūpintis vieni kitų sveikata, kurias įtvirtina LR SSĮ, nėra vien deklaratyvios normos.

2. Valstybės įsipareigojimas „rūpintis žmonių sveikata“ Lietuvoje įtvirtintas aukščiausiam šalies įstatyme Konstitucijoje. Prielaida - tarptautiniuose žmogaus teisių dokumentuose (prie kurių yra prisijungusi ar kuie ratifikuoti ir Lietuvoje) įtvirtintos teisės į sveikatos priežiūrą realizavimas. Konstitucinėje doktrinoje šis įsipareigojimas labiau traktuojamas kaip valstybės funkcija, viešasis interesas, o ne kaip individuali teisė gauti tam tikras Konstitucijos garantuojamas sveikatos priežiūros paslaugas. Tenka pripažinti ir šio įsipareigojimo vykdymo neatsiejamumą nuo šalies socialinės ir ekonominės situacijos, visuomenės ir valstybės poreikių bei galimybių, turimų ir galimų gauti finansinių išteklių. Vis tik tam tikrais atvejais įmanoma ginčyti, ar valstybė taikydama tam tikrą apribojimą tikrai nepažeidžia ar nepažeidė konkretaus paciento/gyventojų teisių sveikatos priežiūros srityje.

3. Siekiant, kad teisės aktuose įtvirtinta gyventojų pareiga rūpintis savo sveikata praktikoje būtų įgyvendinama veiksmingai, o taip pat padidinti valstybės pareigos

53 Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 145-6425.

54 Špokienė, I. *Retųjų vaistų prieinamumo reglamentavimas sveikatos teisėje*. Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, teisė (01S). Vilnius, 2009. P. 151.

„rūpintis žmonių sveikata“, o kartu ir teisės į sveikatos priežiūrą turinio, teisinį apibrėžtumą, manytina, kad tikslinga būtų teisės aktuose įtvirtinti biomedicininį sveikatos apibrėžimą, paremtą ligos arba negalios nebuvimu.

Literatūra

1. Birmontienė, T. The influence of the rulings of the Constitutional Court on the development of health law in Lithuania. *European Journal of Health Law*. 2007, 14: 321–333.
2. Birmontienė, T. Šiuolaikinės žmogaus teisių konstitucinės doktrinos tendencijos. *Konstitucinė jurisprudencija*. 2007, 1(5): 202–220.
3. Buyx, A. M. Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should? *J Med Ethics*. 2008, 34: 871–874.
4. Cappelen, A. W., Norheim, O. F. Responsibility, fairness and rationing in health care. *Health Policy*. 2006, 76: 312–319.
5. Čelkis, P. Asmens teisės į sveikatos priežiūrą realizavimas visuomenės sveikatos priežiūros vadyboje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 63–84.
6. Černiauskas, G.; Jankauskienė, D. Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 4–9.
7. Europos socialinė chartija (pataisyta). *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 49-1704.
8. Jankauskienė, D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2011, 1(3): 7–26.
9. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. *Valstybės žinios*. 1995, Nr.60-1501.
10. Juškevičius, J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai. *Regnum est*. 1990 m. kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20. *Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui*. Vilnius, 2010, p. 627–645.
11. Juškevičius, J.; Balsienė, J. Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the right to healthcare. *Jurisprudencija*. 2010, 4(122): 95–110.
12. Kalėdienė, R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2010, 1(2): 15–33.
13. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 97-4258.
14. Kūris, E. Konstitucija, konstitucinė doktrina ir Konstitucinio Teismo diskrecija. Baltijos ir Skandinavijos šalių konferencija “Konstitucijos aiškinimas ir tiesioginis taikymas”, Vilnius, 2002 m. kovo 15–16 d. [interaktyvus] [žiūrėta 2012-05-23]. <<http://www.lrkt.lt/PKonferencijose/12.pdf>>.
15. Lapinskas, K. Asmens socialinių teisių apsaugos klausimai Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo jurisprudencijoje. *Konstitucinė jurisprudencija*. 2006, 4: 355–370.
16. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo 2004 m. sausio 13 d. nutartis „Dėl valstybės laiduotos nemokamos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemoje tarp paciento ir sveikatos priežiūros įstaigos susiklostančių teisinių santykių pobūdžio ir galimumo nutraukti tokių paslaugų teikimą“. *Teismų praktika*. 2004, 21.
17. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos 2001 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo (2000 m. gruodžio 19 d. redakcija), Lietuvos Respublikos savivaldybių biudžetų pajamų dydį ir išlyginimą lemiančių rodiklių tvirtinimo 2001, 2002 ir 2003 metams įstatymo ir Lietuvos Respublikos žemės ūkio ekonominių santykių valstybinio

- reguliavimo įstatymo 16 straipsnio atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. Valstybės žinios. 2002, Nr. 5-186.
18. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. kovo 14 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos farmacinės veiklos įstatymo 11 straipsnio 2 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. Valstybės žinios. 2002, Nr. 28-1003.
 19. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 39 straipsnio, Lietuvos Respublikos mokslo ir švietimo ilgalaikio finansavimo įstatymo 1, 2 ir 3 straipsnių, Lietuvos Respublikos biudžeto sandaros įstatymo 18 straipsnio 2 dalies ir Lietuvos Respublikos Seimo statuto 172 straipsnio 1 dalies atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. Valstybės žinios. 2002, Nr. 72-3080.
 20. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2004 m. sausio 26 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 1 straipsnio 4 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija), 2 straipsnio 1 dalies (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 3 straipsnio 1 dalies 2 punkto (1995 m. balandžio 18 d. redakcija), 4 straipsnio 2 dalies (1998 m. gruodžio 10 d. redakcija), 13 straipsnio (2000 m. liepos 18 d. redakcija), 30 straipsnio 1 dalies (1997 m. liepos 2 d. redakcija) bei 44 straipsnio 4 dalies (2002 m. birželio 20 d. redakcija) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. sausio 22 d. nutarimu Nr. 67 “Dėl alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių patvirtinimo” patvirtintų alkoholio produktų gamybos licencijavimo taisyklių 7 bei 9 punktų (2001 m. sausio 22 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai. Valstybės žinios. 2004, Nr. 15-465.
 21. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2005 m. vasario 7 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. gegužės 8 d. nutarimu Nr. 506 “Dėl Nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo išmokų nuostatų patvirtinimo” patvirtintų nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo išmokų nuostatų 37 punkto (2000 m. gegužės 8 d. redakcija) atitikties Lietuvos Respublikos nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų socialinio draudimo įstatymo 29 straipsnio 1 daliai (1999 m. gruodžio 23 d., 2001 m. liepos 5 d. redakcijos). Valstybės žinios. 2005, Nr. 19-623.
 22. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas. Valstybės žinios. 2009, Nr. 145-6425.
 23. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymas. Valstybės žinios. 2002, Nr. 123-5512.
 24. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099.
 25. Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas. Valstybės žinios. 1996, Nr. 33-807.
 26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymas Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“. Valstybės žinios. 1999, Nr. 67-2175; 2008, Nr.59-2239.
 27. Markauskas, L. Konstitucinė teisė į nemokamą gydymą: interpretavimo problemos. Jurisprudencija. 2005, 64(56): 132–139.
 28. Pivrikas, V. Ekologija. Žmogus. Sveikata. Klaipėda, 2008.
 29. Samoškaitė, E. Diskutuojuama iš PSD ateityje finansuoti tik būtinąją pagalbą [interaktyvus]. 2010 balandžio mėn. Naujienų portalas delfi.lt Prieiga per internetą: <<http://www.delfi.lt/news/daily/Health/diskutuojuama-is-psd-ateityje-finansuoti-tik-butinaja-pagalba.d?id=30996587>>.

30. Saukienė, I. Ieško būdų kaip branginti gydymą turintiems žalingų ypročių. Naujienų portalo delfi.lt [žiūrėta: 2012-05-17]. <<http://www.delfi.lt/news/daily/Health/iesko-budu-kaip-branginti-gydyma-turintiems-zalingu-iprociu.d?id=48028127>>.
31. Schmidt H. Patients' charters and health responsibilities. BMJ. 2007, 335: 1187–1189.
32. Špokienė, I. Retųjų vaistų prieinamumo reglamentavimas sveikatos teisėje. Daktaro disertacija: socialiniai mokslai, teisė (01S). Vilnius, 2009.
33. Špokienė, I. Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje. Jurisprudencija. 2010, 3(121): 329–348.
34. Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas. Valstybės žinios. 2002, Nr. 77-3290.
35. The right to health: from rhetoric to reality. The Lancet. 2008, 372: 2001.
36. The right to health. World Health Organization. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Fact Sheet No. 31 [interaktyvus]. Prieiga per internetą: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>>.
37. Toebes, B. The right to health. In Economic, social and cultural rights (ed. A. Eide, C. Krause, A. Rosas). Dordrecht/Boston/London: Martinus Nijhoff Publishers, 2001. p. 174–178.
38. World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the Year 2000 (adopted in WHO resolution WHA.34.36). 1981.

Legal assessment of the duties to “take care of health” of the person and the state according to Lithuanian legislation

Indrė Špokienė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

The paper analyzes the peculiarities of the duties to “take care of health” in respect of the person and the state in the legal acts of Lithuania. The duties of the person apply both in respect of the person as the resident of Lithuania and in respect of the person as the patient. As the patient, the person, according to the Law on the rights of patients and compensation for the damage to their health and the internal regulations of health care institutions, is obliged to take care of own health. As the resident of the Republic of Lithuania, the person according to the Law on the health system has to fulfill the duty to take care not only of his/her own, but also of the health of the parents and under age children. The conclusion is made that the requirement for the person who has the legal status of the person is more important, because in case of the failure to fulfill it, certain legal consequences may arise. Meanwhile, the duty of the resident to take care of own health is evaluated as declarative. The general peculiarity that complicates the implementation of the duty “to take care of own health”, and at the same time, the legal assessment, is the lack of clarity and wideness of the concept of “health”. This also applies with the aim of assessing the possibilities of the implementation of the resident’s duties to take care of the health of “own under age children” and “own parents.” Nevertheless, the analysis of provisions of the Civil Code of the Republic of Lithuania and other legal acts that provide the duty of the parents to maintain their under age children and adequately, the duty of adult children to maintain parents who are in need of the support (fulfilling the health care needs in both cases) allows to claim that both the duty of the parents and the duty of the children to take care of each other’s health under the Law on the health system of the Republic of Lithuania, are not only declarative norms.

The second part of the paper is aimed at analysis of the provision “the state shall take care of people’s health” of the Constitution of the Republic of Lithuania. It has been established that the crucial presumption of the duty – the implementation of the rights to health care established under international human rights documents (that Lithuania adhered to or ratified). It has been revealed that this duty under the constitutional doctrine of Lithuania is treated more as the function of the state, the public interest, and not the individual right to achieve certain health care services guaranteed by the Constitution. In consideration of the constitutional doctrine, it has to be recognized that the implementation of this duty cannot be separated from the state’s social and economic situation, the needs and possibilities of the society and the state, and other factors. However, it can be claimed that in certain cases it is possible to argue whether the state which has established a certain requirement really does not infringe the rights of the specific patient/ resident in the field of health care.

Keywords: *patient duties, legal regulation of patient’s duties, patient duty to „look after one’s health“, the obligation of the state to take care of people’s health, duties of Lithuanian residents in the sphere of health care.*

Indrė Špokienė, teisės mokslų daktarė, Mykolo Romerio universiteto Bioteisės katedros docentė.

Indrė Špokienė, PhD in law, Associate Professor at the Department of Biolaw, Mykolas Romeris University.

ALKOHOLIO KONTROLĖS POLITIKOS VERTINIMAS LIETUVOS SVEIKATOS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO LAIKOTARPIU (1998–2010 M.)

Karolina Kubiliūtė, Irma Čaplinskienė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto
Politikos mokslų katedra

Valakupių g. 5, LT–10101, Vilnius, Lietuva

Telefonas (+ 370 5) 274 0611

Elektroninis paštas: kubiliute@gmail.com, caplinskiene.irma@gmail.com.

Santrauka

Straipsnio tikslas – įvertinti alkoholio kontrolės politikos veiksmus Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpiu (1998–2010). Straipsnyje apžvelgiamos alkoholio vartojimo tendencijos, išnagrinėta alkoholio kontrolės politika bei alkoholio vartojimo reguliavimo priemonių įvairovė, nustatytos alkoholio kontrolės politikos veiksnių ir statistinių rezultatų sąsajos, nustatyti alkoholio vartojimo mažinimo pasiekimai bei trūkumai Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpiu. Išvados: išanalizavus alkoholio vartojimo ir jo padarinių gyventojų sveikatai statistiką, nustatyta, kad pagrindinis Lietuvos sveikatos programoje (1998–2010) numatytas tikslas – iki 2010 metų sumažinti alkoholio vartojimą 25 procentais – nepasiektas. Pagal su alkoholio vartojimu susijusių sveikatos ir socialinių rodiklių dinamiką galima išskirti du laikotarpius: iki 2007 m. stebimas daugumos rodiklių blogėjimas bei nuo 2008 m. stebima teigiama statistinių rodiklių dinamika: sumažėjęs bendras alkoholio vartojimas, alkoholio sąlygotų mirčių, alkoholinių psichozų skaičius ir kt. Išnagrinėjus alkoholio kontrolės politikos veiksmus 1998–2010 metų laikotarpiu nustatyta, kad 1998–2007 m. nebuvo vykdoma nuosekli alkoholio vartojimo mažinimo politika, o dauguma priimtų sprendimų bei vykdyta veikla prieštaravo Alkoholio kontrolės įstatymo paskirčiai ir alkoholio kontrolės principams, nes vyravo alkoholio kontrolę liberalizuojantys sprendimai. Per 2008–2010 metus, alkoholio kontrolė sugriežtinta ir per šį trumpą laikotarpį užfiksuoti reikšmingi teigiami alkoholio vartojimo ir su tuo susijusių sveikatos ir socialinių rodiklių (pasekmių) pokyčiai rodo taikytų alkoholio kontrolės priemonių efektyvumą.

Rekomendacijos: tikslinga didinti visų be išimties alkoholinių gėrimų akcizą; reikalinga griežtesnė kova su kontrabanda; siekiant sumažinti alkoholio vartojimą tarp jaunimo, didinti amžių iki 21 metų, nuo kurio būtų leidžiama įsigyti alkoholinius gėrimus bei sugriežtinti bausmes prekybininkams iki licencijos atėmimo už vienkartinį alkoholinių gėrimų pardavimą nepilnamečiams; mažinant eismo įvykių skaičių dėl neblaivių vairuotojų kaltės, rekomenduojama nustatyti visiems vairuotojams arba bent tiems, kurie neturi ketverių metų stažo, nulį promilių kraujyje ribą; kasmet skatinti, visuomenės įsitraukimą į aktyvią veiklą apdovanojant bendruomenes (juridinius ar fizinius asmenis), kurie labiausiai savo darbais ar asmeniniu pavyzdžiu prisideda mažinant alkoholio suvartojimą.

Reikšminiai žodžiai: Lietuvos sveikatos programa, alkoholio kontrolės politika, alkoholio vartojimo mažinimas, sveikatos ir socialiniai rodikliai.

Įvadas

Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenimis, alkoholis yra trečioji pagal svarbą neišvengiamos mirties priežastis po rūkymo ir arterinės hipertenzijos Europos Sąjungoje¹.

PSO strateginės veiklos dokumento „Sveikata visiems XXI amžiuje“² dvyliktasis siekinys, raginantis mažinti alkoholinių gėrimų, narkotikų ir tabako žalą, įpareigoja pasaulio šalis skirti ypatingą dėmesį ir visas pastangas, alkoholinių gėrimų vartojimo sumažinimui iki 6 litrų vienam gyventojui per metus ir kad asmenys iki 15 metų jo visai nevartotų. Atsižvelgdamos į šiuos dokumentus šalys formuoja alkoholio politiką ir įgyvendina ją įvairiomis alkoholio kontrolės priemonėmis.

Girtavimas ir alkoholizmas išlieka viena skaudžiausių Lietuvos problemų, keliančių rimtą grėsmę modernios valstybės vizijai ir sėkmingai ekonominei bei socialinei plėtrai. Lietuvoje suvartojamas alkoholio kiekis, tenkantis vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui PSO rekomenduojamą saugią ribą (t. y. 6 litrai) viršiją daugiau nei du kartus. Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis³, 2010 m. vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui teko 13,3 litrų absoliutaus (100 proc.) alkoholio. Toks aukštas alkoholio vartojimas lygis neišvengiamai lemia įvairias neigiamas pasekmes gyventojų sveikatai ir socialinei gerovei. Paskutinių metų (2010 m.) duomenimis dėl alkoholio vartojimo šalyje mirė 2939 asmenys, tai sudaro apie 7 proc. visų mirčių. Alkoholinių psichozijų skaičius per 1998-2010 m. išaugo nuo 58,5 iki 103,2/100 000 gyventojų. 2010 m. užregistruoti 528 kelių eismo įvykiai dėl neblaivių asmenų kaltės, arba kas septintas užregistruotas įvykis. 2010 m., palyginti su 2009 m., neblaivių asmenų sukeltų kelių eismo įvykių padaugėjo 23 procentais. Juose žuvo 63, buvo sužeisti 699 žmonės. Nors neblaivių vairuotojų sukeltų kelių eismo įvykių 2010 m. sumažėjo 9 procentais, tačiau neblaivūs vairuotojai buvo kalti dėl kas antro įvykio, kuriuose žuvo 33 ir buvo sužeisti 394 žmonės.

Ypatingą susirūpinimą kelia didėjantis vaikų ir jaunuolių girtavimas, bei vis jaunėjantis alkoholi vartojančiųjų amžius. Atlikti tyrimai rodo⁴, kad alkoholinių gėrimų reguliarius vartojimas nuo 1994 iki 2010 m. tarp šalies penkiolikmečių berniukų išaugo du kartus, tarp mergaičių – tris kartus.

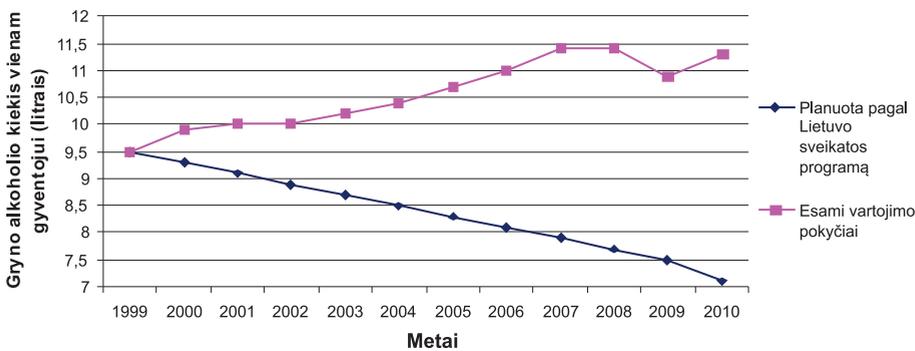
Įgyvendinant alkoholio kontrolės politiką Lietuvoje, 1998 m. Seimo priimtoje 1998–2010 m. Lietuvos sveikatos programoje⁵ (toliau – Programa, LSP) buvo nusta-

- 1 Alcohol-related harm in Europe – Key data. – Brussels, October 2006. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf.
- 2 Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6. – Copenhagen, 1999, p. 91. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf.
- 3 Alkoholio vartojimas ir padariniai. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=2604>.
- 4 Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. – Vilnius, 2011. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/PZACLURH.PDF>.
- 5 LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 “Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo” // Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2=2.

tytas tikslas - iki 2010 m. sumažinti alkoholio vartojimą 25 procentais. Šiam tikslui pasiekti buvo įgyvendinamos įvairios alkoholio kontrolės priemonės, kurių viena iš svarbiausių - valstybės alkoholio kontrolės programos įgyvendinimas⁶. Straipsnyje pagrindinis dėmesys skiriamas Lietuvos alkoholio kontrolės politikos 1998–2010 m. veiksmų analizei bei statistinių rodiklių ar duomenų sąsajoms su alkoholio kontrolės politikos pokyčiais. Vertinimui pasitelkta įvairi oficialiai prieinama informacija (moksliniai tyrimai, statistinių rodiklių pokyčiai, teisės aktų pakeitimai ir kt.) susijusi su alkoholio kontrolės politika ir jos įgyvendinimu bei poveikiu.

1. Su alkoholio vartojimu susijusių statistinių rodiklių analizė (1998–2010)

Pagrindinis LSP tikslas, kuriuo per 10 metų laikotarpį siekta sumažinti alkoholio vartojimą 25 procentais, nebuvo pasiektas (1 pav.). Tačiau vertinant alkoholio vartojimo mažinimo pasiekimus negalima apsiriboti tik šiuo rodikliu. Tikslinga įvertinti ir kitus su alkoholio vartojimu susijusius sveikatos ir socialinius rodiklius.

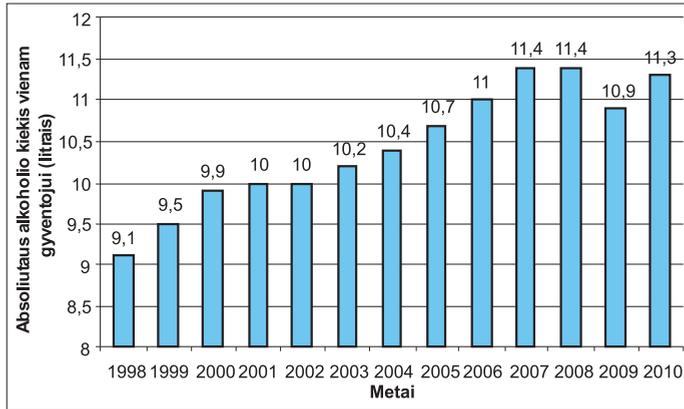


1 pav. Planuoti ir esami alkoholinių gėrimų suvartojimo pokyčiai (vienam gyventojui tenkantys litrai absoliutaus alkoholio)

Alkoholinių gėrimų suvartojimas Lietuvoje⁷, nuo 1999 m. sistemingai didėjęs, stabilizavosi tik 2008 m., o 2009 m. pirmą kartą stebimas jo sumažėjimas, kuris truko neilgai, nes jau 2010 m. alkoholio vartojimas vėl padidėjo ir beveik sugrįžo į 2007–2008 m. lygį. 1998 m. vienam Lietuvos gyventojui teko 9,1 litro absoliutaus (100 proc.) alkoholio, 2007 ir 2008 m. – po 11,4 litro, 2009 m. – 10,9 litro, 2010 m. – 11,3 litro (2 pav.). Vertinant Programos laikotarpio pradžią bei pabaigą, stebimas beveik 19 proc. (1,8 l) išaugęs alkoholio vartojimas vienam gyventojui.

6 LR Vyriausybės 1999 m. vasario 25 d. nutarimas Nr. 212 „Dėl Valstybės alkoholio kontrolės programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1999, Nr. 21-603. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=74909.

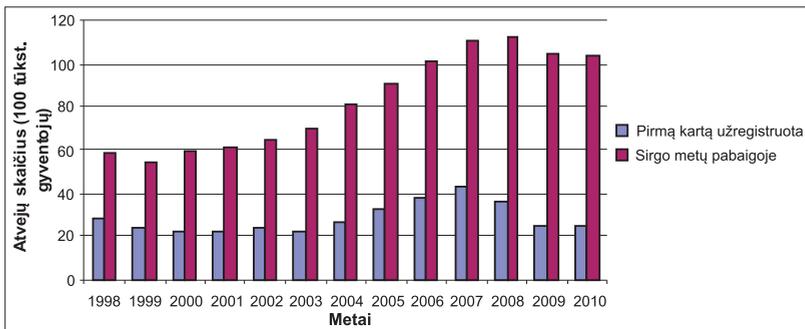
7 Lietuvos statistikos departamento duomenys, 2012.



2 pav. Absoliutaus alkoholio suvartojimas vienam gyventojui per metus (litrais) Lietuvoje⁸

Alkoholio vartojimo mastus labai gerai atspindi alkoholinių psichozių rodiklis 100 000 gyventojų. Ligotumas alkoholinėmis psichozėmis nuo 1998 m. iki 2010 m. išaugo 74,2 proc. (43,4/100 000 gyv.), o sergamumas sumažėjo 15,4 proc. (4,4/100 000 gyv.). Kaip matyti iš 3 paveikslo, sergamumo rodiklis per 1998–2003 m. pagerėjo 21,6 proc. ir sumažėjo nuo 28,5 iki 22,5/100 000 gyventojų. Deja, nuo 2003 m. alkoholinių psichozių skaičiaus dinamika įgavo nepalankią tendenciją ir per 2003–2007 m. laikotarpį sergamumas alkoholinėmis psichozėmis išaugo 91,6 procento. 2007 m. sergamumas alkoholinėmis psichozėmis buvo didžiausias per pastaruosius dvylika metų. Sergamumas ir ligotumas alkoholinėmis psichozėmis stabilizavosi tik 2008 m. 2010 m. sergamumas alkoholinėmis psichozėmis 24,3/100 000 gyventojų⁹.

Nors lyginant su LSP įgyvendinimo pradžia sergamumas alkoholinėmis psichozėmis ir sumažėjo, tačiau Programoje numatytas tikslas iki 2010 m. sumažinti sergamumą iki 10 atvejų 100 000 gyventojų, nebuvo pasiektas.



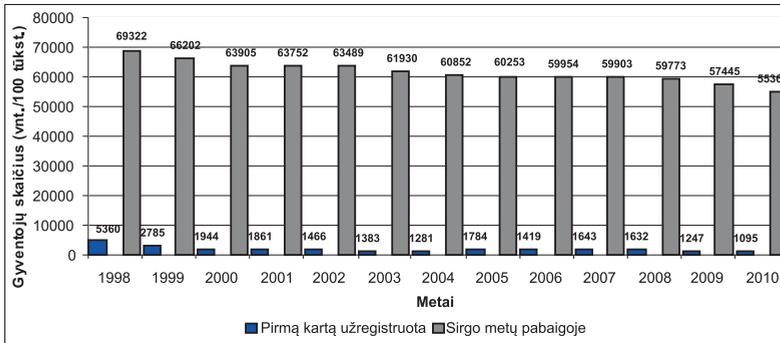
3 pav. Sergamumas ir ligotumas alkoholinėmis psichozėmis (1998–2010)¹⁰

8 Lietuvos statistikos departamento duomenys, 2012.

9 Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys, 2012.

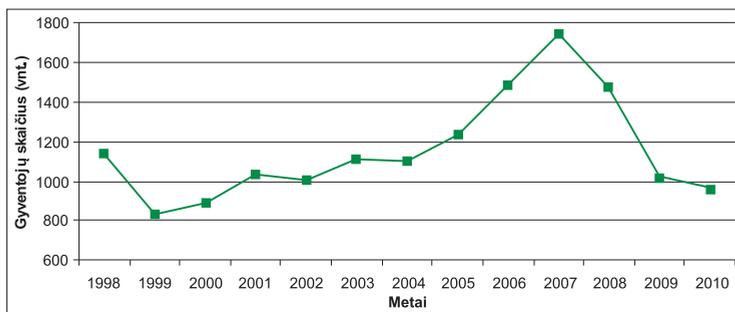
10 Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys, 2012.

Programoje numatytas lėtinio alkoholizmo sergamumo stabilizavimo siekis buvo įgyvendintas – lėtinio alkoholizmo atvejų kasmet nuosekliai mažėjo (4 pav.). 2010 m. į gydymo įstaigas dėl lėtinio alkoholizmo kreipėsi 1095 asmenys. Tai 4265 asmenimis (79,7 proc.) mažiau nei 1998 metais. 1998 m. pabaigoje nuo lėtinio alkoholizmo gydėsi 69322 asmenys, o 2010 m. jų skaičius sumažėjo iki 55362 t. y. 13960 asmenų arba 20,1 procentų¹¹.



4 pav. 100 tūkst. gyventojų tenkantis sergančiųjų lėtiniu alkoholizmu skaičius¹²

Alkoholio sąlygotų mirčių skaičius iki 2007 m. augęs, pasiekė aukščiausią lygį ir per 1998–2007 m. laikotarpį padidėjo 52,5 proc. (t. y. 599 atvejais). Tačiau nuo 2008 m. mirtingumo rodiklis gerėjo ir 2010 m. sumažėjęs 80,1 proc. bei pasiekė 2000–2001 m. lygį (5 pav.). Tiriamuoju laikotarpiu dažniausios mirties priežastys buvo alkoholinė kepenų liga ir atsitiktiniai apsinuodijimai alkoholiu¹³. Valstybinėje alkoholio kontrolės programoje numatytas siekis stabilizuoti mirtingumą nuo alkoholinės kepenų cirozės ir apsinuodijimo alkoholiu iki 2007 m. buvo sunkiai valdomas ir mirtingumas nuolat didėjo, tačiau po 2007 m. situacija pradėjo gerėti.



5 pav. Mirtingumas dėl alkoholio vartojimo¹⁴

11 Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenys, 2012.

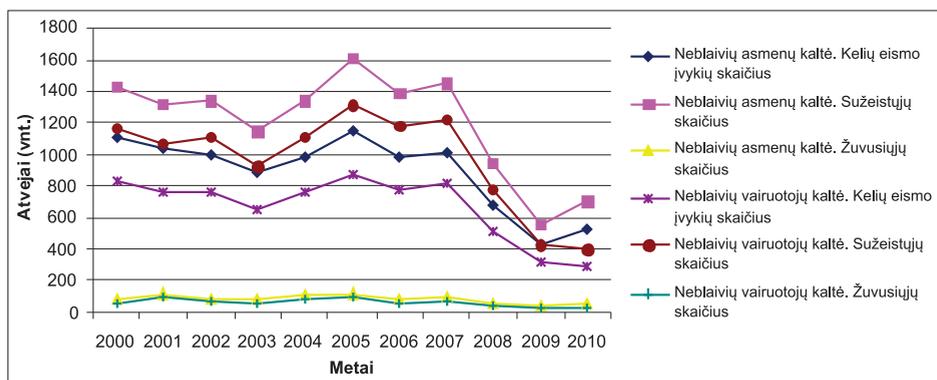
12 Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2012.

13 Lietuvos statistikos departamento duomenys, 2012.

14 *Ibid.*

Vienas iš Valstybinės alkoholio kontrolės programos tikslų buvo rūpintis, kad mažėtų žuvusiųjų eismo įvykiuose dėl alkoholio vartojimo. Lyginant šios programos įgyvendinimo laikotarpio eismo įvykių dėl neblaivių eismo dalyvių kaltės statistinius duomenis, pastebima mažėjimo tendencija (6 pav.). 2010 m., lyginant su 2000 m., neblaivūs vairuotojai eismo įvykių padarė 2,9 karto mažiau. Žuvusiųjų eismo įvykiuose dėl neblaivių vairuotojų kaltės skaičius sumažėjo 2 kartus, sužeistųjų skaičius – beveik 3 kartus¹⁵.

Per dešimtmetį panašiai sumažėjo ir nukentėjusiųjų eismo įvykiuose dėl neblaivių asmenų kaltės (pvz., pėsčiųjų, dviratininkų). 2010 metais net 23 proc. visų eismo įvykių įvyko dėl neblaivių vairuotojų ar eismo dalyvių kaltės. Ir nors nuo 2007 m. mažėja eismo įvykių, taip pat sužeistųjų ir žuvusiųjų skaičius, tačiau šis rodiklis vis dar išlieka aukštame lygyje¹⁶.



6 pav. Kelių eismo įvykiai ir juose žuvę bei sužeisti žmonės dėl neblaivių eismo dalyvių kaltės¹⁷

Tai, kad alkoholio vartojimo problema egzistuoja tarp Lietuvos paauglių, rodo šalies mokyklose vykdomi PSO koordinuojamas tarptautinis mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimas (HBSC) bei tarptautinis alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo Europos mokyklose tyrimas (ESPAD), abu tyrimai atliekami kas ketverius metus. HBSC tyrimo duomenimis, 2010 m. reguliariai vartojančių alkoholinius gėrimus prisipažino 12,9 proc. berniukų ir 8,1 proc. mergaičių¹⁸. Tai kur kas didesnė dalis nei buvo prieš dešimt ar daugiau metų. Didžiausia reguliariai vartojančiųjų berniukų dalis buvo 2002 metais, kuomet lyginant su 1998 metais vartojimas tarp jų išaugo 39,6 proc. Daugiausia mergaičių reguliariai vartojančių alkoholinius gėrimus buvo 2006

15 Lietuvos statistikos departamento duomenys, 2012.

16 *Ibid.*

17 *Ibid.*

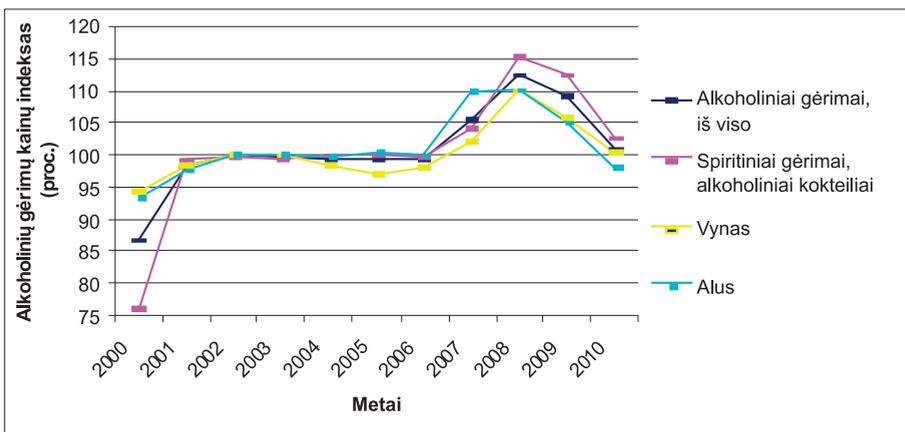
18 Zaborskis A. Rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotikų vartojimas tarp Lietuvos paauglių 1994-2010 metais. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per internetą: http://www.ntakd.lt/files/leidiniai/tyrimas/2012_ruk_alk.pdf.

metais. Lyginant su 1998 metais vartojimas tarp mergaičių išaugo daugiau nei dvigubai (116,3 proc.). Populiariausiu vartojamu alkoholiniu gėrimu tarp paauglių – alus.

Tiriamuoju laikotarpiu reguliariai vartojančių alkoholinius gėrimus procentas ypač sparčiai augo tarp penkiolikmečių. 1994 m. šis rodiklis buvo 13,6 proc. tarp berniukų ir 5,5 proc. tarp mergaičių. 2010 m. šis rodiklis tarp berniukų buvo beveik du kartus didesnis (25,2 proc.), o tarp mergaičių – daugiau nei tris kartus didesnis (16,9 proc.) lyginant su 1994 metais¹⁹.

Vartojimo situaciją tarp vaikų objektyviai atspindi toksinis alkoholio poveikis ir dėl to gydytų vaikų rodiklis. Iki 2007 m. sparčiai augęs šis rodiklis, 2010 m. žymiai sumažėjo 7-14 metų amžiaus vaikų grupėje: nuo 105,2/100 000 gyventojų 2007 m. iki 67,9/100000 gyv. 2010 metais. Panašios mažėjimo tendencijos išlieka ir 15–17 metų amžiaus vaikų grupėje²⁰.

2000-2010 m. laikotarpiu skirtingų alkoholinių gėrimų kainos kito panašiai (7 pav.)²¹ 2000 m. stebimas visų alkoholinių gėrimų rūšių kainų kritimas. 2002-2006 m. ryškiau mažėjo vyno kainos. 2007 m. visų alkoholinių gėrimų kainos pradėjo didėti ir aukščiausių augimo tempą pasiekė 2008, kuomet jos brango 12,6 proc. 2009 m. alkoholis dar pabrango 9,2 proc., o 2010 m. kainų augimo tempas krito ir siekė jau tik 1,1 proc. augimą.



7 pav. Alkoholinių gėrimų mažmeninių kainų indeksai palyginti su ankstesniais metais²²

Vertinant galimą kainų augimo įtaką alkoholio vartojimui, svarbu panagrinėti ir gyventojų perkamosios galios pokyčius. Kuri, kaip matyti 8 paveiksle, nuolat didėjo, o

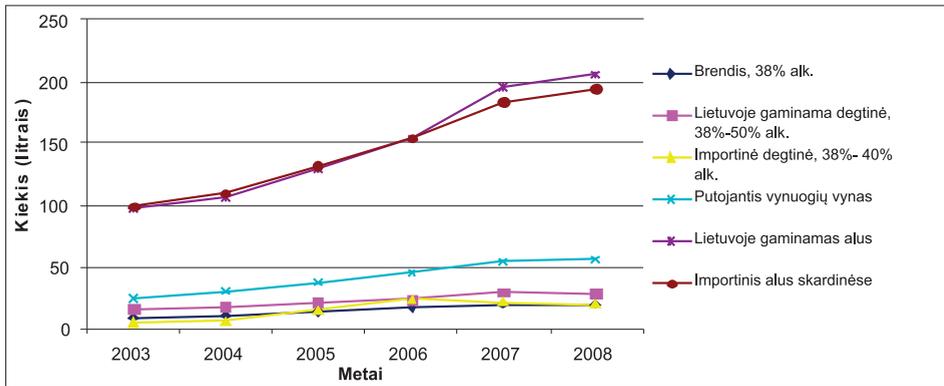
19 Zaborskis A. Rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotikų vartojimas tarp Lietuvos paauglių 1994–2010 metais. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Prieiga per internetą: http://www.ntakd.lt/files/leidiniai/tyrimas/2012_ruk_alk.pdf.

20 Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys. 2012.

21 Lietuvos statistikos departamento duomenys, 2012.

22 *Ibid.*

tai reiškia, kad nepaisant augančių kainų, gyventojai kasmet galėjo nusipirkti vis didesnę alkoholio kiekį.



8 pav. Disponuojamų piniginių mėnesinių pajamų perkamosios galios dinamika²³

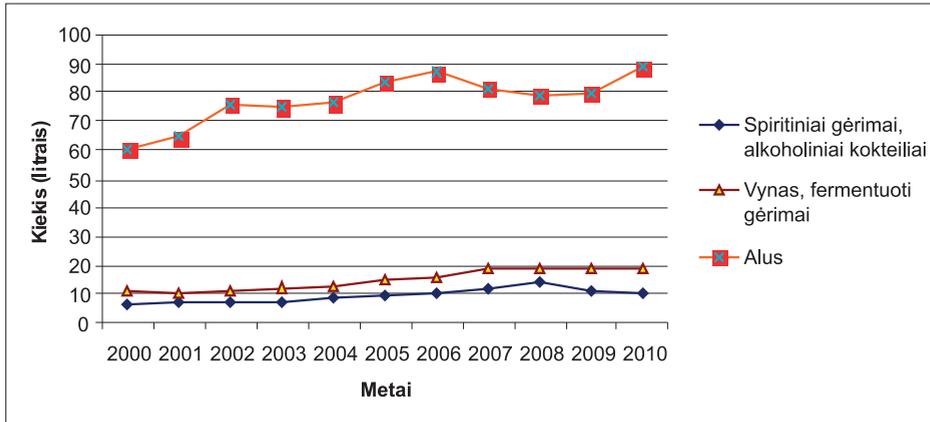
Nuo 2008 m. buvo pakeistas perkamosios galios vertinimas, pradedant skaičiuoti ne nuo disponuojamų mėnesinių pajamų, bet nuo mėnesinio neto darbo užmokesčio. Nuo 2008 iki 2010 m. alkoholio perkamoji galia mažėjo²⁴. Tam turėjo įtakos nuo 2007 m. augusios alkoholio kainos, bei ekonominio nuosmūgio laikotarpiu sumažėjusios gyventojų pajamos. Tokia situacija stabilizavo alkoholio vartojimo didėjimą.

Vertinant atskirų alkoholinių gėrimų grupių pardavimo pokyčius galima pastebėti, kad nuolat augę nuo 2008 m. pradėjo mažėti stipriųjų alkoholinių gėrimų ir alkoholinių kokteilių pardavimas (9 pav.)²⁵. Fermentuotų gėrimų bei vyno grupių pardavimas stabilizavęsis 2008–2009 m., 2010 m. išaugo, tačiau nepasiekė kritinio 2007 metų lygio. Tuo tarpu alaus pardavimai nuo 2006–2008 m. mažėję, 2010 m. išaugo ir net pralenkė 2006 metų lygį. Vertinant dešimtmetį alaus pardavimai išaugo 47,1 proc., vyno ir fermentuotų gėrimų – 75,7 proc., spiritinių gėrimų – 42,4 proc. Atsižvelgiant į alkoholinių gėrimų pardavimą galima paneigti pramonės argumentus, kad alkoholinių gėrimų vartojimo struktūros pokyčiai, kai vietoje stipriųjų alkoholinių gėrimų pradedami vartoti silpnesni – duos teigiamų sveikatos rezultatų. Tai parodo iki 2007 m. smarkiai augęs bendras alkoholinių gėrimų vartojimas, vadinasi, gyventojai nepradėjo vietoj 1 litro degtinės vartoti 1 litrą alaus.

23 Lietuvos statistikos departamento duomenys, 2012.

24 *Ibid.*

25 Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento duomenys, 2012.



9 pav. Alkoholinių gėrimų pardavimas prekybos ir maitinimo įstaigose pagal rūšis (litrais vienam gyventojui)²⁶

Vertinant alkoholio vartojimo tendencijas, svarbu atsižvelgti į licencijų, leidžiančių prekiauti alkoholiniais gėrimais, išdavimo dinamiką. 2001 m. lyginant su 2010, išduotų alkoholio licencijų skaičius padidėjo nuo 12446 iki 17748 licencijų (42,6 proc. augimas). Tokia išduotų licencijų statistika rodo vis didėjantį prekybos taškų skaičių, vadinasi, kartu ir didėjantį prieinamumą bei pasiūlą²⁷.

2. Alkoholio kontrolės politikos veikslių (1998-2010 m.) analizė

Analizuojant alkoholio kontrolės politiką reglamentuojančią teisinę bazę buvo atrinkti esminiai politikos veiksmai galimai turėję įtakos alkoholio vartojimo situacijai Lietuvoje 1998-2010 m. laikotarpiu. LSP įgyvendinimo laikotarpiu vien tik LR alkoholio kontrolės įstatymas buvo keistas 27 kartus. Tai vienas dažniausiai keičiamų įstatymų šalyje. Daugiausiai įstatymo pataisų buvo 2002 ir 2008 m. Taip pat nustatyta, kad iki 2008 m. vyravo santykinai didesnis neigiamų sprendimų (gyventojų sveikatos požiūriu) skaičius. Be to, pastebėta, kad neretai griežtinant vieną sritį, kita tuo pat metu buvo liberalizuojama (pvz., 2002 m. pailgintas reklamos ribojimo laikas, tačiau leista reklamuoti stipresnius alkoholinius gėrimus²⁸ arba 2007 m. padidinta pinigine bauda už alkoholinių gėrimų nupirkimą nepilnamečiui²⁹, tačiau sumažinta finansinė atsakomybė už kitus pažeidimus³⁰ ir pan.). Santykinai didesnis teigiamų alkoholio kontrolės politikos sprendimų skaičius (gyventojų sveikatos požiūriu) stebimas nuo 2008 metų.

26 Lietuvos statistikos departamento duomenys, 2012.

27 Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento duomenys, 2012.

28 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2002 m. birželio 20 d. Nr. IX-964 // Valstybės žinios. 2002, Nr. 65-2632.

29 LR administracinių teisės pažeidimų kodekso papildymo ir pakeitimo įstatymas 2007 m. balandžio 19 d. Nr. X-1101 // Valstybės žinios. 2007, Nr. 49-1880.

30 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. birželio 21 d. Nr. X-1198 // Valstybės žinios. 2007, Nr. 77-3041.

Panaši situacija pastebima analizuojant ir LR akcizų įstatymo pakeitimus³¹. Iki 2008 m. kelis kartus buvo mažinamas akcizas, sudaromos palankesnės sąlygos smulkiems aludariams ir pan., tačiau situacija nuo 2008 m. atitinkamai gerėjo.

Alkoholio vartojimo problemoms spręsti PSO pirmiausia rekomenduoja pasitelkti rinkos reguliavimo priemones³². Iš šių priemonių galima paminėti alkoholinių gėrimų reklamos draudimą, prieinamumo mažinimą (pardavimo vietų bei laiko ribojimą) bei kainų didinimą. Tačiau iki 2007 metų, šiomis priemonėmis Lietuvoje nebuvo pasinaudota. Padidintas alkoholinių gėrimų prieinamumas, leidus alkoholinius gėrimus pardavinėti degalinėse, sanatorijose, prekyba alkoholiniais gėrimais leista 24 valandas per parą, sumažintas akcizas alkoholiniams gėrimams, sąmoningai paliktos įstatymo spragos (pvz., pirmenybės teikimas natūralios fermentacijos alkoholinių gėrimų gamybai, importui ir pardavimui; nelikimas reklama alkoholinius gėrimus gaminančių arba jais prekiaujančių įmonių registruoti pavadinimai (jei alkoholinių gėrimų gamintojo pavadinimas yra sudedamoji šių įmonių registruoto pavadinimo dalis)) leido vykdyti agresyvią alkoholio rinkos plėtrą Lietuvoje. Šie ir kiti panašūs sprendimai bei vykdyta veikla prieštaravo LR alkoholio kontrolės įstatymo paskirčiai – mažinti bendrąjį alkoholio suvartojimą, piktnaudžiavimą alkoholiu, jo daromą žalą sveikatai ir ūkiui; taip pat prieštaravo alkoholio kontrolės politikos principams ir Valstybės alkoholio kontrolės programai.

2007 metais Nacionalinė sveikatos taryba (toliau – NST)³³ savo nutarime atkreipė visuomenės ir politikų dėmesį, kad šalyje vykdoma alkoholio politika ne mažina, bet didina alkoholio vartojimą ir sunkina su tuo susijusias pasekmes. NST tuometinę (iki 2007 m.) alkoholio situaciją Lietuvoje įvardino kaip kritinę, darančią didelę žalą Lietuvos žmonių, ypač vaikų ir jaunimo sveikatai bei valstybės socialinei ir ekonominei plėtrai. NST, pritarėdama PSO alkoholio kontrolės politikai ir strategijai, Europos Alkoholio Chartijai, LSP nuostatomis bei principams, siūlė iš pagrindų sugriežtinti alkoholio kontrolę šalyje be kompromisų taikant mokslu pagrįstas ir patvirtintas efektyviausias priemones: mažinti alkoholio pasiūlą ir prieinamumą, didinant gėrimų kainas, ribojant pardavimo vietas ir laiką, padidinti amžiaus ribą, nuo kurios leidžiama vartoti alkoholį, visiškai uždrausti alkoholio reklamą ir griežtai laikytis LR alkoholio kontrolės įstatymo. Nuo 2008 metų alkoholio kontrolės politikoje pradėti taikyti griežtesni apribojimai.

3. Politinių veiksmų (1998–2010 m.) ir statistinių rezultatų sąsajos

Ankstesniame skyriuje aptartos su alkoholio vartojimų susijusių rodiklių tendencijos rodo, kad iki 2007 m. nuosekliai didėjęs alkoholio vartojimas neišvengiamai lėmė gyventojų sveikatos blogėjimą, mirčių nuo alkoholio sukeltų ligų skaičiaus didėjimą ir augantį socialinių problemų skaičių. Blogėjančiai situacijai įtakos galėjo turėti tuo lai-

31 LR akcizų įstatymas 2001 m. spalio 30 d. Nr. IX-569 // Valstybės žinios. 2001, Nr. 98-3482.

32 WHO. Global Status Report: Alcohol Policy. – Switzerland, 2004. Prieiga per internetą: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf.

33 Nacionalinė sveikatos taryba alkoholio vartojimo situaciją įvardina kaip kritinę. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/lt/main/news/pranesimai_s_paudai?id=4668.

kotariu liberalizuota prekyba (prekybos ir viešojo maitinimo įmonėse leista prekiauti alkoholiniais gėrimais visą parą, leista prekyba degalinėse, sanatorijose, gyvenamuosiuose namuose, sumažintas akcizas alkoholiniams gėrimams), žema alkoholio kaina, intensyvi reklama, augantis importas, gamyba ir kiti veiksniai.

Gilinantį į atskiras alkoholio vartojimo sritis iki 2007 m., kuomet situacija nuosekliai blogėjo, galima įžvelgti atskirų politinių sprendimų sąsajas su tam tikrais statistiniais rodikliais.

Pastebėta, kad visu laikotarpiu įvairūs griežtinimai buvo daugiau taikomi stipriesiems alkoholiniams gėrimams, dažnai darant išimtis alui, alaus mišiniams, vynui ar sidrui. Todėl galima daryti prielaidą, kad tai turėjo įtakos visu LSP įgyvendinimo laikotarpiu augusiems silpnųjų alkoholinių gėrimų pardavimams, bei gamybai. Pavyzdžiui, 1998 m. uždrausta prekiauti alkoholiniais gėrimais parodose ir mugėse, tačiau išimtis daroma iki 13 proc. stiprumo alkoholiniams gėrimams³⁴ arba 2002 m. uždrausta prekyba alkoholiniais gėrimais sporto rungtynių metu, išskyrus gėrimus iki 6 proc. stiprumo, uždrausta išorinė alkoholio reklama, tačiau išimtis taikoma alaus bei natūralios fermentacijos vyno ir sidro reklamai³⁵.

Iki 2005 m. augusiam eismo įvykių keliuose, o kartu ir sužeistųjų bei žuvusiųjų skaičiui dėl neblaivių asmenų kaltės įtakos turėjo didelis alkoholinių gėrimų prieinamumas. Verta paminėti, kad 1998 m. buvo leista prekiauti alumi degalinėse bei šalia jų esančiose prekybos ir viešojo maitinimo įmonėse³⁶, o 2001 m. jose leista prekiauti ir stipriais alkoholiniais gėrimais³⁷. Pastaraisiais metais prekyba alkoholiniais gėrimais prekybos ir viešojo maitinimo įmonėse leista visą parą³⁸, o 2003 m. panaikintas draudimas alkoholiniais gėrimais prekiauti magistralinių ir krašto kelių pakelėse³⁹. Toks prekybos alkoholiu liberalizavimas taip pat prisidėjo prie blogėjančios situacijos keliuose iki 2005 metų.

2006 m. sumažėjusį eismo įvykių, sužeistųjų ir žuvusiųjų dėl neblaivių eismo dalyvių kaltės keliuose skaičių, galima susieti su 2005 m. LR Vyriausybės patvirtinta ir pradėta įgyvendinti Valstybine saugaus eismo automobilių keliais 2005-2010 m. programa⁴⁰, bei tais pačiais metais pradėta vykdyta socialine saugaus eismo akcija „Nevairuok

34 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 1998 m. gruodžio 10 d. Nr. VIII-961 // *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 114-3188.

35 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2002 m. birželio 20 d. Nr. IX-964 // Ten pat.

36 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 1998 m. gruodžio 10 d. Nr. VIII-961 // Ten pat.

37 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas 2001 m. lapkričio 13 d. Nr. IX-600 // *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 99-3531.

38 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas 2001 m. balandžio 5 d. Nr. IX-237 // *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 31-1016.

39 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2002 m. birželio 20 d. Nr. IX-964 // Ten pat.

40 LR Vyriausybės 2005 m. liepos 8 d. nutarimas Nr. 759 „Dėl Valstybinės saugaus eismo automobilių keliais 2005–2010 m. programos patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 84-3117.

išgėręs⁴¹. Akcijos metu įvairiais kanalais buvo platinama žinutė siekiant atkreipti visuomenės, ypač vairuotojų, dėmesį į opią problemą keliuose. Taip pat paminėtina, kad 2004 m. buvo patvirtintos ir paskaitų kurso apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai taisyklės⁴². Paskaitų kursą privalėjo išklausti asmenys, kuriems atimta teisė vairuoti transporto priemonę dėl teisės pažeidimo padarymo esant neblaiviam. Ši, kaip ir kitos anksčiau minėtos priemonės, prisidėjo gerinant situaciją keliuose.

Susirūpinus dėl blogėjančios situacijos šalyje, LR Vyriausybė 2008 – uosius metus paskelbė blaivybės metais bei patvirtino Blaivybės metų programą⁴³. Tuomet priimti reikšmingi sprendimai leido pasiekti teigiamų rezultatų alkoholio vartojimo srityje: 2008 m. sugriežtinta atsakomybė už vairavimą išgėrus⁴⁴; uždrausta alkoholio reklama LR jurisdikcijai priklausančių transliuotojų ir retransliuotojų transliuojamose programose nuo 6 val. iki 23 val.⁴⁵; 2008 m. pabaigoje buvo priimtos įstatymo pataisos, kurios įtvirtino prekybos alkoholiniais gėrimais laiko apribojimus nuo 22 val. iki 8 val.⁴⁶; 2009 m. panaikintos lengvatų smulkiesiems aludariams⁴⁷; 2010 m. savivaldybėms suteikta galimybė neišduoti prekybos alkoholiu licencijų ir riboti prekybos laiką⁴⁸; 2008–2009 m. padidinti akcizai alkoholiniams gėrimams⁴⁹,⁵⁰, didėjo santykinė jų kaina. Visa tai davė teigiamų rezultatų – 2008 m. alkoholio vartojimas stabilizavosi, o 2009 m. pirmą kartą stebimas vartojimo sumažėjimas. Mažėjant alkoholio vartojimui pradėjo gėrėti su alkoholio vartojimu susiję sveikatos bei socialiniai rodikliai: mažėjo ligotumas ir sergamumas alkoholinėmis psichozėmis, mažėjo apsinuodijimų alkoholiu, sumažėjo gyventojų mirtingumas, eismo įvykių dėl neblaivių asmenų kaltės rodiklis.

Ryškesniam kelių eismo įvykių skaičiaus, o kartu ir sužeistųjų bei žuvusiųjų asmenų skaičiaus sumažėjimui 2008 m., o taip pat ir tolimesniam situacijos gerėjimui, įtakos galimai turėjo nuo 2008 m. sugriežtinta LR administracinių teisės pažeidimų kodekse nustatyta atsakomybė už vairavimą išgėrus: padidintos piniginių baudos, pradėtos konfiskuoti transporto priemonės ir taikomas administracinis areštas, nuo 0,4 iki 0,2

41 Nevairuok išgėręs. Prieiga per internetą: <http://www.vtv.lt/naujienos/sveikata/nevairuok-isgeres-pirmasis-etapas-nemokami-autobusai-2.html>.

42 LR Vyriausybės 2004 m. sausio 8 d. Nr. 20 nutarimas „Dėl paskaitų kurso apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai taisyklių patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 133-4814.

43 LR Vyriausybės 2008 m. sausio 9 d. nutarimas Nr. 19 „Dėl Blaivybės metų programos patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 2008, r. 8-277.

44 LR administracinių teisės pažeidimų kodekso pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. gruodžio 13 d. Nr. X-1365 // *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 138-5641.

45 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. birželio 21 d. Nr. X-1198 // Ten pat.

46 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2008 m. spalio 14 d. Nr. X-1750 // *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 123-4660.

47 LR akcizų įstatymo pakeitimo įstatymas 2008 m. gruodžio 19 d. Nr. XI-79 // *Valstybės žinios*. 2008, 149-6005.

48 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas 2010 m. birželio 17 d. Nr. XI-909 // *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 76-3868.

49 LR akcizų įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. gruodžio 6 d. Nr. X-1355 // *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 132-5358.

50 LR akcizų įstatymo pakeitimo įstatymas 2008 m. gruodžio 19 d. Nr. XI-79 // Ten pat.

promilių sumažinta leistina alkoholio koncentracija kraujyje pradedantiesiems vairuotojams⁵¹. Taip pat prie teigiamų rezultatų prisidėjo ir tuo laikotarpiu vykdytas projektas „STOP karui keliuose“, jo iniciatyva vykdyta aktyvi socialinė reklama bei aktyvesnis policijos pareigūnų darbas. Teigiamu sprendimu galima laikyti ir nuo 2009 m. įsigaliojusį draudimą vartoti, laikyti ir gabenti alkoholio produktus atidarytoje pakuotėje automobilių salonuose⁵².

Siekiant sumažinti alkoholinių gėrimų prieinamumą vaikams ir paaugliams 2009 m. uždrausta prekiauti alkoholiniais gėrimais mažmeninės prekybos įmonėse, kuriose vaikams ir paaugliams skirtų prekių dalis sudaro 30 arba daugiau procentų mažmeninės prekių apyvartos⁵³. Siekiant sumažinti alkoholinių gėrimų vartojimą nepilnamečių tarpe, jau 2007 m. padidintos piniginės baudos už alkoholinių gėrimų nupirkimą ar kitokį perdavimą nepilnamečiui, taip pat už nepilnamečio nugirdymą⁵⁴, o nuo 2009 m. sausio 1 d. įsigaliojo LR alkoholio kontrolės įstatymo nuostata, kad Lietuvoje asmenims iki 18 metų draudžiama vartoti alkoholinius gėrimus bei jų turėti ir už tai Administracinių teisės pažeidimų kodekse atitinkamai numatytos piniginės nuobaudos⁵⁵. Taip pat nuo 2009 m. mažmeninės prekybos alkoholiniais gėrimais įmonėms vykdančioms viešojo maitinimo veiklą įvesta prievolė užtikrinti, kad prekybos vietose asmenys iki 18 metų nevirtotų alkoholinių gėrimų⁵⁶.

Nors bendra situacija nuo 2008 m. gerėjo, priimta nemažai PSO alkoholio kontrolės strategines nuostatas atitinkančių sprendimų, padedančių kontroliuoti ir mažinti alkoholio vartojimą, tačiau buvo ir teisės aktų spragų. Kaip pavyzdį galima pateikti mažmeninės prekybos laiko ribojimą nakties metu, kuris įsigaliojo nuo 2009 m.⁵⁷ Įsigaliojus pastarajam draudimui, nemažai prekybininkų pasinaudodami įstatymo išimtimi (prekybos alkoholiniais gėrimais laiko ribojimas nėra taikomas viešojo maitinimo įmonėms) ir reorganizavo savo verslą imituodami, kad vykdo viešojo maitinimo įmonės veiklą, todėl turi teisę toliau prekiauti alkoholiniais gėrimais visą parą. Todėl galima teigti, kad alkoholio prekybos laiko ribojimas, nebuvo pakankamai efektyviai išnaudotas. Akivaizdu, kad griežtesnis ir aiškesnis reglamentavimas LSP įgyvendinimo laikotarpiu būtų leidęs pasiekti geresnių rezultatų alkoholio vartojimo mažinime.

Gilinantį į alkoholio vartojimo dinamiką, LSP įgyvendinimo laikotarpį (1998–2010) galima suskirstyti į du laikotarpius: iki 2008 ir po 2008 metų. Iki 2008 metų

51 LR administracinių teisės pažeidimų kodekso pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. gruodžio 13 d. Nr. X-1365 // Ten pat.

52 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2008 m. spalio 14 d. Nr. X-1750 // Ten pat.

53 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2008 m. spalio 14 d. Nr. X-1750 // Ten pat.

54 LR administracinių teisės pažeidimų kodekso papildymo ir pakeitimo įstatymas 2007 m. balandžio 19 d. Nr. X-1101 // Ten pat.

55 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2008 m. spalio 14 d. Nr. X-1750 // Ten pat.

56 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2008 m. spalio 14 d. Nr. X-1750 // Ten pat.

57 LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2008 m. spalio 14 d. Nr. X-1750 // Ten pat.

stebimas akivaizdus daugumos su alkoholio vartojimu susijusių rodiklių blogėjimas, o politiniuose sprendimuose daugumoje vyravo alkoholio gamybą ir prekybą liberalizuojantys sprendimai. Situacijai nuolat blogėjant, 2008 metais politikai ėmėsi ryžtingiau griežtinti alkoholio kontrolę: pradėjo didėti alkoholinių gėrimų kainos, sutrumpintas jų pardavimo laikas, apribotas reklamos laikas ir kita. Be to dėl ekonominės krizės susilpnėjo gyventojų perkamoji galia, kas sumažino alkoholinių gėrimų pardavimų lygį ir nuo tada buvo stebimas bendrasis alkoholio vartojimo sumažėjimas lyginant su 2007 metais.

Išvados

1. Apžvelgus alkoholio politikos raidą per LSP įgyvendinimo laikotarpį, galima teigti, kad yra pakankamai alkoholio kontrolės politikos priemonių, kurias efektyviai panaudojus, galima sėkmingai kontroliuoti alkoholio vartojimo situaciją šalyje.

2. Išanalizavus alkoholio vartojimo ir jo padarinių gyventojų sveikatai statistiką, nustatyta, kad pagrindinis Lietuvos sveikatos programoje (1998–2010 m.) numatytas tikslas sumažinti alkoholio vartojimą iki 2010 metų 25 proc. – nepasiektas. Pagal su alkoholio vartojimu susijusių sveikatos ir socialinių rodiklių dinamiką galima išskirti du laikotarpius: iki 2007 m. stebimas daugumos rodiklių blogėjimas bei nuo 2008 m. stebima teigiama statistinių rodiklių dinamika: sumažėjęs bendras alkoholio vartojimas, alkoholio sąlygotų mirčių, alkoholinių psichozių skaičius ir kt. Teigiami rezultatai pasiekti valdant situaciją keliuose, kuomet eismo įvykių, juose žuvusiųjų ir sužeistųjų skaičius dėl neblaivių eismo dalyvių kaltės sumažėjo daugiau nei du kartus.

3. Išnagrinėjus alkoholio kontrolės politikos veiksmus Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpiu (1998–2010 m.), nustatyta, kad 1998–2007 m. nebuvo vykdoma nuosekli alkoholio vartojimo mažinimo politika, o dauguma priimtų sprendimų bei vykdyta veikla prieštaravo Alkoholio kontrolės įstatymo paskirčiai ir alkoholio kontrolės principams, nes vyravo alkoholio kontrolę liberalizuojantys sprendimai. Per 2008–2010 metus, alkoholio kontrolė sugriežtinta ir per šį trumpą laikotarpį užfiksuoti reikšmingi teigiami alkoholio vartojimo ir su juo susijusių pasekmių pokyčiai rodo taikytų alkoholio kontrolės priemonių efektyvumą.

Rekomendacijos

1. Tikslinga įgyvendinti integralią kompleksinę švietimo ir sveikos gyvensenos ugdymo sistemą, kuri nuo ankstyvos vaikystės nuosekliai formuotų sveiko gyvenimo įgūdžius akcentuojant priklausomybių pasekmes sveikatai, šeimai ir visuomenei.

2. Tikslinga didinti visų be išimties alkoholinių gėrimų akcizą tiek, kad alkoholio kainos didėjimas aplenkėtų infliaciją ir gyventojų pajamų augimą bei alkoholis taptų sunkiai įperkama prabangos preke.

3. Reikalinga griežtesnė kova su kontrabanda ir nors tikėtina, kad alkoholio politikos sugriežtinimas gali padidinti alkoholinių gėrimų kontrabandos mastus, tačiau tokiu būdu būtų užkertamas kelias alkoholio pramonei, kontrabandą naudoti kaip argumentą alkoholio gamybos ir prekybos liberalizavimui. Tuo tikslu kontrabandos

kontrolė turėtų tapti vienu svarbiausių Vidaus reikalų ministerijos ir pasienio tarnybų uždavinių. Stiprinant nelegalios prekybos ir kontrabandos kontrolę teisėsaugos pareigūnus skatinti premijomis už nusikaltimo išaiškinimą, skiriant premijas, kurios keletą kartų viršytų potencialaus kyšio dydį.

4. Siekiant sumažinti alkoholio vartojimą tarp jaunimo, rekomenduojama didinti amžių iki 21 metų, nuo kurio būtų leidžiama įsigyti alkoholinius gėrimus, sugriežtinti bausmes prekybininkams iki licencijos atėmimo už vienkartinį alkoholinių gėrimų pardavimą nepilnamečiams. Atskiros specializuotos prekybos alkoholiniais gėrimais vietos, kuriose draudžiant įeiti asmenims neturintiems atitinkamo amžiaus, nuo kurio leidžiama įsigyti alkoholinius gėrimus, taip pat reikšmingai prisidėtų prie vartojimo mažinimo vaikų ir paauglių tarpe.

5. Mažinant eismo įvykių skaičių dėl neblaivių vairuotojų kaltės, rekomenduojama nustatyti visiems vairuotojams arba bent tiems, kurie neturi ketverių metų stažo, 0 promilių kraujuje ribą.

6. Skatinti, visuomenės išitraukimą į aktyvią veiklą apdovanojant savivaldybes, bendruomenes, mokyklas, įstaigas ar organizacijas, kurios labiausiai savo darbais ar asmeniniu pavyzdžiu prisideda mažinant alkoholio suvartojimą.

Literatūra

1. Alcohol-related harm in Europe – Key data. – Brussels, October 2006. Žiūrėta 2011-11-14. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf.
2. Alkoholio vartojimas ir padariniai. Žiūrėta 2012-02-11. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=2604>.
3. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6. – Copenhagen, 1999, p. 91. – ISSN 1012-7356. Žiūrėta 2012-01-05. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf.
4. LR administracinių teisės pažeidimų kodekso pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. balandžio 19 d. Nr. X-1101 // Valstybės žinios. 2007, Nr. 49-1880.
5. LR administracinių teisės pažeidimų kodekso pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. gruodžio 13 d. Nr. X-1365 // Valstybės žinios. 2007, Nr. 138-5641.
6. LR akcizų įstatymas 2001 m. spalio 30 d. Nr. IX-569 // Valstybės žinios. 2001, Nr. 98-3482.
7. LR akcizų įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. gruodžio 6 d. Nr. X-1355 // Valstybės žinios. 2007, Nr. 132-5358.
8. LR akcizų įstatymo pakeitimo įstatymas 2008 m. gruodžio 19 d. Nr. XI-79 // Valstybės žinios. 2008, 149-6005.
9. LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 1998 m. gruodžio 10 d. Nr. VIII-961 // Valstybės žinios. 1998, Nr. 114-3188.
10. LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2002 m. birželio 20 d. Nr. IX-964 // Valstybės žinios. 2002, Nr. 65-2632.
11. LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2007 m. birželio 21 d. Nr. X-1198 // Valstybės žinios. 2007, Nr. 77-3041.
12. LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo ir papildymo įstatymas 2008 m. spalio 14 d. Nr. X-1750 // Valstybės žinios. 2008, Nr. 123-4660.

13. LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas 2001 m. balandžio 5 d. Nr. IX-237 // *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 31-1016.
14. LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas 2001 m. lapkričio 13 d. Nr. IX-600 // *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 99-3531.
15. LR alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas 2010 m. birželio 17 d. Nr. XI-909 // *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 76-3868.
16. LR Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842. Žiūrėta 2011-10-15. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=60036&p_query=&p_tr2=2.
17. LR Vyriausybės 1999 m. vasario 25 d. nutarimas Nr. 212 „Dėl Valstybės alkoholio kontrolės programos patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 21-603. Žiūrėta 2011-11-14. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=74909.
18. LR Vyriausybės 2005 m. liepos 8 d. nutarimas Nr. 759 „Dėl Valstybinės saugaus eismo automobilių keliais 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 84-3117.
19. LR Vyriausybės 2008 m. sausio 9 d. nutarimas Nr. 19 „Dėl Blaivybės metų programos patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 2008, r. 8-277.
20. Nacionalinė sveikatos taryba alkoholio vartojimo situaciją įvardina kaip kritinę. Žiūrėta 2012-01-20. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/lt/main/news/pranesimai_spaudai?id=4668.
21. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados. – Vilnius, 2011. Žiūrėta 2011-12-15. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/PZACLURH.PDF>.
22. Nevairuok išgėręs. Žiūrėta 2011-02-10. Prieiga per internetą: <http://www.vtv.lt/naujienos/sveikata/nevairuok-isgeres-pirmasis-etapas-nemokamiautobusai-2.html>.
23. Tidikis R. Socialinių mokslų tyrimų metodologija. – Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, p. 498-505. – ISBN 9955-563-26-5.
24. Zaborskis A. Rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotikų vartojimas tarp Lietuvos paauglių 1994-2010 metais. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Žiūrėta 2012-01-23. Prieiga per internetą: http://www.ntakd.lt/files/leidiniai/tyrimas/2012_ruk_alk.p

The assesment of alcohol control policy during Lithuanian health programme implementation (1998–2010)

Karolina Kubiliūtė, Irma Čaplinskienė
Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

The main aim of the Article is to estimate alcohol control policy actions during Lithuanian health programme implementation (1998-2010). In this Article there are analysed the tendency of alcohol consumption, alcohol control policy and the variety of alcohol regulation means, estimated corelation between alcohol control policy actions and statistical recordss, estimated the achievements of alcohol consumption reduction during Lithuanian health programme implementation. Conclusions: after analysed statistical records of alcohol consumption and it's

consequences to population's health there was estimated that the main aim of Lithuanian health programme (1998-2010) – to reduce alcohol consumption by 25 percent till 2010 was not achieved. Dynamics of alcohol-related health and social indicators can be distinguish in two periods: till 2007 can be seen impairment of majority rates and from 2008 can be seen positive dynamics of statistical records:

- *reduced alcohol consumption, amount of alcohol-related deaths and alcoholic psychosis etc.*

After analysing alcohol control policy actions in period of 1998-2010 there was estimated that there was no consistent alcohol consumption reduction policy even though most of decisions and activities were opposite to the aim of Alcohol control law and principles of alcohol control policy because of liberalism of alcohol policy during that time. During 2008-2010 alcohol control was strengthen and in this short time stated the meaning positive changes of records of alcohol-related health and social indicators shows the effectiveness of alcohol control means. Recommendations: increase excise of all alcohol drinks unexceptional; needed stronger action with contraband; wiling to reduce alcohol consumption between infants it is recommended to increase age till 21 years from witch it would be allowing purchase alcohol, also tighten penalty for traders with licence deprivation for one-off alcohol sale to infant; wiling to reduce traffic accidents it is recommended to establish zero alcohol concentration in blood for all drivers or at least for those how do not have four years experience; annually motivate community's involvement into active actions awarding them (natural or juridical persons) which subserve by their actions or personal example for reducing alcohol consumption.

Keywords: *Lithuanian health programme, alcohol control policy, alcohol consumption reduction, health and social indicators.*

Karolina Kūbiliūtė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto magistrė.

Irma Čaplinskienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų katedros lektorė.

Karolina Kūbiliūtė, Postgraduate at Faculty of Policy and Management, Mykolas Romeris University.

Irma Čaplinskienė, Lecture at the Department of Political Sciences, Faculty of Policy and Management, Mykolas Romeris University.

EUROPOS SAJUNGOS SVEIKATOS POLITIKA IR JOS KOMITOLOGIJA

Vygandas Paulikas

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto

Politikos mokslų katedra

Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva

Telefonas (+ 370 5) 274 0611

Elektroninis paštas: vpaul@mruni.eu

Santrauka

Straipsnio tikslas – remiantis Europos Sąjungos teisės aktais bei institucine struktūra išryškinti Europos Sąjungos Sveikatos politikos plėtros procesus.

Aptariamos Sveikatos politikos užuomazgos Europos ekonominėje bendrijoje (Romos sutartis) bei tolimesnė šios politikos plėtra Europos Bendrijose, atsispindinti 1987 m. Suvestinio Europos akto nuostatose.

Nagrinėjama Europos Sąjungos Sveikatos ir vartotojų teisių apsaugos konstitucinės teisės evoliucija, pradedant Maastrichto sutartimi ir baigiant sutartimi dėl Europos Sąjungos veikimo (Lisabonos). Aptariami Europos Parlamento ir Tarybos priimti ES antrinės teisės aktai, kuriais remiantis įgyvendinama ES Sveikatos ir vartotojų teisių politika.

ES komitologijos komitetų plėtros kontekste analizuojama ES Sveikatos ir vartotojų teisių politikos plėtra bei šios politikos vieta kitų ES viešųjų politikų kontekste.

Reikšminiai žodžiai: *Europos Sąjunga, sveikatos politika, komitologija.*

Įvadas

Europos Bendrijoje ir vėliau Europos Sąjungoje nuo jos vienijimosi pradžios 1951 m. viešosios politikos visada buvo ir šiuo metu yra formuojamos pagal valstybių narių tarpusavio susitarimus, siekiant bendrų veiksmų vienoje ar kitoje veiklos srityje pagal išskylančius laikmečio poreikius bei viešosioms politikoms keliamų tikslų aktualumą ES valstybių narių gyventojams.

Karo nuniokotose Europos valstybėse pokario metais nebuvo nieko svarbesnio, kaip suvienyti pastangas anglies ir plieno politikos srityje, siekiant ne vien tik greitesnio sugriautų valstybių ekonomikų atstatymo, bet ir siekiant apsisaugoti nuo naujų karų Europoje kilimo grėsmės. Tuo tikslu šešios Europos valstybės 1951 m. pasirašė Europos anglies ir plieno bendrijos (Paryžiaus) sutartį, kuria remiantis buvo įsteigtos už šios viešosios politikos procesą atsakingos Bendrijos institucijos.¹

Ne mažiau svarbu pokario Europos gyventojams buvo turėti galimybę už prieinamą kainą įsigyti mitybai būtinus maisto produktus, nes visose Europos valstybėse netgi iki XX amž. aštunto dešimtmečio dėl karo metu padarytų nuostolių žemės ūkiui dar

1 Europos anglių ir plieno bendrijos steigimo sutartis (1951). Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.

labai stigo pagrindinių žemės ūkio ir maisto produktų.² Šių produktų trūkumas jautėsi ir to meto pasaulinėse rinkose, dėl ko jų kainos buvo neprieinamos absoliučiai daugumai karo nuniokotos Europos gyventojų.

Visiškai neatsitiktinai, Europos valstybių narių vadovams pasirašant Europos ekonominio bendradarbiavimo (Romos) sutartį 1957 metais, net keli šios sutarties straipsniai buvo skirti būtent bendrosios Žemės ūkio politikos sukūrimui: joje buvo nustatyti bendrosios Žemės ūkio politikos tikslai, kuriais siekiama subalansuoti interesus tarp gamintojų ir vartotojų; buvo numatytos bendros rinkų organizavimo priemonės; buvo išdėstytos procedūros, pagal kurias reglamentus, direktyvas ir sprendimus, susijusius su bendrąja Žemės ūkio politika, priims Ministrų Taryba, remiantis Komisijos pasiūlymais ir pasikonsultavusi su Europos Parlamentu.

Pokario Europos valstybėse Sveikatos apsaugos problemos nebuvo tokios aktualios, kaip anglies ir plieno pramonės arba apsirūpinimo maisto produktais reikalai. Todėl, visiškai neatsitiktinai nei 1951 m. Paryžiaus, nei 1957 m Romos sutartyse, jų pasirašiusių valstybių vadovai dar nenumatė būtinumo šią politiką labiau išskirti iš kitų bendrijos valstybėse narėse vykdomų viešųjų politikų bei labiau integruoti valstybių narių veiksmus sveikatos apsaugos srityje.

Nepaisant to, Romos sutartyje jau galima išžvelgti pirmuosius netiesioginius nurodymus Sveikatos politikos formavimo užuomazgoms Europos bendrijoje, tokius, kaip nurodymą kelti žmonių pragyvenimo lygio standartus, garantuoti laisvą asmenų judėjimą (įsk. pacientų ir sveikatos apsaugos specialistų), laisvą paslaugų judėjimą (įsk. sveikatos apsaugos).³ Romos sutartyje taipogi minimi sveikatos ir saugos darbe standartų būtinumas Europos bendrijos valstybėse bei sveikatos apsaugos reikalavimų laikymasis, vartojant maisto produktus ir įvairius farmakologinius preparatus.

1957 metais pasirašytoje EURATOMO sutartyje yra nuorodos dėl branduolinės energetikos įmonėse dirbantčių asmenų ir visų gyventojų apsaugos nuo spinduliuojančios radiacijos poveikio.⁴

Pirmosios – Europos bendrijų ir vėlesnės – ES sutartys, kaip svarbiausi teisiniai dokumentai apie pasiektus ES valstybių narių politinius susitarimus dėl didesnio ar mažesnio valstybių narių veiksmų koordinavimo vienoje ar kitoje viešosios politikos srityje atspindi ES visų viešųjų politikų, įskaitant ir Sveikatos politiką, evoliucinius plėtos procesus.

1986 m. Suvestiniu Europos Aktu įtvirtinti valstybių narių vadovų politiniai susitarimai rodo jų siekius dar labiau integruoti valstybių narių veiksmus Sveikatos apsaugos srityje. Tuo tikslu šiame Europos bendrijos konstitucinės teisės akte atsiranda naujos nuostatos dėl sveikatos ir darbo saugos, dėl Bendrijos veiksmų aplinkosaugoje bei var-

2 Michael Tracy. Žemės ūkio politika Europos Sąjungoje. Briuselis-Vilnius, Diemedis, 1998, p. 166.

3 Europos ekonominės bendrijos steigimo sutartis (1957). Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.

4 Europos atominės energijos bendrijos steigimo sutartis (1957). Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.

totojų teisių apsaugoj. Vadovaujantis šios sutarties nuostatomis buvo patvirtintos kelios Bendrijos direktyvos dėl produktų saugos reikalavimų, dėl darbo saugos ir sveikatos.⁵

Šia publikacija yra siekiama aptarti Sveikatos politikos plėtros procesą Europos Sąjungoje per Sveikatos politikos įtvirtinimą ES konstitucinės teisės (sutarčių) bei ant-rinės teisės (reglamentų, direktyvų, nutarimų ir kt.) aktus ir ES Sveikatos politikos įgyvendinimo mechanizmo (komitologijos) plėtrą.

1. Sveikatos politika Europos Sąjungoje konstitucinėje teisėje

1992 m. Europos Sąjungos (Mastrichto) sutartyje skiriami net du jos straipsniai Sveikatos apsaugos politikai (3 ir 129), kuriuose atsispindi valstybių narių įsipareigojimai siekti aukštų sveikatos apsaugos standartų, integruojant sveikatos apsaugos reikalavimus į visas kitas viešosios politikos sritis. Sutartyje buvo numatyta remiantis sveikatos apsaugos nuostatomis formuoti vartotojų teisių apsaugos, švietimo ir profesinio mokymo, transporto saugos politikas bei valstybių bendradarbiavimą teisingumo ir vidaus reikalų srityje.

Mastrichto sutartimi ES buvo įpareigota patikrinti visas ES viešąsias politikas, įskaitant šių politikų visas įgyvendinimo priemones, siekiant išaiškinti jų neigiamą poveikį žmonių sveikatai.

Remiantis sutarties nuostatomis įvairios ES institucijos ėmėsi veiksmų dėl sveikatos apsaugos. Visi šie veiksmai gali būti priskiriami vienai iš dviejų grupių:

ES veiksmai visuomenės sveikatos srityje

Sveikatos apsaugos reikalavimai ES viešosiose politikose.⁶

1997 m. Amsterdamo sutartyje Sveikatos apsaugos politikai skiriamos net penkios 152 straipsnio nuostatos:

1. Žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos ir veiklos kryptis. Bendrija, savo veikla papildydama valstybių narių politiką, siekia gerinti visuomenės sveikatą, užkirsti kelią žmonių negalavimams ir ligoms bei pašalinti pavojaus žmonių sveikatai šaltinius. Tokia veikla apima kovą su labiausiai sveikatą pakertančiomis ligomis skatinant jų priežasčių, plitimo ir profilaktikos tyrimus, taip pat skleidžiant informaciją ir plėtojant švietimą sveikatos klausimais. Bendrija papildo valstybių narių veiklą mažinant su narkotikais siejamą žalą sveikatai, taip pat plėtojant informavimą ir prevenciją.

2. Bendrija skatina valstybių narių bendradarbiavimą šiame straipsnyje nurodytose srityse ir prireikus remia jų veiksmus. Valstybės narės, palaikydamos ryšį su Komisija, savitarpiai koordinuoja politikos kryptis ir programas 1 dalyje nurodytose srityse. Komisija, palaikydama glaudų ryšį su valstybėmis narėmis, gali imtis bet kokios naudingos iniciatyvos tokiam koordinavimui remti.

3. Bendrija ir valstybės narės skatina bendradarbiavimą visuomenės sveikatos srityje su trečiosiomis šalimis ir kompetentingomis tarptautinėmis organizacijomis.

5 Suvestinis Europos aktas (1986). Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index.htm#founding>.

6 Europos Sąjungos sutartis (1992). Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index.htm#founding>.

4. Taryba, pasikonsultavusi su Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetu bei Regionų komitetu, šiame straipsnyje nurodytų tikslų padeda siekti imdamasi:

- a) priemonių, nustatančių aukštus žmogaus kilmės organų ir medžiagų, kraujo ir kraujo darinių kokybės bei saugos standartus; šios priemonės jokiai valstybei narei nekliudo ir toliau laikytis apsaugos priemonių arba jas sugriežtinti;
- b) nukrypstant nuo 37 straipsnio – priemonių veterinarijos ir fitosanitarijos srityse, kuriomis tiesiogiai siekiama apsaugoti visuomenės sveikatą;
- c) skatinamųjų priemonių, skirtų žmonių sveikatingumui saugoti bei gerinti, išskyrus bet kokių valstybių narių įstatymų ir kitų teisės aktų derinimą.

Taryba, spręsdama kvalifikuota balsų dauguma, Komisijos pasiūlymu taip pat gali šiame straipsnyje nurodytais tikslais teikti rekomendacijas.

5. Bendrija savo veikloje visuomenės sveikatos srityje visiškai pripažįsta valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą. Konkrečiai šio straipsnio 4 dalies a punkte nurodytos priemonės neturi įtakos nacionalinėms nuostatomis dėl organų ir kraujo donorystės ar naudojimo medicinos tikslams.⁷

2007 m. Sutartyje dėl Europos Sąjungos veikimo (Lisabonos) Sveikatos politikai yra skiriama visa XIV antraštinė dalis ir 168 sutarties straipsnis, kuriame konstatuojama, kad:

1. Žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Sąjungos politikos ir veiklos kryptis. Sąjunga, savo veikla papildydama valstybių narių politiką, siekia gerinti visuomenės sveikatą, užkirsti kelią žmonių negalavimams ir ligoms bei pašalinti pavojaus fizinei ir psichinei sveikatai šaltinius. Tokia veikla apima kovą su labiausiai sveikatą pakertančiomis ligomis skatinant jų priežasčių, plitimo ir profilaktikos tyrimus, taip pat skleidžiant informaciją ir plėtojant švietimą sveikatos klausimais, bei stebėseną, išankstinį įspėjimą dėl didelių tarpvalstybinio pobūdžio grėsmių sveikatai ir kovą su jomis. Sąjunga papildo valstybių narių veiklą mažinant su narkotikais siejamą žalą sveikatai, taip pat plėtojant informavimą ir prevenciją.

2. Sąjunga skatina valstybių narių bendradarbiavimą šiame straipsnyje nurodytose srityse ir prireikus remia jų veiksmus. Ji ypač skatina valstybių narių bendradarbiavimą, kad jų pasienio regionų sveikatos paslaugos geriau papildytų viena kitą. Valstybės narės, palaikydamos ryšį su Komisija, savitarpiskai koordinuoja politikos kryptis ir programas 1 dalyje nurodytose srityse. Komisija, palaikydama glaudų ryšį su valstybėmis narėmis, gali imtis bet kokios naudingos iniciatyvos tokiam koordinavimui remti, ypač iniciatyvų, kuriomis siekiama nustatyti gaires ir rodiklius, organizuoti keitimąsi geriausia patirtimi ir rengti reikiamus elementus periodinei stebėsenai ir vertinimui. Apie tai išsamiai pranešama Europos Parlamentui.

3. Sąjunga ir valstybės narės skatina bendradarbiavimą visuomenės sveikatos srityje su trečiosiomis šalimis ir kompetentingomis tarptautinėmis organizacijomis.

4. Nukrypstant nuo 2 straipsnio 5 dalies ir 6 straipsnio a punkto bei laikantis 4 straipsnio 2 dalies k punkto, Europos Parlamentas ir Taryba, spręsdami pagal įprastą

⁷ Amsterdamo sutartis (1997). Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.

teisėkūros procedūrą ir pasikonsultavę su Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetu bei Regionų komitetu, šiame straipsnyje nurodytų tikslų padeda siekti imdamiesi bendroms saugos problemoms spręsti: a) priemonių, nustatančių aukštus žmogaus kilmės organų ir medžiagų, kraujo ir kraujo darinių kokybės bei saugos standartus; šios priemonės jokiai valstybei narei nekliudo ir toliau laikytis apsaugos priemonių arba jas sugriežtinti; b) priemonių veterinarijos ir fitosanitarijos srityse, kuriomis tiesiogiai siekiama apsaugoti visuomenės sveikatą; c) priemonių, nustatančių aukštus vaistų ir medicinos tikslams naudojamų prietaisų kokybės bei saugos standartus.

5. Europos Parlamentas ir Taryba, sprenddami pagal įprastą teisėkūros procedūrą ir pasikonsultavę su Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetu bei Regionų komitetu, taip pat gali patvirtinti skatinamąsias priemones, skirtas saugoti ir gerinti žmonių sveikatą, pirmiausia kovoti su tarpvalstybinio pobūdžio labiausiai sveikatą pakertančiomis ligomis, priemonės, skirtas stebėsenai, išankstiniam įspėjimui dėl didelių tarpvalstybinio pobūdžio grėsmių sveikatai ir kovai su jomis, taip pat priemonės, kurių tiesioginis tikslas – apsaugoti visuomenės sveikatą, kai tai susiję su tabako vartojimu ir piktnaudžiavimu alkoholiu, išskyrus bet kokį valstybių narių įstatymų ir kitų teisės aktų suderinimą.

6. Taryba Komisijos pasiūlymu taip pat gali šiame straipsnyje nurodytais tikslais teikti rekomendacijas.

7. Sąjunga savo veikloje pripažįsta valstybių narių atsakomybę už jų sveikatos politikos apibrėžimą ir už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą. Valstybių narių atsakomybė apima sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros valdymą bei tam paskirtų išteklių paskirstymą. 4 dalies a punkte nurodytos priemonės neturi įtakos nacionalinėms nuostatoms dėl organų ir kraujo donorystės ar jų naudojimo medicinos tikslams.⁸

Jeigu iki Romos sutarties pasirašymo visi Sveikatos politikos formavimo, sprendimų priėmimo bei jų įgyvendinimo klausimai buvo išimtinai valstybių narių žinioje, tai pradėdant Romos sutartimi ir baigiant Lisabonos sutartimi, ES valstybės narės su kiekviena sutartimi vis daugiau galių Sveikatos politikos formavimo bei jos įgyvendinimo procesuose delegavo ES institucijoms arba tarpvyriausybiniams valstybių narių susitarimams, tuo pačiu atsisakydamos dalies savo suvereniteto šioje itin aktualioje viešosios politikos srityje.

2. ES Sveikatos politikos procese dalyvaujančios institucijos

ES sutartyse numatytų tikslų įgyvendinimą, įskaitant ir Sveikatos politikoje, garantuoja trys pagrindiniai veiksniai: bendra ES teisė (konstitucinė ir antrinė), bendra ES valdininkija (tarnautojai ES institucijose) ir bendros lėšos (ES biudžetas).

ES institucijose dirbantiems tarnautojams, kurie neretai dar vadinami Briuselio biurokratais, tenka svarbiausias vaidmuo ES viešųjų politikų formavimo, sprendimų

8 Europos Sąjungos sutarties ir Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo suvestinės redakcijos 2010 m. kovo 30d. Oficialusis leidinys C 83. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.

priėmimo bei jų įgyvendinimo procesuose. Jie rengia ES teisės aktų projektus, kontroliuoja priimtų teisės aktų įgyvendinimą bei tvarko ES bendras pinigines lėšas.

Sutarties dėl ES veikimo¹³ straipsnis nurodo, kad Sąjungos institucine struktūra siekiama skatinti jos vertybes, siekti jos tikslų, tarnauti jos, jos piliečių ir valstybių narių interesams bei užtikrinti jos politikos ir veiksmų nuoseklumą, veiksmingumą ir tęstinumą. Sąjungos institucijos yra šios: Europos Parlamentas, Europos Vadovų Taryba, Taryba, Europos Komisija (toliau – Komisija), Europos Sąjungos Teisingumo Teismas, Europos centrinis bankas, Audito Rūmai.

Romos sutartimi nustatčius ilgalaikį tikslą – siekti Europos tautų „vis glaudesnės sąjungos“ Bendrijos steigėjai susitarė teikti pirmenybę institucinei struktūrai, pasižyminti šiais svarbiausiais ypatumais:

Bendrijos institucijos atspindi valstybėse narėse esančias institucijas, t. y. renkama parlamentą (įstatymų leidžiamoji valdžia), vykdomąją valdžią (atspindinčią jėgų pusiausvyrą parlamente) ir teisminę valdžią (nagrinėjančią ginčus, susijusius su Bendrijos teisės taikymu);

Bendrijos institucijos turi būti nepriklausomos nuo valstybių narių valdžios ir telktis vienoje Bendrijos vietoje.

Vienok, tokia ES institucinė struktūra nebuvo sukurta dėl politinių ir istorinių motyvų. Pirma, nebuvo panorėta daug valstybių narių valdžios galių (suvereniteto) perduoti ES institucijoms prisibijant, kad valstybės narės nebegalės įtakoti ir kontroliuoti šių institucijų.

Antra, žinant, kad ES teisė, sukurta pagal ES sutartis, kolizijų atvejais turi viršenybę nacionalinės teisės atžvilgiu, buvo kuriama tokia institucinė struktūra, kuri deramai atstovautų ES ir kartu kuo geriau atspindėtų nacionaliniu lygmeniu egzistuojančias konstitucines struktūras.

Dėl šių priežasčių ES institucinė sistema palaipsniui evoliucionavo su kiekviena nauja ES sutartimi ir jai tapo būdinga:

Mišrios funkcijos t. y. visos svarbiausios ES institucijos (Parlamentas, Taryba, Komisija) vykdo įvairias funkcijas, kurios negali būti tradiciškai suskirstytos į įstatymų leidžiamąją, vykdomąją, patariamąją, teisminę. Nors Europos Komisija tradiciškai yra laikoma ES vykdomąja institucija, iš tikrųjų ji vykdo visas keturias funkcijas (įstatymų leidžiamąją, vykdomąją, patariamąją, teisminę).

Policentrinė institucinė sistema. Pagrindinės ES institucijos yra išdėstytos Briuselyje, Liuksemburge, Strasbūre, o ne viename centre. Kitų ES institucijų (Agentūrų) buveinės yra išdėstytos visose ES valstybėse narėse. Tokia ES policentrinė institucijų struktūra buvo patvirtinta Amsterdamo sutarties specialiuoju protokolu.

Padalytas pavaldumas. Nors ES institucijos privalėtų siekti tik vieno dalyko – ES intereso, tačiau tik viena ES institucija (Europos Komisija) tikrai vykdo tokią funkciją ir jos nariai dėl to privalo prisiekti, prieš pradėdami eiti savo pareigas. Europos Vadovų ir Ministrų tarybose yra labiau atstovaujama nacionalinių vyriausybių interesams, o Europos Teisingumo teisme ir kitose pagrindinėse institucijose priimami nešališki sprendimai.

Galių atskyrimas. Valdžios galių atskyrimo principą XVIII a. suformulavo prancūzų filosofas Šarlis Monteskjė ir juo remiantis buvo sukurtos porevoliucinės Prancūzijos institucijos. Pagal šį principą, įstatymų leidžiamoji, vykdomoji ir teisminė valdžios turi būti nepriklausomos nuo viena kitos. ES institucijos yra visiškai nepriklausomos viena nuo kitos, nors ir vykdo kai kurias mišrias funkcijas. Ateities reformų procese numatoma palaipsniui panaikinti mišrias institucijų funkcijas.⁹

Remiantis ES konstitucinėje teisėje t. y. ES sutartyse numatytais nuostatomis dėl valstybių narių sveikatos politikos proceso koordinavimo visose ES valstybėse narėse, iki 2012 m. liepos mėn. 27 d. ES buvo priimta 5 259 antrinės teisės aktai (reglamentai, direktyvos, sprendimai, strategijos, rekomendacijos ir kt.) kurie buvo susiję su ES Sveikatos politikos procesu.¹⁰

Didžioji dauguma kasmet išleidžimų ES teisės aktų yra vykdomieji, kuriuos leidžia Europos Komisija, naudodamasi teisės aktų leidėjo (Tarybos ir (arba) Europos Parlamento suteiktais teisės aktų įgyvendinimo įgaliojimais. Tokie Europos Komisijos priimti teisės aktai dažniausiai yra administracinio-techninio pobūdžio, pradedant individualiais finansavimo sprendimais arba sprendimais dėl tam tikrų produktų tiekimo rinkai ir baigiant norminamojo pobūdžio priemonėmis, techninių priedų daliniais pakeitimais, kuriuos sąlygoja mokslo bei technikos pažanga.

Visos tos funkcijos yra pavedamos atlikti pagal atskiras politikos sritis paskirstytiems Europos Komisijos generaliniams direktoratams. Kuo daugiau kurios nors politikos srities funkcijų valstybės narės deleguoja atlikti ES institucijoms, atsisakydamos tos dalies savo suvereniteto, tuo daugiau ES tarnautojų reikia įdarbinti tos politikos srities Europos Komisijos generaliniame direktorate toms funkcijoms atlikti.

1 lentelė. Europos Komisijos generaliniuose direktoratuose 2012.06.01 buvo tarnautojų¹¹

Politikos sritis – generalinis direktoratas	Skaičius	Procentas
Aplinka (ENV)	463	1,9
Įmonės ir pramonė (ENTR)	770	3,2
Mobilumas ir transportas (MOVE)	447	1,9
Sveikata ir vartotojų reikalai (SANCO)	757	3,2
Energetika (ENER)	490	2,1
Žemės ūkis ir kaimo plėtra (AGRI)	953	4,0
Vidaus rinka (MARKT)	445	1,9
Teisingumas (JUST)	315	1,3
Mokesčiai ir muitų sąjunga (TAXUD)	431	1,8
Prekyba (TRADE)	517	2,2
Vidaus reikalai (HOME)	255	1,1
Statistika (ESTAT)	606	2,5

9 Cairns W. Europos Sąjungos teisės įvadas. – Vilnius: Eugrimas, 1999, p. 50-52.

10 Eur – lex. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/en/index.htm>.

11 European Commission. Distribution of officials and temporary agents by Directorates General and function groups. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/civil_service/about/figures/index_en.htm.

Švietimas ir kultūra (EAC)	484	2,0
Moksliniai tyrimai (RTD)	1192	5,0
Informacinė visuomenė ir žiniasklaida (INFSO)	817	3,4
Klimato politika (CLIMA)	130	0,5
Užimtumas ir socialiniai reikalai (EMPL)	579	2,4
Plėtra (ENLARG)	283	1,2
Jūrų reikalai ir žuvininkystė (MARE)	287	1,2
Humanitarinė pagalba ir civilinė sauga (ECHO)	206	0,9
Biudžetas (BUDG)	405	1,7
Kovos su sukčiavimu tarnyba (OLAF)	347	1,5
Komunikacija (COMM)	584	2,4
Ekonomika ir finansų reikalai (ECFIN)	574	2,4
Informatika (DIGIT)	440	1,8
Regioninė politika (REGIO)	578	2,4

Iš 1 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad Europos Komisijos Sveikatos ir vartotojų reikalų (SANCO) generaliniame direktorate 2012 m. buvo įdarbinta 757 ES tarnautojai ir tai sudarė 3,2 proc. visoje Europos Komisijoje dirbančiųjų. Daugiau negu SANCO generaliniame direktorate buvo ES tarnautojų tik Mokslinių tyrimų (RTD), Žemės ūkio ir kaimo plėtros (AGRI) ir Informacinės visuomenės (INFSO) generaliniuose direktoratuose.

Europos Komisijos pateikti statistiniai duomenys rodo, kad ES Sveikatos ir vartotojų reikalų viešoji politika tampa viena iš labiausiai integruotų ES politikų ir pagal Europos Komisijoje dirbančių ES tarnautojų skaičių nedaug atsilieka nuo ES bendrosios žemės ūkio politikos, kuri „Bendraja“ politika tapo dar 1962 metais.

Pagal 1 lentelėje pateiktus duomenis matome, kad žymiai mažiau darbuotojų negu Sveikatos ir vartotojų politikos reikaluose dirba Europos Komisijoje tokiose politikos srityse, kaip Energetikos politika, Švietimo ir kultūros politika, Užimtumo ir socialinių reikalų politika, Vidaus reikalų ar Prekybos politikos.

Žinant, kad Europos Komisija yra institucija, rengianti ES teisės aktų projektus (reglamentai, direktyvos, nutarimai, strategijos, žaliosios ir baltosios knygos ir kt.), kuriuos vėliau tvirtina arba netvirtina Europos Parlamentas ir Taryba; kad Europos Komisija taip pat yra atsakinga už visų priimtų ES teisės aktų įgyvendinimą, nesunku suvokti kad daugiau ES tarnautojų reikia tose politikos srityse, kurios tampa labiau „europinės“, kuriuose priimama daugiau bendrų „europinių“ politinių sprendimų.

3. ES Sveikatos ir vartotojų reikalų politikos komitologija

ES pagrindinis politikos sprendimų ir teisės aktų leidėjas (Taryba ir Parlamentas), suteikdamas Europos Komisijai tų priimtų teisės aktų įgyvendinimo įgaliojimus, nustatė, kad Europos Komisijai privalo šiame procese talkinti iš valstybių narių atstovų sudaryti komitetai, kurie vadinami bendru komitologijos vardu.

Pirmas Bendrijos komitologijos komitetas buvo įsteigtas 1961 m. siekiant palengvinti Europos Komisijos veiklą, įgyvendinant prekybos žemės ūkio produktais priimtus teisės aktus. Vėlesniais metais buvo steigiami nauji komitetai visose ES viešosios politikos srityse, kuriose valstybės narės deleguodavo didesnę ar mažesnę savo suvereniteto dalį ES institucijoms ir visų pirma Europos Komisijai, kaip pagrindinei ES viešųjų politikų įgyvendinimo proceso dalyvei. 2010 m. pagal Europos Komisijos pateiktas ataskaitas dėl komitetų darbo duomenis, jų jau buvo priskaičiuota 259.¹²

Komitologijos komiteto sudėtyje dažniausiai būna po du kiekvienos valstybės narės viešojo sektoriaus atstovus ir po vieną ar du Komisijos atstovus. Komitetuose yra balsuojama dėl Komisijos pasiūlymų ir kiekviena valstybė turi tiek balsų, kiek jų turima Taryboje. Komisijos atstovui dažniausiai yra pavedamos komiteto pirmininko pareigos, bet pirmininkas neturi balsavimo teisės. Europos Komisija teikia komitologijos komitetams Sekretoriato paslaugas.

Valstybės narės, turėdamos savo atstovus kiekviename komitologijos komitete, prižiūri, kaip Komisija įgyvendina Tarybos ir Parlamento nustatytas taisykles ir tokiu būdu kontroliuoja ES vykdomąją valdžią. Komitologijos sistema buvo sukurta ne vien tik, kaip Komisijos pagalbininkas, bet ir kaip valstybių narių kontrolės mechanizmas Europos Komisijai kontroliuoti.

Pagrindinė komitologijos komitetų funkcija – teikti nuomonės apie priemones, kurių Europos Komisija ketina imtis, projektus. Šios nuomonės Komisijai gali būti daugiau ar mažiau privalomos, priklausomai nuo to, kaip nustatė teisės aktų leidėjas. Be komitologijos komitetų vykdomos kontrolės, norminamojo pobūdžio priemonių rengimą dar kontroliuoja Europos Parlamentas ir Taryba, kurie gali nesutikti su Europos Komisijos siūlomais projektais.

Komitologijos procedūra buvo reglamentuota 1999 m. birželio 28 d. Tarybos sprendimu Nr. 1999/468/EB bei iš dalies ją pakeičiančiu 2006 m. liepos 17 d. Tarybos sprendimu Nr. 2006/512/EB, kuriuo esamos (patiriamos, valdymo, reguliavimo ir apsaugos) procedūros buvo papildytos reguliavimo su tikrinimu procedūra.

Nuo 2011 m. kovo 1 d. įsigaliojo Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES) Nr. 182/2011, kuriuo nustatytos dvi komitologijos procedūros: nagrinėjimo ir patarimoji. Tuo pačiu buvo palikta galioti anksčiau įteisinta reguliavimo procedūra su tikrinimu ir ji privalo būti taikoma visiems pagrindiniams teisės aktams, kuriuose ji yra minima.¹³

Kuo daugiau valstybės narės deleguoja savo galių (suvereniteto) ES institucijoms – tuo labiau jos yra suinteresuotos stebėti ir kontroliuoti politikos procesus ES institucijose ir ypač Europos Komisijoje t. y. toje institucijoje, kuri yra labiausiai nuo valstybių narių nepriklausoma ES institucija. Visą šį procesą valstybės narės sėkmingai įgyvendina per komitologijos komitetų sistemą, steigiant vis naujus komitetus.

12 Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2010 m. {SEK(2011) 1553 galutinis}. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.

13 Regulation (EU) No 182/2011 of the European Parliament and of the Council of 16 February 2011. laying down the rules and general principles concerning mechanisms for control by Member States of the Commission's exercise of implementing powers. *OJ L 55, 28.2.2011*, p. 13–18.

ES komitologijos komitetų skaičiaus augimas vienoje ar kitoje viešosios politikos srityje netiesiogiai atspindi toje politikos srityje valstybių narių politikos proceso funkcijų delegavimo ES institucijoms mastą.

Pagal Europos Komisijos ataskaitos duomenis Europos Sąjungoje buvo 259 komitologijos komitetai, suskirstyti pagal 28 politikos sritis.¹⁴

2 lentelė. 2010 m. ES komitologijos komitetai pagal politikos sritis

Politikos sritis	Komitetų
Aplinka (ENV)	32
Įmonės ir pramonė (ENTR)	30
Mobilumas ir transportas (MOVE)	29
Sveikata ir vartotojų reikalai (SANCO)	22
Energetika (ENER)	14
Žemės ūkis ir kaimo plėtra (AGRI)	14
Vidaus rinka (MARKT)	13
Teisingumas (JUST)	13
Mokesčiai ir muitų sąjunga (TAXUD)	10
Prekyba (TRADE)	10
Vidaus reikalai (HOME)	10
Statistika (ESTAT)	8
Švietimas ir kultūra (EAC)	7
Moksliniai tyrimai (RTD)	6
Informacinė visuomenė ir žiniasklaida (INFSO)	6
EuropeAid (AIDCO)	6
Klimato politika (CLIMA)	4
Užimtumas ir socialiniai reikalai (EMPL)	4
Plėtra (ENLARG)	4
Išorės santykiai (RELEX)	4
Jūrų reikalai ir žuvininkystė (MARE)	4
Humanitarinė pagalba ir civilinė sauga (ECHO)	2
Biudžetas (BUDG)	2
Kovos su sukčiavimu tarnyba (OLAF)	1
Komunikacija (COMM)	1
Ekonomika ir finansų reikalai (ECFIN)	1
Informatika (DIGIT)	1
Regioninė politika (REGIO)	1
Viso	59

Iš 2 lentelėje pateikiamų duomenų matosi, kad Sveikatos ir vartotojų reikalų politikos įgyvendinimo ES procesuose 2010 metais dalyvavo net 22 komitologijos komitetai.

¹⁴ Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2010 m. {SEK(2011) 1553 galutinis}. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.

Daugiau komitologijos komitetų buvo tik ES Mobilumo ir transporto (MOVE) politikos srityje, o tokiose ES viešosios politikos srityse, kaip Bendroji žemės ūkio politika (AGRI) arba ES Vidaus rinka (MARKT) komitologijos komitetų buvo netgi mažiau nei Sveikatos ir vartotojų reikalų politikoje. Visiškai nedaug (nuo 1 iki 7) komitologijos komitetų veikė tokiose ES viešosios politikos srityse, kaip Švietimas ir kultūra (EAC), Užimtumas ir socialiniai reikalai (EMPL), Ekonomika ir finansiniai reikalai (ECFIN) ir kitose itin jautriose valstybėms narėms politikos srityse.

Visa tai akivaizdžiai liudija, kad Sveikatos ir vartotojų reikalų politikoje valstybės narės yra delegavusios palyginti daug funkcijų (savo suvereniteto) ES institucijoms ir gausus būrys kiekvienos valstybės narės atstovų komitologijos komitetuose stebi ir kontroliuoja, kaip tas jiems patikėtas funkcijas atlieka Europos Komisijos tarnautojai, įgyvendindami Europos Parlamento ir Tarybos priimtus politinius sprendimus.

Europos Komisijos pateiktose komitologijos komitetų metinių veiklų ataskaitose yra pateikiami duomenys apie visų komitologijos komitetų skaičius skirtingais metais bei jų skaičius pagal atskiras ES viešosios politikos sritis.^{15, 16, 17, 18}

3 lentelė. Sveikatos ir vartotojų reikalų (SANCO) komitologijos komitetai 2003–2010 metais

Pavadinimas	2003 m.	2005 m.	2009 m.	2010 m.
SANCO komitetai	13	15	16	22
Viso komitetų	256	250	266	259

Iš 3 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad ES Sveikatos ir vartotojų reikalų komitologijos komitetų skaičius padidėjo nuo 13 komitetų 2003 metais iki 22 komitetų 2010 metais t. y. per septynių metų laikotarpį buvo įsteigti devyni nauji komitetai ir jų padaugėjo net 70 procentų.

Per tą patį laikotarpį visų prie Europos Komisijos veikiančių komitetų bendras skaičius padidėjo tik trimis komitetais ir tai įrodo, kad Sveikatos ir vartotojų reikalų politika tapo ta ES viešosios politikos sritimi, kurioje valstybėms narėms prireikė daugiausiai naujų komitetų („prievaždų“), kad būtų galima stebėti, kontroliuoti ir patarti Europos Komisijai, kaip geriau atlikti jai valstybių narių deleguotas funkcijas. Visa tai taipogi netiesiogiai įrodo, kad ES Sveikatos ir vartotojų reikalų politika darosi vis labiau „europinė“ ir vis labiau priartėja prie ES „bendrosios“ politikos.

Pastarųjų metų ES Sveikatos ir vartotojų reikalų politikos pokyčiai įgalina daryti prielaidas, kad ši politika netolimoje ateityje gali tapti Bendrąja ES Sveikatos ir vartoto-

15 Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2003 m. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.

16 Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2005 m. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.

17 Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2009 m. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.

18 Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2010 m. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.

jų reikalų politika, kaip anksčiau buvo suformuota Bendroji Žemės ūkio politika arba Bendroji Užsienio ir saugumo politika ir kt.

4 lentelė. Sveikatos ir vartotojų teisių komitologijos komitetai pagal jų veiklos sritis

Eil. Nr.	Pavadinimas	Kodas	Pagrindinis teisės aktas
1	Tabako produktų reguliacinis komitetas	C19300	Europos Parlamento ir Tarybos 2001 birželio 5 Direktyva 2001/37/EC dėl teisės aktų aproksimacijos, reguliavimo ir administracinių nuostatų valstybėse narėse gaminant, pristatant ir parduodant tabakos produktus
2	Audinių ir ląstelių komitetas	C26100	Europos Parlamento ir Tarybos 2004 kovo 31 Direktyva 2004/23/EC dėl kokybės ir saugumo standartų nustatymo žmogaus audinių ir ląstelių donorystei, patikrai, testavimui, gamybai, konservavimui, saugojimui ir paskirstymui
3	Nuolatinis zootechnikos komitetas	C20500	Tarybos 1994 birželio 23 Direktyva 94/28 nustatanti zootechnines bei geneologines sąlygas importuojamiems iš trečiųjų šalių gyvuliams, jų spermam, kiaušinėliams ir embrionams bei pataisanti Tarybos 1990 liepos 26 Direktyvą 90/427/EEC dėl zootechninių ir geneologinių sąlygų prekybai bendrijos šalių viduje
4	Veterinarinės medicinos produktų nuolatinis komitetas	C02900	Europos Parlamento ir Tarybos 2004 kovo 31 Reglamentas 726/2004 nustatantis Bendrijos taisyklės autorizacijai ir priežiūrai veterinarijoje ir žmonių gydymui naudojamiems vaistams ir įsteigiant Europos vaistų agentūrą; Europos Parlamento ir Tarybos 2009 gegužės 6 Reglamentas 470/2009 nustatantis Bendrijos taisyklės farmakologiškai aktyvių medžiagų likučių nustatymui gyvulinės kilmės maisto produktuose, panaikinant Tarybos Reglamentą (EEC) 2377/90 ir pataisant Europos Parlamento ir Tarybos Direktyvą 2001/82/EC ir Europos Parlamento ir Tarybos Reglamentą (EC) 726/2004; Europos Parlamento ir Tarybos 2001 spalio 6 Direktyva 2001/82/EC dėl Bendrijos kodo veterinarinės medicinos produktams; Tarybos 1990 birželio 26 Reglamentas (EEC) 2377/90 nustatantis Bendrijos taisyklės maksimaliems veterinarinių preparatų likučiams gyvulinės kilmės produktuose

5	Maisto grandinės ir gyvūnų sveikatos nuolatinis komitetas – Sekcija: „Toksikologinis maisto grandinės saugumas“	C20408	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 882/2004 dėl oficialios kontrolės atliekamos siekiant garantuoti atitikimą maisto ir pašarų teisei, gyvūnų sveikatai ir gyvūnų gerbūvio taisyklėms;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 spalio 27 Reglamentas (EC) 1935/2004 dėl medžiagų ir dalelių kontaktuojančių su maistu, pataisant Direktyvas 80/590/EEC ir 89/109/EEC;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendrojo principus ir reikalavimus maisto teisei, steigiant Europos maisto saugos agentūrą ir nustatantis procedūras maisto saugai;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2008 gruodžio 16 Reglamentas (EC) 1334/2008 dėl kvapiųjų medžiagų ir kvėpiančių maisto ingredientų naudojimo maisto produktuose pataisant Reglamentus (EEC) 1601/91, (EC) 2232/96 ir (EC) 110/2008 bei Direktyvą 2000/13/EC;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2008 gruodžio 16 Reglamentas (EC) 1333/2008 dėl maisto papildų ir kt.</p>
6	Maisto grandinės ir gyvūnų sveikatos nuolatinis komitetas – Sekcija „Fitofarmaceutikai – pesticidų likučiai“	C20401	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2005 vasario 23 Reglamentas (EC) 396/2005 dėl maksimalių pesticidų likučių maisto produktuose ir pašaruose pataisantis Tarybos Direktyvą 91/414/EEC;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendrojo principus ir reikalavimus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą ir nustatčius maisto saugos procedūras</p>
7	Maisto grandinės ir gyvūnų sveikatos nuolatinis komitetas - Sekcija: „Fitofarmaceutikai-įstatymai“	C20407	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002, nustatantis bendrojo principus ir reikalavimus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą ir nustatant procedūras maisto saugai;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2009 spalio 21 Reglamentas (EC) 1107/2009 dėl augalų apsaugos priemonių patekimo į rinką, pataisantis Tarybos Direktyvas 79/117/EEC ir 91/414/EEC;</p> <p>Tarybos 1991 liepos 15 Direktyva 91/414/EEC dėl augalų apsaugos produktų patekimo į rinką.</p>

8	Maisto grandinės ir gyvūnų sveikatos nuolatinis komitetas – Sekcija „Genetiškai modifikuoto maisto ir aplinkos rizikos“	C20409	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 882/2004 dėl oficialios kontrolės atliekamos siekiant patikrinimo atitikimui maisto ir pašarų įstatymams, gyvūnų sveikatos ir gerovės taisyklėms;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2003 rugsėjo 22 Reglamentas (EC) 1829/2003 dėl genetiškai modifikuoto maisto ir pašaro;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendrošius reikalavimus ir principus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2009 gegužės 6 Direktyva 2009/41/EC dėl genetiškai modifikuotų mikroorganizmų naudojimo</p>
9	Maisto grandinės ir gyvūnų sveikatos nuolatinis komitetas – Sekcija: „Bendrasis Maisto įstatymas“	C20406	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 882/2004 dėl oficialios kontrolės atliekamos siekiant patikrinimo atitikimui maisto ir pašarų įstatymams, gyvūnų sveikatos ir gerovės taisyklėms;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 1997 sausio 27 Reglamentas (EC) 258/97 dėl naujų maisto produktų bei naujų jų ingredientų;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2003 lapkričio 10 Reglamentas (EC) 2065/2003 kvapių rūkymo medžiagų naudojamų maisto produktams;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2006 gruodžio 20 Reglamentas (EC) 1925/2006 dėl vitaminų, mineralinių medžiagų ar kitokių priedų naudojimo maisto produktuose;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2006 gruodžio 20 Reglamentas (EC) 1924/2006 dėl reklamacijų maisto produktams;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 22 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendrošius reikalavimus ir principus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą ir kiti ES teisės aktai</p>

10	Maisto grandinės ir gyvūnų sveikatos nuolatinis komitetas – Sekcija „Kontrolė ir importo sąlygos“	C20405	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 882/2004 dėl kontrolės, atliekamos siekiant garantuoti atitikimą maisto ir pašarų įstatymams, gyvūnų sveikatos ir gerbūvio taisyklėms;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 854/2004 nustatantis specifines taisykles organizavimui oficialios kontrolės gyvūninės kilmės produktams, naudojamiems žmonių maistui;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 853/2004 nustatantis specifines higienos taisykles gyvūninės kilmės produktams;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 852/2004 dėl maisto produktų higienos;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendras taisykles ir reikalavimus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą ir nustatant maisto saugos taisykles ir kiti ES teisės aktai</p>
11	Maisto grandinės ir gyvūnų sveikatos nuolatinis komitetas – Sekcija „Maisto grandinės biologinis saugumas“	C20404	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2001 gegužės 22 Reglamentas (EC) 999/2001 nustatantis spongiforminės encefalopatijos prevencijos, kontrolės, likvidavimo taisykles;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 882/2004 dėl kontrolės, atliekamos siekiant garantuoti atitikimą maisto ir pašarų įstatymams, gyvūnų sveikatos ir gerbūvio taisyklėms;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 854/2004 nustatantis specifines taisykles organizavimui oficialios kontrolės gyvūninės kilmės produktams, naudojamiems žmonių maistui;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2003 gruodžio 17 Reglamentas (EC) 2160/2003 dėl salmonelių ir kitų maisto zoonozinių agentų kontrolės;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendras taisykles ir reikalavimus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą ir nustatant maisto saugos taisykles ir kiti ES teisės aktai</p>

12	Maisto grandinės ir gyvulių sveikatos nuolatinis komitetas – Sekcija: “Gyvulių šėrimas”	C20403	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 882/2004 dėl kontrolės, atliekamos siekiant garantuoti atitikimą maisto ir pašarų įstatymams, gyvūnų sveikatos ir gerbūvio taisyklėms;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2009 birželio 11 Reglamentas (EC) 767/2009 dėl pašarų pateikimo į rinką ir jų naudojimo, pataisantis Europos Parlamento ir Tarybos Reglamentą (EC) 1831/2003, Tarybos Direktyvą 79/373/EEC, Komisijos Direktyvą 80/511/EEC, Tarybos Direktyva 82/471/EEC, 83/228/EEC, 93/74/EEC, 93/113/EC ir 96/25/EC bei Komisijos Sprendimą 2004/217/EC;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2005 sausio 12 Reglamentas (EC) 183/2005 nustatantis reikalavimus pašaro higienai;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2003 rugsėjo 22 Reglamentas (EC) 1831/2003 dėl gyvulių šėrimo priedų;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendras taisykles ir reikalavimus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą ir nustatant maisto saugos taisykles ir kiti ES teisės aktai</p>
13	Maisto grandinės ir gyvulių sveikatos nuolatinis komitetas – Sekcija: “Gyvūnų sveikata ir gyvūnų gerovė”	C20402	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2003 gegužės 26 Reglamentas (EC) 998/2003 dėl gyvūnų sveikatos reikalavimų nekomerciniam transportavimui smulkiems gyvūnams ir pataisantis Tarybos Direktyvą 92/65/EEC;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 882/2004 dėl kontrolės, atliekamos siekiant garantuoti atitikimą maisto ir pašarų įstatymams, gyvūnų sveikatos ir gerbūvio taisyklėms;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 854/2004 nustatantis specifines taisykles organizavimui oficialios kontrolės gyvūninės kilmės produktams, naudojamiems žmonių maistui;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 balandžio 29 Reglamentas (EC) 853/2004 nustatantis specifines higienos taisykles gyvūninės kilmės produktams;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2003 gruodžio 17</p>

			Reglamentas (EC) 2160/2003 dėl salmonelių ir kitų maisto zoonozinių agentų kontrolės; Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendras taisykles ir reikalavimus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą ir nustatant maisto saugos taisykles ir kiti ES teisės aktai
14	Maisto grandinės ir gyvūnų sveikatos nuolatinis komitetas	C20400	Europos Parlamento ir Tarybos 2002 sausio 28 Reglamentas (EC) 178/2002 nustatantis bendras taisykles ir reikalavimus maisto įstatymui, įsteigus Europos Maisto saugos agentūrą ir nustatant maisto saugos taisykles.
15	Žemės ūkyje, sodininkystėje, miškininkystėje naudojamų sėklų bei kitos dauginimo medžiagos nuolatinis komitetas	C20300	Tarybos 1966 birželio 14 Direktyva 66/402/EEC dėl grūdų sėklų rinkos; Tarybos 2002 birželio 13 Direktyva 2002/56/EC dėl bulvių sėklų rinkos; Tarybos 2002 birželio 13 Direktyva 2002/55/EC dėl daržovių sėklų rinkos; Tarybos 2002 birželio 13 Direktyva 2002/53/EC dėl bendro katalogo žemės ūkio augalų rūšių įvairovei
16	Augalų ir vaismedžių dauginamosios medžiagos rūšių ir veislių nuolatinis komitetas	C20200	Tarybos 1992 balandžio 28 Direktyva 92/34/EEC dėl vaismedžių ir jų dauginamosios medžiagos pateikimo į rinką ; Tarybos 2008 rugsėjo 29 Direktyva 2008/90/EC dėl vaismedžių ir jų dauginamosios medžiagos pateikimo į rinką
17	Dekoratyvinių augalų dauginamosios medžiagos nuolatinis komitetas	C20100	Tarybos 1998 liepos 20 Direktyva 98/56/EC dėl ornamentinių augalų dauginamosios medžiagos pateikimo į rinką
18	Augalų sveikatinimo nuolatinis komitetas (SCPH)	C20000	Tarybos 2006 sausio 30 Reglamentas (EC) 247/2006 nustatantis specifines priemones žemės ūkiui nutolusiose Bendrijos regionuose; Tarybos 2000 gegužės 8 Direktyva 2000/29/EC dėl apsaugos priemonių introdukuojant į Bendriją augalams kenksmingus organizmus ir dėl jų išplitimo Bendrijoje; 2002/309/EC, Euratom: Tarybos ir Komisijos Nutarimas dėl mokslinio techninio bendradarbiavimo susitarimo su Šveicarijos konfederacija

19	Žmonėms naudojamų medicininių produktų nuolatinis komitetas	C02500	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2004 kovo 31 Reglamentas (EC) 726/2004 nustatantis Bendrijos procedūras dėl autorizacijos ir priežiūros medicininių produktų, naudojamų medicinoje ir veterinarijoje ir įsteigiant Europos Vaistų agentūrą;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2006 gruodžio 12 Reglamentas (EC) 1901/2006 dėl medicininių produktų naudojamų pediatrijoje ir pataisantis Reglamentą (EEC) 1768/92, Direktyvą 2001/20/EC, Direktyvą 2001/83/EC ir Reglamentą (EC) 726/2004;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybo 2001 lapkričio 6 Direktyva 2001/83/EC dėl Bendrijos kodo žmonėms naudojamiems medicinos produktams;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2001 lapkričio 6 Direktyva 2001/82/EC dėl Bendrijos kodo veterinarijoje naudojamiems medicinos produktams;</p> <p>Europos Parlamento ir Tarybos 2001 balandžio 4 Direktyva 2001/20/EC dėl teisės aproksimacijos valstybėse narėse, įgyvendinant gerąją medicinos praktiką bei išbandant medicininius produktus naudojamus žmonėms.</p>
20	Kosmetikos produktų nuolatinis komitetas	C01400	<p>Europos Parlamento ir Tarybos 2009 lapkričio 30 Direktyva (EC) 1223/2009 dėl kosmetikos produktų;</p> <p>Tarybos 1976 liepos 27 Direktyva 76/768/EEC dėl valstybių narių teisės aproksimacijos kosmetikai.</p>
21	Augalų įvairovės Bendrijoje apsaugos teisių nuolatinis komitetas	C19900	Tarybos 1994 liepos 27 Reglamentas (EC) 2100/94 dėl Bendrijos augalų įvairovės teisių
22	Bendrijos Kraujo kokybės ir saugumo reguliacinis komitetas	C19800	Europos Parlamento ir Tarybos 2003 sausio 27 Direktyva 2002/98/EC nustatanti standartus kokybei ir saugumui renkant donorų kraują, testuojant, perdirbant, saugant ir paskirstant kraują ir jo komponentus, pakeičianti Direktyvą 2001/83/EC.
23	Vartotojų apsaugos bendradarbiavimo komitetas (Reg. (EC) No 2006/2004)	C25900	Europos Parlamento ir Tarybos 2004 spalio 27 Reglamentas (EC) 2006/2004 dėl bendradarbiavimo tarp nacionalinių vartotojų teisių organizacijų, kurios yra atsakingos už vartotojų teisės aktų įgyvendinimą

24	Vartotojų finansinės programos komitetas 2007-2013 (CFPC)	C31800	Europos Parlamento ir Tarybos 2006 gruodžio 18 Nutarimas 1926/2006/EC įsteigianti Bendrijos programų komitetą vartotojų teisių apsaugos politikai (2007-2013).
25	Komitetas dėl sprendimo įsteigti epidemiologinės priežiūros ir užkrečiamų ligų kontrolės tinklą	C19700	Europos Parlamento ir Tarybos 1998 rugsėjo 24 Nutarimas 2119/98/EC įsteigiantis epidemiologinės priežiūros ir užkrečiamų ligų kontrolės tinklą.
26	Valstybių narių teisės apromsimacijos komitetas medicinos prietaisams	C00300	Europos Parlamento ir Tarybos 1998 spalio 27 Direktyva 98/79/EC dėl medicinos prietaisų „in vitro“; Tarybos 1993 birželio 14 Direktyva 93/42/EEC dėl medicinos prietaisų; Tarybos 1990 birželio 20 Direktyva 90/385/EEC dėl valstybių narių teisės aktų apromsimacijos medicinos prietaisams.
27	Organų transplantacijos komitetas	C40600	Europos Parlamento ir Tarybos 2010 liepos 7 Direktyva 2010/53/EU dėl transplantacijai ketinamų naudoti žmonių organų kokybės ir saugumo.
28	Sveikatos apsaugos kertant valstybių sienas komitetas	C40200	Europos Parlamento ir Tarybos 2011 kovo 9 Direktyva 2011/24/EU dėl pacientų skundų teisės sveikatos priežiūrai kertant valstybių sienas
29	Komitetas dėl vartotojų susitarimų patikėjimo	C39600	Europos Parlamento ir Tarybos 2008 balandžio 23 2008/48/EC dėl vartotojų susitarimų patikėjimo, pataisanti Tarybos Direktyvą 87/102/EEC
30	Antrosios Sveikatos apsaugos Programos komitetas (2008-2013)	C34900	Europos Parlamento ir Tarybos 2007 spalio 27 Nutarimas 350/2007/EC, įsteigiantis Antrąją Bendrijos veiksmų programą sveikatos apsaugai (2008-13)
31	Komitetas dėl Bendrosios Produktų saugos direktyvos (2001/95/EC)	C19500	Europos Parlamento ir Tarybos 2001 gruodžio 3 Direktyva 2001/95/EC dėl bendrosios produktų saugos

32	Komitetas techninio progreso adaptavimui direktyvų, kurios šalina barjerus prekybai spalvinančių medžiagų, naudojamų priedams į medicininius produktus	C01300	Tarybos 1997 gruodžio 12 Direktyva 78/25/EEC dėl valstybių narių teisės aproksimacijos pridėdant į medicinos produktus spalvinančias medžiagas.
33	Komitetas dėl genetiškai modifikuotų organizmų techninio progreso įgyvendinimo direktyvos, paleidžiant juos į aplinką.	C12200	Europos Parlamento ir Tarybos 2003 rugsėjo 22 Reglamento (EC) 1830/2003 dėl ženklinimo ir susekimo genetiškai modifikuotų produktų maisto produktuose, pataisanti Direktyvą 2001/18/EC; Europos Parlamento ir Tarybos 2001 kovo 12 Direktyva 2001/18/EC dėl patekimo į aplinką genetiškai modifikuotų organizmų.

Lentelė sudaryta remiantis Europos Komisijos 2012 m. komitologijos registre pateiktais duomenimis.¹⁹

Analizuojant ES teisės aktus, kurių pagrindu buvo įsteigti komitologijos komitetai bei jiems pavestas vykdyti funkcijas, galima pastebėti, kad absoliuti jų dauguma talkina Europos Komisijai įgyvendinant Europos Parlamento ir Tarybos priimtus teisės aktus Maisto grandinės („*nuo tvarto iki stalo*“ arba angl. „*from the stable to the table*“) politikos srityje ir vartotojų teisių apsaugos politikos srityje (žr. 4 lent.). 2012 m. pagal Europos Komisijos duomenis tokių komitologijos komitetų buvo net 23 ir jie sudarė du trečdalius visų Sveikatos ir vartotojų teisių politikos srityje veikiančių ES komitologijos komitetų.

Sprendžiant pagal komitologijos komitetų pavadinimus bei pagal ES teisės aktus, kuriems įgyvendinti komitetai buvo įsteigti, nesunku pastebėti, kad net 18 komitetų veikia labai artimose su veterinarija, augalininkyste ir zootechnika veiklos srityse, kurios maisto grandinėje vaidina labai svarbų vaidmenį ir žymiu mastu įtakoja žmonių sveiką mitybą, apsisaugojimą nuo bendrų gyvūnams ir žmonėms apkrečiamų ligų.

Tokių komitetų įsteigimas, kaip „Komitetas dėl genetiškai modifikuotų organizmų techninio progreso įgyvendinimo direktyvos, paleidžiant juos į aplinką“ arba „Audinių ir ląstelių komitetas“ akivaizdžiai rodo ES valstybių narių tendencijas bendromis pastangomis kontroliuoti genetikos mokslo bei praktikos galimą įtaką žmonių sveikatinamumui ir gamtinei aplinkai.

¹⁹ European Commission. Comitology Register. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.

Tenka konstatuoti, kad daugumos ES komitologijos komitetų veikla yra susijusi su visuomenės sveikata ir mažiau jų yra skirta pačiai sveikatos priežiūros sistemai bei jos reguliavimui.

Pastaraisiais metais įsteigti nauji komitetai tokie, kaip „Sveikatos apsaugos kertant valstybių sienas komitetas“ arba „Organų transplantacijos komitetas“ ir pan. akivaizdžiai rodo ES valstybių narių pastangas bendrai įgyvendinti jau priimtus politinius sprendimus vis naujose Sveikatos ir vartotojų teisių apsaugos politikos srityse ir konkrečiai sveikatos priežiūros sistemai bei jos reguliavimui.

2, 3 ir 4 lentelėse pateikti duomenys apie ES Sveikatos ir vartotojų reikalų komitologijos komitetus akivaizdžiai įrodo, kad valstybės narės yra linkusios vis daugiau Sveikatos ir vartotojų reikalų pavesti tvarkyti ES institucijoms bei atsisakyti tos dalies savo suvereniteto šioje politikos srityje. Akivaizdu, kad ES valstybėse narėse vis labiau politinėje veikloje yra įgyvendinamas subsidiarumo principas t. y. valstybės narės vienus reikalus deleguoja tvarkyti viršnacionalinėms ES institucijoms, kitus – vietos ir regionų savivaldai, trečius – nacionalinėms valdžios institucijoms t. y. ten, kur jie gali būti efektyviausiai, efektingiausiai ir racionaliausiai tvarkomi.

Netenka abejoti, kad šios tendencijos išliks ir ateityje panašios, kad ES valstybės narės ateityje deleguos naujas funkcijas Sveikatos ir vartotojų teisių apsaugos politikos srityje tvarkyti ES institucijoms, kad ši politika vis labiau artės prie ES bendrosioms politikoms būdingų standartų.

Išvados

1. ES Sveikatos politikos formavimo procesas, prasidėjęs 1957 m. Europos Ekonominės bendrijos ir Euratomo sutartimis buvo plėtojamas su kiekviena nauja Europos Bendrijų ir Europos sąjungos sutartimis, valstybėms narėms deleguojant vis daugiau galių Europos Bendrijų ir Europos Sąjungos institucijoms ir tuo pačiu atsisakant tos dalies nacionalinių valdžių galių (suvereniteto).

2. Europos Komisijos Sveikatos ir vartotojų teisių generaliniame direktorate dirba daugiau ES tarnautojų, negu jų yra įdarbinta Švietimo ir mokslo, Užimtumo ir socialinių reikalų, Vidaus rinkos, Prekybos, Vidaus reikalų ir kt. generaliniuose direktoratuose, kas rodo ES Sveikatos ir vartotojų reikalų politikos spartesnę plėtros procesą, valstybėms narėms deleguojant vis daugiau šios politikos funkcijų ES institucijoms

3. Įgyvendinant ES Sveikatos ir vartotojų teisių apsaugos politikos srityje priimtus ES teisės aktus, Europos Komisijai talkina iš valstybių narių atstovų sudaryti komitologijos komitetai, kurių skaičiaus didėjimas atspindi ES Sveikatos ir vartotojų teisių apsaugos politikos plėtros procesą.

4. Didžioji dalis ES Sveikatos ir vartotojų teisių apsaugos srityje veikiančių komitologijos komitetų (23 iš 33) talkina Europos Komisijai, įgyvendinant Maisto grandinės („*nuo tvarto iki stalo*“ angl. „*from the stable to the table*“) ES antrinės teisės aktus.

5. Nors dauguma šiuo metu veikiančių komitologijos komitetų yra susiję su ES visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimu, bet pastaraisiais metais įsteigti nauji komitetai tokie, kaip „Sveikatos apsaugos kertant valstybių sienas komitetas“, „Organų

transplantacijos komitetas“ ir kt. rodo ES valstybių narių pastangas bendrai įgyvendinti ir sveikatos priežiūros politiką.

6. Lietuvos atstovai, dalyvaudami komitologijos komitetų veikloje, gali esminiai įtakoti ES Sveikatos ir vartotojų teisių apsaugos politikos įgyvendinimo procesą ne tik Lietuvoje, bet ir visoje Europos Sąjungoje.

Literatūra

1. Amsterdamo sutartis (1997). Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.
2. Cairns W. Europos Sąjungos teisės įvadas. – Vilnius: Eugrimas, 1999, p. 50-52.
3. Europos anglių ir plieno bendrijos steigimo sutartis (1951). Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.
4. Europos atominės energijos bendrijos steigimo sutartis (1957). Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.
5. European Commission. Comitology Registre. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.
6. Europos ekonominės bendrijos steigimo sutartis (1957). Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.
7. Europos Sąjungos sutartis (1992). Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.
8. Europos Sąjungos sutarties ir Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo suvestinės redakcijos. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: - <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.
9. Eur – lex – Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/en/index.htm>.
10. European Commission. Distribution of officials and temporary agents by Directorates General and function groups. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/civil_service/about/figures/index_en.htm.
11. Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2010 m. {SEK(2011) 1553 galutinis}. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.
12. Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2010 m. {SEK(2011) 1553 galutinis}. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.
13. Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2003 m. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.
14. Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2005 m. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.
15. Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2009 m. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.
16. Komisijos Ataskaita dėl komitetų darbo 2010 m. Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/transparency/regcomitology/index.cfm?do=List.list>.
17. Michael Tracy. Žemės ūkio politika Europos Sąjungoje. Briuselis-Vilnius, Diemedis, 1998, p. 166
18. Suvestinis Europos aktas (1986). Žiūrėta 2012-06-14. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/index-htm#founding>.

19. Regulation (EU) No 182/2011 of the European Parliament and of the Council of 16 February 2011 laying down the rules and general principles concerning mechanisms for control by Member States of the Commission's exercise of implementing powers. *OJ L 55*, 28.2.2011, p. 13–18.

European Union Health Policy and its Comitology

Vygandas Paulikas

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

The aim of the article is to highlight European Union (EU) Health Policy development processes in the context of the EU Health Policy legislation and EU Health Policy implementation institutions.

The article covers and discusses Health Policy rudiments of the European Economic Community Treaty (EEC) and further EEC Health Policy development process in the provisions of the Single Europe Act (1987).

The article discusses the EU Health and Consumer protection policy evolution from the EU Treaty (Maastricht) provisions and in conclusion in the provisions of the Consolidated versions of the Treaty on European Union and the Treaty on the Functioning of the European Union (Lisbon). The article also discusses some of the European Parliament and the Council legislation acts concerning EU Health and Consumer policy implementation and EU Commitology.

Keywords: *European Union, Health Policy, Commitology.*

Vygandas Paulikas, Habituotas biomedicinos mokslų daktaras, Mykolo Romerio universiteto Politikos mokslų katedros profesorius.

Vygandas Paulikas, Habilitated doctor of biomedicine, Professor at the Department of Political Science, Mykolas Romeris University.

DARBO GRUPIŲ VIETA SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS ORGANIZACINĖJE STRUKTŪROJE

Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto,
Vadybos katedra

Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva

Telefonas (+370 5) 2 74 0637

Elektroninis paštas: birute.mikulskiene@mruni.eu, birute.pitrenaite@mruni.eu

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto,
Politikos mokslų katedra

Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva

Telefonas (+370 5) 274 0635

Elektroninis paštas: djank@mruni.eu

Santrauka

Straipsnis nagrinėja Sveikatos apsaugos ministerijoje buriamų darbo grupių, kaip horizontalios organizacinės struktūros, veikimo praktiką, siekiant nustatyti kokia apimtimi suinteresuotosios pusės yra įtraukiamos į politikos formavimą. Tyrimas apėmė darbo grupių dinamiką, pasirenkant dviejų kalendorinių metų laikotarpį (2007 m. ir 2010 m.). Tyrimo metu buvo taikoma mišri metodų derinimo metodologija, kai kokybinis tyrimas derinamas su kiekybiniu tyrimu. Darbo grupių dalyvių sudėties analizei atlikti buvo pasitelktas statistinės analizės bei socialinių tinklų analizės metodai, tinklo mazgais laikant oficialiose darbo grupėse dalyvavusiuosius narius. Siekiant iširti darbo grupių būrimo tikslus, paskirtį ir pridėjamąją vertę politikos formavimui buvo atliki pusiau struktūrizuoti interviu su valstybės tarnybos atstovais.

Buvo nustatyta, kad išoriniai suinteresuotieji yra įtraukiami į darbo grupes Sveikatos apsaugos ministerijoje, tačiau jiems suteikiama periferinė vieta tinklo struktūroje, tuo tarpu dominuoja valstybės tarnybos atstovai. Taip pat nustatyti darbo grupių, kaip organizacinės struktūros veikimo tikslai, kuriuos respondantai įvardijo kaip: konsultacijos, problemų sprendimas, kompromiso ieškojimas, įrodymų ir pagrindimų ieškojimas, informacijos skaida, politinės atsakomybės pasidalinimas ir vietą organizacinėje struktūroje.

Reikšminiai žodžiai: Sveikatos politika, Sveikatos apsaugos ministerija, darbo grupė, interesų raiška.

Įvadas

Politikos formavimas demokratinėje visuomenėje yra sudėtingas ir daugiamatis uždavinys, kai be išpareigojimo suderinti skirtingus, kartais net priešingus interesus, būtina atsižvelgti į naujausius mokslinių tyrimų siūlomus alternatyvius sprendimus bei numatyti būsimų sprendimų poveikį visuomenei trumpuoju bei ilguoju laikotarpiu. Kadangi politikams tenka veikti labai neapibrėžtomis aplinkybėmis, politikus palaikan-

tis ir suteikiantis politikos tęstinumo pagrindus biurokratinis viešojo administravimo aparatas stengiasi sukurti tokias organizacines struktūras, kurios amortizuotų tam tikrus galimus situacijos neapibrėžtumus ir garantuotų viešą ir legalią prieigą interesams pasireikšti. Taigi viešojo valdymo organizacinė struktūra (Vyriausybė, atskirus politikos sektorius koordinuojančios ministerijos bei kitos įstaigos, kaip agentūros, kurioms pavesta konkreti funkcija finansuoti, patarti ar kontroliuoti) tobulinama tomis kryptimis, kurios atlieptų demokratinės politikos formavimo principus: didesnio dalyvavimo, viešojo intereso pirmumo, procedūrų skaidrumo, profesionalumo¹. Be vertikalios hierarchinės organizacinės struktūros, kuri yra gan aiškiai teisiškai reglamentuota, viešojo administravimo institucijos, tokios kaip Vyriausybė ar jos vardu veikianti Sveikatos apsaugos ministerija, savo funkcijas vykdo naudodama ir horizontalias organizacines priemones. Tokiomis priemonėmis galime nesunkiai įvardinti darbo grupes, buriamas visose ministerijose, tame tarpe ir Sveikatos apsaugos ministerijoje. Suprantama, kad tokių horizontalių priemonių veikimo trumpalaikiškumas ir tam tikras organizacinis neapibrėžtumas nulemia ir priemonių poveikį sprendimų priėmimui. Jei apie viešojo administravimo organizacines struktūras yra gausu mokslinių tyrimų², tai apie horizontalias struktūras ir jų sąveiką su hierarchine struktūra tyrimų yra gerokai mažiau³. Tad kaip veikia tokios horizontalios valdymo priemonės, kas jose dalyvauja, ar darbo grupės yra tinkamos realizuoti suinteresuotųjų dalyvavimo politikos procesuose poreikį tyrimų pasigendama.

Tyrimo tikslas yra ištirti Sveikatos apsaugos ministerijoje buriamų darbo grupių veikimo praktiką, siekiant nustatyti kokia apimtimi suinteresuotosios pusės yra įtraukiamos į politikos formavimą.

Tyrimo uždaviniai: ištirti darbo grupių dinamiką, pasirenkant dviejų kalendorinių metų laikotarpį, nustatyti, kokia apimtimi išoriniai suinteresuotieji yra įtraukiami į darbo grupes Sveikatos apsaugos ministerijoje, šių rezultatų pagrindu nustatyti darbo grupių, kaip organizacinės struktūros veikimo tikslus ir vietą organizaciniame struktūroje.

Tyrimo metu buvo taikoma mišri metodų derinimo metodologija, kai kokybinis tyrimas derinamas su kiekybiniu tyrimu. Darbo grupių dalyvių sudėties analizei atlikti buvo pasitelktas statistinės analizės bei socialinių tinklų analizės metodai, tinklo mazgais laikant oficialiose darbo grupėse dalyvavusiuosius narius. Siekiant ištirti darbo grupių būrimo tikslus, paskirtį ir pridėjamąją vertę politikos formavimui buvo atlikti pusiau struktūrizuoti interviu su valstybės tarnybos atstovais.

-
- 1 Hailton M. R., 2007. Democracy and Public Service, p. 3–20. In Box R. C. (ed.), 2007. Democracy and Public administration. M. E. Sharpe, Inc., 228 p.
 - 2 Johnston J. 2001. Public Administration: Organizational Aspects. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, p. 12507–12512.
 - 3 Grafton J., Abernethy M.A., Lillis A.M. 2011. Organisational design choices in response to public sector reforms: A case study of mandated hospital networks. Management Accounting Research, Volume 22, Issue 4, December 2011, p. 242–268.

1. Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo ir funkcijos, formuojant sveikatos politiką

Tam, kad valstybė sukurtų ir tobulintų efektyviai veikiančią sveikatos sistemą, kuri būtų rezultatyvi, subalansuota, o valstybės investicijos atneštų piliečiams apčiuopiamą naudą, būtinas adekvatus tokios sistemos administravimas ir valdymas⁴. Šis valdymas gali būti tiek centralizuotas ir realizuojamas ministerijose, tiek ir decentralizuotas, realizuojamas tokias funkcijas vykdančiose agentūrose. Dažniausiai ministerijoms yra pavedama kurti politikos įgyvendinimui reikalingus teisės aktus vyriausybės vardu, kartais ir parlamento pavedimu. Pats teisinės bazės kūrimo procesas yra sudėtingas ir daugiapakopis procesas, kai teisės aktų kūrimo procese bendradarbiaujama su kitomis ministerijomis, vyriausybe, kitomis vyriausybės institucijomis ir ministerijai pavaldžiomis institucijomis. Šiame procese nepamiršamas ir suinteresuotųjų bei visuomenės įtraukimo į politikos kūrimo procesus aspektas.

Aptariant Sveikatos apsaugos ministerijos funkcijas, galima išskirti dvi pagrindines bet kuriai ministerijai bendras funkcijų grupes⁵:

Struktūrinės funkcijos (tai ilgalaikė struktūrinė perspektyva, ribojama organizacinės struktūros ir išteklių).

Dinaminės politinės funkcijos. Šios funkcijos yra orientuotos situacijos nulemiamus politinius tikslus.

Struktūrinės funkcijos lemia tokį politikos formavimo realizavimą, kuris pirmiausiai susijęs su valdomais ištekliais ir atsakomybe dėl jų naudojimo. Šis veikimas pasireiškia valstybės interesų, tikslų ir prioritetų nustatymu ir įgyvendinimu. Dinaminės politinės funkcijos įpareigoja ministerijos struktūras atspindėti vyriausybės politinius tikslus ir tam skiriamus resursus panaudoti būtent politinių tikslų įgyvendinimui. Šiuo atveju funkcija yra suprantama ne tiek kaip operatyvinė priemonė siekti strateginių tikslų, mažinant konfliktus, kiek politiką reprezentuojanti priemonė, politiniams įsipareigojimams realizuoti ieškant sąjungininkų ar rėmėjų.

Konkretinant Sveikatos apsaugos ministerijos kaip viešojo valdymo funkcijas vykdančios Sveikatos apsaugos politiką įgyvendinančios institucijos valdymo funkcijas, galima apibrėžti tokios organizacijos bendrąsias funkcijas⁶:

Strateginis valdymas – Nustatyti sveikatos priežiūros viziją ir rengti strategijas bei formuluoti politikos nuostatas siekiant geresnių sveikatos rodiklių;

Tarpsektorinis bendradarbiavimas – Siekti tarpsektorinio bendradarbiavimo diegiant kompleksinį požiūrį į visuomenės sveikatą;

Atskaitomybė – Užtikrinti gerojo valdymo praktiką, kuris siekia sveikatos sistemos tikslų;

4 Jankauskienė D. 2010. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Černiauskas (red.). 2010. Lietuvos sveikatos sektoriaus amžių santūroje, p. 104-142.

5 Mätzke M. 2010. The Organization of Health Policy Functions in the German Federal Government. *Social Policy & Administration*, 44, p. 120-141. doi: 10.1111/j.1467-9515.2009.00704.x.

6 Veillard J.H, Brown A.D, Bariş E, Permanand G., Klazinga N.S. 2011. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework. *Health Policy*, 103(2-3), p. 191-199.

Dėmesys sistemos modeliui – Sukurti darnią ir suderintą sveikatos sistema, kuri gebėtų siekti geresnės sveikatos tikslų;

Reguliavimas – Vadovautis teisine baze, derinti reguliavimo ir politikos priemones, siekiant sveikatos sistemos veiklos produktyvumo;

Žinių valdymas – Rinkti ir platinti su sveikatos tyrimais susijusią informaciją, ieškoti įrodymų ir jais remtis priimant sprendimus.

Pasaulio sveikatos organizacija pripažįsta šį valdymo elementų sąrašą, kaip būtiną prielaidą siekiant sveikatos sistemos tikslų: orientacija į sveikatos sistemos bendruosius tikslus (didinti sveikatos sistemos potencialą ir teisumą), atsakomybė ir orientaciją į paciento specifinius poreikius, finansinė pacientų apsauga, sistemos efektyvumo didinimas ir kiti⁷.

Sveikatos apsaugos ministerijų dominavimas (turint omenyje biurokratinę organizacinę struktūrą) vyriausybės lygiu formuojant sveikatos politikos turinį ir prisiimant pagrindinę politinę atsakomybę yra paplitęs reiškinys Europos Sąjungoje, tiesa, dominavimo lygis kinta gan plačiose ribose, pvz. Anglijoje (UK) dominavimas ir atsakomybės centralizavimas gerokai ryškesnis, tuo tarpu Danijoje atvirkščiai, ryškesnė yra decentralizacija⁸. Vertinant tokią situaciją galime literatūroje atsekti kelis požiūrius į didesnę ministerijų kontrolę: vieni sako, kad toks dominavimas veda į netinkamą mikro-valdymą, blokuoja efektyvesnę krizių valdymą, atsiranda daugiau erdvės formuoti ideologiniams sprendimams, ir sudėtingiau realizuoti įrodymais grįstus sprendimus, atsiranda didesni barjerai inovacijų plėtrai, atsiranda pernelyg neproporcinga politinio konsultavimo galimybė. Kiti autoriai atvirkščiai, tokia dominavime įžvelgia daugiau teigiamų pusių nei neigiamų⁹. Teigiama, kad didesnė ministerijų kontrolė užtikrina didesnę atsakomybės laipsnį, bei garantuoja, kad tokia atsakomybė gali būti nustatyta. Decentralizacijos įgyvendinimui dažnai trūkta tiek empirinių įrodymų, tiek ir teorinių pagrindimo kriterijų, o pati decentralizacijos idėja pateikiama nekonkrečiai ir labiau, kaip geresnis sprendimas tiesiog dėl savo naujumo. Kaip bebūtų, visgi įtampa tarp politinio, viešojo administravimo, vadybinio bei teisinio ar net medicininio profesinio požiūrio nelengva išvengti. O jei dar prisiminsime ir verslo gamybos sektorių bei sveikatos paslaugų sektorių, kurie taip pat turi aiškų interesą politikos formavime, situacija tampa komplikuota. Klausimas, kaip tolygiai paskirstyti viešojo administravimo atsakomybę, išsaugant autonomiją, lemiančias aukštesnius veiklos rezultatus¹⁰ ir tuo pačiu realizuoti demokratinį suinteresuotųjų dalyvavimą politikos formavimo procesuose išlieka nuolat aktualus ir palaikomas stipraus išorinio spaudimo. Pvz. Europos Sąjungos šalių patirtis rodo, kad sveikatos apsaugos ministerijos dažniausiai patiria tiesioginį

7 WHO. The World Health Report 2000: improving health system performance, Geneva, 2000.

8 Ettelt S., Mays N., Chevreur K., Nikolentzos A., Thomson S. and Nolte E. 2010. Involvement of Ministries of Health in Health Service Coverage Decisions: Is England an Aberrant Case? *Social Policy & Administration*, 44, p. 225–243. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00710.x.

9 Ettelt S., Mays N., Chevreur K., Nikolentzos A., Thomson S. and Nolte E. 2010. Involvement of Ministries of Health in Health Service Coverage Decisions: Is England an Aberrant Case? *Social Policy & Administration*, 44, p. 225–243. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00710.x.

10 Verhoest, K., Peters, B. G., Bouckaert, G., & Verschueren, B. (2004). The study of organisational autonomy: A conceptual review. *Public Administration and Development*, 24, p. 101–118.

visuomenės ir spaudos spaudimą net ir tais atvejais, kai konkreti funkcija yra deleguota kitoms tos pačios sistemos organizacijai. Toks reiškinys jau yra įgavęs savo pavadinimą „kaltinimų bumerangas (angl. „*blame boomerang*“)¹¹. Tad Sveikatos apsaugos ministerijos jaučia nuolatinį ir augantį spaudimą veikti viešai ir įtraukiant platesnį visuomenės ratą į sprendimų parengimo etapus. Bendradarbiavimas su suinteresuotaisiais ruošiant sprendimus yra įprasta ministerijų veikla, o darbas su suinteresuotaisiais tampa dalyvavimu grįstos demokratijos garantas. Suprantama, kad ministerijų organizacinei struktūrai kyla papildomų iššūkių, siekiant sukurti tinkamas bendravimo su suinteresuotaisiais infrastruktūrą, kuri bendradarbiavimą politikos formavime paverstų į rezultatus orientuotą procesą. Ir tokia infrastruktūra galėtų būti darbo grupės, kurios formuojamos konkrečioms politikos klausimams aptarti ar spręsti, o į jų veiklą įtraukiami ne tik Sveikatos apsaugos ministeriją reprezentuojantys dalyviai.

2. Darbo grupių būrimo tikslai ir veikimo principai

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, aprašydamas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemą 6 straipsnyje nurodo, kad visuomenės dalyvavimas bei tarpžinybinis sveikatinimo veiklos koordinavimas be kitų pagrindų, sudaro sveikatos sistemos pagrindus. Ši įstatymo nuostata, įpareigojanti viešojo administravimo institucijas veikti drauge su visuomene bei ieškoti dalykinių kontaktų tarporganizaciniame lygyje, gali būti realizuojama formuojant sprendimų priėmimo darbo grupes. Detaliau darbo grupių veikla nėra teisiškai reguliuojama. Tik Ministro pirmininko sudaromų darbo grupių veikimo principai yra aprašyti Vyriausybės darbo reglamente ir numato balsavimo, pirmininko skyrimo, techninio aprūpinimo klausimus. Tuo tarpu ministerijos buriamų darbo grupių, kaip organizacinės struktūros, veikla smulkiau nereglamentuota, o tai galėtų reikšti, kad ši veikimo forma palikta hierarchinės struktūros savivaldai.

Kadangi darbo grupės yra organizacinės viešojo valdymo sistemos dalis, pirmiausia šios grupės turi padėti organizacijai siekti bendrųjų organizacijos, tai yra Sveikatos apsaugos ministerijos tikslų ir prisidėti vykdant pagrindines funkcijas. Apibendrinant, galime teigti, kad grupės gali būti buriamos dėl kelių priežasčių: vidinių – jos veikia kaip vidinės nehierarchinės (horizontalios) komunikacijos priemonė, išorinės – jos veikia kaip tarporganizacinės komunikacijos priemonė arba bendradarbiavimo su suinteresuotomis priemonėmis būdas. Kaip tik pastaroji priežastis gali padėti realizuoti didesnio ir aktyvesnio interesų ir visuomenės dalyvavimo politikos formavimo procesuose funkciją, kai į darbo grupes kviečiami konkrečiu sprendimu suinteresuotieji, tame tarpe ir išreiškiantys viešąjį interesą.

3. Empirinio tyrimo metodika

Empirinis tyrimas buvo atliktas Sveikatos apsaugos ministerijoje (toliau – Ministerija). Tyrimas apima darbo grupes, kurios buvo sudarytos ministro įsakymu ir veikė 2007 m. ir 2010 m. kalendoriniais veiklos metais. Šie tyrimo laikotarpiai buvo pasirinkti

11 Verhoest, K., Peters, B. G., Bouckaert, G., & Verschueren, B. (2004). The study of organisational autonomy: A conceptual review. *Public Administration and Development*, 24, p. 101–118.

ti tikslingai, nes tai yra konkrečios vyriausybės kadencijos vidurys, kai ministrų kabinetas veikia stabiliausiai. Tad tyrimui pasirinkus dviejų skirtingų Vyriausybių kadencijų vidurį, atsiranda galimybė palyginti teisiškai nereglamentuojamas, bet natūraliai besiformuojančias organizacines valdymo priemonių praktikas.

Tyrimas atliktas taikant mišriąją metodų derinimo metodologiją¹², derinant kokybinių ir kiekybinių tyrimų metodus, kai kiekybinių tyrimų metodu pasirinkta socialinių tinklų analizė¹³, o kokybiniu tyrimo metodu – pusiau struktūrizuotas interviu.

Socialinių tinklų teorija gan naujas metodas medicinos sociologijoje, tačiau plačiau jo taikymo galimybių ribų dėka metodu imame vis dažniau naudotis aiškinant socialines struktūras. Organizacijų elgsenos studijose, tinklai suvokiami kaip mazgų, susietų ryšiais, rinkinys, kur mazgai atitinka organizacijas arba individus, o ryšiai atitinka tarp mazgų besiformuojančius tarpusavio bendradarbiavimą, komunikavimą. Ryšiai gali būti nustatomi tiek stebėjimo būdu, tiek ir dokumentuojami. Nagrinėjant sveikatos sektoriuose besiformuojančius tinklus, pastebėta, kad tinklai yra mažesni, nei kituose sektoriuose. Ši savybė išskiria sveikatos organizacijų tinklus iš kitų tinklų. Tad būtina turėti šį faktą omenyje, interpretuojant tinklo parametrus¹⁴.

Norint atstatyti darbo grupių formuojamą politikos tinklo struktūrą, reikalinga informacija apie tinklo narius ir jų atstovaujamas organizacijas. Kiekybinis tyrimas buvo atliktas 2012 m. gegužės - rugpjūčio mėn. Tyrimo duomenimis tapo darbo grupių sąrašas ir darbo grupėse veikiančios asmenys. Išnagrinėjus Ministerijoje tiriamuoju laikotarpiu veikusių darbo grupių sudarymo teisinius dokumentus, buvo atkurtas politikos dalyvių tinklas. Duomenys tyrimui surinkti iš ministro įsakymų, kuriais buvo nustatoma darbo grupės veikimo tikslas, pavedimas, tikimasis rezultatas ir paskiriami darbo grupės nariai. Taigi, įsakymu paskirti nariai yra tinklo mazgai, o faktas, kad jie yra įtraukti į įsakymą yra tolygus faktui, kad jie turi ryšį su tuo pačiu įsakymu paskirtu darbo grupės pirmininku. Toks ryšys vertinamas kaip tiesioginis ir išeinantis ir grupės pirmininko. Taip bus sudaromas žvaigždės formos tinklo struktūra. Duomenims analizuoti, buvo išskirti pagrindiniai sveikatos politikos dalyvių aprašantys kriterijai. Kriterijai atspindėjo interesą, kurį galėtų atstovauti darbo grupėse dalyvaujantys atstovai. Taip buvo išskirtos trys kriterijų grupės: kriterijai, aprašantys institucijos, kuriai priklauso dalyvis, priklausomybė konkrečiam veiklos sektoriui, kriterijus, kaip institucijos teisinė forma bei institucijos atliekama funkcija. Socialinių tinklų analizės vizualizacija buvo atlikta naudojantis nekomerciniu Netdraw programiniu paketu.

Kokybinis tyrimas buvo atliktas 2011 m. lapkričio - 2012 balandžio mėn. Pusiau struktūrizuoto interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, kaip yra buriamos darbo grupės, kaip pažįstami interesai, kokių tikslų yra siekiama darbo grupės veikimo metu ir kokiais vadybiniais principais remiasi šių grupių veikla. Tyrimo metu buvo atlikti

12 Creswell J. W., Plano Clark V. L. 2011. Designing and conducting mixed methods research. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

13 Borgatti S.P., Mehra A., Brass D. and Labianca G. 2009. Network Analysis in the Social Sciences. Science, 323, 5916, p. 892 – 895.

14 Dunn A.G. Westbrook J. 2011. Interpreting social network metrics in healthcare organisations: A review and guide to validating small networks, Social Science and Medicine, vol. 72, p. 1064–1068.

6 interviu su Ministerijos valstybės tarnautojais. Kokybinio tyrimo duomenys buvo toliau nagrinėjami atliekant turinio analizę: formuojant kategorijas ir subkategorijas bei interpretuojant respondentų pasisakymus.

1 lentelė. Klausimyno diagnostiniai blokai ir turinys

	Diagnostiniai blokai	Klausimų turinys
1.	Dalyvavimas ir jo turinys	Ar sudaryti darbo grupės, Jūsų nuomone, buvo geriausias būdas nustatytam tikslui pasiekti (užduočiai įvykdyti, problemai išspręsti)? Kaip buvo sudaryta (sudaromos) darbo grupė? Kaip apibūdintumėte savo vaidmenį darbo grupėje?
2.	Darbo grupės veiklos valdymas	Kaip apibūdintumėte darbo atmosferą, darbo grupės narių darbo kultūrą, organizuotumą, užduočių įvykdymą ir pan.?
3.	Pasitenkinimas	Kaip vertinate darbo grupės veiklos organizavimą? Kaip vertinate darbo grupės veiklos rezultatus?

4. Sveikatos politikos suinteresuotųjų interesų raiška

Darbo grupių skaičius. Nors darbo grupių, kuriuose dalyvauja išoriniai suinteresuotieji nariai, būrimo procesas nėra teisiškai reglamentuotas, tačiau visos viešojo administravimo institucijos naudojami panašia praktika bendradarbiauti su išoriniais nariais. Kai kurios grupės pasirengia savo darbo reglamentą, kuriuo vadovaujasi savo darbe. Tačiau reiktų turėti omenyje, kad tai nėra kasdieninė praktika, nors ir ganėtinai dažna.

Iš viso per du tiriamuosius kalendorinius metus Sveikatos apsaugos ministerijoje buvo sudarytos 173 darbo grupės. Jose veikė 1005 dalyviai, sudarydami net 1764 atskirų individualių dalyvavimo atvejų. Vadinasi, 758 dalyvavimo atvejai sudaro įvairius atsikartojimus (t. y. kai kurie asmenys šiose laikinosiose struktūrose dalyvavo daugiau negu vieną kartą). Pastebėta tendencija, kad 2007 metais veikė gerokai daugiau darbo grupių, nei jų buvo 2010 m. 2 lentelėje pateikta detali statistika apie bendrą darbo grupių skaičių tiriamaisiais laikotarpiais.

2 lentelė. SAM darbo grupių statistika tiriamaisiais laikotarpiais

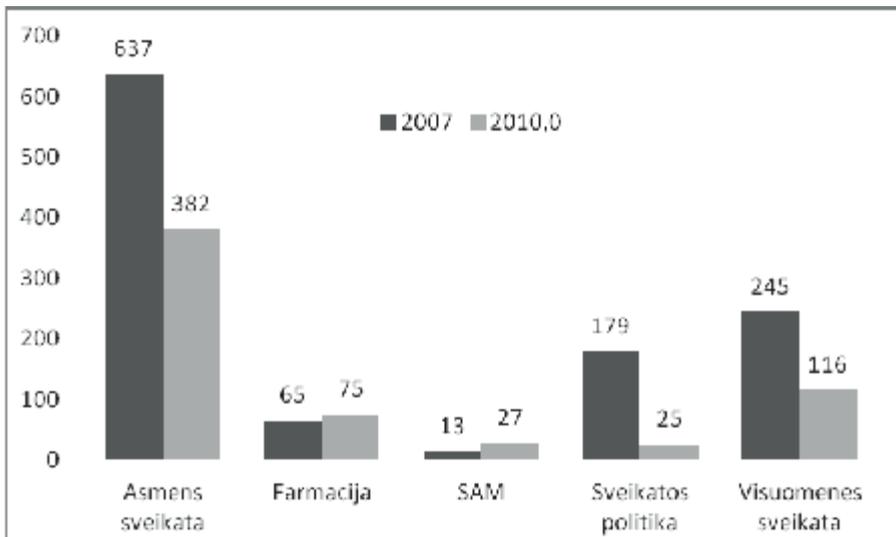
	2007	2010
Darbo grupės	112	61
Dalyvavimo atvejų skaičius	1139	625
N (narių skaičius)	640	365

Nors 2010 m. darbo grupėse dalyvavo dvigubai mažiau narių, nei 2007 m., tačiau procentine išraiška 2010 m. buvo suburta ir dviguba mažiau darbo grupių. Toks ryškus darbo grupių sumažėjimas 2010 m. reikalauja specialaus dėmesio. Tuo labiau, kad kokybinis tyrimas niekaip neatspindėjo šio kiekybinio, dokumentais užfiksuoto fakto. Net gi atvirksčiai, interviu dalyvaujantiems tarnautojams nesusidarė įspūdis, kad darbo grupių būtų buriama mažiau kuriais nors kalendoriniais metais. Jie teigė, kad darbas grupėse yra visada panašaus intensyvumo ir vyksta maksimaliai įmanomu dažniu. Taip teigdami, jie pabrėžė, kad darbo grupės buriamos periodiškai, daugelis jų minėjo, kad patys yra įtraukiami į stabilų darbo grupių skaičių, kuris svyruoja nuo 5 iki 15 per metus. Tad kyla pagrįstas klausimas, kas galėtų nulemti darbo grupių būrimo tendencijos mažėjimą. Viena vertus, darbo grupių skaičius gali priklausyti nuo tiriamų politikos formavimų klausimų sudėtingumo. Paprastesniems klausimams išspręsti gal būt nereikalinga papildoma informacija ir kompetencija, kurią galima suburti darbo grupėje. Kita vertus, darbo grupių mažėjimas gali būti indikatorius, kad keičiasi požiūris į darbo grupių, kaip organizacinės struktūros, pridedamąją vertę. Tiesa, reiktų turėti omenyje ir faktą, kad 2010 m. dar buvo stipriai jaučiamas visuomenės ir žiniasklaidos spaudimas mažinti viešąsias išlaidas, tad kasmet nuo 2008 m. buvo siekiama optimizuoti ir valstybės tarnautojų skaičių ministerijose, tam tarpe ir tirtose Minsiterijoje. Su tuo faktu yra susiję net trys vidiniai reorganizaciniai procesai, kai per Vyriausybės kadenciją buvo reorganizuojama Ministerijos organizacinė struktūra kuriant naujus skyrius, jungiant esamus skyrius ir perskirstant atsakomybės sritis. Todėl nemažai tarnautojų 2010 ir 2007 m. užėmė kitas pareigas ministerijoje. Tik viename interviu buvo užsiminta, kad dabar dalyvaujama gerokai mažiau, ir tas faktas buvo aiškinamas pasikeitusia darbo specifika po reorganizacijos ir pakeitus veiklos sritį ir skyrių.

Darbo grupių pobūdis. Per tiriamąjį laikotarpį veikė įvairaus pobūdžio darbo grupės, kurios apėmė visą Ministerijos kompetencijos lauką. Buvo suburtos grupės spręsti asmens sveikatos („Akušerių veiklos problemoms bei akušerijos integravimo į pirminės sveikatos priežiūros veiklą analizei atlikti“, „Paliatyvosios pagalbos paslaugų įkainių projektui parengti“, „Parengti ortopedijos techninių priemonių skyrimo indikacijų bei Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos aprašo pakeitimų projektus“, „Odontologinės pagalbos organizavimo problemoms spręsti“, „Pateikti išvadas ir pasiūlymus dėl stacionarių vidaus ir nervų ligų profilių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo optimizavimo Vilniaus mieste“) visuomenės sveikatos (SAM sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programai parengti“, „Teisės aktų, susijusių su Valstybinės tabako ir alkoholio tarnybos prie LR Vyriausybės reorganizavimu prijungiant narkotikų kontrolės departamento prie PER Vyriausybės, projektams parengti“, „Visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų veiklos optimizavimo projektui parengti“, „Visuomenės sveikatos priežiūros specialistų licencijavimo nuostatų projektui parengti“, „Būsto poveikio sveikatai vertinimo metodinių rekomendacijų savivaldybėms projektui parengti“), farmacijos („Dėl Lietuvos nacionalinės vaistų politikos nuostatams parengti“, „Parengti priemonėms, skirtoms pediatrijoje vartojamų vaistinių preparatų moksliniams tyrimams ir kūrimui remti“, „Priemokų už kompensuojamuosius vaistus

mažinimo socialiai pažeidžiamiems asmenims priemonių planui parengti“, „Parengti teisės aktų projektus, reglamentuojančius vaistinių preparatų įsigijimą stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose“, taip pat nagrinėjami klausimai, susiję su bendra sveikatos politika („Išnagrinėti situaciją bei teikti siūlymus dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo už pacientams padarytą žalą Lietuvos sveikatos sistemoje“ „Svarstyti galimybę perduoti savivaldybėms slaugos paslaugų, derinant ir integruojant su globos paslaugomis, organizavimo ir finansavimo funkcijas“, „Psichikos sveikatos priežiūros ir Narkologinės priežiūros įstatymams peržiūrėti“). Kelios grupės buvo suburtos tam, kad spręstų Ministerijos veiklos organizavimo klausimus „Bendrųjų reikalų programai parengti“ ir „SAM dalyvavimui parodoje „BALTMEDICA - 2007“ organizuoti“.

Nagrinėjant darbo grupių pasiskirstymą pagal darbo grupių turinį ir nagrinėjamą politikos sritį (žr. 1 pav.), matome, kad dominuoja darbo grupės, veikiančios asmens sveikatos srityje. Reiktų atkreipti dėmesį, kad 2010 m. sumažėjus bendram darbo grupių skaičiui, šiek tiek pasikeitė sprendžiamų klausimų balansas. 2010 m. išryškėjo farmacijos klausimų svarba, tuo tarpu sveikatos politikos klausimų gerokai sumažėjo ir 2010 m. buvo suburta tik 1 tokia grupė, kurioje dalyvavo 25 nariai.



1 pav. Darbo grupių pasiskirstymas pagal veiklos rūšies tipologiją.

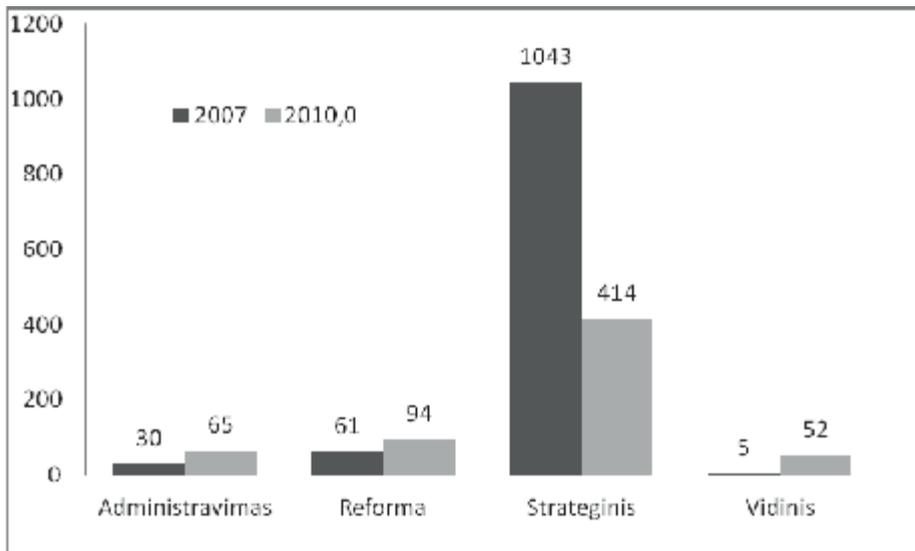
Nagrinėjant darbo grupių sprendžiamų klausimų poveikumą ir reikšmingumą, buvo išskirti keturi darbo grupių turinio svarbos tipai:

Reformos darbo grupės. Tokiose grupėse sprendžiami klausimai, kurių sprendimai iš esmės siekia pakeisti esamą sveikatos apsaugos praktiką bei apima ne vieną konkrečios politikos veiklos sritį.

Strateginių pokyčių darbo grupės sprendžia strateginės svarbos sektoriaus klausimus, o jiems nuspręsti **reikalingos naujos idėjos**.

Administracinių pokyčių darbo grupės administruoja teisės aktų leidybos procesą arba kitaip prižiūri, stebi ar kontroliuoja jiems pavestų teisės normų įgyvendinimą.

Vidinės darbo grupės. Su organizacijos (Ministerijos) **vidiniais valdymo tikslais susijusios** grupės, tokios kaip naujo dokumentacijos plano rengimas ar vidinės organizacinės struktūros tobulinimas.

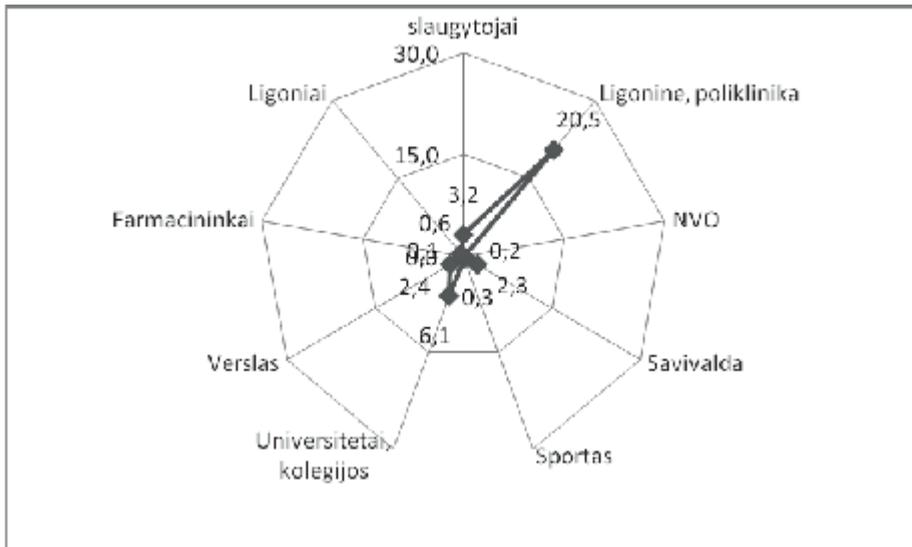


2 pav. Darbo grupių pasiskirstymas pagal jų turinio svarbos tipus

Tarp visų darbo grupių svarbos tipų, dominuoja tos grupės, kurios sprendžia strateginės svarbos uždavinius (žr. 2 pav.). Tai tokios grupės, kurios rengia naujas taisykles, tvarkas ir jų pagrindu rengia teisės aktų projektus. Darbo grupių, kurios būtų buriamos tik administravimo tikslais, atliekant valdymo uždavinius, skaičius yra nedidelis. Reiktų atkreipti dėmesį, kad mažas skaičius grupių, priskirtinų administravimo ir vidinių klausimų sprendimui 2010 m. šie tiek išaugo, palyginus su 2007 m. Tai galėtų būti indikacija, kad darbo grupės, kaip organizacinės veiklos priemonės, imtos naudoti tarp-dalykiniams, horizontaliems institucijos ryšiams palaikyti, ir tuo pačiu sumažėja darbo grupių reikšmė derinant interesus tarp-organizaciniu lygiu (su išoriniais suinteresuotaisiais). Suprantama, norint teigti, kad 2010 m. pastebėtas reiškinys yra nauja tendencija, reiktų atlikti dinaminis tyrimus bent jau už tris metus, tačiau jau ir vienerių metų faktas yra vertas sunerimti dėl interesų atstovavimo reikšmingumo mažėjimo. Taip pat tai gali būti indikacija, kad Ministerija neišnaudoja esamos organizacinės struktūros administraciniams tikslams.

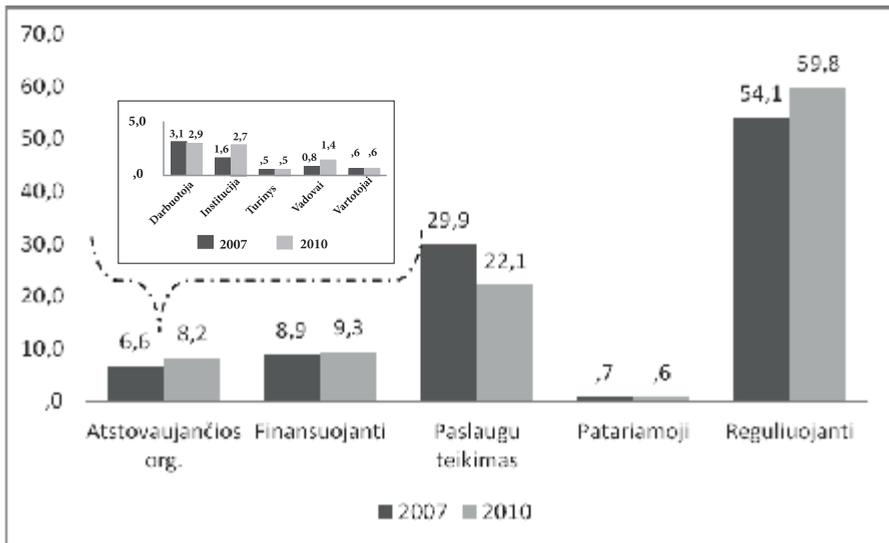
Sveikatos politikos dalyvių struktūra. Išnagrinėjus politikos dalyvius pagal jų atstovaujamas institucijas, pasirodė, kad 54% – 2007 m. ir 59% – 2010 m. visų dalyvavimo atvejų sudaro reguliavimo funkciją vykdančių institucijų atstovai, kurių didžioji

dalį – tai Ministerijos tarnautojai, kitų valstybės tarnybos institucijų atstovai bei keli kitų ministerijų atstovai. O jei dar pridėtume finansuojančias, patariamąsias bei kontroliuojančias organizacijas, kurios taip pat priklauso viešojo administravimo subjektams, tuomet valstybės tarnautojų dominavimas darbo grupėse išauga dar ryškiau iki 62%. Išoriniai dalyviai (žr. 3 pav.), kaip interesą atstovaujantys asmenys, tesudaro apie 38%. Ta pati dalyvavimo proporcija būdinga abiemis tiriamiesiems laikotarpiais. Antra pagal gausumą institucijų grupė yra ligoninės ir poliklinikos atstovaujantys politikos dalyviai ir jie sudaro 20,5% dalyvavimo atvejų. Aukštojo mokslo ir mokslinių tyrimų institucijos sudaro apie 6% visų dalyvių. Ne institucijas, bet individualius atstovus, tokius kaip gydytojai, slaugytojai, ligoniai, farmacininkai atstovauja apie 6 proc. dalyvių.



3 pav. Išorinių, ne valstybės tarnautojų, sveikatos politikos dalyvių struktūra (procentais). 2007 m.

Sugrupavus visus darbo grupėse dalyvavusius politikos dalyvius pagal funkcijas ir ginamą interesą, galima išskirti 5 grupes: reguliuojančios institucijos (viešojo administravimo institucijos), patariamąsios institucijos (viešojo administravimo institucijos), finansuojančios institucijos (viešojo administravimo institucijos), paslaugas teikiančios ir asocijuotos individualių interesą ginančios institucijos.

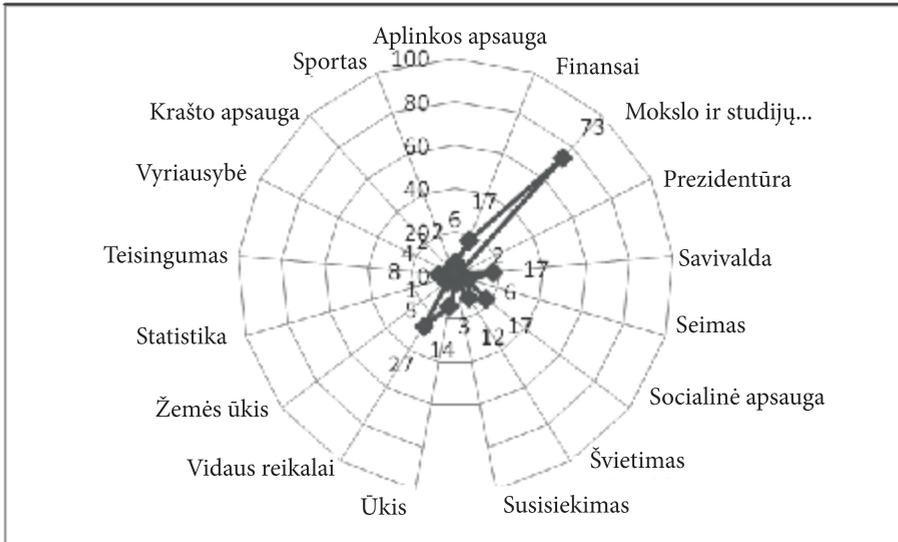


4 pav. Darbo grupėse dalyvaujančiųjų pasiskirstymas pagal atstovaujamos organizacijos funkcijos tipą (duomenys apskaičiuoti procentine išraiška nuo visų dalyvavimų)

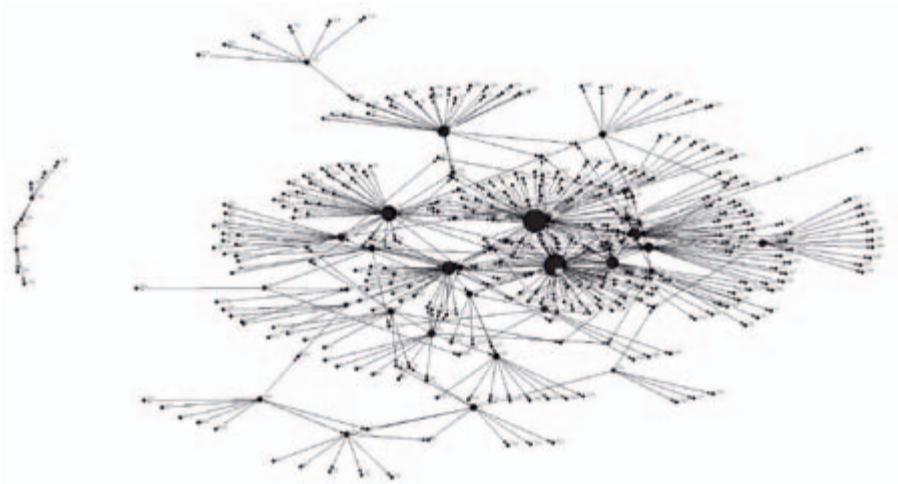
Kaip jau minėta, reguliavimo funkciją vykdančios institucijos dominuoja darbo grupių veikloje. Paslaugas teikiančios (tiek valstybės išlaikomos, tiek ir privačios) institucijos sudaro iki 30% visų dalyvavimo faktų, o viešai interesą ginančios ir susibūrusios į interesą atstovaujančias asociacijas institucijos tesudaro apie 6-8 %. Bandymas išskirti asociacijų pobūdį atsižvelgiant į ginamo intereso rūšį, pvz. darbuotojų interesus, institucijos vadovų interesus, vartotojų, institucinis ar konkretaus sveikatos politikos turinio (pvz. odontologijos ir pan.) laukiamos naudos neatnešė, nes bendras asociacijų dalyvavimo lygis yra gan menkas. Galima tik teigti, kad institucijos ir sveikatos sektoriaus darbuotojai yra atstovaujami plačiau, nei vartotojai (šiuo atveju pacientai) (žr. 4 pav.).

Toks dalyvių pasiskirstymas, kai dominuoja viešojo administravimo funkcijas vykdančios organizacijos, leidžia teigti, kad viena iš darbo grupių funkcijų reikia laikyti tarpžinybinį koordinavimą, veiksmų, pozicijų derinimą, o išorinio interesų raiškos galimybės yra antra pagal svarbumą funkcija.

Jei žvilgteltume į sveikatos politikos dalyvių pasiskirstymą pagal sektorius, matytume gan gausų visų sektorių atstovavimą. Suprantama, kad sveikatos sektorius yra atstovaujamas gausiausiai ir sudaro 81 proc. visų dalyvių ir tai yra per 800 dalyvavimo atvejų. Šiam sektoriui priskiriamos tiek viešojo administravimo institucijos, tiek paslaugas teikiančios institucijos. Antrasis gan gausus sektorius yra aukštasis mokslas ir moksliniai tyrimai (žr. 5 pav.). Aktyvus mokslininkų dalyvavimas rodo, kad sveikatos politikos sprendimams priimti yra ieškoma objektyvių įrodymų ir konsultuojamasi su aukštojo mokslo sektoriumi. Tiesa, reikia pažymėti, kad ne vienas darbo grupėse dalyvaujantis dalyvis turi dvigubą priklausomybę, kai medicinos krypties mokslininkai dirba kaip praktikai ligoninėse, tad kartais dalyvaudami darbo grupėse jie nurodo vieną instituciją, kitą kartą kitą. Todėl dalyvavimo faktų skaičius galėtų būti tikslinamas.



5 pav. Sveikatos politikos dalyvių pasiskirstymas pagal sektorius. 2007 m.



6 pav. 2010 m. formalusis politikos tinklas, surūšiuvus politikos dalyvius pagal atstovaujamos institucijos rūšį

Taikant socialinių tinklų analizės metodą, buvo vizualizuoti 2007 m. ir 2010 m. darbo grupių politikos tinklai (žr. 6 paveikslą). Šie tinklai parodo gan tankią dalyvių struktūrą, kai centrinę poziciją tinkle užima valstybės tarnautojai, o periferinę poziciją užleidžia interesus atstovaujančiosioms organizacijoms. Paveiksle mazgų dydis atitinka mazgo ryšių skaičių (angl. *degree centrality*). Nors 2007 m. ir 2010 m. darbo grupių

skaičius gan žymiai skiriasi ir tai lemia tinklo tankį, centralizacijos laipsnio vertė yra palyginama. Kadangi centralizacijos laipsnis charakterizuoja mazgo populiarumą tinkle, faktas jog centralizacijos laipsnis nepasikeičia rodo, kad vadovų ir išorinių asmenų santykis politikos tinkle išlieka panašus. Vadinasi besikeičiant politikams, organizacinė darbo grupių sistemos praktika išlieka tokia pati.

3 lentelė. Sveikatos politikos tinklų bendrosios charakteristikos.

	2007 m.	2010 m.
Tankis	0.25%	0.42%
Centralizacijos laipsnis	3.589% (išeinantis) 0.402% (įeinantis)	3.832% (išeinantis) 0.481% (įeinantis)

Sveikatos politikos darbo grupių veikos principai valstybės tarnautojų vertinimu. Pusiau struktūrizuotas interviu padėjo įvertinti valstybės tarnautojų požiūrį į darbo grupes Ministerijos organizacinėje struktūroje bei galimybę reikšti interesus darbo grupių veiklos metu. Svarbu pabrėžti, kad visi dalyvavę tyrime valstybės tarnautojai neabejoja, kad suinteresuotųjų dalyvavimas sprendimų priėmimo formuojant sveikatos politiką yra būtina sąlyga. Jie pabrėždavo, kad darbo grupės kuriamos pirmiausia tam, kad Ministerija, kaip už sveikatos politikos įgyvendinimą atsakinga viešojo administravimo institucija, išklaustų suinteresuotųjų nuomonę, surinktų informaciją apie konfrontuojančius interesus ir pasidalintų turimomis žiniomis apie sveikatos politikos vystymo kryptis, o vėliau ieškotų susitarimų ir geriausių sprendimų drauge su suinteresuotaisiais.

Visgi interviu atskleidė ir prieštaravimų, kurie parodė nevienareikšmį darbo grupių veiklos integravimo į Ministerijos organizacinę struktūrą pobūdį.

Jau vien todėl, kad darbo grupių dalyvių sąrašė dominuoja valstybės tarnautojai, galima teigti, kad darbo grupės dažniau yra naudojamos kaip horizontalaus koordinavimo mechanizmas. Šią prielaidą taip pat patvirtina ir interviu su valstybės tarnybos atstovais analizė. Į diskusinį klausimą, ką kviečiate į darbo grupes, tarnautojas pirmiausia ima vardinti kitų ministerijų ir pavaldžių ministerijoms institucijų atstovus. Tačiau vėliau prisimena ir kitas interesų grupes, kurios gindamos siaurą interesą, kelia tam tikrų įtampų. Šios įtampos iš dalies gali būti mažinamos darbo grupių veikimo metu.

4 lentelė. Dalyvių pasirinkimo prioritetai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Kaip pasirenkami darbo grupių nariai (tame tarpe išoriniai, ne valstybės tarnautojai)?	Pirmiausia kviečiami viešojo administravimo funkcijas vykdančios atstovai	Kviečiame (nekalbu apie socialinius partnerius) iš žinybų: finansų ministerijos, socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Kitais klausimais ateina iš savivaldybių, iš ligoninių. SAM1 ¹ .
	Horizontalaus koordinavimo mechanizmas	Tenka siųsti 13 ministerijų raštus prašome atstovus skirti, na sueis ir kas iš to, tik vienas-trys gali turėti realią nuomonę. SAM1.
	Kviečiami ekspertai	Pasikviečiame (ekspertus) pagal kompetenciją iš turimo sąrašo SAM2. Dažnai (su ekspertais) mus sieja ilgalaikė darbinė pažintis, tad žinome, ką galima pakviesti. SAM3. specialistų-konsultantų sąrašas SAM3.
	Kviečiami aktyvūs interesų gynėjai (kiti ignoruojami...)	Rašė skundus. Šį kartą jie patys raštu kreipėsi kad nori dalyvauti ruošiant teisės aktą. Pradžioje pradėjo nuo skundų: netobuli teisės aktai. SAM2 Skambino telefonu: Inicatyva parodo raštais, el. paštu, skambučiais. Tie, kurie bet kokiais būdais į mus kreipiasi SAM2. Pasirodė aktyvūs per konferencijas SAM1. Patys kreipėsi raštu prašydami būti pakviesti ateityje svarstant konkrečius klausimus. SAM4. Patys kreipiamės į žinomas organizacijas skirti atstovus į darbo grupes SAM3. kreipiamės raštu į vedančias ligonines (SAM3). Iš vienos pusės – pacientų asociacijos, iš kitos medikų asociacijos SAM1 Iš vartotojų praktiškai negirdime jokios reakcijos. SAM2 Yra tos, kurios aktyvios, rodo iniciatyva, tada ir jas įsitraukiame SAM2

Kas nulemia dalyvavimo faktą: Kada kviečiami išoriniai dalyviai?	Žinoma iš anksto apie interesų konfrontaciją	Jei daug suinteresuotųjų, tai tada vėl būtina daryti darbo grupę, dėl susikalbėjimo bei nuomonėms išsakyti. SAM5.
	Kai reikia tarpsektorinio palaikymo	Tada mes patys, žinodami situacija iš anksčiau darbų, susirandama socialinius partnerius SAM4.
	Įstatyminė nuostata derinti su suinteresuotaisiais	Įstatymas, be to gyvenimas priverčia matyti visą tą interesų lauką SAM1
	Politinės nuostatos	Darbo grupių sudėtis keičiasi priklausomai nuo politinių partijų esančių valdžioje SAM5.

Siekiant pažinti išorinius potencialius politikos dalyvius, yra naudojamos nors ir atsitiktinės strategijos (kas kreipiasi, tie pakviečiami), tačiau siekiama išnaudoti visus įmanomus pakvietimo būdus, sudarant erdvės iniciatyvai pasireikšti (žr. 4 lentelė).

Darbo grupių narių pasirinkimo klausimas yra tampriai susijęs su darbo grupių būrimo tikslais – ko siekiama ir ko tikimasi iš darbo grupės veiklos. Respondentai paminėjo visą rinkinį rezultatų, kurių yra siekiama buriant darbo grupes. Tai yra: konsultacijos, problemų sprendimas, kompromiso ieškojimas, įrodymų ir pagrindimų ieškojimas, informacijos skaida, politinės atsakomybės pasidalinimas (5 lentelė). Ir nors respondentai nerūšiavo darbo grupių pagal siekiamą tikslą, teigdami, kad visos darbo grupės siekia apčiuopiamo rezultato – pateikti ministruui teisės akto projektą, kuris išreikštų naują politikos turinį, išvardinto rezultato turinys atitinka kiekvienos darbo grupės veikimo fazes, kurias turėtų išgyventi sėkminga darbo grupė.

5 lentelė. Darbo grupės veikimo tikslas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Darbo grupės būrimo siekiamybė	Konsultacijoms	Darbo grupė yra skirta konsultavimuisi SAM2. Darbo grupė dažniausiai atsiranda tam tikrose „pilkose srityse“, kur reikia kažką naujo. Reikia tų įvairesnių nuomonių paklausti reglamentuoti. SAM1.
	Problemoms spręsti	Darbo grupės – geras būdas spręsti problemas SAM2. Buriama: kai yra problema, SAM5.

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Darbo grupės būrimo siekiamybė	Kompromisui ieškoti	Reakcija pajuntama, kadangi visada reikia surasti bendrą sprendimą, reikia surasti kompromisą, todėl tenka konsultuotis. SAM2. Vis dėlto dažnai mums reikia ieškoti kompromiso, SAM4 Darbo grupė buriama, kai reikia išspręsti iškilusią problemą ne tik mūsų kompetencijos ribose. SAM3. kai yra daug nesuderinamų interesų. SAM5.
	Įrodymams rinkti	DG kuriamos, kad pasidalintume racionalių požiūriu. SAM2. tad kuo daugiau argumentų turime iš įvairių pusių, tuo yra lengviau priimti racionalų sprendimą galutiniame ministro sprendime. SAM4. Mūsų specialistai nėra visų sričių specialistai, tad įtraukiame profesorius, mokslininkus, įstaigų vadovus, praktikus, institucijų atstovus, priklausomai koks svarstomas klausimas. SAM3. kai nežinomas sprendimas, kai nežinoma kurią alternatyvą pasirinkti. SAM5.
	Informacijos sklaidai	Mes norime paruošti visuomenę, pramonę, kad žinotų, kad greitai bus kokios naujovės. SAM2. Geriau prieš išleidžiant teisės aktą aptarti su tais, kuriems jis įdomus, negu po to. SAM1.
	Politinei atsakomybei pasidalinti	Kitu atveju (jei neburtų darbo grupių) ministrui tektų prisiimti atsakomybę už sprendimus, kurie visuomenei labai jautrūs. SAM1.
	Administravimo funkcijoms realizuoti	DG buriamos kažkokiam tikslui pasiekti: teisės aktui ar tvarkai paruošti, gaunami užduotį, įpareigojimą. SAM6.

Išvados

1. Pasaulio sveikatos organizacija apibrėžia bendruosius sveikatos sistemos valdymo kriterijus, kuriuos tiesiogiai rekomenduoja taikyti Sveikatos apsaugos valdymo

funkcijas vykdančioms viešojo valdymo institucijoms, pvz. Sveikatos apsaugos ministerijai. Tie kriterijai apima strateginį planavimą, tarpsektorinį bendradarbiavimą, atskaitomybę, reguliavimą, žinių valdymą. Apibrėžti principai yra universalūs ir vienodai svarbūs bet kuriai viešojo valdymo sričiai. Paminėtiems valdymo kriterijams realizuoti yra kuriamos tiek stacionarios, tiek ir laikinos ir dinaminės ministerijų organizacinės struktūros. Darbo grupės, kaip mobilios ir horizontalios organizacinės struktūros priemonės taip pat turi siekti realizuoti pagrindinius valdymo kriterijus. Tačiau empirinių tyrimų, kaip veikia ir kokių tikslų siekia darbo grupės trūksta. Šiuo tyrimu buvo siekiama užpildyti šią spragą. Tyrimas parodė, kad Sveikatos apsaugos ministerija intensyviai naudoja darbo grupes strateginiams klausimams spręsti.

2. Galima vienareikšmiškai teigti, kad darbo grupė, kaip organizacinė priemonė atlieka savo pagrindines organizacines funkcijas, ir užtikrina strateginių, sudėtingų klausimų sprendimo galimybes. Jos nėra apkraunamos administraciniais ar net vidinio pobūdžio sprendimais, kuriuos turėtų išspręsti organizacinės struktūros pagalba. Kadangi reformos pobūdžio klausimai, kurie keičia visą egzistuojančią politikos praktiką yra ypatingai sudėtingi ir reikalauja papildomų pastangų surinkti informaciją ir žinias, organizacinės struktūros ir organizacinių resursų nebepakanka, tad darbo grupės tarnauja, kaip papildomų resursų pritraukimo į sistemą schema.

3. Darbo grupių sudėties pokyčių tendencija skirtingais metais rodo, kad suinteresuotojų vaidmuo yra neišnaudojamas, nors dedamos konkrečios pastangos suinteresuotuosius įtraukti ir su jais bendradarbiauti. Kokybinis tyrimas rodo, kad interesus atstovaujantiems, darbo grupėse suteikiamas didelis dėmesys ir reikšmingumas. Su jais derinami politikos formavimo sprendimai ne tik darbo grupės veikimo metu ir bet ir darbo grupei veiklą baigus. Visgi, darbo grupėse dominuoja valstybės tarnautojai, vykdančys reguliuotojo funkciją. Tad nors grupės buriamos strateginiams klausimams spręsti, jose dominuoja daugiau dalyviai iš kitų valstybės institucijų, nei tikrieji intereso turėtojai.

4. Nagrinėjant Sveikatos apsaugos ministerijos veikimo darbo grupėse pobūdį ir galimų interesų atstovavimo raišką, tyrimas atskleidė jau tvirtai susiformavusią viešojo administravimo institucijos praktiką pasitelkti institucijas ir individus, kurie gali atstovauti interesus. Puikus atstovaujamų sektorių pasiskirstymas sudaro prielaidas užmegzti prasmingus bendradarbiavimo ryšius su kitais sektoriais, siekiant stiprinti visuomenės sveikatos prioritetus ir ieškant palaikymo kituose sektoriuose.

Padėka

Tyrimą parėmė Lietuvos mokslo taryba. Paramos sutartis Nr. MIP-109/2011.

Literatūra

1. Borgatti S.P., Mehra A., Brass D. and Labianca G. 2009. Network Analysis in the Social Sciences. *Science*, 323, 5916, p. 892 – 895.
2. Creswell J.W., Plano Clark V. L. 2011. *Designing and conducting mixed methods research*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

3. Dunn A.G., Westbrook J. 2011. Interpreting social network metrics in healthcare organisations: A review and guide to validating small networks, *Social Science and Medicine*, 72, p. 1064 – 1068.
4. Ettelt S., Mays N., Chevreur K., Nikolentzos A., Thomson S. and Nolte E. 2010. Involvement of Ministries of Health in Health Service Coverage Decisions: Is England an Aberrant Case? *Social Policy & Administration*, 44, p. 225–243. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00710.x.
5. Grafton J., Abernethy M.A., Lillis A.M. 2011. Organisational design choices in response to public sector reforms: A case study of mandated hospital networks. *Management Accounting Research*, 22, 4, p. 242-268.
6. Hailton M.R., 2007. Democracy and Public Service, p. 3–20. In Box R. C. (ed.), 2007. *Democracy and Public administration*. M. E. Sharpe, Inc., 228 p.
7. Jankauskienė D. 2010. Sveikatos politikos ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai. Černiauskas (red.). 2010, Lietuvos sveikatos sektoriaus amžių santūroje, p. 104–142.
8. Johnston J. 2001. Public Administration: Organizational Aspects. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, p. 12507–12512.
9. Mätzke M. 2010. The Organization of Health Policy Functions in the German Federal Government. *Social Policy & Administration*, 44, p. 120–141. doi: 10.1111/j. 1467-9515.2009.00704.x.
10. Veillard J. H, Brown A. D, Barış E, Permanand G., Klazinga NS. 2011. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework. *Health Policy*, 103(2-3), p. 191–199.
11. Verhoest K., Peters B.G., Bouckaert G., Verschurere B. 2004. The study of organisational autonomy: A conceptual review. *Public Administration and Development*, 24, p. 101–118.
12. WHO. *The World Health Report 2000: improving health system performance*, Geneva, 2000.

The role of advisory groups in the organisational structure of Ministry of Health

Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė, Danguolė Jankauskienė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

Public participation as an approach to health policy decision making refers to a democratic component of “institutional design of partnership governance”. The practice of policy formation inevitably triggers networks of external stakeholders and tends to change into a flexible organisational structure which recognises the value added of the knowledge that networks generate. Seeking to depolarize new trends of spontaneous policy networking with an existing hierarchical institutional structure, and find out the renewed role of democratic representatives, the practice of network recognition at the ministerial level needs to be explored.

Research seeks to evaluate whether the policy making environment at Ministry of Health is adopted to integrate the network paradigm and to explore the level of stakeholder participation. The research is drawn on the cases of participatory decision-making groups, consensus-building groups that operated during 2007 and 2010 at the Ministry of Health of Lithuania.

The research methodology engages a social network analysis for participation measurement

and semi-structural interview for participation practice evaluation. The network analysis and network visualisation were processed by UCINET software. The total research data set covers temporary institutional arrangements and makes a network of 1005 nodes with 1764 relationships that represent individual participation facts. Participatory groups were employed more than twice as less frequently in 2010 than in 2007. The social network analysis of the members that participate in problem solution processes lets us measure the prevalence and the boundaries of participatory policy practice. Empirical studies of the evolution of the network characteristics of the groups exhibit a stable practice of using interrelation with stakeholders in the policy network. A decision making group as a temporary organisational structure is employed with the diverse purpose: to manage stakeholder input, to burst consultation, to align proper decision, to diminishing confrontation. The equilibrium between dominant policy actors with high interest representation abilities and the stakes that are not expressed and conceptualized make a second challenge that needs to be solved by designing the organisational framework.

Keywords: *Keywords: Health policy, Ministry of Health, working group, interest representation.*

Birutė Mikulskienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos katedros profesorė, katedros vedėja, fizinių mokslų daktarė.

Birutė Pitrėnaitė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto prodekanė, Vadybos katedros profesorė, socialinių mokslų daktarė.

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto prodekanė, Politikos mokslų katedros profesorė, biomedicinos mokslų daktarė.

Birutė Mikulskienė, Doctor of Physical Sciences, is Professor and of Head of the Department of Management, Faculty of Policy and Management, Mykolas Romeris University.

Birutė Pitrėnaitė, Doctor of Social Sciences, is a Vice-dean for Research at the Faculty of Policy and Management, Professor at the Department of Management, Mykolas Romeris University.

Danguolė Jankauskienė, Doctor of Biomedicine, is Vice-dean for Study at the Faculty of Policy and Management, Professor at the Department of Political Sciences, Mykolas Romeris University.

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS VERTINIMO PACIENTŲ POŽIŪRIU Palyginimas Lietuvoje ir Kai kuriose Europos šalyse

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto

Politikos mokslų katedra

Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva

Telefonas (+370 5) 271 4635

Elektroninis paštas: djank@mruni.eu

Santrauka

Tyrimo tikslas įvertinti ir palyginti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu kai kuriose Europos šalyse.

Metodai. Sisteminė ir palyginamoji duomenų analizė, remiantis Europos Sąjungoje atliktais tarptautiniais tyrimais, atliktais po 2007 metų, palyginant ir įvertinant pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugų kokybe dešimtyje Europos šalių (penkiose senose ES narėse: Austrijoje, Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje, Danijoje, Švedijoje ir penkiose naujose ES narėse: Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Slovėnijoje, Rumunijoje). Sisteminei analizei atlikti buvo naudojami šie tyrimų atrankos kriterijai: tyrimas atliktas vėliausiai prieinamais metais, bet ne vėlesniais kaip 2007 m., reprezentatyvi gyventojų nuomonės tyrimo imtis; tyrimas turėjo būti vykdomas tarptautiniu mastu (t. y. visose lyginamose šalyse), tyrimo tikslinės grupės turėjo būti sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai. Naudoti 2 pagrindiniai kintamieji: sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, kuris matuotas keliais rodikliais atrinktose studijose, ir kitas kintamasis – naudos už investuotus pinigus balas. Galutinis vertinimas atliktas pagal šiuos kintamuosius naudojant scatter diagramos metodą.

Rezultatai ir išvados. Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rezultatą naudos už investuotus pinigus modelio pagalba, geriausiai paslaugų kokybę pacientų požiūriu yra vertinama Austrijoje, Danijoje Vokietijoje ir Švedijoje, blogiausiai apie paslaugas pacientai atsiliepia Latvijoje, Lietuvoje, Estijoje ir Rumunijoje.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos rodikliai, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, nauda už investuotus pinigus.

Įvadas

Paslaugų kokybės gerinimas yra kiekvienos valstybės sveikatos sistemos ir medicinos pagalbos uždavinys. Pacientų nuomonė apie jų patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis tampa svarbiu sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo įrankiu. Pacientų nuomonė plačiai tyrinėjama mūsų šalyje ir įgauna vis didesnę reikšmę priimant sprendimus¹. Kaip pabrėžia tarptauti-

1 Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą Lietuvoje. Socialinės informacijos centro ataskaita Sveikatos apsaugos ministerijai, 2011. Vasario 21 d. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaug/1184.

nės organizacijos kaip Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymosi organizacija² bei Pasaulio sveikatos organizacija³ pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe matavimai yra svarbi sveikatos apsaugos sistemos vertinimo dalis bei pagrindas nacionalinės sveikatos politikos formavimui. Taip pat ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmenyje nuolatinis kokybės valdymas turėtų remtis patikima informacija apie pacientų lūkesčius bei pasitenkinimą naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis⁴.

Pastaraisiais metais įvairiose šalyse atliekama daugybė pacientų pasitenkinimo tyrimų. Kai kuriose šalyse vykdoma nuolatinė sisteminga pasitenkinimo stebėseną (pvz. Danijoje, Didžiojoje Britanijoje, JAV, Kanadoje, Norvegijoje, Nyderlanduose). Kitose šalyse (pvz. Airijoje, Čekijoje, Estijoje, Ispanijoje, Izraelyje, Slovėnijoje, Lietuvoje) atliekami pavieniai pasitenkinimo tyrimai nacionaliniu arba atskirų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygmeniu. Tokie pavyzdžiai liudija, kad informacija apie pacientų patirtį yra pripažintas ir plačiai naudojamas paslaugų kokybės matas.

Plačios apimties tarptautiniai tyrimai, matuojantys pacientų pasitenkinimą paslaugų kokybe sulaukia vis daugiau dėmesio, visgi dauguma atliekamų tyrimų yra nacionaliniai, t. y. pritaikyti tos šalies, kurioje atliekamas tyrimas, specifikai. Taigi, nacionaliniu lygmeniu atliktų tyrimų rezultatų palyginimą tarptautiniame kontekste apsunkina ne tik kultūriniai bei socio-ekonominiai aspektai (pvz. požiūris į sveikatą, nedarbo lygis, finansų krizės ir pan.), kurie yra svarbūs ir nacionalinio lygmens tyrimuose, bet ir skirtingi lūkesčiai sveikatos priežiūros paslaugų atžvilgiu, nacionalinės sveikatos sistemos modelio ypatumai ir kt. Tyrimas atliktas Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, vykdant projektą „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos atlikimas ir analizės parengimas“.

Nežiūrint šių metodologinių apribojimų, pacientų patirties naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis palyginimas skirtingose šalyse yra ypač svarbus ir aktualus tobulinant nacionalines sveikatos apsaugos sistemas ir pasimokyti iš „gerosios praktikos“ kitose šalyse⁵.

Šio tyrimo tikslas palyginti tarptautiniu lygmeniu atliktų pacientų nuomonės tyrimų apie sveikatos sistemos paslaugų kokybę rezultatus dešimtyje Europos Sąjungos valstybių: Lietuvoje ir kitose devyniose Europos Sąjungos šalyse bei išsiaiškinti, kuriose šalyse pacientai paslaugų kokybę vertina geriau ir iš ko Lietuvai galima pasimokyti.

Metodai. Buvo taikyta sisteminės ir palyginamosios analizės metodai. Buvo atliekama vėliausiai prieinamų, bet ne ankstesnių, kaip nuo 2007 metų, tarptautiniu mastu atliktų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų kokybe tyrimų apžvalga ir tyrimo

-
- 2 Jurst J., Jee-Hughes M. (2000). Performance measurement and performance management in OECD health systems. Labour Market and Social Policy Occasional Papers 47. Paris: OECD.
 - 3 Murray C., Frenk J. (2000). A Framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78, 171-731.
 - 4 Sixma, H.J., Kerssens, J.J., van Campen, C., Peters, L. (1998). Quality of Care from the Patients' Perspective: From Theoretical Concept to a New Measuring Instrument. Health Expectations, 1 (2), 82-95.
 - 5 Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P.T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J., Davis K. (2005). Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs, 5, 509-525.

rezultatai įvertinti pagal naudos už investuotą pinigus vertinimo modelį, naudojant scatter diagramą. Pirmiausia rezultatų palyginimui pasirinkta Europos Sąjungos (ES) šalys narės (5 iš senųjų ir 5 iš naujųjų Europos Sąjungos narių), viso lyginta 10 ES šalių pacientų nuomonė sveikatos kokybės klausimais. Buvo pasirinktos šios šalys: Austrija, Vokietija, Danija, Švedija, Jungtinė Karalystė, Estija, Latvija, Lietuva, Rumunija, bei Slovėnija. Šios šalys tarptautiniam palyginimui pasirinktos dėl keleto priežasčių. Pirmoji, norėta palyginti išsivysčiusias šalis ir šalis naujokas, ypač akcentuojant Baltijos valstybes. Antroji- didžiojoje ES šalių naujokių daugumoje yra taikomas mišrus sveikatos apsaugos sistemos valdymo ir finansavimo modelis, integruojantis tiek klasikinių „Bismarck“, tiek „Beveridge“ modelių aspektus. Jų sveikatos sistemos vystymas susiduria su didelėmis tiek politinėmis ekonominėmis, tiek visuomenės sveikatos, tiek pačios naujų valstybių santvarkos visuomenės vystimosi problemomis. Todėl buvo įdomu palyginti šalis, taikančias šį modelį, ir tas, kurios jo šiuo metu netaiko. Paslaugų kokybės rodiklių palyginimui pacientų požiūriu buvo pasirinktos šalys, kurių sveikatos apsaugos sistemos valdymas ir finansavimas remiasi tiek labiau pirmuoju (Vokietija, Austrija) ar antruoju modeliu (Švedija, Danija, Jungtinė Karalystė), arba apjungia abiejų modelių charakteristikas (Estija, Latvija, Lietuva, Slovėnija, Rumunija). Trečias šalių pasirinkimo kriterijus buvo išlaidų sveikatos apsaugai dalis nuo bendrojo vidaus produkto (BVP): buvo įtrauktos šalys, sveikatos apsaugai skiriančios didesnę arba panašią į Lietuvoje skiriamą BVP dalį. Įtraukti Estiją bei Slovėniją paskatino taip pat ir galimas pastaraisiais metais įvykdytų reformų sveikatos priežiūros sektoriuje atspindys pacientų pasitenkinime.

Literatūros paieška buvo vykdoma duomenų bazėse Pubmed, MEDLINE, PsycINFO bei Ebsco naudojant paieškos žodžius „patient satisfaction“, „patient survey“, „medical staff survey“, „patient quality“, „staff satisfaction“, „patient experience“ bei publikavimo datos filtrą (tyrimas turėjo būti atliktas vėliausiai prieinamais metais, bet ne anksčiau 2007). Papildoma paieška buvo atliekama paieškų sistemose „Google“ bei „Google Scholar“, naudojant tuos pačius raktinius žodžius. Tyrimų atranka buvo vykdoma vadovaujantis keleto kriterijų:

- Tyrimas turėjo būti atliktas ne anksčiau 2007 (vadovautasi publikacijos data, kadangi ne visose publikacijos tyrimo atlikimo data nurodoma);
- Representatyvi gyventojų nuomonės tyrimo imtis; (pvz. atrinktuose tyrimuose Austrijoje 1009, Estijoje 1004, Danijoje 1007, Jungtinėje Karalystėje 1313, Vokietijoje 1510, Lietuvoje 1017, Latvijoje 1010, Slovėnijoje 1037, Švedijoje 1001, Rumunijoje 1004);
- Tyrimas turėjo būti vykdomas tarptautiniu mastu (t. y. visose lyginamose šalyse tuo pačiu metu). Nacionalinio lygmens tyrimai nebuvo įtraukiami į apžvalgą dėl palyginamumo problemų (šiuose tyrimuose naudojamos skirtingos metodikos, imtys, skirtingai apibrėžiamos paslaugos ir t.t., dėl ko pasitenkinimo rodiklių palyginimas tarp šalių yra neįmanomas);
- Tyrimo tikslinės grupės turėjo būti sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai (šalies gyventojai), atmesti buvo tyrimai, atlikti naudojant specifines pacientų tikslines grupes (pvz. AIDS pacientai, diabetu sergantys asmenys ir kt.).

Atlikus literatūros analizę, nustatytus tyrimų atrankos kriterijus atitiko Eurobarometro bei Euro Health Consumer Index 3 tarptautiniai tyrimai. Šiuose tyrimuose naudotų kintamųjų ir rodiklių pagrindu buvo atlikta dešimties pasirinktų šalių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės palyginamoji analizė.

Lyginant sveikatos priežiūros paslaugas 10 ES šalyse tampa akivaizdu, kad sveikatos priežiūros rezultatai atspindi labai skirtingas finansines investicijas į sveikatos priežiūros sektorių lyginamosiose šalyse. Sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų vienam šalies gyventojui rodiklis atspindi realias šalies investicijas sveikatos sektoriuje, tačiau šiuo sveikatos priežiūros paslaugų kokybės atveju negali būti naudojamas tiesioginiam palyginimui tarp šalių, kadangi paprastai didesnius finansinius išteklius turinčiose valstybėse ir sveikatos priežiūros paslaugos kainuoja daugiau. Todėl siekiant objektyvesnio šalių palyginimo įvestas dar vienas kintamasis, sukuriant specialų naudos už investuotus pinigus vertinimo modelį. Jis buvo pagrįstas finansinių išteklių rodikliu, kuriuo buvo pasirinkta BVP dalis, skiriama sveikatos priežiūrai šalyje (visuomeninės ir privačios išlaidos, imti 2007 m. duomenys specialiai, jog jų neiškraipytų finansų ir ekonominės krizės įtaka). Naudotas šaltinis - Pasaulio sveikatos organizacija. Gauti paslaugų kokybės vertinimo rezultatai palyginti pagal skiriamų finansų sveikatos apsaugai rezultatus naudojant scatter diagramą statistikos duomenų pakete SPSS 15 versijoje.

Rezultatai

1. Paslaugų kokybės vertinimas Eurobarometro tyrime

Eurobarometras – tai didžiausia, daugiau nei 30 šalių atliekama viešosios nuomonės apklausa, vykdoma Europos Komisijos užsakymu. Tyrimo metu siekiama sužinoti ES šalių gyventojų nuomonę įvairiais politiniais klausimais, pvz. požiūrį į Europos Sąjungą ir joje vykdomas viešąsias politikas, klimato kaitą, korupciją, lyčių lygybę, mokslą ir technologijas, rūkymą, saugumą keliuose ir kt. Tyrimas atliekamas visose Europos Sąjungos šalyse, kiekvienoje šalyje apklausiant reprezentatyvią vyresnių nei 15 metų gyventojų imtį, atrinktą daugiakopės tikimybinės atrankos būdu. Apklausa atliekama tiesioginio („face-to-face“) interviu metodu gyventojų namuose jų gimtąja kalba.

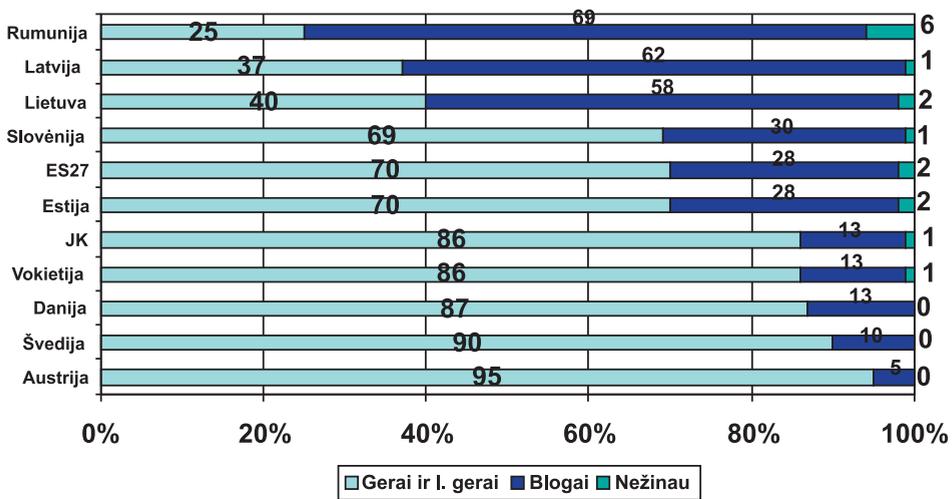
1.1. Bendras sveikatos priežiūros kokybės vertinimas

2009 m. vykusioje specialioje tyrimo bangoje „Pacientų sauga ir sveikatos priežiūros kokybė“ („Patient safety and quality of healthcare“ (Eurobarometer, 2009) respondentų buvo klausama, kaip jie bendrai vertina sveikatos priežiūros kokybę savo šalyje⁶.

Remiantis apklausos duomenimis, du trečdaliai ES gyventojų (70 %) sveikatos priežiūros sistemą savo šalyje vertina teigiamai. Lietuvoje taip manančių gyventojų yra tik 40%. Lyginant Lietuvą su pasirinktomis šalimis matyti, kad Lietuvos piliečiai šalies sveikatos priežiūros sistemą vertina reikšmingai prasčiau bei daugumos kitų pa-

6 European Commission (2009). Special Eurobarometer 327: Patient safety and quality of healthcare.

lyginimui pasirinktų šalių gyventojai, kurie 69-95% kokybę vertina teigiamai ir tik šiek tiek geriau nei Latvijos gyventojai (37%) ir Rumunijos gyventojai (25%), (žiūr. 1 pav.). Reikėtų pažymėti, kad tyrimas atliktas 2009 m. rugsėjo mėn., tad neigiamas Lietuvos, Latvijos Rumunijos ir kt. šalių sveikatos sistemos vertinimas gali būti iš dalies nulėmtas ir įsibėgėjusios ekonominės krizės poveikio gyventojų gyvenimo kokybei apskritai. Taip pat, neigiamos įtakos sveikatos sistemos vertinimui galėjo turėti ir įvairių taupymo priemonių socialinės apsaugos srityje padariniai, kadangi sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemos šalyje yra tarpiai susijusios. Lietuvoje 2010 ir 2011 metais atliktas nacionalinės imties tyrimai parodė, kad 70 - 80 proc. šalies gyventojų atskirų sveikatos priežiūros paslaugų (šeimos gydytojų, stacionariųjų paslaugų, specializuotų ambulatorinių paslaugų, ambulatorinės slaugos, greitosios medicinos pagalbos) kokybę vertina gerai ir labai gerai⁷. Žinoma, užduoti klausimai nebuvo analogiški.

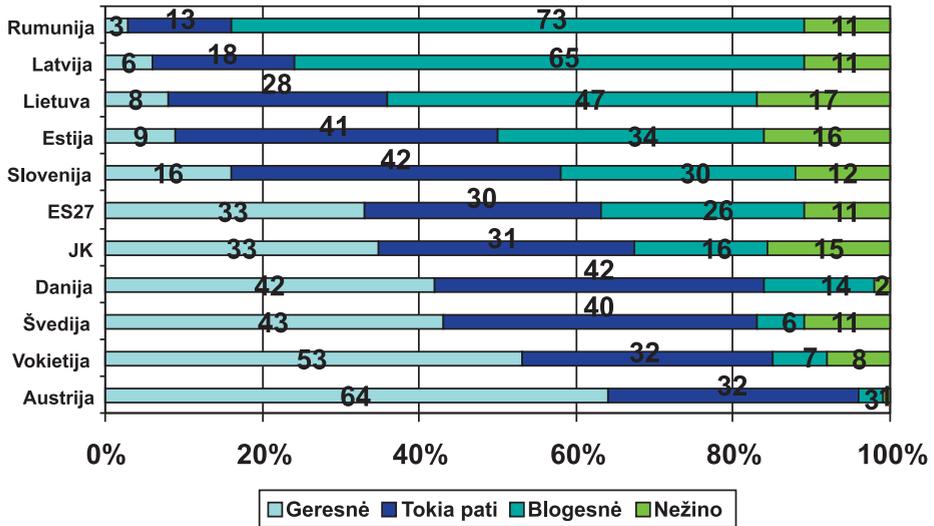


1 pav. Kaip Jūs vertinate bendrai sveikatos priežiūros kokybę Jūsų šalyje?

Šaltinis: Europos Komisija (2009). *Specialusis Eurobarometras 327: Pacientų sauga ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė*.

Paprašyti palyginti savo šalies sveikatos priežiūros kokybę su kitų ES šalių, po trečdalį ES gyventojų savo šalies sistemą vertina geriau ir panaši jų dalis blogiau nei kitose ES šalyse (2 pav.). Dažniausiai teigiamai įvertina savo šalies sveikatos priežiūros kokybę kitų šalių atžvilgiu Austrijos, Švedijos, Danijos bei Vokietijos gyventojai. Beveik pusė jų mano, kad ji yra geresnė nei kitose šalyse (Danijoje taip manančių 42 %, Austrijoje – 64 %). Tuo tarpu beveik pusė Lietuvos piliečių (47 %) ir beveik du trečdaliai Rumunijos (73%) teigia, kad sveikatos priežiūros sistema jų šalyje yra blogesnė nei kitose ES šalyse (2 pav.).

⁷ Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą Lietuvoje. Socialinės informacijos centro ataskaita Sveikatos apsaugos ministerijai, 2011. Vasario 21 d. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslauga/1184.



2 pav. Remdamiesi savo patirtimi, kaip matote, kokia yra Jūsų šalies sveikatos apsaugos kokybė, lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis

Šaltinis: Europos Komisija (2009). *Specialusis Eurobarometras 327: Pacientų sauga ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.*

2007 m. vykusioje Eurobarometro specialioje tyrimo bangoje „Sveikata ir ilgalaikė priežiūra Europos Sąjungoje“ (Health and long-term care in the European Union) respondentų buvo prašoma remiantis savo patirtimi ir žiniomis įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei prieinamumą⁸. Buvo vertinamos ligoninių, ambulatorinės priežiūros specialistų (medical and surgical specialists) bei šeimos (arba bendrosios praktikos) gydytojų paslaugos.

1.2. Ligoninių paslaugų kokybės vertinimas

Ligoninių paslaugų kokybę teigiamai vertino daugiau nei du trečdaliai Europos Sąjungos gyventojų (71%). Tarp lyginamų 10 šalių aukščiausius balus savo šalies ligoninių paslaugoms skyrė austrai bei švedai, o žemiausius – latviai, lietuviai ir rumunai (atitinkamai 92–90% ir 42–57% gyventojų paslaugas respondentai vertina gerai). Lietuvos gyventojų nuomonė paslaugų kokybės, tiek jų prieinamumo organizacine prasme yra reikšmingai prastesnė nei vidutiniškai Europos Sąjungoje, tačiau ekonominio prieinamumo (affordability) vertinimas yra labai arti Europos Sąjungos vidurkio (1 lentelė).

8 European Commission (2007). Special Eurobarometer 283: Health and long-term care in the European Union.

1 lentelė. Ligoninių paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas respondentų nuomone 2007 m.

Šalis	Kokybė	Organizacinis prieinamumas	Ekonominis prieinamumas
Austrija	92	92	79
Švedija	90	68	86
Danija	85	74	50
Vokietija	79	87	66
JK	77	80	26
Slovėnija	76	64	35
ES27	71	76	55
Estija	67	55	54
Lietuva	57	65	54
Latvija	55	64	71
Rumunija	42	63	45

(atsakymai “gerai ir l. gerai” arba prieinama”, proc.)

Šaltinis: Europos Komisija (2007). Specialusis Eurobarometras 283: Sveikata ir ilgalaikė priežiūra Europos Sąjungoje“

Tik 1 proc. Lietuvos gyventojų per praėjusius 12 mėnesių turėjo atsisakyti gydymo ligoninėje dėl per didelės finansinės naštos. Tuo tarpu visoje Europos Sąjungoje vidutiniškai gydymo ligoninėje dėl ekonominių priežasčių atsisakė 3 proc. gyventojų. Vadinasi, patekti į Lietuvos ligonines problemų praktiškai nėra.

Bendrai vertinant visose palyginimui pasirinktose šalyse teikiamas stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas pagal jų kokybę, pirmauja Austrija, kurioje pacientai šias paslaugas vertina palankiausiai. Kokybė taip pat teigiamai įvertinta Vokietijoje bei Danijoje, tačiau Danijoje ligoninių paslaugos ekonominiu požiūriu sunkiau prieinamos nei vidutiniškai ES.

Lyginant Lietuvoje teikiamas ligoninių paslaugas su Baltijos šalimis bei Slovėnija matyti, kad Slovėnijos bei Estijos ligoninėse teikiamos paslaugos, pacientų nuomone, yra kokybiškesnės, nei teikiamos Lietuvos ligoninėse. Visgi estai, latviai ir slovėnai dažniau nei lietuviai mano, kad jos yra sunkiai prieinamos organizacine arba ekonomine prasme.

Lietuvoje 2010 ir 2011 metais atlikti nacionaliniai tokios pačios imties tūrio bei atrankos metodo reprezentatyvūs tyrimai parodė, kad 80 proc. 2010 metais ir 74 proc. 2011 metais (po restruktūrizacijos III etapo) šalies gyventojų stacionariųjų paslaugų

kokybę įvertino gerai ir labai gerai⁹. Tačiau dėl tyrimo metodologinių skirtumų teigti, kad per trejus metus stacionariųjų paslaugų kokybė ženkliai pagerėjo, visgi negalima.

1.3. Specializuotų ambulatorinių paslaugų vertinimas

Specializuotų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę trys ketvirtadaliai Europos Sąjungos gyventojų 2007 metais vertino gerai. Vertinant paslaugų kokybę vėlgi pirmavo Austrija, o žemiausius vertinimus gavo Latvijos bei Lietuvos gydytojų specialistų paslaugos.

Lietuvoje 2007 m. specializuotų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę gerai vertino 62 proc. gyventojų, jos yra prieinamos 58 proc. gyventojų, o 44 proc. nurodė, kad gali sau jas leisti finansiškai. Kaip ir vertinant stacionarines paslaugas, Lietuvos gydytojų specialistų paslaugų kokybė nusileidžia paslaugų kokybei daugelyje ES šalių, tačiau prieinamumas yra gana arti ES vidurkio.

2 lentelė. Specializuotų ambulatorinių paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas respondentų nuomone 2007 m.

Šalis	Kokybė	Organizacinis prieinamumas	Ekonominis prieinamumas
Austrija	87	67	48
Vokietija	77	71	55
Danija	75	54	42
Slovėnija	75	39	26
ES27	74	62	42
Švedija	71	38	65
JK	71	61	21
Estija	68	41	41
Lietuva	62	58	44
Latvija	61	53	66
Rumunija	59	52	29

(atsakymai “gerai ir labai gerai” arba “prieinama” proc.)

Šaltinis: Europos Komisija (2007). *Specialusis Eurobarometras 283: Sveikata ir ilgalaikė priežiūra Europos Sąjungoje*

9 Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą Lietuvoje. Socialinės informacijos centro ataskaita Sveikatos apsaugos ministerijai, 2011. vasario 21 d. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaug/1184.

Bendrai vertinant visose palyginimui pasirinktose šalyse teikiamas specializuotas ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas pagal kokybės kriterijų pirmauja Vokietija ir Austrija, kuriose pacientai šias paslaugas vertina palankiausiai. Abiejose šalyse šios paslaugos yra ir labiau finansiškai prieinamos nei vidutiniškai Europos Sąjungoje.

Lietuvoje 2010 ir 2011 metais atliktas nacionalinės tokios pačios imties reprezentatyvūs tyrimai parodė, kad 79 proc. 2010 metais ir 73 proc. 2011 metais (po restruktūrizacijos III etapo) šalies gyventojų ambulatorinių specializuotų paslaugų kokybę įvertino gerai ir labai gerai. Tačiau vertinti tai, kaip pagerėjimą trejų metų laikotarpiu dėl metodologinių problemų būtų neteisinga.

1.4. Šeimos gydytojų paslaugų vertinimas

2007 m. šeimos gydytojų teikiamų paslaugų kokybę ES gyventojai vidutiniškai vertino geriau nei specializuotas ambulatorines ar stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas: 84 proc. ES gyventojų šeimos gydytojų paslaugų kokybę vertino gerai. Prasčiausiai šeimos gydytojų paslaugų kokybė buvo vertinama Švedijoje (68 proc.). Lietuvoje 77 proc., o Rumunijoje 71 proc. gyventojų šeimos gydytojų paslaugas vertino gerai.

3 lentelė. Šeimos gydytojų paslaugų kokybės ir prieinamumo vertinimas respondentų požiūriu 2007 m.

Šalis	Kokybė	Organizacinis prieinamumas	Ekonominis prieinamumas
Austrija	93	94	78
Danija	91	82	51
Vokietija	88	94	83
JK	88	86	26
ES27	84	88	66
Slovėnija	84	86	47
Estija	78	89	74
Lietuva	77	80	77
Latvija	72	73	91
Rumunija	71	77	69
Švedija	68	63	82

(atsakymai “gerai ir l. gerai“ arba “prieinama” proc.)

Šaltinis: Europos Komisija (2007). *Specialusis Eurobarometras 283: Sveikata ir ilgalaikė priežiūra Europos Sąjungoje*.

Bendrai vertinant visose palyginimui pasirinktose šalyse teikiamas šeimos gydytojo paslaugas pagal kokybės kriterijų pirmavo Austrija bei Vokietija, kuriose pacientai šias paslaugas vertino palankiausiai. Kokybė taip pat daugiausiai teigiamai buvo įvertinta Danijoje, tačiau Danijoje šeimos gydytojų paslaugos sunkiau prieinamos nei vidutiniškai ES ypač ekonominiu požiūriu. Tarp lyginamų šalių prasčiausiai įvertintos Švedijos šeimos gydytojų paslaugos – tiek kokybės, tiek prieinamumo prasme.

Lietuvoje 2010 ir 2011 metais atliktas nacionalinės tokios pačios imties reprezentatyvūs tyrimai parodė, kad 81 proc. 2010 metais ir 71 proc. 2011 metais (po restruktūrizacijos III etapo) šalies gyventojų šeimos gydytojų paslaugų kokybę įvertino gerai ir labai gerai, kas beveik atitinka ir 2007 metų Eurobarometro tarptautinio tyrimo rezultatus.

2. Paslaugų kokybės vertinimas Health Consumer Powerhouse „Sveikatos vartotojų indekse“

Nuo 2005 m. Briuselyje įsikūrusi organizacija „Health Consumer Powerhouse“ (HCP) kasmet atlieka tarptautinį sveikatos priežiūros sistemų, įskaitant paslaugų kokybės, palyginimą tarp 34 Europos valstybių, naudojant 42 rodiklių (2012) sistemos modelį. Rodikliai parinkti iš 5 vartotojams svarbiausių Europos sveikatos priežiūros sistemos sričių: pacientų teisių ir informacijos bei e-sveikatos, gydymo laukimo laiko, rezultatyvumo, paslaugų ir vaistų prieinamumo. Tyrimą sudaro oficialiosios statistikos, pacientų apklausų ir nepriklausomų tyrimų, kuriuos atlieka pati „Health Consumer Powerhouse“ organizacija, duomenys. Matuojami rodikliai atspindi ne indėlį į sveikatos priežiūros sistemą, o gaunamą rezultatą vartotojų požiūriu, t. y. ne sistemos infrastruktūrą, o kokią priežiūrą gauna pacientai tam tikroje šalyje. Tyrimą remia Europos Komisijos Informacinės visuomenės ir žiniasklaidos generalinis direktoratas. Kiekvienas rodiklis skaičiuojamas remiantis aktualiais, patikimais ir viešai prieinamais duomenimis¹⁰¹¹¹².

Žemiau pateikiami 2012 m. atlikto ir paskelbto tyrimo rezultatai, atspindintys paslaugų kokybę dviejuose matuojamose srityse ir rodiklių grupėse: pacientų teisės ir e-sveikata, bei, rezultatai/pasekmės. Kiekvienas rodiklis, priklausomai nuo jo dydžio ir nustatytų ribų, yra vertinamas trijų balų skalėje: „gerai“ (žalia), „vidutiniškai“ (geltona), „blogai“ (raudona). Taip pat kiekvienos šalies sistemos vertinimas pateikiamas bendru pasiektų balų skaičiumi kiekvienoje iš vertinamų sričių (maksimalus balų skaičius sričiai „pacientų teisės“ – 150 balų, sričiai „gydymo laukimas“ yra 250 balų, sričiai „paslaugų prieinamumas – 150 balų). Kiekviena vertinama rodiklių grupė pagal sritis turi santykinis balų įverčius, iš kurių balų skaičius padauginamas.

10 Björnberg, A., Garrofé, B.C., Lindblad, S. (2009). Euro Health Consumer Index 2009. Health Consumer Powerhouse.

11 Eisen, B. and Bjornberg, A. (2010). Euro-Canada Health Consumer Index 2010. Frontier Centre for Public Policy & Health Consumer Powerhouse.

12 Euro health Consumer index 2012, HealthConsumerPowerhouse, 2012, <http://www.healthpowerhouse.com/> žiūrėta, 2012.06.07.

2.1. Pacientų teisės

Pacientų teisių ir elektroninės sveikatos užtikrinimas, kuris yra vienas iš sveikatos priežiūros paslaugų kokybės garantų, šiame tyrime buvo matuojamas 12 rodiklių¹³. Pacientų teisės tarp lyginamų šalių geriausiai užtikrinamos Danijoje: šios šalies sveikatos sistema surinko aukščiausius vertinimus ties kiekvienu matuojamu rodikliu (175 balus iš 175) (4 lentelė). Danijoje egzistuoja pacientų teisių įstatymas, pacientų organizacijų atstovai įtraukiami į politinių sprendimų priėmimą, pacientai draudžiami nuo medikų klaidų, turi teisę į antrą nuomonę ir gali be didelių kliūčių susipažinti su savo medicininės kortelės įrašais, joje gerai išvystytos elektroninės sveikatos paslaugos. Šioje šalyje taip pat egzistuoja ne tik licencijų turinčių gydytojų registras, bet ir paslaugų teikėjų katalogas su jų teikiamų paslaugų įvertinimais, pacientai bet kuriuo paros metu gali gauti sveikatos priežiūros specialisto konsultaciją, dauguma šeimos gydytojų savo pacientų duomenis kaupia elektroninėse medicininėse kortelėse, o gydymas užsienyje yra finansuojamas iš bendro sveikatos draudimo fondo.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pacientų teisių apsaugos srityje taip pat yra vertinama gana gerai, tačiau bendrą balą sugadina nepakankamai išvystytos elektroninės sveikatos paslaugos (131 balų iš 175). Lyginant su Danija, Lietuva ypač atsilieka e-sveikatos srityje (elektroninės medicininės kortelės, e registracija, e receptai). Tobulinti reikėtų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasirinkimo skaidrumą (paslaugų teikėjų katalogas su teikiamų paslaugų vertinimu), kas, atrodo vykdoma Sveikatos apsaugos ministerijos darbo grupėje, turėtų būti geresnės sąlygos gydymo finansavimui užsienio šalyse. Visų lyginamų šalių rodikliai yra išsamiai pateikti 4 lentelėje žemiau.

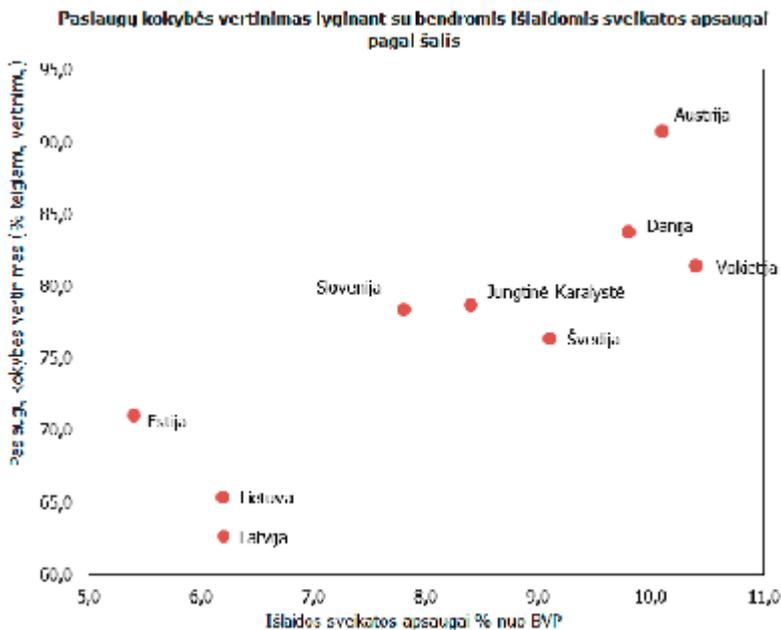
2.2. Rezultatatyvumas/pasekmės

Sveikatos paslaugų kokybei, žinoma, svarbiausia yra rezultatai. Gydymo rezultatų vertinimui HCP tyrimo vertinimo modelyje pasirinkti 8 rodikliai, kuriuos mažiausiai įtakoja aplinka ir gyvenimo būdas, o labiau sveikatos paslaugų teikimo procesas. Buvo matuojami mirtingumo nuo miokardo infarkto rodikliai patekus į ligoninę, kūdikių mirtingumas, išgyvenamumas susirgus vėžiu, išvengtini prarasti gyvenimo metai/1000 gyv., hospitalinių infekcijų paplitimas, Cezario pjūvio operacijų dažnis, pagal kurį galima spręsti apie prenatalinės pagalbos kokybę, nedidžiavimą, diabeto atvejai, depresijos nebuvimas. Šių rodiklių lyginamasis svoris visame vertinimo modelyje buvo didžiausias, t. y. 300 balų. Kaip matyti iš 5 lentelės, geriausius rezultatus demonstruoja jau daugelį metų Švedija, surinkusi visus galimus 300 balų. Danija, taip pat yra visada šalia pirmaujančių šalių- 250 balai. Iš ES šalių naujokių geri paslaugų kokybės rezultatai yra Slovėnijoje- 213 balų. Lietuva kartu su Latvija surinko 138 balus; ir už mus prasčiau pagal šiuos vertinimo rodiklius yra tik Rumunija.

13 Euro health Consumer index 2012, HealthConsumerPowerhouse, 2012. Prieiga per internetą: <http://www.healthpowerhouse.com>.

Apibendrinimas

Bendras paslaugų *kokybės* rodiklis buvo apskaičiuotas naudojant Eurobarometro duomenis apie lignoninių, gydytojų specialistų bei šeimos gydytojų paslaugų kokybės vertinimą (aritmetinis vidurkis iš vertinimų „gerai“ arba „labai gerai“). Lyginamų 10 ES šalių bei sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas šio išvestinio kokybės rodiklio bei finansinių išteklių rodiklio atžvilgiu pavaizduotas 3 paveiksle. Apskritai vertinant akivaizdu, kad ryšys tarp investuojamų lėšų bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės yra gana stiprus – šalyse, kuriose sveikatos priežiūrai išleidžiama sąlyginai didesnė BVP dalis, paslaugų kokybė taip pat vertinama geriau ir atvirkesčiai. **Rumunija ir Lietuva su Latvija ir Estija atsilieka nuo daugumos palyginimui pasirinktų šalių tiek turimais finansiniais ištekliais sveikatos priežiūrai, tiek paslaugų kokybe.** Atkreipti dėmesį ir galbūt detaliau panagrinėti vertėtų Estijos pavyzdį, kurios gyventojai šalyje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertina geriau nei latviai bei lietuviai nepaisant mažesnių investicijų į sveikatos sritį. Rumunija šiuo atžvilgiu skirdama gana menkas lėšas sveikatos apsaugai paslaugų kokybės atžvilgiu lenkia Latviją (kokybė 59 proc. BVP sveikatos apsaugai 3,8 proc.).



3 pav. Sveikatos paslaugų kokybės vertinimas priklausomai nuo skiriamų lėšų sveikatos apsaugai pagal vertės už investuotus pinigus modelį

Tam, kad palyginti naudos už investuotus pinigus modelio efektyvumą, toks pats sveikatos paslaugų kokybės vertinimas atliktas ne tik pagal Eurobarometro, bet ir pagal HCP tyrimo rezultatus. Išvestas balų vidurkis pagal pacientų teisių užtikrinimo

ir e sveikatos rodiklį ir rezultatų/pasekmių grupių rodiklį. Visų 10 lyginamų ES šalių sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas šio rodiklio bei finansinių išteklių rodiklio atžvilgiu išliko visai panašiam lygyje, kaip pavaizduota 3 pav. Todėl galima teigti, kad tose valstybėse, kur sveikatos apsaugai lėšų išleidžiama daugiausiai (Vokietija, Austrija, Danija, Švedija), paslaugų kokybė vertinam geriausiai, o tose šalyse, kur lėšų išleidžiama mažai (Estija, Lietuva, Latvija, Rumunija), paslaugų sveikatos paslaugų kokybė yra prastesnė. Slovėnijos ir Jungtinės Karalystės, kurios išleidžia sveikatos apsaugai 7,5–8,5% nuo BVP pavyzdys rodo, kad vidutinę paslaugų kokybę jau galima užtikrinti su Europos Sąjungos vidurkį siekiančiomis išlaidomis sveikatos apsaugai.

Apskritai ryšys tarp šalyje investuojamų lėšų į sveikatos priežiūrą bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo yra gana stiprus – šalyse, kuriose sveikatos priežiūrai išleidžiama sąlyginai didesnė BVP dalis, paslaugų kokybė vertinama geriau ir atvirkščiai. Lietuva atsilieka nuo daugumos palyginimui pasirinktų šalių tiek turimais finansiniais ištekliais sveikatos priežiūrai, tiek paslaugų kokybe.

Visgi nors Lietuvoje skiriamos lėšos sveikatos priežiūrai yra palyginti nedidelės, tačiau pacientų teisių užtikrinimas yra viename lygyje su gerokai didesnes lėšas sveikatos sektoriui skiriančiose Danijoje, Austrijoje, Švedijoje, bet vertinamas netgi geriau, nei Vokietijoje ir Slovėnijoje.

4 lentelė. Pacientų teisių ir žalos sveikatai bei E sveikatos vertinimas, remiantis „Sveikatos vartotojų indeksu 2012“ tyrimo rezultatais

Šalis	Pacientų teisių įstat.	Pacientų org. įtraukimas į sprendimų priėmimą	Draud. be kaltės	Teisė į antrą nuomonę	Asm. gyd. kortelės priėm.	Gydytojų licencijų registras	Inform. priėm. 24/7 interetu. ar tel.	Pacient. E. kortel.	Tarpyvalst. sveikatos priežiūros paslaugos	Tiekėjų „katalog“ su kokybės rangavimu	Pacientų registracijos priėm.	E receptai	Balai
Danija	Taip	Taip, pagal įstatymą	Taip	Taip	Taip, gali gauti iš Sveikatos gyd.	Taip, priėmamas intern. arba publikacijoje	Taip	>90 proc	Taip; įskaitant dienos chirurgiją stacionare	Taip	Taip, plačiai priėmama	Taip visiems arba didžiąjai daugumai	175
JK	Taip	Taip, pagal įstatymą	Iš dalies	Taip	Taip, su rašytiniu prašymu	Taip, priėmamas intern. arba publikacijoje	Taip	>90 proc.	Taip, su atskiru leidimu, bet paprastai be problemų arba su ribojimu amb. paslaugoms.	Taip	Taip, plačiai priėmama	Taip visiems arba didžiąjai daugumai	160
Austrija	Taip	Taip, pagal įstatymą	Taip	Taip	Taip, gali gauti iš Sveikatos gyd.	Taip, priėmamas intern. arba publikacijoje	Taip, bet ne visai priėmama	50-90 proc.	Taip, su atskiru leidimu, bet paprastai be problemų arba su ribojimu amb. pasl.	Dar ne visai, bet rodomos didelės pastangos	Ne, arba l. retai	Pilotiniai projektai su perėjimu į nacionalinę lygį	141
Švedija	Ne	Taip, pagal įstatymą	Taip	Taip	Taip, gali gauti iš Sveikatos gyd.	Taip, bet publikaciją sunku gauti	Taip	>90 proc.	Taip, su atskiru leidimu, bet paprastai be problemų arba su ribojimu amb. pasl.	Dar ne visai, bet rodomos didelės pastangos	Taip, atskirose įstaigose	Taip visiems arba didžiąjai daugumai	141
Estija	Taip	Taip, daugeliu atvejų konsultuojantis	Ne	Taip, bet sunku gauti	Taip, gali gauti iš Sveikatos gyd.	Taip, priėmamas intern. arba publikacijoje	Taip	>90 proc	Taip, su atskiru leidimu, bet paprastai be problemų arba su ribojimu amb. pasl.	Ne	Taip, plačiai priėmama	Taip visiems arba didžiąjai daugumai	141

4 lentelės tęsinys

Lietuva	Taip	Taip, pagal įstatymą	Iš dalies	Taip	Taip, gali gauti iš Šeimos gyd.	Taip, prieinamas intern. arba publikacijoje	Taip	<50 proc.	Taip, reikalingas leidimas arba I. ribotos galimybės pagalbai, kurios nėra šalyje	Ne	Ne, arba I. retai	Pavieniai atskiri pilotiniai projektai	131
Vokietija	Ne	Taip, pagal įstatymą	Ne	Taip	Taip, su rašytiniu prašymu	Taip, prieinamas intern. arba publikacijoje	Taip, bet ne visai prieinama	>90 proc.	Taip, su atskiru leidimu, bet paprastai be problemų arba su ribojimu amb. pasl.	Dar ne visai, bet rodomos didelės pastangos	Ne, arba I. retai	Pavieniai atskiri pilotiniai projektai	117
Slovėnija	Taip	Taip, daugeliu atvejų konsultuojantis	Iš dalies	Taip	Taip, su rašytiniu prašymu	Taip, bet publikaciją sunku gauti	Taip, bet ne visai prieinama	50-90 proc.	Taip, reikalingas leidimas arba I. ribotos galimybės pagalbai, kurios nėra šalyje	Ne	Taip, atskirose įstaigose	Pavieniai atskiri pilotiniai projektai	112
Latvija	Taip	Taip, pagal įstatymą	Iš dalies	Ne arba su dide- lėmis pro- ble- momis	Taip, gali gauti iš Šeimos gyd.	Taip, prieinamas intern. arba publikacijoje	Taip	<50 proc.	Taip, reikalingas leidimas arba I. ribotos galimybės pagalbai, kurios nėra šalyje	Ne	Ne, arba I. retai	Pavieniai atskiri pilotiniai projektai	107
Runu- nija	Taip	Taip, daugeliu atvejų konsultuojantis	Ne	Taip, bet sunku gauti	Taip, gali gauti iš Šeimos gyd.	Ne	Ne	<50 proc.	Taip, reikalingas leidimas arba I. ribotos galimybės pagalbai, kurios nėra šalyje	Ne	Ne, arba I. retai	Pavieniai atskiri pilotiniai projektai	88

5 lentelė. Rezultatyvumo/pasekmių vertinimas, remiantis „Sveikatos vartotojų indeksu 2012“ tyrimo rezultatais

Šalis	Mirtimi pasibaigęs miokardo infarktas	Kūdikių mirtingumas	Išgyvenamumas sergant vėžiu	Išvengti prarasti gyvenimo metai	Hospitalinės infekcijos	Cezarių pjūviai	Nediagnozuotas diabetas	Depresijos išvengimas	Balas
Švedija	<4% stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	<4/1000 gyvų gimusių	>55%	<3000	<5%	<200	<2,6%	>67%	300
Danija	<4% stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	<4/1000 gyvų gimusių	54,9-45%	3000-4500	<5%	201-250	2,6-3,1%	>67%	250
Slovėnija	4-6 % stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	<4/1000 gyvų gimusių	54,9-45%	3000-4500	iki 20%	<200	>3,1%	66-55%	213
JK	4-6 % stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	4-6/1000 gyvų gimusių	54,9-45%	3000-4500	>20%	201-250	<2,6%	66-55%	200
Vokietija	>6 % stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	<4/1000	>55%	3000-4500	>20%	>250	2,6-3,1%	>67%	200
Austrija	4-6 % stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	<4/1000	54,9-45%	3000-4500	iki 20%	>250	>3,1%	66-55%	188
Estija	>6 % stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	<4/1000	<45%	>4500	<5%	201-250	>3,1%	66-55%	175
Lietuva	>6 % stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	4-6/1000 gyvų gimusių	<45%	>4500	iki 20%	201-250	>3,1%	<55%	138
Latvija	>6 % stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	4-6/1000 gyvų gimusių	<45%	>4500	iki 20%	201-250	>3,1%	<55%	138
Rumunija	>6 % stand. pagal amžių mirting <30 d. hosp.	4-6/1000 gyvų gimusių	<45%	>4500	>20%	>250	>3,1%	<55%	100

Šaltinis 4 ir 5 lentelės: Euro health Consumer index 2012, Health Consumer Powerhouse. Preiga per internetą: <http://www.healthpowerhouse.com>.

Išvados

1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo naujų rodiklių paieška turi prasmę: naudos už investuotus pinigus modelis gali būti naudojamas paslaugų kokybei vertinti ir lyginti tarp šalių.

2. Pagal sukurtą vertinimo modelį (atliktų tarptautiniu mastu paslaugų vartotojų nuomonės tyrimų sisteminės analizės bei naudos už investuotus pinigus būdu) nustatyta, kad geriausia sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tarp dešimties vertintų šalių yra Vokietijoje, Austrijoje, Danijoje ir Švedijoje, o prasčiausia Estijoje, Lietuvoje, Latvijoje ir Rumunijoje.

3. Tose valstybėse, kur sveikatos apsaugai lėšų išleidžiama daugiausiai (Vokietija, Austrija, Danija, Švedija), paslaugų kokybė vertinama geriausiai, o tose šalyse, kur lėšų išleidžiama mažai (Estija, Lietuva, Latvija, Rumunija), paslaugų sveikatos paslaugų kokybė yra prastesnė.

4. Slovėnijos ir Jungtinės Karalystės, kurios išleidžia sveikatos apsaugai 7,5–8,5% nuo BVP pavyzdys rodo, kad vidutinę paslaugų kokybę jau galima užtikrinti su Europos Sąjungos vidurkį siekiančiomis išlaidomis sveikatos apsaugai.

Literatūra

1. Ataskaita Sveikatos apsaugos ministerijai: Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą Lietuvoje. Socialinės informacijos centras, 2011. Vasario 21. http://www.sam.lt/go.php/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslauga/1184
2. Björnberg, A., Garrofé, B.C., Lindblad, S. (2009). Euro Health Consumer Index 2009. Health Consumer Powerhouse.
3. Eisen, B. and Bjornberg, A. (2010). Euro-Canada Health Consumer Index 2010. Frontier Centre for Public Policy & Health Consumer Powerhouse.
4. European Commission (2009). Special Eurobarometer 327: Patient safety and quality of healthcare.
5. European Commission (2007). Special Eurobarometer 283: Health and long-term care in the European Union.
6. Jurst J., Jee-Hughes M. (2000). Performance measurement and performance management in OECD health systems. Labour Market and Social Policy Occasional Papers 47. Paris: OECD.
7. Murray C., Frenk J. (2000). A Framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization 2000, 78, 171-731.
8. Sixma, H.J., Kerssens, J.J., van Campen, C., Peters, L. (1998). Quality of Care from the Patients' Perspective: From Theoretical Concept to a New Measuring Instrument. Health Expectations, 1 (2), 82-95.
9. Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P.T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J., Davis K. (2005). Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs, 5, 509-525.

Quality of health care by opinion of patients in several european countries

Danguolė Jankauskienė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

The aim of the study is to evaluate and compare the quality of health care systems by the opinion of the patients in several European countries and Lithuania.

Methods. Systematic review and comparative analysis of the data from the European surveys, published since 2007 were used in order to compare the indicators of patient's satisfaction with the access and quality of health care system in 10 EU countries: Austria, Germany, Denmark, Sweden, Estonia, Latvia, Lithuania, Romania, UK and Slovenia. The systematic review inclusion criteria were: systematic review has to be performed in the latest available year, but not earlier than 2007, representative sample of the public opinion survey; the study had to be performed on an international scale (i.e. in all comparative countries), target groups of the study had to be the all users of health care services. Two groups of indicators were assessed: quality by the variables examined in the selected studies and by the model of quality evaluation according to value for money. Overall evaluation was made by the value for money adjusted evaluation using scatter diagram in the SPSS statistical package program.

Facts findings and conclusions. The overall assessment of quality in ten selected European countries considering value for money-adjusted evaluation showed that the leading countries in terms of health care quality are Austria, Denmark Sweden and Germany, whereas the worst quality is evaluated in Latvia, Romania, Lithuania and Estonia.

Keywords: *health indicators, health care quality, value for money, value for money adjusted evaluation.*

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto prodekanė, Politikos mokslų katedros profesorė, biomedicinos mokslų daktarė.

Danguolė Jankauskienė, Doctor of Biomedicine, is Vice-dean for Studies at the Faculty of Policy and Management, Professor at the Department of Political Sciences, Mykolas Romeris University.

GYDYTOJŲ SKAIČIAUS PLANAVIMAS: NUO MOKSLINIŲ TYRIMŲ IKI SVEIKATOS POLITIKOS

Liudvika Starkienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto

Profilaktinės medicinos katedra

Eivenių g. 4, LT-50161 Kaunas, Lietuva

Elektroninis paštas: liudvika.starkiene@lsmuni.lt

Santrauka

Pirmasis gydytojų skaičiaus planavimo tyrimas Lietuvoje buvo atliktas beveik prieš du dešimtmečius, tačiau iki šiol nebuvo įvertintas nei šių, nei vėlesnių prognozių tikslumas. Straipsnyje siekėme įvertinti Lietuvos gydytojų skaičiaus pokyčius 1994-2011 m. ir palyginti juos su atitinkamo laikotarpio gydytojų skaičiaus planavimo prognozėmis. Taip pat apžvelgėme pagrindinius veiksnius ir sveikatos politikos sprendimus, kurie tiriamuoju laikotarpiu galimai įtakojo gydytojų skaičių. Straipsnyje pateikiamos rekomendacijos, į ką reiktų atkreipti didžiausią dėmesį, planuojant ateities gydytojų skaičių.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai, gydytojai, pasiūla, planavimo prognozės, Lietuva.

Įvadas

Gydytojai, kaip ir kiti sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistai, yra neatsiejama sveikatos priežiūros sistemos dalis¹. Jau ne vienerius metus pagrindiniai sveikatos sistemai tenkantys iššūkiai yra išlaidų stabilizavimas (ar sumažinimas) ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, teismo ir efektyvumo užtikrinimas. Nuo to, ar šalyje yra pakankamas gydytojų skaičius ir ar užtikrinamas reikiamo jų skaičiaus rengimas, didžiąja dalimi priklauso sveikatos sistemos funkcionavimas tiek esamu momentu, tiek ateityje². Sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus planavimas yra svarbus instrumentas, nustatant efektyvias priemones, padedančias tiek esant šių specialistų trūkumui, tiek pertekliui³.

Per pastaruosius dvidešimt metų pasaulyje paskelbta nemažai tyrimų, kuriuose buvo prognozuojamas būsimas gydytojų skaičius. Dažniausiai taikoma iš pažiūros paprasta formulė, prie gydytojų skaičiaus atskaitinio laikotarpio pradžioje pridedant kasmet studijas baigiančių absolventų skaičių (pakoreguotą priklausomai nuo pasitraukimo studijų metu) ir atimant kasmet iš profesijos dėl įvairių priežasčių (pensijos,

- 1 Stordeur S., Christian L. Challenges in physician supply planning: the case of Belgium. *Human Resources for Health* 2010, 8:28.
- 2 Goldacre M. J., Davidson J. M., Lambert T. W. Retention in the British National Health Service of medical graduates trained in Britain: cohort studies. *BMJ* 2009;338:b1977.
- 3 Van Greuningen M., Batenburg R. S., Van der Velden L. F. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Human Resources for Health* 2012, 10:21.

mirties, emigracijos, profesijos pakeitimo ir t.t.) pasitraukiančių specialistų skaičių. Rengiant prognozes, pasirenkami įvairūs scenarijai, tačiau dažniausiai vienu atveju priimama *status quo* prielaida, t. y. kad esami gydytojų rengimo ir pasitraukimo iš profesijos rodikliai nesikeis. Planavimo prognozių patikimumas tiesiogiai priklauso nuo duomenų, kuriais remiantis prognozuojama, kokybės ir tikslumo ir dažniausiai kuo tolimesnė ateitis prognozuojama, tuo prognozės tampa mažiau tikslios⁴. Tačiau net ir tos prognozės, kurios parengtos išsamių atskaitos laikotarpio duomenų pagrindu, gali vėliau pasirodyti esančios klaidingos. Taip gali atsitikti dėl įvairių veiksnių, pvz. sumažėjus medicinos studijų pirmakursių skaičiui ar padidėjus studijų nebaigiančių studentų skaičiui, gali sumažėti absolventų skaičius, kurio nebepakanka užtikrinti natūralią gydytojų kaitą. Be to, net ir detalai išanalizavus esamų gydytojų amžiaus struktūrą ir ankstesnes natūralaus pasitraukimo (dėl pensijos ir mirties) tendencijas, galima priimti pernelyg optimistiškas ar pesimistiškas prielaidas dėl būsimo pasitraukimo. Dar sunkiau prognozuoti pasitraukimo dėl emigracijos ir profesijos pakeitimo rodiklius.

Tiriamuoju laikotarpiu Lietuvoje buvo paskelbti keli gydytojų skaičių ateityje prognozavę tyrimai. J. Petrauskienė su bendraautorais pirmąsias Lietuvos gydytojų skaičiaus prognozes iki 2009 m. paskelbė 1994 m.⁵ A. Gaižauskienė su bendraautorais 2003 m. paskelbė antrąjį tyrimą, kuriame prognozuotas gydytojų skaičius iki 2015 m.⁶ 2004 m. buvo paskelbtas trečiasis tyrimas, taip pat prognozavęs gydytojų skaičių iki 2015 m.⁷ (šios prognozės buvo atnaujintos 2007 m.⁸). 2011 m. buvo parengtos gydytojų pasitraukimo iš profesijos ir naujų gydytojų rengimo prognozės, tačiau šių prognozių tikslumą vertinti dar per anksti⁹.

Šiame straipsnyje siekėme įvertinti Lietuvos gydytojų skaičiaus pokyčius 1994–2011 m. ir palyginti juos su atitinkamo laikotarpio gydytojų skaičiaus planavimo prognozėmis. Taip pat apžvelgėme pagrindinius veiksnius ir tiriamuoju laikotarpiu priimtus sveikatos politikos sprendimus, kurie galėjo įtakoti gydytojų skaičiaus pokyčius.

1. Tyrimo medžiaga ir metodika

1.1. Gydytojų skaičiaus pokyčiai 1994–2011 m.

Vertinant gydytojų skaičiaus ir rodiklio, tenkančio 10 tūkst. gyventojų, pokyčius, buvo naudojami Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys. Buvo ver-

4 Kirch D. G., Henderson M. K., Dill M. J. Physician workforce projections in an era of health care reform. *Annu Rev Med.* 2012;63:435-45.

5 Petrauskienė J., Bierontas D., Guogienė E. Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje. *Medicina* 1994;30(11):608-13.

6 Gaižauskienė A., Grabauskas V. J., Kučinskienė Z. A., Lovkytė L. ir kt. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990 - 2015 metais, Vilnius, 2003.

7 Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.

8 Starkienė L., Padaiga Ž., Reamy J., Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus, 2007.

9 Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.

tinti tiek aktyvių, tiek praktikuojančių gydytojų skaičiaus pokyčiai. Aktyvūs gydytojai – specialistai, dirbantys pagal savo profesiją sveikatos priežiūros, sveikatos mokslo, mokymo ir valdymo srityse. Praktikuojantys gydytojai – specialistai, dirbantys klinikinį darbą su pacientais. Į praktikuojančių specialistų skaičių neįeina dirbantys administracinį, mokslo ir mokymo darbą, higienistai ir epidemiologai. Gydytojai rezidentai įtraukiami į praktikuojančių gydytojų skaičių. Į šį skaičių įtraukiami įstaigų vyriausieji gydytojai ir jų pavaduotojai, turintys klinikinę licenciją¹⁰.

Vertinant kasmetinius pokyčius, buvo naudotas vidutinis metinis pokytis, apskaičiuojamas taip:

$$\left[\frac{\text{rodiklis laikotarpio pabaigoje} / \text{rodiklis laikotarpio pradžioje}}{1 / \text{laikotarpio metų skaičius}} \right] - 1$$

Galutinė reikšmė buvo paverčiama procentais.

1.2. 1994–2011 m. atliktų planavimo tyrimų apžvalga ir jų rezultatų palyginimas su faktiniais gydytojų skaičiaus pokyčiais

Buvo vertinti visi Lietuvoje tiriamuoju laikotarpiu atlikti tyrimai, kuriuose buvo prognozuotas gydytojų skaičius. Tyrimai, kuriuose buvo prognozuoti atskirų profesinių kvalifikacijų gydytojų skaičiai arba prognozuoti gydytojų skaičiai atskirose apskrityse (pvz. Šiaulių apskrityje), šiame straipsnyje nebuvo vertinami.

Visi planavimo tyrimai rėmėsi Lietuvos Statistikos departamento rengiamomis gyventojų skaičiaus prognozėmis, kurios analizuojamu laikotarpiu ženkliai keitėsi – nuo prognozuojamo gyventojų skaičiaus augimo¹¹ iki šio skaičiaus mažėjimo¹². Siekiant eliminuoti nepasitvirtinusių Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozių įtaką planavimo rezultatams, tyrimuose planuoti gydytojų rodikliai 10 tūkst. gyventojų buvo perskaičiuoti pagal faktinius gyventojų skaičius 1994–2011 m.¹³

2. Tyrimo rezultatai ir aptarimas

2.1. Gydytojų skaičiaus pokyčiai 1994–2011 m.

Aktyvių gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, 1994–2011 m. išliko pastovus. 1994 m. 10 tūkst. gyventojų teko 41,1 gydytojai, o 2011 m. – 41,7 (vidutinis metinis pokytis 0,1 proc.). Absoliutus gydytojų skaičius per septyniolika metų sumažėjo 12,3 proc. (nuo 14962 iki 13327, vidutinis metinis pokytis – 0,7 proc.)

Praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, taip pat kito labai nežymiai. 1994 m. 10 tūkst. gyventojų teko 37,1 gydytojai, o 2011 m. – 38,8 (viduti-

10 Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m. (išankstiniai duomenys), Vilnius, 2012.

11 Statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2000–2020 m. Vilnius, 1998.

12 Statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2005–2030 m. Vilnius, 2004.

13 Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>.

nis metinis pokytis 0,3 proc.). Absoliutus gydytojų skaičius šiuo laikotarpiu sumažėjo 8,9 proc. (nuo 13505 iki 12407, vidutinis metinis pokytis – 0,5 proc.).

Tiriamuoju laikotarpiu stebėti akivaizdūs geografinio gydytojų pasiskirstymo netolygumai. 1998 m. miestuose 10 tūkst. gyventojų tekantis praktikuojančių gydytojų rodiklis buvo 51,5, o 2011 m. – 51,4. Rajonuose aprūpinimo gydytojais rodiklis 1998 m. buvo 2,7 karto mažesnis (19 / 10 tūkst. gyv.), o 2011 m. – 3,1 karto mažesnis nei miestuose (17,4 / 10 tūkst. gyv.). Didžiausias skirtumas tarp miestų ir rajonų rodiklių (3,7 karto) buvo užfiksuotas 2010 m. (63,7 miestuose ir 17,4 rajonuose). Pastebėtina, kad didelis atotrūkis stebimas ne tik tarp miestų ir rajonų rodiklių, bet ir tarp skirtingų rajonų (pvz. Alytaus rajono gyventojų aprūpinimo gydytojais rodiklis 2011 m. buvo 5,7, o Utenos rajono – 27,6 / 10 tūkst. gyv.).

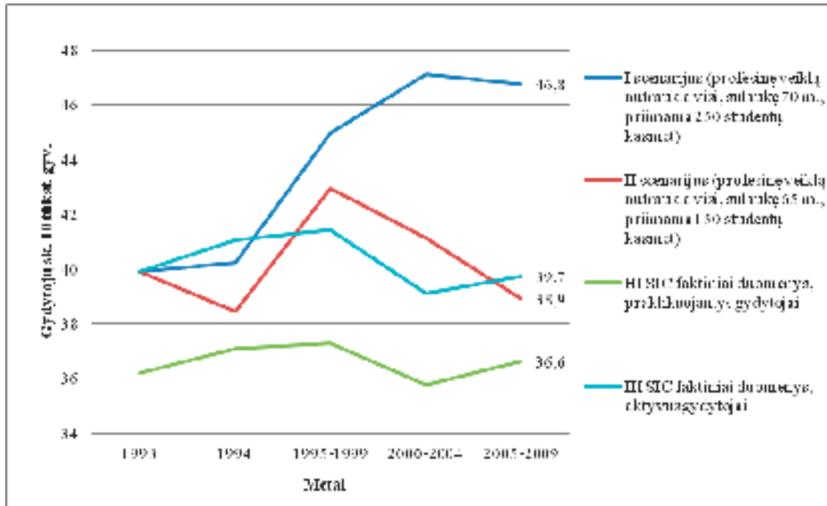
Apibendrinant galima teigti, kad 1994-2011 m. gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, išliko stabilus, tačiau geografinio pasiskirstymo netolygumai tik dar labiau pagilėjo.

2.2. 1994–2011 m. atliktų planavimo tyrimų apžvalga ir jų rezultatų palyginimas su faktiniais gydytojų skaičiaus pokyčiais

J. Petrauskienė su bendraautoriais parengė gydytojų skaičiaus prognozes iki 2009 m.¹⁴ Buvo parengti keli prognozių variantai, kurie skyrėsi pagal kasmet priimamų studentų skaičių (150, 200 arba 250 studentų) ir pagal gydytojų pasitraukimą iš profesijos dėl išėjimo į pensiją (vienu atveju buvo priimta prielaida, kad pasitraukia visi gydytojai, sulaukę 70 m. amžiaus, o kitu – sulaukę 65 m. amžiaus). Remdamiesi anksčiau atliktu tyrimu autoriai laikė, kad studijų nebaigs 15 proc. pirmakursių. Nesant duomenų, į gydytojų pasitraukimą dėl kitų priežasčių (emigracijos ir profesijos pakeitimo), nebuvo atsižvelgta. Buvo prognozuotas tiek bendras gydytojų skaičius, tiek rodiklis, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, apskaičiuotas pagal Statistikos departamento prognozuotus gyventojų skaičius 1995-2009 m.

Pirmame paveiksle pateikiamas „geriausio“ (I scenarijus, kai pasitraukia visi gydytojai, sulaukę 70 m. amžiaus ir priimama po 250 studentų kasmet) ir „blogiausio“ (II scenarijus, kai pasitraukia visi gydytojai, sulaukę 65 m. amžiaus ir priimama po 150 studentų kasmet) scenarijų palyginimas su faktiniais praktikuojančių ir aktyvių gydytojų rodiklių pokyčiais 1993–2009 m.

14 Petrauskienė J., Bierontas D., Guogienė E. Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje. *Medicina* 1994;30(11):608-13.



1 pav. Gydytojų skaičius, tekusio 10 tūkst. gyventojų 1993–2009 m., prognozių ir faktinių rodiklių palyginimas

Planavimo laikotarpio pabaigoje arčiausiai faktinių rodiklių buvo II scenarijaus duomenys. Tačiau autorių priimtos prielaidos dėl priimamų studentų skaičių nepasitvirtino – tiriamuoju laikotarpiu 1994–2003 m. (dėl šešerius metus trunkančių vientisųjų medicinos studijų 2003 m. buvo paskutiniai metai, kuriais priimtų studentų skaičius dar įtakoją gydytojų skaičiaus pokyčius 2009 m.) kasmet vidutiniškai buvo priimama po 300 studentų¹⁵. Nepaisant to, ir gausnis nei I scenarijaus atveju pirmakursių skaičius nebuvo pakankamas, kad pastarasis scenarijus pasitvirtintų. Remdamiesi anksčiau atliktu tyrimu autoriai laikė, kad studijų nebaigs 15 proc. pirmakursių. Vėlesni tyrimai parodė, kad studentų pasitraukimas buvo šiek tiek didesnis nei prognozuota. 2004 m. atlikto tyrimo duomenimis, 17,3 proc. 1989 m. priimtų pirmakursių nebaigė medicinos studijų¹⁶. 2011 m. atliktas tyrimas parodė, kad studijų nebaigė 20,1 proc. pirmakursių, priimtų 1996 m., 1999 m. ir 2002 m.¹⁷. Tiriamuoju laikotarpiu studijas baigė 5021 absolventas, o autoriai planavo, kad šis skaičius svyruos nuo 3523 iki 4373.

Autoriai prognozavo, kad iš profesijos pasitrauks nuo 3351 iki 5111 gydytojų. Tuo tarpu faktinis gydytojų pasitraukimas iš profesijos tiriamuoju laikotarpiu buvo didesnis nei planuotas – pasitraukė 6775 aktyvūs gydytojai (1644–3404 daugiau gydytojų nei planavo autoriai). Tokius skirtumus nulėmė didelis dėl kitų priežasčių nei išėjimas į

15 Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.

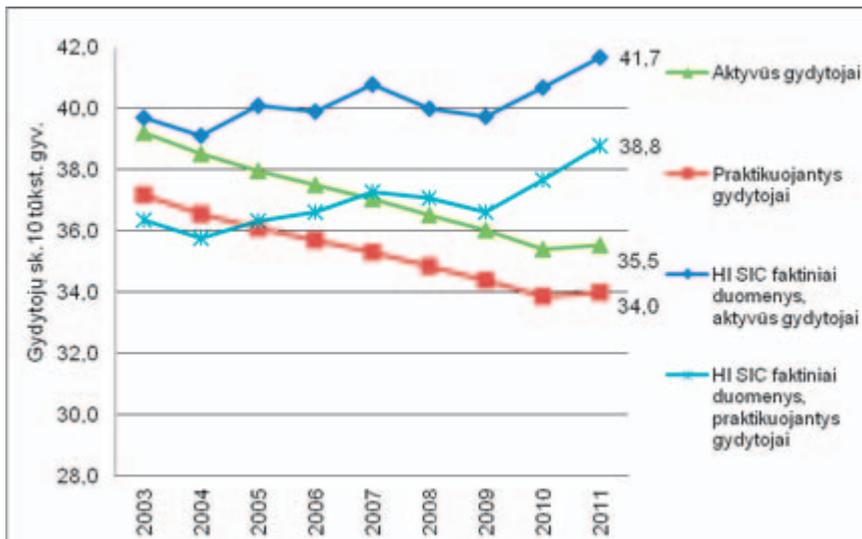
16 Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.

17 Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž., Macijauskienė J., Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. 2011, t. 1(3).

pensiją iš profesijos pasitraukiančių gydytojų skaičius, o kaip minėta anksčiau, autoriai vertino tik išėjimo į pensiją įtakotą pasitraukimą.

A. Gaižauskienė su bendraautoriais 2003 m. paskelbė antrąjį tyrimą, kuriame prognozuotas gydytojų skaičius iki 2015 m.¹⁸. Buvo atskirai planuoti aktyvių (įskaitant administracinį darbą dirbančius gydytojus) ir praktikuojančių (neįskaitant administracinį darbą dirbančių gydytojų gydytojų) skaičiai pagal du scenarijus, kurie skyrėsi tik priimamų studentų skaičiumi (250 arba 400). Kadangi buvo laikyta, kad studijos trunka vidutiniškai 9 metus (6 metai vientisųjų studijų ir 3 metai rezidentūros studijų), t. y. tik tada absolventai patenka į profesiją, iki 2011 m. scenarijai nesiskyrė.

Antrame paveiksle pateikiamas planavimo prognozių palyginimas su faktiniais rodikliais.



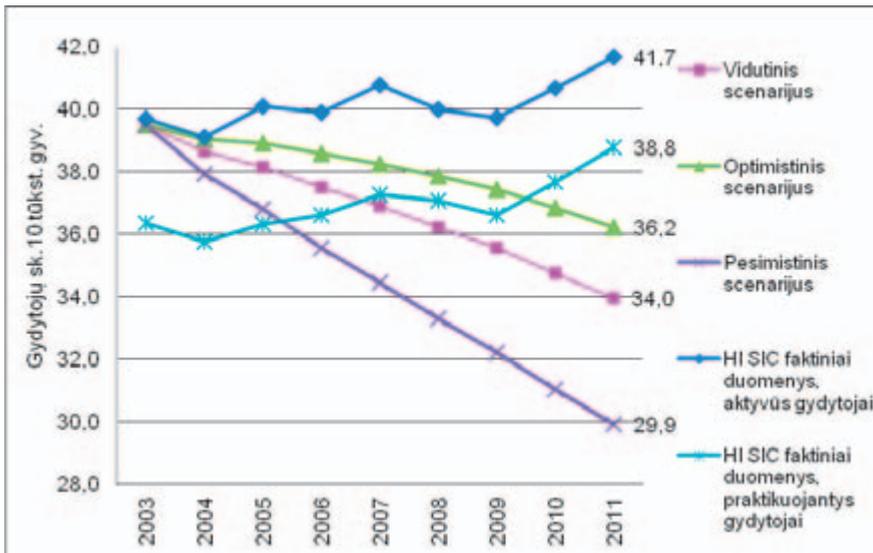
2 pav. Gydytojų skaičiaus, tekusio 10 tūkst. gyventojų 2003–2011 m., prognozių (pagal du scenarijus) ir faktinių rodiklių palyginimas

Šiame tyrime buvo prognozuojamas didelis gydytojų pasitraukimas iš profesijos, laikant, kad tiriamuoju laikotarpiu kasmet į pensiją išeis 1,92 proc. gydytojų (visi sulaukę 66 m.), dėl mirties ar ligos pasitrauks 1,08 proc., o dėl kitų priežasčių – 1 proc. Taip pat buvo laikyta, kad studijų nebaigs 17,3 proc. pirmakursių. Pernelyg ankstyvas pasitraukimo į pensiją amžius ir jo įtakotas didelis pasitraukimas iš profesijos ir nulėmė, kad prognozės nepasitvirtino.

18 Gaižauskienė A., Grabauskas V. J, Kučinskienė Z. A, Lovkytė L. ir kt. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990 - 2015 metais, Vilnius, 2003.

2004 m. buvo parengti keli prognozių variantai¹⁹ (šios prognozės buvo atnaujintos 2007 m.²⁰), kurie skyrėsi priimanų studentų skaičiumi (360, 400 ir 440), pasitraukimo rezidentūros studijų metu rodikliais (1 proc., 1,5 proc. ir 2 proc.), pasitraukimo į pensiją amžiumi (visi sulaukę 66 m. amžiaus arba visi sulaukę 71 m. amžiaus) ir emigracijos rodikliais (1 proc., 2 proc. ir 3 proc.). Visose prognozėse buvo laikoma, kad dėl mirties iš profesijos kasmet pasitraukia 0,7 proc., o studijų nebaigia 17,3 proc. pirmakursių.

Visuose prognozių variantuose buvo planuotas gydytojų skaičiaus mažėjimas, tačiau nei vienas iš scenarijų nepasitvirtino (3 pav.).



3 pav. Gydytojų skaičiaus, tenkančio 10 tūkst. gyv., prognozių (pagal tris scenarijus) ir faktinių rodiklių 2003–2011 m. palyginimas

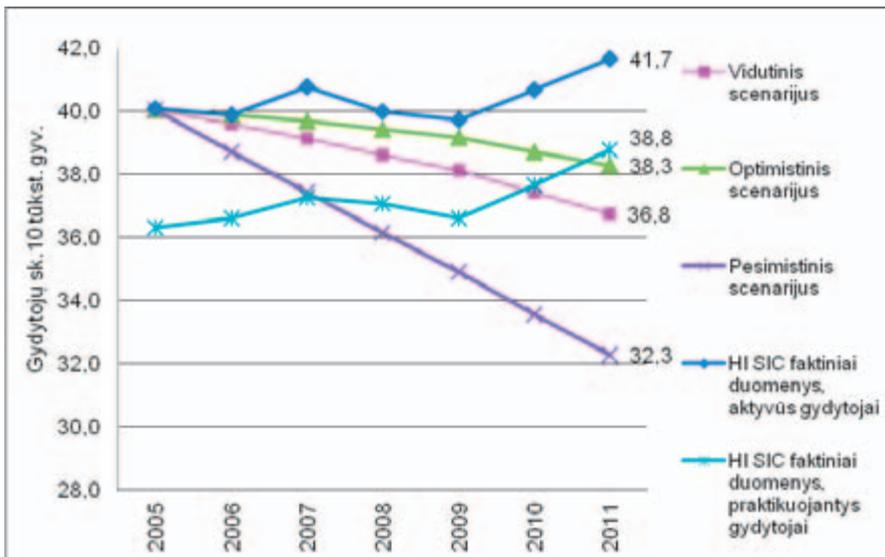
Taip atsitiko dėl to, kad tyrime buvo prognozuotas labai didelis pasitraukimas iš profesijos, ypač dėl gydytojų išvykimo į kitas šalis. Šis rodiklis buvo apskaičiuotas Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) išduodamas pažymas apie gerąją profesinę praktiką gavusių gydytojų skaičiaus (nuo 2004 m. gegužės mėn. iki rugpjūčio mėn.) pagrindu, laikant, kad toks pat rodiklis išliks ir ateityje. Tuo tarpu vėliau atliktas tyrimas parodė, kad 2004–2010 m. išvyko tik pusė pažymas gavusių gydytojų. Be to, pažymų išdavimo pradžioje SAM pateikdavo duomenis apie pažymų, o ne apie jas gavusių asmenų, skaičių (kadangi pažymos galiojo tik tris mėnesius, kai kurie gydytojai trumpu tiriamuoju laikotarpiu jau buvo gavę po antrą pažymą ir buvo dar kartą įskaičiuoti į pažymas gavusiųjų skaičių).

19 Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.

20 Starkienė L., Padaiga Ž., Reamy J., Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmogiškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus, 2007.

2011 m. atliktas tyrimas parodė, kad prielaida dėl to, kad iš profesijos pasitraukia visi 71 metų sulaukę gydytojai (o juo labiau 66 m. sulaukę gydytojai) yra neteisinga – 70-79 m. amžiaus grupėje, priklausomai nuo profesinės kvalifikacijos, tebedirbo nuo 21 iki 67 proc. gydytojų. Faktinis pasitraukimas iš profesijos dėl visų priežasčių buvo apie 1,7 proc. kasmet, tuo tarpu buvo prognozuotas tarp 3,4 ir 6,2 proc. svyruojantis rodiklis.

2007 m. šios prognozės buvo atnaujintos²¹, taikant mažesnę Lietuvos gyventojų svertinį mirtingumo rodiklį (0,59 proc., adaptuotas pagal gydytojų amžių ir lytį) bei mažesnę kasmet išvykstančių gydytojų rodiklį (0,8 proc., 1,5 proc. ir 3 proc.). Arčiausiai faktinių rodiklių buvo pagal optimistinį scenarijų prognozuotas gydytojų rodiklis (4 pav.).



4 pav. Gydytojų skaičius, tenkančio 10 tūkst. gyv., prognozių (pagal tris scenarijus) ir faktinių rodiklių 2005–2011 m. palyginimas

Visuose planavimo tyrimuose buvo planuotas fizinių asmenų, o ne etatų skaičius ir netiesiogiai buvo priimta prielaida, kad fizinių asmenų ir etatų santykis nesikeis. 2001 m. vienas gydytojas vidutiniškai dirbo nuo 0,7 iki 1,6 etato krūviu (priklausomai nuo profesinės kvalifikacijos). Tuo tarpu 2009 m. etatų/ fizinių asmenų santykis išaugo, kai kuriais atvejais net iki 1,4 karto. Tai rodo, kad mažėjant fizinių asmenų skaičiui, etatų skaičius mažėjo lėčiau ir gydytojams teko didesnis darbo krūvis²².

21 Starkienė L., Padaiga Ž., Reamy J., Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmoniškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus, 2007.

22 Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos personalo skaičius, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.

2.3. Stabilų gydytojų skaičių įtakoję veiksniai ir sveikatos politikos sprendimai

Vertinant veiksnius, kurie galimai įtakojo mažai pakitusį gydytojų skaičių, tenkanti 10 tūkst. gyventojų, pirmiausiai reikėtų paminėti tiriamuoju laikotarpiu sparčiai mažėjusį gyventojų skaičių – 1994–2011 m. gyventojų skaičius sumažėjo net 427 tūkstančiais. Todėl net ir mažėjant absoliučiam gydytojų skaičiui, rodiklis, tenkantis 10 tūkst. gyventojų išliko pastovus.

Teigiamą poveikį turėjo ir 2002 m. priimtas sprendimas padidinti į medicinos studijas priimamų pirmakursių skaičių (iki 400 studentų kasmet, remiantis planavimo prognozėmis²³). Šio sprendimo rezultatai jau juntami kelerius metus – pirmieji absolventai studijas baigė 2008 m. ir šiuo metu tęsia studijas rezidentūroje arba yra jas jau baigę (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras gydytojus rezidentus įtraukia tiek į aktyvių, tiek į praktikuojančių gydytojų skaičių).

2003 m. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtinta Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programa²⁴, kurią įgyvendinant 2004-2007 m. buvo skiriamas finansavimas moksliniams šios srities tyrimams.

2005 m. buvo pasirašytas trišalis susitarimas „Dėl medikų darbo užmokesčio didinimo“, kuris taip pat turėjo teigiamą poveikį mažesniai gydytojų pasitraukimui iš profesijos. Įgyvendinant šį susitarimą, vidutinis mėnesinis gydytojų darbo užmokestis (neatskaičius mokesčių) išaugo nuo 1604 Lt. (2005 m.) iki 4069 Lt. (2011 m.). 2008 m. buvo užfiksuotas didžiausias darbo užmokesčio dydis – 4231 Lt.²⁵

Dar vienas svarbus veiksnys – didelis medicinos praktika besiverčiančių gydytojų, kuriems jau paskirta senatvės pensija, išlikimo profesijoje rodiklis. Tai bent dalinai būtų galima paaiškinti ženkliais skirtumais tarp vidutinio gydytojų darbo užmokesčio ir valstybinio socialinio draudimo senatvės pensijos dydžių. Nors pensijos dydis tiriamuoju laikotarpiu išaugo (nuo 147 Lt. 1995 m. iki 748,4 Lt. 2011 m.), tačiau buvo pusšesto karto mažesnis nei vidutinis mėnesinis gydytojų darbo užmokestis²⁶.

Nuo 2008 m. gydytojai rezidentai įgavo dvigubą statusą, t. y. ne tik studentų, gunančių stipendijas, bet ir gydymo įstaigose įdarbinamų visateisių gydytojų, kuriems mokamas bazinis atlyginimas²⁷. Priėmus šį sprendimą, gydytojai rezidentai gavo ne tik visas socialines garantijas, bet ir pradėjo gauti daugiau nei du kartus didesnes pajamas

23 Gaižauskienė A., Grabauskas V. J., Kučinskienė Z. A., Lovkytė L. ir kt. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990 - 2015 metais, Vilnius, 2003.

24 Sveikatos apsaugos ministerija. Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programos tvirtinimo. Valstybės žinios: 2004-11-17 Nr.167-6146.

25 Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>.

26 Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>.

27 Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2008-02-14, Nr. 19-682.

(1248 Lt. stipendiją ir 1400–1792 Lt. dydžio atlyginimą, svyruojantį priklausomai nuo patirties).

Gydytojų emigracija tiriamuoju laikotarpiu neįgavo prognozuoto masto, skaičiuojama, kad 2004–2010 m. išvyko kas antras Sveikatos apsaugos ministerijos išduodamą pažymą apie gerą profesinę praktiką gavęs gydytojas. Vertinant dalį nuo bendro atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojų skaičiaus, nustatyta, kad šiuo laikotarpiu išvyko nuo 1,8 proc. iki 8,5 proc. gydytojų²⁸. Tačiau būtina atkreipti dėmesį į tai, kad, jaunesnio amžiaus gydytojų rizika išvykti yra didesnė. Analizuojant, ar pasilikimas Lietuvoje priklauso nuo amžiaus, nustatyta stipri tiesinė priklausomybė ($r^2=0,99$). O šansų santykis išvykti į kitas šalis, lyginant jaunesnius nei 40 m. amžiaus gydytojus su sulaukusiais 40 m. amžiaus ir vyresniais, buvo 1,52 (95 proc. PI 1,03 – 2,26)²⁹.

2009 m., pakeitus Medicinos praktikos licencijavimo taisykles, atsirado galimybė po pertraukos į medicinos praktiką sugrįžantiems gydytojams atnaujinti žinias ir įgūdžius už valstybės lėšas. Taisyklės numato, kad vieną kartą po gydytojo diplomo įgijimo valstybės biudžeto lėšomis iš Sveikatos apsaugos ministerijai skirtų asignavimų sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijai kelti gali būti apmokama ne daugiau kaip 90 proc. stažuotės kainos. Likusius 10 proc. stažuotės kainos, apmoka ta gydymo įstaiga, kurioje baigęs stažuotę dirbs licenciją gavęs gydytojas³⁰. Tai neabejotinai teigiamas sprendimas, tačiau jis galioja per trumpai, kad būtų galima įvertinti jo poveikį į profesiją sugrįžusių gydytojų skaičiui. Kitose šalyse panašių gydytojų sugrąžinimo į profesiją programų nėra daug ir jos taip pat yra pakankamai naujos³¹.

Europos Sąjungos struktūrinių fondų skiriama parama sveikatos priežiūros sistemai taip pat turėjo teigiamos įtakos – pagerėjo ne tik gydytojų darbo sąlygos, tačiau ir buvo užtikrintos geresnės profesinio tobulėjimo galimybės.

3. Ateities gydytojų skaičiaus planavimo rekomendacijos

Siekiant tiksliau planuoti ateities gydytojų skaičių ir priimti sveikatos politikos sprendimus, pirmiausiai būtina sukurti gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų pasiūlos ir poreikio vertinimui būtinų duomenų nuolatinio surinkimo mechanizmą, kurio pagalba kasmet būtų galima stebėti ne tik iš profesijos pasitraukiančių ir į ją patenkančių gydytojų skaičius, tačiau ir kitas charakteristikas: geografinio pasiskirstymą, etatinį darbo krūvį, suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičių ir pan.

Šiuo metu svarbiausia problema - specialistų senėjimas. Senėjant bendrai Lietuvos populiacijai, stebimas ir spartus gydytojų senėjimas. 2000 m. vyresni nei 60 m. amžiaus

28 Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž., Macijauskienė J., Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. 2011, t. 1(3).

29 Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.

30 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymo Nr. V-396 „Dėl Medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2009-05-21, Nr. 59-2313.

31 Varjavand N., Novack D. H., Schindler B. A. Returning physicians to the workforce: History, progress, and challenges. J Contin Educ Health Prof. 2012 Mar;32(2):142-7.

gydytojai sudarė 16 proc., o 2010 m. jų dalis perkopė 20 proc. ribą. Dar 27,6 proc. gydytojų 2010 m. buvo 51-60 m. amžiaus grupėje. Kai kuriose profesinėse kvalifikacijose vyresnių nei 60 m. amžiaus gydytojų dalis 2010 m. buvo artima ar net viršijo 40 proc. Prognozuojama, jog dėl demografinių priežasčių iki 2025 m. iš profesijos pasitrauks 40–60 proc., kuriuos reikės pakeisti (bent dalinai) naujais specialistais³².

Naujų specialistų atėjimas į profesiją tiesiogiai priklauso nuo to, kiek pirmakursių buvo priimta studijuoti medicinos studijų programoje, kuri dalis iš jų šias studijas baigė ir pasirinko gydytojo profesinį kelią. Stebimas studentų pasitraukimas (20 proc.) iš medicinos vientisųjų studijų yra labai didelis, be to, net ir gavę gydytojo diplomą, dalis absolventų (8 proc.) nesirinko toliau studijuoti medicinos rezidentūros programoje³³. Tai byloja apie dalies pirmakursių motyvacijos stoką ne tik baigti studijas, bet ir baigusiujų - pasirinkti gydytojo karjerą. Todėl būtina tobulinti pirmakursių priėmimo (atrankos) mechanizmą ir skirti didesnę dėmesį potencialių pirmakursių motyvacijos vertinimui, taikant tik moksliniais tyrimais pagrįstas metodikas ir perimant gerosios praktikos pavyzdžius iš kitų šalių (pvz. Nyderlandų Karalystės³⁴ ar Danijos³⁵). Tai itin aktualu žinant, kad ateityje mažės ir potencialių pirmakursių, t. y. vidurinių išsilavinimą įgijusių jaunuolių, skaičius. 2011 m. vidurinių išsilavinimą bendrojo ugdymo mokyklose įgijo 37 tūkst. abiturientų, tuo tarpu prognozuojama, kad 2020 metais abiturientų bus 9 tūkst. mažiau, o skaičius vėl ims augti apie 2024-uosius, kai mokyklas turėtų baigti 32 tūkst. moksleivių³⁶.

Išvados

1994-2011 m. gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, išliko stabilus. Nei viena iš gydytojų skaičiaus planavimo prognozių nepasitvirtino todėl, kad tyrimų autoriams nebuvo prieinami visi planavimui būtini duomenys ir kai kuriais atvejais teko priimti pernelyg optimistiškas ar pesimistiškas prielaidas dėl planavimui būtinų rodiklių dydžių.

Nepaisant to, kad Lietuvoje skirtingai nuo daugumos Europos Sąjungos šalių jau daugiau nei dešimtmetį vykdomi nuoseklūs sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiūlos ir poreikio planavimo tyrimai, tačiau ryžtingų sveikatos politikos sprendimų šioje srityje buvo nedaug. Todėl artimiausiu metu būtina inicijuoti suinteresuotų vyriausybinių ir nevyriausybinių institucijų atstovų diskusijas ir priimti sprendimus dėl sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių, tame tarpe ir gydytojų, pasiūlos ir poreikio vertinimui būtinų duomenų nuolatinio surinkimo mechanizmo sukūrimo ir apsispręs-

32 Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž., Macijauskienė J., Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. 2011, t. 1(3).

33 *Ibid.*

34 Urlings-Strop L. C., Stijnen T., Themmen A. P, Splinter T. A. Selection of medical students: a controlled experiment. *Med Educ.* 2009 Feb;43(2):175-83.

35 O'Neill L., Hartvigsen J., Wallstedt B., Korsholm L, Eika B. Medical school dropout- testing at admission versus selection by highest grades as predictors. *Med Educ.* 2011

36 Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/stat-bank/default.asp?w=1366>

ti dėl pirmakursių atrankos mechanizmo ir priėmimo tvarkos tobulinimo. Taip pat būtina atkreipti dėmesį į atotrūkį tarp miestų ir rajonų gyventojų aprūpinimo gydytojais ir priimti sveikatos politikos sprendimus, skatinančius jaunos gydytojus verstis medicinos praktika rajonų sveikatos priežiūros įstaigose.

Literatūra

1. Gaižauskienė A., Grabauskas V. J., Kučinskienė Z. A., Lovkytė L. ir kt. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990 - 2015 metais, Vilnius, 2003.
2. Goldacre M. J., Davidson J. M., Lambert T. W. Retention in the British National Health 488 Service of medical graduates trained in Britain: cohort studies. *BMJ* 2009;338:b1977.
3. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2011 m. (išankstiniai duomenys), Vilnius, 2012.
4. Kirch D.G., Henderson M. K., Dill M. J. Physician workforce projections in an era of health care reform. *Annu Rev Med.* 2012; 63:435-45.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymo Nr. V-396 „Dėl Medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2009-05-21, Nr. 59-2313.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymo Nr. V-802 „Dėl strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003-2020 m. programos tvirtinimo“ priėmimo. Valstybės žinios: 2004-11-17 Nr. 167-6146.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“ pakeitimo. Valstybės žinios, 2008-02-14, Nr. 19-682.
8. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė. Galutinė ataskaita LR SAM. Vilnius, 2011.
9. Lovkytė L. Lietuvos gydytojų pasiūlos ir poreikio prognozės iki 2015 metų: daktaro disertacijos santrauka. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.
10. O'Neill L., Hartvigsen J., Wallstedt B., Korsholm L., Eika B. Medical school dropout-testing at admission versus selection by highest grades as predictors. *Med Educ.* 2011. Nov; 45(11):1111-20.
11. Petrauskienė J., Bierontas D., Guogienė E. Gydytojų skaičiaus prognozės Lietuvoje. *Medicina* 1994; 30(11): 608-13
12. Starkienė L., Padaiga Ž., Reamy J., Dičkutė J. Sveikatos priežiūros ir farmacijos žmoniškųjų išteklių planavimo patirtis Lietuvoje. Vilnius: Versus aureus, 2007.
13. Starkienė L., Strička M., Padaiga Ž., Macijauskienė J., Riklikienė O. Sveikatos priežiūros žmoniškųjų išteklių planavimo duomenų rinkimo aktualijos ir praktiniai pavyzdžiai. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai / Mykolo Romerio universitetas. 2011, t. 1(3).
14. Statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2000-2020 m. Vilnius, 1998.
15. Statistikos departamentas. Lietuvos gyventojų skaičiaus prognozės 2005-2030 m. Vilnius, 2004.
16. Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1366>
17. Stordeur S., Christian L. Challenges in physician supply planning: the case of Belgium. *Human Resources for Health* 2010, 8:28.

18. Urlings-Strop L. C., Stijnen T., Themmen A. P., Splinter T. A. Selection of medical students: a controlled experiment. *Med Educ.* 2009 Feb;43(2):175-83.
19. Van Greuningen M., Batenburg R. S., Van der Velden LF. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Human Resources for Health* 2012, 10:21.
20. Varjavand N., Novack D. H., Schindler B. A. Returning physicians to the workforce: History, progress, and challenges. *J Contin Educ Health Prof.* 2012 Mar;32(2):142-7.

Planning the number of physicians: from research to health policy decisions

Liudvika Starkienė

Lithuanian University of Health Sciences

Summary

The first planning projections of physician number in Lithuania were drawn almost two decades ago; however, the accuracy of those and later planning efforts (conducted in 2003, 2004 and 2007) was never evaluated. This study aimed to overview the actual changes in the physician's number in Lithuania in 1994-2011 and to compare them with previously drawn planning projections. Also, the study reviewed health policy decisions and other important factors, which possibly influenced actual changes in physician number.

Lithuania has retained stable physician per population ratio between 1994 and 2011. This was influenced by a combination of various factors as well as health policy decisions. First of all, the influence of declining overall population number should be noted; the number of population decreased by almost half a million (427 thousand) in 1994-2011. Because of that, while the overall number of physicians decreased by 12.3%, the physician to population ratio remained stable (41.7 per 10,000 population).

None of the planning projections proved to be very accurate; however they served as an important tool for policy makers in taking decisions regarding physician human resources.

Financial support of the EU Structural funds, which enabled renovation of most hospitals and supply of new medical equipment, contributed to significant changes in working conditions of physicians. The support was also given to physicians' continuous professional development. Health policy decision to increase the salaries (they increased by 2.5 times between 2005 and 2011) also played an important role in retaining physicians. Increased enrolment to physician training programmes since 2002 as well as change in the legal status of medical residents contributed to ensuring at least partial substitution for the number of those physicians who leave the profession annually. Establishment of re-entry programme into profession in 2009 was a positive development, especially with coverage of 90% of traineeship costs. Unfavourable retirement conditions, while not a specific physicians' retention policy, contributed to retaining practicing physicians after their retirement age.

Immediate challenges that need to be addressed by policy makers are rapid physician ageing (especially in some specialties), which will inevitably cause shortages of physicians in the next decade, and numerous student drop out from studies. Increasing training enrolments is relevant only as part of a broader policy portfolio for medium- or long-term solutions. The effect of reducing drop out occurs immediately and also avoids the substantial costs of extra capacity in study programs as well, representing a more efficient use of resources. Therefore author recommends modifying

the selection procedure for medical students, including assessment of applicants' noncognitive and cognitive abilities. As in other countries, establishment of comprehensive monitoring system and harmonization of physician human resources planning with ongoing health care reform objectives remains one of the biggest future challenges for Lithuania.

Keywords: *Human resources for health, physicians, supply, planning projections, Lithuania.*

Dr. Liudvika Starkienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Profilaktinės medicinos katedros docentė. Mokslinių interesų sritys: sveikatos priežiūros žmoniškųjų išteklių pasiūlos ir poreikio analizė ir prognozės, specialistų migracija, pasitraukimas iš profesijos.

Dr. Liudvika Starkienė, associated professor at the Department of Preventive Medicine, Faculty of Public Health, Lithuanian University of Health Sciences. Her research interests are focused on analysis of supply and requirement of human resources for health and their future projections, migration issues and drop out from profession.

ATVEJO VADYBININKO MODELIO ANALIZĖ SVEIKATOS SISTEMOS KONTEKSTE

Kęstutis Štaras

Vilniaus VŠĮ Centro poliklinika
Pylimo g. 3, LT-01117, Vilnius, Lietuva
Telefonas (8 5) 251 4016

Elektroninis paštas: k.staras@mruni.eu, star.k@pylimas.lt

Tomas Vedlūga

VŠĮ Centro poliklinika
Pylimo g. 3, LT-01117, Vilnius, Lietuva
Telefonas (8 5) 251 4087

Elektroninis paštas: tomas.vedluga@pylimas.lt

Santrauka

Šiame straipsnyje analizuojamos dabartinės pirminės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PASP) organizavimo problemos ir apžvelgiami Lietuvos Respublikos Seimo patvirtinti Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2011–2020 m. metmenys, kuriuose, sprendžiant PASP problemas, siūloma taikyti atvejo vadybą. Užsienio šalių praktikoje tai dar nėra plačiai paplitę, o Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tai naujas dalykas. Siekiant išbandyti ir patikrinti atvejo vadybos naudingumą, bandomasis atvejo vadybos principais paremtas projektas pradėtas įgyvendinti Vilniaus VŠĮ Centro poliklinikoje. Tikėtina, kad atliekama atvejo vadybininko vaidmens analizė leis atskleisti, ar šis modelis naudingas.

Straipsnio tikslas – apžvelgti egzistuojančius atvejo vadybos modelius ir pristatyti VŠĮ Centro poliklinikos atvejo vadybos patirties studiją, įvertinant, kiek šis modelis yra tinkamas ir efektyvus, siekiant gerinti sveikatos sistemos veiklos rezultatyvumą, jo naudą pacientams, gydytojo ir slaugytojo komandai bei įtaką asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei.

Reikšminiai žodžiai: atvejo vadybininkas, sveikatos sistema, veiklos efektyvumas.

Įvadas

Lietuvoje šeimos gydytojo institucija pradėta steigti 1995 m., įgyvendinant Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją.¹ Nuo 2004 m. bendrosios praktikos gydytojais tapo šeimos gydytojais, o šeimos medicina apibrėžta kaip šeimos gydytojo praktika. Lietuvoje šeimos gydytojo specialybė buvo įvesta atsižvelgiant į kitų šalių patirtį – kaip patarėjo, koordinatoriaus, padedančio orientuotis sveikatos sistemoje, konsultuojančio elementariais sveikatos klausimais, stebinčio lėtinių ligų eigą, padedančio surasti reikalingą specialistą ir besirūpinančio prie gydymo įstaigos prisirašiusių gyventojų sveikata. Jo veikla apima ne tik gydymą, bet ir sveikatos išsaugojimą bei gerinimą, ligų profilaktiką. Todėl šeimos gydytojo vadybininko vaidmuo ypač reikšmingas ne tik teikiant

1 Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios tarybos 1991m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“.

pirminę asmens sveikatos priežiūrą, bet ir visai sveikatos sistemai. Šeimos gydytojas teikia paslaugas dirbdamas kartu su PASP komanda. Įprastai šeimos gydytojui tenka vienas bendros praktikos slaugytojas (toliau – slaugytojas). Slaugytojo kompetencija apima sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą².

1. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimo problemos

Šiuo metu šeimos gydytojo veiklos sritis, teises, pareigas ir atsakomybę nustato 2006 m. įsigaliojusi ir visiems šeimos gydytojams privaloma šeimos gydytojo norma³. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad yra didelės darbo apimtys: konsultacijos telefonu, valstybinių prevencinių sveikatos programų vykdymas, sveikos gyvensenos propagavimas. Prisdėjo atsakomybė už šeimos gydytojo kompetencijai naujai priskirtų ligų gydymą. Be šių funkcijų, taip pat prisdėjo ir visai su medicina nesusijusių funkcijų: pažymų, reikalingų įforminti slaugą arba nustatyti specialiuosius poreikius, išdavimas, ilgalaikių nedarbingumo pažymėjimų tęsimas, laikino nedarbingumo nustatymas bei kitų socialinių klausimų sprendimas⁴.

Jau 2006 m. Nacionaliniame sveikatos tarybos metiniame pranešime⁵ buvo pabrėžtas koordinacijos tarp odontologijos, psichikos sveikatos ir šeimos gydytojų teikiamų paslaugų trūkumas bei bendras psichologinės tarnybos ir socialinių darbuotojų paslaugų visiems, ne tik psichikos ligomis sergantiems pacientams, trūkumas. Pažymima, kad slauga namuose teikiama epizodiškai tik pagal poreikį, dažnai nesilaikoma orientacijos į šeimą principo, neišvystyta ambulatorinė slaugos namuose paslaugos, socialinės asmens integracijos sistema. Buvo atkreiptas dėmesys į nepalankią pacientui sveikatos priežiūros sistemą: ilgos planinės gydytojo konsultacijos laukimo eilės, eilės prie gydytojo kabineto durų, pavargęs, nedėmesingas slaugytojas ir gydytojas, nepakankamas konsultacijos laikas, neaiškus siuntimų konsultuoti ar atlikti tyrimų tikslas, ilgos planinės specialisto konsultacijos ir sveikatos problemų vadybos stoka⁶.

Pastebima, kad gydytojas nemažai laiko skiria dokumentams pildyti, dėl to per mažai lieka laiko ligonio apžiūrai, pokalbiui. Pacientas priverstas pas gydytoją eiti kelis kartus. Taip pat dažniausiai ligoniai ateina tik tam, kad medikas pratęstų išrašytų vaistų receptą. Dar viena opi problema yra tai, kad senyvo amžiaus ligoniai dažnai į sveikatos

2 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, Nr. V-591 // „Valstybės žinios“, 2011-06-14, Nr. 72-3490.

3 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, Nr. V-1013 // „Valstybės žinios“, 2006 01 10, Nr. 3-62.

4 Slaninienė G. *Šeimos gydytojo medicinos norma: daug pareigų, mažai teisių*, Kaunas: Farmacija ir laikas, 2006.

5 Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2006 m.

6 Valius L. *Pirminės sveikatos priežiūros problemos. Šeimos gydytojo institucija: jos vaidmuo pirminėje sveikatos priežiūros grandyje* // Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, Vilnius: VĮ Seimo leidykla, 2006 m.

priežiūros įstaigą ateina tik pasišnekėti. Senyvo amžiaus žmonės turi daugiau sveikatos sutrikimų, todėl ir jų poreikiai didesni, reikalaujantys daugiau medikų laiko.

Kaip atsakas į šias problemas Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse⁷ vienas iš prioritetų yra toliau plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinti jų apimtį ir plėsti formas. Įgyvendinant šį prioritetą, 2012–2013 m. planuojama toliau tobulinti PASP paslaugų veiklos organizavimą, įvedant šeimos gydytojo asistento (atvejo vadybininko) bei slaugytojų padėjėjų etatus. Tikėtina, kad tai pagerins paslaugų prieinamumą ir sumažins tiesiogiai su gydymu nesusijusį darbo krūvį. Taip pat numatoma skatinti šeimos gydytojo ir slaugytojo komandos glaudų bendradarbiavimą su socialiniu darbuotoju. Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) įsitikinimu, vykstantis visuomenės senėjimas lems dar didesnius gyventojų sveikatos poreikius, todėl negalima delsti sprendžiant sveikatos paslaugų vadybos problemas.

2. Atvejo vadybos samprata

Atvejo vadyba (angl. *case management*) yra esminė priemonė teikiant integruotą priežiūrą, kuri tarptautiniu mastu tapo vienu priimtinausių modelių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms, turintiems ilgalaikių ir sudėtingų sveikatos sutrikimų bei įvairių socialinės priežiūros poreikių. Atvejo vadyba – socialinių paslaugų ir asmens sveikatos priežiūros integracija individualiu lygmeniu. Bendrąja prasme atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, apima daugelį disciplinų, tačiau didžiojoje dalyje mokslinių šaltinių nagrinėjama psichikos sveikatos ir socialinio darbo praktikoje. Būtent iš šių sričių kildinama atvejo vadybos koncepcija. Ilgainiui atvejo vadyba tapo išstobulinta intervencija sprendžiant deinstitucionalizacijos sukeltus paslaugų fragmentiškumo ir dalinio finansavimo sunkumus asmenims, kuriems reikalinga ilgalaikė parama ir medicininės bei socialinės paslaugos. Tai metodas, kuris akcentuoja darbo su klientu individualią ir bendruomeninę dimensijas, nes yra iškeliamos vidinės kliento ir socialinio darbuotojo galimybės bei kompetencijos ir ryšys su socialiniais tinklais.

Atvejo vadyba – bendradarbiavimu grindžiamas procesas, kai naudodamasis komunikacija ir turimais ištekliais atvejo vadybininkas, orientuodamasis į individualių poreikių patenkinimą, įvertina kliento galimybes, galimus pasirinkimus bei paslaugas, kurias vėliau planuoja, koordinuoja jų suteikimą, siekia kokybiškų ir ekonomiškai efektyvių rezultatų⁸. UNICEF leidinyje teigiama, jog įvairių sričių atvejo vadybos procesą sudaro šie etapai⁹:

Atvejo identifikavimas. Šiame etape nustatoma, ar reikia pacientą įtraukti į atvejo vadybos procesą.

Informacijos rinkimas ir įvertinimas. Interviu ar kitais būdais įvertinami kliento poreikiai. Šis etapas neišvengiamai patenka į pirmąjį etapą.

7 Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, Nr. XI-1430 // „Valstybės žinios“, 2011-06-16, Nr. 73-3498.

8 *Standards of Practice for Case Management*, Revised 2010 [interaktyvus]. Žiūrėta 2012-08-02. Prieiga per internetą: <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>.

9 *Integrated Community Case Management (iCCM)*, 2012 [interaktyvus]. Žiūrėta 2012-08-01. Prieiga per internetą: http://www.unicef.org/health/files/iCCM_Joint_Statement_2012.pdf.

Planavimas. Atvejo vadybininkas ir kiti komandos nariai sukuria konkrečiam atvejui planą, kuriuo vadovaujantis bus siekiama patenkinti nustatytus kliento poreikius. **Konkreto atvejo plano įgyvendinimas.** Pagal planą priskirti asmenys ir (ar) organizacijos vykdo nustatytus veiksmus.

Vertinimas. Nustatytais laikotarpiais vertinamas kliento progresas siekiant užibrėžtų tikslų. Reikalui esant, pakartotinai įvertinami poreikiai, koreguojamas konkretaus atvejo planas.

Užbaigimas. Atvejo vadybininkas ir komandos nariai, nustatę, kad kliento poreikiai patenkinti ir jam nebereikalinga papildoma parama ar (ir) priežiūra, sustabdo paslaugos teikimą.

3. Atvejo vadybos modeliai

Atvejo vadyba taikoma įvairiose srityse, todėl ne tik apibrėžtis bet ir jos taikymo modeliai pasižymi labai didele įvairove. Modeliams būdingi skirtingi tikslai bei dinamika, susijusi su paslaugų teikimo aplinkybėmis. Nepaisant to, per pastaruosius dešimtmečius atsirado keletas pagrindinių atvejo vadybos modelių.

3.1. Tradiciniai modeliai

Tradicioniai atvejo vadybos modeliai susiformavo psichiatrijos sveikatos srityje kaip atsakas į deinstitutionalizaciją, kai pacientai iš stacionarių psichikos sveikatos centrų buvo gražinti atgal į visuomenę, nors jiems dar reikėjo įvairių sveikatos ir socialinių paslaugų, kurie padėtų sėkmingai adaptuotis visuomenėje.

Jėgų modelis (angl. *strengths model*). Pagal šį modelį atvejo vadybininkas, užuot vertinęs kliento poreikius remdamasis jo trūkumais ar problemomis, kuria paslaugų planą remdamasis kliento stipriosiomis pusėmis, užtikrindamas būtinus išteklius jam integruotis į bendruomenę ir gerinti gyvenimo kokybę. Šio modelio sėkmę lemia kliento įtraukimas į procesą ir aktyvaus kontakto su juo palaikymas.

Reabilitacijos modelis (angl. *the rehabilitation model*). Modelis artimas jėgų modeliui. Abieju modeliu atveju yra svarbu teikti paslaugas remiantis kliento norais ir tikslais. Tačiau pagal reabilitacijos modelį nustatomos ir kliento silpnybės, kurios taip pat įvertinamos ir į jas atsižvelgiama kuriant planą.

Kategoriškasis bendruomenės gydymo modelis (angl. *assertive community treatment model*). Pagal šį modelį veikia įvairių specialistų komanda (psichiatras, slaugytojas, socialinis darbuotojas ir atvejo vadybininkas), sudaryta konkrečiam asmeniui prižiūrėti. Šiame modelyje atvejo vadyba ir gydymas sudaro vieną visumą. Tyrimai rodo, kas šis modelis sumažina klientų hospitalizacijos terminus, neprasmingą ir pakartotinę hospitalizaciją, gerina klientų, ypač nuolatinių psichikos sveikatos paslaugų vartotojų, gyvenimo kokybę.

Intensyvusis modelis (angl. *intensive model*). Intensyvusis modelis nuo kategoriškojo skiriasi tuo, kad atvejo vadybininkas yra daugiau tarpininkas nei tiesioginis paslaugų teikėjas. Intensyvi atvejo vadyba yra tarpininkavimo paslauga, skirta padė-

ti žmonėms, sergantiems sunkiomis psichinės negalios ligomis, siekiant pagerinti jų integraciją į bendruomenę, susiejant juos su gydymo paslaugų teikėjais.

Paprastasis modelis (angl. *generalist model*). Pagal šį modelį atvejo vadybininkas įvertina kliento poreikius ir sudaro gydymo planą pagal tai, kaip jis vertina, kliento poreikius. Taigi planai yra sudaromi ne pagal tai, ko norėtų klientas, bet pagal tai, ko, atvejo vadybininko vertinimu, klientui reikia.

3.2. Asmens sveikatos priežiūros modeliai

Asmens sveikatos priežiūros sistemos atvejo vadybos modeliai taikomi sveikatos priežiūros įstaigose, kur dirba PASP tarnybos, slaugytojai, gydytojai, kurie dažniausiai ir yra atvejo vadybininkai.

Slaugytojo modelis (angl. *nurse model*). Išskiriamos trys slaugytojo atvejo vadybos kategorijos: konkrečios ligos, asmeninis / individualus ir kaimo bendruomenės, taip pat keturi atvejo vadybos komponentai, būdingi kiekvienai iš šių kategorijų: funkcijos, būdai ir technologija, procesas ir paslaugos. Slaugytojo atvejo vadybos veikla apima visus tris prevencijos lygius, kuriais vadovaujantis atvejo vadybininkas realizuoja priežiūros planą. Sudarant planą, svarbu orientuotis į šešis laukiamus rezultatus: finansinį, klinikinį, funkcinę gerovę, kokybę ir humaniškumą.

Gydytojo praktikos modelis (angl. *physician practice model*). Gydytojui nustatčius didelės rizikos pacientą, atvejo vadybininkas atlieka gydymo namuose įvertinimą. Pacientui priskiriamas jo individualus atvejo vadybininkas, kuris yra tarpininkas tarp gydytojo ir paciento. Atvejo vadybininkas prižiūri pacientą, stebi jo būklę, tikrina, ar tinkamai vartojami vaistai, ar teisingai vykdomi gydytojo nurodymai.

Pirminės priežiūros modelis (angl. *primary care model*). Šis modelis skirtas PASP paklausai padidinti, prevencinei veiklai gydytojų kabinetuose plėtoti, siekiant sumažinti hospitalizaciją ir skubių iškvietimų skaičių, taip pat paslaugų prieinamumo barjerams šalinti, keičiant siuntimo pas gydytoją tvarką.

3.3. Socialinio darbo modeliai

Šių modelių atvejo vadybininkai nėra sveikatos priežiūros teikėjai.

Brokerio / tarpininkavimo (angl. *brokerage model*). Atvejo vadybininkas sieja klientą su įvairiomis tarnybomis, paslaugomis ar kitais jam reikalingais resursais. Išskiriamos penkios brokerio modelio atvejo vadybininko funkcijos: 1) vertinimas; 2) planavimas; 3) siuntimas gauti paslaugų; 4) stebėseną; 5) atstovavimas. Pirmiausiai vadybininkas siūlo klientui, kaip gauti reikiamas paslaugas. Jis derasi su institucijomis, derina veiksmų planą, yra atsakingas už siuntimą pas specialistus ir pagrindinės bylos vedimą. Pagrindinis atvejo vadybininko tikslas šiame modelyje – padidinti tikimybę, kad klientas gaus tinkamas paslaugas, tinkama tvarka ir laiku.

Klinikinis modelis (angl. *clinical model*). Klinikinė atvejo vadyba apima keturias plačias paslaugų sritis: 1) pradinį etapą (įsitraukimas, vertinimas, planavimas); 2) išorinę intervenciją (sujungimas su bendruomenės resursais, konsultacija su šeima ir ki-

tais slaugančiais asmenimis, socialinių tinklų plėtra, bendradarbiavimas su gydytoju ir sveikatos priežiūros įstaiga, advokatavimas); 3) paciento lygio intervencijas (nenutrūkstama individuali psichoterapija, įgūdžių nepriklausomai gyventi ugdymas, paciento psichoedukacija); 4) išorines paciento lygio intervencijas (krizės intervencija, stebėseną).

Socialinis-medicininis modelis (angl. *socio-medical model*). Pagal šį modelį asmens sveikatos priežiūros paslaugų tiesiogiai neteikiantis atvejo vadybininkas veikia kaip tarpininkas tarp paslaugų teikėjų ir kliento. Jis atsakingas už visapusišką paslaugų paketo koordinavimą. Nors šiame modelyje akcentuojamas dėmesys į visapusišką visų reikiamų paslaugų teikimą, daroma prielaida, jog ten, kur įmanoma, bus teikiamos pigiausios ir kokybiškiausios paslaugos.

Paciento palaikymo modelis (angl. *patient advocacy model*). Šio modelio esmė – koordinuoti platų paslaugų asortimentą, siekiant pagerinti priežiūros kokybę. Pabrėžiama, kad priimant sprendimą dėl priežiūros plano svarbu atsižvelgti į visas pacientui svarbias aplinkybes. Priežiūros planas nustatomas ne tik remiantis medicininiais paciento poreikiais, bet ir socialiniais, psichologiniais bei esama kliento finansine padėtimi.

Jungtinis modelis (angl. *Consolidated model*). Šis modelis sujungia svarbesnių įgaliojimų patikrinimo ir paciento palaikymo modelius. Taigi dirba tarpdisciplininė komanda. Komanda nustato besikeičiančius kliento poreikius ir suteikia paslaugas. Keli paslaugų teikėjai sudaro komandą, kuri svarsto, ar pacientui reikia papildomų, alternatyvių paslaugų. Toks priežiūros planas yra komandinio sprendimo rezultatas.

3.4. Atvejo vadybos modelių apibendrinimas

Kiekvienas modelis taikomas konkrečioje aplinkoje su specifine organizacine struktūra, paslaugų teikimo sistema, o atvejo vadybininkas atlieka skirtingą įvairiapusių vaidmenį, todėl perimti šį modelį ir pritaikyti kitoje aplinkoje yra netikslinga ir neefektyvu. Tačiau kiekvienas modelis turi privalumų, atsižvelgiant į juos ir į aplinką, kurioje norima diegti modelį, galima tikėtis gerų rezultatų. Taikomo modelio naudą ir efektyvumą užtikrina daugelis faktorių¹⁰: pasirinkta tikslinė grupė, aiškus tikslas, palanki organizacinė struktūra, finansų kontrolė, santykiai su kitomis organizacijomis paslaugų teikimo sistemoje, įvairaus spektro paslaugų prieinamumas.

Atvejo vadyba padės užtikrinti geresnę pacientų priežiūrą ir įgalins sutaupyti lėšų tik tuo atveju, jei modelis bus gerai suprojektuotas, dirbs tinkamai ir profesionaliai apmokyti atvejo vadybininkai ir komanda, kurie funkcionuos platesnėje paslaugų teikimo sistemoje, kurioje integruota ir koordinuota priežiūra yra skatinama ir vertinama¹¹. Bet tai neišvengiamai padidins paslaugų kainą.

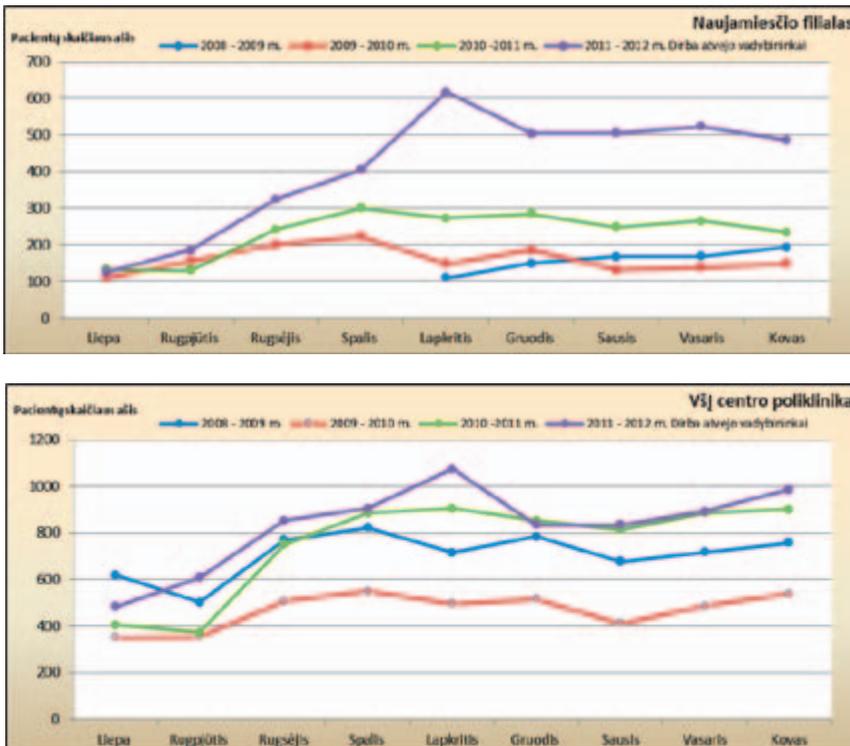
10 Banks P. *Chapter 6 Case management, Integrated services for older people a resource book for managers*, Dublin: EHMA, 2004 ISBN 90-5957-283-1.

11 Editorial *Reviewing the evidence on case management: lessons for successful implementation*, International Journal of Integrated Care – Volume 11, URN:NBN:NL:UI:10-1-101754.

4. Atvejo vadybos studija

Šiuo metu Centro poliklinikoje dirba 3 šeimos gydytojo ir slaugytojo asistentai (toliau – atvejo vadybininkai arba asistentai). Pagrindinės atvejo vadybininkų funkcijos yra šios: informuoti pacientus apie vykdomas valstybines prevencines programas, teikiamas paslaugas ir įkainius, registruoti pacientus pas gydytojus, tikrinti, pildyti paciento kontaktinius duomenis, analizuoti greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) ataskaitas ir kviešti pacientus pas gydytoją po GMP vizitų, tikrinti pacientų draustumą, konsultuoti privalomojo sveikatos draudimo klausimais bei bendradarbiauti su kitais asmens sveikatos priežiūros komandos nariais. Centro poliklinikos modelis daugiausiai panašumų turi su pirminės priežiūros modeliu (angl. *primary care model*), kuris nėra intensyvus, priešingai – daugiau bendro pobūdžio, universalus.

Informavimo paslaugų lyginamajai analizei atlikti pasirinkti keturi laikotarpiai: 2011–2012 m. liepos–kovo mėn. – laikotarpis nuo atvejo vadybininko pareigybės atsiradimo, ir 2008–2009 m., 2009–2010 m., 2010–2011 m. – ankstesnių metų tų pačių mėnesių laikotarpiai, prieš pareigybei atsirandant. Kadangi asistentės dirba tik su Naujamiesčio filialo pacientais, pastebimas būtent šio padalinio pacientų informuotumo padidėjimas. Gimdos kaklelio programos informatyvumo dinamika padidėjo ~2,5 karto (1 pav.).



1 pav. Gimdos kaklelio vėžio programos informuotumo dinamika Naujamiesčio filiale ir visoje poliklinikoje

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programos vykdomos nuo 2004 m. Galima daryti prielaidą, kad padidėjęs informuotumas turėjo daugiausiai įtakos ir patikrai. Ankstesniais metais pasitikrinimų skaičius buvo panašus, o 2011–2012 m. stipriai šoktelėjo į viršų. Vidutiniškai per 2012 m. pasitikrinimų padidėjo 3 kartus Naujamiesčio filiale. Palyginti su kitais filialais, jis taip pat didesnis.

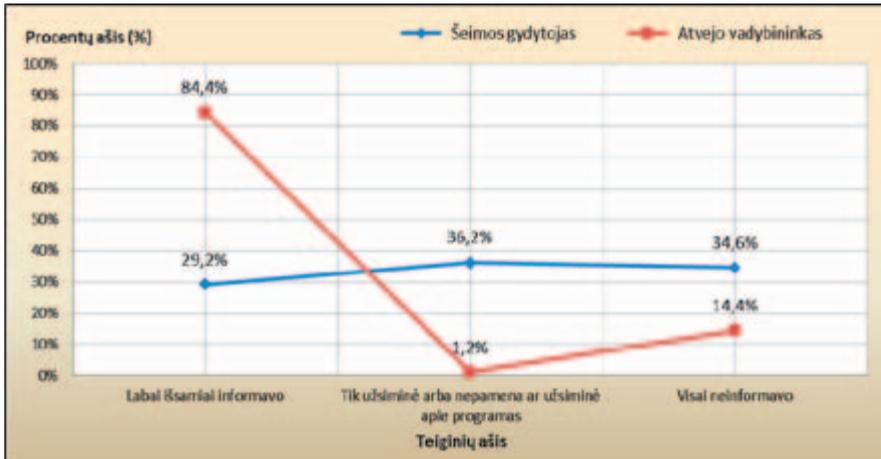


2 pav. Gimdos kaklelio vėžio programos patikros dinamika Naujamiesčio filiale

4.1. Atvejo vadybininko darbo analizė

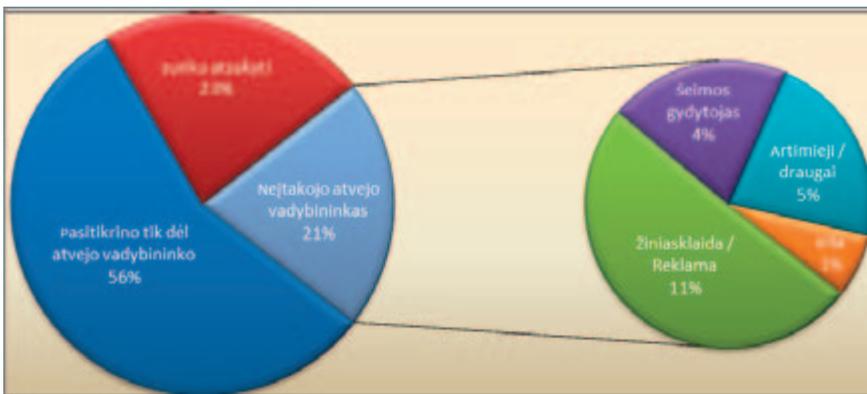
Tyrime dalyvavo 243 poliklinikos pacientai, iš jų 210 moterų ir 33 vyrai. Respondentų amžius 25–70 metų, vidurkis – 39 metai. Tyrime moterų pasiskirstymą lėmė tai, kad didžioji dalis prevencinių programų skirta būtent joms.

Buvo tiriama, kiek šeimos gydytojas ir slaugytojas gyventojus informuoja apie jų amžiaus kategorijai ir lyčiai skirtas prevencines programas. 71 proc. respondentų atsakė, jog apie prevencines programas yra neinformuojami arba jiems yra tik užsimenama (3 pav.). Tai rodo, kad dėl laiko stokos ar kitų priežasčių (pvz., pacientas nesilanko poliklinikoje) šeimos gydytojai ir slaugytojai neskiria pakankamai dėmesio informavimui apie prevencines programas ir didžiąją dalį savo pacientų šiuo klausimu palieka nežinioje. Neturėdami išsamios ir konkrečios informacijos apie privalomas sveikatos patikras, pacientai nėra linkę tikrintis profilaktiškai. Kitas labai svarbus rodiklis, kad dauguma tyrime dalyvavusių respondentų pripažino, jog juos informavo asistentas. Taip teigė daugiau kaip 80 proc. respondentų. Galima daryti prielaidą, kad informuotumas padidėjo apie 20 proc.



3 pav. Šeimos gydytojo ir slaugytojo pacientų informavimo apie prevencines programas lygis

Iš visų pacientų, kuriems buvo skambinta, 56,1 proc. tvirtina, jog nebūtų atvykę pasitikrinti, jei ne asistento skambutis, o 21,2 proc. atvykusių pasitikrinti mano, jog būtų atvykę pasitikrinti, net jei asistentas nebūtų informavęs apie jiems skirtą prevencinę programą. Likusi dalis pabrėžė negalintys atsakyti, kaip būtų buvę. Apklausa atskleidė, kad tik 4 proc. respondentų pasitikrino pagal prevencines programas dėl šeimos gydytojo įtakos. Netgi reklama ir žiniasklaida daro didesnę efektą – 11 proc. (4 pav.).



4 pav. Atvykusių respondentų dalyvavimas prevencinėje programoje asistentui neinformavus

Išvados

1. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. metmenyse skatinama, gerinant pirminės sveikatos priežiūros vadybą, sukurti pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant atvejo vadybos principą. Tai turėtų būti vienas iš ASPĮ dabartinių tikslų.

2. Atvejo vadyba pasižymi ypač didele praktinių požiūrių įvairove. Atvejo vadybos principas taikomas pagal skirtingus modelius, tačiau jo efektyvumas priklauso nuo konkrečių aplinkybių taikymo srityje. Todėl siekiant modelio efektyvumo, svarbu jį tinkamai suprojektuoti, atsižvelgiant į finansines galimybes, teisinę aplinką bei kitas sąlygas ir veiksnius.

3. VšĮ Centro poliklinikos šeimos gydytojo ir slaugytojo asistentas yra siauro profilio atvejo vadybininkas, kadangi jis iki galo nesprenžia pacientų, kuriems reikia ilgalaikės priežiūros, problemų ir nekoordinuoja asmens sveikatos paslaugų teikimo įvykdymo, tačiau jis puikiai atitinka pirminės asmens sveikatos priežiūros ir brokerio modelių derinį ir pateisina pacientų lūkesčius. Didelis moterų dalyvavimas gimdos kaklelio prevencinėje programoje, didelis pacientų informuotumas įrodo atvejo vadybininko naudingumą. Bendraudami su pacientais ir PASP komanda (slaugytojais, gydytojais), asistentai gerina paslaugų prieinamumą, tęstinumą, taip pat prisideda išsaugant gyventojų sveikatą.

4. Apklausa atskleidė, kad pacientai asistentų darbą vertina teigiamai ir yra patenkinti jų darbo kokybe bei pritaria pareigybės įsteigimui, tikėdamiesi, jog asistentai pagerins bendravimą su šeimos gydytoju. Gyventojai nori gauti aktualią informaciją apie ligas ne tik vizito pas gydytoją metu. Pacientai asistentų darbą vertina teigiamai ir yra patenkinti jų darbo kokybe. Atsižvelgiant į šias išvadas, galima tvirtinti, kad VšĮ Centro poliklinikos šeimos gydytojo ir slaugytojo asistentas gerina poliklinikos medicininės veiklos rezultatus.

Rekomendacijos

1. Tinkamai apibrėžti atvejo vadybininko teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybės ribas pareiginiuose nuostatuose.

2. Siekiant pagreitinti atvejo vadybos principo plėtrą Lietuvos ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, tikslinga papildyti šeimos gydytojo ir slaugytojo medicinos normas reglamentuojančias teises nuostatas, numatant komandinį darbą su atvejo vadybininku.

Literatūra

1. Jankauskienė D., Ališauskienė R., Navickienė R., Vaitkevičienė R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemos procese įvertinimas // Visuomenės sveikata, 2008, Nr. 3(42).
2. LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.“ Nr. V-591 // „Valstybės žinios“, 2011-06-14, Nr. 72-3490.
3. LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ Nr. V-1013 // „Valstybės žinios“, 2006 01 10, Nr. 3-62).
4. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // „Valstybės žinios“, 1994-06-19, Nr. 63-1231.
5. Filipavičiūtė R., Gaigalienė B., Čeremnych J., Butkienė B., Jurgelėnas A., Alekna V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis // Gerontologija, 2010, 11(1): p. 14.
6. Pivorienė P. Atvejo vadyba socialinio darbo metodikoje // Socialinis darbas, 2007, 6 (1).

7. LR Seimo 2011 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo // „Valstybės žinios“, 2011-06-16, Nr. 73-3498.
8. Germanavičius A., Čiurinskas D. Atvejų vadyba – kas tai? // Sveikata, 2002, 8.
9. Thornicroft G., Tansella M., What are the arguments for community-based mental health care? // WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003.
10. Banks P. Chapter 6 Case management, Integrated services for older people a resource book for managers – Dublin: EHMA, 2004 – p. 101, 103-105 – ISBN 90-5957-283-1.
11. Encyclopedia of mental health Case management [interaktyvus], [žiūrėta 2012-07-25]. Prieiga per internetą: <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Case-management.html#b>.
12. Europos komisijos tinklalapis, Pagrindinės ir lėtinės ligos [interaktyvus], [žiūrėta 2012-04-08]. Prieiga: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_lt.htm.

Case management model analysis of the health system context

Kęstutis Štaras

Centro Out-patient clinic, Mykolas Romeris University, Lithuania

Tomas Vedlūga

Centro Out-patient clinic, Lithuania

Summary

The aim of the article is to highlight and assess the case manager's role in improving performance of health system, the benefits of patients, doctors and nurse, and the influence on quality of services.

Analysiss existing organization of primary health care problems and an overview of the Lithuanian health system development framework for 2011-2020, approved by Lithuanian Parliament Seimas, in which problems in the PSP is proposed for case management. In practice, this is still not widespread, and the health institutions care is a novelty. The aim was to try and check usefulness, so case manager project was launched in the Centro Out-patient clinic Performed analysis of the role of case manager will disclose whether it is good, useful and effective.

Keywords: Case Manager, health system, performance efficiency.

Kęstutis Štaras, Socialinių mokslų daktaras, Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinikos asistentas, MRU Socialinės politikos katedros docentas, Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Kolegijos ir E. Sveikatos plėtros koordinacinės tarybos narys bei Viešosios įstaigos Centro poliklinikos direktorius.

Tomas Vedlūga, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Vadybos katedros lektorius.

Kęstutis Štaras, Doctor of Social Sciences, Assistant of Children's Diseases clinic, Faculty of Medicine, Vilnius University, Doctor at the Department of Social Political Sciences, Mykolas Romeris University and, Lithuanian Ministry of Health Colleges and E. Health Development Coordination member of the Council, Direktor of Centro out-patient Clinic.

Tomas Vedlūga, Lecturer at the Department of Management Sciences, Mykolas Romeris University.

SVEIKATOS IR SOCIALINIŲ PASLAUGŲ INTEGRACIJA. ATVEJO ANALIZĖ VŠĮ CENTRO POLIKLINIKOJE

Renata Kudukytė-Gasperė

Vilniaus VŠĮ Centro poliklinika
Pylimo g. 3, LT-01117 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 266 52 74
Elektroninis paštas: renata.kudukyte-gaspere@pylimas.lt

Danguolė Jankauskienė

Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto,
Politikos mokslų katedra
Valakupių g. 5, LT-10101 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 274 0635
Elektroninis paštas: djank@mruni.eu

Kęstutis Štaras

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto,
Socialinės politikos katedra
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva
Tel. (+370 5) 271 4715
Vilniaus VŠĮ Centro poliklinika
Pylimo g. 3, LT-01117, Vilnius, Lietuva
Telefonas (8 5) 251 4016
Elektroninis paštas: k.staras@mruni.eu, star.k@pylimas.lt

Santrauka

Straipsnyje nagrinėjamos integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų paciento namuose teikimo problemos. Demografinio senėjimo pokyčiai lemia paslaugų, orientuotų į senų, negalią turinčių žmonių sveikatos problemas, paslaugų teikiamų namuose, poreikio didėjimą. Nustatyta, kad namuose teikiamos paslaugos gali pagerinti šių asmenų gyvenimo kokybę, sutauptyti valstybės lėšas skiriamas stacionariai šių asmenų priežiūrai. Nepaisant to, Lietuvoje vyrauja institucinis modelis, kai vieniši, negalią turintys asmenys yra hospitalizuojami stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros arba socialinės globos įstaigose, o paslaugų namuose tinklo poreikis dar tik pradėdamas tirti atskirose Lietuvos savivaldybėse.

Straipsnyje vertinamas integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų efektyvumas VŠĮ Centro poliklinikoje, teikiant slaugos ir socialines paslaugas paciento namuose. Šiuo tikslu buvo atliktos 2 anketinės apklausos: pacientų bei darbuotojų. Nustatyta, kad dauguma pacientų namuose gaunamų integruotų paslaugų kokybę vertino labai gerai, nors šis vertinimas reikšmingai skyrėsi, priklausomai nuo specialistų apsilankymų reguliarumo. Dauguma apklaustų poliklinikos darbuotojų paslaugų, teikiamų pacientams namuose, kokybę vertino gerai, nors vertinimai reikšmingai skyrėsi, priklausomai nuo to, ar paslaugas teikė poliklinikos specializuoto skyriaus (Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinikos (toliau – SPMSPK) darbuotojai, ar su gydytoju komandoje dirbanti slaugytoja.

Reikšminiai žodžiai: *integruotos paslaugos, sveikatos priežiūros paslaugos namuose, socialinės paslaugos namuose.*

Įvadas

Europos, tuo pačius ir Lietuvos, visuomenė senėja: prognozuojama, kad iki 2050 m. trečdalis Europos gyventojų bus virš 60 m. amžiaus. Prognozuojama, kad 2050 m. kas trečias (35 proc.) Lietuvos gyventojas bus vyresnio amžiaus žmogus¹. Demografinio senėjimo pokyčiai lemia socialines ir ekonomines, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, orientuotų į senų ir / ar negalių turinčių žmonių sveikatos problemas, paslaugų poreikio didėjimą². Pastebima, kad didėja žmonių skaičius, kurie nori senatvės sulaukti ir gauti visas jiems būtinas paslaugas savo namuose, dėl to didėja socialinių ir slaugos paslaugų namuose poreikis. Keičiantis šeimos tradicijoms, didėjant emigracijai, pastebima, kad daug senų, neįgalių žmonių gyvena vieni³. Kaip rodo Europos Sąjungos valstybių narių patirtis, norint užtikrinti sąlygas vyresnio amžiaus žmonėms kuo ilgiau gyventi savo namuose, pagalbos namuose tarnybos turi teikti kompleksinę pagalbą. Tačiau Lietuvoje vyrauja institucinis modelis, kai vieniši, negalių turintys asmenys yra hospitalizuojami stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros arba socialinės globos įstaigose, o paslaugų namuose tinklo poreikis bendruomenėje dar tik pradedamas tirti, ieškomos šių paslaugų plėtojimo galimybės atskirose Lietuvos savivaldybėse. Nacionalinės gyventojų pasekmių įveikimo 2005–2013 metų strategijos įgyvendinimo priemonių įgyvendinimo 2009–2010 metais ataskaitoje nurodoma, kad 2009 m. slaugos paslaugos buvo suteiktos 228 831 asmenims (paslaugų buvo suteikta už 5,86 mln. lt), iš jų, slaugos paslaugas namuose suteiktos tik 28 679 asmenims⁴.

Socialiniai ir sveikatos priežiūros poreikiai gali būti visiškai patenkinti tik kartu dirbant įvairių sričių specialistams: gydytojams, slaugytojams, psichologams, socialiniams darbuotojams ir kt. Tik sukūrus vientisą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tinklo struktūrą galima efektyviai kurti integruotą, atitinkančią namuose prižiūrimų asmenų poreikius, pagalbą. Įvairios, namuose teikiamos, paslaugos gali pagerinti pagyvenusių, neįgalių asmenų gyvenimo kokybę, sutaupyti valstybės lėšas skiriamas stacionariai šių asmenų priežiūrai. Lietuvoje slaugos ir socialinių paslaugų poreikis gyventojų namuose iki šiol nepakankamai ištirtas, dar tik pradedama kalbėti apie tokių paslaugų poreikį bei kuo ilgesnį asmens išlaikymą namuose, skatinant jo savirūpą. Todėl Lietuvoje, planuojant paslaugų teikimo struktūras, integruoto teikimo modelius bei išteklius šioms paslaugoms, būtina pasinaudoti Europos šalių, ypač Skandinavijos

- 1 Lietuvos statistikos departamentas. Demografiniai pokyčiai Lietuvoje 2001-2010 m. 2011 m. rugpjūčio 10 d. Informacija. Lietuvos statistikos departamentas. Socialine apsauga Lietuvoje 2010.
- 2 Regionų ekonominiai pokyčiai. Regioninės politikos atsakas į demografinius iššūkius. Europos Sąjunga., p. 2-10.
- 3 Kanopienė V., Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. Gerontologija 2006; 7(4):188–200.
- 4 LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Nacionalinės gyventojų pasekmių įveikimo 2005–2013 metų strategijos įgyvendinimo priemonių įgyvendinimo 2009-2010 metais ataskaita.

šalių „gerąją praktiką“, organizuojant ir teikiant integruotas sveikatos ir socialines paslaugas.

Mūsų tyrimo **tikslas** buvo įvertinti integruotų slaugos ir socialinių paslaugų efektyvumą VŠĮ Centro poliklinikoje teikiant šias paslaugas paciento namuose. Tyrimo tikslui pasiekti, iškelti **uždaviniai**: įvertinti tarptautinę patirtį teikiant sveikatos priežiūros, slaugos bei socialines paslaugas paciento namuose; įvertinti Lietuvos teisės aktus, reglamentuojančius slaugos ir socialinių paslaugų paciento namuose teikimą Lietuvoje, apklausos būdu įvertinti VŠĮ Centro poliklinikos darbuotojų ir pacientų, gaunančių slaugos ir/ar socialines paslaugas namuose, nuomonę apie slaugos ir socialinės paslaugas teikiamas namuose. Tyrimo metu siekta įrodyti, kad integruotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo organizavimas VŠĮ Centro poliklinikoje, pagerino paslaugų, teikiamų paciento namuose, kokybę bei padidino poliklinikos darbuotojų motyvaciją, teikti visokeriopas paslaugas paciento namuose.

1. Integruotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimas

Europos komisija parengė 2007 m. sveikatos strategiją „Kartu sveikatos labui. 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“, kurioje pabrėžiamas ryšys tarp sveikatos ir ekonominės gerovės, pripažįstamos piliečių teisės daryti poveikį sprendimams, susijusiems su fizine ir psichine sveikata. Pabrėžiama Europos Sąjungos (ES) piliečių teisė gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, o tai reiškia, kad sveikatos sistemos visoje ES turi padengti gyventojų poreikius, atsižvelgiant į jų amžiui reikalingas paslaugas. Strategijoje pabrėžiamos bendros vertybės, pvz., teisė naudotis aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis, teisingumas ir solidarumas. Iškeliama problema, kurioms spręsti reikalingi strateginiai sprendimai. Kaip didžiausia problema pirmiausiai iškeliama demografiniai pakeičiai visuomenėje – visuomenės senėjimo problema. Ši problema kelia ne tik naujus iššūkius ES šalių sveikatos sistemoms, bet ir reikalauja, kad būtų palaikoma sveiko senėjimo idėja, kuri remiasi sveikatos ugdymu, propagavimu, sveikatos problemų sprendimu kuo ankstyvesniame amžiuje bei reikalauja, kad sveikatos priežiūros sistema būtų kuo labiau susieta su socialiniais, ekonominiais bei aplinkos apsaugos faktoriais.⁵

Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų integruoto teikimo poreikį sąlygoja besikeičianti demografinė ir epidemiologinė situacija Europoje, tuo pačiu ir Lietuvoje. Besikeičiančioje visuomenėje, nuolatos tobulėjant medicinos bei informacinėms technologijoms, siekiama kuo labiau patenkinti visuomenės lūkesčius ir poreikius.⁶ Šių paslaugų teikimo integracija, kaip daugiamatė sąvoka, taikoma struktūrinėms ir funkcinėms sveikatos paslaugų problemoms spręsti bei plėtros ekonominio racionalumo ir efektyvumo įvertinimui. Įrodyta, kad integracija didina sveikatos priežiūros veiksmingumą.

5 Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. COM(2007) 630 final. Brussels.

6 Ulianskienė R., Vikūnienė O., Hitaitė L. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra. 2006.

gumą ir kokybę. Sveikatos ir socialinės politikos veiksmingumas pasiekiamas integruojant sveikatos ir socialinės priežiūros funkcijas.⁷

PSO *integruotą priežiūrą* įvardija kaip įvairių valdymo ir paslaugų teikimo modelių ir metodų taikymą, siekiant užtikrinti, kad klientui (šiuo atveju pacientui) būtų užtikrintas ligų prevencinių priemonių bei gydymo tęstinumas, siekiant jo poreikius įvairiose sveikatos priežiūros lygiuose.⁸

O. Grone ir M. Garcia-Barbero *integruotą priežiūrą* apibrėžė, kaip koncepciją, kuri turėtų sujungti išteklius bei jų paskirstymą, valdant ir organizuojant sveikatos priežiūros, slaugos bei globos, reabilitacijos ir sveikatos stiprinimo tarnybų veiklą. Kiti autoriai *integruota priežiūra* vadina sistema, kuri nusako ryšį tarp įvairių metodų ir modelių, finansuojant, administruojant ir organizuojant paslaugų teikimą, skatinant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sektorių susijungimą, vientisumą ir bendradarbiavimą.⁹

Sveikatos priežiūros sistemų išlaidų analizė visoje ES parodė, kad daugiau nei pusė išlaidų tenka ligoninių išlaikymui, ambulatorinių įstaigų išlaikymas yra antra pagal dydį išlaidų dalis. Lietuvoje, Slovakijoje, Bulgarijoje bei Vengrijoje ambulatorinei sveikatos priežiūrai teko tik ketvirtis visų sveikatos priežiūros išlaidų. Ilgalaikei slaugai daugumoje ES šalių tenka 10 proc. visų išlaidų. Daugelis mokslininkų pabrėžia, kad siekiant užtikrinti efektyvų lėšų panaudojimą integruotoms sveikatos priežiūros ir socialinėms paslaugoms, būtinas tinkamas šių paslaugų valdymas. Pabrėžiami pagrindiniai valdymo principai, tokie kaip kuo ilgesnis tokių paslaugų reikalaujančių asmenų išlaikymas jų gyvenamojoje aplinkoje, užtikrinant jiems būtinų paslaugų namuose prieinamumą; remiama efektyvi pirminė asmens sveikatos priežiūros grandis; sutelkiamas dėmesys į pacientą, jo priežiūrai įtraukiant bendruomenės narius; kuriama bendradarbiavimo sistema tarp antrinės asmens sveikatos priežiūros teikėjų ir sveikatos bei socialinių paslaugų teikėjų namuose, siekiant teikti nepertraukiamas, paciento poreikius atitinkančias, paslaugas.

Intensyvus vyresniosios kartos visuomenės didėjimas iš esmės keičia demografinę ir socialinę struktūrą, o sveikatos priežiūros sistemai kelia finansavimo užtikrinimo, aukštos kokybės paslaugų plėtros bei prieinamumo iššūkius. Didėjant pagyvenusio ir senyvo amžiaus žmonių skaičiui, nepaliaujamai auga sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, t. y. integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis.¹⁰ Europos demografijos perspektyva – senėjanti visuomenė ir didėjantys senų žmonių priklausomumo rodiklis, todėl būtina suderinti ne tik socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros politiką, bet ir kone visas pagrindines viešosios politikos sritis, įskaitant švietimą, užimtumą ir socialinius reikalus, transportą, viešąsias paslaugas ir infrastruktūrą bei

7 Juozulynas A., Jurgelėnas A., Filipavičiūtė R. et al. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. *Gerontologija* 2010; 11(3):141–47.

8 WHO, Technical Brief No. 1 2008. Integrated Health Services - What and Why? Making health systems work.

9 Kodner D. L., Spreuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J. Integr. Care* 2002; 2:e12.

10 Kanopienė V., Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. *Gerontologija* 2006;7(4):188-200.

miesto planavimą, ir kt. Vyresnio amžiaus populiacijos didėjimas reikalauja daugiau sveikatos priežiūros paslaugų, ir ypatingai ilgalaikės priežiūros, slaugos ir reabilitacijos, paslaugų.

2. Tarptautinė patirtis teikiant slaugos ir socialines paslaugas pacientams namuose

Analizuojant tarptautinę patirtį teikiant integruotas slaugos ir socialines paslaugas pacientams namuose, pirmiausiai pastebima, kad dauguma užsienio šalių mokslininkų iškelia tas pačias, esmines problemas: t. y. visuomenės senėjimas ir to sukeltus iššūkius organizuojant pagalbą. Mokslininkai nustatė, kad vyresni nei 80 metų amžiaus žmonės, dažniausiai kenčia nuo penkių – šešių lėtinių ligų ir jų sukeltų sveikatos sutrikdymų, kurie yra kontroliuojami daugybės vaistų.¹¹ Pastebima, kad lėtinės ligos reikalauja kompleksinio požiūrio, tačiau daugelio šalių sveikatos priežiūros sistemos dažniausiai yra vienmomentinio, epizodinio priežiūros tipo, todėl šių laikų sveikatos priežiūros politikos formuotojams kelia naujus iššūkius, kaip užtikrinti geresnes sveikatos priežiūros paslaugas, pacientams sergantiems keliomis lėtinėmis ligomis¹². Mokslininkai pastebi, kad šalys, kuriose pirminė sveikatos priežiūros sistema yra gerai išvystyta (Olandijoje, Anglijoje), yra geriau pasirengusios spręsti kylančius iššūkius organizuojant kompleksines, ilgalaikes sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, nei tos šalys, kurių priminė sveikatos priežiūros grandis yra mažiau išvystyta (JAV). Pabrėžiama, kad pirminės asmens sveikatos priežiūros vaidmuo, teikiant ir organizuojant visokeriopas paslaugas, labiausiai priklauso nuo sistemos organizavimo, finansavimo bei strateginių plėtros gairių.¹³

I. Karberg, aprašydamas paslaugų lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams organizavimo principus Švedijoje¹⁴, pažymi, kad sveikatos priežiūra organizuojama per savivaldą ir regionus. Savivaldybės finansuoja ir organizuoja visų formų slaugos paslaugų teikimą pensinio amžiaus žmonėms bei lėtinėmis psichinėmis ligomis sergančiųjų priežiūrą, o už socialinių paslaugų teikimą ir nespecifinę (nereikalaujančios ypatingos medicininės priežiūros) priežiūrą namuose yra atsakinga vietinė regionų valdžia bei bendruomenės (pvz. organizuojant asmeniui namuose būtinas techninės pagalbos priemones). Švedijoje darbas su pacientais namuose yra organizuojamas per slaugos klinikas („*nurse-led clinics*“), kurios kuriamas prie pirminių sveikatos priežiūros centrų bei ligošoninių. Šios slaugos klinikos yra specializuotos, pvz. diabetu bei hipertenzija sergantiems pacientams; pagalbą organizuoja alergijomis, astma bei lėtine obstrukcine plaučių liga sergantiems pacientams; psichinėmis ligomis sergantiems pacientams;

11 O'Connor SJ. Healthcare delivery. *J.Healthc.Manag.* 2011; 56(6):355-56.

12 McKee M, Nolte E. The implications for health of European Union enlargement. *BMJ* 2004; 328 (7447):1025-26.

13 Erler A, Bodenheimer T, Baker R et al. Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA. *Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundhwes.* 2011;105(8):571-80.

14 Karlberg I. Sweden. In: Nolte E., McKee M., Knai C., editors. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries.* EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:115-30.

kraujotakos ir širdies nepakankamumu sergantiems pacientams; onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams; paliatyviosios pagalbos pacientams namuose ir daug kitų specializuotų slaugos klinikų. Autorius nurodo, kad šiuo metu slaugos klinikų tinklas padengia visą šalį, yra užtikrinamas visokeriopas slaugos paslaugų prieinamumas gyventojams bei į pacientą orientuota sistema. Slaugytojas pirmasis specialistas, kuris nusprendžia kokia pagalba reikalinga pacientui. Nustatyta, kad tai finansiškai efektyviau nei naudoti gydytoją, kaip pirmąjį specialistą.

Anglijoje bei Olandijoje lėtinėmis ligomis sergantys pacientai gauna įvairialypes, integruotas paslaugas, kur pagrindinis vaidmuo, teikiant ir organizuojant paslaugas (tuo pačiu ir paslaugas pacientams namuose), tenka slaugos specialistams. Anglijoje svarbiausiu priežiūros elementu iškeliamas įvairiapusiškų slaugos paslaugų organizavimas ir teikimas: specializuotų slaugos klinikų veikla ir slaugos specialisto (bendruomenės vyresnysis slaugytojas „*community matron*“) vaidmuo konkretaus paciento priežiūros atvejo vadyboje („*case manager*“)¹⁵. 2004 m. Anglijos Nacionalinės Sveikatos priežiūros įgyvendinimo plane įvardintas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principas yra atvejo vadybos principo įgyvendinimas. 2005 m. patvirtintas Nacionalinės sveikatos priežiūros ir Socialinės priežiūros modelis, kuris nukreiptas į pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, priežiūrą, padedantis koordinuotai ir kompleksiskai organizuoti paslaugas taip, kad būtų patenkinti konkretaus paciento poreikiai ir užtikrintas bendradarbiavimas tarp paslaugų teikėjų. Pacientui būtinų priežiūros paslaugų organizavimo ir koordinavimo delegavimas slaugytojams padėjo skatinti pacientų atsakomybę už savo sveikatą, užtikrinti aukštą paslaugų prieinamumą ir kokybę, padėjo išvengti sudėtingų ligų komplikacijų, sumažino neatidėliotinos, skubiosios pagalbos poreikį bei ilgą hospitalizacijos periodą stacionariose sveikatos priežiūros įstaigose. Viso to išvadoje – sumažėję sveikatos priežiūros paslaugų kaštai.

E. Nolte su bendraautoriais, nagrinėdami šalių patirtį organizuojant paslaugas vyresniems, lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, nustatė, kad šalyse, kuriose pirminė asmens sveikatos priežiūra daugiausiai remiasi komandiniu gydytojo, slaugytojo ir kitų specialistų darbu, pacientams įvairiapusės pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos tapo labiau prieinamos. Siekiant užtikrinti paslaugų tęstinumą, šalys organizuoja specializuotas slaugos klinikas („*nurse-led clinics*“) arba kuria profesionalų komandas, kurių veiklą, teikiant paslaugas pacientui, koordinuoja jų prižiūrintis slaugytojas („*case management*“). Taip darbas organizuojamas Švedijoje, Anglijoje, Olandijoje. Mokslininkai, įvertinę šalių patirtį, teigia, kad šis darbo organizavimo principas, suteikia geresnių paciento gydymo rezultatų, nei tradicinis tik gydytojo priežiūros modelis, bei sumažina sveikatos priežiūros išlaidas.¹⁶

15 Silva D., Fahey D. England. In: Nolte E., McKee M., Knai C., editors. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:29-54.

16 Nolte E., McKee M., Knai C. Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries. In: Nolte E., McKee M., Knai C., editors. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:1-14.

3. Integruoto slaugos ir socialinių paslaugų paciento namuose teikimo Lietuvoje reglamentavimas

Vykdam Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemonės, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-1026, patvirtintas Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų aprašas, kuris reglamentuoja pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – PAASP) teikiančių įstaigų arba jų padalinių, teikiančių slaugos paslaugas pacientų namuose, socialines globos įstaigose, veiklą. Šiame apraše numatyta, kad už slaugos paslaugų namuose teikimą yra atsakingos PAASP teikiančios įstaigos, o slaugos paslaugas namuose savarankiškai teikia bendruomenės slaugytojas, turintis galiojančią licenciją verstitis šia praktika, bendradarbiaujant bei dirbant komandoje su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais bei socialiniais darbuotojais. Iškeliamas pagrindinis slaugos paslaugų namuose teikimo tikslas – pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, išsaugoti jų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje bei skatinti jų savirūpą. Nurodyta, kad slaugytojas namuose prižiūrimam pacientui savarankiškai įvertina slaugos poreikius namuose, vykdo šeimos gydytojo rekomendacijas, paskyrimus, įgyvendina pacientui sudarytą slaugos planą. Slaugos paslaugos namuose yra teikiamos pacientams, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis (SPS-1).

Paslaugų pacientams, kuriems nustatytas SPS-1, namuose teikimas, kai slaugytojui padeda socialinis darbuotojas ar jo padėjėjas, turi būti derinamas su socialinių paslaugų teikimu, vadovaujantis Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-558/A1-183. Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas nustato slaugos ir socialinių paslaugų (toliau vadinama – ilgalaikės priežiūros paslaugos) bendro teikimo pagrindinius tikslus ir principus, paslaugų gavėjus, ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą, dokumentavimą bei finansavimą. Ilgalaikė sveikatos priežiūra šiame teisės akte apibrėžiama kaip slaugos ir socialinių paslaugų visuma, kurias teikiant asmeniui tenkinami slaugos ir socialinių paslaugų poreikiai, teikiama nuolatinė kompleksinė specialistų pagalba ir priežiūra. Ilgalaikė priežiūra teikiama nuo tada, kai nustatomas ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikis asmeniui (šeimai). Tokių paslaugų gavėjai yra asmenys su negalia, senyvo amžiaus asmenys bei asmenys, kuriems teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos, kurių susirgimai yra lėtiniai bei, kuriems slaugos ir socialinės paslaugos teikiamos kartu. Į šių paslaugų teikimą turėtų būti įtraukiama ir šeimos nariai bei artimiausi žmonės. Už ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą bei specialistų komandos sudarymą yra atsakinga savivaldybė, kuri turi parengti ir patvirtinti bendradarbiavimo tarp įstaigų, įmonių ir organizacijų sutarčių sudarymo ir šių paslaugų teikimo tvarkos aprašus. Asmenims socialinių paslaugų poreikis nustatomas vadovaujantis Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. kovo 13 d. įsakymu Nr. A1-94 „Dėl Asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarkos aprašo ir Senyvo amžiaus asmens bei suaugusio asmens

su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodikos patvirtinimo“. Peržiūrėjus Lietuvos savivaldybių internetinėse svetainėse pateikiamą informaciją apie socialinių paslaugų teikimą pacientams namuose, pastebima, kad daugelis Lietuvos savivaldybių nėra parengusios šių paslaugų teikimo aprašų, nenumačiusios tvarkų kaip socialinės paslaugos galėtų būti teikiamos kartu su slaugos paslaugomis. Kai kurios savivaldybės nėra išvysčiusios arba per menkai išvysčiusios socialinių paslaugų namuose teikimą, o jei savivaldybės organizuoja ir koordinuoja socialinių paslaugų teikimą namuose, šios paslaugos nėra kooperuojamos su slaugos paslaugų namuose teikimu.

Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų apraše taip pat numatyta, kad slaugytojas, teikdamas slaugos paslaugas namuose, apie įtariamą pacientui paliatyviosios pagalbos poreikį informuoja šeimos gydytoją, kuris sprendžia dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų skyrimo, vadovaujantis Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimais, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14. Reikalavimuose numatyta, kad viena iš ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo forma yra specialistų komandos pagalba ligonio namuose. Paslaugas teikia ne mažesnė kaip 3 specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas. Specialistų komanda pagal kompetenciją įvertina paciento poreikius. Įsakyme numatyta, kad paliatyviosios pagalbos komandos narių paslaugos yra apmokamos PSDF lėšomis. Galima teigti, kad paliatyvioji pagalba pacientams namuose yra integruota sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų pagalba, siekiant patenkinti paciento poreikius ambulatorinėmis sąlygomis. R. Jurkuvienė su bendraautoriais, išanalizavę paliatyviosios pagalbos poreikį Kauno mieste, nustatė, kad mirštantiesiems pacientams reikalinga holistinė pagalba, kuri apimtų ligos simptomų kontrolę, psichologinių, dvasinių ir socialinių poreikių patenkinimą, tačiau egzistuoja realus atotrūkis tarp šių paslaugų poreikio ir realios jų pasiūlos, dėl ko būtina plėtoti paliatyviosios pagalbos paslaugų infrastruktūrą¹⁷.

Apibendrinant teisės aktuose numatytą apmokėjimą už slaugos ir socialinių paslaugų namuose teikimą, pastebima, kad šios paslaugos finansuojamos skirtingais lėšų šaltiniais: slaugos bei paliatyviosios pagalbos paslaugos apmokamos PSDF lėšomis, o socialinės paslaugos apmokamos savivaldybių lėšomis bei iš dalies kompensuojamos pagalbos į namus paslaugas gaunančių asmenų lėšomis. Vertinant lėšas, skiriamas pacientui slaugai namuose, pastebima, kad įkainiai neatitinka realių sąnaudų. S. Šileikaitė su bendraautoriais, nagrinėdami VšĮ Centro poliklinikos patirtį modernizuojant slaugos paslaugų teikimą, nustatė, kad palyginus slaugos paslaugų pacientams namuose visas sąnaudas bei išlaidas su poliklinikos gaunamas pajamomis iš PSDF biudžeto, gautami dideli nesutapimai, t. y. išlaidos visiškai nepadengiamos, ir būtent dėl to Lietuvoje PAASP šiuo metu nėra suinteresuotos teikti slaugos paslaugų pacientams namuose¹⁸.

17 Jurkuvienė R., Mickevičiūtė A. Paliatyviosios pagalbos sunkiai sergantiems pacientams poreikis Kauno mieste. Sveikatos mokslai 2007;5:1184-91.

18 Šileikaitė S., Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis. Sveikatos mokslai 2011; 21(6):131-41.

Galima daryti išvadą, kad nacionaliniu (sisteminiu) lygmeniu parengti teisės aktai leidžia ir skatina teikti integruotas slaugos ir socialines paslaugas pacientams namuose, tačiau šios paslaugos teikiamos skirtingų institucijų tiek nacionaliniu (SAM ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerija), tiek savivaldybių (PAASP ir Socialinės paramos centrai) lygmeniu, dėl to sudėtingas sprendimų priėmimas, fragmentuotas paslaugų planavimas, finansavimas, organizavimas, bendradarbiavimas bei informacijos sklaida. Pagalbos namuose paslaugų teikimas šiuo metu neatitinka realių poreikių, todėl būtina keisti požiūrį į šių paslaugų teikimą, prieinamumą ir kokybę.

4. Integruotų slaugos ir socialinių paslaugų paciento namuose teikimas Vilniaus miesto VŠĮ Centro poliklinikoje

VŠĮ Centro poliklinika bene vienintelė viešoji įstaiga Vilniaus mieste teikianti integruotas slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialines paslaugas pacientams namuose. VŠĮ Centro poliklinika slaugos paslaugas pacientams namuose pradėjo teikti prieš 12 metų, kai tuometinėje Naujamiesčio poliklinikoje (šiuo metu VŠĮ Centro poliklinikos Naujamiesčio Pirminės asmens sveikatos priežiūros centre (toliau – PASPC) buvo įkurtas specializuotas Slaugos centras, kuriame dirbo kvalifikuoti bendruomenės slaugytojai ir, kuriuo siekta efektyviau teikti sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinti paslaugų tęstinumą, prieinamumą bei kokybę pacientams namuose, kurie dėl negalios ar sveikatos būklės negalėjo patys atvykti į gydymo įstaigą.

VŠĮ Centro poliklinika nuo 2009 m. pradėjo teikti ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas pacientams namuose. Slaugos centre buvo suburta paliatyviosios pagalbos komanda, kurią sudarė paliatyviosios pagalbos gydytojas, paliatyviosios pagalbos slaugytojai bei socialinis darbuotojas, tad Slaugos centras buvo pavadintas Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinika (SPMSPK). 2010 m. komanda papildyta nauju nariu – slaugytojo padėjėju.

2011 m. reglamentuoti SPMSPK uždaviniai ir funkcijos, teisės ir pareigos, darbo organizavimo tvarka bei atsakomybė. Iškeliamas SPMSPK veiklos tikslas – pagerinti pacientų ir jų artimųjų gyvenimo kokybę, išsaugoti pacientų savarankiškumą gyvenamojoje aplinkoje, skatinti jų savirūpą, užtikrinti kokybiškų paliatyviosios pagalbos, slaugos bei socialinių paslaugų teikimą paciento namuose. Įgyvendinant šį tikslą SPMSPK specialistai teikia savalaikes ir kokybiškas slaugos paslaugas pacientams namuose, kurie dėl sveikatos sutrikimų negali atvykti į asmens sveikatos priežiūros įstaigą šioms paslaugoms gauti; organizuoja ir teikia savalaikes ir kokybiškas paliatyviosios pagalbos paslaugas pacientams namuose, kuriems yra diagnozuota ir teisės aktų nustatyta tvarka patvirtinta pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojanti liga; teikia socialinio darbuotojo paslaugas paliatyviems pacientams bei kitiems SPMSPK slaugytojų namuose prižiūrimiems pacientams.

SPMSPK teikiamas paslaugas galimas suskirstyti į slaugos, socialines paslaugas bei paliatyviosios pagalbos paslaugas sunkiai sergantiems pacientams jų namuose. Tai gi, galima teigti, kad VŠĮ Centro poliklinika sėkmingai įgyvendina ne tik Lietuvos teisės aktus, reglamentuojančius integruotų, pacientų poreikius atitinkančių paslaugų teiki-

mą, bet ir PSO rekomendacijas integruotų paslaugų teikimui, kai pacientui yra užtikrinamos tęstinės asmens sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos, pasikeitus sveikatos būklei ar grįžus iš stacionarių gydymo įstaigų.

VšĮ Centro poliklinikoje siekiant įvertinti integruotų sveikatos ir socialinių paslaugų efektyvumą, 2011 metų rugsėjo – spalio mėnesiais buvo atliktas poliklinikos darbuotojų ir namuose paslaugas gaunančių pacientų bei jų artimųjų nuomonės tyrimas. Siekiant užtikrinti, kad visi pacientai, nuolat gaunantys slaugos paslaugas namuose, turėtų vienodas galimybes patekti į imtį, taikyta paprastoji atsitiktinė pacientų atranka, pagal abėcėlę sudarius visų namuose paslaugas gaunančių pacientų vardinių sąrašą. Tam tikslui iš intervalo 0-10 atsitiktiniu būdu buvo pasirinktas sveikas skaičius. Nustatytas konkretus pacientas, kurio registracijos eilės numeris vardiniame sąraše sutampa su tuo skaičiumi. Kiti pacientai buvo identifikuojami pridėjus prie pradinio numerio 10, 20, 30 ir t. t.⁷⁹¹⁹Tyrimo metu buvo apklausta 150 pacientų ir/ar jų artimųjų.

Tyrimo metu buvo siekta apklausti visus poliklinikos darbuotojus, teikiančius paslaugas pacientams namuose – iš viso buvo išdalintas 181 klausimynas. Klausimynų grįžtamumas sudarė 95 proc. nuo visų išdalintų klausimynų. Apklausti 173 darbuotojai, teikiantys pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei lankantys pacientus namuose: šeimos gydytojai, terapeutai, gydytojai chirurgai, su jais komandoje dirbantys bendrosios praktikos slaugytojai bei SPMSPK darbuotojai.

Apklausų metų gautų duomenų analizė atlikta pasinaudojus SPSS v.19 programiniu paketu. Anketinių duomenų apdorojimui šio paketo aplinkoje buvo sukurtos 2 duomenų bazės: pacientų ir darbuotojų. Nustačius nenormaliuosius skirstinius, analizėje naudoti neparametriniai kriterijai: atsakymų dažnio pasiskirstymo skirtumui tarp diskrečių požymių statistiniam reikšmingumui įvertinti pasirinktas neparametrinis kriterijus Pirsono Chi-kvadratas (χ^2), ranginiai duomenys analizuoti Mann'o ir Whitney U (M-W), daugiau negu dviems nepriklausomoms imtims palyginti naudotas Kruskal'o ir Wallis'o H testas. Gauti rodikliai laikyti statistiškai reikšmingais, kai $p < 0,05$.

4.1. Integruotų slaugos ir socialinių paslaugų paciento namuose teikimo Vilniaus miesto VšĮ Centro poliklinikoje tyrimo rezultatai

Tyrimo iš viso dalyvavo 150 pacientų: 41,3 proc. moterų ir 58,7 proc. vyrų. Apklausti 29,3 proc. pacientų ir 70,7 proc. pacientų artimųjų, kurie nuolat prižiūri savo artimąjį namuose. Dauguma apklaustųjų buvo nuo 80 m. iki 97 m. amžiaus (46,0 proc.).

Tyrimo dalyvavo 173 Centro poliklinikos darbuotojai, teikiantys asmens sveikatos priežiūros paslaugas: 41,6 proc. dirbo Centro poliklinikos Naujamiesčio PASPC, 20,2 proc. Lukiškių PASPC, 15,6 proc. Senamiesčio PASPC, 13,9 proc. Vytenio PASPC. 8,7 proc. visų apklaustųjų sudarė SPMSPK darbuotojai. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal užimamas pareigas: 59,5 proc. – slaugytojai, 40,5 proc. – šeimos ir vidaus ligų gydytojai. Dauguma apklaustųjų poliklinikos darbuotojų (62,4 proc.) nurodė, kad lanko savo pacientus namuose, 14,5 proc. darbuotojų nurodė, kad pacientų

19 Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex, 2002.

namuose nelanko, o 23,1 proc. nurodė, kad namuose jų pacientus prižiūri tik SPMSPK specialistai.

Vertinant apklausoje dalyvavusių pacientų ir jų artimųjų atsakymus į klausimą, kaip jie vertina namuose gaunamų slaugos paslaugų kokybę, nustatyta, kad dauguma respondentų slaugos paslaugų kokybę vertina labai gerai (73,3 proc.) ir gerai (24,7 proc.). Tik 2 proc. apklausoje dalyvių slaugos paslaugų, gaunamų namuose, kokybę vertina patenkinamai. Pastebėta, kad skiriasi respondentų slaugos paslaugų kokybės vertinimas, 1 lentelėje analizuojant atsakymus pagal slaugytojos apsilankymų pas pacientą dažnumą (Kruskal'o ir Wallis'o $\chi^2 = 16,422$, $df=5$, $p=0,006$). Nustatyta, kad respondentai, kuriuos slaugytoja namuose lankydavo kiekvieną dieną, slaugos paslaugų kokybę buvo linkę vertinti blogiau, nei respondentai, kuriuos slaugytoja lankydavo kelis kartus per savaitę ($M-W = 164,0$, $p=0,001$), kelis kartus per mėnesį ($M-W = 195,5$, $p=0,022$) ar vieną kartą per mėnesį ($M-W = 71,0$, $p=0,014$).

1 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą, kaip vertina gaunamų slaugos paslaugų kokybę, pasiskirstymas

Lanko slaugytoja namuose		Kaip vertinate slaugos paslaugų kokybę			Iš viso
		patenkinamai	gerai	labai gerai	
kiekvieną dieną	N	1	6	4	11
	%	9,10%	54,50%	36,40%	100,00%
kelis kartus per savaitę	N	0	10	47	57
	%	0,00%	17,50%	82,50%	100,00%
kelis kartus per mėnesį	N	1	15	40	56
	%	1,80%	26,80%	71,40%	100,00%
vieną kartą per mėnesį	N	0	5	18	23
	%	0,00%	21,70%	78,30%	100,00%
vieną kartą per metus	N	1	0	0	1
	%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
niekada	N	0	1	1	2
	%	0,00%	50,00%	50,00%	100,00%
Iš viso	N	3	37	110	150
	%	2,00%	24,70%	73,30%	100,00%

*Kruskal'o ir Wallis'o $\chi^2 = 16,422$, $df=5$, $p=0,006$
 Lyginant respondentų atsakymus, kai slaugytoja lanko kiekvieną dieną ir kelis kartus per savaitę $M-W = 164,0$, $p=0,001$ Lyginant respondentų atsakymus, kai slaugytoja lanko kiekvieną dieną ir kelis kartus per mėnesį $M-W = 195,5$, $p=0,022$
 Lyginant respondentų atsakymus, kai slaugytoja lanko kiekvieną dieną ir vieną kartą per mėnesį $M-W = 71,0$, $p=0,014$*

Toks vertinimo skirtumas galėjo atsirasti todėl, kad respondentai, kuriuos slaugytoja lankė kiekvieną dieną, buvo sunkūs ligoniniai, kuriems dėl sudėtingų ligos simptomų gal būt buvo reikalinga papildoma priežiūra, kurios namuose slaugytoja, pagal šiuo metu galiojančius teisės aktus, negalėjo suteikti (pvz. pacientui ir jo šeimos nariams reikėjo ilgalaikės slaugytojo priežiūros visą dieną ar naktį).

Dauguma respondentų galimybę susisiekti su namuose prižiūrinčia slaugytoja vertina labai gerai (80,7 proc.) ir gerai (18,7 proc.). Tik 0,7 proc. apklaustųjų galimybę susisiekti su slaugytoja vertino patenkinamai. Tokie geri vertinimai gali būti siejami su tuo, kad visos slaugos paslaugas pacientams namuose teikiančios slaugytojos yra aprūpintos tarnybiniais mobiliais telefonais, kurių numerius turi palikti pacientams bei jų artimiesiems, kad esant poreikiui jie galėtų susisiekti su namuose prižiūrinčia slaugytoja. Be to slaugytojoms kompensuojamos telefono išlaidos, kai jos skambina namuose prižiūrimiems pacientams.

Analizuojant apklausos dalyvių lūkesčius, susijusius su slaugos paslaugų namuose teikimo dažnumu, nustatyta, kad apklaustųjų lūkesčiai statistiškai reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo slaugytojos apsilankymų paciento namuose reguliarumo (Kruskal'o ir Wallis'o $\chi^2 = 55,714$, $df=5$, $p=0,0001$). Tai labiausiai priklausė nuo to, kad apklaustieji, kuriuos slaugytoja namuose lankydavo dažniau, lyginant su tais respondентаis, kuriuos slaugytoja namuose lankydavo rečiau, dažniau nurodė, kad slaugytojos paslaugų jiems reikia kiekvieną dieną ar kelis kartus per savaitę (2 lentelė).

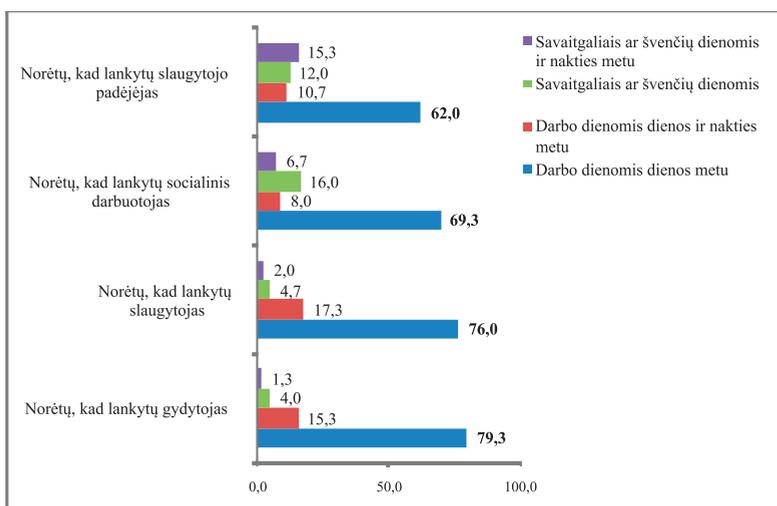
2 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą, kaip dažnai norėtų, kad namuose pacientą lankytų slaugytojas, vertinant atsakymus pagal slaugytojo apsilankymo reguliarumą

Lanko slaugytojas		Norėtų, kad lankytų slaugytojas				Iš viso
		kiekvieną dieną	1-2 kartus per savaitę	3-4 kartus per savaitę	kelis kartus per mėnesį	
kiekvieną dieną	N	8	2	1	0	11
	%	72,73%	18,18%	9,09%	0,00%	100,00%
kelis kartus per savaitę	N	4	38	14	1	57
	%	7,02%	66,67%	24,56%	1,75%	100,00%
kelis kartus per mėnesį	N	1	24	10	21	56
	%	1,79%	42,86%	17,86%	37,50%	100,00%
vieną kartą per mėnesį	N	0	4	0	19	23
	%	0,00%	17,39%	0,00%	82,61%	100,00%
vieną kartą per metus	N	0	0	0	1	1
	%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
niekada	N	1	0	0	1	2
	%	50,00%	0,00%	0,00%	50,00%	100,00%
Iš viso	N	14	68	25	43	150
	%	9,33%	45,33%	16,67%	28,67%	100,00%
Kruskal'o ir Wallis'o $\chi^2 = 55,714$, $df=5$, $p= 0,0001$						

Lyginant atsakymus, kai slaugytoja pacientą lanko kiekvieną dieną ir, kai lanko kelis kartus per savaitę $M-W = 111,0, p=0,0001$; Lyginant atsakymus, kai slaugytoja pacientą lanko kiekvieną dieną ir, kai lanko kelis kartus per mėnesį $M-W = 60,0, p=0,0001$; Lyginant atsakymus, kai slaugytoja pacientą lanko kelis kartus per savaitę ir, kai lanko kelis kartus per mėnesį $M-W = 961,5, p=0,0001$; Lyginant atsakymus, kai slaugytoja pacientą lanko kelis kartus per savaitę ir, kai lanko vieną kartą per mėnesį $M-W = 145,5, p=0,0001$; Lyginant atsakymus, kai slaugytoja pacientą lanko kelis kartus per mėnesį ir, kai lanko vieną kartą per mėnesį $M-W = 371,5, p=0,001$

Analizuojant respondentų lūkesčius susijusius su socialinio darbuotojo teikiamų paslaugų dažnumu paciento namuose, nustatytas skirtumas tarp skirtingo amžiaus respondentų lūkesčių (Kruskal'o ir Wallis'o $\chi^2 = 8,653, df=2, p= 0,013$) – jaunesni respondentai, lyginant su vyresniais respondentai, nurodė, kad socialinio darbuotojo paslaugos jiems būtų reikalingos kelis kartus per mėnesį ar kelis kartus per metus, tuo tarpu vyresni respondentai norėjo, kad socialinis darbuotojas paslaugas namuose teiktų kelis kartus per savaitę.

Apklaustieji (79,3 proc.) gydytojo vizitų namuose norėtų darbo dienomis dienos metu. Tik nedidelė dalis respondentų nurodė, kad jiems gydytojo paslaugos būtų reikalingos nakties metu, savaitgaliais ir švenčių dienomis. 76,0 proc. respondentų norėtų, kad slaugytoja juos lankytų darbo dienomis dienos metu. 17,3 proc. apklausos dalyvių norėtų slaugos paslaugų darbo dienomis dienos ir nakties metu. Socialinio darbuotojo paslaugų namuose respondentų tikisi taip pat darbo dienomis dienos metu (69,3 proc.), tačiau 16,0 proc. apklaustųjų norėtų, kad socialinio darbuotojo paslaugos būtų prieinamos ir savaitgaliais bei švenčių dienomis. 62,0 proc. apklaustų pacientų ir jų artimųjų norėtų, kad slaugytojo padėjėjas namuose juos prižiūrėtų darbo dienomis dienos metu, tačiau 15,3 proc. nurodė, kad slaugytojo paslaugų jiems reikėtų ir savaitgaliais ar švenčių dienomis dienos ir nakties metu (1 pav.).



1 pav. Respondentų atsakymų į klausimus, kokiomis dienomis ir kuriuo paros metu norėtų gauti sveikatos priežiūros specialistų paslaugas (proc.)

Nagrinėjant apklaustųjų lūkesčius, susijusius su slaugytojo paslaugų teikimu namuose, nustatyta, kad atsakymai į klausimą, kuriuo laiku pageidautų gauti slaugytojo teikiamas paslaugas, reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo respondento išsilavinimo (Kruskal'o ir Wallis'o $\chi^2 = 25,398$, $df=5$, $p = 0,0001$). Aukštesnio išsilavinimo respondentai, dažniau, nei žemesnio išsilavinimo apklaustieji, nurodė, kad slaugytojo paslaugų jiems reikėtų ne tik darbo dienomis dienos metu, bet ir nakties metu, savaitgaliais ir švenčių dienomis.

Įvertinus darbuotojų, atsakymus į klausimą, kaip šiuo metu vertina pacientams namuose teikiamas slaugos paslaugas, nustatyta, kad 9,2 proc. apklaustų asmens sveikatos priežiūros specialistų slaugos paslaugas pacientams namuose įvertino neigiamai, 33,5 proc. – vidutiniškai, o daugiau nei pusę (57,2 proc.) – įvertino gerai. Nustatyta, kad gydytojai lyginant su slaugytojais ($\chi^2 = 22,261$, $df=2$, $p = 0,0001$) skirtingai vertino slaugos paslaugas teikiamas pacientams namuose: net 20,0 proc. apklaustų gydytojų slaugos paslaugas vertino neigiamai, kai tuo tarpu taip manančių slaugytojų buvo tik 1,9 proc. Slaugos paslaugų namuose vertinimas statistiškai reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo darbuotojo darbo vietos (Kruskal'o ir Wallis'o $\chi^2 = 34,857$, $df=4$, $p = 0,0001$) (3 lentelė). Naujamiesčio PASPC dirbantys darbuotojai, kurių pacientus jau daugiau nei dešimt metų namuose prižiūri SPMSPK specialistai, lyginant su kitų filialų (Lukiškių ($M-W = 901,0$, $p=0,015$) ir Senamiesčio ($M-W = 505,5$, $p=0,0001$) darbuotojais, buvo linkę geriau vertinti slaugos paslaugas, teikiamas pacientams namuose. Taip pat pastebėta, kad Lukiškių PASPC darbuotojai, kurių pacientus SPMSPK darbuotojai namuose prižiūri nuo 2011 m. gegužės mėn., lyginant su kitų filialų darbuotojais (Senamiesčio ($M-W = 131,0$, $p=0,0001$) bei Vytenio filialo darbuotojais ($M-W = 278,0$, $p=0,025$), slaugos paslaugas teikiamas pacientams namuose vertino daug geriau. Nustatyta, kad slaugos paslaugas teikiamas pacientams namuose daug geriau vertino patys SPMSPK darbuotojai, lyginant su Senamiesčio ($M-W = 35,5$, $p=0,0001$) ir Vytenio PASPC darbuotojais ($M-W = 111,5$, $p=0,0001$). Galima daryti prielaidą, kad perdavus visų poliklinikos pacientų priežiūrą namuose specializuoto poliklinikos skyriaus (SPMSPK) darbuotojams, slaugos paslaugos bus vertinamos geriau nepriklausomai nuo darbuotojo darbo vietos.

Nustatyta, kad slaugos paslaugų, teikiamų pacientams namuose, vertinimas reikšmingai skyrėsi, priklausomai nuo ar darbuotojai patys namuose lankė savo pacientus (Kruskal'o ir Wallis'o $\chi^2 = 7,807$, $df=2$, $p = 0,02$) – pastebima, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai, kurių pacientus namuose prižiūrėjo SPMSPK darbuotojai, slaugos paslaugas teikiamas namuose vertino daug geriau.

3 lentelė. Poliklinikos darbuotojų atsakymų į klausimą, kaip šiuo metu vertina slaugos paslaugas, teikiamų pacientams namuose, pasiskirstymas pagal darbuotojų darbo vietą

			Kaip vertinate slaugos paslaugas, teikiamas pacientams namuose			Iš viso
			neigiamai	vidutiniškai	gerai	
Poliklinikos PASPC	Naujamesčio	N	7	21	44	72
		%	9,7%	29,2%	61,1%	100,0%
	Lukiškių	N	0	8	27	35
		%	,0%	22,9%	77,1%	100,0%
	Senamesčio	N	7	16	4	27
		%	25,9%	59,3%	14,8%	100,0%
	Vytenio	N	2	11	11	24
		%	8,3%	45,8%	45,8%	100,0%
	SPMSPK	N	0	2	13	15
		%	,0%	13,3%	86,7%	100,0%
	Iš viso	N	16	58	99	173
		%	9,2%	33,5%	57,2%	100,0%

Kruskalo ir Walliso $\chi^2 = 34,857$, $df=4$, $p = 0,0001$; Lyginant Naujamesčio ir Lukiškių filialo darbuotojų atsakymus $M-W = 901,0$, $p=0,015$; Lyginant Naujamesčio ir Senamesčio filialo darbuotojų atsakymus $M-W = 505,5$, $p=0,0001$; Lyginant Lukiškių ir Senamesčio filialo darbuotojų atsakymus $M-W = 131,0$, $p=0,0001$; Lyginant Lukiškių ir Vytenio filialo darbuotojų atsakymus $M-W = 278,0$, $p=0,025$; Lyginant Senamesčio ir Vytenio filialo darbuotojų atsakymus $M-W = 216,0$, $p=0,039$; Lyginant Senamesčio ir SPMSPK darbuotojų atsakymus $M-W = 35,5$, $p=0,0001$; Lyginant Vytenio ir SPMSPK darbuotojų atsakymus $M-W = 111,5$, $p=0,0001$

5. Rezultatų aptarimas

R. Jurkuvienė ir S. Audronytė 2007 m., nagrinėdamos Kauno mieste gyvenančių lėtinėmis ligomis sergančių pagyvenusių žmonių poreikius gauti jiems būtinas paslaugas (tiek sveikatos priežiūros, tiek socialines) namuose²⁰, nustatė kad 85 proc. ištirtų asmenų negauna jokių paslaugų namuose, tik 2 proc. respondentų namuose lankė slaugytojas ir tik vienas žmogus sulaukė socialinio darbuotojo paslaugų. Mūsų tyrimas parodė, kad poliklinika siekia, kad lėtinėmis ligomis sergantys pacientai namuose gautų visokeriopą pagalbą – gydytojo, slaugytojo, slaugytojo padėjėjo bei socialinio darbuotojo paslaugas.

Mokslininkai nustatė, kad asmens sveikatos priežiūros specialistų betarpiškas bendravimas su pacientais, turi didelės įtakos paciento pasitenkinimui gaunamomis paslaugomis. Tyrimų duomenys parodė, jog vienas iš labai reikšmingų veiksnių, turin-

20 Jurkuvienė R., Audronytė S. Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis. Sveikatos mokslai 2007; 5:1191-97.

tis didelės įtakos priežiūros kokybės vertinimui, yra slaugytojų skiriamas laikas ligoniui bei suteikiama informacija.²¹

2011 m. tyrimo metu, įvertinus VšĮ Centro poliklinikos darbuotojų nuomonę apie pacientams namuose teikiamas slaugos paslaugas, jų kokybę ir prieinamumą įvertino gerai. Gydytojai, lyginant su slaugytojais, kritiškiau vertino slaugos paslaugas pacientams namuose. Slaugos paslaugų namuose vertinimas statistiškai reikšmingai skyrėsi priklausomai nuo darbuotojo darbo vietos. Šis skirtumas labiausiai priklausė nuo to, kad PASPC, kurių pacientus namuose prižiūri specializuotos slaugos klinikos (SPMSPK) specialistai, darbuotojai buvo linkę geriau vertinti slaugos paslaugas, jų kokybę bei prieinamumą pacientams namuose. Lyginant mūsų tyrimo metu gautus darbuotojų apklausos duomenis su 2010 m. darbuotojų apklausos duomenimis, nustatyti nuomonių skirtumai buvo labai panašūs.²² Ir 2011 m., ir 2010 m. nustatyta, kad darbuotojai, kurių pacientus namuose prižiūrėjo kvalifikuoti SPMPSK darbuotojai, geriau vertino slaugos paslaugas, jų kokybę bei prieinamumą pacientams namuose.

Apibendrinus galime teigti, kad pacientams, slaugomiems namuose reikalingos visokeriopos paslaugos, užtikrinančios nepertraukiamą pacientų priežiūrą. Pastebima, paslaugas gaunantys asmenys ir šias paslaugas teikiantys specialistai mano, kad pacientui, sergančiam lėtinėmis ligomis, geriausia būti savo namuose, tačiau būtina užtikrinti ir kitokių paslaugų prieinamumą, kuriomis pacientas galėtų naudotis pasikeitus sveikatos būklei ar šeimyninėms aplinkybėms. Pastebima, kad paslaugas namuose teikiančių asmens sveikatos priežiūros specialistų nuomonė dėl paslaugų, teikiamų namuose keičiasi – gydytojai labiau pasitiki slaugos personalu, kuris kvalifikuotai gali teikti sveikatos priežiūros paslaugas pacientams namuose, taip užtikrinant, kad gydytojo paslaugos būtų teikiamos tik tada, kai jų pacientui tikrai reikia. Taip pat, pastebima, kad specialistai vis dažniau nurodo, kad tokių paslaugų pacientui reikia ne tik darbo dienomis dienos metu, bet ir savaitgaliais, švenčių dienomis bei naktį. Nustatyta, kad VšĮ Centro poliklinikos politika šiuo klausimu yra tendencinga, nukreipta paciento priežiūros namuose kokybės užtikrinimui ir gerinimui – siekiama, kad sveikatos priežiūros paslaugas bei kitas pacientui būtinas paslaugas namuose, teiktų aukštos kvalifikacijos specialistų komandą, kurią sudaro slaugytojai, slaugytojo padėjėjai, socialiniai darbuotojai bei gydytojai, o pačios paslaugos užtikrintų pacientų poreikius ir lūkesčius.

Išvados

1. Remiantis literatūros analize, paaiškėjo, kad šalyse, kuriose pirminė asmens sveikatos priežiūra organizuota komandiniu gydytojo, slaugytojo, socialinio darbuotojo ir kitų specialistų darbu, pacientams įvairiapusių paslaugų prieinamumas buvo geresnis. Tuo tikslu steigiamos specializuotos slaugos klinikos arba buriamos profesionalų komandos, kurių veiklą, organizuojant ir teikiant pacientams reikalingas paslaugas

21 Luneckaitė Ž., Jakušovaitė I. Veiksnių, turinčių įtakos paliatyviosios priežiūros kokybei, vertinimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2008;tomas XII(Nr.10):648-57.

22 Šileikaitė S., Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų pacientų namuose kokybės įvertinimas ir pacientų lūkesčiai. Vilniaus miesto Centro poliklinikos asmens sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų nuomonės įvertinimas. Sveikatos mokslai 2011;21(6):25-35.

namuose, koordinuoja pacientą prižiūrintis slaugytojas – toks paslaugų organizavimas, suteikia geresnių paciento gydymo bei priežiūros rezultatų, lyginant su tradiciniu tik gydytojo priežiūros modeliu.

2. Lietuvoje patvirtinti teisės aktai leidžia teikti integruotas slaugos ir socialines paslaugas pacientams namuose, tačiau šios paslaugos teikiamos skirtingų institucijų, dėl to Lietuvoje paslaugų planavimas vyksta fragmentuotai, sudėtingas jų organizavimas bei sprendimų priėmimas, apsunkintas bendradarbiavimas bei informacijos sklaida.

3. Pacientai, nepaisant sveikatos būklės, nori likti savo namuose ir gauti ilgalaikes slaugos paslaugas namuose. Pacientai ir jų artimieji pasitiki namuose prižiūrinčiais specialistais (slaugytojais, socialiniais darbuotojais) ir labai gerai vertina teikiamų paslaugų kokybę.

4. Nustatyta, kad poliklinikos gydytojai ir slaugytojai, kurių pacientus namuose prižiūrėjo specializuotos slaugos klinikos (SPMSPK) specialistai, geriau vertino slaugos paslaugas, jų kokybę bei prieinamumą pacientams namuose. Dauguma apklaustų poliklinikos asmens sveikatos priežiūros specialistų, nepriklausomai nuo darbo vietos, nurodė, kad paslaugas pacientams namuose turėtų teikti specializuotos slaugos klinikos darbuotojai.

5. Nustatyta, kad VŠĮ Centro poliklinikoje įsteigus specializuotą skyrių, teikiančią pacientų priežiūrą namuose paslaugas, pacientams šios paslaugos tapo labiau prieinamos, o gydytojai labiau pasitiki specializuoto skyriaus slaugytojomis bei kitais specialistais ir jiems perduoda paciento priežiūrą namuose. Galima teigti, kad integruotas sveiktos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo organizavimas VŠĮ Centro poliklinikoje, pagerino paslaugų, teikiamų paciento namuose, kokybę ir padidino poliklinikos darbuotojų motyvaciją, teikti visokeriopus paslaugas paciento namuose.

Rekomendacijos

Sveikatos, tuo pačiu slaugos, ir socialinių paslaugų bendro, integruoto teikimo paciento namuose patirtis Lietuvoje nauja, neišanalizuota sritis, todėl prielaidos šių paslaugų teikimui reikalingos visais lygmenimis: politiniu, sisteminiu ir organizaciniu.

Įvertinę tarptautinę patirtį, Lietuvos teisės aktus, reglamentuojančius slaugos ir socialinių paslaugų teikimą pacientams namuose bei įvertinę VŠĮ Centro poliklinikos pacientų ir darbuotojų nuomonę dėl slaugos ir socialinių paslaugų namuose teikimo, siekiant sukurti integruotą sveikatos ir socialinių paslaugų modelį, užtikrinantį visokeriopą paciento priežiūrą namuose, siūlome:

1. Nacionaliniu lygmeniu sistemingai, nuosekliai planuoti slaugos ir socialinių paslaugų teikimą pacientams namuose, numatyti šių paslaugų plėtros planą, ekonominio efektyvumo bei poveikio sveikatai rodiklių vertinimą. Skatinti slaugos plėtrą Lietuvoje, nustatant konkrečių slaugos paslaugų ir procedūrų įkainius, bei plėsti slaugytojų kompetencijas organizuojant, teikiant bei koordinuojant integruotą paslaugų teikimą pacientams namuose.

2. Reglamentuoti teisinę bazę taip, kad už slaugos ir socialinių paslaugų teikimą namuose bei šių paslaugų kokybės priežiūrą būtų atsakingos savivaldybės, kadangi šiuo metu jos koordinuoja socialinių paslaugų teikimą pacientų namuose bei yra daugelio PAASP įstaigų steigėjos. Perdavus funkcijas savivaldybėms būtų paprastesnis paslaugų planavimas, paslaugos būtų teikiamos nefragmentuotai, būtų užtikrinamas paslaugų tęstinumas bei informacijos sklaida.

3. Paslaugų finansavimą reglamentuoti „paciento krepšelio“ principu, nustatant realius paslaugų įkainius, t. y. įvertinus konkretaus paciento poreikius, „paciento krepšeli“ panaudoti slaugos, socialinės priežiūros arba integruotoms slaugos ir socialinių paslaugoms. Paslaugų teikėjams mokėti už pacientui suteiktų paslaugų skaičių, jų sudėtingumą, trukmę, taip skatinant paslaugų kokybę, konkurenciją tarp slaugas teikiančių įstaigų, bei užtikrinant paslaugų plėtrą.

4. Pacientams prižiūrimiems namuose dažniausiai būna reikalingos sveikatos priežiūros paslaugos ir tik tada socialinės paslaugos, todėl siūlome PAASP įstaigose kurti slaugos ir socialinių paslaugų padalinius, kurių lyderiais ir paslaugų koordinatooriais būtų slaugytojai.

Literatūra

1. Commission of the European Communities. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013. COM(2007) 630 final. Brussels, 2007. Žiūrėta 2012-01-26. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf. 10-23-2007.
2. WHO. Technical Brief No. 1 2008. Integrated Health Services - What and Why? Making health systems work. 2008. Žiūrėta 2012-01-26. Prieiga per internetą: http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf.
3. Erler A, Bodenheimer T, Baker R et al. Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA. *Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundhws.* 2011; 105(8):571-80.
4. Jurkuvienė R., Audronytė S. Lėtinėmis ligomis sergančių senų ir pagyvenusių žmonių integruotų ilgalaikių paslaugų namuose poreikis. *Sveikatos mokslai* 2007;5:1191-97.
5. Jurkuvienė R., Mickevičiūtė A. Paliatyviosios pagalbos sunkiai sergantiems pacientams poreikis Kauno mieste. *Sveikatos mokslai* 2007;5:1184-91.
6. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Filipavičiūtė R. et al. Gyvenimo kokybės prognozavimo galimybė senstančioje visuomenėje. *Gerontologija* 2010;11(3):141-47.
7. Kanopienė V., Mikulionienė S. Gyventojų senėjimas ir jo iššūkiai sveikatos apsaugos sistemai. *Gerontologija* 2006;7(4):188-200.
8. Karlberg I. Sweden. In: Nolte E., McKee M., Knai C., editors. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries.* EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:115-30.
9. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J.Integr.Care* 2002;2:e12.
10. Lietuvos statistikos departamentas. Demografiniai pokyčiai Lietuvoje 2001-2010 m. 2011 m. rugpjūčio 10 d. Informacija. Žiūrėta 2012-03-01. Prieiga per internetą: http://www.stat.gov.lt/uploads/docs/Demografiniai_pokyciai_2001_2010.pdf.

11. Lietuvos statistikos departamentas. Socialine apsauga Lietuvoje 2010. Žiūrėta 2012-03-01. Prieiga per internetą: http://www.stat.gov.lt/lt/catalog/list/?cat_y=2&cat_id=3&id=1975.
12. Luneckaitė Ž., Jakušvaitė I. Veiksnių, turinčių įtakos paliatyviosios priežiūros kokybei, vertinimas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2008;tomas XII(Nr.10):648-57.
13. McKee M., Nolte E. The implications for health of European Union enlargement. *BMJ* 2004;328(7447):1025-26.
14. O'Connor S.J. Healthcare delivery. *J. Healthc. Manag.* 2011;56(6):355-56.
15. Regionų ekonominiai pokyčiai. Regioninės politikos atsakas į demografinius iššūkius. Europos Sąjunga 2007. Žiūrėta 2012-01-27. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/demo/demochallenge_lt.pdf.
16. Silva D., Fahey D. England. In: Nolte E., McKee M., Knai C., editors. *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. EU: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008:29-54.
17. Šileikaitė S., Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai* 2011;21(6):131-41.
18. Šileikaitė S., Kudukytė-Gasperė R. Slaugos paslaugų teikimo modernizavimo problemos – Vilniaus miesto Centro poliklinikos patirtis. *Sveikatos mokslai* 2011;21(6):131-43.
19. Ulianskienė R., Vikūnienė O., Hitaitė L. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra. 2006. Žiūrėta 2012-02-28. Prieiga per internetą: http://www.ispcentras.lt/upload/str_paslaugu_poreikis.pdf.

Assessment of nursing and social policy changes in centro out-patient clinics

Renata Kudukytė-Gasperė

Vilnius Centro Out-patient clinics, Lithuania

Danguolė Jankauskienė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Kęstutis Štaras

Mykolas Romeris University, Vilnius Centro Out-patient clinics, Lithuania

Summary

The article is pending problems related with integration of health care, nursing and social care services providing for patients at home. It is assessed that demographical aging determines increasing demands of services for older and disable people, especially demands for home nursing. Also, providing services at patient's home is proven to have positive effect to quality of life for older and disable people and it saves financial resources, dedicated to in-patient services for these patients.

However, in Lithuania dominates institutional model of patient's care, when lonely, disabled people are hospitalized in in-patient health or social care institutions, and demand of out-patient service network is only on development stage in several municipalities of Lithuania.

The aim article: *to evaluate nursing and social care effectiveness in Centro out-patient clinics, providing nursing and social care services at patient's home.*

During the study *the experience of providing integrated nursing and social services for patients at home in European Union and countries outside EU, as well as national legal acts was evaluated. Aiming to measure changes in Centro out-patient clinics, tendencies of activities related*

with providing health and social care services for patients at home were examined. 150 patients and 173 service providers were surveyed in two empirical-sociological surveys. Data analysis made using SPSS v.19. Nonparametric (Pearson's Chi-square, Mann-Whitney U (M-W), Kruskal-Wallis H) tests were used to measure the frequency of distribution, Spearman's correlation (ρ) was used to identify the strength of correlation, and whether the correlation is positive or negative. Statistical significance level used – $p < 0,05$.

Results: It was found the tendency of growth in provided services of home nursing in Centro out-patient clinic 2008 – 2011 ($R^2 = 0,995$). This growth tendency first of all depends from activities by Nursing, palliative medicine and social care clinic. It was estimated, that 73,3 % of patients rated quality of nursing services as very good, however this rating was significantly different depending on the frequency of visits of nurse (Kruskall-Wallis $\chi^2 = 16,422$, $df = 5$, $p = 0,006$). 64,2 % of surveyed employers rated quality of nursing services as very good, however this rating was significantly different depending on service provider (Nursing, palliative medicine and social care clinic specialists or nurse, working with family doctor) (Kruskall-Wallis $\chi^2 = 35,630$, $df = 4$, $p = 0,0001$).

Conclusions: Hereunder the assessment of experience in European Union and countries outside EU can be stated, that specialized nursing clinics, which actions are coordinated by patient's care providing specialist are likely to achieve better results, comparing with traditional model of care provision led only by doctor. This conclusion is also supported in our study, where it was founded that since care activities was taken by Nursing, palliative medicine and social care clinic, the home nursing services became more accessible. Doctors are also more willing to assign home nursing services for Nursing, palliative medicine and social care clinic specialists.

Keywords: integrated care, health care, social care, home care.

Renata Kudukytė-Gasperė, VŠĮ Centro poliklinikos Slaugos, paliatyviosios medicinos ir socialinių paslaugų klinikos vedėja.

Danguolė Jankauskienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto prodekanė, Politikos mokslų katedros profesorė, biomedicinos mokslų daktarė.

Kęstutis Štaras, Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto, Socialinės politikos katedros docentas, Vilniaus VŠĮ Centro poliklinikos direktorius.

Renata Kudukytė-Gasperė, Head of the Nursing, Palliative Medicine and Social Care Clinic, Centro Out-Patient Clinic.

Kęstutis Štaras, Docent at the Department of Social work, Mykolas Romeris University, Director of the Centro Out-Patient Clinic.

Danguolė Jankauskienė, Doctor of Biomedicine, is Vice-dean for Studies at the Faculty of Policy and Management, Professor at the Department of Political Sciences, Mykolas Romeris University.

FARMAKOEPIDEMIOLOGINIŲ IR FARMAKOEKONOMINIŲ TYRIMŲ SVARBA, SKATINANT RACIONALIĄ MAŽOS MOLEKULINĖS MASĖS HEPARINŲ VARTOJIMO POLITIKĄ LIETUVOJE

Gabrielė Kildonavičiūtė

UAB Quintiles, Vadovė klinikinėms operacijoms
Savanorių pr. 349, LT-49425 Kaunas, Lietuva
Telefonas +370-611-24373
Elektroninis paštas: gabriekil@yahoo.com

Vilma Morkūnienė

Kauno Kolegijos, Bendratechninių mokslų katedra
Pramonės pr. 20, LT-50468 Kaunas, Lietuva
Elektroninis paštas: evamorkunas@gmail.com
Telefonas +370 687 34304

Edmundas Kaduševičius

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Fiziologijos ir farmakologijos institutas
Mickevičiaus g. 9, LT-44303 Kaunas, Lietuva
Elektroninis paštas: e610614@yahoo.com

Santrauka

Tyrimo tikslas – skatinti racionalią mažos molekulinės masės heparinų vartojimo politiką, remiantis farmakoekonominių ir farmakoepidemiologinių tyrimų duomenimis. **Metodai** – darbas atliktas panaudojant vaistų suvartojimo tarptautinę PSO ATC/DDD metodiką, farmakoekonominių kaštų mažinimo metodą bei perspektyvinį biomedicininį stebėjimo tyrimą. **Rezultatai** – Heparinų suvartojimas Lietuvoje didėjo nuo 40,12 ADD / 1000 lovadienių 2003 m. iki 309,60 ADD / 1000 lovadienių 2011 m. Bendri heparinų kaštai Lietuvoje didėjo nuo 1088 tūkst. LTL 2003 m. iki 10284 tūkst. LTL 2011 m. Pasirenkant referentine kaina žemiausių vienos Dalteparino apibrėžtos dienos dozės (ADD) kainą (2,75 LTL), kasmet būtų galima racionaliau panaudoti 3218–4679 tūkst. LTL (2008 – 2011 m. duomenys), t. y. heparinų kaštai sumažėtų apie 60%. Tik nedidelei dalei ligonių heparinų efektyvumo ir saugumo monitoringas atitiko tarptautines rekomendacijas. Saugumo laboratorinių tyrimų rezultatai buvo stebimi tik 39,23% visų atveju ($n = 133$) prieš skiriant heparinus ir 53,98% visų atveju ($n = 183$) gydymo metu. **Išvados** – Heparinų suvartojimas ir kaštai Lietuvoje reikšmingai didėjo, tai rodo, jog būtina taikyti farmakoekonominį modelį išlaidoms reguliuoti. Heparinų efektyvumo ir saugumo monitoravimas tik maža apimtimi atitinka tarptautines rekomendacijas, todėl nacionalinės gydymo rekomendacijos ir gydymo auditas turėtų būti prioritetiniai siekiniai skatinant racionalų heparinų vartojimą.

Reikšminiai žodžiai: Mažos molekulinės masės heparinai, farmakoekonomika, referentinė kaina, kaštų mažinimas.

Įvadas

Pastaraisiais metais daugelyje šalių sveikatos priežiūros išlaidos augo daug greičiau nei bendras gerovės lygis, todėl yra nuolat diskutuojama, kaip šį išlaidų augimą reikėtų kontroliuoti. Pateikiamos kelios pagrindinės priežastys, lemiančios nuolatinį išlaidų augimą: bendras gyventojų senėjimas, brangių sveikatos priežiūros technologijų naudojimas, didėjantys gyventojų lūkesčiai dėl geresnės sveikatos priežiūros ir kt. Tačiau išlaidų augimas nėra vienintelis susirūpinimą keliantis klausimas. Kitos problemos yra sveikatos priežiūros nehomogeniškumas, nelygios galimybės naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, optimaliausių sprendimų priėmimas koordinuojant vaistinių preparatų skyrimą pacientams ir t.t. Sprendžiant šiuos uždavinius, sveikatos priežiūros sprendimus priimančioms asmenims labai svarbu sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas bei išlaikyti biudžeto kontrolę^{1,2}.

Sveikatos priežiūros programų ekonominis įvertinimas yra nauja disciplina, ja susidomėjimas pastaraisiais metais gerokai išaugo. Sveikatos priežiūros ekonominis vertinimas (*farmakoekonomika*) yra viena iš plačios disciplinos, vadinamos sveikatos ekonomika, dalių. Sveikatos priežiūros ekonomikos vertinimas yra apibrėžiamas kaip lyginamosios analizės metodas, tiriantis išlaidas ir dviejų ar daugiau alternatyvių intervencijų poveikį sveikatai. Šiame apibrėžime yra svarbūs du elementai – gydymo alternatyvų palyginimas ir dviejų matmenų - išlaidų ir poveikio sveikatai palyginimas³.

Farmakoekonominių sprendimų modeliavimas yra naujas ir efektyvus įrankis, plačiai naudojamas įvairių šalių sprendimus priimančių asmenų ir atitinkamų sveikatos priežiūros institucijų, priimančių sprendimus dėl naujų ir esamų gydymo būdų⁴.

Farmakoekonominių sprendimų modeliai gali būti naudingi įrankiai, atliekant išlaidų mažinimo, išlaidų efektyvumo ir kaštų naudingumo analizes bet kuriame vaistinio preparato tyrimo, vystymo ir prekybos etapuose. Sprendimų analizė pateikia struktūrizuotas schemas, kaip turėtų būti lyginamos gydymo vaistiniais preparatais sąnaudos ir pasekmės.

Sprendimų analizėms dažniausiai yra naudojami klinikinių tyrimų metu surinkti duomenys, kurie yra patikimas informacijos šaltinis apie galimą vaistinių preparatų poveikį. Klinikinių sprendimų modelių pranašumas yra tai, kad jie skatina apsvarstyti

- 1 Kikkert W.J., Piek J.J., de Winter R.J., et al. Guideline adherence for antithrombotic therapy in acute coronary syndrome: an overview in Dutch hospitals. *Netherland Heart Journal*, Vol 18., No. 6., June 2010.
- 2 Pan SY, Pan S, Yu ZL, et al. New perspectives on innovative drug discovery: an overview. *J Pharm Pharm Sci*. 2010; 13(3):450-71.
- 3 Kikkert W.J., Piek J.J., de Winter R.J., et al. Guideline adherence for antithrombotic therapy in acute coronary syndrome: an overview in Dutch hospitals. *Netherland Heart Journal*, Vol 18., No. 6., June 2010.
- 4 Ten pat, Bootman J.L, Townsend R.J, McGham W.F. Introduction to Pharmacoeconomics. Chapter 1. Available at URL://www.hwbooks.com/pharmacoeconomics3ed/chp1.pdf.; Introduction to drug utilization research / WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacological Services. World Health Organization 2003. ISBN 92 4 156234 X; Walley T. Chapter 9. Pharmacoeconomics and Economic Evaluation of Drug Therapies. Available at URL:// http://www.iuphar.org/pdf/hum_67.pdf.

ir aiškiai įvertinti visas įmanomas sąnaudas ir rezultatus. Modelis apibrėžia galimą klinikinio gydymo modeliavimą ir atitinkamų medicinos išteklių naudojimo vertinimą, gydant tam tikras ligas⁵.

Pasinaudojus farmakoekonominių sprendimų metodikomis gali būti sukurti sprendimų modeliai, kurie potencialiai galėtų būti naudojami sveikatos priežiūros sprendimus priimančių asmenų nutarimams dėl išlaidų heparinų grupės preparatams pagrįsti⁶.

Finansiniai sprendimai yra reikšmingi dabartinės medicinos ir farmacijos aplinkoje. Todėl šiuolaikinės farmakoekonominės metodikos, leidžiančios pasirinkti racionaliausią sprendimą medicininiu ir finansiniu aspektu, turėtų būti plačiai naudojamos, siekiant subalansuoti sveikatos priežiūros biudžetus šalyse⁷.

Lietuvoje išlaidos heparinams pastarąjį dešimtmetį reikšmingai didėjo. Remiantis atliktu tyrimu, heparinų išlaidos išaugo daugiau nei devynis kartus per 8 metų laikotarpį, t. y. nuo 1,088 tūkst. Lt 2003 m. iki 10284 tūkst. LTL 2011 m. Tačiau heparinų suvartojimo rodiklis išaugo daugiau nei septynis kartus, nuo 322 tūkst. ADD (apibrėžta dienos dozė) 2003 m. iki 2,307 tūkst. ADD 2011 m. Toks reikšmingas išlaidų ir suvartojimo augimas buvo šio tyrimo objektas.

Vaistinių preparatų suvartojimo mokslinių tyrimų pagrindinis tikslas yra skatinti racionalų vaistų vartojimą visuomenėje. Pirmiausia reikia išsiaiškinti, kaip vaistiniai preparatai yra skiriami ir naudojami. Surikus ir apibendrinus šią informaciją, svarbu inicijuoti diskusiją apie racionalų vaistų vartojimą, o vėliau pasiūlyti priemonių, kurios galėtų pakeisti vaistinių preparatų skyrimo įpročius. Informacija apie praeityje fiksuotus paskyrimus yra labai svarbi atliekant tolesnius tyrimus ir taikant farmakoekonominių sprendimų metodikas⁸.

Heparinai yra dažnai skiriami hospitalizuotiems pacientams, esant įvairioms indikacijoms, prevencijos ir gydymo tikslais, jiems taip pat yra numatytas svarbus vaidmuo daugelyje gydymo schemų. Dėl šių priežasčių racionalus heparinų skyrimas tapo svarbia daugelio sveikatos sutrikimų valdymo dalimi. Tinkamas ir racionalus heparinų skyrimas, turėtų teigiamos įtakos gydymo rezultatams, taip pat sumažintų nepageidaujamų reakcijų dažnį.

5 Bootman J.L., Townsend R.J., McGham W.F. Introduction to Pharmacoeconomics. Chapter 1. Available at URL://www.hwbooks.com/pharmacoeconomics3ed/chp1.pdf; Introduction to drug utilization research / WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacological Services. World Health Organization 2003. ISBN 92 4 156234 X; Stahl J.E. Modelling methods for pharmacoeconomics and health technology assessment: an overview and guide. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26(2):131-48.

6 *Ibid.*

7 *Ibid.*; Kikkert W.J., Piek J.J., de Winter R.J., et al. Guideline adherence for antithrombotic therapy in acute coronary syndrome: an overview in Dutch hospitals. *Netherland Heart Journal*, Vol 18., No. 6., June 2010; Walley T. Chapter 9. Pharmacoeconomics and Economic Evaluation of Drug Therapies. Available at URL:// http://www.iuphar.org/pdf/hum_67.pdf.

8 Kikkert W.J., Piek J.J., de Winter R.J., et al. Guideline adherence for antithrombotic therapy... in *Netherland Heart Journal*, Vol 18., No. 6., June 2010; Pan SY, Pan S, Yu ZL, et al. New perspectives... 2010; 13(3): 450–71.

Todėl galimai sumažėtų tiesioginiai heparinų kaštai, ir atitinkamai mažėtų išlaidos susijusios su pacientų hospitalizavimu sveikatos priežiūros įstaigose.

Šiuo metu farmakoekonominių sprendimų modeliavimas nėra naudojamas sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvoje. Šio darbo pasiūlyti modeliai galėtų būti taikomi praktikoje, norint geriau kontroliuoti sveikatos priežiūros įstaigų išlaidas mažos molekulinės masės heparinams.

Pasiūlyti farmakoekonominių sprendimų modeliai yra nauji ir dar nėra plačiai taikomi sveikatos priežiūros įstaigose ir institucijose sprendimams dėl išlaidų vaistiniams preparatams pagrįsti.

Pasinaudojus siūlomais metodais būtų galima racionaliau ir efektyviau panaudoti lėšas, skirtas vaistinių preparatų įsigijimui sveikatos priežiūros įstaigose.

Atlikto tyrimo tikslas - remiantis farmakoekonominių ir farmakoepidemiologinių tyrimų duomenimis, skatinti racionalią mažos molekulinės masės heparinų vartojimo politiką Lietuvoje.

1. Tyrimo metodai

1.1. Meta-analizės metodika. Atliekant meta-analizę buvo palyginti mažos molekulinės masės heparinai

(Dalteparinas, Enoksaparinas, Nadroparinas, Bemiparinas ir Tinzaparinas) su nefrakcionuotu heparinu (NFH) pagal jų veiksmingumo ir saugumo parametrus bei gydymo rezultatus.

1.2. Vaistinių preparatų suvartojimo tyrimo metodika. Tyrimo objektas – heparinų pardavimo

duomenys piniginiiais vienetais (didmeninėmis kainomis) ir pakuotėmis nuo 2003 iki 2011 m. Pardavimų duomenys buvo gauti iš visų licencijuotų farmacinių didmeninės prekybos įmonių šalyje.

Visų farmacinių formų heparinai, suvartoti Lietuvos rinkoje nuo 2003 iki 2011 m. buvo įtraukti į vaistinių preparatų suvartojimo analizę. Iš viso buvo įvertinti šeši junginiai, t. y. penki MMMH ir nefrakcionuotas heparinas. Kiekvienas MMMH buvo parduodamas tik vienu prekybiniu pavadinimu, o NFH tiekė trys skirtingi gamintojai, todėl atitinkamai trys prekiniai pavadinimai buvo įvertinti atliekant skaičiavimus. Heparinų suvartojimo tyrime buvo panaudoti duomenys apie 24 farmacinių formų preparatus. Šie įvertinimai apima visus heparinus, suvartotus Lietuvoje per minėtą laikotarpį (*angl. DU100%*).

Anatominėje terapinėje cheminėje (ATC) klasifikacijos sistemoje veikliosios medžiagos yra skirstomos į grupes pagal organų sistemas, kuriose jie veikia ir jų terapines, farmakologines ir chemines savybes. Apibrėžta dienos/paros dozė (ADD) – tai vidutinė palaikomoji vaistinio preparato dozė per dieną suaugusiems. ATC/ADD sistema patogiai priemonė pateikti statistiniams duomenims apie vaistinių preparatų suvartojimą šalyse. Pageidautina, kad vaistinių preparatų suvartojimo skaičiai būtų pateikiami kaip ADD skaičius / 1000 gyventojų / per dieną arba, kai preparatai vartojami ligininėse, kaip ADD skaičius 100 arba 1000 lojadienių⁹.

9 BNF. British National Formulary. Available from URL: <http://bnf.org/bnf/index.htm>; Nilsen EV, Fotis

1.3. Farmakoekonominio tyrimo metodika. Šio farmakoekonominio tyrimo tikslas buvo išanalizuoti mažos molekulinės masės heparinų grupės preparatų suvartojimo tendencijas šalyje ir parengti farmakoekonominių sprendimų modelius, kurie padėtų racionaliau panaudoti lėšas heparinų grupės preparatams Lietuvoje.

Rengiant farmakoekonominių sprendimo modelius, buvo remiamasi referentinių kainų nustatymo metodika bei įgyvendinama išlaidų mažinimo metodika. Mažos molekulinės masės heparinų grupė buvo tinkama išlaidų mažinimo analizei ir referentinės kainos taikymui, nes MMMH pademonstravo terapinį ekvivalentiškumą atliktos meta-analizės metu.

1.4. Prospektyvinio biomedicininio tyrimo metodika. Biomedicininio tyrimo tikslas - ištirti heparinų skyrimo tendencijas vidutinėje antrinio lygio klinikinėje ligo-ninėje šalyje vienerių metų laikotarpiu.

2. Rezultatai

2.1. Heparinų meta-analizės rezultatai. Atliekant meta-analizę buvo vertinamas mažos molekulinės

masės heparinų (Bemiparino, Enoksaparino, Dalteparino, Nadroparino, Tinzaparino) ir nefrakcionuoto heparino efektyvumas ir saugumas bei gydymo baigtys. Pagal šiuos parametrus, visi MMMH buvo pranašesni prieš NFH. Atlikus mažos molekulinės masės heparinų palyginimą, nebuvo nustatytas vienas preparatas, kuris būtų statistiškai reikšmingai pranašesnis prieš kitus tos grupės preparatus. Atsižvelgiant į atliktos meta-analizės rezultatus, mažos molekulinės masės heparinai gali būti laikomi tarpusavyje sukeičiamais preparatais dėl jų farmakologinių savybių ir analogiškų efektyvumo, saugumo rodiklių bei tikėtinų gydymo baigčių¹⁰. Atliktos meta-analizės rezultatai buvo remiamasi, pasirenkant atitinkamą farmakoekonominio modeliavimo metodiką.

2.2. Heparinų suvartojimo tyrimas Lietuvoje

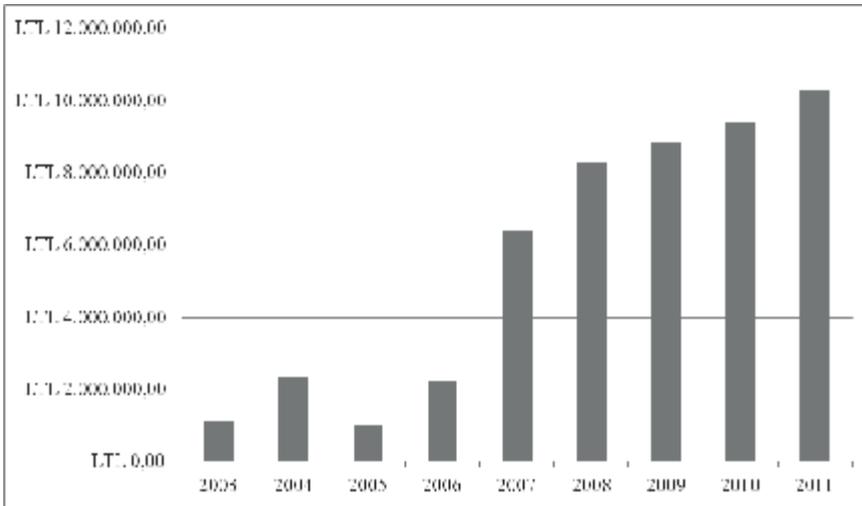
Heparinų suvartojimas Lietuvoje didėjo nuo 322 tūkst. ADD 2003 m. iki 2307 tūkst. ADD 2011 m., t. y. 7,16 karto per devynerių metų laikotarpį. Atitinkamai suvartojimas didėjo nuo 40,12 ADD / 1000 lovdienų 2003 m. iki 309,60 ADD / 1000 lovdienų 2011 m. Didžiausias augimas buvo stebimas 2007 m., kuomet heparinų suvartojimas padidėjo 380 proc., palyginus su 2006 m. rezultatais. Bendri heparinų kaštai Lietuvoje didėjo nuo 1088 tūkst. LTL 2003 m. iki 10284 tūkst. LTL 2011 m., t. y. daugiau nei devynis kartus per devynerių metų laikotarpį. Heparinų kaštai šalyje augo reikšmingai

MA. Developing a model to determine the effects of adverse drug events in hospital inpatients. *Am J Health Syst Pharm* 2007; 64(5): 521-5; RxList. The Internet Drug Index. Available from URL: <http://rxlist.com>; The publication Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment gives further and detailed information about the ATC classification. (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2003; www.whocc.no).

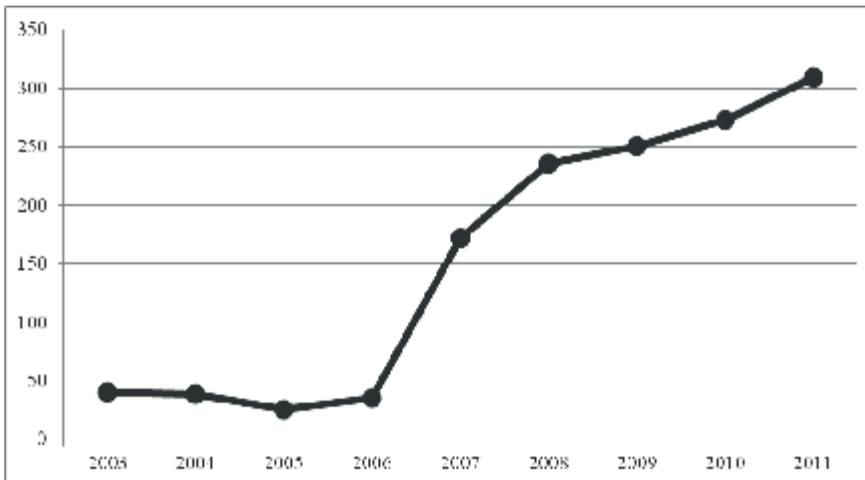
10 Kadusevicius E, Kildonaviciute G, Varanaviciene et al. Low-molecular-weight heparins: pharmacoeconomic decision modeling based on meta-analysis data. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010 Jul; 26(3):272-9.

greičiau nei suvartojimo rodikliai, todėl buvo svarbu nustatyti faktorius, kurie lėmė tokį greitą kaštų augimą, pralenkusį suvartojimo rodiklius. (1 pav. ir 2 pav.).

Atlikus heparinų suvartojimo įvertinimą, buvo nuspręsta toliau nagrinėti heparinų kaštų augimo tendencijas ir atlikti farmakoekonominį tyrimą, kaštų augimui įvertinti.



1 pav. Heparinų kaštų dinamika Lietuvoje 2003–2011 m.



2 pav. Heparinų suvartojimo dinamika Lietuvoje 2003–2011 m. (ADD / 1000 loviadienių).

2.3. Heparinų farmakoekonominis tyrimas. Mažos molekulinės masės heparinai gali būti tarpusavyje pakeičiami pagal jų naudą sveikatai, todėl ši vaistinių preparatų

grupė buvo tinkama kaštų mažinimo analizės atlikimui ir referentinės kainos taikymui¹¹.

Farmakoekonominių sprendimų modeliavimą ir referentinės kainos taikymas heparinų grupėje buvo grindžiamas atliktos meta-analizės rezultatais¹².

Atlikus meta-analizę, buvo nuspręsta pasirinkti kaštų mažinimo metodiką ir taikyti ją heparinų grupės preparatams, atsižvelgiant į jų efektyvumo ir saugumo bei gydymo baigčių panašumus¹³. Farmakoekonominiai skaičiavimai buvo atliekami naudojant heparinų pardavimų Lietuvoje duomenis nuo 2003 m. iki 2011 m. Atlikti skaičiavimai apima visus Lietuvoje naudotus mažos molekulinės masės heparinus (angl. *DU100%*) per minėtą laikotarpį. Paskutinių trejų metų laikotarpis (2008 - 2011 m.) buvo pasirinktas kaip tinkamiausias įgyvendinti referentinės kainos nustatymo metodiką. Per šį laikotarpį nebuvo nustatyta neįprastų suvartojimo ir kaštų augimo tendencijų. Taigi buvo gana stabilus laikotarpis, kuris galėjo tinkamai atspindėti referentinės kainos metodikos taikymo naudą.

Atsižvelgiant į referentinės kainos taikymo metodiką, vieno iš preparatų mažiausia ADD kaina buvo pasirinkta kaip referentinė ir pritaikyta pasirinktai mažos molekulinės masės heparinų grupei. Pagal farmakoekonominius skaičiavimus, Dalteparino ADD kaina buvo mažiausias heparinų grupėje nuo 2008 m. iki 2011 m. Reikia pažymėti, kad Dalteparino vienos ADD kaina buvo apytikriai 50 procentų žemesnė nei kito pigiausio heparino ir maždaug du kartus mažesnė nei brangiausio heparino kaina. Atsižvelgiant į ADD kainų svyravimus per trejų metų laikotarpį, vidutinė Dalteparino vienos ADD kaina buvo naudojami kaštų mažinimo skaičiavimams. Be to, mažiausias Dalteparino vienos ADD kaina buvo fiksuota 2010 m., todėl antrasis kaštų mažinimo etapas buvo pagrįstas žemiausios Dalteparino ADD kainos panaudojimu.

Pasirenkant referentine kaina 4,02 Lt (vidutinė Dalteparino vienos ADD kaina), iš viso būtų galima sutaupyti 1,899 – 3,208 tūkst. Lt kasmet (pagal 2008–2011 m. duomenis). Remiantis išlaidų mažinimo modeliu 2008 – 2011 m., referentinės kainos metodikos įgyvendinimas leistų sumažinti bendras išlaidas MMMH 38,66–47,63%. Šis galimas išlaidų sumažėjimas turėtų būti laikoma reikšmingu, nes faktinės išlaidos heparinų grupės preparatams galėtų būti beveik du kartus mažesnės, jei nuoroda referentinės kainos nustatymo metodika buvo įgyvendinta praktikoje.

11 Avritscher EB, Cantor SB, Shih YC, et al. Cost-minimization analysis of low-molecular-weight heparin (dalteparin) compared to unfractionated heparin for inpatient treatment of cancer patients with deep venous thrombosis. *Support Care Cancer*. 2004 Jul;12(7):531-6. Epub 2004 Feb 21; *Kanavos P, Reinhardt U*. Reference Pricing For Drugs: Is It Compatible With U.S. Health Care? *Health Affairs*, 22, no.3 (2003):16-30; *Martínez-González J, Rodríguez C*. New challenges for a second-generation low-molecular-weight heparin: focus on bemiparin. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2010 May;8(5):625-34; *Staginnus U*. European Pharma industry association (EFPIA) welcomes report on reference pricing. Available at URL://www.healtheconomicblog.com.

12 Kadusevicius E, Kildonavičiute G, Varanavičiene et al. Low-molecular-weight heparins: pharmacoeconomic decision modeling based on meta-analysis data. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010 Jul; 26(3):272-9.

13 *Ibid*.

Pasirenkant referentinę kainą 2,75 Lt (mažiausias Dalteparino vienos ADD kaina), iš viso būtų galima racionaliau panaudoti 3,218 – 4,679 tūkst. Lt kasmet (pagal 2008 – 2011 m. duomenis). Remiantis išlaidų mažinimo modeliu 2008–2011 metams, referentinės kainos metodikos taikymas leistų sumažinti išlaidas heparinams 59,82–69,59%. Šis galimas išlaidų sumažėjimas taip pat turėtų būti laikoma reikšmingu, nes faktinės išlaidos heparinams gali būti sumažintos daugiau nei du kartus, jei nuoroda referentinės kainos nustatymo metodika buvo įgyvendinta praktikoje. (1 lentelė, 2 lentelė, 3 lentelė).

Kaip siūlė 2008–2011 m. kaštų mažinimo modelis, referentinės kainos nustatymo metodikos įgyvendinimas reikšmingai prisidėtų prie tinkamo ir efektyvaus išlaidų valdymo mažos molekulinės masės heparinų grupėje.

1 lentelė. Heparinų suvartojimo ir kaštų pokytis Lietuvoje nuo 2003 m. iki 2011 m.

	Bemiparinas	Dalteparinas	Enoksa- parinas	Nadroparinas	Tinzapa- rinas	NHF	VISO	
2003	Kaštai (Lt)	- Lt	41.620,00 Lt	260.514,00 Lt	483.729,00 Lt	75.544,00 Lt	226.869,00 Lt	1.088.276,00 Lt
	Suvartojimas (ADD)	---	5649	31034	53811	7620	233975	332089
2004	Kaštai (Lt)	- Lt	52.826,00 Lt	142.037,00 Lt	581.020,00 Lt	50.966,00 Lt	201.024,00 Lt	1.027.873,00 Lt
	Suvartojimas (ADD)	---	4983	16490	64714	3680	235282	325149
2005	Kaštai (Lt)	- Lt	79.384,00 Lt	109.538,00 Lt	857.335,00 Lt	- Lt	90.655,00 Lt	1.136.912,00 Lt
	Suvartojimas (ADD)	---	10160	11908	80105	0	108755	210928
2006	Kaštai (Lt)	- Lt	171.366,00 Lt	114.678,00 Lt	1.839.660,00 Lt	- Lt	178.232,00 Lt	2.303.936,00 Lt
	Suvartojimas (ADD)	---	21740	12260	168440	0	81050	283490
2007	Kaštai (Lt)	- Lt	486.041,05 Lt	2.099.463,36 Lt	3.137.551,37 Lt	- Lt	681.834,90 Lt	6.404.890,68 Lt
	Suvartojimas (ADD)	---	98620	330850	359650	0	584661	1373781
2008	Kaštai (Lt)	511.639,72 Lt	769.864,83 Lt	3.010.702,10 Lt	3.291.548,69 Lt	- Lt	772.147,02 Lt	8.355.902,36 Lt
	Suvartojimas (ADD)	58760	157920	476198	395657	0	749958	1838493
2009	Kaštai (Lt)	1.087.386,00 Lt	898.817,00 Lt	4.045.505,00 Lt	2.206.068,00 Lt	- Lt	619.989,75 Lt	8.857.765,75 Lt
	Suvartojimas (ADD)	141795	201840	663436	287080	0	612940	1907091

2010	Kaštai (Lt)	933.055,00 Lt	1.586.553,00 Lt	2.952.496,00 Lt	2.189.751,00 Lt	- Lt	1.733.442,94 Lt	9.395.297,94 Lt
	Suvartojimas (ADD)	148630	576500	492204	398040	0	458463	2073837
2011	Kaštai (Lt)	1.1195.621,47 Lt	2.514.636,70 Lt	3.055.190,91 Lt	2.288.855,52 Lt	- Lt	1.229.159,63 Lt	10.283.464,23 Lt
	Suvartojimas (ADD)	231395	899480	504614	449590	0	221450	2306529

2 lentelė. Heparinų suvartojimo (ADD/1000 lovadienių) ir kaštų dinamika (vienos ADD kaina) Lietuvoje (2003 – 2011)

		Bemiparinas	Dalteparinas	Enoksaparinas	Nadroparinas	Tinzaparinas	NFH	VISO
2003	ADD/1000 lovadienių	----	0,68	3,75	6,50	0,92	28,27	40,12
	Vienos ADD kaina	- Lt	7,37 Lt	8,39 Lt	8,99 Lt	9,91 Lt	0,97 Lt	3,28 Lt
2004	ADD/1000 lovadienių	----	0,60	1,98	7,76	0,44	28,20	38,97
	Vienos ADD kaina	- Lt	10,60 Lt	8,61 Lt	8,98 Lt	13,85 Lt	0,85 Lt	3,16 Lt
2005	ADD/1000 lovadienių	----	1,24	1,45	9,76	----	13,25	25,70
	Vienos ADD kaina	- Lt	7,81 Lt	9,20 Lt	10,70 Lt	- Lt	0,83 Lt	5,39 Lt
2006	ADD/1000 lovadienių	----	2,75	1,55	21,27	----	10,24	35,81
	Vienos ADD kaina	- Lt	7,88 Lt	9,35 Lt	10,92 Lt	- Lt	2,20 Lt	8,13 Lt
2007	ADD/1000 lovadienių	----	12,33	41,38	44,98	----	73,12	171,82
	Vienos ADD kaina	- Lt	4,93 Lt	6,35 Lt	8,72 Lt	- Lt	1,17 Lt	4,66 Lt
2008	ADD/1000 lovadienių	7,54	20,25	61,07	50,74	----	96,19	235,79
	Vienos ADD kaina	8,71 Lt	4,88 Lt	6,32 Lt	8,32 Lt	- Lt	1,03 Lt	4,54 Lt
2009	ADD/1000 lovadienių	18,65	26,55	87,26	37,76	----	80,61	250,82
	Vienos ADD kaina	7,67 Lt	4,45 Lt	6,10 Lt	7,68 Lt	- Lt	1,01 Lt	4,64 Lt
2010	ADD/1000 lovadienių	19,55	75,82	64,73	52,35	----	60,30	272,75
	Vienos ADD kaina	6,28 Lt	2,75 Lt	6,00 Lt	5,50 Lt	- Lt	3,78 Lt	4,53 Lt
2011	ADD/1000 lovadienių	31,06	120,74	67,73	60,35	----	29,72	309,60
	Vienos ADD kaina	5,17 Lt	2,80 Lt	6,05 Lt	5,09 Lt	- Lt	5,55 Lt	4,46 Lt

3 lentelė. Pagal referentinės kainos metodiką perskaičiuoti heparinų kaštai Lietuvoje (2008–2011)

		Bemiparinas	Dalteparinas	Enoksaparinas	Nadroparinas	VISO
Referentinė kana (vienos ADD kaina) - 2,75 Lt						
2008	Pagal referentinę kainą perskaičiuoti kaštai (Lt)	161.590,00 Lt	434.280,00 Lt	1.309.544,50 Lt	1.088.056,75 Lt	2.993.471,25 Lt
	Racionaliau panaudojama kaštų dalis (Lt)	350.049,72 Lt	335.584,83 Lt	1.701.157,60 Lt	2.203.491,94 Lt	4.590.284,09 Lt
Referentinė kana (vienos ADD kaina) - 2,75 Lt						
2009	Pagal referentinę kainą perskaičiuoti kaštai (Lt)	389.936,25 Lt	555.060,00 Lt	1.824.449,00 Lt	789.470,00 Lt	3.558.915,25 Lt
	Racionaliau panaudojama kaštų dalis (Lt)	697.449,75 Lt	343.757,00 Lt	2.221.056,00 Lt	1.416.598,00 Lt	4.678.860,75 Lt
Referentinė kana (vienos ADD kaina) - 2,75 Lt						
2010	Pagal referentinę kainą perskaičiuoti kaštai (Lt)	408.732,50 Lt	---	1.353.561,00 Lt	1.094.610,00 Lt	2.856.903,50 Lt
	Racionaliau panaudojama kaštų dalis (Lt)	524.322,50 Lt	---	1.598.935,00 Lt	1.095.141,00 Lt	3.218.398,50 Lt
Referentinė kana (vienos ADD kaina) - 2,75 Lt						
2011	Pagal referentinę kainą perskaičiuoti kaštai (Lt)	636.336,25 Lt	2.473.570,00 Lt	1.387.688,50 Lt	1.236.372,50 Lt	5.733.967,25 Lt
	Racionaliau panaudojama kaštų dalis (Lt)	559.285,22 Lt	41.066,70 Lt	1.667.502,41 Lt	1.052.483,02 Lt	4.549.496,98 Lt

2.4. Biomedicininio tyrimo rezultatai

Tyrimas buvo atliekamas siekiant ištirti heparinų skyrimo tendencijas vidutinėje antrinio lygio klinikinėje ligoninėje šalyje, kadangi heparinai daugiausiai yra skiriami ir vartojami stacionaro sąlygomis. Atliekant biomedicininį tyrimą, buvo įvertintos 339 pacientų ligos istorijos. Šie pacientai buvo gydomi antrinio lygio klinikinėje ligoninėje nuo 2009 - 2010 m. Šis tyrimas buvo vykdomas kardiologijos, urologijos, vidaus ligų, chirurgijos ir infekcinių ligų ir intensyvios terapijos skyriuose, kur heparinai buvo nuolat skiriami pacientams gydymo ir profilaktikos tikslais.

Svarbiausios pacientų charakteristikos: pacientai dažniau buvo vyrai (n=177; 52,2%); senyvo amžiaus (vidutinis amžius 69,6 m.). Vidutinė hospitalizacijos trukmė buvo 9,6 d., o vidutinė heparinų vartojimo trukmė buvo šiek tiek ilgesnė nei 4 d. (4 lentelė).

4 lentelė. Bendrosios biomedicininio tyrimo pacientų charakteristikos

Bendrosios charakteristikos	Reikšmė
Tyrimo subjektų skaičius	339
Lytis	
Moterys (<i>n ir %</i>)	162 (47,8%)
Vyrai (<i>n ir %</i>)	177 (52,2%)

	Vidurkis, SN	Mediana	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė
Amžius (metai)	69,6 (13,3)	72.0	21	101
Hospitalizacijos trukmė (dienos)	9,6 (9,1)	8.0	1	87
Heparinų vartojimo trukmė (dienos)	4,3 (4,4)	3.0	1	53

Šie heparinai buvo vartojami antrinio lygio klinikinėje ligininėje tyrimo metu: Enoksaparinas (*Clexane*), Nadroparinas (*Fraxiparin*), Dalteparinas (*Fragmin*) ir Bemiparinas (*Zibor*). Kaip buvo nustatyta tyrimo metu, dažniausiai heparinai buvo vartojami VT (venų tromboembolijos) profilaktikai chirurginių intervencijų metu, 39,8% (n = 135) ir nestabilios krūtinės anginos arba miokardo infarkto gydymui, 49,0% (n = 166). Kitų indikacijų pacientų skaičiai buvo reikšmingai mažesni: GVT (giliųjų venų trombozė) - 4,1% (n = 14) ir profilaktika mažai judantiems pacientams 6,5% (n = 22). Dalteparinas buvo dažniausiai vartojamas heparinas, jis buvo skiriamas 70,2% atvejų.

Santykinių kontraindikacijų dažnis buvo 69,0% (n = 234). Dažniausia santykinė kontraindikacija buvo senyvas amžius, t. y. heparinai buvo skiriami vyresniems nei 65 metų amžiaus pacientams.

90,27% visų gydymo baigčių buvo teigiamos (n = 306), t. y. šie pacientai pasveiko. Iš viso, 9,14% gydymo rezultatų buvo neigiami, t. y. mirtis (6,49%, n = 22), nepasveiko (1,77%, n = 6), pasveiko su pasekmėmis (1,47%, n = 5). Dažniausios mirties priežastys buvo GVT (giliųjų venų trombozė) ar PE (plaučių embolija) ir įvairūs širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai.

Bendras nepageidaujamų reakcijų, nurodytų pacientų ligos istorijose, dažnis buvo 13,57%. (n = 46). Šis skaičius nesiskyrė nuo nepageidaujamos reakcijos dažnio, nurodyto gamintojo instrukcijose (preparatų charakteristikų santraukose)¹⁴.

Nepageidaujamų reakcijų raportavimas laiku, užtikrina tinkamą pacientų medicininę priežiūrą, leidžia pateisinti būsimus terapijos pakeitimus ir padeda išvengti nepageidaujamų reakcijų pasikartojimo ateityje^{2,3,8,17}.

Svarbu dar kartą pabrėžti saugumo stebėjimo svarbą, skiriant heparinus pacientams. Stebėjimas ypač svarbus, kai heparinus vartoja pacientai, kuriems heparinai skirti ilgalaikiam gydymui; pacientams, kurių hospitalizacijos trukmė yra ilgesnė nei įprasta; ir pacientams, kurių tikėtina gydymo baigtis yra neigiama.

Biomedicininio tyrimo metu buvo vertinamas heparinų skyrimo atitikimas *NHS Devon*'o klinikinėms rekomendacijoms (Mažos molekulinės masės heparinai – naudojimas ir priežiūra bendruomenės ligininėse). Tyrimo duomenys buvo dar kartą įvertinti, siekiant nustatyti, kaip skyrėsi heparinų saugumo stebėjimo praktika antrinio lygio klinikinėje ligininėje palyginus su tarptautinėmis rekomendacijomis.

14 Martínez-González J, Rodríguez C. New challenges for a second-generation low-molecular-weight heparin: focus on bemiparin. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2010 May;8(5):625-34; Leclerc-Foucras S, Bagheri H, Samii K, et al. Modifications of low-molecular weight heparin use in a French university hospital after implementation of new guidelines. *Drug Saf.* 2007;30(5):409-17.

Atliekant biomedicininį tyrimą, pacientų ligos istorijose nebuvo rasta jokios informacijos, susijusios su VTE rizikos vertinimu, kartu vartojamų vaistinių preparatų, didinančių kraujavimo riziką vertinimu ir kontraindikacijų rizikos vertinimu. Dėl šio priežasties kasdieninė medicininė praktika turėtų būti koreguojama, kad atitiktų tarptautines heparinų skyrimo gaires (4 lentelė).

Svarbu pabrėžti, kad laboratorinių tyrimų rezultatų stebėjimas turėtų būti atliekamas prieš skiriant heparinus, tačiau atitinkami laboratoriniai tyrimai nebuvo atlikti antrinio lygio klinikinėje liginėje 60,77% visų atvejų ($n = 206$). Remiantis tyrimo duomenimis, laboratorinių tyrimų rezultatai buvo stebimi 39,23% visų atvejų ($n = 133$). Taip pat labai skyrėsi atliktų laboratorinių tyrimų apimtis, todėl visi reikiami laboratoriniai tyrimai buvo atlikti gerokai mažesniai pacientų skaičiui. Pavyzdžiui, elektrolitų stebėjimas buvo atliekamas dažniausiai, t. y. buvo iširta 33,33% pacientų ($n = 113$). Kepenų funkcijos tyrimai buvo atlikti 65 pacientams (19,17%). 89 pacientams buvo stebima inkstų funkcijos *urea* parametrai (26,25%) Trombocitų skaičius, kartu su INR ir DATL parametrais buvo stebimi 27,43% atvejų ($n = 93$). (5 lentelė).

Pagal tarptautines rekomendacijas, laboratorinių tyrimų rezultatai turėtų būti stebimi vartojant heparinus hospitalizacijos metu. Remiantis tyrimo duomenimis, laboratorinių tyrimų rezultatai buvo stebimi 53,98% visų atvejų ($n = 183$). Atitinkami laboratoriniai tyrimai nebuvo atlikti antrinio lygio klinikinėje liginėje 46,02% visų atvejų ($n = 156$). Taip pat labai skyrėsi atliktų laboratorinių tyrimų apimtis. Pavyzdžiui, elektrolitų stebėjimas buvo atliekamas dažniausiai, t. y. buvo iširta 25,96% pacientų ($n = 88$). Kepenų funkcijos tyrimai buvo atlikti 60 pacientų (17,70%). 66 pacientams buvo stebima inkstų funkcija (19,47%). (5 lentelė).

5 lentelė. Medicininės praktikos, skiriant MMMH, atitikimas tarptautinėms gairėms antrinio lygio klinikinėje liginėje

Pacientų saugumo stebėjimo reikalavimai		Kasdieninės praktikos atitikimas tarptautinėms gairėms
Reliatyvių kontraindikacijų vertinimas	Senyvas amžius	223 iš 339 (65,78%)
	Mažas kūno svoris	339 iš 339 (100%)
	Inkstų funkcijos nepakankamumas	89 iš 339 (26,25%)
	Kraujavimo rizika	0 iš 339 (0%)
VTE rizikos vertinimas		0 iš 339 (0%)
Gretutinių vaistinių preparatų, kurie veikia trombocitų funkciją, vertinimas		0 iš 339 (0%)
Gretutinių susirgimų vertinimas		0 iš 339 (0%)
Dozės korekcija, atsižvelgiant į reliatyvias kontraindikacijas		0 iš 339 (0%)
Laboratorinių parametų stebėjimas hospitalizuojant		133 iš 339 (39,23%)
Laboratorinių parametų stebėjimas hospitalizacijos metu		183 iš 339 (53,98%)

Atsižvelgiant į biomedicininio tyrimo rezultatus, buvo suformuluotas farmakoekonominių sprendimų modelis antrinio lygio klinikinės ligoninės heparinų kaštų mažinimo galimybės įvertinti. Pasirenkant referentine kaina 2,75 Lt (mažiausias Dalteparino vienos ADD kaina), iš viso būtų galima racionaliau panaudoti 2155,79 Lt. Remiantis išlaidų mažinimo modeliu, referentinės kainos metodikos taikymas leistų sumažinti išlaidas heparinams 29,20%. Šis galimas išlaidų sumažėjimas turėtų būti laikoma reikšmingu (6 lentelė).

6 lentelė. Pagal referentinės kainos metodiką perskaičiuoti heparinų kaštai antrinio lygio klinikinėje ligoninėje

	Bemiparin	Dalteparin	Enoxaparin	Nadroparin	IŠ VISO
Heparinų kaštai	1526,04 Lt	3300,00 Lt	462,00 Lt	2095,50 Lt	7383.54 Lt
Heparinų suvartojimas (ADD)	243	1200	77	381	1901
Referentinė vienos ADD kaina - 2.75 Lt					
Perskaičiuoti kaštai	668,25 Lt	3300,00 Lt	211,75 Lt	1047,75 Lt	5227,75 Lt
Kaštų sumažėjimas	857,79 Lt	0	250,25 Lt	1047,75 Lt	2155,79 Lt

Diskusija

Heparinų suvartojimas Lietuvoje pastaruosius devynerius metus reikšmingai didėjo. Pagrindinis suvartojimo rodiklis, t. y. ADD skaičius tenkantis 1000 lovodienių, išaugo daugiau nei septynis kartus, nuo 40,12 ADD / 1000 lovodienių 2003 m. iki 309,60 ADD / 1000 lovodienių 2011 m. Bendri heparinų kaštai Lietuvoje didėjo nuo 1088 tūkst. LTL 2003 m. iki 10283 tūkst. LTL 2011 m., t. y. daugiau nei devynis kartus per devynerių metų laikotarpį. Heparinų kaštai augo reikšmingai greičiau nei suvartojimo rodikliai. Tai rodo, jog būtina tyrinėti šią vaistinių preparatų grupę ir taikyti farmakoekonominių sprendimų modelį išlaidoms reguliuoti.

Manoma, kad heparinų suvartojimo augimą lėmė kelios pagrindinės priežastys, t. y. platesnis heparinų indikacijų spektras, dažnesnis skyrimas pacientams profilaktikos ir gydymo tikslais, ilgėjantis heparinų sąrašas ir didėjantis jų pasirinkimas, informacijos sklaida apie heparinų poveikį ir kt.

Atlikus heparinų suvartojimo įvertinimą, buvo nuspręsta toliau nagrinėti heparinų kaštų augimo tendencijas ir atlikti farmakoekonominių tyrimą, kaštų augimui įvertinti.

Remiantis meta-analizės rezultatais, buvo pasirinkta kaštų mažinimo metodika MMMH farmakoekonominės analizės sprendimų modeliui sukurti. Kaštų mažinimo metodikos pasirinkimas buvo grindžiamas vienodais MMMH efektyvumo ir saugumo parametrais bei gydymo baigtimis. Kaštų mažinimo metodika buvo įgyvendinta pasinaudojant referentinės kainos taikymo principais. Pasirenkant referentine kaina

žemiausią vienos Dalteparino ADD kainą (2,75 LTL), kasmet būtų galima racionaliau panaudoti 3218 – 4679 tūkst. LTL (2008 – 2011 m. duomenys). Tokiu būdu būtų galima sumažinti heparinų kaštus 60%. Šis galimas išlaidų sumažėjimas turėtų būti laikoma reikšmingu, nes faktinės išlaidos heparinų grupės preparatams galėtų būti beveik du kartus mažesnės, jei nuoroda referentinės kainos nustatymo metodika buvo įgyvendinta praktikoje. Kaip siūlė 2008 – 2011 m. kaštų mažinimo modelis, referentinės kainos nustatymo metodikos įgyvendinimas reikšmingai prisidėtų prie tinkamo ir efektyvaus išlaidų valdymo mažos molekulinės masės heparinų grupėje. Kasmet galimai racionaliau panaudojamų lėšų dalis galėtų būti perskirstoma ir panaudojama kitoms sveikatos priežiūros sistemos išlaidoms kompensuoti.

Heparinai pasaulyje ir Lietuvoje dažniausiai yra skiriami stacionare gydomiems pacientams, todėl tinkamas heparinų skyrimas padėtų racionaliau panaudoti sveikatos priežiūros įstaigų lėšas. Apskaičiuota, kad vidutiniškai 10 proc. ligoninės išlaidų yra skiriama heparinų kaštams padengti. Todėl svarbu nuolat analizuoti heparinų skyrimo ir suvartojimo tendencijas ligoninėse, o tai šiuo metu nėra atliekama Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose.

Biomedicininio tyrimo rezultatai parodė, kad saugumo parametrų stebėjimo ligo-
ninėje labai dažnai neatitinka tarptautinių heparinų skyrimo rekomendacijų. Atliekant biomedicininį tyrimą, pacientų ligos istorijose nebuvo identifikuota ar buvo atliekamas venų tromboembolijos rizikos vertinimas, gretutinių vaistinių preparatų, didinančių kraujavimo riziką, skyrimo rizikos vertinimas, galimos kontraindikacijos. Galima daryti išvadą, kad saugumas stebimas nepakankamai, kaip nurodo tarptautinės heparinų skyrimo rekomendacijos ir gairės¹⁵.

Heparinų suvartojimas ir kaštai Lietuvoje reikšmingai didėjo, tai rodo, jog būtina taikyti farmakoekonominį modelį išlaidoms reguliuoti. Heparinų efektyvumo ir saugumo monitoravimas tik maža apimtimi atitinka tarptautines rekomendacijas, todėl nacionalinės gydymo rekomendacijos ir gydymo auditas turėtų būti prioritetiniai siekiniai skatinant racionalų heparinų vartojimą.

15 Leclerc-Foucras S, Bagheri H, Samii K, et al. Modifications of low-molecular weight heparin use in a French university hospital after implementation of new guidelines. *Drug Saf.* 2007;30(5):409-17; Klein W, Kraxner W, Hödl R, et al. Patterns of use of heparins in ACS. Correlates and hospital outcomes: the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Thromb Haemost.* 2003 Sep;90(3):519-27; Lanthier L, Bechard D, Viens D, et al. Evaluation of thromboprophylaxis in patients hospitalized in a tertiary care center: an applicable model of clinical practice evaluation. Revision of 320 cases. *J Mal Vasc* 2011. 36(1): 3-8; NICE clinical guideline. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. Available at URL://www.nice.org.uk/guidance/CG92; NICE clinical guideline 46. Venous thromboembolism. April 2007. Available from URL: <http://www.nice.org.uk>; Prandoni P. Prevention and treatment of venous thromboembolism with low-molecular-weight heparins: Clinical implications of the recent European guidelines. *Thromb J.* 2008; 6: 13. Published online 2008 September 9. doi: 10.1186/1477-9560-6-13; Schünemann H.J., Hirsh J, Guyatt G, et al. Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-Based Clinical Practice Guidelines American College of Chest Physicians (8th Edition). *Chest* 2008;133;110S-112S; Vats V, Nutescu EA, Theobald JC, et al. Survey of hospitals for guidelines, policies, and protocols for anticoagulants. *Am J Health Syst Pharm.* 2007 Jun 1;64(11):1203-8.

Išvados ir pasiūlymai

Remdamiesi atliktu tyrimu, pateikiame keletą pasiūlymų, kaip būtų galima skatinti racionalią mažos molekulinės masės heparinų vartojimo politiką Lietuvoje. Siūlytume sveikatos priežiūros įstaigoms paruošti ir patvirtinti heparinų skyrimo ir saugumo stebėjimo gaires, kuriomis būtų vadovujamasi, skiriant heparinus pacientams profilaktikos ar gydymo tikslais. Atitinkamai ligoninėse turėtų būti atliekami auditai, kurie įvertintų heparinų skyrimo praktiką pacientams ir šios praktikos atitikimą patvirtintoms gairėms. Mažos molekulinės masės heparinų grupės vaistiniams preparatams galėtų būti taikoma referentinė kaina, kuri būtų naudojama sveikatos priežiūros įstaigoms organizuojant viešuosius pirkimus. Pritaikius referentinės kainos metodiką organizuojant heparinų viešinius pirkimus, būtų galima gerokai sumažinti gydymo įstaigų kaštus šios grupės vaistiniams preparatams. Sutaupytos lėšos galėtų būti panaudojamos išlaidoms, atsirandančioms naujus vaistinius preparatus įtraukiant į gydymui naudojamų vaistų sąrašus, kompensuoti.

Pharmacoepidemiologic and pharmacoeconomic research significance promoting rational low-molecular-weight heparins utilization policy in Lithuania

Gabrielė Kildonavičiūtė

JSC Quintiles, Manager Clinical Operations, Lithuania

Vilma Morkūnienė

Department of Technical Science, Kauno kolegija / University of applied Science,
Lithuania

Edmundas Kaduševičius

Lithuanian University of Health Sciences, Institute of Physiology
and Pharmacology, Lithuania

Summary

Aim of this research – to investigate the significance of pharmacoeconomic and pharmacoepidemiologic research data promoting rational low-molecular-weight heparins utilization policy.

Methodology – drug utilization research was based on WHO ATC/DDD (Defined Daily Dose) methodology; pharmacoeconomic cost-minimization research was based on reference pricing methodology; prospective biomedical research was conducted to investigate the practical aspects of heparins prescription and administration at the in-patient setting.

Results – utilization of heparins in Lithuania increased for 40.12 DDD/1000 hospitalization days (HD) in 2003 up to 309.60 ADD/1000 HD in 2011. Total expenditures on heparins increased from 1,088 thousand LTL in 2003 up to 10,284 thousand LTL in 2011, i.e. more than nine-fold during the nine-year period. Setting the reference price of 2.75 LTL (lowest Dalteparin single DDD price) for low-molecular-weight heparins group would result in total savings of 3,218–4,679 thousand LTL in Lithuania yearly (as per 2008 - 2011 data). Reference pricing implementation would enable to decrease the total expenditures on LMWHs by nearly 60%. This potential decrease of expenditures should be considered significant as actual costs of heparins could be reduced more than two-fold. Heparins safety and efficacy monitoring practices at the in-patient setting

just partially adhered to international guidelines. Before heparins administration, laboratory data safety monitoring was performed for 39.23% of subjects (n=133). Laboratory data safety monitoring was only performed for 53.98% of subject (n=183) during their treatment course.

Conclusions – *heparins costs and utilization rates have significantly increased in the last decade. Such a dramatic increase justifies the implementation of pharmacoeconomic models and policies for costs management. Heparins safety and efficacy monitoring practices just partially adhered to international recommendations, thus national treatment guidelines and medical auditing should be prioritized promoting the rational use of heparins in the country.*

Keywords: *low-molecular-weight heparins, pharmacoeconomics, reference pricing, cost-minimization.*

Gabrielė Kildonavičiūtė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto absolventė, Farmacijos magistrė. UAB Quintiles (Sutartinėje mokslinių tyrimų organizacijoje – SMTO) dirba vadovės klinikinės operacijos pareigose.

Vilma Morkūnienė, socialinių mokslų daktarė, Kauno kolegijos Bendratechninių mokslų katedros docentė.

Edmundas Kaduševičius, klinikinis farmakologas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto biomedicinos mokslų daktaras, Fiziologijos ir farmakologijos instituto, Klinikinės farmakologijos katedros docentas.

Gabrielė Kildonavičiūtė, Master of Pharmacy degree obtained at Lithuanian University of Health Sciences. Currently holds a position of Manager Clinical Operations at JSC Quintiles (Clinical Research Organization – CRO).

Vilma Morkūnienė, Doctor of Social Science, Assoc. professor at the Department of Technical Science, Kauno kolegija / University of Applied Science.

Edmundas Kaduševičius, clinical pharmacologist, PhD, Assoc. Professor at Department of Clinical Pharmacology, Institute of Physiology and Pharmacology, Lithuanian University of Health Science.

PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS TERMINŲ VARTOJIMO TEISINIAME REGLAMENTAVIME PROBLEMINIAI ASPEKTAI

Valdas Benkuskas

Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto
Bioteisės katedra
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva
Telefonas (+370 5) 2714576
Elektroninis paštas: valdas.benkuskas@gmail.com

Santrauka

Psichikos sveikatos priežiūros ir jos teisinio reglamentavimo išskirtinę svarbą lemia tai, kad šioje sveikatos priežiūros srityje susiduriama su specifiniais žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, teisių užtikrinimo ir apsaugos klausimais. Psichikos sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo sistemoje vartojama specifinė terminija, kuri daugeliu atveju siejasi ar yra perimta iš psichiatrijos srities. Medicinos mokslo srities terminų perkėlimas ir vartojimas teisės kalboje rizikingas tuo, kad jiems priskirtos reikšmės medicinoje ne visada yra aktualios teisiniame reguliavime arba apima ne visus teisiškai reikšmingus terminų požymius. Dažnai psichikos sveikatos priežiūros terminai teisiniame reglamentavime vartojami nevienareikšmiškai, pastebima homonimijos ir sinonimijos atveju. Tai trukdo pasiekti teisinio reglamentavimo tikslus.

Straipsnyje pateikiama pamatinių psichikos sveikatos priežiūros terminų – psichikos sveikata, psichikos ligonis, psichikos liga, vartojimo teisiniame reglamentavime analizė. Šių terminų analizės pagalba siekiama atkleisti psichikos sveikatos priežiūros teisiniame reglamentavime vartojamos terminijos problematiką.

Reikšminiai žodžiai: *psichikos sveikata, psichikos ligonis, psichikos liga, psichikos ir elgesio sutrikimas, pacientas.*

Įvadas

Psichikos sveikatos priežiūros, specializuotos sveikatos priežiūros srities, teisinio reglamentavimo sistemoje vartojama specifinė terminija, kuri daugeliu atveju siejasi ar yra perimta iš psichiatrijos mokslo. Medicinos mokslų srities terminų tiesioginis perkėlimas ir vartojimas teisės kalboje gali būti rizikingas tuo, jog medicinoje terminai nuolat keičiasi, t. y. kinta tiek leksikos, tiek semantikos atžvilgiu. Su kiekviena naujai atsiradusia sąvoka arba atsisakius tam tikrų sąvokų, naujosios arba dar neegzistuojančios gali pakisti, o tokį leksinį-semantinį pokytį suponuoja nauji idealai, naujas moralinis ir etinis požiūris.¹ Pavyzdžiui, ilgą laiką medicinoje neįgaliesiems pavadinti buvo vartojamas terminas *silpnaprotis*. Medicinos mokslui sukūrus terapijos priemones, leidžian-

1 Schlosseris H. D. Etika yra kalbos dalykas. Kritinės pastabos dėl vadinamosios biomedicinos kalbos. Mokslo darbai. Problemos, Nr. 67. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2005, p. 97.

čias žymiai sušvelninti šiuo terminu vadinamų žmonių negalias, toks terminas dingo iš dalykinės medicininės kalbos ir šiandien galėtų būti vartojamas nebent buitinėje kalboje diskriminavimo sumetimais. Akivaizdu, kad atitinkami pokyčiai turėtų vykti ir teisiniame reguliavime, tačiau dažnai teisėkūra terminijos kaitoje atsilieka², dėl ko terminai teisiniame reglamentavime yra vartojami ne tik kad netiksliai, bet kartais ir rizikuojant pažeisti etikos reikalavimus.

Terminų vartojimo problematika psichikos sveikatos priežiūros teisiniame reglamentavime aktuali ir dėl to, kad skirtingai negu kitose sveikatos priežiūros srityse, šioje sveikatos priežiūros srityje susiduriama su specifiniais žmonių, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų, teisių užtikrinimo ir apsaugos klausimais. Todėl teisinis reglamentavimas, nukreiptas į tokių asmenų teisių apsaugą, turi veikti tiksliai ir patikimai. Tačiau praktikoje pasitaiko atvejų, kai psichikos sveikatos priežiūros terminai teisiniame reglamentavime vartojami nevienareikšmiškai, pastebima homonimijos ir sinonimijos atvejų. Terminai dažnai yra vartojami pasikliaujant ne sukurtomis norminėmis apibrėžtimis, o intuityvia samprata apie žodžio ar jų junginio reikšmę, gauta remiantis individualiam vartotojui žinomam termino kontekstu. Tai, žinoma, trukdo pasiekti teisinio reguliavimo tikslus.

Pirmuosius bandymus teisiškai įtvirtinti su psichikos sveikata susijusias sąvokas Lietuvoje galima rasti dar Lietuvos Statuto trečiajame leidime. Šiame dokumente psichikos ligoniai apibūdinami kaip žmonės „*Dievo daleidimu išėję iš proto*“ ir nurodoma, kad psichikos ligomis sergantys beturčiai turi būti uždaromi kalėjimuose, o pasiturintieji atiduodami giminių priežiūrai.³ Iš šių nuostatų matyti, kad to meto visuomenei rūpėjo jos saugumas, o psichikos ar elgesio sutrikimų supratimas buvo paremtas teleologiniu pasaulio suvokimu.

1920 m. Lietuvos sveikatos departamento išleistame ligonių priėmimo į valstybinę psichiatrijos ligoninę aplinkraštyje, nurodoma, kad į psichiatrijos ligoninę priimami ligoniai, kurie yra neramūs arba pavojingi aplinkiniams žmonėms, tačiau sąvokos ir jų apibrėžimai šiame teisės akte nebuvo nustatyti. Visgi, šis teisės aktas, kuris su kai kuriais patobulinimais galiojo iki 1938 m., laikytinas pirmu rimtu žingsniu, įtvirtinant psichikos pacientų teisinę padėtį.⁴

Kitas svarbus tarpukario teisės aktas – Lietuvos sveikatos departamento 1938 m. išleistas „Taisyklės ligoniams į Valstybinę psichiatrinę ligoninę priimti ir iš jos išleisti“. Šiame teisės akte buvo įtvirtintas principas, pagal kurį į psichiatrijos ligoninę visų pirma turi patekti visuomenei ir sau pavojingi asmenys. Taigi šiame teisės akte įvedamas pavojingumo „*sau*“ kriterijus, taikomas ir šių dienų teisės aktuose, reglamentuojančiuose ribojamųjų poveikio priemonių psichikos pacientams taikymą.⁵

2 Pavyzdžiui, aktualios reakcijos Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 2.10 str. 1 d. iki šiol yra įtvirtintas ir vartojamas *silpnaprotystės* terminas.

3 Radavičius L.E. *Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis*. Vilnius: MRU, 2004, p. 14.

4 Raškauskas V. *Priverstinio hospitalizavimo psichiatrijoje paplitimas ir klinikiniai ypatumai*. Daktaro disertacija. Vilnius, 2010, p. 10.

5 Radavičius L.E. *Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis*. Vilnius: MRU, 2004, p. 28.

Po Sovietų Sąjungos (toliau – SSRS) įvykdytos Lietuvos okupacijos ir aneksijos psichikos pacientų, jų teisių ribojimo klausimus reguliavo SSRS įstatymų pavyzdžiu sukurti Lietuvos TSR (toliau – LTSR) įstatymai, kodeksai, įsakymai, kiti teisės aktai. Pavyzdžiui, 1971 m. buvo priimtas LTSR sveikatos apsaugos įstatymas, kuriame vartojama „*psichinio ligonio*“ sąvoka, tačiau jos definicija nebuvo pateikta.⁶ Nors daugelis LTSR teisės aktų formaliai įtvirtindavo „*psichinių ligonių*“ teisių apsaugą, tačiau faktinė situacija buvo priešinga, ypač taikant priverstinį asmenų hospitalizavimą į psichikos ligonines. Labai dažnai psichikos sveikatos priežiūros sistema ir pati psichiatrija naudojo kaip piktnaudžiavimo ir susidorojimo įrankis.⁷ Apskritai sovietiniu laikotarpiu psichikos sveikatos priežiūros teisiniai santykiai buvo administracinio pobūdžio, pagrįsti etatistine teisinio reguliavimo tradicija. Vyravo uždaros sistemos propagavimas, administracinei valdžiai siekiant izoliuoti psichikos ar elgesio sutrikimų turinčius asmenis.

Atkūrus Nepriklausomybę, jau 1991 m. buvo parengtas pirmasis psichikos sveikatos priežiūros įstatymo projekto variantas. Atkreiptinas dėmesys, kad pirminis įstatymo projekto pavadinimas buvo „*proto sveikatos priežiūros įstatymas*“⁸, tačiau po svarstymų bei atsižvelgus į pasiūlymus, projektas buvo pakoreguotas ir pavadintas Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymu, kuris ir buvo priimtas 1995 m. (toliau – Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas).⁹ Lietuvos įstatymų leidėjas priėmė specialų psichikos sveikatos priežiūrą reglamentuojantį teisės aktą, kuriame įtvirtino pagrindines psichikos sveikatos srities sąvokas, psichikos ligonių teises ir jų apribojimus, psichikos sutrikimų prevencijos ir tinkamo psichiatrinio gydymo pagrindus. Tai buvo pirmas žingsnis modernaus psichikos sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo modelio link.

Šiame straipsnyje pateikiama pagrindinių psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisiniame reglamentavime analizė. Visų pirma, nagrinėjamas termino *psichikos sveikata* turinys, jo vieta teisės normų sistemoje, taip pat analizuojamas termino *psichikos liga* turinys, galiausiai pateikiama *psichikos ligonis* termino turinio analizė. Taigi šių terminų analizės pagalba ir yra siekiama atkleisti psichikos sveikatos priežiūros terminijos vartojimo tam tikrus probleminius aspektus. Atliekamas *tyrimas aktualus* ir teoriniu požiūriu, nes pirmą kartą Lietuvos sveikatos teisės doktrinoje sistemiskai yra nagrinėjami psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisės aktuose klausimai. Straipsnio *objektas* – psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisiniame reglamentavime probleminiai aspektai. Mokslinio *tyrimo tikslas* – atskleisti psichikos sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo terminų vartojimo probleminiai aspektus. *Metodai*: istorinis, dokumentų analizės, lyginamasis, sintezės bei apibendrinimo.

6 Lietuvos Tarybų Socialistinės Respublikos Aukščiausios tarybos ir Vyriausybės žinios. Vilnius: LKP CK spaustuvė, 1984, p. 763.

7 Radavičius L.E. *Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis*. Vilnius: MRU, 2004, p. 36.

8 *Ibid.*

9 Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 53-1290.

1. Termino „psichikos sveikata“ vartojimo problematika

Pasaulio Sveikatos Organizacijos (toliau – PSO) konstitucijos preambulėje yra pateikiama termino *sveikata* (angl. *health*) definicija, kurią verčiant iš anglų kalbos, *sveikata* pagrindiniame PSO dokumente įvardijama kaip: „*geros fizinės, psichinės ir socialinės savijautos būseną, o ne tik ligų ar fizinių trūkumų nebuvimas.*“¹⁰ Sistemaiškai analizuojant šį termino *sveikata* apibrėžimą, galima išskirti ir tris termino *psichikos sveikata* požymius: pirma, psichikos sveikata yra neatskiriama bendrosios individo ir visuomenės sveikatos dalis; antra, gerai psichikos sveikatai būdinga daugiau nei psichikos ligos nebuvimas; trečia, psichikos sveikata yra artimai susijusi su fizine individo sveikata ir elgsena. Taigi nors PSO konstitucijoje atskiras psichikos sveikatos apibrėžimas nėra pateikiamas, tačiau šiuo atveju jis būtų sudėtinė termino *sveikata* dalis.¹¹

Kai kuriuose Lietuvos teisės aktuose, reglamentuojančiuose sveikatos priežiūros sritį, taip pat yra pateikiami termino *sveikata* apibrėžimai. Pagal savo turinį šie terminai iš esmės yra PSO suformuluoto termino *sveikata* recepcija. Pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 str. 1 d. *sveikata* yra įvardijama kaip asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė. To paties įstatymo preambulėje įtvirtinta, kad *sveikata* – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė.¹² Iš šių nuostatų matyti, kad Lietuvos įstatymų leidėjas žodžių junginį „*mental well-being*“, vartojamą PSO konstitucijoje, į lietuvių kalbą verčia kaip „*dvasinę gerovę*“. Manytina, kad toks vertimas nėra tikslus.

Anglų kalbos žodis (būdvardis) „*mental*“ yra kildinamas iš lotynų kalbos žodžio „*mentalis*“, reiškiančio „*protinis*“, tuo tarpu tiesioginė ir pirminė žodžio „*mental*“ prasmė lietuvių kalboje yra „*protinis*“ arba „*psichinis*“. Dar daugiau, PSO pranešimuose ir ataskaitose, skirtose psichikos sveikatai, yra pabrėžiama būtent psichikos sveikatos, kaip sudėtinės sveikatos priežiūros dalies, svarba, nurodant tiesioginį ryšį su PSO konstitucijoje įtvirtinta bendrąja termino *sveikata* definicija.¹³ Iš to galima daryti išvadą, kad PSO įtvirtinto žodžių junginio „*mental well-being*“ tiksliausias vertimo į lietuvių kalbą turinio prasme variantas galėtų būti „*gera psichinė savijauta*“. Todėl Lietuvos teisės aktuose ar teisės doktrinos šaltiniuose apibrėžiant terminą *sveikata*, pagal PSO tradiciją, greta *fizinės* ir *socialinės gerovės*, ir vietoj *dvasinės gerovės*, turėtų būti vartojama būtent *geros psichinės savijautos* kategorija. Ligšiolinę PSO konstitucijos kai kurių nuostatų vertimą ir jų interpretacijos neapibrėžtumą iš dalies galima paaiškinti tuo, kad iki šiol mes neturime oficialios PSO konstitucijos teksto vertimo į lietuvių kalbą redakcijos.

Nors PSO konstitucijoje, kaip minėta, ir nėra pateikiamas atskiras termino *psichikos sveikatos* apibrėžimas, tačiau 2001 m. šios organizacijos metiniame pranešime, skirtame psichikos sveikatai, yra formuluojama tokia *psichikos sveikatos* definicija: „*Psichikos sveikata – tai geros savijautos būseną, kuri leidžia individui realizuoti savo*

10 Pasaulio Sveikatos Organizacijos pranešimas psichikos sveikatos tema. Pasaulio Sveikatos Organizacijos tinklapis [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 05 15]. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

11 *Promoting mental health*. World Health Organization. 2005, p. 23.

12 Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63–1231.

13 *Promoting mental health*. World Health Organization. 2005, p. 23.

gebėjimus, įveikti įprastus gyvenimo sunkumus, produktyviai dirbti bei prisidėti prie visuomenės vystymosi.“¹⁴ Kaip matyti iš šio apibrėžimo, jo turinys yra grindžiamas daugiau socialiniu elementu arba, kitaip tariant, net ir subjektyvia laimės sąvoka. Teisės doktrinoje egzistuoja nuomonė, kad tokia subjektyvi kategorija gali grėsti neribojamų sveikatos priežiūros poreikių įteisinimu, išplėsti valstybės pozityvių išpareigojimų ribas, sukurti nepamatuotus ir valstybei neįvykdomus teisėtus lūkesčius ar galiausiai neprotingai išplėsti atlyginimo už sveikatai padarytą žalą kriterijus. Visa tai gali nulėmti asmens teisės į sveikatos priežiūrą (ar į kurią nors iš jos sudėtinę dalį) praktinį neveiksmumą.¹⁵

Svarbu pažymėti, kad pateiktas psichikos sveikatos apibrėžimas nėra oficialus, t. y. PSO nėra jo oficialiai įtvirtinus ir vartoja jį kaip neoficialų, arba, kitaip tariant, darbinį apibrėžimą, kuriuo pirmiausia siekiama pabrėžti psichikos sveikatos reikšmingumą visuomenės sveikatos priežiūros kontekste. Be to, skirtinguose regionuose ir teisės sistemose šio termino turinį gali lemti skirtingi ir nuolat evoliucionuojantys kultūriniai, socialiniai ir ekonominiai aspektai, todėl pateikti vieną universalią, laiko ir vietos atžvilgiu, apibrėžtį gali būti problematiška.¹⁶

Lietuvos teisės normų sistemoje terminas *psichikos sveikata* yra apibrėžiamas Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 1 str. 14 d., pagal kurią: „*psichikos sveikata - natūrali žmogaus asmenybės būseną, kuri turi būti saugoma arba grąžinama sutrikimų bei ligų atvejais. Pagal Pasaulio Sveikatos Organizacijos apibrėžimą psichikos sveikata yra emocinis ir dvasinis atsparumas, kuris leidžia patirti džiaugsmą ir ištvirti skausmą, nusivylimą, liūdesį. Tai teigiamas gėrio jausmas, kuriuo remiasi tikėjimas savo bei kitų žmonių orumu ir verte*“.¹⁷ Kaip matyti iš įstatyme įtvirtinto *psichikos sveikatos* apibrėžimo, šalia socialinio elemento (remiantis PSO siūlomu apibrėžimu) yra įvestas ir biomedicininis komponentas, t. y. psichikos ligos ir sutrikimo nebuvimas.

Kitas nagrinėtinas teisės aktas – tai 2007 m. Seimo patvirtinta Psichikos sveikatos strategija, kurioje įtvirtinta tokia termino *psichikos sveikata* definicija: „*tai geros savijautos pojūtis, emocinė ir dvasinė būseną, kuri leidžia žmogui džiaugtis gyvenimo pilnatve, išgyventi skausmą ir liūdesį. Psichikos sveikata – tai ne vien psichikos ligos ar sutrikimo nebuvimas. Gerą psichikos sveikatą rodo žmonių gebėjimas užmegzti ir palaikyti asmeninius santykius, įveikti sunkumus, išreikšti save tokiais būdais, kurie teikia malonumą pačiam individui ir aplinkiniams, pačiam daryti sprendimus ir už juos atsakyti*“.¹⁸ Dar kitoks *psichikos sveikatos* apibrėžimas įtvirtintas Vyriausybės 2008 m. nutarime „Dėl valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos patvirtinimo“, kuriame nurodoma, kad: „*psichikos sveikata yra neatskirama bendrosios*

14 *Promoting mental health*. World Health Organization. 2005, p. 23.

15 Juškevičius J. Balsienė J. Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the rights to healthcare. *Jurisprudencija*. 2010 (4). p. 107.

16 *Promoting mental health*. World Health Organization. 2005, p. 23.

17 Pirmojoje Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo redakcijoje, priimtoje 1995 m., terminas *psichikos sveikata* nebuvo įtvirtintas. Šis terminas ir jo apibrėžimas, kurie ir šiuo metu yra aktualioje Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo redakcijoje, atskiru įstatymu buvo įtvirtinti tik 1999 m.

18 Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimas Nr.X-1070 „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr.41-1011.

*individo ir visuomenės sveikatos dalis. Tai geros savijautos pojūtis, leidžiantis džiaugtis gyvenimo pilnatve, išgyventi skausmą ir liūdesį, įveikti sunkumus, gebėti priimti sprendimus ir už juos atsakyti.*¹⁹

Kaip matyti iš pastarųjų dviejų teisės aktų pavyzdžių, termino *psichikos sveikata* apibrėžimo turiniai juose yra grindžiami daugiausia vertinamuoju socialiniu elementu, kuris yra akcentuojamas PSO skelbiamuose teisiškai neįpareigojančiuose dokumentuose. Kaip minėta aukščiau, tokios subjektyvios sampratos dominavimas vis tik gali nepamatuotai išplėsti teises į psichikos sveikatos priežiūrą, o kartu ir valstybės pozityvių įsipareigojimų (kurių įgyvendinimas daugiausia priklauso nuo ekonominio pajėgumo) asmens sveikatos priežiūros srityje, ribas. Kita vertus, net ir minimalus laimės pojūčio sutrikimas gali būti subjektyviai kvalifikuojamas, kaip psichikos sveikatos problema, kuri savo ruožtu gali paveikti tokio asmens pilietinių ir politinių teisių realizavimą. Todėl nors Lietuva ir yra PSO narė, ir jos teisės aktai, reguliuojantys sveikatos priežiūros sritį, yra derinami su PSO sveikatos politikos naujausiomis tendencijomis, tačiau nacionaliniai teisėkūros subjektai tokias nuostatas turėtų kritiškai įvertinti visų pirma teisinės logikos prasme.

Šiuo metu Lietuvos Respublikos Seime yra įregistruotas sveikatos apsaugos ministerijos parengtas įstatymo projektas, kuriuo siūloma priimti naują *Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo* redakciją.²⁰ Įstatymo projekte keičiamas ir termino *psichikos sveikata* apibrėžimas: „*psichikos sveikata - gera žmogaus savijauta, kai jis gali realizuoti savo gebėjimus, įveikti įprastus gyvenimo sunkumus, našiai dirbti ir dalyvauti visuomenės gyvenime.*“ Kaip matyti iš šio apibrėžimo, *psichikos sveikatos* turinys jame yra plečiamas ir subjektyvizuojamas, pasiremiant PSO pabrėžiamu socialiniu apibrėžimo elementu, ir kartu eliminuojant biomedicininį.

Siūlomas naujas apibrėžimas konceptualiai visuomenės sveikatos požiūriu gal ir yra nepriekaištingas, siekiantis aukščiausių visuomenės psichikos sveikatos rodiklių, tačiau *Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas* reguliuoja būtent asmens sveikatos priežiūros sritį, kuri gali paveikti tokių pažeidžiamų asmenų plataus spektro teisių tolesnį realizavimą, ir todėl aštriai keltinas klausimas, ar tokia apibrėžime nepaliekama per daug erdvės subjektyviai interpretacijai, kuri ne tik gali suteikti galimybę nepagrįstai riboti tokių asmenų teises ribojimą ar net piktnaudžiauti jomis, bet ir nepamatuotai ir nevaldomai išplėsti teises į sveikatos priežiūrą (kurios veiksmingas realizavimas, kaip minėta, didžia dalimi priklauso nuo visuomenės ekonominių išteklių) ribas.

Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas iš esmės yra skirtas nustatyti asmenų, kurie naudojasi psichikos sveikatos priežiūra, teises ir pareigas, ir nereguliuoja jokios veiklos visuomenės sveikatos priežiūroje. Todėl pagrįstai galima manyti, kad šiame teisės akte nėra tikslinga ir juridinės technikos prasme aktualu įtvirtinti bei apibrėžti

19 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 645 “Dėl valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos patvirtinimo”. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 76-3014.

20 Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo projektas, Nr. XIP-1998. Lietuvos Respublikos Seimo tinklapis [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 05 03] <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=371129&p_query=&p_tr2=>>.

visuomenės sveikatos priežiūros srities terminus, koks ir yra terminas *psichikos sveikata*. Pažymėtina, kad tokios pragmatiškos pozicijos laikosi ir Anglijos bei Velso²¹, Australijos²² ar Kanados²³ teisėkūros subjektai, kurių priimtuose psichikos sveikatos priežiūrai skirtuose teisės aktuose nėra pateikiamos *psichikos sveikatos* definicijos.

2. Asmens psichikos sveikatos būseną apibūdinančių terminų vartojimo problematika

Pablogėjusiai asmens psichikos sveikatos būsenai įvardinti vartojami įvairūs apibendrinantys terminai, pavyzdžiui, *psichikos liga*, *psichikos sutrikimas*, *protinis atsilikimas*, *silpnaprotystė*, *elgesio sutrikimas* ir kt. Dažnai mokslinėje, mokslo populiarinimo ar profesinėje literatūroje, o taip pat ir teisės aktuose šie ir kiti panašūs terminai yra painiojami, vartojami nesistemiškai arba kaip sinonimai, nors jų požymiai, o tuo pačiu ir teisinis reikšmingumas gali skirtis. Todėl yra tikslinga įvertinti šių terminų vartojimo teisės aktuose problematiką.

Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme yra vartojamas vienintelis *psichikos ligos* terminas, skirtas apibūdinti asmens psichikos sveikatos būsenai. Įstatymo 1 str. 1 d. nurodyta, kad „*psichikos liga – tai gydytojo diagnozuotas, psichiatro patvirtintas susirgimas, pagal galiojančią ligų klasifikaciją priskiriamas psichikos ligoms. Psichikos liga negali būti diagnozuojama remiantis politiniais, religiniais, rasiniais motyvais.*“²⁴ Kaip matyti iš pateikto apibrėžimo, *psichikos liga* laikytinas ne bet koks susirgimas, o tik esantis atitinkamoje klasifikacijoje.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje nuo 2011 m. vartojama dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo, Australijos modifikacijos Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija „Sisteminių ligų sąrašas“ (toliau – TLK-10-AM).²⁵ Šios klasifikacijos 5 skyrius yra skirtas psichikos sveikatai, o oficialius skyriaus pavadinimas yra „*Psichikos ir elgesio sutrikimai*“. Taigi oficialioje ligų klasifikacijoje terminas *psichikos liga* nėra vartojamas, o visi susirgimai apibendrintai įvardijami kaip *psichikos ir elgesio sutrikimai*, nors šios sąvokos apibrėžimas ir nėra pateikiamas.

TLK-10-AM visus žinomus psichikos ir elgesio sutrikimus pagal tam tikrus požymius ir diagnozės nustatymo kriterijus suskirsto į 10 atskirų grupių, t. y. organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai; psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant psichoaktyviasias medžiagas; šizofrenija, šizotipinis ir kliesdesiniai sutrikimai; nuotaikos (afektiniai) sutrikimai; neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai; elgesio sindromai, susiję su fiziologiniais sutrikimais ir somatiniais veiksniais; suaugusiųjų

21 Mental health act 2007. Prieiga per internetą: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/pdfs/ukpga_20070012_en.pdf>

22 Mental health act 2000. Prieiga per internetą: <http://www.legislation.qld.gov.au/LEGISLTN/CURRENT/M/MentalHealA00.pdf>>

23 Mental health act. Prieiga per internetą: http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm#BK0>

24 Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 53-1290.

25 Dėl Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo „Sisteminių ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) įdiegimo. *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 23-1108.

asmenybės ir elgesio sutrikimai; protinis atsilikimas; psichologinės raidos sutrikimai; elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje. Kaip matyti iš šių atskirų grupių, TLK-10-AM pateikiama klasifikacija apima ypač platų spektrą psichikos ir elgesio sutrikimų, sukeltų biologinių, psichologinių, socialinių veiksnių ar psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo.

Kadangi Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme vartojamo termino *psichikos liga* definicija nepateikia klasifikacinių požymių ir tik nukreipia į TLK-10-AM, o pastarojoje visi asmens psichikos sveikatos pokyčiai įvardijami kaip *psichikos ir elgesio sutrikimai*, todėl darytina išvada, kad šiuose teisės aktuose vartojami terminai atitinkamai *psichikos liga* bei *psichikos ir elgesio sutrikimai* teisinio reikšmingumo prasme yra vienodi. Kitaip tariant, gydytojas psichiatras, įvertinęs asmens psichikos sveikatos būklę bei naudodamasis TLK-10-AM, nustato konkretų asmens *psichikos ar elgesio sutrikimą*, kuris Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo prasme būtų suprantamas ir įvardijamas kaip *psichikos liga*.

Civiliniame kodekse taip pat vartojamas *psichikos ligos* terminas, nors jis ir nėra apibrėžiamas. Tiesa, šiame teisės akte vartojamas tiek terminas *psichinė liga* (1.84 str. 2 d., 2.10 str. 1d., 3.269 str., 6.268 str. 4 d.), tiek *psichikos ligos* terminas (2.26 str. 4d.).²⁶ Nors jie abu semantikos prasme yra panašūs, tačiau atsižvelgiant TLK-10-AM sandarą, PSO formuojama terminologijos praktiką, taip pat aktualios redakcijos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo (kaip specialiojo teisės akto) reglamentaciją, manytina, kad tikslesnis termino variantas yra būtent *psichikos liga*, akcentuojantis ir pirmenybę teikiantis psichikos (ne)sveikatos būklės įvertinimui, o ne ligos apibendrintam apibūdinimui (pavyzdžiui, somatinės, psichosomatinės ar kitokios ligos). Kai kuriuose Civilinio kodekso straipsniuose šalia *psichikos ligos* termino yra vartojama ir *silpnaprotystės* sąvoka (1.84 str. 2 d., 2.10 str. 1d.), tačiau vėlgi apibrėžimas šiame teisės akte nėra pateikiamas. Kadangi teisiškai tokia sąvoka Civiliniame kodekse nėra apibrėžta, taip pat nėra pateikiama nuoroda į kitus teisės aktus, todėl manytina, kad *silpnaprotystė* Civilinio kodekso sisteminio aiškinimo prasme reiškia tiesiog bet kokią psichikos ar elgesio sutrikimą (ligą), pasižymintį ypač sunkia ir pavojinga išraiškos forma.

Tuo tarpu Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso (toliau – Civilinio proceso kodeksas) XXVIII skyriaus II ir III skirsniuose, reglamentuojančiuose bylas dėl fizinio asmens pripažinimo neveiksniumi ar ribotai veiksniumi, vartojamas *psichikos sutrikimo* terminas (465 str., 466 str., 472 str., 473 str.).²⁷ Pagal šio kodekso 465 str., fizinis asmuo gali būti pripažintas neveiksniumi tik nustačius dvi asmens pripažinimo neveiksniumi sąlygas: *psichikos sutrikimo* buvimą (medicininis kriterijus) ir šio *psichikos sutrikimo* nulemtą asmens negalėjimą suprasti savo veiksmų ir jų valdyti (teisinis kriterijus). Pažymėtina, kad šio straipsnio nuostatos sistemiškai nagrinėtinos su Civilinio kodekso 2.10 str. 1 d. (kaip proceso ir materialiosios teisės normos), kurioje, kaip minėta, vartojamos *psichikos ligos* ir *silpnaprotystės* sąvokos.²⁸ Taigi nors tuos pačius civilinius

26 Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 74-2262.

27 Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodeksas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 36-1340.

28 Iki 2002 m. galiojusiame civilinio proceso kodekso 283 str., reglamentuojančiame neveiksnumo ar riboto veiksnumo klausimus, buvo vartojamos *psichinės ligos* ir *silpnaprotystės* sąvokos. Tai galima

teisinius santykius apibrėžiančiose proceso ir materialiosios teisės normose vartojami nevienodi asmens psichikos būklę apibrėžiantys terminai, minėto 465 str. aiškinimas leidžia teigti, kad jie yra vartotini kaip sinonimai ir jų teisinis turinys yra vienodas.

Civilinio proceso kodekse taip pat yra vartojamas, tiesa tik viename straipsnyje, *psichinių trūkumų* terminas – 189 str. 2 d. 2 p. nustatyta, kad asmenys, kurie dėl fiziinių ir psichinių trūkumų nesugeba teisingai suvokti turinčių reikšmės bylai aplinkybių arba duoti apie jas teisingų parodymų, negali būti apklausiami kaip liudytojai.²⁹ Kaip matyti iš šios nuostatos, „*psichinių trūkumų*“ buvimas savaime nelemia asmens negalėjimo būti liudinininku byloje. Šiuo atveju būtina nustatyti, kad būtent dėl psichinių trūkumų asmuo negali tinkamai suprasti faktinių aplinkybių arba duoti dėl jų teisingų parodymų, todėl teismas kiekvienu atveju turi vertinti asmens galimybę būti liudytoju.³⁰ Nagrinėjamoje normoje ir vėl yra pabrėžiamas teisinis kriterijus, t. y. priežastinio ryšio tarp psichikos sutrikimo ir jo nulemtu negalėjimo suvokti reikšmingų aplinkybių buvimas. Tuo tarpu medicininis kriterijus – psichiniai trūkumai – nėra apskritai apibrėžiamas, o pačios sąvokos formuluotė, vartojant žodį „*trūkumai*“, nesiderina tiek su TLK-10-AM klasifikacijos terminija, tiek su kitais Civilinio ir Civilinio proceso kodeksuose vartojamais terminais, nes šių procesinių aplinkybių kontekste atitinkami psichikos sutrikimai pasižymi mažiau sunkiomis ar pavojingomis formomis.

Taip pat atkreiptinas dėmesys, kad Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 str. ir Civilinio kodekso 2.26 str. 4 d., kurie reglamentuoja priverstinės hospitalizacijos taikymo sąlygas, yra vartojamas *sunkios psichikos ligos* terminas. Ligos sunkumo nustatymo medicininiai kriterijai teisės aktuose nėra detalizuojami. Teigtina, kad Civilinio kodekso ir minėto įstatymo atveju ligos sunkumo vertinimas labiau apsiriboja teisinių kriterijų nustatymu, t. y. yra sietinas ne tiek su psichikos sutrikimo ar ligos sunkumo laipsniu, bet kiek su pavojingumu sau ar aplinkiniams išraiška, kurios lygis turi būti nekeliantis abejonių, akivaizdžiai grėsmingas ar gydytojo-psichiatro identifikuotas.

Psichikos ligos ar sutrikimo *sunkumo* įvertinimas svarbus ne vien taikant priverstinio hospitalizavimo sąlygas, bet ir vertinant neveiknumo ar riboto veiknumo nustatymą. Pagal Civilinio kodekso 2.10 str. 1 d. ir Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 4 str. nuostatas, tiek medicininis asmens vertinimas (psichikos ligos ar sutrikimo nustatymas), tiek teisinis kriterijus (priežastinis ryšys tarp nustatytos ligos ar sutrikimo ir negalėjimo suprasti savo veiksmų reikšmės ir jų valdyti) yra būtinos ir vienodai svarbios neveiknumo nustatymo proceso sąlygos.³¹ Pateikti teisinį asmens veiknumo įvertinimą visais atvejais yra teismo pareiga.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo formuojamoje praktikoje yra įtvirtinta, kad teisinis asmens veiknumo įvertinimas reiškia asmeniui nustatytų psichikos sutrikimų įvertinimą tuo aspektu, ar jų nulemtas asmens negalėjimas suprasti savo veiksmų reikš-

paaikinti tuo, kad šis teisės aktas buvo 1964 m. Lietuvos TSR civilinio proceso kodekso recepcija su tam tikrais pakeitimais. Priėmus Civilinio proceso kodeksą, pastarąsias sąvokas pakeitė būtent *psichikos sutrikimo* terminas.

29 Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodeksas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 36-1340.

30 Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso komentaras. Vilnius: Justitia. 2005, p. 34.

31 Driukas A. Valančius V. Civilinis procesas: teorija ir praktika. IV tomas. Vilnius: Registrų centras. 2009, p. 702.

mės ir jų valdyti pripažintinas tokiu *sunki*, kad leidžia pagrįstai spręsti, jog asmeniui reikalinga globa, todėl tai pateisintų jo teisių bei laisvių suvaržymą pripažįstant jį neveiksniu. Neveiksniu ir globos reikalingu iš esmės galėtų būti tik toks asmuo, kuriam konstatuojami patys *sunkiausi* ir nuolat egzistuojantys jo psichikos sveikatos sutrikimai.³² Taigi ir šiuo atveju teigtina, kad asmens neveiksnumo nustatyme psichikos ligos ar sutrikimo *sunkumo* vertinimas labiau sietinas su teisinių kriterijų nustatymu, t. y. asmens neveiksnumui svarbus klausimas yra ar asmens negalėjimas suprasti ir valdyti savo veiksmų yra tokio *sunkaus* laipsnio, kad tokiam asmeniui yra būtina globa.

Baudžiamojoje justicijoje su asmens psichikos sveikatos būsenos terminais susiduriama nustatant asmens nepakaltinamumą ir ribotą pakaltinamumą.

Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso (toliau – Baudžiamasis kodeksas) 17 str. 1 d. įtvirtinta, kad asmuo yra nepakaltinamas, jeigu darydamas nusikalstamą veiką jis dėl *psichikos sutrikimo* negalėjo suvokti jos pavojingumo arba valdyti savo veiksmų.³³ Kaip matyti iš šios normos, nepakaltinamumo požymiai yra panašūs į neveiksnumo požymius, pirmiausia dėl bendro šaltinio – asmens *psichikos sutrikimų*, kurie baudžiamosios teisės doktrinoje yra įvardijami kaip medicininiai nepakaltinamumo sąvokos kriterijai, paaiškinantys dėl kokių priežasčių asmuo, padaręs pavojingą veiką, negalėjo suprasti savo veiksmų esmės. Nors Baudžiamajame kodekse įtvirtinto termino *psichikos sutrikimai* apibrėžimas nėra pateikiamas, tačiau jais priimta laikyti psichinės veiklos sutrikimus, nustatytus oficialioje ligų klasifikacijoje (šiuo atveju TLK-10-AM).³⁴ Kita vertus, kai kurie autoriai iš šios klasifikacijos vis dar išskiria tam tikrus psichikos sutrikimus ir skirsto juos grupes. Pavyzdžiui, kaip teigia V. Piesliakas, skirtingai negu 1961 m. baudžiamajame kodekse, 2000 m. Baudžiamajame kodekse neįvardijamos psichikos sutrikimų rūšys, kurios galėtų būti pagrindas pripažinti asmenį nepakaltinamu, tačiau dėl šio požymio aiškinimas nepasikeitė. Psichikos sutrikimai gali būti skirstomi į 3 grupes: chroniškos psichikos ligos, laikini psichinės veiklos sutrikimai ir kitokios pataloginės būsenos.³⁵ Kitas autorius A. Meška, išskiria keturias psichikos sutrikimų grupes: chroniškas psichikos sutrikimas, laikinas psichikos sutrikimas, silpnaprotystė ir kita liguista psichikos būseną.³⁶ Manytina, kad toks *psichikos sutrikimų* išskyrimas grupavimas yra gana sąlyginis, kadangi Baudžiamajame kodekse, kaip minėta, terminas *psichikos sutrikimai* teoriškai turėtų apimti visus psichikos ir elgesio sutrikimus, nurodytus TLK-10-AM. Todėl ir toks siaurinamasis termino *psichikos sutrikimai* turinio aiškinimas teismo psichiatrijos ekspertizės atveju neturėtų būti teisiškai išimtinai lemiantis.

Baudžiamojo kodekso 18 str., reglamentuojančiame ribotą pakaltinamumą, taip pat vartojamas *psichikos sutrikimų* terminas, tačiau paties riboto pakaltinamumo ins-

32 LAT CBS 2008 m. liepos 11 d. nutartis c.b. 3K-3-370/2007, kat. 26.3; 128.4

33 Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas. Valstybės žinios. 2000, Nr. 89-2741.

34 Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso komentaras. Vilnius: Teisinės informacijos centras. 2004, p. 114.

35 Piesliakas V. Lietuvos baudžiamoji teisė, Pirmoji knyga. Vilnius: Justitia. 2009, p. 344.

36 Meška A. Riboto pakaltinamumo sąvoka. Lietuvos Respublikos baudžiamajam kodeksui – 10 metų. Recenzuotų mokslinių straipsnių rinkinys. Vilnius: Registrų centras. 2011, p. 244.

tituto paskirtis suponuoja, kad šiuo atveju šio termino turinio apimtis yra kitokia nei nepakaltinamumo instituto atveju. Riboto pakaltinamumo atveju psichikos sutrikimo (kaip medicininio kriterijaus) laipsnis ir pasireiškimo intensyvumas neturi būti pakankamas asmenį pripažinti nepakaltinamu.³⁷ A. Meškos nuomone, medicininio riboto pakaltinamumo kriterijaus naudojimas Baudžiamajame kodekse, apibrėžiant jį kaip *psichikos sutrikimą*, t. y. lygiai taip pat kaip nepakaltinamumo atveju, apskritai suponuoja galimą neteisingą paties instituto traktavimą, todėl šis autorius siūlo vietoj *psichikos sutrikimo* termino siūlo vartoti jo nuomone aiškesnį riboto pakaltinamumo medicininį kriterijų - *psichikos anomalijos* terminą.³⁸ Manytina, kad toks naujo termino įvedimas nors ir galėtų padėti aiškiau identifikuoti medicininį kriterijų riboto pakaltinamumo atveju, tačiau toks terminas pirmiausia turėtų būti tiksliai teisės aktuose apibrėžtas, t. y. nurodant kiek įmanoma tikslias medicininis indikacijas. Kita vertus, medicininiai kriterijai gali kisti laiko, kultūrinio konteksto ir mokslinio pažinimo atžvilgiais, todėl toks jų įtvirtinimas teisės aktuose gali būti problematiškas siekiant instituto praktinio veiksmingumo.

Vertinant aukščiau aptartų terminų vartojimą, galima teigti, kad turinio prasme vienodi terminai skirtingose teisės aktuose yra semantiškai apibrėžiami nevienodai ar netiksliai, nesilaikoma sisteminio terminų vartojimo. Darytina išvada, kad Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme įtvirtintas terminas *psichikos liga* turinio apimtimi yra tiesiogiai sietinas su TLK-10-AM įtvirtinta *psichikos ir elgesio sutrikimų* klasifikacija, o kadangi įstatyme nėra išskirtos jokios atskiros pagal TLK-10-AM psichikos ir elgesio sutrikimų grupės ar atskiri psichikos ir elgesio sutrikimai, manytina, kad terminas *psichikos liga*, Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo prasme, yra per siauras, neatitinka galiojančios ligų klasifikacijos ir todėl galėtų būti tikslinimas terminu *psichikos ir elgesio sutrikimai*. Atkreiptinas dėmesys, kad įstatymo projekte, kuriuo siūloma priimti naują Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo redakciją, tokia linkme ir yra siūloma keisti šias sąvokas, t. y. terminą *psichikos liga* siūloma keisti terminu *psichikos ir elgesio sutrikimas*.³⁹ Tokia formos ir turinio linkme galėtų būti koreguojama terminologija ir aukščiau aptartuose Civilinio kodekso, Civilinio proceso kodekso ir Baudžiamojo kodekso nuostatuose, reguliuojančiuose vienaarūšius teisinius santykius.

Kaip matyti iš aukščiau aptartų teisinio reguliavimo pavyzdžių, dėl *psichikos ir elgesio sutrikimo* asmuo gali būti pripažintas neveiksniu arba ribotai veiksniumi, taip pat gali būti suvaržoma asmens laisvė, priverstinai jį hospitalizuojant. Dėl *psichikos ir elgesio sutrikimo* gali būti ribojama asmens teisė pasirinkti gydymo metodą, o taip pat tokio būsenos konstatavimas asmeniui gali atimti teisę būti paskirtam vaiko globėju.⁴⁰ Netgi pats psichikos ar elgesio sutrikimo diagnozavimo faktas yra svarbus, nes jis keičia

37 Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso komentaras. Vilnius: Teisinės informacijos centras. 2004, p. 114.

38 Lietuvos Respublikos baudžiamajam kodeksui – 10 metų. Recenzuotų mokslinių straipsnių rinkinys. Vilnius: Registrų centras. 2011, p. 245.

39 Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo projektas, Nr. XIP-1998. Lietuvos Respublikos Seimo tinklapis [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 05 03] <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=371129&p_query=&p_tr2=>

40 Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 74-2262.

ties paties asmens suvokimą apie save, tiek visuomenės požiūrį į tokią asmenį. Todėl kiekvienu atveju vertinama ne tik asmens psichikos būseną, bet tuo pačiu nulemiamas galimo asmens teisių ribojimo klausimas.

Pažymėtina, kad kitose teisės sistemose, teisės aktai gali išskirti tam tikras psichikos ir elgesio sutrikimų grupes, kurių diagnozavimas savaime netampa pagrindu taikyti tam tikras ribojamąsias priemones asmens atžvilgiu ir priešingai – tik tam tikrai grupei priklausančio psichikos ir elgesio sutrikimo diagnozavimas leidžia riboti asmens teises.

Iki 2007 m. toks modelis buvo taikomas Anglijoje ir Velse, kurios psichikos sveikatos įstatyme buvo įtvirtintas bendrinis terminas asmens psichikos sveikatos būsenai įvardinti – *psichikos sutrikimas* (angl. *mental disorder*). Pagal šio įstatymo nuostatas, tik tiems asmenims, kurie pripažinti turintys *psichikos sutrikimą*, buvo galima taikyti įstatyme įtvirtintas nuostatas. Taigi įstatymo taikymo sąlyga priklausė būtent nuo termino *psichikos sutrikimas* apimties.⁴¹

Pagal tuometinę reglamentaciją, *psichikos sutrikimas* apėmė keturias siauresnes būkles, t. y. psichikos ligą (angl. *mental illness*), sunkų psichikos pablogėjimą (angl. *severe mental impairment*), psichikos pablogėjimą (angl. *mental impairment*), psichopatinį sutrikimą (angl. *psychopathic disorder*). Visgi teigti, kad terminas *psichikos sutrikimas* buvo tik šių keturių atskirų būklių suma negalima, nes jo apibrėžimas apėmė ir „bet kokią kitą psichikos sutrikimą ar negalią“ (angl. *any other disability or disorder of mind*).⁴²

Tam, kad būtų galima taikyti asmens teisių ribojimo priemones, vienais atvejais įstatyme reikalauta *psichikos sutrikimo* (bendresnio apibrėžimo būklės) buvimo, tuo tarpu kitais atvejais įstatymo nuostatos leisdavo taikyti konkrečias priemones tik esant vienai iš siauresnių psichikos sutrikimo būklių. Pavyzdžiui, asmuo galėjo būti priverstinai hospitalizuojamas 28 dienoms bet kokio psichikos sutrikimo atveju, tačiau pasiėmus šiam laikotarpiui, jis galėjo būti pratęsimas tik diagnozavus vieną iš specifinių psichikos sutrikimų.⁴³ Todėl praktikoje pasitaikydavo atvejų, kai sunkius psichikos ir elgesio sutrikimus turintys asmenys galėjo išvengti priverstinio hospitalizavimo ir gydymo vien dėl to, kad tokie asmenys netenkindavo siauresnių psichikos būklių formalių sąlygų.

Tokia Anglijoje ir Velse galiojanti psichikos sveikatos įstatyme įtvirtinta *psichikos sutrikimo* klasifikacija buvo pakeista 2007 m., priėmus šio akto pakeitimus ir papildymus. Iš termino *psichikos sutrikimas* buvo pašalintos aukščiau aptartos siauresnės psichikos sutrikimų būklės ir įtvirtinta tik abstrakti definicija – *bet koks psichikos sutrikimas ar negalia* (angl. *any disorder or disability of the mind*). Terminu *psichikos sutrikimas* apibrėžimo pataisos nulėmė, kad toks pakeistas apibrėžimas dabar apima visas psichikos ir elgesio sutrikimų diagnozes, pagal Anglijoje ir Velse vartojamą PSO

41 Brown R. Changes in mental health law. *The journal of mental health training, education and practice*. Volume 3 December, 2008, p. 6.

42 Mental health act 1983. Prieiga per internetą: <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm?fde_id=15762>

43 Bartlett P. *Mental health law*. Oxford press, 2005, p. 35.

Tarptautinę ligų klasifikaciją (TLK-10), ir kiekvienu atskiru atveju medikams suteikia diskrecijos teisę įvertinti ir nustatyti asmens psichikos sveikatos būseną.⁴⁴

Galima sutikti su autorių nuomone, jog toks teisinio reguliavimo pakeitimas, išplečiantis termino *psichikos sutrikimas* turinio apimtį, akivaizdžiai padidino potencialių psichikos pacientų skaičių, tačiau tuo pačiu ir atvėrė galimybę teikti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas tiems asmenims, kurių psichikos sveikatos būseną anksčiau nepatekdavo į termino *psichikos sutrikimas* apimtį.⁴⁵ Pavyzdžiui, psichikos ir elgesio sutrikimą dėl sunkios galvos traumos turinčio asmens būseną dabar tenkina pakeistą *psichikos sutrikimo* apibrėžimą ir jam gali būti taikoma bet kuri Anglijos ir Velso psichikos sveikatos įstatymo nuostata, nors anksčiau tokia asmens būseną nepatekdavo ir netenkindavo nei vienos iš keturių specifinių psichikos sutrikimų būklių ir tokiam asmeniui kai kurios įstatymo nuostatos negalėdavo būti taikomos.

Anglijos ir Velso psichikos sveikatos įstatyme yra įtvirtinti trys skirtingi asmens priverstinio hospitalizavimo atvejai. Pirmuoju atveju (įstatymo 2 straipsnis) asmuo gali būti priverstinai hospitalizuojamas sveikatos būklės įvertinimui ne ilgesniam kaip 28 parų laikotarpiui, jei yra tenkinamos privalomos sąlygos: asmuo turi kentėti nuo psichikos sutrikimo (angl. *mental disorder*) ir tokiu asmens priverstiniu hospitalizavimu turi būti siekiama apsaugoti to asmens ar kitų asmenų sveikatą ir saugumą. Taip pat šiuo atveju yra būtinas oficialus hospitalizuojamo asmens artimo giminaičio ar socialinio darbuotojo kreipimasis, kurį turi patvirtinti ne mažiau kaip du medikai (sertifikuoti profesiniai veiklai pagal šį įstatymą), o vienas iš šių jų privalo būti gydytojas-psichiatras. Sprendimą dėl priverstinio hospitalizavimo priima teismas.⁴⁶

Kitu atveju asmuo gali hospitalizuojamas ilgesniam laikotarpiui – iki 6 mėnesių, su galimybe pratęsti hospitalizavimą tokiam pat laikotarpiui (įstatymo 3 straipsnis). Kaip ir pirmuoju atveju, priverstiniam hospitalizavimui yra būtinas ne mažiau kaip dviejų medikų (sertifikuotų profesiniai veiklai) nustatytos formos patvirtinimas, kuriame turi būti pažymimos priverstinio hospitalizavimo sąlygos, t. y. pirma, asmuo kenčia dėl psichikos sutrikimo ir dėl to jam būtinas atitinkamas gydymas; antra, hospitalizavimu siekiama apsaugoti to asmens ar kitų asmenų sveikatą ir saugumą; trečia, efektyvus asmens gydymas yra įmanomas. Būtent pastarasis kriterijus ir privalo užtikrinti ilgalaikio priverstinio hospitalizavimo teisėtumą, t. y. priverstinis hospitalizavimas pagal šį straipsnį galimas tik tuomet, jei asmens gydymas yra efektyvus ir duodantis realius rezultatus.⁴⁷

Dėl staiga dėl sutrikusios asmens psichikos būklės gydytojas (nebūtinai psichiatras) gali priimti sprendimą nedelsiant priverstinai hospitalizuoti tokį asmenį laikotarpiui iki 72 valandų. Šiuo atveju įstatyme taikomas neatidėliotino būtinumo (angl.

44 Brown R. Changes in mental health law. *The journal of mental health training, education and practice*. Volume 3 December, 2008, p. 6.

45 Shah A. Eight years of Controversy: Has it Made any Difference? Will the Amendments Contained in the Mental Health Act 2007 (UK) Result in More Patients Being Subject to Compulsion? *Psychiatry, Psychology and Law*, Vol. 16, No. 1, 2009, p. 61.

46 Mental health act 1983. Prieiga per internetą: < <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/section/4>>

47 Herring J. *Medical law and ethics*. Oxford university press. 2006, p. 557.

urgent necessity) kriterijus, kuris konstruoja situaciją kai gydytojo neveikimas gali sukelti pavojų asmens ar aplinkinių asmenų sveikatai ir saugumui (įstatymo 4 straipsnis). Pasibaigus šiam terminui asmuo turi būti paleidžiamas, nebent jam taikomi kiti įstatyme numatyti priverstinio hospitalizavimo taikymo atvejai.⁴⁸

Pažymėtina, kad visais aptartais Anglijos ir Velse psichikos sveikatos įstatymo atvejais būtina sąlyga priverstiniam hospitalizavimui yra psichikos sutrikimas, kuris turi būti tokio lygio arba sunkumo, kad pateisintų asmens teisių ribojimą (angl. *degree which warrants the detention*). Sutrikimo sunkumo išraiškos forma apibrėžtame laikotarpyje gali keisti intensyvumą, tačiau jos teisinis vertinimas dėl to neturėtų kisti, jei nekyla abejonių dėl paties asmens psichikos sutrikimo sunkumo laipsnio.⁴⁹ Taigi toks *psichikos sutrikimo* sunkaus laipsnio reikalavimas atitiktų aukščiau aptartą lietuviškąją *sunkios psichikos ligos* kategoriją.

Asmens neveiksnumo klausimus Anglijoje ir Velse reguliuoja atskiras Psichinio veiksnio įstatymas (angl. *mental capacity law*).⁵⁰ Šiame 2005 m. priimtame teisės akte, neveiksniu gali būti pripažintas asmuo, kuris kiekvienu konkrečiu atveju negali suprasti ir valdyti savo veiksmų dėl protinės veiklos pablogėjimo ar smegenų pažeidimo (angl. *impairment of or a disturbance in the functioning of the mind or brain*).⁵¹ Kaip manyti iš šios nuostatos, medicininis neveiksnumo kriterijus apbrėžiamas taip, kad apimtų bet kokią psichikos ir elgesio sutrikimą. Tuo tarpu daug išsamiau reglamentuojamas teisinis neveiksnumo kriterijus – priežastinis ryšys tarp psichikos ar elgesio sutrikimo ir negalėjimo suprasti savo veiksmų reikšmės, kurio įvertinimui yra įtvirtintas asmens psichikos būsenos įvertinimo testas.

Taigi, pablogėjusiai asmens psichikos sveikatos būsenai apibrėžti teisiniame reglamentavime dažnai yra vartojamas abstraktaus turinio *psichikos ir elgesio sutrikimo* terminas, kuris remiasi dažniausiai klinikiniais požymiais, įtvirtintais tarptautinėse ligų klasifikacijose. Manytina, kad toks vienpusiškai medicininis *psichikos ir elgesio sutrikimų* klasifikavimas teisės požiūriu gali būti nepakankamas, nes tarptautinės ligų klasifikacijos pirmiausia yra kuriamos tarnauti būtent medicininiam tikslams, kaip ligų prevencija, diagnostika ar gydymas, ir iki šiol niekada nebuvo modeliuojamos kaip mechanizmai, skirti teisinei intervencijai.

3. „Psichikos ligonio“ sąvoka „paciento“ sąvokos apibrėžime

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 2 str. 9 d. įtvirtintas toks *paciento* apibrėžimas: „asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis“⁵². Tuo tarpu Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo 2 str. 1 d. nustatyta, kad pacientu laikomas asmuo, kuris nau-

48 Mental health act 1983. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 06 15] < <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/section/4>>

49 Herring J. Medical law and ethics. Oxford university press. 2006, p. 554.

50 Mental health act 2005. Prieiga per internetą: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf

51 Shickle D. The Mental Capacity Act 2005. Clinical Medicine Vol 6 No 2. 2006, p. 170.

52 Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 109-2995.

dojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to ar jis sveikas, ar ligonis, ir gaudamas šias paslaugas turi įstatymų nustatytas teises bei pareigas.⁵³ Taigi bendriausia prasme *pacientu* sveikatos priežiūroje laikomas bet koks asmuo, kuris naudojasi bet kurios sveikatos priežiūros įstaigos teikiamomis paslaugomis ir toks naudojimasis paslaugomis sukuria jam teises bei pareigas.

Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 1 str. 2 d. taip pat yra pateikiama *paciento* definicija: „*psichikos ligonis ar kiekvienas kitas asmuo, kuris naudojasi psichikos sveikatos priežiūra.*“⁵⁴ Kaip matyti, šiuo atveju termino *pacientas* turinį sudaro ne bet kokie pacientai, o tik tie, kurie naudojasi psichikos sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis. Kitaip tariant, užtenka asmeniui tapti bet kokios psichikos sveikatos priežiūros teikiamos paslaugos gavėju ir jį galima įvardinti pacientu arba tiksliau – psichikos sveikatos priežiūros pacientu. Atkreiptinas dėmesys, kad įstatymo projekte, kuriuo siūloma priimti naują Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo redakciją, *paciento* sąvokos apskritai yra atsisakoma, nors tokios pozicijos paaiškinimas įstatymo projekto rengėjų nėra pateikiamas.⁵⁵

Analizuojamas *paciento* terminas Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme apimtų dvi atskiras asmenų kategorijas – *psichikos ligonius* ir *kitus asmenis*, besinaudojančius psichikos sveikatos priežiūra ir kurie nėra psichikos ligoniai. Kaip matysime vėliau, šios kategorijos turi esminių skirtumų, kurie lemia jų teisinį reikšmingumą ir galimas asmens teisių ribojimų apimtis.

Kas vadintinas *psichikos ligoniu*, lakoniškai apibrėžiama Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 1 str. 3 d.: „*asmuo, sergąs psichikos liga*“. Taigi psichikos ligonio statuso teisinis kvalifikavimas yra susijęs su vienintelio kriterijaus pripažinimu – sirgimu psichikos liga. Šiuo atveju sirgimas psichikos liga, yra suprantamas kaip gydytojo-psichiatro patvirtintas susirgimas, pagal galiojančių ligų klasifikaciją priskiriamas psichikos ligoms (šiuo atveju TLK-10-AM). Iš to galima daryti išvadą, kad psichikos ligonio statusą asmuo įgyja tik nuo to momento, kai jo medicinos dokumentuose gydytojas-psichiatras oficialiai užfiksuoja psichikos ligos diagnozę.

Nors Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas detaliau nereglamentuoja pripažinimo sergant psichikos liga procedūros, tačiau sisteminė šio įstatymo 23 str. ir 27 str. analizė leidžia daryti tolimesnes išvagas.

Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 str. nustato, kad asmuo, sergąs *sunkia psichikos liga* ir atsisakęs hospitalizavimo, gali būti hospitalizuotas prievarta tik jeigu yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminę žalą savo sveikatai bei gyvybei ar aplinkinių sveikatai bei gyvybei. Kitaip tariant, pagal šią teisės normą asmenį priverstinai hospitalizuoti leidžiama, kai yra šių sąlygų visuma – *asmuo serga sunkia psichikos liga* (yra psichikos ligonis) ir *atsisako hospitalizavimo* bei yra *reali grėsmė*, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminę žalą *savo sveikatai, gyvybei ar aplinkinių*

53 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 102-2317.

54 Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 53-1290.

55 Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo projektas, Nr. XIP-1998. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=371129&p_query=&p_tr2=>>

sveikatai, gyvybei. Taigi kaip matyti iš šios įstatymo nuostatos, vienas iš būtinų kriterijų priverstiniam asmens hospitalizavimui yra sirgimas *sunkia psichikos liga*.

Turinio prasme panaši nuostata įtvirtinta ir Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – Civilinis kodeksas) 2.26 str. 4 d., kurioje nurodoma, kad jeigu asmuo serga *sunkia psichikos liga* ir yra *reali grėsmė*, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminės žalos *savo ar aplinkinių sveikatai ar gyvybei bei turtui*, jis gali būti priverstinai hospitalizuojamas. Atkreiptinas dėmesys, kad šioje Civilinio kodekso nuostatoje yra įtvirtinta papildoma indikacija – žala turtui, kurios nėra Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme.⁵⁶

Pagal Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 23 str. gydytojas-psichiatras, įtardamas asmenį sergant *sunkia psichikos liga* bei esant *realiai grėsmei* dėl tokio asmens ir/arba *aplinkinių gyvybės ir sveikatos*, atlieka asmens pirminį psichikos būklės patikrinimą ir įvertinimą. Tokio patikrinimo tvarką reglamentuoja Pirminio asmens psichikos būklės patikrinimo tvarka.⁵⁷ Taigi tokio patikrinimo metu turėtų būti suformuojama išvada dėl asmens galimo sirgimo ar nesirgimo *sunkia psichikos liga*. Konstatavus galimo susirgimo atvejį, atsirastų formali galimybė (esant visų sąlygų visumai) tokį asmenį priverstinai hospitalizuoti, suvaržyti jo laisvę bei asmens neliečiamybę, ir priešingai – nepatvirtinus sirgimo fakto, asmuo formaliai nebūtų laikomas psichikos ligoniu bei negalėtų būti priverstinai hospitalizuojamas.

Iš to būtų galima daryti išvadą, kad tik formaliai, tame tarpe ir jiems atlikto pirminio psichikos būklės patikrinimo pagrindu, pripažinti psichikos liga sergantys asmenys (*psichikos ligoniai*) gali būti priverstinai hospitalizuojami. Tačiau šios nuostatos taikymo painiavą kelia Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 28 str., kuriame detalizuojamos priverstinio hospitalizavimo sąlygos. Šis straipsnis nustato, kad esant įstatymo 27 str. nurodytoms aplinkybėms, *pacientas* gali būti priverstinai hospitalizuojamas ir priverstinai gydomas psichiatrinėje įstaigoje ne ilgiau kaip dvi paras be teismo leidimo. Tokia šio straipsnio formuluotė suponuotų išimtį iš minėtos priverstinio hospitalizavimo nuostatos, ir tokiu būdu priverstinai hospitalizuojami galėtų būti ir tie *pacientai*, kurie nėra *psichikos ligoniai*, bet naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis, ir tuo pačiu pateikiama nuoroda į įstatymo 27 str. nurodytas aplinkybes, pagal kurias tik asmeniui, sergančiam *sunkia psichikos liga* (kas atitinka *psichikos ligonio* sąvokos apibrėžimą) gali būti taikoma priverstinis hospitalizavimas.

Kadangi Lietuvos įstatymų leidėjo pasirinktas priverstinio hospitalizavimo teisinis režimas nėra kažkuo originalus, o yra įtakojamas Europos Žmogaus Teisių Konvencijos (toliau – EŽTK) taikymo praktikos, todėl tikslinga aptarti šio tarptautinės teisės akto tam tikras nuostatas.⁵⁸

Šiuo atveju analizuotinas EŽTK 5 str. 1 d. „e“ punktas, kuriame kalbama apie teisėtą laisvės atėmimą. Visuomenės gerovei ir pačių asmenų labai šis punktas nustato teisėtą asmens sulaikymą, siekiant užkirsti kelią infekcinių ligų plitimui, arba kai su-

56 Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 74-2262.

57 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 7 d. įsakymas Nr. 133 „Dėl pirminio asmens psichikos būklės patikrinimo tvarkos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 28-695.

58 Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 40-987.

laikomi psichiškai nesveiki asmenys, alkoholikai, narkomanai ar valkatos. Taigi be kitų atvejų, ši nuostata legalizuoja „psichiškai nesveikų asmenų“ laisvės suvaržymą (kaip rodo praktika, dažniausiai juos priverstinai hospitalizuoja). EŽTK teksto redakcijoje anglų kalba „psichiškai nesveiki asmenys“ įvardijami „*person of unsound mind*“, tačiau šios sąvokos apibrėžimas nėra pateikiamas.

Pirmojoje su psichikos sveikata susijusioje Europos Žmogaus Teisių Teismo (EŽTT) byloje *Winterwerp v Nyderlandai*, teismas suformavo tris kriterijus, kuriais vadovaujantis konstatuojama, kada asmuo pagal EŽTK 5 str. 1 d. „e“ punktą gali būti laikomas psichiškai nesveiku ir priverstinai hospitalizuojamas, t. y. (i) *valstybė turi laikytis objektyvių medicininių kriterijų*; (ii) *asmens psichinė būklė turi būti iš tikrųjų sunki*; (iii) *valstybė turi teisę laikyti asmenį ligoninėje tol, kol jis pagis*.⁵⁹

EŽTT aiškindamas termino *psichiškai nesveiki asmenys* turinį, pabrėžia būtent asmens psichinės būklės sunkumo svarbą ir tik tokia išskirtinai sunki būklė, įvertinta objektyviais mediciniais kriterijais gali būti pagrįsta sąlyga suvaržant asmens laisvę. Todėl galima teigti, kad ši *sunki būklė* savo turiniu labiausiai atitinka sirgimo *psichikos liga* turinį, o terminas *psichiškai nesveiki asmenys* – aukščiau aptartą sąvoką *psichikos ligonis*.

Akivaizdu, kad tiek angliškame, tiek lietuviškame EŽTK tekste vartojamos sąvokos asmens orumo atžvilgiu yra nekorektiškos, kadangi jos formuluojamos negatyviai ir skatina proto ar psichikos negalią turinčių asmenų socialinę atskirtį. Tokia formuluotė galėtų būti pateisinama nebent tuo, kad EŽTK tekstui yra daugiau negu 60 metų. Todėl formuluotė „*person of unsound mind*“ į lietuvių kalbą galėtų būti verčiama „*psichikos ligonis*“, o toks vertimo variantas, kaip minėta, būtų teisingas ir sąvokos turinio prasme.

Šiame kontekste taip pat aktualūs Jungtinių Tautų Organizacijos (toliau – JTO) Asamblėjos 1991 m. patvirtinti Asmenų, sergančių psichikos liga, apsaugos ir psichikos sveikatos priežiūros tobulinimo principai, kurie nors ir nėra teisiškai įpareigojantys, tačiau tarptautiniu lygmeniu formuoja standartus psichikos sveikatos priežiūros teisėkūrai.⁶⁰ Šio dokumento 16 principas nustato priverstinio hospitalizavimo taikymą, pagal kurį tik *psichikos liga* (angl. *mental illness*) sergantis asmuo, esant sąlygų visumai, gali būti priverstinai hospitalizuojamas. Taigi ir šiame tarptautinės „minkštosios“ teisės šaltinyje yra įtvirtinta psichikos ligos (o netiesiogiai ir psichikos ligonio) sąlyga priverstinio hospitalizavimo taikyme.⁶¹

Taigi, manytina, kad psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 ir 28 str. Vartojamos viena kitai prieštaraujanti sąvokos. Atitinkamai „asmuo sergąs sunkia psichikos liga“ ir „pacientas“ turėtų būti vertinamos kaip terminų vartojimo įstatyme netikslumas ir traktuojamos kaip sinonimai, turinio pirmenybę teikiant pirmajai – „asmuo sergąs sunkia psichikos liga“, kuri, kaip minėta, atitinka sąvokos psichikos ligonis apibrėžimą.

59 Byla *Winterwerp vs The Netherlands* (1979). Application No. 00006301/73.

60 United Nation Principles for the Protection of Persons with Mental illness and the Improvement of Mental Health Care Jungtinių Tautų Organizacijos tinklapis. Prieiga per internetą: <<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>>

61 *WHO resource book on mental health. Human rights and legislation*. World Health Organization, 2005, p. 13.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo praktikoje, bylose dėl priverstinio hospitalizavimo teisėtumo, asmens sirgimas būtent sunkia *psichikos liga* yra vertinamas kaip būtina sąlyga priverstinio hospitalizavimo taikymui.⁶²

Svarbu pažymėti, kad terminas *psichikos ligonis* taip pat turi svarbų praktinį aspektą. Kaip minėta, psichikos ligoniu formaliai pripažintinas asmuo, kuriam nustatomas bet koks psichikos ar elgesio sutrikimas, įtvirtintas TLK-10-AM 5 skyriuje. Todėl netgi ir tokių būsenų, kurias daugelis žmonių savo gyvenime yra patyrę (pavyzdžiui, *košmariški sapnai* (TLK-10-AM-F51.5), *naktinis siaubas* (TLK-10-AM-F51.4), *emocinis miego sutrikimas* (TLK-10-AM-F51.9) ir pan.), diagnozavimas tampa formaliu pagrindu asmenį laikyti *psichikos ligoniu*. Ne paslaptis, kad terminas *psichikos ligonis* bendrinėje kalboje yra suvokiamas vos nevienareikšmiškai negatyviai, asocijuojant asmenį su sunkia proto negalia ar net būtinybe jį atskirti nuo visuomenės, hospitalizuojant specialios paskirties įstaigose. Todėl pagrįstai gali kilti klausimas, ar tokio plataus turinio *psichikos ligonio* termino (kuris itin išplečia galimai diskriminuojamųjų asmenų kategoriją) Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme neturėtų būti apskritai atsisakoma. Be abejo, tokiu atveju turėtų būti keičiama ir bendra Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo ir jame vartojamų sąvokų struktūra. *Psichikos ligonio* terminą galėtų pakeisti šiek tiek pakoreguotos apibrėžties *paciento* (Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo prasme) terminas, kuris šiuo atveju galėtų reikšti *asmenį, turintį psichikos ir elgesio sutrikimą ar kiekvieną kitą asmenį, besinaudojantį psichikos sveikatos priežiūrą*.

Taigi tokia kryptimi keičiant terminų ir jų apibrėžčių išdėstymą Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme, visi asmenys, nepriklausomai ar jie turi kokių psichikos ar elgesio sutrikimų, ar tiesiog naudojasi psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis, būtų įvardijami kaip pacientai, o tai, be kita ko, leistų mažinti stigmatizaciją ir diskriminaciją psichikos sveikatos priežiūroje. Taip pat vertėtų pabrėžti, kad *paciento* terminas Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme nėra visiškai tikslus, kadangi gali būti tapatinamas su kituose sveikatos priežiūrą reglamentuojančiuose teisės aktuose įtvirtintais terminais, todėl galėtų būti tikslinamas pagal savo reguliavimo sritį į terminą *psichikos sveikatos priežiūros pacientas* arba trumpiau *psichikos pacientas*, kas leistų aiškiai suprasti, jog kalbama būtent apie psichikos sveikatos priežiūrą bei ja besinaudojančius pacientus.

Išvados

1. Terminas *psichikos sveikata* apibrėžimai teisės aktuose yra grindžiami daugiau subjektyvaus pobūdžio socialiniu elementu, kuris yra akcentuojamas PSO skelbiamuose teisiškai neįpareigojančiuose dokumentuose. Tokios subjektyvios kategorijos įtraukimas į teisės aktus gali nepamatuoti išplėsti teisės į psichikos sveikatos priežiūrą, o kartu ir valstybės pozityvių įsipareigojimų, kurių įgyvendinimas daugiausia priklauso nuo ekonominio pajėgumo, ribas. Kadangi Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas yra skirtas nustatyti asmenų, kurie naudojasi psichikos sveikatos priežiūra, teises ir pareigas, ir nereguliuoja jokios veiklos visuomenės sveikatos priežiūroje, todėl galima ma-

62 LAT CBS 2006 m. kovo 20 d. nutartis c.b. Nr. 3K-3-200/2006, kat. 24.4; 26.7; 44.2.4.2

nyti, kad šiame teisės akte nėra tikslinga ir juridinės technikos prasme aktualu įtvirtinti bei apibrėžti visuomenės sveikatos priežiūros srities terminus, koks ir yra terminas *psichikos sveikata*.

2. Pablogėjusiai asmens psichikos sveikatos būsenai apibrėžti teisiniame reglamentavime dažnai yra vartojamas abstraktus turinio *psichikos ir elgesio sutrikimo* terminas, kurio konkretus turinys remiasi klinikiniais požymiais, įtvirtintais tarptautinėse ligų klasifikacijose. Manytina, kad toks vienpusiškai medicininis *psichikos ir elgesio sutrikimų* klasifikavimas teisės požiūriu gali būti nepakankamas, nes tarptautinės ligų klasifikacijos pirmiausia yra kuriamos tarnauti būtent medicininiam tikslams, kaip ligų prevencija, diagnostika ar gydymas, ir iki šiol niekada nebuvo modeliuojamos kaip mechanizmai, skirti psichikos ar elgesio turinčių asmenų teisinių santykių režimui nustatyti.

3. *Psichikos ligonio* statuso teisinis kvalifikavimas yra susijęs su vienintelio kriterijaus pripažinimu – sirgimu psichikos liga. Sirgimas psichikos liga yra suprantamas kaip oficialus gydytojo-psichiatro ar jų grupės patvirtintas susirgimas, pagal galiojančių ligų klasifikaciją TLK-10-AM priskiriamas psichikos ir elgesio sutrikimams. Todėl netgi ir tokių būsenų, kurias daugelis žmonių savo gyvenimuose yra patyrę, diagnozavimas tampa formaliu pagrindu asmenį laikyti *psichikos ligoniu*. Manytina, kad plataus turinio terminas *psichikos ligonis* Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme galėtų būti keičiamas pakoreguotos apibrėžties *paciento* terminu, kuris apimtų *asmenį, turintį psichikos ir elgesio sutrikimą ar kiekvieną kitą asmenį, besinaudojantį psichikos sveikatos priežiūra*. Taip visi asmenys, nepriklausomai ar jie turi psichikos ar elgesio sutrikimų, ar tik naudojasi psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis, būtų įvardijami kaip pacientai, o tai galimai mažintų stigmatizaciją ir diskriminaciją psichikos sveikatos priežiūroje.

Literatūra

1. Alekna R., Aputytė V. ir kt. Psichiatrija. Vaistų žinios, 2003.
2. Bartlett P. *Mental health law*. Oxford press, 2005, p. 36.
3. Byla No. 6301/73, *Winterwerp prieš Netherlands* [1979].
4. Brown R. Changes in mental health law. The journal of mental health training, education and practice. Volume 3 December, 2008, p. 6.
5. Dėl Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo “Sisteminis ligų sąrašas” (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) įdiegimo. *Valstybės žinios*, 2011, Nr. 23-1108.
6. Driukas A. Valančius V. Civilinis procesas: teorija ir praktika. IV tomas. Vilnius: Registrų centras. 2009, p. 702.
7. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 40-987.
8. Herring, J. *Medical law and ethics*. Oxford University Press. 2006.
9. Juškevičius J. Balsienė J. Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the rights to healthcare. *Jurisprudencija*. 2010 (4).
10. LAT CBS 2006 m. kovo 20 d. nutartis c.b. Nr. 3K-3-200/2006, kat. 24.4; 26.7; 44.2.4.2
11. LAT CBS 2007 m. rugsėjo 11 d. nutartis c.b. Nr. 3K-3-328/2007, kat. 26.3; 128.5
12. LAT CBS 2008 m. liepos 11 d. nutartis c.b. Nr. 3K-3-370/2008, kat. 26.3; 128.4

13. Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 89-2741.
14. Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso komentaras. Vilnius: Teisinės informacijos centras. 2004.
15. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. *Valstybės žinios*. 2000, Nr. 74-2262.
16. Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodeksas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 36-1340.
17. Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso komentaras. Vilnius: Justitia. 2005.
18. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 102-2317.
19. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 53-1290.
20. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo papildymo IX¹ skyriumi ir 1 straipsnio papildymo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 108-3127.
21. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo projektas, Nr. XIP-1998. Lietuvos Respublikos Seimo tinklapis [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 05 03] <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=371129&p_query=&p_tr2=>
22. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 109-2995.
23. Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimas Nr.X-1070 „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr.41-1011.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.
25. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 645 “Dėl valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos patvirtinimo”. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 76-3014.
26. Lietuvos Tarybų Socialistinės Respublikos Aukščiausios tarybos ir Vyriausybės žinios. LKP CK spaustuvė, 1984.
27. Mental health act 1983. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 06 15] <http://www.cqc.org.uk/publications.cfm?fde_id=15762>
28. Mental health act 2007. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 06 03] http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/pdfs/ukpga_20070012_en.pdf
29. Mental health act 2000. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 05 06] <http://www.legislation.qld.gov.au/LEGISLTN/CURRENT/M/MentalHealA00.pdf>
30. Mental health act. Canada. [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 05 21] http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm#BK0
31. Meška A. Riboto pakaltinamumo sąvoka. Lietuvos Respublikos baudžiamajam kodeksui – 10 metų. Recenzuotų mokslinių straipsnių rinkinys. Vilnius: Registrų centras. 2011.
32. Neįgaliųjų teisių konvencija. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 6-164.
33. Pasaulio Sveikatos Organizacijos pranešimas psichikos sveikatos tema. Pasaulio Sveikatos Organizacijos tinklapis [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 05 15]. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>
34. Piesliakas V. Lietuvos baudžiamoji teisė, Pirmoji knyga. Vilnius: Justitia. 2009.
35. Promoting mental health. World Health Organization. 2005.
36. Radavičius L.E. Psichikos sutrikimų požymiai ir jų reikšmė teisėtvarkos, teisėsaugos, administracijos ir valdymo įstaigų darbuotojams. LTU, 2000.
37. Radavičius L.E. Įvadas į teisės psichiatriją. LTU, 2001.
38. Radavičius L.E. Teisės psichiatrija: istorija ir dabartis. Vilnius. MRU, 2004.
39. Raškauskas V. Priverstinio hospitalizavimo psichiatrijoje paplitimas ir klinikiniai ypatumai. Daktaro disertacija. Vilnius, 2010.

40. Raškauskas V. ir kt. Priverstinio hospitalizavimo į psichiatrijos stacionarą Lietuvoje teisinio reguliavimo ir paplitimo aspektai Europos valstybių kontekste. Visuomenės sveikata. 2010 (2), p. 3000–3005.
41. Schlosseris H. D. Etika yra kalbos dalykas. Kritinės pastabos dėl vadinamosios biomedicinos kalbos. Mokslo darbai. Problemos, Nr. 67. Vilnius: Vilniaus universitetas. 2005.
42. Shickle D. The Mental Capacity Act 2005. Clinical Medicine Vol 6 No 2. 2006.
43. Shah A. Eight years of Controversy: Has it Made any Difference? Will the Amendments Contained in the Mental Health Act 2007 (UK) Result in More Patients Being Subject to Compulsion? Psychiatry, Psychology and Law, Vol. 16, No. 1, 2009, p. 61.
44. United Nation Principles for the Protection of Persons with Mental illness and the Improvement of Mental Health Care Jungtinių Tautų Organizacijos tinklapis [interaktyvus]. [žiūrėta 2012 05 03] <<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>>
45. WHO resource book on mental health. Human rights and legislation. World Health Organization, 2005.

Mental health care concepts in legal regulation problematic aspects

Valdas Benkunskas

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

In the present article, the author analyses problems of usage of a terminology in mental health care law. Usage of a specific legal terminology in mental health care as a specialized health care is rooted in a psychiatric science. Direct transfer of the terminology from medical sciences and usage of it in legal language can be risky since the medical terms are constantly changing and the change effects both lexical and semantic relation. With every new concept the lexical-semantic the change of new or even non-existent conceptual meanings occurs, caused by new ideals, moral and ethical standards. Appropriate changes should take place in the legal regulation as well. However, often the legislative change of terminology does not occur at the same time and it causes not only inaccuracy but also violation of ethical standards.

The usage of the terms in mental health legal regulation is problematic because it is unlike in other health care fields, specifically deals with the rights and protection issues of people with mental and behavioural disorders. The legal regulation is aimed to work accurately and reliably for the best of those individuals. In practice, however, there are cases in which mental health regulation of the legal terms used ambiguously, observed homonymy and synonymy cases. The terms are often used relying on non-developed normative definitions, intuitive notion. Such usage of terms causes legal discrepancies and prevents of achieving the legal regulatory objectives in mental health care.

Author of this article provides an analysis of the basic concepts of mental health terminology in the legislation. Firstly, scholar analyzes mental health and the mental illness concepts and contents. The last part provides content analysis of mental patient concept.

Therefore, the content analyses of these concepts are to intend and to disclose the usage of health care terminologies some problematic aspects. The research is relevant and at the theoretical level. For the first time in the Health law doctrine of Lithuania is systematically analyzing the questions of mental health terminology legislation.

Keywords: mental health, mental patient, mental illness, mental disorder, patient.

Valdas Benkuskas, Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto Bioteisės katedros doktorantas. Mokslinių tyrimų sritis: psichikos sveikatos teisinio reglamentavimo teorinės ir praktinės problemos.

Valdas Benkuskas, Mykolas Romeris University, Faculty of Law, Department of Biolaw, PhD student. Research interests: theoretical and practical problems of mental health law.

VISUOMENĖS SVEIKATOS BIURUOSE DIRBANČIŲ SPECIALISTŲ VISUOMENĖS SVEIKATOS POLITIKOS ŽINIŲ VERTINIMAS IR TOBULINIMO POREIKIS

Aurelija Jonušaitė

Mykolo Romerio universiteto, Politikos ir vadybos fakulteto magistrė
Elektroninis paštas: aurelija-888@hotmail.com

Irma Čaplinskienė

Mykolo Romerio universiteto, Politikos ir vadybos fakulteto
Politikos mokslų katedra
Valakupių g. 5, LT-10101, Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: irma.caplinskiene@gmail.com

Santrauka

Šiame straipsnyje apžvelgti 2012 metais vykdytos apklausos rezultatai tarp visuomenės sveikatos biuruose (VSB) dirbančių specialistų. Apklausa siekta išsiaiškinti, kaip VSB dirbantys specialistai vertina savo žinias įvairiose visuomenės sveikatos srityse ir kokias su visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimu susijusias žinias jie pageidauja pagilinti. Apklausoje dalyvavo 51 VSB specialistas. Atsakymai į anketos klausimus gauti iš visų (32) tuo metu veikiančių VSB Lietuvoje. Apklausoje duomenimis, „sveikos gyvensenos renginių organizavimas“ buvo dažniausiai nurodyta sritis, kurioje VSB specialistai savo žinias įvertino geriausiai iš 16 nurodytų visuomenės sveikatos sričių. Vadybos pagrindai ir sveikatos ekonomika – sritys, kuriose daugiausiai VSB dirbančių specialistų savo žinias įvertino silpniausiai. Pirmiausia pageidaujama žinių pagilinio sritis – sveikatos komunikacija (išorinė – bendravimo su žiniasklaida metodai). Sekančios sritys, kuriose yra didžiausias žinių pagilinio poreikis: valstybinių visuomenės sveikatos programų praktinio įgyvendinimo būdai bei programų ir projektų rengimas. VSB dirbantiems specialistams priimtinausiomis kvalifikacijos kėlimo formos: seminarai ir specializuoti visuomenės sveikatos specialistams skirti kursai bei tikslinės (teminės) konferencijos. Rekomendacijos: siekiant stiprinti VSB dirbančių specialistų specialiąsias kompetencijas, reikalingas kasdiniame darbe, būtina rengti mokymus, susijusius su komunikacija, viešaisiais ryšiais bei projektų ir programų vadyba.

Reikšminiai žodžiai: visuomenės sveikatos biuruose dirbantys specialistai, visuomenės sveikatos žinios, visuomenės sveikatos specialistų tobulinimo poreikis.

Įvadas

Visuomenės sveikatos priežiūros sritys savivaldybėse: visuomenės sveikatos stebėseną, bendruomenės sveikatos stiprinimas, vaikų ir jaunimo priežiūra, sveikatos programų rengimas, tvirtinimas ir įgyvendinimas ir kitų įstatymais pavestų funkcijų įgyvendinimas¹. Siekiant kuo aktyviau dirbti su bendruomenėmis, savivaldybių

1 LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002 m. gegužės 16 d., Nr. IX-886, Žin., 2002, Nr. 56-2225. [žiūrėta 2011-02-26]. Prieiga internetu: http://www.istatymas.lt/istatymai/visuomenes_sveikatos_prieziuros_istatymas.htm

lygmeniu imta kurti naujas įstaigas – visuomenės sveikatos biurus (VSB). 2006 metais LR Vyriausybė patvirtino Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategiją², kurioje numatyta plėtoti visuomenės sveikatos priežiūrą savivaldybėse, steigiant savivaldybių visuomenės sveikatos biurus. Šių įstaigų tikslas – įgyvendinti visuomenės sveikatos politiką, mokyti bendruomenę sveikos gyvensenos, mažinti gyventojų sergamumą savivaldybės teritorijoje. Visuomenės sveikatos biuras (VSB) – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos, biudžetinė įstaiga, kurios pavyzdinius nuostatus patvirtino sveikatos ministras³.

Pirmieji visuomenės sveikatos biurai (Klaipėdos ir Joniškio rajonuose bei Šiaulių ir Kėdainių miestuose) įkurti 2006-2007 metais⁴. Iki tol savivaldybėse visuomenės sveikatos paslaugas teikė visuomenės sveikatos centrai bei kitos institucijos. Iki 2011 m. Lietuvoje buvo įkurti ir savo veiklą vykdė 32 visuomenės sveikatos biurai, iš kurių 19 yra sudarę sutartis su kitomis savivaldybėmis dėl visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Dauguma VSB pradėjo savo veiklą 2008 metais. Tai sąlygojo sėkmingas Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007–2010 metų programos įgyvendinimas⁵. Plėtojant VSB veiklą savivaldybėse, užsibrėžta užtikrinti geresnę visuomenės sveikatos priežiūrą mokyklose, ikimokyklinėse įstaigose ir bendruomenėse. VSB, kaip gan naujos įstaigos, turi įsitvirtinti bendruomenėje, įgauti jos narių pasitikėjimą, daugiau komunikuoti su gyventojais, skleisti ligų profilaktikos ir sveikatos gyvensenos žinias, keisti rizikingą elgseną, formuoti pozityvias nuostatas sveikatos atžvilgiu. Labai svarbų vaidmenį atlieka biuruose dirbantys specialistai, kurie turi būti išsilavinę, atitikti keliamą kvalifikaciją ir būti kompetentingi, mokslu pagrįstos informacijos sklaidėjai, autoritetai, rodantys pavyzdį bendruomenei. Sprendžiant šiuolaikines visuomenės sveikatos problemas, būtina įtraukti ir visą visuomenę, visas sveikatą lemiančias socialines bei ekonomines struktūras. Taip padaryti yra neįmanoma, jeigu nėra valstybės įsipareigojimo, tinkamos infrastruktūros bei šiems tikslams įgyvendinti parengtų visuomenės sveikatos specialistų⁶. Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų pareigybės, jų kompetencija nurodoma teisės aktuo-

-
- 2 Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategija. Bendrosios nuostatos. 2006 m. birželio 19 d. Nr. 600 Vilnius [žiūrėta 2011-11-25]. Prieiga internetu: <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=48765>
 - 3 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. įsakymas „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“ Nr. V-196 // Valstybės žinios, 2008, Nr. 35-1253 [žiūrėta 2011-10-29]. Prieiga internetu: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=316517&p_query=&p_tr2=
 - 4 SAM pranešimas: „Visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse – atsakomybė už kiekvieno žmogaus sveikatą“. [žiūrėta 2012-02-27] <http://sena2.sam.lt/sam/naujienos/?idi=3566>
 - 5 Ščeponavičius A. ir kt.: Visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Vilnius, 2010. p. 65-69.
 - 6 Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpelė A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa, 1999.

se^{7, 8}. VSB veiklos plėtrai reikalingas nuolatinis VSB dirbančių specialistų kvalifikacijos tobulinimas, žinių atnaujinimas, atitinkantis realius poreikius. Nors teisiškai nėra įtvirtintas visuomenės sveikatos specialistų licencijavimas, tačiau LR sveikatos apsaugos ministerija vykdo tobulinimosi kursų programą, kurios tikslas – tobulinti savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų kvalifikaciją, gilinti ir įtvirtinti žinias ir įgūdžius. Šią programą sudaro atskiri moduliai, kurie yra tinkami ir kitų specialistų kvalifikacijos kėlimui⁹.

VSB funkcijos apima platų veiklos spektrą, tačiau VSB specialistų žinių pagilimo poreikiai ir jų sąsajos su praktine veikla bei teisės aktuose nustatytomis funkcijomis vertinti nepakankamai. 2012 m. atliktus VSB savivaldybėse praktinės veiklos vertinimą, nustatyta, kad dažniausios VSB specialistų praktinės veiklos yra šios: informacijos apie gyventojų sveikatą pateikimas visuomenei, sveikatos mokymų organizavimas ir vykdymas bendruomenėje, duomenų apie savivaldybės gyventojų sveikatą stebėseną bei tikslinių visuomenės sveikatos programų kūrimas ir įgyvendinimas¹⁰. Šiame straipsnyje bus apžvelgti 2012 metais vykdytos apklausos rezultatai tarp VSB dirbančių specialistų. Apklausą siekta išsiaiškinti, kaip visuomenės sveikatos biuruose dirbantys specialistai vertina savo žinias įvairiose visuomenės sveikatos srityse ir kokias su visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimu susijusias žinias jie pageidauja pagilinti¹¹. Iki 2011 metų VSB dirbo 90 visuomenės sveikatos specialistų (be specialistų mokyklose)¹². Šioje apklausoje dalyvavo 51 ir tai sudaro 56,9 proc. visų specialistų (visuomenės sveikatos stiprinimo ir stebėsenos). Apklausą atlikta internetinės apklausos būdu. Buvo sukurta viešai nepublikuojama elektroninė anoniminė anketa internetinėje svetainėje <http://apklausa.lt/>. Anketos nuoroda buvo siunčiama elektroniniu paštu VSB darbuotojams personaliai arba anketa siūsta į atitinkamo VSB bendrą elektroninį paštą. Anketos buvo išsiuntinėtos į visus (32) Lietuvos VSB. Anketos nuoroda respondentams buvo siūsta du kartus. Užpildytų anketų sulaukta iš 51 specialisto iš visų Lietuvos VSB. Anketavimas vykdytas 2012 metų pirmąjį ketvirtį.

-
- 7 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2001 m. gegužės 25 d. Nr. 299 „Dėl Kvalifikacinių reikalavimų Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos biudžetinių ir viešųjų įstaigų, jų padalinių ir filialų vadovams tvirtinimo“//Valstybės žinios, 2001, Nr. 47-1641[žiūrėta 2012-01-12]. Prieiga internetu: <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=146576AC-26DF-42B6-AEE9-6C396803FF70>
 - 8 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2007 m. lapkričio 24 d. Nr. V-918 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro privalomų pareigybų sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“, Valstybės žinios, 2007, Nr.: 121-4983.
 - 9 LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2009 m. vasario 9 d. Nr. V-97 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialistų profesinio tobulinimo kursų programų tvirtinimo“//Valstybės žinios, 2009, Nr.: 19-787 [žiūrėta 2011-12-11] Prieiga internetu: <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=B3566D1D-69D9-4E51-B008-C41ECD177D7C>
 - 10 Tupikaitė S. Visuomenės sveikatos biurų savivaldybėse praktinės veiklos vertinimas. MRU Politikos ir vadybos fakultetas. Magistro darbas. 2012.
 - 11 Jonušaitė A. Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų visuomenės sveikatos politikos žinių poreikio įvertinimas. MRU Politikos ir vadybos fakultetas. Magistro darbas. 2012.
 - 12 Sveikatos apsaugos ministerijos internetinis tinklalapis http://www.sam.lt/go.php/lit/Visuomenes_sveikatos_biurai

REZULTATAI

1. Tiriamasis kontingentas

Tyrimė dalyvavo 51 respondentas. Pagal lytį – 47 (92,2 proc.) moterys ir 4 (7,8 proc.) vyrai. Pagal amžių respondentai psiskirstė sekančiai: iki 50 metų amžiaus sudarė daugumą (78,4 proc.), iš kurios beveik 30 proc. jauni 20–29 metų amžiaus. Pagal išsilavinimą dauguma (68,6 proc.) respondentų turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, 27,4 proc. – aukštąjį ne universitetinį, likusieji – žemesnio, ar neatsakė. Tik kas šeštas iš dešimties visuomenės sveikatos specialistas turėjo visuomenės sveikatos kvalifikacinį išsilavinimą (56,9 proc.) – bakalauro ar magistro laipsnį. Penktadalis respondentų yra įgiję slaugos kvalifikaciją apie dešimtadalis turi felčerio diplomą.

2. Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų savo žinių įvertinimas

VSb dirbančių specialistų prašyta įvertinti savo žinias šešiolikoje visuomenės sveikatos sričių (1 lentelė). Vertindami žinias, respondentai galėjo pasirinkti vieną iš šių atsakymų: (1 – silpnai, 2 – patenkinamai, 3 – vidutiniškai, 4 – gerai, 5 – labai gerai).

1 lentelė. Visuomenės sveikatos specialistų, savo žinių įvertinimas (proc.)

Nr.	Įvertinkite savo žinias šiose srityse:	Procentais (%)				
		1	2	3	4	5
1.	Nacionalinių visuomenės sveikatos politiką reglamentuojančių teisės aktų žinojimas	1,1	11,8	39,2	39,2	8,7
2.	ES visuomenės sveikatos politikos strateginių dokumentų žinojimas	5,8	37,3	31,4	23,5	2,0
3.	Visuomenės sveikatos programų rengimas	2,0	19,5	25,5	41,2	11,8
4.	Populiacinių (įvairių tikslinių grupių) sveikatos tyrimų organizavimas	2,0	25,5	29,4	33,3	9,8
5.	Stebėsenai reikalingos informacijos apie gyventojų sveikatą paieška įvairiose sveikatos statistikos duomenų bazėse	2,0	19,5	25,5	25,5	27,5
6.	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas	3,9	19,6	27,5	31,4	17,6
7.	Sveikatos mokymo organizavimas (metodai, formos, lygiai)	2,0	12,0	34,0	34,0	18,0
8.	Sveikos gyvensenos renginių organizavimas	0,0	8,0	30,0	36,0	26,0
9.	Poveikio sveikatai vertinimas	13,7	13,7	39,2	25,5	7,9
10.	Aplinkos veiksnių poveikio sveikatai vertinimas	9,8	27,5	31,4	27,5	3,8
11.	Valstybinių visuomenės sveikatos programų praktinio įgyvendinimo būdai	0,0	19,6	41,2	33,3	5,9

12.	Aktualiausių Lietuvai infekcijų ypatumai ir jų valdymas	0,1	17,6	45,1	29,4	7,8
13.	Aktualiausių Lietuvai neinfekcinių ligų ir traumų ypatumai ir jų valdymas	0,0	19,6	37,3	31,4	11,7
14.	Savivaldybės institucijų sprendimų projektų poveikio visuomenės sveikatai vertinimas	11,8	23,5	27,5	31,4	5,8
15.	Vadybos pagrindai	17,6	29,4	35,3	15,7	2,0
16.	Sveikatos ekonomikos	25,5	25,5	35,3	11,8	1,9

Išanalizavus anketų duomenis, nustatyta, kaip VSB dirbantys specialistai, vertina savo visuomenės sveikatos ir susijusių sričių žinias. Daugiausiai respondentų, įvertinusių „silpnai“ savo žinias buvo dvejose srityse: sveikatos ekonomikos (25,5 proc.) ir vadybos pagrindų (17,6 proc.). Daugiausiai respondentų, įvertinusių „patenkinamai“ savo žinias buvo aplinkos veiksnių poveikio sveikatai vertinimo srityje (27,5 proc.). Daugiausiai „vidutiniškai“ savo žinias įvertinusių respondentų šios srityse: aktualiausių Lietuvai infekcijų ypatumai ir jų valdymas (45,1 proc.) bei valstybinių visuomenės sveikatos programų praktinio įgyvendinimo būdai (41,2 proc.). Daugiausiai „gerai“ savo žinias įvertinusių respondentų šiose srityse: visuomenės sveikatos programų rengimas (41,2 proc.), nacionalinių visuomenės sveikatos politiką reglamentuojančių teisės aktų žinojimas (39,2 proc.), sveikos gyvensenos renginių organizavimas (36 proc.). Daugiausiai „labai gerai“ įvertinusių savo žinias yra šiose srityse: stebėsenai reikalingos informacijos apie gyventojų sveikatą paieška įvairiose sveikatos statistikos duomenų bazėse (27,5 proc.) bei sveikos gyvensenos renginių organizavimas (26 proc.).

3. Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų žinių pagilino poreikis

VSB dirbančių specialistų prašyta nurodyti, kurias su visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimu susijusias žinias jie pageidauja pagilinti (2 lentelė). Atsakydami į klausimus, respondentai turėjo pažymėti prie kiekvienos srities jo poreikius labiausiai atitinkantį vieną atsakymą (1 – nepageidauju, 2 – nežinau, 3 – pageidauju, bet tai ne prioritetas mano darbe, 4 – pageidauju, nes tai reikalinga mano kasdieniniam darbui, 5 – pirmiausia pageidauju (labai pageidauju)).

2 lentelė. VSB dirbančių specialistų visuomenės sveikatos politikos žinių pagilino poreikis (proc.)

Nr.	Kurias su visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimu susijusias žinias Jūs pageidaujate pagilinti?	Procentais (%)				
		1	2	3	4	5
1.	Sveikatos apsaugos politika Lietuvoje	2,0	0,0	23,4	7,1	27,5
2.	Sveikatos apsaugos politika Europos Sąjungoje	4,4	3,5	35,3	9,2	17,6

3.	Teisės aktų rengimas	22,0	12,0	32,0	6,0	8,0
4.	Programų ir projektų rengimas	0,0	6,0	10,0	2,0	32,0
5.	Strateginių planų kūrimas	4,0	10,0	14,0	2,0	30,0
6.	Sveikatos komunikacija (išorinė – bendravimo su žiniasklaida metodai)	3,9	9,8	9,8	5,3	41,2
7.	Sveikatos komunikacija – bendravimas su gyventojais (advokatavimas ir kt.)	10,0	6,0	14,0	4,0	36,0
8.	Populiacijos (įvairių grupių) sveikatos vertinimo metodai (stebėsenos funkcija)	5,8	15,7	25,5	5,5	27,5
9.	Sveikatos informacijos paieška sveikatos statistikos duomenų bazėse	4,0	18,4	28,6	0,6	18,4
10.	Teisės aktų paieška informacinėse bazėse	14,0	28,0	20,0	34,0	4,0
11.	Sveikatos mokymo metodų praktinis taikymas bendruomenėje	2,0	3,9	19,6	4,9	19,6
12.	Socialinių partnerių paieškos ir įtraukimo į sveikatos stiprinimo veiklą metodai	6,0	10,0	12,0	2,0	20,0
13.	Poveikio sveikatai vertinimo metodai	8,2	6,1	26,5	2,9	16,3
14.	Aplinkos veiksnių poveikio sveikatai vertinimo metodai	4,0	8,0	30,0	6,0	12,0
15.	Sveikos gyvensenos renginių organizavimas	3,9	0,1	23,5	9,2	33,3
16.	Valstybinių visuomenės sveikatos programų praktinio įgyvendinimo būdai	4,4	3,5	5,9	2,9	33,3
17.	Aktualiausių Lietuvai užkrečiamųjų ligų valdymo metodai bendruomenėje	2,0	2,0	17,6	2,9	25,5
18.	Aktualiausių Lietuvai neinfekcinių ligų ir traumų valdymas	2,0	2,0	17,6	4,9	23,5
19.	Savivaldybės institucijų sprendimų projektų poveikio visuomenės sveikatai vertinimo metodai	2,0	5,8	29,4	5,3	27,5
20.	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas (principai, praktiniai metodai)	5,9	9,8	17,6	7,3	29,4
21.	Visuomenės sveikatos priežiūros viešųjų paslaugų administravimo modeliai	11,8	3,9	21,6	3,3	29,4
22.	Vadybos pagrindai	9,8	9,8	17,6	5,3	27,5
23.	Sveikatos ekonomikos	11,8	9,8	29,4	9,4	19,6
24.	Profesinės sveikatos stebėsenos organizavimo ypatumai	12,0	18,0	14,0	8,0	28,0

Išanalizavus pateiktus respondentų atsakymus, nustatytos labiausiai pageidaujamos sritys kvalifikacinių žinių pagilimui, kurias nurodė daugiau nei 30 proc. respondentų:

sveikatos komunikacija (išorine – bendravimo su žiniasklaida metodai), sveikatos komunikacija – bendravimas su gyventojais (advokatavimas ir kt.), valstybinių visuomenės sveikatos programų praktinio įgyvendinimo būdai, sveikos gyvensenos renginių organizavimas, programų ir projektų rengimas. Daugiau nei 50 proc. VSB dirbančių specialistų pageidauja pagilinti žinias, nes tai reikalinga kasdieniame jų darbe šiose srityse: aktualiausių Lietuvai neinfekcinių ligų ir traumų valdymas, aktualiausių Lietuvai užkrečiamųjų ligų valdymo metodai bendruomenėje, socialinių partnerių paieškos ir įtraukimo į sveikatos stiprinimo veiklą metodai, sveikatos mokymo metodų praktinis taikymas bendruomenėje, valstybinių visuomenės sveikatos programų praktinio įgyvendinimo būdai. Tarp labiausiai tobulinimuisi nepageidaujamos srities VSB dirbantys specialistai nurodė teisės aktų rengimą (22 proc.).

4. VSB dirbančių specialistų kvalifikacijos tobulinimosi formų įvertinimas

VSB dirbantys specialistai nurodė, kad labiausiai priimtinos šios tobulinimosi formos: seminarai (68,6 proc.), specializuoti visuomenės sveikatos specialistams skirti tobulinimo kursai (62,7 proc.) bei tikslinės (teminės) konferencijos Lietuvoje (56 proc.). Užsienio šalyse labai populiarī tobulinimosi forma - tobulinimosi kursai nuotoliniu būdu (on-line) neatsitraukiant iš savo darbo vietos bei savarankiškas mokymąsis – skaitant (analizuojant) mokslinius praktinius pranešimus, publikacijas – yra patraukli ir priimtina kas antram respondentui.

Rezultatų aptarimas

Beveik du trečdaliai respondentų norėtų geriau suprasti sveikatos apsaugos politiką Lietuvoje ir šioje srityje jie pageidauja ir labai pageidauja pagilinti savo žinias. Nors visi respondentai dirba visuomenės sveikatos srityje ir daugelis gerai žino visuomenės sveikatos teisinę bazę, tačiau trečdalis respondentų tvirtai atsakė, kad jiems nėra aiškios visuomenės sveikatos reformos kryptys Lietuvoje, kas, pavyzdžiui, rodo nuoseklios visuomenės sveikatos politikos stoką šalyje ir specialistams, ypač atokesniuose regionuose, sunkiau suprasti, o juo labiau įgyvendinti visuomenės sveikatos politiką savivaldybėse. Kita vertus, visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas savivaldybių lygmenyje yra neatsiejamas nuo platesnio visuomenės sveikatos konteksto suvokimo tiek nacionaliniu tiek ES lygmeniu. Tačiau beveik 43,1 proc. VSB dirbančių specialistų pažymėjo, kad silpnai ar patenkinamai žino ES visuomenės sveikatos politikos strateginius dokumentus, o gerai juos žino mažiau nei ketvirtadalis respondentų. Lietuvos teisinę visuomenės sveikatos politiką reglamentuojančią bazę privalu žinoti ir išmanyti kiekvienam visuomenės sveikatos specialistui. Teisės aktų rengimo žinias VSB dirbantys specialistai pageidauja pagilinti mažiausiai, lyginant su kitomis sritimis.

Dirbant su bendruomene, ieškant socialinių partnerių ar stiprinant tarpinstitucinį bendradarbiavimą yra būtinas geras bendras vadybinis pasirengimas. Tačiau kas antras respondentas nurodė, kad turi silpnas ar patenkinamas vadybos pagrindų ir sveikatos ekonomikos žinias. Šios dvi sritys atspindi bendrąsias specialistų vadybines kompeten-

cijas, kurios, šio tyrimo duomenimis, vertintinos kaip nepakankamos. Šias sritis patobulinti norėtų daugiau kaip pusė respondentų.

Nors visuomenės sveikatos programų rengimo žinias respondentai įvertino kaip vieną iš geriausiai žinomų sričių, tačiau norintys dar tobulinti savo programų ir projektų rengimo žinias nurodė 84 proc. respondentų. Tai rodo, kad programinė ir projektinė veikla VSB specialistų darbe yra viena iš aktualiausių.

Tiek apie aktualiausių infekcijų, tiek apie neinfekcinių ligų ir traumų ypatumus ir valdymą savo žinias respondentai vertino beveik vienodai. Šių žinių tobulinimo poreikis yra tarp labiausiai pageidaujamų sričių po programų ir projektų rengimo bei valstybinių programų praktinio įgyvendinimo būdų.

VSB specialistų veikla gyventojų sveikatos stiprinimo srityje neįsivaizduojama be sveikos gyvensenos renginių organizavimo bendruomenėje. Gerai ar labai gerai savo žinias šioje srityje vertina 62 proc. respondentų. Prie sėkmingo renginio rezultato gali labai prisidėti žiniasklaidos priemonės ir personaliniai VSB dirbančių specialistų ne tik vidinės, bet ir išorinės komunikacijos gebėjimai, kurių svarbą suvokia du trečdaliai VSB dirbančių specialistų ir tiek pat jų nori tobulinti bendravimo su žiniasklaida metodus. Siekiant neiškraipytos informacijos pateikimo bei pasirenkant priemonę, kuri efektyviausiai, padėtų informacijai pasiekti gavėją (bendruomenė), būtina, kad specialistas puikiai žinotų ne tik teikiamą informaciją, bet ir būdus bei priemones, kaip tai kuo efektyviau ir tinkamiau atlikti. Nežiūrint, kokia VSB dirbančio specialisto specializacija, visi savo darbe susiduria su komunikavimo – informacijos teikimo žiniasklaidai – poreikiu. Efektyviausia, kai organizacija turi vieną asmenį atsakingą už komunikaciją su žiniasklaida¹³. Komunikacija su žiniasklaida priskirama prie viešosios komunikacijos. Kitaip šią viešąją komunikaciją galėtume įvardinti kaip ryšius su visuomene, kurių vienas iš pagrindinių tikslų informuoti apie organizacijos veiklą, darbus bei paslaugas. Specialitas teikiantis informaciją, pirmiausia turi gerai žinoti teikiamą informaciją bei palaikyti puikius dalykinius santykius su žiniasklaidos atstovais. Efektyvūs ryšiai su žiniasklaida reikalauja specifinių žinių, įgūdžių ir savybių¹⁴.

Išvados

Sveikos gyvensenos renginių organizavimas – tai sritis, kurioje daugiausiai VSB dirbančių specialistų savo žinias įvertino geriausiai. Vadybos pagrindai ir sveikatos ekonomika – sritys, kuriose daugiausiai VSB dirbančių specialistų savo žinias įvertino silpniausiai.

Pirmiausia pageidaujama su visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimu susijusi žinių pagilinimo sritis – sveikatos komunikacija (išorinė – bendravimo su žiniasklaida metodai). Sekančios sritys, kuriose yra suminis didžiausias (labai pageidauja ar pageidauja, nes tai reikalinga kasdieniame darbe) žinių pagilinimo poreikis: valstybinių vi-

13 Gudonienė V. Visuomenės informavimo ir komunikacijos įgūdžių vadovas visuomenės sveikatos specialistams. – Vilnius: Naujoji matrica, 2002, UDK-070:616(474.5)(036).

14 Mamedaitytė S. Ryšiai su visuomene: autorizuota metodinė medžiaga, 2003 gegužės mėn.-6 p. [žiūrėta 2011-12-11] Prieiga internetą: http://www.mediabv.lt/resursai/vrstudija/Rysiai_su_visuomene_S.Mamedaityte.pdf.

suomenės sveikatos programų praktinio įgyvendinimo būdai bei programų ir projektų rengimas.

VSB dirbantiems specialistams priimtinausios kvalifikacijos kėlimo formos: seminarai ir specializuoti visuomenės sveikatos specialistams skirti kursai bei tikslinės (teminės) konferencijos.

Rekomendacijos

Tikslinga rengti daugiau specializuotų visuomenės sveikatos specialistams skirtų mokymų, kurie atitiktų jų praktinius poreikius ir būtų naudingi jų kasdieninėje veikloje įgyvendinant savivaldybėse visuomenės sveikatos politiką.

Siekiant stiprinti VSB dirbančių specialistų specialiąsias kompetencijas, reikalingas kasdieniame darbe, būtina rengti mokymus, susijusius su komunikacija, viešaisiais ryšiais bei projektų ir programų vadyba. Siekiant stiprinti bendrąsias VSB dirbančių specialistų vadybines kompetencijas tikslinga organizuoti įvairių vadybos dalykų mokymus, kurie būtų naudingi bet kuriame darbe, net ir keičiant darbo vietą.

Literatūra

1. Gudonienė V. Visuomenės informavimo ir komunikacijos įgudžių vadovas visuomenės sveikatos specialistams. – Vilniu: Naujoji matrica.,2002.-UDK-070:616(474.5)(036).
2. Jonušaitė A. Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų visuomenės sveikatos politikos žinių poreikio įvertinimas. MRU Politikos ir vadybos fakultetas. Magistro darbas. 2012.
3. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpelė A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa, 1999.
4. Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategija. Bendrosios nuostatos. 2006 m. birželio 19 d. Nr. 600 Vilnius [žiūrėta 2011-11-25]. Prieiga per internetą: <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=48765>.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. įsakymas „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“ Nr. V-196 // Valstybės žinios, 2008, Nr. 35-1253 [žiūrėta 2011-10-29]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=316517&p_query=&p_tr2=.
6. LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, 2002 m. gegužės 16 d., Nr. IX-886, Žin., 2002, Nr. 56-2225. [žiūrėta 2011-02-26]. Prieiga per internetą: http://www.istatymas.lt/istatymai/visuomenes_sveikatos_prieziuros_istatymas.htm.
7. LR sveikatos apsaugos ministerijos pranešimas: „Visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse – atsakomybė už kiekvieno žmogaus sveikatą“. [žiūrėta 2012-02-27]. Prieiga per internetą: <http://sena2.sam.lt/sam/naujienos/?idi=3566>.
8. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2001 m. gegužės 25 d. Nr. 299 „Dėl Kvalifikacinių reikalavimų Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos biudžetinių ir viešųjų įstaigų, jų padalinių ir filialų vadovams tvirtinimo“ //Valstybės žinios, 2001, Nr. 47-1641 [žiūrėta 2012-01-12]. Prieiga per internetą: <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=146576AC-26DF-42B6-AEE9-6C396803FF70>.
9. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2007 m. lapkričio 24 d. Nr. V-918 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro privalomų pareigybių sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“, Valstybės žinios, 2007, Nr.: 121-4983.

10. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2009 m. vasario 9 d. Nr. V-97 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialistų profesinio tobulinimo kursų programų tvirtinimo“// Valstybės žinios, 2009, Nr.: 19 -787 [žiūrėta 2011-12-11] Prieiga internetu: <http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=B3566D1D-69D9-4E51-B008-C41ECD177D7C>
11. Mamedaitytė S. Ryšiai su visuomene: autorizuota metodinė medžiaga, 2003 gegužės mėn.- 6 p. [žiūrėta 2011-12-11] Prieiga per internetą: http://www.mediabv.lt/resursai/vrstudija/Rysiai_su_visuomene_S.Mamedaityte.pdf.
12. Tupikaitė S. Visuomenės sveikatos biurų savivaldybėse praktinės veiklos vertinimas. MRU Politikos ir vadybos fakultetas. Magistro darbas. 2012.
13. Sveikatos apsaugos ministerija. 2011. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/lit/Visuomenes_sveikatos_biurai.
14. Ščeponavičius A. ir kt.: Visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Vilnius, 2010. p. 65-69.

Assessment of knowledge on public health policy and the need for professional training among professionals working in Public Health Bureau

Aurelija Jonušaitė, Irma Čaplinskienė
Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

In this article, an overview of the findings of the survey 2012 among public health professionals working in public health bureau is presented. The survey was aimed at finding out how professionals working in public health bureau assess their knowledge in various areas of public health and what knowledge associated with implementation of public health policies they would like to improve. The survey involved 51 specialists. The answers to the questionnaire were received from all public health bureau functioning in Lithuania at that time. According to the survey, „healthy lifestyle events organization” was the top rated area which the professionals were most knowledgeable about out of 16 listed, whereas Management Basics and Health Economics were reported as the weakest knowledge areas. Health Communication (external - communication with media methods) was the area that needed improvement most, followed by: methods of practical implementation of state public health programmes and programme/project development. Most favoured forms of training were: seminars and specialized courses for public health professionals as well as thematic conferences. Recommendations: In order to strengthen specific competencies of professionals, which they require in daily work, it is necessary to provide training in communications, public relations and project/programme management.

Keywords: *professionals working in public health centres, public health news, public health professionals' need for improvement.*

Aurelija Jonušaitė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto magistrė.

Irma Čaplinskienė, Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų katedros lektorė.

Aurelija Jonušaitė, Master of Mykolas Romeris University, Faculty of Policy and Management.

Irma Čaplinskienė, Faculty of Policy and Management, lecture at the Department of Political Sciences, Mykolas Romeris University.

INFORMACIJOS APIE MAISTĄ TEIKIMO VARTOTOJAMS TEISINIAI ASPEKTAI

Asta Šamulevičiūtė

Mykolo Romerio universiteto Teisės fakulteto

Bioteisės katedra

Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva

Telefonas (+370 5) 2714 576

Elektroninis paštas: astasamuleviciute@yahoo.com

Santrauka

Informacijos apie maistą teikimo vartotojams tikslas yra informuoti juos apie maisto produktų savybes, jų sudėtį, kiekį, tinkamumo vartoti terminą, vartojimo būdą ir pan. Tačiau vis dar vyksta kontraversiškos diskusijos klausimais, kokia informacija apie maistą vartotojus domina labiausiai, jei iš viso domina, taip pat kiek ir kokios informacijos reikia pateikti vartotojui ir ar jis apskritai ją randa ir supranta. Nepaisant to, siekiama sudaryti sąlygas vartotojams rinktis jų vartojamą maistą turint pakankamai informacijos ir užkirsti kelią veiksmams, kurie juos galėtų klaidinti. Tuo tikslu Europos Sąjunga priėmė naują priemonę, nustatančią informacijos apie maistą teikimo vartotojams reikalavimus.

Atsižvelgiant į tai, kad reikalinga pasirengti tų naujų reikalavimų taikymui, svarbu išsiaiškinti laukiančius pokyčius. Tad straipsnyje analizuojami pagrindiniai informacijos apie maistą teikimo vartotojams reikalavimų pakeitimai, nustatyti naujuoju Reglamentu Nr. 1169/2011. Taip pat siekiama įvertinti valstybių narių galimybes imtis veiksmų minėtoje srityje. O, atkreipiant dėmesį į tai, kad naujasis reguliavimas taikomas informacijos apie maistą teikimui vartotojams, įskaitant ženklinimą, neapsieinama be informacijos apie maistą teikimo vartotojams ir ženklinimo sąvokų santykio analizės.

Reikšminiai žodžiai: maistas, maisto teisė, informacijos apie maistą teikimas vartotojams, maisto produktų ženklinimas, maisto produkto etiketė.

Įvadas

Vartotojų ir visuomenės sveikatos apsauga bei laisvo prekių judėjimo užtikrinimas yra pagrindiniai Europos Sąjungos maisto teisės tikslai. Siekiant aukšto vartotojų interesų ir visuomenės sveikatos apsaugos lygio užtikrinimo ypatingą reikšmę įgyja vartotojų informavimas apie maistą. Tik tiksliai, aiškiai, suprantamai ir pakankamai informuotas vartotojas gali priimti savo individualius poreikius ir interesus atitinkantį sprendimą dėl maisto produkto įsigijimo.

Tinkamų maisto produktų pasirinkimas ir sveika mityba – pirmas žingsnis rūpinantis savo sveikata. Per pastaruosius tris dešimtmečius smarkiai pagausėjo antsvorio ir nutukimo problemų turinčių Europos Sąjungos gyventojų, ypač vaikų, kurių, 2006 m. duomenimis, yra 30 %. Tai rodo blogėjančią Europos Sąjungos gyventojų netinkamos mitybos ir nepakankamo fizinio aktyvumo tendenciją,¹ ypatingą dėmesį atkreipiant į

1 Komisijos 2007 m. gegužės 30 d. baltoji knyga KOM(2007) 279 „Dėl Europos strategijos su mityba, antsvoriu ir nutukimu susijusioms sveikatos problemoms spręsti“. [2007] Briuselis.

vaikus, kuomet labai tikėtina, kad nutukęs vaikas taps nutukusiu suaugusiuoju.² Dėl to ateityje gali padaugėti lėtinių susirgimų, tokių kaip kraujagyslių sistemos ligos, padidėjęs kraujospūdis, antrojo tipo diabetas, insultas, kai kurių tipų vėžys, skeleto raumenų sistemos ir net įvairūs psichikos sveikatos sutrikimai.³ Komisija pripažino, kad renkantis maisto produktus svarbi yra galimybė gauti aiškią, nuoseklią ir pagrįstą informaciją, o vienas iš būdų perduoti ją vartotojams ir padėti jiems pasirinkti sveiką maistą ir gėrimus yra maistingumo ženklavimas.⁴ Taip pat Komisija įvardijo, jog reklama ir rinkodara yra galingi sektoriai, siekiantys paveikti vartotojų elgesį,⁵ kas, kaip bus paaiškinta vėliau, kaip ir ženklavimas, yra vienas iš informacijos apie maistą teikimo vartotojams būdų.

Didelę informacijos apie maistą vartotojui reikšmę rodo ir tie atvejai, kai vartotojas tą informaciją žinodamas ir atsižvelgdamas į savo sveikatos būklę atitinkamo maisto produkto tikrai nevirtotų. H. A. Sampson pateikia pavyzdį, kuomet 19 metų mergina, alergiška riešutams, buvo atvežta į ligoninės priimamąjį kankinama dusulio, vėmimo ir kitų alergijai būdingų simptomų, nes prieš šių simptomų atsiradimą ji suvalgė iš prekybos automato pirktą sausainį su šokolado drožlėmis, ant kurio pakuotės pateiktame sudedamųjų dalių sąraše nebuvo nurodyti riešutai.⁶ Tiesa, gali būti, kad gamintojas iš tiesų nedėjo riešutų į šiuos sausainius, tačiau sausainiuose liko riešutų pėdsakų, kurie atsirado dėl to, jog buvo gaminami tais pačiais įrenginiais kaip ir sausainiai su riešutais.⁷ Tad labai svarbu nustatyti rizikos veiksnius gaminant maisto produktus ir įvertinti, kiek ir kokios informacijos turi būti pateikta vartotojui.

Kita vertus, svarbu ne tik tai, kiek ir kokių duomenų turi būti etiketėje, tačiau ir tai, ar tie duomenys nėra klaidinantys. Jau keletą metų netyla diskusijos, ar iš tikrųjų užrašai „be E“, „be jokių E“, „be E621“, „be maisto priedų“, „be konservantų“ ir pan. neklaidina vartotojų, nes, ištyrus taip paženklintus maisto produktus, paaiškėja, kad kai kurie iš jų neatitinka minėtuose užrašuose pateiktos informacijos.⁸ Ne retai gamintojai ženklina maisto produktus tokiais užrašais siekdami pelno, nes vartotojai paprastai už juos pasiryžę sumokėti didesnę pinigų sumą. Tokiu klaidinimu pažeidžiami vartotojų interesai gauti pageidaujamos kokybės maisto produktus už atitinkamą kainą.

2 Garde A. The Contribution of Food Labelling to the EU's Obesity Prevention Strategy. *European Food and Feed Law Review*. 2007, 6: 378.

3 Baltoji knyga KOM(2007) 279, *op. cit.*

4 *Ibid.*

5 *Ibid.*

6 Sampson H. A. Peanut Allergy. *The New England Journal of Medicine*. 2002, 346 (17): 1294.

7 Pape S. B. „May Contain“ Labelling: Adequate Consumer Warning or Unnecessarily Defensive Manufacturer Behaviour? *Journal of Consumer Policy*. 2009, 32: 165.

8 Tikrinimo „Ar „be E“ yra tikrai „be E“ rezultatai [interaktyvus]. Valstybinė vartotojų teisių apsaugos tarnyba, 2010 [žiūrėta 2012-08-28]. <http://www.teisingumas.lt/visuomenei/teisinis-svietimas/tikrinimo-201ear-201ebe-e201c-yra-tikrai-be-201ee201c201c-rezultatai>; Saukienė I. Užrašais „be E“ manipuluojantys gamintojai tampa vis išradingesni [interaktyvus]. 2011 [žiūrėta 2012-08-28]. [http://www.delfi.lt/news/daily/Health/uzrasais-be-e-manipuluojantys-gamintojai-tampa-vis-isradingesni.d?id=40850129; „Skanaus!“: tirtuose produktuose „be E“ yra E \[interaktyvus\]. 2012 \[žiūrėta 2012-08-28\].](http://www.delfi.lt/news/daily/Health/uzrasais-be-e-manipuluojantys-gamintojai-tampa-vis-isradingesni.d?id=40850129; „Skanaus!“: tirtuose produktuose „be E“ yra E [interaktyvus]. 2012 [žiūrėta 2012-08-28].) <http://www.lrytas.lt/-13413074091340212487-skanaus-tirtuose-produktuose-be-e-yra-e.htm>.

Atsižvelgiant į informacijos apie maistą svarbą vartotojams ir į tai, jog Europos Sąjunga, pasinaudodama pasidalijamąja kompetencija vidaus rinkos ir vartotojų apsaugos srityse,⁹ ėmėsi veiksmų reguliuodama informacijos apie maistą teikimą, šiuo straipsniu siekiama išsiaiškinti tos informacijos apie maistą teikimo vartotojams reikalavimus, būdus ir apimtį.

Nuo 2014 m. gruodžio 13 d. su tam tikromis išimtimis¹⁰ visoje Europos Sąjungoje pradedamos taikyti naujos informacijos apie maistą teikimo vartotojams nuostatos, įtvirtintos Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. spalio 25 d. reglamentu Nr. 1169/2011 dėl informacijos apie maistą teikimo vartotojams (toliau – Reglamentas Nr. 1169/2011).¹¹ Toks laikotarpis nustatytas tam, kad būtų sudaryta galimybė valstybėms narėms tinkamai pasirengti Reglamento Nr. 1169/2011 taikymui, o maisto verslo operatoriams – pakeisti savo maisto produktų ženklimą pagal naujus nustatytus reikalavimus. Žinoma, tam reikalinga atitinkama esamos situacijos ir naujųjų reikalavimų analizė. Tad tyrimo objektas, t. y. informacijos apie maistą teikimo vartotojams teisinio reglamentavimo ypatumai, būtent ir pasirinktas dėl savo praktinio aktualumo. Kitas svarbus aspektas, paskatinęs analizuoti minėtą temą, yra jos naujumas Lietuvos teisės doktrinoje. Nors praėjo maždaug metai nuo Reglamento Nr. 1169/2011 įsigaliojimo, teisės mokslo krypties atstovų diskusijų šia tema Lietuvoje nėra.

Komisijai pateikus pasiūlymą dėl naujojo reguliavimo (toliau – Komisijos pasiūlymas),¹² pasirodė keletas užsienio autorių darbų, analizuojančių to pasiūlymo nuostatas.¹³ Naujųjų nuostatų apžvalgą remdamasis tekstu, kuriam 2011 m. liepos 6 d. pritarė Europos Parlamentas, atliko P. Dévényi.¹⁴ Komisijos siūlytų atsakomybės už informacijos apie maistą teikimą vartotojams nuostatų trumpą analizę pateikė H. Ross.¹⁵

9 Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo suvestinės redakcijos 4 str. [2008] OL C 115.

10 Reglamento Nr. 1169/2011 9 str. 1 d. 1 p., numatantis, jog, teikiant informaciją apie maistą, privaloma nurodyti maisto produkto pavadinimą, taikomas nuo 2016 m. gruodžio 13 d. Taip pat VI priedo B dalis, nustatanti su „smulkintos mėsos“ pavadinimu susijusius konkrečius reikalavimus, taikoma nuo 2014 m. sausio 1 d.

11 Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. spalio 25 d. reglamentas (ES) Nr. 1169/2011 dėl informacijos apie maistą teikimo vartotojams, kuriuo iš dalies keičiami Europos Parlamento ir Tarybos reglamentai (EB) Nr. 1924/2006 ir (EB) Nr. 1925/2006 bei kuriuo panaikinami Komisijos direktyva 87/250/EEB, Tarybos direktyva 90/496/EEB, Komisijos direktyva 1999/10/EB, Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2000/13/EB, Komisijos direktyvos 2002/67/EB ir 2008/5/EB bei Komisijos reglamentas (EB) Nr. 608/2004. [2011] OL L 304.

12 Komisijos pasiūlymas dėl Europos parlamento ir Tarybos reglamento dėl informacijos apie maistą teikimo vartotojams. KOM(2008) 40 galutinis.

13 O'Rourke, R. Food Information or is it really Food Labelling? – the Commission's Legislative Proposal for a new Regulation. *European Food and Feed Law Review*. 2008, 5: 300-308; Hagenmeyer, M. The Regulation Overkill: Food Information. New labelling and nutrition information legislation to follow the Claims Regulation. *European Food and Feed Law Review*. 2008, 3: 165-171; Sosniza O. Challenges of the Food Information Regulation: Revision and Simplification of Food Labelling Legislation? *European Food and Feed Law Review*. 2011, 1: 16-26.

14 Dévényi P. The New Regulation on the Provision of Food Information to Consumers – Is New Always Better? *European Food and Feed Law Review*. 2011, 4: 210-217.

15 Ross, H. Proposal for the Provision of Food Information to Consumers: Who will be held accountable for ensuring Labelling Provisions? *European Food and Feed Law Review*. 2009, 2: 135-138.

Aiškindamasis religijos laisvės ir vartotojo teisės į informaciją santykį savo straipsnyje skyrelį Europos Sąjungos iniciatyvoms religiniais tikslais paruoštos mėsos ženklavimo srityje skyrė Ven. A. Bruce.¹⁶ Mažai dėmesio sulaukė naujoji informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvoka. O kaip reguliavimo priemonę pasirinkus reglamentą, itin svarbus tampa ir valstybių narių veiksmų laisvės nustatant informacijos apie maistą teikimo vartotojams reikalavimus klausimas. Tad šiam tyrimui keliami tokie uždaviniai: 1) apsvaistyti informacijos apie maistą teikimo vartotojams sampratą bei šios ir ženklinimo sąvokų santykį; 2) atskleisti pagrindinius informacijos apie maistą teikimo vartotojams principus pagal Reglamentą Nr. 1169/2011; 3) nustatyti galimas nacionalines priemones informacijos apie maistą teikimo vartotojams srityje, kuomet bus pradėtas taikyti naujasis reguliavimas.

Tiesa, nors šiame straipsnyje aptariama nemažai svarbiausių pasirinktos temos aspektų, tačiau dėl savo kompleksiško ir apimties dauguma analizuotų klausimų gali būti paspartis kitiems išsamesniems tyrimams.

Atliekant šį tyrimą taikyti šaltinio turinio analizės, lyginamasis, apibendrinimo metodai.

1. Informacijos apie maistą teikimas vartotojams v. ženklinimas

Teikiamų į rinką maisto produktų įvairovė ištis nemaža. Tobulėjant technologijoms, kurios neaplenkia ir maisto kultūros, vartotojai gali rinktis nuo pačių paprasčiausių maisto produktų iki praturtintų vitaminais ar mineralinėmis medžiagomis, specialios paskirties maisto produktų, naujo maisto¹⁷, įskaitant pagaminto iš genetiškai modifikuotų organizmų, taip pat tokių maisto produktų, kurių sudėtyje yra dirbtinai sukurtų nanomedžiagų ir t.t. Be to, pripažintas mitybos ir sveikatos ryšys.¹⁸ Todėl labai

16 Bruce, Ven. A. Do sacred cows make the best hamburgers? The legal regulation of religious slaughter of animals. *The University of New South Wales Law Journal*. 2011, 34(1): 351-382.

17 Kas laikoma nauju maistu, nustatyta Europos Parlamento ir Tarybos 1997 m. sausio 27 d. reglamente (EB) Nr. 258/97 dėl naujų maisto produktų ir naujų maisto komponentų [1997] OL L 43, kurio 1 str. 2 d. įtvirtinta, jog reglamentas taikomas pateikiant į Bendrijos rinką iki šiol Bendrijoje plačiai žmonėms vartoti neskirtus maisto produktus ir maisto komponentus, skirstomus į tokias grupes: a) maisto produktai ir maisto komponentai, kuriuose yra ar kurie susideda iš genetiškai modifikuotų organizmų; b) maisto produktai ir maisto komponentai, pagaminti iš genetiškai modifikuotų organizmų, bet jų neturintys; c) maisto produktai ir maisto komponentai su nauja ar sąmoningai modifikuota pirmine molekulių struktūra; d) maisto produktai ir maisto komponentai, kuriuos sudaro arba kurie yra išskirti iš mikroorganizmų, grybų ar jūros dumblių; e) maisto produktai ir maisto komponentai, kurie susidaro arba yra išskirti iš augalų, bei maisto komponentai, kurie yra išskirti iš gyvūnų, išskyrus maisto produktus ir maisto komponentus, kurie gaunami tradiciniais dauginimo ar auginimo būdais ir kurie per daugelį metų įsitvirtino kaip saugūs vartoti maisto produktai; f) maisto produktai ir maisto komponentai, kuriems buvo pritaikytas dabar nenaudojamas gamybos procesas, sukeliantis maisto produktų ar maisto komponentų sudėties ar struktūros esminius pokyčius, turinčius įtakos jų maistinei vertei, medžiagų apykaitai ar nepageidaujamų medžiagų kiekiui.

18 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases* [interaktyvus]. Geneva: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 [žiūrėta 2012-07-29]. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>; Komisijos 2005 m. gruodžio 8 d. žalioji knyga KOM(2005) 637 „Sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimas: antsvorio, nutukimo ir chroniškų ligų prevencija Europos Sąjungoje“. [2005] Briuselis.

svarbu, kad vartotojas atpažintų ir suprastų, kokį produktą renkasi. Tik gerai informuotas vartotojas gali priimti racionalius sprendimus.¹⁹ Nors etiketė – „pirmasis gamintojo „žodis“ vartotojams“,²⁰ tai anaip tol nėra vienintelė priemonė, skirta informacijai apie maistą vartotojams teikti.

Pažymėtina, jog informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvoka (angl. *food information to consumers*; vok. *die Information der Verbaucher über Lebensmittel*) reglamentuojant maisto produktų ženklimą atsirado ne iš karto. Pirmoji horizontalioji maisto ženklavimo teisinė priemonė buvo Tarybos 1978 m. gruodžio 18 direktyva 79/112/EEB dėl valstybių narių įstatymų, susijusių su galutiniam vartotojui skirtų maisto produktų ženklavimu etiketėmis, pateikimu ir reklama, suderinimo (toliau – Direktyva 79/112/EEB).²¹ Atsižvelgiant į tai, kad Direktyva 79/112/EEB buvo dažnai ir daug taisyta, ji ir visi jos pakeitimai buvo konsoliduoti ir pakeisti Europos Parlamento ir Tarybos 2000 m. kovo 20 d. direktyva 2000/13/EB (toliau – Direktyva 2000/13/EB).²² Nors šiose direktyvose informacijos sąvoka ir vartojama, tačiau informacijos apie maistą teikimo vartotojams turinys, tuo labiau jos apibrėžimas nėra pateiktas. O štai priėmus Reglamentą Nr. 1169/2011, apibrėžta ne tik ženklavimo, bet ir informacijos apie maistą sąvoka, 2 straipsnio 2 dalies a punkte nurodant, jog informacija apie maistą yra informacija apie maisto produktą, pateikiama galutiniam vartotojui etiketėje, kitoje kartu pateikiamoje medžiagoje ar kitomis priemonėmis, įskaitant šiuolaikinių technologijų priemones arba žodinę komunikaciją. Iš šios apibrėžties matyti, kokiais būdais informacija apie maistą gali būti teikiama. Todėl galima daryti išvadą, jog informacijos apie maistą teikimas vartotojams yra tokie veiksmai, kuriuos atlikus informacija apie maisto produktą tampa pasiekiamą vartotojui, kitaip tariant maisto produktas paženklinamas etikete, kartu su maisto produktu pateikiama kita medžiaga ar pasitelkiamos kitos priemonės, kuriomis skleidžiama reikalinga informacija, galinti pasiekti vartotoją. Atsižvelgiant į tai, kyla klausimas, kokiais atvejais reikėtų vartoti informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvoką, ar ši ir ženklavimo sąvokos turėtų būti vartojamos lygiagrečiai, koks gi vis dėlto informacijos apie maistą teikimo vartotojams ir ženklavimo santykis: tai skirtingos, tapačios, persidengiančios ar papildančios viena kitą sąvokos? Klausimą, ar šios sąvokos vis gi skiriasi, iškėlė Raymond O'Rourke dar tada, kai Europos Komisija priėmė minėtą pasiūlymą dėl naujojo reguliavimo.²³ Ir nors jis pastebėjo, kad maisto produktų ženklavimas vis tik turi ribas, kad įdėta pastangų naujiems informacijos teikimo būdams, tokiems kaip nemokamos telefono linijos, brūkšniniių kodų skaitytuvai parduotuvėse, internetas ir kt., įdiegti, kad yra išties nemažai teisės aktų, susijusių su ženklavimu, įskaitant tai, kad etiketėse pateikiama vis detalesnė

19 Baltoji knyga KOM(2007) 279, *supra* note 3.

20 Pociūtė, D. *Maisto etiketės ženklai*. Vilnius, 1995, p. 5.

21 Tarybos 1978 m. gruodžio 18 direktyva 79/112/EEB dėl valstybių narių įstatymų, susijusių su galutiniam vartotojui skirtų maisto produktų ženklavimu etiketėmis, pateikimu ir reklama, suderinimo. [1979] OJ L 33.

22 Europos Parlamento ir Tarybos 2000 m. kovo 20 d. direktyva 2000/13/EB dėl valstybių narių įstatymų, reglamentuojančių maisto produktų ženklimą, pateikimą ir reklamavimą, derinimo [2000] OL L 109.

23 Komisijos pasiūlymas, *supra* note 12.

informacija, kurią ir vartotojams sunku suprasti,²⁴ vis dėlto pažymėjo, jog jo neįtikino informacijos apie maistą sąvokos pasirinkimas,²⁵ bei nurodė, kad sprendimas šią sąvoką įteisinti gali sukelti didelę sumaištį tiek pramonei, tiek vartotojams.²⁶ Nepaisant to, sąvoka įtvirtinta ir atsispindi pačiame Reglamento Nr. 1169/2011 pavadinime.

Pažymėtina, jog Reglamento Nr. 1169/2011 2 straipsnio 2 dalies j punkte pateikta ir ženklavimo apibrėžtis, nustatant, jog „ženklimas – su maisto produktu susiję žodžiai, duomenys, prekės ženklai, registruotasis prekės pavadinimas, vaizduojamoji medžiaga arba simbolis, pateikti ant pakuotės, dokumente, informaciniame lapelyje, etiketėje, žiede ar lankelyje, pridedamuose prie tokio maisto produkto arba jį nurodančiuose“. Galima sakyti, kad ženklavimas yra tam tikra informacija, pateikiama konkrečiai nurodytais būdais prie maisto produkto arba nurodant jį. Ir nors su maisto produktu susiję žodžiai, duomenys, prekės ženklai, registruotasis prekės pavadinimas, vaizduojamoji medžiaga arba simbolis taip pat laikytini informacija, kas suartina analizuojamas sąvokas, vis dėlto būdų, kaip ši informacija gali būti teikiama, pasirinkimas neleidžia visiškai sutapatinti ženklavimo ir informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvokų. Jei ženklavimą informacija gali būti teikiama ant pakuotės, dokumente, informaciniame lapelyje, etiketėje, žiede ar lankelyje, pridedamuose prie tokio maisto produkto arba jį nurodančiuose, tai informacijos apie maistą atveju apibrėžiama abstrakčiau, plačiau, be konkrečių būdų nurodant ir kitas priemones, įskaitant šiuolaikinių technologijų priemones arba žodinę komunikaciją. Manytina, jog tokiu atveju, pavyzdžiui, QR kodo, nemokamos telefono linijos ar interneto svetainės pateikimas etiketėje, ant pakuotės ir pan. nelaikytinas ženklavimu, nes norint gauti išsamesnę informaciją apie maisto produktą nei pateikta etiketėje dar reikės pasinaudoti technologinėmis priemonėmis (telefonu, kompiuteriu), kas patenka į informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvoką.

Įdomu tai, kad informacijos apie maistą teikimu vartotojams laikoma ir žodinė komunikacija, kas tikrai nėra ženklavimas. Matyt, turimi omenyje tie atvejai, kai, pavyzdžiui, informacijos apie maisto produktą galima gauti iš pardavėjo prekybos centre, barmeno ar padavėjo restorane ar kavinėje ir pan. Vis dėlto tokio informacijos teikimo būdo įtvirtinimas kelia papildomų klausimų, tarkim, kokią informaciją galima teikti žodžiu, kas turi teisę teikti tokią informaciją, kaip užfiksuoti ir įrodyti, kad buvo pateikta tiksli, aiški ir neklaidinanti informacija, kas atsakys, jei to nebuvo padaryta, ir t. t.

Analizuojamų sąvokų netapatumą rodo ir tai, jog informacijos apie maistą teikimo vartotojams taisyklės taikomos ne tik ženklavimui, bet ir reklamai.²⁷ Reklamuojant paprastai pateikiama ne visa ar apskritai ne ta informacija, kuri nurodoma ženklavimą. Tačiau tam tikros savybės gali būti nurodomos tiek etiketėje, tiek reklamuojant, pavyzdžiui, informuojant apie tam tikrų sudedamųjų dalių buvimą ar, atvirkščiai, jų nebuvimą, ir abejais atvejais tokia informacija skatina vartotoją įsigyti maisto produktą. Tai rodo, jog kategoriškai atskirti ženklavimą ir reklamą taip pat negalima ir pagrindžia informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvokos taikymą abejais atvejais.

24 O'Rourke, R., *supra* note 13, p. 300.

25 *Ibid.*, p. 302.

26 *Ibid.*, p. 307.

27 Direktyvos 2000/13/EB 2 str. 3 d. b p.; Reglamento Nr. 1169/2011, 7 str. 4 d. a p.

Apibendrinant galima teigti, jog ženklintas visuomet yra informacijos apie maistą teikimas vartotojams, tačiau informacijos apie maistą teikimas vartotojams ne visuomet yra ženklintas. Todėl darytina išvada, kad šios sąvokos yra subordinacijos santykių viena su kita, kai informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvoka yra platesnė ir apima ženklintą.

2. Pagrindiniai informacijos apie maistą teikimo vartotojams principai pagal Reglamentą Nr. 1169/2011

Be to, kad naujajame Reglamente Nr. 1169/2011 įteisinta informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvoka, numatyta ne mažai kitų reikšmingų pokyčių: papildytos informacijos apie maistą teikimo taisyklės, įtvirtintos atsakomybės už informacijos teikimą nuostatos, papildytas privalomų nurodyti duomenų sąrašas ir kt. Tad toliau ir bus analizuojami kai kurie svarbiausi informacijos apie maistą teikimo vartotojams principai.

2.1. Sąžininga informacijos teikimo praktika

Informacijos apie maistą teikimo vartotojams taisyklių esmė, pakoregavus formuluotes ir įtraukus keletą naujų aspektų, naujajame Reglamente Nr. 1169/2011 išliko beveik ta pati kaip ir Direktyvoje 2000/13/EB. Jei Direktyvos 2000/13/EB 2 straipsnyje nustatyta, jog ženklintas ir ženklinto būdai neturi iš esmės klaidinti, tai naujojo Reglamento Nr. 1169/2011 7 straipsnyje „Sąžininga informacijos teikimo praktika“ taip pat nurodoma, jog informacija apie maistą neturi klaidinti. Taigi pasirenkama vartoti naujoji sąvoka, kas reiškia, kad informacijos teikimo taisyklės taikomos visai ir visais būdais teikiamai informacijai apie maistą, ne tik ženklintam, kaip nustatyta Direktyvoje 2000/13/EB. Ši Direktyva 2000/13/EB Lietuvoje įgyvendinama Lietuvos higienos norma HN 119:2002 „Maisto produktų ženklintas“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymu Nr. 677 (toliau – Higienos norma HN 119:2002),²⁸ kuri nustato bendruosius maisto produktų ženklinto, maistingumo bei partijų žymėjimo reikalavimus.²⁹ Galima sakyti, šis teisės aktas skirtas išimtinai maisto produktų ženklintam ir reikalavimų kitiems būdams, kuriais vartotojams galėtų būti teikiama informacija apie maistą, nenustato, išskyrus Higienos normos HN 119:2002 12 punktą, kuriame nurodoma, jog 11 punkto reikalavimai taikomi ir reklamavimui.³⁰

28 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 677 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 119:2002 „Maisto produktų ženklintas“ tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 13-530.

29 Higienos normos HN 119:2002 1 p.

30 *Ibid.*, 11 p. nustatyta, jog ženklintas ir ženklinto būdai neturi klaidinti pirkėjo, visų pirma dėl maisto produkto charakteristikų, ypač jo prigimties, tapatybės, savybių, sudėties, kiekio, tinkamumo vartoti termino, kilmės, pagaminimo būdo, maisto produktui priskirto poveikio arba savybių, kurių jis iš tikrųjų neturi, užuominos apie ypatingas maisto produkto savybes, nors tokias savybes turi visi panašūs maisto produktai.

Grįžtant prie Reglamento Nr. 1169/2011 7 straipsnio, jame įtvirtinama nauja nuostata, jog vartotojas neturi būti klaidinamas „specialiai atkreipiant dėmesį į tam tikrų sudedamųjų dalių ir (arba) maistinių medžiagų buvimą ar nebuvimą“. Čia turima omenyje tokie užrašai kaip „Be E“, „Be E 621“, „Jokių E“, „Stop E“, „Be maisto priedų“, „Be konservantų“, „Be saldiklių“ ir pan. Vartotojai klaidinami tuo atveju, jei gamintojas paženkliną maisto produktą minėtu ar panašiu užrašu iš tikrųjų nedėdamas užrašė nurodytų medžiagų, tačiau jų natūraliai yra produkte ar jos susidaro gamybos proceso metu. Kad tai yra vartotojo klaidinimas, tiesiogiai nenurodo ir Higienos norma HN 119:2002. Būtent šiuo argumentu bei tuo, kad atitinkamos medžiagos į maisto produktą gamybos metu nededamos, remiasi Lietuvos gamintojai, minėtu būdu ženklindami savo maisto produktus. Tačiau, nors ir nėra nuostatos apie klaidinimą, nederėtų pamiršti Higienos normos HN 119:2002 16.9 punkto, kuris įpareigoja etiketėje nurodyti bet kurią sudedamąją dalį, naudojamą maisto produktų gamyboje ir išliekančią galutiniame produkte nors ir pakitusiu pavidalu, ir nurodytą 5 priede arba kilusią iš sudedamųjų dalių, nurodytų 5 priede.³¹ Be to, tame pačiame punkte nurodoma, jog sudedamąją dalimi laikoma bet kuri medžiaga, naudojama maisto produktų gamyboje ir išliekanti galutiniame produkte nors ir pakitusiu pavidalu, ir kilusi iš 5 priede nurodytų sudedamųjų dalių, bei etiketėje turi būti pateikiama aiškia nuoroda į sudedamosios dalies, iš kurios ji kilusi, pavadinimą. Šis punktas taip pat leidžia nepaisyti Higienos normos HN 119:2002 16.4.2, 16.4.3 ir 16.4.4 punktų, pagal kuriuos sudedamosiomis dalimis nelaikomi maisto priedai, kurie patenka į konkretų produktą tik kartu su viena arba keliomis šio produkto sudedamosiomis dalimis, tačiau galutiniame produkte neatlieka jokios technologinės funkcijos, maisto priedai, kurie naudojami kaip pagalbinės medžiagos, taip pat medžiagos, naudojamos tik tokiais kiekiais, kurių reikia, kad jos atliktų tirpiklių arba maisto priedų ar kvapiųjų medžiagų terpės funkcijas, bei medžiagos, kurios nėra maisto priedai, tačiau naudojamos tokiu pat būdu ir tokiais pat tikslais kaip pagalbinės medžiagos ir išlieka galutiniame produkte nors ir pakitusiu pavidalu. Vadinasi, net ir tuo atveju, kai, pavyzdžiui, tam tikras maisto priedas nebus sąmoningai įdėtas į produktą gamybos metu, o pateks į jį kartu su viena ar keliomis to produkto sudedamosiomis dalimis ir galutiniame produkte jis neatliks jokios technologinės funkcijos, o bus aptiktas laboratoriniais tyrimais, tai ne tik kad nebus galima maisto produkto ženklinti „be E“ ar kitais panašiais užrašais, bet ir reikės nurodyti tą priedą kaip sudedamąją dalį.

Bet kokių atveju reikia tikėtis, jog pradėjus taikyti Reglamentą Nr. 1169/2011 ginčų dėl to, kad minėtas ar kitas panašus užrašas gali tik tuomet atsirasti ant etiketės ar būti pateiktas kitu būdu, jei atlikus laboratorinius tyrimus galutiniame produkte tikrai nerandama tos medžiagos, kuri nurodoma kaip nesanti, nebekils.

Taip pat Reglamentu Nr. 1169/2011 nustatyti reikalavimai „maisto pakaitalų“ ženklinimui, t. y. informacija apie maistą neturi klaidinti „naudojantis išvaizda, aprašomąja arba vaizdine medžiaga darant užuominą, kad maisto produkto sudėtyje yra tam tikras

31 Higienos normos HN 119:2002 5 priede „Sudedamosios dalys, kurių ženklimas reglamentuojamas šios higienos normos 16.3 ir 16.9 punktuose“ išvardintos alergijas arba netoleravimą sukeliančios medžiagos arba produktai.

maisto produktas arba sudedamoji dalis, nors iš tikrųjų tame maisto produkte natūraliai esantis komponentas arba įprastai naudojama sudedamoji dalis yra pakeisti kitu komponentu ar kita sudedamąja dalimi³². Dažniausiai tai būna susiję su sūriu ar kitais kasdieniais produktais, kuriuose pieno riebalai pakeičiami augaliniais aliejais. Tokiais atvejais etiketėje šalia produkto pavadinimo turi būti aiškiai nurodomas komponentas arba sudedamoji dalis, kuri naudota iš dalies ar visiškai pakeisti paprastai naudojamą arba natūraliai esantį komponentą ar sudedamąją dalį.³³ Nors tokia nuostata siekiama apsaugoti vartotojus nuo klaidinimo, yra nuomonių, kad ji gali kelti problemų ateityje taikant inovacijas, pavyzdžiui, tai neskatintų maisto verslo operatoriaus alergenus pakeisti medžiagomis, kurios nėra alergeni, vien dėl to, kad ant maisto produkto etiketės turėtų atsirasti užrašas, jog tai pakaitalas.³⁴

2.2. Atsakomybė už informacijos apie maistą teikimą vartotojams

Svarbu ir tai, kas gi vis dėlto yra atsakingas už informacijos apie maistą teikimą. Direktyvoje 2000/13/EB specialių atsakomybei skirtų nuostatų nėra. Tad galioja bendra nuostata, jog maisto verslo operatoriai visuose su jų kontroliuojamu verslu susijusiuose gamybos, perdirbimo ir paskirstymo etapuose užtikrina, kad maistas atitiktų su jų veikla susijusius maisto produktus reglamentuojančių įstatymų reikalavimus ir tikrina, kad šių reikalavimų būtų laikomasi.³⁵ Tai reiškia, kad nustatyta bendra maisto verslo operatorių atsakomybė. Tačiau tokia nuostata yra labai abstrakti ir iš jos nėra visiškai aišku, kas turėtų atsakyti, pavyzdžiui, už ne pagal teisės aktų reikalavimus paženklinto maisto produkto pateikimą į rinką, kai netinkamai paženklino gamintojas, o pardavėjas etiketei ar pakuotei nedarė jokie poveikio, tačiau žinojo (arba net ir nežinojo) apie ženklinimo reikalavimų nesilaikymą ir pan. Reglamente Nr. 1169/2011 nuostatos dėl atsakomybės už informacijos apie maistą teikimą įtraukiamos atskiru 8 straipsniu, kurio 1 dalyje nurodoma, jog už informacijos apie maistą teikimą yra atsakingas tas operatorius, kurio pavarde ar įmonės pavadinimu prekiaujama maisto produktu arba, jei tas operatorius nėra įsisteigęs Sąjungoje, importuotojas į Sąjungos rinką. Paminėtina ir šio straipsnio 3 dalies nuostata, jog maisto verslo operatoriai, nedarantys poveikio informacijai apie maistą, netiekia maisto produktų, kurie, kaip jie, remdamiesi turima profesine informacija, žino arba kaip jie preziumuoja, neatitinka taikomų informaciją apie maistą reglamentuojančių teisės aktų ir atitinkamų nacionalinių nuostatų reikalavimų. Taigi, jei maisto verslo operatorius tiekia į rinką maisto produktus, kurie neatitinka informacijos apie maistą teikimo reikalavimų, ir nors nedaro tai informacijai jokie poveikio, tačiau apie neatitikimą reikalavimams žino ar tai preziumuoja, jis tampa atsakingu ir jam gali būti pritaikytos poveikio priemonės.

32 Reglamento Nr. 1169/2011 7 str. 4 d. d p.

33 *Ibid.*, VI priedo A dalies 4 p.

34 Dévényi P, *supra* note 14, p. 212.

35 Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. sausio 28 d. reglamento (EB) Nr. 178/2002 17 str. 1 d. [2002] OL L 31.

Manoma, jog Reglamente Nr. 1169/2011 įtvirtintos nuostatos dėl atsakomybės už informacijos apie maistą teikimą perimtos iš Europos Teisingumo Teismo (toliau – Teismas) suformuotos praktikos *Lidl Italia* byloje.³⁶ Net ir tuomet, kai atsakomybę reglamentuojančios nuostatos nebuvo aiškios, Teismas išaiškino, jog Direktyvos 2000/13 nuostatos nedraudžia valstybės narės teisės aktų, kurie numato galimybę šios valstybės narės ūkio subjektą, platinantį maisto produktus, pagamintus kitoje valstybėje narėje įsisteigusio ūkio subjekto, laikyti atsakingu už pažeidimą ir nubausti administracine bauda, nors jis, kaip paprastas platintojas, tik prekiauja šiuo produktu, kurį jam pateikė minėtas gamintojas.³⁷

Minėtoje byloje *Lidl Italia* prekiauvo Vokietijos gamintojo alkoholiniu gėrimu „amaro alle erbe“, kurio etiketėje nurodyta 35 % alkoholio koncentracija. Atlikus šio gėrimo mėginių analizę paaiškėjo, kad vis dėlto alkoholio koncentracija yra mažesnė nei nurodyta šios prekės etiketėje ir, nustatius pažeidimą, *Lidl Italia* buvo paskirta administracinė bauda. *Lidl Italia* tokį sprendimą apskundė nurodydama, jog Bendrijos ženklinimo reikalavimai taikomi produkto gamintojui, o ne ūkio subjektui, kuris tik prekiauja produktu. Platintojas negali žinoti tikslios ar klaidinančios informacijos, nurodytos gamintojo užklijuotoje etiketėje, ir bet kuriuo atveju negali įsikišti į prekės gamybos procesą ar pakeisti etiketės, kuria žymimas produktas. Teismas konstatavo, jog iš Direktyvos 2000/13/EB nuostatų nematyti, jog nagrinėjama pareiga ženklinimo srityje yra nustatyta tik šių alkoholinių gėrimų gamintojui ar kad Direktyva 2000/13/EB pašalina galimybę platintoją laikyti atsakingu už šios pareigos pažeidimą, tačiau jis nurodė, kad reikia atsižvelgti ne tik į tų nuostatų formuluotę, bet ir į teisės akto, kuriame jos įrašytos, bendrąją struktūrą, kontekstą ir tikslą. Tad Teismas pažymėjo, kad net ir nesant tiesioginės nuorodos dėl platintojo atsakomybės, atsižvelgiant į Direktyvos 2000/13/EB nuostatų bendrąją struktūrą ir kontekstą, į kurį jos patenka, Direktyvoje 2000/13/EB kalbama apie platintojus įgyvendinant tam tikras pareigas ženklinimo srityje. Taip yra konkrečiai Direktyvos 2000/13/EB 3 straipsnio 1 dalies 7 punkto, kuris į privalomą nurodyti etiketėje informaciją įtraukia Bendrijoje įsisteigusio gamintojo, pakuotojo arba pardavėjo pavardę arba verslo pavadinimą, atveju. O kalbant apie Direktyvos 2000/13/EB tikslą, kuris yra galutinio maisto produkto vartotojo apsauga ir informavimas, tai byloje nagrinėjami nacionaliniai teisės aktai, numatantys ne tik gamintojų, bet ir platintojų atsakomybę, jo visiškai nepažeidžia. Atvirkščiai, jie akivaizdžiai prisideda prie tikslo informuoti ir apsaugoti galutinį maisto produkto vartotoją. Tad Teismas nusprendė, kad jei direktyva nereglamentuoja tam tikros srities dėl nevisiško teisės aktų suderinimo, valstybės narės iš esmės gali nustatyti taisykles šioje srityje, bet kuriuo atveju jei jos iš esmės nepakeičia nagrinėjamoje direktyvoje numatyto rezultato.³⁸

36 Ross, H., supra note 15, p. 136.

37 Byla C-315/05, *Lidl Italia Srl prieš Comune di Arcole (VR)* [2005] ECR I-11181.

38 Lietuvoje taip pat nėra aiškiai nustatyta, kuris maisto verslo operatorius turi atsakyti už maisto produktų ženklinimo pažeidimus. Remiantis Direktyvos 2000/13/EB 3 straipsnio 1 dalies 7 punktą įgyvendinančiu Higienos normos HN 119:2002 13.7 punktu, pagal kurį ženklinant maisto produktus būtina nurodyti Europos Sąjungoje įsisteigusio gamintojo, pakuotojo ar pardavėjo pavadinimą ar firmos vardą ir adresą, ir aukščiau išdėstytais argumentais, darytina išvada, kad atsakingas gali būti

Atsižvelgus į Direktyvos 2000/13/EB prasmę ir tikslus, argumentas, kad tik produkto gamintojas yra atsakingas už netikslią informaciją etiketėje, neįtikino ir generalinės advokatės Christine Stix-Hackl, pateikusios išvadą analizuojamoje byloje.³⁹ Ji taip pat pastebėjo, kad platintojo atsakomybės atmesti vien dėl to, kad ji nėra aiškiai nurodyta Direktyvoje 2000/13/EB, negalima, nes kitaip tokius pačius argumentus galima būtų pateikti ir dėl visų kitų atsakingų asmenų atsakomybės, kurie taip pat nėra aiškiai nurodyti. Advokatė daro išvadą, jog platintojas atlieka svarbų vaidmenį užtikrinant, kad galutinis vartotojas gaus visą reikalingą su parduodamu produktu susijusią informaciją jam lengvai suprantama kalba, tačiau ji nurodo, jog tai dar nepasako, ar jis gali būti atsakingas taip pat ir už atitinkamos informacijos turinio teisingumą, ir būtent suinteresuoto asmens galimybę patikrinti, ar produkto etiketėje nurodyta informacija yra teisinga, nurodo kaip atsakomybės už maisto produktų etiketėje esančios informacijos teisingumą sąlygą, kurios buvimą turi patikrinti nacionalinis teismas.

Nepaisant to, kad naujajame Reglamente Nr. 1169/2011 nuostatos dėl atsakomybės įtvirtintos, atsakyti į klausimą, kuris gi maisto verslo operatorius atsakingas už maisto produktų ženklinimo pažeidimus, nėra taip paprasta. Pavyzdžiui, jei etiketėje bus nurodytas tiek maisto produkto gamintojas, tiek platintojas, tai kuris bus laikomas tuo operatoriumi, kurio pavarde ar įmonės pavadinimu prekiaujama maisto produktu, t. y. atsakingu? Žinoma, reglamentuojant privalomos pateikti informacijos sąrašą Reglamente 1169/2011 nereikalaujama nurodyti abiejų maisto verslo operatorių, įtvirtinant, jog privaloma pateikti minėto 8 straipsnio 1 dalyje nurodyto maisto verslo operatoriaus pavadinimą ar įmonės pavadinimą ir adresą. Taigi iš esmės galima manyti, kad tas operatorius, kuris bus nurodytas produkto etiketėje, ir bus atsakingas už informacijos apie tą produktą pateikimą. O tuo atveju, jei bus nurodytas tiek gamintojas, tiek platintojas ar importuotojas, atsižvelgiant į Reglamento 1169/2011 tikslą informuoti ir apsaugoti vartotojus, atsakingas turėtų būti arčiau vartotojo esantis ir (ar) lengviau pasiekiamas maisto verslo operatorius. Įdomu tai, kad Komisijos pasiūlyme atsakingais buvo nurodyti maisto verslo operatoriai, pirmą kartą rinkai tiekiantys maisto produktą,⁴⁰ t. y. maisto verslo operatorius, kuris pirmas Europos Sąjungoje pagamino maisto produktą, arba maisto verslo operatorius, kuris pirmas jį importavo į Europos Sąjungą.⁴¹ Tačiau įtvirtinus tokią nuostatą, nebūtų atsižvelgta į Teismo sprendimą Lidl Italia byloje, kurioje iš esmės pritarta bendros atsakomybės koncepcijai, be

bet kuris iš punkte paminėtų maisto verslo operatorių. Galima manyti, jog netiesiogiai tą patvirtina ir Higienos normoje HN 119:2002 nustatytos maisto produktų partijos identifikavimo taisyklės. Pagal 33 punktą maisto produktu negalima prekiauti, jei jis neturi nuorodos, leidžiančios identifikuoti partiją, kuriai priklauso maisto produktas. O 35 punkte įtvirtinta, jog kiekvieną partiją nurodo maisto produkto gamintojas ar pakuotojas arba pirmasis Lietuvoje ar Europos Bendrijoje įsisteigęs jo pardavėjas. Nuorodas apie partijos identifikavimą savo atsakomybe nustato ir pažymi (patvirtina) vienas ar kitas iš minėtų veiklos vykdytojų.

39 Generalinės advokatės Ch. Stix-Hackl išvada, pateikta 2006 m. rugsėjo 12 d. byloje C-315/05 *Lidl Italia Srl prieš Comune di Arcole (VR)* [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-08-15]. <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=72530&pageIndex=0&doclang=LT&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=512775>.

40 Komisijos pasiūlymas, *supra* note 12.

41 Ross, H., *supra* note 15, p.135.

to, nebūtų įtraukti visi galimi atsakomybės subjektai, pavyzdžiui, pakuotojai, kurių užsakymu produktą pagamina kitas maisto verslo operatorius.

Grįžtant prie Reglamento 1169/2011 8 straipsnio 3 dalyje nurodytų maisto verslo operatorių, nedarančių poveikio informacijai apie maistą, manytina, jog turimi omenyje pardavėjai, nedalyvavę išankstiniame gamybos, pakavimo ar kituose procesuose, galinčiuose kaip nors turėti įtakos informacijos apie produktą pateikimui ar apie produktą maisto verslo operatoriui suteikiančiuose konkrečių žinių. Gal būt šiuo atveju būtų galima pritaikyti generalinės advokatės išvadoje, pateiktoje *Lidl Italia* byloje, nurodytą poziciją, jog faktą, ar operatorius turėjo galimybę patikrinti, kad etiketėje nurodyta informacija yra teisinga, turi nustatyti nacionalinis teismas, taip pat ir faktus, ar maisto verslo operatorius, remdamasis turima profesine informacija, žino arba preziumuoja informacijos neatitikimą reikalavimams. O tai, kaip jau minėta, galėtų būti atsakomybės už informacijos apie maistą teikimo vartotojams pažeidimus sąlyga. Vis dėlto, įvedus tokias naujas sąvokas, kaip turima profesinė informacija, žinojimas ar preziumavimas, jų turinys nėra atskleidžiamas.⁴² Tad iš esmės lieka neaišku, kada maisto verslo operatorius turi žinoti ar kokioms aplinkybėms esant jis turi preziumuoti, kad maisto produktai neatitinka informacijos apie maistą teikimo vartotojams reikalavimų, ar jis turi būti visiškai atidus ir kaip profesionalas gali turėti ar gali gauti visą reikalingą informaciją ir ar visą laiką turi imtis aktyvių veiksmų, net ir nesant įtarimo dėl neatitikimų.

2.3. Privaloma informacija apie maistą

Naujojo Reglamento Nr. 1169/2011 9 straipsnyje pateikiamas sąrašas duomenų, kuriuos privaloma nurodyti informuojant vartotoją apie maistą. Nors, kaip jau minėta anksčiau, Reglamentas Nr. 1169/2011 taikomas įvairiems informacijos apie maistą teikimo vartotojams būdams, iš esmės 9 straipsnyje nurodyta informacija paprastai pateikiama maisto produktą ženklinant. Atkreiptinas dėmesys, jog šiame straipsnyje įtvirtinamas platesnis privalomų pateikti duomenų sąrašas nei nustatytas Direktyvos 2000/13/EB 3 straipsnyje. Be to, kad tiek galiojant Direktyvai 2000/13/EB, tiek pradėjus taikyti Reglamentą Nr. 1169/2011 su nežymiais pakeitimas privaloma nurodyti maisto produkto pavadinimą, sudedamųjų dalių sąrašą, tam tikrų sudedamųjų dalių ar jų kategorijų kiekį, maisto produkto grynąjį kiekį, minimalų tinkamumo vartoti terminą, visas specialias laikymo ir vartojimo sąlygas, vartojimo instrukciją, jei be jos būtų sudėtinga teisingai vartoti šį maisto produktą, daugiau kaip 1,2 % tūrio koncentracijos alkoholio turinčių gėrimų faktinę alkoholio koncentraciją, šiek tiek keičiasi maisto verslo operatoriaus pavadinimo, kilmės šalies ar kilmės vietos nurodymo reikalavimai, taip pat sąrašas papildomas reikalavimais privalomai pateikti alergijas arba netoleravimą sukeliančias medžiagas arba produktus (toliau – alergenai) bei maistingumo deklaraciją.

42 Atkreiptinas dėmesys, jog galutiniame nuostatos variante atsisakyta dar keletu Komisijos pasiūlyme patiektų naujų sąvokų. Pirminiame variante siūlyta nustatyti, jog maisto verslo operatoriai, vykdytys informacijai apie maistą poveikio neturinčią mažmeninės prekybos ar platinimo veiklą, *nepažengdami savo veiklos ribų tinkamai* užtikrina galiojančių informacijos apie maistą reikalavimų taikymą.

Maisto verslo operatoriaus pavadinimas. Kalbant apie maisto verslo operatoriaus pavadinimą, tai pagal Reglamento 1169/2011 9 straipsnio 1 dalies h punktą reikia nurodyti tą maisto verslo operatorių, kurio pavarde ar įmonės pavadinimu prekiaujama maisto produktu arba, jei tas operatorius nėra įsisteigęs Sąjungoje, importuotoją į Sąjungos rinką, kai tuo tarpu pagal Direktyvos 2000/13/EB 3 straipsnio 1 dalies 7 punktą turi būti nurodoma Bendrijoje įsisteigusio gamintojo, pakuotojo arba pardavėjo pavardė arba verslo pavadinimas. Apie tai jau užsiminta analizuojant maisto verslo operatoriaus atsakomybės klausimus.

Kilmės šalis ar kilmės vieta. Vienu problematiškiausių klausimų nurodomas privalomas kilmės šalies ar kilmės vietos ženklėjimas.⁴³ Komisija siūlė kilmės šalį ar provenencijos vietą privalomai nurodyti tik tada, jei nepateikus tokių duomenų vartotojas būtų iš esmės klaidinamas dėl tikrosios maisto produkto kilmės šalies ar provenencijos vietos.⁴⁴ Tuo tarpu Europos Parlamentas norėjo privalomo kilmės ženklėjimo ir piešniui, neperdirbtiems maisto produktams, produktams, sudarytiems iš vienos sudedamosios dalies ir mėšai kaip sudedamajai daliai.⁴⁵ Galiausiai Reglamento Nr. 1169/2011 26 straipsnio 2 dalyje įtvirtinta, jog nurodyti kilmės šalį ar kilmės vietą privaloma, jei nepateikus tokių duomenų vartotojas būtų klaidinamas dėl tikrosios maisto produkto kilmės šalies ar kilmės vietos, ypač tuo atveju, jeigu visa su maisto produktu pateikta informacija arba etiketė leistų daryti prielaidą, kad šio maisto produkto kilmės šalis ar kilmės vieta yra kita,⁴⁶ taip pat mėšai⁴⁷. Iki šiol kilme paremta privalomojo ženklėjimo sistema, kalbant apie mėšą, taikyta tik jautienai.⁴⁸ Būtent tokiu argumentu, kad, jei ženklėjimo nuostatos įgyvendintos jautienai, tai jos gali būti įgyvendinamos ir ženklėjant kitų gyvūnų mėšą, buvo remtasi nustatant privalomą kilmės šalies ar kilmės vietos ženklėjimą ir tų kitų gyvūnų mėšai.⁴⁹ O štai pieno, pieno, kuris naudojamas kaip sudedamoji pieno gaminių dalis, neperdirbtų maisto produktų, produktų, sudarytų iš vienos sudedamosios dalies, sudedamųjų dalių, sudarančių daugiau nei 50 % maisto produkto bei mėsos, kuri naudojama kaip sudedamoji dalis kilmės šalies ar kilmės vietos nuorodos gali tapti privalomos ateityje, atsižvelgiant į tai, jog Komisija dėl to turės Europos Parlamentui ir Tarybai pateikti ataskaitas, o su jomis galės pateikti ir siūlymus iš dalies pakeisti atitinkamas nuostatas.⁵⁰

Alergenai. Išties svarbi nuostata, kuria siekiama, kad „vartotojai, ypač maistui alergiški ar jo netoleruojantys vartotojai, galėtų rinktis jiems saugius maisto produktus tu-

43 Dévényi P., *supra* note 14, p. 214.

44 Komisijos pasiūlymas, *supra* note 12, 9 str. 1 d. i p.

45 Dévényi P., *op. cit.*, p. 214.

46 Ar tai taikoma, pavyzdžiui, *English Breakfast Tea*, ar vartotojai žino, kad tokia arbata iki šiol auginama ne Anglijoje, o Indijoje? Hagenmeyer, M., *supra* note 13, p. 168.

47 Pagal Reglamento Nr. 1169/2011 XI priedą – kiaulienai, avienai arba ožkienai, naminių paukščių mėšai.

48 Europos Parlamento ir Tarybos 2000 m. liepos 17 d. reglamentas (EB) Nr. 1760/2000, nustatantis galvijų identifikavimo bei registravimo sistemą, reglamentuojantis jautienos bei jos produktų ženklėjimą ir panaikinantis Tarybos reglamentą (EB) Nr. 820/97. [2000] OL L 204.

49 Dévényi P., *supra* note 14, p. 214.

50 Reglamento Nr. 1169/2011 26 str. 5-7 d.

rėdami pakankamai informacijos⁵¹ – Reglamento Nr. 1169/2011 9 straipsnio 1 dalies c punkte įtvirtintas reikalavimas teikiant informaciją apie maistą privalomai nurodyti ir alergenus. Pažymėtina, jog priėmus Direktyvą 2000/13 alergenų ženklavimas apskritai nebuvo numatytas, o pateikiant sudedamųjų dalių sąrašą vis dėlto ne visos alergijos ar netoleravimą sukeliančios medžiagos arba produktai į jį patenka. Tuo tikslu, kad nuo maisto alergijos kenčiantiems vartotojams būtų pateikiama tinkama informacija, priimta Europos Parlamento ir Tarybos 2003 m. lapkričio 10 d. direktyva 2003/89/EB, iš dalies keičianti Direktyvą 2000/13/EB dėl maisto produktuose esančių sudedamųjų dalių nurodymo,⁵² įtvirtinant privalomą alergenų ženklavimą ir pateikiant jų sąrašą. Vis dėlto problema liko ta, jog toks ženklavimas privalomas iš esmės tik fasuotiems produktams.⁵³

Reglamentas Nr. 1169/2011 taikomas maisto verslo operatoriams visais maisto tiekimo grandinės etapais, kai jų veikla susijusi su informacijos apie maistą teikimu vartotojams. Jis taikomas visiems galutiniam vartotojui skirtiems maisto produktams, ir ne tik viešojo maitinimo įstaigoms teikti skirtiems, bet ir jų pačių teikiamiems maisto produktams.⁵⁴ Taigi alergenų nurodymas tampa privalomas visose valstybėse narėse ne tik fasuotiems ir nefasuotiems maisto produktams, bet ir viešojo maitinimo įstaigoms.

Alergenų pateikimo taisyklės įtvirtintos Reglamento Nr. 1169/2011 21 straipsnyje, kuriame nurodyta, jog alergeno pavadinimas sudedamųjų dalių sąrašė pabrėžiamas pateikiant jį taip, kad jis aiškiai išsiskirtų iš kitų sąrašo sudedamųjų dalių, pvz., pasirinkant tam tikrą šriftą, stilių arba fono spalvą. Vadinas, už informacijos apie maistą teikimą atsakingas maisto verslo operatorius turi galimybę pats pasirinkti, kaip išskirti alergenus iš kitų sudedamųjų dalių, nes pateiktas pavyzdinis alternatyvių nurodymo būdų sąrašas. Tais atvejais, kai sudedamųjų dalių sąrašas nepateikiamas, informacija apie alergenus vis tiek turi būti, nurodant žodžius „sudėtyje yra“, o po jų – į Reglamento Nr. 1169/2011 II priede pateiktą sąrašą įtrauktos medžiagos ar produkto pavadinimas.

51 Reglamento Nr. 1169/2011 preambulės 24 p.

52 Europos Parlamento ir Tarybos 2003 m. lapkričio 10 d. direktyva 2003/89/EB, iš dalies keičianti Direktyvą 2000/13/EB dėl maisto produktuose esančių sudedamųjų dalių nurodymo. [2003] OL L 308.

53 Pagal Direktyvos 2000/13/EB 14 straipsnio 1 dalį, jei maisto produktai galutiniam vartotojui arba viešojo maitinimo įstaigoms yra pateikiami parduoti nefasuoti arba jei jie vartotojo prašymu yra pakuojami pardavimo vietoje arba sufasuoti tiesioginiam pardavimui, išsamias taisykles dėl privalomos ženklavimo informacijos nurodymo būdo priima pačios valstybės narės. Tai reiškia, kad alergenų ženklavimas nurodytais atvejais priklauso nuo nacionalinio įstatymų leidėjo, ir jei jis nenumatys privalomo alergenų nurodymo visais atvejais, gali kilti rimtas pavojus vartotojų sveikatai. Lietuvoje fasuotų maisto produktų alergenų ženklavimui taikomos Higienos normos HN 119:2002 16 punkte ir 5 priede įtvirtintos sudedamųjų dalių nurodymo taisyklės. O pagal Higienos normos HN 119:2002 8 punktą nefasuotų produktų atveju informacija apie alergenus pateikiama atitiktų patvirtinančiuose dokumentuose, be to, mažmeninės prekybos įmonėse tokia informacija gali būti pateikiama raštu kitaip (šiuo atveju vadovaujasi Lietuvos Respublikos ūkio ministro 2002 m. gegužės 15 d. įsakymu Nr. 170 „Dėl Lietuvos Respublikoje parduodamų daiktų (prekių) ženklavimo ir kainų nurodymo taisyklių“. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 50-1927).

54 Reglamento Nr. 1169/2011 1 str. 3 d.

Maistingumo deklaracija. Atkreiptinas dėmesys, kad be kitų teisės aktu Reglamentas Nr. 1169/2011 panaikina ir Tarybos 1990 m. rugsėjo 24 d. direktyvą 90/496/EEB dėl maisto produktų maistingumo ženklavimo (toliau – Direktyva 90/496/EEB),⁵⁵ pagal kurią maistingumo ženklavimas privalomas tik tuomet, kai maisto produkto etiketėje, taip pat pateikiant maisto produktą ar jį reklamuojant kartu pateikiamas ir mitybinis teiginys. Visais kitais atvejais maistingumo ženklavimas pagal šią Direktyvą 90/496/EEB yra neprivalomas.⁵⁶ Tuo tarpu į naująjį Reglamentą Nr. 1169/2011 įtraukus maistingumo informacijos pateikimo taisykles,⁵⁷ maistingumo deklaracija įtraukiama į privalomų duomenų sąrašą, kas reiškia, kad ji turės būti pateikiama visada, nepriklausomai nuo to, ar bus pateikiamas mitybinis teiginys, ar ne. Tiesa, Reglamento Nr. 1169/2011 V priede pateikiamas maisto produktų, kuriems netaikomas reikalavimas pateikti privalomą maistingumo deklaraciją, sąrašas⁵⁸, tačiau jei vis dėlto maistingumo deklaracija pateikiama savanoriškai, tuomet ji turi atitikti jos pateikimui Reglamente Nr. 1169/2011 įtvirtintus reikalavimus.⁵⁹

Taigi privalomą maistingumo deklaraciją sudarys energinė vertė bei riebalų, sočiųjų riebalų rūgščių, angliavandenių, cukrų, baltymų ir druskos kiekiai.⁶⁰ Ši privaloma informacija turės būti išreikšta, kaip ir pagal Direktyvą 90/496/EEB, 100 g ar 100 ml,⁶¹ taip pat galės, o nurodant vitaminus ir mineralus, privalės būti pateikta ir referencinių suvartojamų kiekių procentiniais dydžiais 100 g arba 100 ml,⁶² kas taip pat yra viena iš Reglamento Nr. 1169/2011 naujovių. Minėta energinė vertė bei maistingųjų medžiagų kiekiai galės būti nurodomi ir vienai porcijai ir (arba) vartojimo vienetui.⁶³

Reglamentas Nr. 1169/2011 nustato ir maistingumo deklaracijos pateikimo taisykles, t. y. ją sudarantys duomenys turi būti pateikiami tame pačiame regėjimo lauke,⁶⁴ nes, kaip teigiama Reglamento Nr. 1169/2011 preambulės 41 punkte, vartotojams gali būti painu, jei dalis informacijos apie maistingumą būtų pateikiama pagrindiniame regėjimo lauke, paprastai vadinamame priekine pakuotės puse, o dalis kitoje, pavyzdžiui, užpakalinėje, pakuotės pusėje. O jei tam tikrą maistingumo informaciją, nurodytą Reglamento Nr. 1169/2011 30 straipsnio 3 dalyje, norima savanoriškai pakartoti, tie duomenys turi būti nurodomi pagrindiniame regėjimo lauke.⁶⁵ Taigi pateikiant privalomą maistingumo deklaraciją, svarbu, kad tie duomenys būtų tame pačiame regėjimo

55 Tarybos 1990 m. rugsėjo 24 d. direktyva 90/496/EEB dėl maisto produktų maistingumo ženklavimo. [1990] OL L 276.

56 Direktyvos 90/496/EEB 2 str.

57 Reglamento Nr. 1169/2011 29-35 str.

58 Pavyzdžiui, neperdirbtiems produktams, sudarytiems iš vienintelės sudedamosios dalies arba vienintelės kategorijos sudedamųjų dalių, prieskoniniams augalams, prieskoniams ar jų mišiniams, druskai ir druskos pakaitalams, saldikliams, skirtiems maistui pasaldinti valgant, želatinai, mielėms, kramtomosioms gumoms ir kt.

59 Reglamento Nr. 1169/2011 36 straipsnio 1 dalis.

60 Reglamento Nr. 1169/2011 30 str. 1 d.

61 Reglamento Nr. 1169/2011 32 str. 2 d.

62 Reglamento Nr. 1169/2011 32 str. 3-5 d.

63 Reglamento Nr. 1169/2011 33 str.

64 Reglamento Nr. 1169/2011 34 str. 1 d.

65 Reglamento Nr. 1169/2011 34 str. 3 d.

lauke, nepriklausomai nuo to, ar tai pagrindinis regėjimo laukas ar ne. O štai savanoriško maistingumo informacijos pakartojimo atveju nustatyti, kuris regėjimo laukas yra pagrindinis, tampa kiek sudėtingiau. Reglamentas Nr. 1169/2011 apibrėžia, kas yra pagrindinis regėjimo laukas,⁶⁶ taip pat iš minėto preambulės punkto galima manyti, kad dažniausiai tai yra vadinamoji priekinė pakuotės pusė, tačiau, manytina, gana dažnai, o ypač tais atvejais, kai, pavyzdžiui, maisto produktas yra butelyje, skardinėje ar panašioje taroje, maisto verslo operatoriumi pasirinkti pagrindinį regėjimo lauką nebus taip paprasta.

Atsižvelgiant į tai, kad bus privaloma pateikti maistingumo deklaraciją ir į reikalaujamus pateikti duomenis bei skaičius, akivaizdu, kad tos informacijos ir skaičių bus daugiau. Ar tai iš tiesų prisideda prie tikslo pateikti vartotojui aiškia, tikslią ir lengvai suprantamą informaciją siekimo, ar neuždeda pernelyg didelės naštos maisto verslo operatoriams, ir ar ateityje neturėsime kalbėti apie „vartotoją su kišeniniu skaičiuotuovu“⁶⁷, kol kas atsakyti sunku.

Etiniai aspektai. Reglamentuojant maisto saugą ir taikant principą „nuo lauko iki stalo“ vis dažniau pasigirsta diskusijų dėl ryšio tarp maisto saugos ir gyvūnų, skirtų vartoti žmonėms, gerovės apsaugos. Gyvūnų gerovės apsaugos srityje priimta nemažai Europos Sąjungos teisės aktų, kuriais nustatomi įvairūs reikalavimai gyvūnų laikymui, šėrimui, priežiūrai, transportavimui, skerdimui ir t.t., kuo taip pat siekiama apsaugoti ir žmonių sveikatą. Tačiau suderintų nuostatų dėl galimybės informuoti vartotojus apie tai, kad maistas pagamintas ar gautas iš tų gyvūnų, kurie buvo laikomi pagal teisės aktų nustatytus ar net savanoriškai taikomus aukštesnius gyvūnų gerovės apsaugos standartus, nėra. Tiesa, ženklinant kiaušinius vienas iš ant kiaušinio pateikiamo kodo skaitmenų rodo, pagal kokią ūkininkavimo sistemą buvo laikomos vištos.⁶⁸ Tačiau manoma, kad, išskyrus kiaušinių ženklimą, gyvūnų gerovės kriterijai rinkoje iki šiol neturi didesnės reikšmės.⁶⁹ Vis dėlto prieš priimant Reglamentą Nr. 1169/2011 nemaža diskusija kilo dėl informacijos pateikimo vartotojui apie tai, ar gyvūnas, kurio mėsa tiekiamą į rinką, buvo apsvaigintas prieš jį skerdžiant.⁷⁰ Tačiau tai buvo diskusija ne

66 Reglamentas Nr. 1169/2011 2 str. 2 d. 1 p. „pagrindinis regėjimo laukas – pakuotės regėjimo laukas, kurį vartotojui pirkimo metu lengviausia pamatyti iš pirmo žvilgsnio ir kuris padeda vartotojui nedelsiant identifikuoti produktą pagal jo savybes ar pobūdį ir, prireikus, pagal jo registruotąjį prekės pavadinimą. Jei pakuotė turi keletą identiškų pagrindinių regėjimo laukų, pagrindiniu regėjimo lauku laikomas tas, kurį pasirinko maisto verslo operatorius“.

67 Hagenmeyer, M., *supra* note 13, p. 170.

68 Komisijos 2002 m. sausio 30 d. direktyvos 2002/4/EB dėl vištas dedekles laikančių įmonių, kurioms taikoma Tarybos direktyva 1999/74/EB, registravimo priedo 2 d. 2.1 p. [2002] OL L 30.

69 *Politikstrategie Food Labelling*. Gemeinsame Stellungnahme der Wissenschaftlichen Beiräte für Verbraucher- und Ernährungspolitik sowie Agrarpolitik des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, 2011 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-08-15]. http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ministerium/Beiraete/Verbraucherpolitik/2011_10_PolitikstrategieFoodLabelling.pdf?jsessionid=5B30FEDA6ED24C73B5F63440677D5447.2_cid288?_blob=publicationFile.

70 Nuo 2013 m. sausio 1 d. taikomas Tarybos 2009 m. rugsėjo 24 d. reglamentas (EB) Nr. 1099/2009 dėl žudomų gyvūnų apsaugos [2009] OL L 303, kurio 4 straipsnio 1 dalyje nustatytas reikalavimas žudyti gyvūnus tik prieš tai juos apsvaiginus laikantis tam tikrų reikalavimų. To paties straipsnio 4 dalis leidžia netaikyti šios nuostatos, t. y. neapsvaiginti gyvūno, religinėms apeigoms, jei skerdimas

dėl to, ar leisti valstybėms narėms nustatyti galimybę skersti gyvūnus religiniais tikslais be apsvaiginimo,⁷¹ bet dėl to, ar apie tokią mėsą, pagamintą paskerdus gyvūną minėtu būdu, turi būti informuojamas vartotojas.⁷² Viena vertus, teisinis reikalavimas tokią mėsą ženklinti išskirtų ją iš kitos mėsos, kas gal būt galėtų būti vertinama kaip diskriminacija religijos pagrindu. Kita vertus, kodėl vartotojui neturėtų būti suteikta teisė priimti laisvą, jo etines nuostatas atitinkantį sprendimą išsigyjant mėsą?⁷³ Taigi iš esmės galima sakyti, kad šioje situacijoje keliamas religijos laisvės ir vartotojo teisės į informaciją santykio klausimas.

Europos Parlamento 2010 m. pranešime nurodoma, jog pagal Europos Sąjungos teisės aktus tam tikroms religinėms bendruomenėms leidžiama skersti gyvūnus maistui jų neapsvaiginus. Dalis šios mėsos nėra parduodama musulmonams arba žydams, o patenka į rinką, kur ją gali nupirkti vartotojai, kurie galbūt nenorėtų pirkti mėsos gyvulių, kurie prieš skerdziant nebuvo apsvaiginti. Tačiau tam tikrų religinių bendruomenių atstovai teiraujasi būtent mėsos, gautos gyvūnus skerdziant ritualiniu būdu. Atitinkamai vartotojai turėtų būti informuoti, kad tam tikras mėsos kiekis gaunamas iš gyvūnų, kurie nebuvo apsvaiginti. Ši informacija turėtų leisti jiems pasirinkti maistą pagal jų etinius įsitikinimus.⁷⁴ Poziciją šiuo klausimu yra pareiškusi ir Europos veterinarų federacija (toliau – Federacija).⁷⁵ Ji apskritai nepritaria gyvūnų skerdimui be apsvaiginimo, tačiau, jei tai jau yra leidžiama, tuomet turi būti ir aiškiai paženklinta, kad vartotojai galėtų priimti informuotą sprendimą išsigydami tokius produktus. Be to, Federacija siūlo skirti religinį skerdimą nuo skerdimu neapsvaiginus, nes mano, kad skerdimu būdas neturi nieko bendro su tikėjimu, o greičiau su pačiu paskerdimo būdu perpjauant gerklę neapsvaiginus, todėl teikia pirmenybę ženklinimui nurodant, kad gyvūnas paskerstas neapsvaiginus, o ne darant nuorodą į religinį skerdimą.

Prieš pasiūlymą ženklinti rituališkai paruoštą mėsą sukilo žydų ir musulmonų bendruomenės, sakydamos, kad jis diskriminuoja ir išreiškia Europos nusiteikimą prieš islamą.⁷⁶

atliekamas skerdykloje (turima omenyje *shechita* (žydų) ir *halal* (musulmonų) metodai), o 26 straipsnio 2 dalies c punkte įtvirtinta nuostata suteikia galimybę valstybėms narėms šioje srityje patvirtinti ir aukštesnius žudomų gyvūnų apsaugos standartus. Lietuvos Respublikos gyvūnų globos, laikymo ir naudojimo įstatymo (Valstybės žinios, 1997, Nr. 108-2728) 9 straipsnio 4 dalyje numatyta, jog skersti gyvūnus pagal religinius ritualus be išankstinio apsvaiginimo leidžiama tik turint Valstybinės maisto ir veterinarijos tarnybos leidimą.

71 O tai išties būtų gyvūnų gerovės apsaugos srities klausimas.

72 Bruce, Ven. A., *supra* note 16, p. 378.

73 *Ibid.*, p 377.

74 Europos Parlamento 2010 m. balandžio 19 d. pranešimas dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl informacijos apie maistą teikimo vartotojams (COM(2008)0040 – C7-0052/2008 – 2008/0028(COD)), 205 pakeitimas. Aplinkos, visuomenės sveikatos ir maisto saugos komitetas. Pranešėja: Renate Sommer.

75 *Slaughter without stunning and food labeling*. Briefing note FVE/012/doc/030. Federation of Veterinarians of Europe. 2012 [žiūrėta 2012-08-14] <http://www.fve.org/uploads/publications/docs/030%20fve%20position%20labeling%20meat%20from%20animals%20slaughtered%20without%20stunning%20final.pdf>.

76 Sapsted, D. New EU labels for halal and kosher foods spark anger. *The National* [interaktyvus]. Abu Dhabi, 2010 [žiūrėta 2012-08-14] <http://www.thenational.ae/news/world/europe/new-eu-labels-for-halal-and-kosher-foods-spark-anger>.

Galiausiai pasiūlymas buvo atmestas ir sutarta, kad tuo klausimu rengiant būsimą Sąjungos gyvūnų apsaugos ir gerovės strategiją reikėtų apsvarstyti galimybę atlikti galimybės teikti vartotojams atitinkamą informaciją gyvūnų apsvaiginimo klausimu tyrimą.⁷⁷

Apibendrinant svarbu paminėti, jog kad ir kaip išsamiai naujuoju Reglamentu Nr. 1169/2011 būtų siekiama sureguliuoti informacijos apie maistą teikimą vartotojams, daugelyje sričių dar reikalingos gilesnės analizės, išsamesni tyrimai nei atlikta iki šiol. Tai rodo Reglamento Nr. 1169/2011 nuostatos, kuriomis Komisija įpareigojama pateikti ataskaitas ir pasiūlymus vienu ar kitu klausimu.⁷⁸ Taip pat tam, kad būtų atsižvelgta į mokslo pažangą, technines žinias ar kitus pokyčius bei poreikius papildyti reguliavimą, Komisijai tam tikrose srityse suteikiami įgaliojimai priimti deleguotuosius aktus.⁷⁹

3. Nacionalinės priemonės

Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo (toliau – Sutartis) 2 straipsnio 2 dalyje nustatyta, jog, kai Sutartys konkrečioje srityje suteikia Sąjungai kompetenciją, kurią ji dalijasi su valstybėmis narėmis, Sąjunga ir valstybės narės gali toje srityje priimti teisiskai privalomus aktus. Tačiau valstybės narės naudojasi savo kompetencija tiek, kiek Sąjunga ja nepasinaudojo. Taip pat valstybės narės vėl naudojasi savo kompetencija tiek, kiek Sąjunga nusprendė ja nesinaudoti. Tokiai pasidalijamajai Sąjungos ir valstybių narių kompetencijai be kitų sričių Sutartis priskiria ir vidaus rinkos bei vartotojų apsaugos sritis.⁸⁰ Taigi Europos Sąjunga, remdamasi Sutarties 114 ir 169 straipsniais, kurie nustato, kokių priemonių ji gali imtis atitinkamai vidaus rinkos ir vartotojų apsaugos srityse, ėmėsi reguliuoti informacijos apie maistą teikimą vartotojams, vadinausi, ji pasinaudojo savo pasidalijamąja kompetencija. Tai reiškia, kad informacijos apie maistą teikimo vartotojams srityje, kaip ir minėta, valstybės narės gali pasinaudoti savo kompetencija tiek, kiek ja nepasinaudojo Europos Sąjunga. Kyla klausimas, kokia gi apimtimi Europos Sąjunga šia kompetencija pasinaudojo: ar ji ėmėsi visiško sureguliovimo, ar vis dėlto paliko erdvės ir nacionaliniam įstatymų leidėjui.

Atkreiptinas dėmesys, jog pasikeis ne tik tam tikros informacijos apie maistą teikimo vartotojams nuostatos, bet ir teisės akto, kuriame jos įtvirtintos, rūšis, t. y. direktyvą pakeis reglamentas. Tai tiesiogiai taikomas teisės aktas, kuris tampa kiekvienos valstybės narės nacionalinės teisinės sistemos dalimi ir tam nereikalingas nacionalinės valdžios įsikišimas,⁸¹ kai tuo tarpu direktyva turi būti įgyvendinama nacionalinėje teisėje valstybėms narėms pasirenkant tam priemones, kartu siekiant direktyvoje numatytų tikslų.⁸² Komisijos pasiūlyme nurodoma, jog priemone informacijos apie maistą teikimui vartotojams reglamentuoti pasirinkus direktyvą, o ne reglamentą, Bendrijoje

77 Reglamento Nr. 1169/2011 preambulės 50 punktas.

78 Pavyzdžiui, Reglamento Nr. 1169/2011 16 str. 4 d., 26 str. 4-6 d., 30 str. 7 d., 35 str. 5 d.

79 Reglamento Nr. 1169/2011 51 str.

80 Sutarties 4 straipsnio 2 dalies a ir f punktai.

81 *Europos Sąjungos teisės seminarai*. Vilnius: Teisinės informacijos centras, 2005, p. 58.

82 *Ibid.*, p. 59.

būtų taikomas nenuoseklus metodas ir dėl to kultų neaiškumų tiek vartotojams, tiek pramonės atstovams.⁸³

Pažymėtina, jog jau pačiame Reglamente Nr. 1169/2011 aiškiai nurodyta, jog konkrečiai suderintų klausimų srityje valstybės narės negali priimti nacionalinių priemonių ar toliau jų taikyti, nebent tai būtų leidžiama pagal Sąjungos teisę.⁸⁴ Taip pat jos gali patvirtinti nacionalines priemones ir konkrečiai nesuderintų klausimų srityse, jeigu jomis nedraudžiamas laisvas Reglamento Nr. 1169/2011 reikalavimus atitinkančių prekių judėjimas, jam nesudaromos kliūtys arba jis nėra ribojamas.⁸⁵

Iš pirmo žvilgsnio gali susidaryti įspūdis, kad Europos Sąjunga nebesuteikia galimybių valstybėms narėms imtis priemonių informacijos apie maistą teikimo vartotojams srityje. Tačiau nederėtų pamiršti Reglamento Nr. 1169/2011 39 straipsnio 1 dalies, kurioje nustatyta, jog be 9 straipsnio 1 dalyje ir 10 straipsnyje nurodytų privalomų duomenų, valstybės narės gali priimti priemones, reikalaujančias nurodyti papildomus privalomus duomenis apie specifines maisto produktų rūšis ar kategorijas. Tiesa, toki reikalavimą valstybės narės turi pagrįsti bent viena iš tokių priežasčių kaip visuomenės sveikatos apsauga, vartotojų apsauga, sukčiavimo prevencija, pramoninės ir komercinės nuosavybės teisių apsauga, kilmės nuorodomis, registruotais kilmės vietos pavadinimais ir nesąžiningos konkurencijos prevencija. O. Sosnitza nuomone, beveik kiekvienas toks papildomas reikalavimas gali būti pateisintas vartotojų apsaugos tikslu ir būtent šis straipsnis yra valstybių narių galimybė reikalauti praktiškai bet kokios informacijos ant etiketės.⁸⁶ Tačiau kyla klausimas, kokiose srityse valstybės narės gali nustatyti tokius privalomus reikalavimus. Anot O. Sosnitza, tam tikru apribojimu būtų galima laikyti nebet nuostatą, kad papildomus privalomus reikalavimus galima nustatyti specifinėms maisto produktų rūšims ar kategorijoms, taigi reikalavimai negali būti horizontalūs, taikomi visiems produktams iš eilės. Kita vertus, tokia nuostata yra pakankamai plati ir lanksti, kad valstybės galėtų reikalauti privalomos informacijos praktiškai visoms įmanomoms produktų grupėms, kas taip pat lemtų rezultatą, priešingą nei siekė Komisija, t. y. turėtų būti gaminamos skirtingos etiketės, atitinkančios skirtingus 27 valstybių narių reikalavimus.⁸⁷

Remdamosi Reglamento Nr. 1169/2011 40 straipsniu, valstybės narės dėl pakartotiniam naudojimui skirtų stiklinių pieno ar pieno gaminių butelių galės priimti nacionalines priemones, leidžiančias nukrypti nuo Reglamente Nr. 1169/2011 įtvirtintų privalomų duomenų sąrašo pateikimo taisyklių.⁸⁸ Pagal Reglamento Nr. 1169/2011 41 straipsnį valstybės narės galės palikti nacionalines priemones dėl gėrimų, kurių alkoholio koncentracija, išreikšta tūrio procentais, yra didesnė nei 1,2 %, sudedamųjų dalių išvardijimo,⁸⁹ tačiau tik iki tol, kol Komisija pateiks ataskaitą dėl sudedamųjų dalių

83 Komisijos pasiūlymas, *supra* note 12.

84 Reglamento Nr. 1169/2011 38 straipsnio 1 dalis.

85 Reglamento Nr. 1169/2011 38 straipsnio 2 dalis.

86 Sosnitza, O., *supra* note 13, p. 22.

87 *Ibid.*

88 Lietuvoje reikalavimai konkrečiai stikliniams pieno ar pieno gaminių buteliams nenustatyti, tačiau, atkreiptinas dėmesys, kad ir pieno, parduodamo stikliniuose buteliuose, Lietuvoje taip pat nėra.

89 Pagal Higienos normos HN 119:2002 16.3 punktą galioja bendra taisyklė, jog daugiau kaip 1,2 tūrio

sąrašo ir maistingumo deklaracijos, nurodydama, ar alkoholiniams gėrimams ateityje turėtų būti taikomas visų pirma reikalavimas pateikti informaciją apie energinę vertę.⁹⁰ Maisto produktų grynasis kiekis pagal Reglamento Nr. 1169/2011 23 straipsnio 1 dalį nurodomas litrais, centilitrais, mililitrais, kilogramais arba gramais, atitinkamai: a) skysti produktai – tūrio vienetais; b) kiti produktai – masės vienetais. Be to, Reglamento Nr. 1169/2011 42 straipsnis leidžia valstybėms narėms palikti galioti anksčiau nei 2011 m. gruodžio 12 d. priimtas nacionalines priemones, leidžiančias naudoti kitą nei prieš tai nurodytas grynojo kiekio išraiškos būdas, tačiau tik tuo atveju, jei tų kitų būdų nenustatys Komisija, pasinaudodama teise priimti deleguotuosius aktus.⁹¹ Kadagi Reglamento Nr. 1169/2011 XIII priede reglamentuotas referencinis vitaminų ir mineralinių medžiagų vartojimo kiekis per parą bei referencinis energinės vertės ir pasirinktų maistinių medžiagų vartojimo kiekis tik suaugusiems, tad pagal Reglamento Nr. 1169/2011 43 straipsnį valstybės narės galės priimti priemones dėl savanoriško referencinių tam tikrų gyventojų grupių vartojimo kiekių nurodymo, pavyzdžiui, vaikams, tačiau vėl gi tik tol, kol Komisija nepriims dėl to įgyvendinimo aktų.⁹²

Daugiausia laisvės valstybės narės turės nefasuotų maisto produktų srityje, kuomet jos galės pačios nuspręsti, kokius duomenis nurodyti privaloma.⁹³ Nepriklausomai nuo to, ar valstybės narės tokias taisykles nustatys, ar ne, alergenių nurodymas net ir tuomet išlieka privalomu.⁹⁴

Atsižvelgiant į tai, kad priimta nauja informacijos apie maistą teikimo vartotojams reguliavimo priemonė, t. y. reglamentas, į tai, kad palikta bent jau minimali galimybė valstybėms narėms pačioms imtis nacionalinių priemonių šioje srityje, bei į tai, jog įteisinta naujoji informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvoka, įdomu trumpai aptarti, kas gi Lietuvoje kompetentingas imtis veiksmų, siekiant užtikrinti sklandų naujojo reguliavimo taikymą. Pagal Lietuvos Respublikos maisto įstatymo (toliau – Maisto įstatymas)⁹⁵ 9 straipsnį, kuris nustato valdymo institucijų kompetenciją, ženklinimo srityje kompetencija padalijama trimis institucijoms – Sveikatos apsaugos, Žemės ūkio ir Ūkio ministerijoms. Pagal Maisto įstatymo to paties straipsnio 2 dalies 4 punktą ir 3 dalies 3 punktą atitinkamai tiek Sveikatos apsaugos, tiek Žemės ūkio ministerija nustato privalomuosius maisto produktų ženklinimo reikalavimus, o pagal 4 dalies 2 punktą Ūkio ministerija nustato Lietuvos rinkoje realizuojamą maisto prekių bendrus

proc. alkoholio turintiems gėrimams sudedamųjų dalių nurodyti nebūtina, jeigu kiti teisės aktai nereglementuoja kitaip. Tame pačiame punkte nurodoma ir išimtis, kuomet ant tokių gėrimų turi būti nurodoma bet kuri sudedamoji dalis, apibūdinta 6.14 punkto pirmajame sakinyje (t. y. tam tikri maisto priedai) ir įtraukta į 5 priedą (alergenai). Pavyzdžiui, vyno butelių etiketėse nurodoma „Sudėtyje yra sulfitų“.

90 Reglamento Nr. 1169/2011 16 str. 4 d.

91 Higienos normos HN 119:2002 18.1 punktas nustato tokius pačius reikalavimus grynojo kiekio išraiškos būdai kaip ir Reglamento Nr. 1169/2011 23 straipsnio 1 dalis, tačiau nurodo, kad tokiu būdu išreiškiamas fasuotų maisto produktų grynasis kiekis.

92 Higienos normos HN 119:2002 4 priede nurodyti vitaminai ir mineralinės medžiagos, kurios gali būti nurodomos ir rekomenduojamos jų paros normos, tačiau jos taip pat taikomos suaugusiems.

93 Dévényi P., *supra* note 14, p. 216.

94 Reglamento Nr. 1169/2011 44 str. 1 d. a p.

95 Lietuvos Respublikos maisto įstatymas. *Valstybės žinios*, 2000, Nr. 32-893.

ženklinimo ir prekybos privalomuosius reikalavimus. Pirmiausia atkreiptinas dėmesys į tai, jog identiška funkcija priskiriama kelioms institucijoms, dėl ko lieka neaišku, kuri iš jų prirėkus turi imtis veiksmų arba kuri bus atsakinga, jei nė viena jų nesiims. Kitas svarbus aspektas, sąvokų „privalomieji ženklinimo reikalavimai“ ir „bendri ženklinimo reikalavimai“ vartojimo netikslumai: jei Ūkio ministerija nustato bendrus reikalavimus, tai kas nustato specialiuosius, ar privalomieji reikalavimai apima ir bendrus, ir specialiuosius, ar bendri reikalavimai gali būti ir privalomieji, ir neprivalomieji ir pan. Taip pat reikalinga diskusija klausimu, kuri sąvoka – informacijos apie maistą teikimo vartotojams ar vis tik ženklinimo – turi būti vartojama. Situaciją mėginta taisyti Maisto įstatymo projektu, parengtu Lietuvos Respublikos Ministro Pirmininko tarnybos,⁹⁶ kuriuo siūlyta įtvirtinti, jog Sveikatos apsaugos ministerija „nustato <...> privalomuosius informacijos apie maistą teikimo vartotojams (įskaitant teiginių apie maisto produktų sveikatingumą ir maistingumą naudojimą) reikalavimus, Žemės ūkio ministerija „nustato <...> specialiuosius ženklinimo reikalavimus“, o Ūkio ministerija „nustato Lietuvos Respublikos rinkoje realizuojamų maisto prekių bendrus ženklinimo ir prekybos privalomuosius reikalavimus“. Ar tai reiškia, kad Sveikatos apsaugos ministerija turėtų teisę nustatyti ne tik ženklinimo, bet ir kitų informacijos teikimo vartotojams būdų reikalavimus, ar bendri ir specialieji reikalavimai, kuriuos nustatyti suteikiama teisė atitinkamai Žemės ūkio ir Ūkio ministerijoms, nėra privalomieji, jei privalomuosius nustato Sveikatos apsaugos ministerija ir pan. Taigi ir šiuo pasiūlymu minėti klausimai nėra išsprendžiami, susidaro įspūdis, jog institucijų kompetencija dubliuojasi, taip pat lieka neaiškus vartojamų sąvokų turinys.⁹⁷

Išvados ir pasiūlymai

Vienas iš reikšmingiausių pakeitimų informacijos apie maistą teikimo vartotojams srityje, numatytų Reglamente Nr. 1169/2011, yra informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvokos įteisinimas, dėl ko išskyla šios naujosios ir ženklinimo sąvokų santykio klausimas, tuo labiau, kad naujajame Reglamente Nr. 1169/2011 ženklinimo sąvokos taip pat neatsisakoma. Nors pasitaiko nuomonių, kad Reglamentu Nr. 1169/2011 iš esmės nustatomi reikalavimai maisto produktų ženklinimui, tačiau iš jame pateiktų apibrėžčių galima daryti išvadą, jog informacijos apie maistą teikimo vartotojams ir ženklinimo sąvokos netapačios, jos yra subordinacijos santykiuose viena su kita, kai pirmoji yra platesnė ir apima antrąją, t. y. ženklinimas visuomet yra informacijos apie maistą teikimas vartotojams, tačiau informacijos apie maistą teikimas vartotojams ne visuomet yra ženklinimas. Atsižvelgiant į tai, siūlytina įvertinti galimybę informacijos apie maistą teikimo vartotojams sąvoką vartoti Lietuvos Respublikos teisės aktuose, nustatančiuose maisto saugos, kokybės ir tvarkymo reikalavimus.

Naujuoju Reglamentu Nr. 1169/2011 numatyta nemažai ir kitų reikšmingų pokyčių: papildytos informacijos apie maistą teikimo taisyklės, įtvirtintos atsakomybės už

96 Lietuvos Respublikos maisto įstatymo projektas Nr. 10-1109-04. Lietuvos Respublikos Ministro Pirmininko tarnyba, 2010.

97 Atkreiptinas dėmesys, kad tyrimas buvo atliekamas dar neprasidėjus Lietuvos Respublikos Seimo rudens sesijai, tad tikimasi, kad minėti klausimai bus svarstomi.

informacijos apie maistą teikimą vartotojams nuostatos, papildytas privalomų nurodyti duomenų sąrašas, kaip vieną iš privalomų duomenų įtraukiant maistingumo deklaraciją, taip pat būtinybę nurodyti alergenų net ir nefasuoatų produktų atveju, kuomet kompetencija nustatyti informacijos apie šiuos maisto produktus teikimo reikalavimus palikta pačioms valstybėms narėms, be to, atkreiptas dėmesys į etinius aspektus vartotojams renkantys jų poreikius atitinkantį maistą. Vis dėlto, kad ir kaip išsamiai naujuoju Reglamentu Nr. 1169/2011 būtų siekiama sureguliuoti informacijos apie maistą teikimą vartotojams, akivaizdu, jog ši sritis vis dar vystosi ir kai kurie aspektai reikalauja tolesnių tyrimų ir analizės. Atsižvelgiant į padidėjusį privalomai vartotojui teiktinų duomenų apie maistą kiekį, tęsiant tyrimus ir pagal tai toliau reglamentuojant šią sritį, siūlytina atkreipti dėmesį į tos informacijos teikimo kokybę, vartotojo galimybes ją aprėpti, surasti ir suprasti, galiausiai į jo poreikius, įvertinant, ar iš tiesų didesnis informacijos kiekis reikš geriau informuotą vartotoją.

Iš pirmo žvilgsnio gali susidaryti įspūdis, kad Europos Sąjunga savo naujuoju informacijos apie maistą teikimo vartotojams reguliavimu nebepalieka šioje srityje valstybėms narėms jokios veiksmų laisvės. Vis dėlto nuostata, kuria valstybėms narėms suteikiama galimybė priimti priemones, reikalaujančias nurodyti papildomus privalomus duomenis apie specifines maisto produktų rūšis ar kategorijas, pateisinant tokias priemones vienu iš nurodytų pagrindų, gali būti laikoma „vartais“, leidžiančiais valstybėms narėms reikalauti pateikti praktiškai bet kokią informaciją apie maistą, pateisinant tokį reikalavimą vartotojų apsaugos tikslu. Kuri institucija tokių nacionalinių priemonių turi imtis Lietuvoje, sureglamentuota neaiškiai. Todėl siūlytina aktyviai diskutuoti kompetencijų padalijimo atitinkamoms institucijoms klausimais ir nedviprasmiškai reglamentuoti: arba kai kurioms institucijoms atsisakyti kompetencijos šioje srityje, arba nustatyti aiškias sritis, kuriose kiekviena institucija veikia. Funkcijų dubliavimas pažeidžia teisinio tikrumo principą ir teisinėje valstybėje yra netoleruotinas.

Literatūra

1. Byla C-315/05, Lidl Italia Srl prieš Comune di Arcole (VR) [2005] ECR I-11181.
2. Bruce, Ven. A. Do sacred cows make the best hamburgers? The legal regulation of religious slaughter of animals. *The University of New South Wales Law Journal*. 2011, 34(1): 351-382.
3. Dévényi P. The New Regulation on the Provision of Food Information to Consumers – Is New Always Better? *European Food and Feed Law Review*. 2011, 4: 210-217.
4. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases [interaktyvus]. Geneva: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003 [žiūrėta 2012-07-29]. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>.
5. Europos Parlamento 2010 m. balandžio 19 d. pranešimas dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl informacijos apie maistą teikimo vartotojams (COM(2008)0040 – C7-0052/2008 – 2008/0028(COD)), 205 pakeitimas. Aplinkos, visuomenės sveikatos ir maisto saugos komitetas. Pranešėja: Renate Sommer.
6. Europos Parlamento ir Tarybos 1997 m. sausio 27 d. reglamente (EB) Nr. 258/97 dėl naujų maisto produktų ir naujų maisto komponentų [1997] OL L 43.

7. Europos Parlamento ir Tarybos 2000 m. kovo 20 d. direktyva 2000/13/EB dėl valstybių narių įstatymų, reglamentuojančių maisto produktų ženklimą, pateikimą ir reklamavimą, derinimo [2000] *OL L 109*.
8. Europos Parlamento ir Tarybos 2000 m. liepos 17 d. reglamentas (EB) Nr. 1760/2000, nustatantis galvijų identifikavimo bei registravimo sistemą, reglamentuojantis jautienos bei jos produktų ženklimą ir panaikinant Tarybos reglamentą (EB) Nr. 820/97. [2000] *OL L 204*.
9. Europos Parlamento ir Tarybos 2002 m. sausio 28 d. reglamentas (EB) Nr. 178/2002. [2002] *OL L 31*.
10. Europos Parlamento ir Tarybos 2003 m. lapkričio 10 d. direktyva 2003/89/EB, iš dalies keičianti Direktyvą 2000/13/EB dėl maisto produktuose esančių sudedamųjų dalių nurodymo. [2003] *OL L 308*.
11. Europos Parlamento ir Tarybos 2011 m. spalio 25 d. reglamentas (ES) Nr. 1169/2011 dėl informacijos apie maistą teikimo vartotojams, kuriuo iš dalies keičiami Europos Parlamento ir Tarybos reglamentai (EB) Nr. 1924/2006 ir (EB) Nr. 1925/2006 bei kuriuo panaikinami Komisijos direktyva 87/250/EEB, Tarybos direktyva 90/496/EEB, Komisijos direktyva 1999/10/EB, Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2000/13/EB, Komisijos direktyvos 2002/67/EB ir 2008/5/EB bei Komisijos reglamentas (EB) Nr. 608/2004. [2011] *OL L 304*.
12. Europos Sąjungos teisės seminarai. Vilnius: Teisinės informacijos centras, 2005.
13. Garde A. The Contribution of Food Labelling to the EU's Obesity Prevention Strategy. *European Food and Feed Law Review*. 2007, 6: 378-385.
14. Generalinės advokatės Ch. Stix-Hackl išvada, pateikta 2006 m. rugsėjo 12 d. byloje C-315/05 *Lidl Italia Srl prieš Comune di Arcole (VR)* [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-08-15]. <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=72530&pageIndex=0&doclang=LT&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=512775>.
15. Hagenmeyer, M. The Regulation Overkill: Food Information. New labelling and nutrition information legislation to follow the Claims Regulation. *European Food and Feed Law Review*. 2008, 3: 165-171.
16. Komisijos 2002 m. sausio 30 d. direktyva 2002/4/EB dėl vištas dedekles laikančių įmonių, kurioms taikoma Tarybos direktyva 1999/74/EB, registravimo [2002] *OL L 30*.
17. Komisijos 2005 m. gruodžio 8 d. žaliaji knyga KOM(2005) 637 „Sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimas: atsvario, nutukimo ir chroniškų ligų prevencija Europos Sąjungoje“. [2005] Briuselis.
18. Komisijos 2007 m. gegužės 30 d. baltoji knyga KOM(2007) 279 „Dėl Europos strategijos su mityba, atsvariu ir nutukimu susijusioms sveikatos problemoms spręsti“. [2007] Briuselis.
19. Komisijos pasiūlymas dėl Europos parlamento ir Tarybos reglamento dėl informacijos apie maistą teikimo vartotojams. KOM(2008) 40 galutinis.
20. Lietuvos Respublikos gyvūnų globos, laikymo ir naudojimo įstatymas. *Valstybės žinios*, 1997, Nr. 108-2728.
21. Lietuvos Respublikos maisto įstatymas. *Valstybės žinios*, 2000, Nr. 32-893.
22. Lietuvos Respublikos maisto įstatymo projektas Nr. 10-1109-04. Lietuvos Respublikos Ministro Pirmininko tarnyba, 2010.
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. 677 „Dėl Lietuvos higienos normos HM 119:2002 „Maisto produktų ženklimas“ tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 13-530.

24. Lietuvos Respublikos ūkio ministro 2002 m. gegužės 15 d. įsakymas Nr. 170 „Dėl Lietuvos Respublikoje parduodamų daiktų (prekių) ženklinimo ir kainų nurodymo taisyklių“. Valstybės žinios. 2002, Nr. 50-1927.
25. O'Rourke, R. Food Information or is it really Food Labelling? – the Commission's Legislative Proposal for a new Regulation. *European Food and Feed Law Review*. 2008, 5: 300-308.
26. Pape S. B. „May Contain“ Labelling: Adequate Consumer Warning or Unnecessarily Defensive Manufacturer Behaviour? *Journal of Consumer Policy*. 2009, 32: 165-188.
27. Pociūtė, D. Maisto etiketės ženklai. Vilnius, 1995.
28. Politikstrategie Food Labelling. Gemeinsame Stellungnahme der Wissenschaftlichen Beiräte für Verbraucher- und Ernährungspolitik sowie Agrarpolitik des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, 2011 [interaktyvus]. [žiūrėta 2012-08-15]. http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Ministerium/Beiraete/Verbraucherpolitik/2011_10_PolitikstrategieFoodLabelling.pdf;jsessionid=5B30FEDA-6ED24C73B5F63440677D5447.2_cid288?__blob=publicationFile.
29. Ross, H. Proposal for the Provision of Food Information to Consumers: Who will be held accountable for ensuring Labelling Provisions? *European Food and Feed Law Review*. 2009, 2: 135-138.
30. Sampson H. A. Peanut Allergy. *The New England Journal of Medicine*. 2002, 346 (17): 1294-1299.
31. Sapsted, D. New EU labels for halal and kosher foods spark anger. *The National* [interaktyvus]. Abu Dhabi, 2010 [žiūrėta 2012-08-14] <http://www.thenational.ae/news/world/europe/new-eu-labels-for-halal-and-kosher-foods-spark-anger>.
32. Saukienė I. Užrašais „be E“ manipuliuojantys gamintojai tampa vis išradingesni [interaktyvus]. 2011 [žiūrėta 2012-08-28]. <http://www.delfi.lt/news/daily/Health/uzrasais-be-e-manipuliuojantys-gamintojai-tampa-vis-isradingesni.d?id=40850129>.
33. „Skanaus!“: tirtuose produktuose „be E“ yra E [interaktyvus]. 2012 [žiūrėta 2012-08-28]. <http://www.lrytas.lt/-13413074091340212487-skanaus-tirtuose-produktuose-be-e-yra-e.htm>.
34. Slaughter without stunning and food labeling. Briefing note FVE/012/doc/030. Federation of Veterinarians of Europe. 2012 [žiūrėta 2012-08-14]. <http://www.fve.org/uploads/publications/docs/030%20fve%20position%20labeling%20meat%20from%20animals%20slaughtered%20without%20stunning%20final.pdf>.
35. Sosniza O. Challenges of the Food Information Regulation: Revision and Simplification of Food Labelling Legislation? *European Food and Feed Law Review*. 2011, 1: 16-26.
36. Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo suvestinė redakcija. [2008] OL C 115.
37. Tarybos 1978 m. gruodžio 18 direktyva 79/112/EEB dėl valstybių narių įstatymų, susijusių su galutiniam vartotojui skirtų maisto produktų ženkliniu etiketėmis, pateikimu ir reklama, suderinimo. [1979] OJ L 33.
38. Tarybos 1990 m. rugsėjo 24 d. direktyva 90/496/EEB dėl maisto produktų maistingumo ženklavimo. [1990] OL L 276.
39. Tarybos 2009 m. rugsėjo 24 d. reglamentas (EB) Nr. 1099/2009 dėl žuomų gyvūnų apsaugos [2009] OL L 303.
40. Tikrinimo „Ar „be E“ yra tikrai „be E“ rezultatai [interaktyvus]. Valstybinė vartotojų teisių apsaugos tarnyba, 2010 [žiūrėta 2012-08-28]. <http://www.teisingumas.lt/visuomenei/teisinis-svietimas/tikrinimo-201ear-201ebe-e201c-yra-tikrai-be-201ee201c201c-rezultatai>.

Legal aspects of food information to consumers

Asta Šamulevičiūtė

Mykolas Romeris University, Lithuania

Summary

In order to achieve a high level of health protection for consumers and to guarantee their right to information, it should be ensured that consumers are appropriately informed as regards about the food they consume. Only well-informed consumer is able to make rational decisions on purchasing foods according to his individual needs and interests.

Taking into account the importance of food information to consumers and measures of European Union that have been taken exercising its shared competence in the areas of internal market and consumer protection, the aim of this article is to analyse the legal requirements of food information, also how and how much of this information can be made available to consumers.

The paper deals with the concept of food information to consumers, it also discusses the link between definition, mentioned above, i.e. „food information to consumers“; and „labelling“: whether these definitions have the same or different meaning. The feasibility to implement a definition of „food information to consumers“ into national laws should be considered.

The article examines main provisions of food information to consumers, laid down in new Regulation No 1169/2011, i.e. fair information practices, provisions on responsibilities for the food information, list of mandatory particulars etc. Furthermore, ethical considerations, impacting informed decision making when buying food, are observed. However, it is not so important now, how should consumers be provided with even more information, but whether this higher content of information means better informed consumer.

Also attention paid to the provision of Regulation No 1169/2011, which allows Member States to adopt measures requiring additional mandatory particulars for specific types or categories of foods, justified on at least one of the mentioned grounds, and which could be a gateway for Member States to require almost any sort of information on foods, justified by the protection of consumers. Which institution should adopt such measures in Lithuania, is not clear, therefore the author suggests to discuss this question and regulate it explicitly.

Though there is a very detailed attempt to regulate food information to consumers with Regulation No 1169/2011, it is obvious that this area is still evolving and some aspects require additional research and analysis.

Keywords: food, food law, food information to consumers, food labelling, food label.

Asta Šamulevičiūtė, Mykolas Romeris universiteto Teisės fakulteto Bioteisės katedros doktorantė. Mokslinių tyrimų sritis: teorinės ir praktinės maisto teisės problemos.

Asta Šamulevičiūtė, Mykolas Romeris University, Faculty of Law, Department of Biolaw, PhD student, Research interests: theoretical and practical problems of food law.

SUDĖTINGAS ATVEJIS GYDYTOJO VEIKLOJE. TEISINIŲ REIKALAVIMŲ GYDYTOJUI ĮVYKDOMUMO RIBOS

Viktoras Justickis

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Psichologijos katedra
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva
Telefonas.: (+370) 61533289
Elektroninis paštas: justickv@takas.lt

Ilona Aleksišiūnienė

Medicinos diagnostikos ir gydymo centras
V. Grybo g. 32A, LT-10318 Vilnius, Lietuva
Vš.Į. Antakalnio poliklinika
Antakalnio g. 59, LT-10207 Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: ilona.aleksiuniene@gmail.com

Santrauka

Uždaviniai, su kuriais susiduria gydytojas savo profesinėje veikloje, yra labai skirtingi pagal savo sudėtingumo lygį: nuo labai paprastų iki labai sudėtingų. Tuo tarpu teisinis gydytojo atsakomybės reglamentavimas labiausiai orientuotas į abstraktų standartinį atvejį, kuris nepasižymi jokių sudėtingumu. Straipsnis siekia užpildyti šią spragą ir aptaria sudėtingo atvejo gydytojo veikloje ypatumus, reikalavimus, kuriuos jis kelia gydytojui, jų įvykdomumo užtikrinimo kelius ir teisinius mechanizmus.

Sudėtingu vadiname atvejį, kuris kelia gydytojui padidintus intelektualinius, fizinius, psichinius ir kitokius reikalavimus, siekiančius jo galimybių ribas ar viršijančius jas. Svarbi sudėtingo atvejo savybė (skiriam nuo tiesiog sunkaus) yra tai, kad gydytojas neturi aiškių būdų šiems sunkumams įveikti, bet, nepaisant to, išlieka atsakingas už jų įveikimą ir įstatymo reikalavimų įvykdymą.

Nagrinėjant realų sudėtingą atvejį - pacientas, kuriam nustatytas retroorbitalinis/retrobulbarinis tumoras - atskleidžiami esminiai sudėtingo atvejo bruožai ir jo sudėtingumo šaltiniai.

Aptariami trys pagrindiniai sudėtingumo šaltiniai.

1. Padidinti reikalavimai gydytojo kvalifikacijai. Gydytojo kvalifikacijos (ypač žinių) lygis, pakankamas įprastu atveju, gali būti visiškai nepakankamas sudėtingu. Pastarasis gali reikalauti žinių, kurių apimtis toli viršija realias gydytojo galimybes. Nagrinėjama, kiek ši problema gali būti išsprendžiama, apginkluojant gydytoją šiuolaikinėmis informacinėmis – diagnostinėmis technologijomis (DiagnosisPRO6, Isabel, Dynamed, UpToDate, DXplain ir kt.). Teisiniu požiūriu nagrinėjama situacija, kai su sudėtingu atveju dirbantis gydytojas nėra aprūpintas minėtomis technologijomis, dėl to teisinga diagnozė nenustatoma ir pacientui padaroma žala.

2. Bendradarbiavimo su kitais specialistais užtikrinimas. Sudėtingas atvejis reikalauja iš gydytojo itin plataus ir tampraus bendradarbiavimo su kitais specialistais. Visi su bendradarbiavimu susieti sprendimai (su kokiais specialistais bendradarbiauti, kokia tvarka nukreipti pas juos pacientą, kokią informaciją apie jį suteikti ir kokios prašyti), reikalauja iš gydytojo žinių, toli išsėnančių iš jo specializacijos ribų. Tai sukelia nukreipimo klaidas, pacientų „klajojimo“ efektą, trukdo savalaikiai diagnozei. Aptariamos šiuolaikinės organizacinės – informacinės priemonės šiam sunkumui įveikti (MDMT- multi-disciplinary team approach). Tuo pagrindu nagrinėjamos

teisinės atsakomybės ir paciento žalos atlyginimo problemos, kylančios tuo atveju, jei dėl minėtų šiuolaikinių priemonių nepanaudojimo sutriko bendradarbiavimas tarp specialistų ir dėl to susirgimas nebuvo savalaikiai diagnozuotas, o pacientui atsirado žala.

3. *Ištekliai.* Sudėtingas atvejis reikalauja nepalyginus daugiau laiko, pastangų, kitų išteklių, negu paprastas. Dėl to gydytojui turi būti užtikrinta galimybė skirti tokiam atvejui reikiamą laiką ir kitus išteklius. Nagrinėjamos šios problemos sprendimo organizacinės galimybės.

Aptariant visus tris sudėtingumo šaltinius, pagrindžiama mintis, kad šiuolaikinis medicinos mokslas ir praktika disponuoja priemonėmis aukščiau aptartoms neįvykdomumo problemoms spręsti. Aptariamos teisinės šių problemų sprendimo priemonės.

Reikšminiai žodžiai: sudėtingas atvejis, teisės normos įvykdomumas, sveikatos apsaugos paslaugų kokybė, gydytojo teisinė atsakomybė.

Įvadas

Problema. Uždaviniai, su kuriais susiduria gydytojas savo profesinėje veikloje, yra labai skirtingi pagal savo sudėtingumo lygį: nuo labai paprastų iki labai sudėtingų. Tuo tarpu teisinis gydytojo atsakomybės reglamentavimas labiausiai orientuotas į abstraktų standartinį atvejį, kuris nepasižymi jokių sudėtingumu.

Tai sudaro situaciją, kai, įvertinant gydytojo atsakomybę, ignoruojama tai, kiek sunku ir sudėtinga jam buvo įvykdyti teisės normos reikalavimus. Tai, savo ruožtu, sąlygoja neleistiną padėtį, kai gydytojo padarytas pažeidimas vertinamas vienodai ir tais atvejais, kai įvykdyti įstatymo reikalavimą buvo labai lengva, ir tais, kai tai buvo labai sunku.

Tai prieštarauja tiek teisybės jausmui, tiek pamatiniams teisės principams.

Dėl to svarbu nagrinėti specifines teises ir vadybines problemas, kurios kyla dėl atvejo sudėtingumo ir iš to išplaukiančių ženkliai padidintų reikalavimų gydytojui. Ypač svarbu šiuo atveju patikslinti teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo ribas ir jo teisinės atsakomybės šiuo atveju ypatumus.

Sudėtingu vadinsime atvejį, keliantį gydytojui padidintus reikalavimus, kurie siekia jo galimybių ribas ar viršija jas. Tai gali būti įvairiausio pobūdžio reikalavimai: protiniai (gydytojo atminčiai, intelektui ir pan.), psichiniai (sprendimo priėmimas psichinio spaudimo ir įtampos sąlygomis), organizaciniai (laiko ir materialinių išteklių stoka) ir pan.

Visais šiais atvejais gydytojas ne tik susiduria su sunkumu, bet ir neturi aiškumo, kaip šį sunkumą įveikti. Dėl to toks atvejis ir apibūdinamas ne tik kaip sunkus, bet ir sudėtingas.

Aktualumas. Sudėtingi atvejai aplamai vaidina ypatingą vaidmenį įvertinant tiek atskiro gydytojo, tiek sveikatos apsaugos įstaigos, tiek visos sveikatos apsaugos sistemos veiklą.

Nei gydytojo, nei sveikatos apsaugos įstaigos, nei visos sistemos veiklos kokybė negali būti pripažinta patenkinama, jeigu sugebama susitvarkyti tik su eiliniaisiais, lengvais, standartiniais atvejais. Gydytojas, kuris geba gydyti tik keletą dažniausių, nesunkių susirgimų, negali būti pripažintas geru gydytoju. Lygiai taip pat sveikatos apsaugos

įstaiga, kurios organizacija, vadyba bei personalo kvalifikacija leidžia užtikrinti reikiamą sveikatos apsaugos paslaugų kokybę tik „paprastais“, „standartiniais“ atvejais, yra netikusi.

Dėl visų šių priežasčių sudėtingi atvejai vaidina itin svarbų vaidmenį tikslinant visos sveikatos apsaugos sistemos tobulinimo strategiją ir taktiką. Sudėtingu atveju ryškiausiai pasireiškia visos tos sveikatos apsaugos problemos, kurios gali būti užslėptos įprastais, standartiniais atvejais. Dėl to būtent sunkaus atvejo tyrimas yra „raktas“ tiek visos sveikatos apsaugos įstaigos įvertinimui, tiek atskiro gydytojo teisinei atsakomybei nustatyti.

Problemos ištyrimas. Šiuolaikinėje medicinos teisės literatūroje gausu darbų, skirtų gydytojo darbo kokybei, jo klaidoms ir jo atsakomybei už jas^{1, 2, 3}. Mes jau daug žinome apie veiksnius, kurie sukelia tas klaidas, sumenkina gydytojo teikiamų paslaugų kokybę⁴. Dauguma šių veiksnių daro tai komplikuojant ir apsunkinant jo darbą: bloga darbo organizacija, per didelis darbo krūvis, turimos įrangos trūkumai, nuovargis, psichinė įtampa ir pan.^{5, 6, 7, 8, 9}.

Tačiau gydytojo darbo sunkumas ir sudėtingumas išplaukia ne tik iš minėtų trukdančių veiksnių, bet ir iš pačios gydytojo veiklos prigimties: priklauso nuo susirgimų, su kuriais jis susiduria, sudėtingumo, nuo to, kokias sudėtingas diagnostikos ir gydymo problemas tenka spręsti. Kiek tobula bebūtų gydytojo darbo organizacija, vis vien jis kasdien gali susidurti su uždaviniais, siekiančiais jo galimybių ribas ar viršija jas. Todėl reikalingi ir *pačios gydytojo veiklos sudėtingomis sąlygomis tyrimai*. Jie turėtų patikslinti reikalavimus, kurie sudėtingu atveju keliami gydytojui, teisines, ir organizacines-vadybines problemas, susietas su jo veikla sudėtingomis sąlygomis.

Siekiant išaiškinti, kiek ištirta ši problema, buvo atlikta informacinė paieška EBSCO duomenų bazėje. Paieškai buvo panaudoti raktiniai žodžiai: „doctor's OR physician's liability“, „malpractice OR negligence“, „obstacle OR difficulty OR problem“. Paieška leido išaiškinti 162 tokias publikacijas. Tačiau jų analizė neišaiškino nei vienos, kuri nagrinėtų gydytojo teisinės atsakomybės priklausomybę nuo atvejo, su kuriuo jis turi reikalą, sudėtingumo.

Darytina išvada, kad teisinės gydytojo veiklos problemos, jam dirbant su sudėtingu atveju, dar nesulaukė pakankamo dėmesio.

1 Sloan F., Chepke L. *Medical malpractice*. Cambridge, Mass.: MIT Press 201

2 Sage W., Kersh R. *Medical Malpractice and the US Health Care System*. Cambridge 2006

3 Dunham B.H. *Medical Malpractice Law and Litigation*. 2005 [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.expertlaw.com/library/malpractice/malpractice.html>.

4 Kohn L.T, Janet M., Corrigan J., et al. *To err is human*. Washington 2000.

5 Molla S., Walshe K., Boaden R (eds.). *Patient Safety. Research into Practice*. N.Y. 2006.

6 Croskerry P, Cosby K., Schenkel S.M., Wears R.L. *Patient Safety in Emergency Medicine*. N.Y, Wolters Kluwer 2009.

7 Gibson R, Singh J.P. *Wall of silence*. Washington 2003.

8 Walshe, K., Boaden, R. (Eds.) *Patient Safety. Research into Practice*. N.Y., Open University press, 2006.

9 Croskerry, P., Cosby, K.S., Schenkel, S.M., Wears, R.L. *Patient Safety in Emergency Medicine*. N.Y. Wolters Kluwer 2009.

Straipsnio struktūra. Sekančiame - pirmajame straipsnio skyriuje „Sudėtingo atvejo samprata ir esmė“ aptarsime bendrus sudėtingo atvejo bruožus tiek apamai, tiek nagrinėjant realų sudėtingą atvejį (pacientas su retroorbitaliniu/retrobulbariniu tumoru pacientui nustatytas retroorbitalinis tumoras). Antrajame skyriuje „Teisinio reikalavimo įvykdomumo charakteristikos“ bus patikslintos įvykdomumo charakteristikos, kurios yra svarbios nagrinėjant sudėtingą atvejį. Tolimesniuose skyriuose aptariami sunkumų, sutinkamų sudėtingu atveju, šaltiniai ir teisinės bei kitokios priemonės jiems spręsti.

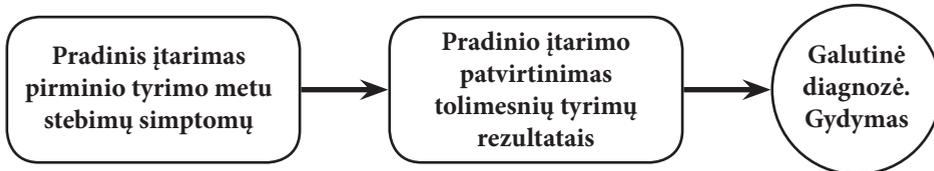
Septintajame skyriuje aptariamos sveikatos apsaugos teisinio reguliavimo tobulinimo gairės ir įstatymo pasiūlymai.

1. Sudėtingo atvejo samprata ir esmė

Paprastu atveju galime pavadinti tokį, kuriame yra aiškumas dėl atliktinų diagnostinių ir gydymo veiksmų. Pavyzdžiui, glaukoma yra sunkus ir neretai pavojingas susirgimas. Tačiau šio susirgimo diagnozė dažniausiai vyksta pagal tą pačią aiškią diagnostinę schemą: šiam susirgimui būdingi paciento nusiskundimai ir tipiniai pirminiai simptomai verčia gydytoją įtarti jį ir nusako tolimesnius konkrečius diagnostinius tyrimus (1 pav.). Diagnozei pasitvirtinus, toliau seka tokia pat įprasta (standartinė) gydymo veiksmų tvarka. Neretai paprasto atvejo diagnozei nustatyti pakanka vienos diagnostinės versijos, kurią tolimesnis jos tikrinimas iš karto patvirtina.

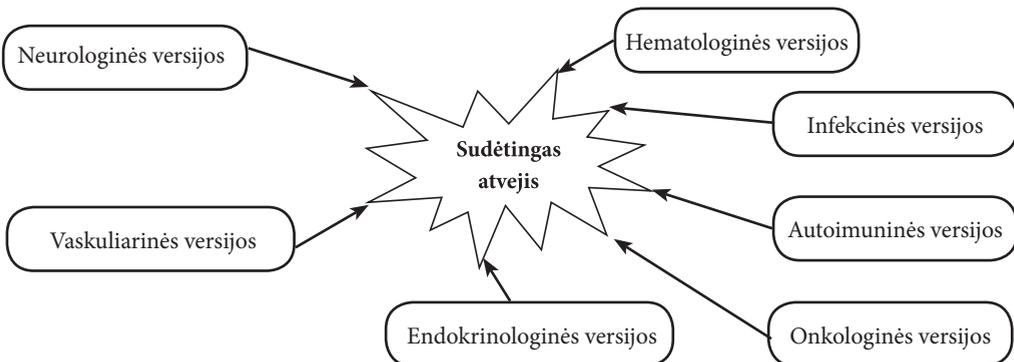
1 pav. PAPRASTAS ATVEJIS.

Tiesioginis ryšys tarp pirminės diagnostinės versijos ir galutinės diagnozės



2 pav. SUDĖTINGAS ATVEJIS.

Daug galimų diagnostinių versijų



Tuo tarpu sudėtingu atveju (2 pav.) neturima paprastam atvejui būdingo diagnostinių ir gydymo veiksmų aiškumo ir nuoseklumo. Priimant, sprendimus dėl diagnostikos ir gydymo gydytojas turi iškelti ir patikrinti daugybę galimų diagnostinių versijų ir tuo pagrindu pasirinkti teisingą.

Sudėtingo atvejo sampratą pailiustruosime pavyzdžiu.

Šis atvejis smulkiai išdėstytas ir aptartas mūsų straipsnyje „Medicinos teorija ir praktika“ žurnale¹⁰. Čia pateikiame labai apibendrintą ir glaustą šio atvejo aprašymą.

Klinikinis atvejis. Pacientas MA (65 m.).

Prieš 5 metus MA dėl pablogėjusio dešinės akies matymo kreipėsi į oftalmologą; diagnozuota katarakta, užfiksuotas smulkus neįprastas dešinės akies vyzdžio formos defektas. Išoperavus kataraktą regėjimas atsistatė, nežiūrint to, kad po operacijos buvo išsivystęs stiprus priekinis uveitas, nes pacientas reikiamai nesigydė. Praėjus metams po operacijos staiga prasidėjo stiprūs skausmai dešiniajame žande, dantyse, paakyje. Skausmų priežastims nustatyti ir gydyti buvo nukreipiamas pas stomatologą, rinologą, burnos, veido ir žandikaulių chirurgus, onkologus. Šių specialistų buvo keliamos įvairios diagnostinės versijos dėl stebimų simptomų šaltinio: žandinio ančio pansinusitas ar osteomielitas gal būt dėl danties šaknies nekrozės, TBC, sarkoidozės, grybelinio susirgimo, sifilio. Tačiau atlikti tyrimai neleido vienareikšmiškai patvirtinti nei vienos iš šių galimų diagnozių, o simptominis gydymas nedavė reikiamo rezultato.

Procesas progresavo. Palaiapsniui apako dešinė akis, pablogėjo regėjimas kairėje akyje, todėl išoperuota šios akies katarakta. Staigiai pablogėjus bendrai būklei pacientas keletą mėnesių buvo gydytas neurologijos ir palaikomojo gydymo skyriuose. Per tą laiką išryškėjo dešinės akies protruzija, o po kelių mėnesių apako kairė akis.

Paskirti KT, MRT nustatė dešinės akies retrobulbarinę tumorą – navikinio pobūdžio audinius, kurie užpildė akiduobės erdvę, esančią už dešinės akies, kurie plito per akiduobės plyšius intrakranialiai intra/paraseliariai, dešinėje į *fossa pterygopalatina*, galimai siekia kairės orbitos viršūnę.

Šių „besiplečiančių audinių“ prigimtis buvo neaiški. Operacinė naviko biopsija nenustatė piktybinio proceso požymių. KT ir MRT pateiktoje išvadoje buvo kalbama apie neaiškios kilmės „uždegimines mases“. Kartu agresyvus naviko pobūdis ir sąlyginai greitas plitimas toliau kėlė įtarimus dėl galimo šių masių piktybiškumo. Buvo taip pat galvojama apie galimą autoimuninę, neurologinę, hematologinę šių uždegiminių audinių kilmę. Pavyzdžiui, regėjimo sutrikimo ir naviko augimo ypatumai vertė įtarti sfenoorbitalinę meningiomą, biopsijos mėginio spalva turėjo kelti hemosiderozės versiją ir pan.

Bet ir naujai keliamos diagnostinės versijos negalėjo pakankamai paaiškinti stebėtų oftalmologinių, laringologinių, stomatologinių, neurologinių ir kitų simptomų visumos.

Aiškios diagnozės nebuvimas neleido pasirinkti optimalaus gydymo. Paciento būklė toliau blogėjo. Jis palaiapsniui galutinai apako abiem akim, uždegiminis procesas

10 Aleksiūnienė I., Justickis V., Retrobulbarinis pseudotumoras: klinikinio atvejo aprašymas ir literatūros apžvalga. *Medicinos teorija ir praktika*. 2012/3 (Spaudoje).

toliau plito. Prie esamų simptomų prisidėjo psichikos pokyčiai ir elgesio sutrikimai: nustojo orientuotis laike ir erdvėje, atsirado psichomotorinio sujaudinimo epizodai.

Toliau ieškant stebimų simptomų šaltinių, buvo vėl atkreiptas dėmesys į išryškėjusią ligos istorijos pradžioje ir daugeliui gydytojų atrodžiusią nereikšmingą detalę. Prieš 12 metų iki susirgimo pradžios į jo skruostą papuolė labai smulkus metalinis krislas, kuris ten ir liko. Tuo metu versija, kad būtent šis svetimkūnis galėjo sukelti stebimus simptomus, atrodė visiškai neįtikėtina ir buvo atmesta, pirmiausiai, dėl mikroskopinio svetimkūnio dydžio ir, antra vertus, dėl ilgo laikotarpio, per kurį jis „buvo tylus“; pagaliau buvo visiškai neaišku, koku būdu šis mažytis svetimkūnis galėjo sukelti stebimus simptomus.

Dabar gi, grįžus prie šios versijos, buvo nutarta visgi iki galo išaiškinti, ar tokių kelių tikrai nėra. Tam tikslui buvo nutarta atlikti plačią informacinę paiešką MEDLINE medicininės informacijos bazėje, turinčioje virš 20 mln. publikacijų apie šiuolaikinių tyrimų medicinos srityje rezultatus. Buvo siekiama gauti išsamią informaciją apie viską, kas šiuolaikiniam mokslui žinoma apie patologinius fiziologinius procesus, susietus su metalinio svetimkūnio buvimu organizmo audiniuose. Paieška davė teigiamą rezultatą. Buvo rastos publikacijos, aprašančios panašių į paciento metalinių svetimkūnių suaktyvėjimo atvejus bei jų sukeltus aplinkinių audinių uždegimo procesus net po daugelio metų. Paaiškėjo, kad šie procesai gali būti labai intensyvūs, besiplečiantys ir sužadinantys daugybę tolimesnių uždegiminių reakcijų (imuninių, neurotoksinių ir kt.). Todėl buvo nuspręsta kuo greičiau surasti svetimkūnį. Jį lokalizavo ir pašalino oftalmologas poliklinikoje. Smulkus metalinis krislas rastas skruosto poodyje tiesiogiai prie vienos iš *N. infraorbitalis* šakų. Ši informacija paskatino atidžiau panagrinėti, kaip procesas galėjo vystytis. *N. infraorbitalis* yra tarsi tąsa *N. maxillaris*.¹¹ Šis nervas yra jutiminis, atsakingas už sensorinę viršutinės skruosto dalies inervaciją. Nuo jo pakeičiui atsiskyla šakos (*Nn. alveolares superiores*), kurios per dantų rezginį (*Plexus dentalis*) įnervuoja viršutinius dantis. *N. maxillaris* kartu su *N. ophthalmicus* ir *N. mandibularis sudaro* trišakį nervą (*N. trigeminus*). Taigi, minėti intensyvūs uždegiminiai procesai šio nervo srityje turėjo sukelti skausmus, labai panašius į stebėtus pas pacientą. Maža to, per jungiančiąsias *N. ophthalmicus* šakas paliečiami ir vyzdį judinantys nervai (*N. nasociliaris – Rami communicantes cum Ganglion ciliare – Nn. ciliares breves*).¹² Tai paaiškina ir stebėtą istorijos pradžioje vyzdžio formos sektorinį pokytį.

Šis po ilgos ir intensyvios paieškos pagaliau rastas vienas iš suaktyvėjusio svetimkūnio veiklos kelių leido geriausiai paaiškinti stebėtų simptomų visumą. Be to, buvo ir kiti keliai: imunologinis, hematologinis, ląstelinis ir kt. (pvz. hemosiderozės versija leidžia paaiškinti, kodėl pakitusi retrobulbarinių audinių biopsijos mėginio spalva).

Po 2 mėnesių patinimas dešiniojo skruosto srityje atslūgo. Deja, jau buvo neįmanoma atstatyti paciento regėjimo. Tačiau diagnozės nustatymas leido sustabdyti tolimesnį, paciento gyvybei gresiantį susirgimo progresavimą.

11 Pavilionis S, Burneckis E., Gavelis V., Mikėnienė R., Stropus R., Tamašauskas K., Urbonas A., Žvirdauskas S. Žmogaus anatomija. 2-asis patais. leid. Mokslas, 1984, 521-523, 552.

12 Bertolini R., Leutert G., Rother P., Scheuner G., Wendler D. Systematische Anatomie des Menschen. 2 Auflage. Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit 1982, 501,502.

Aprašytas atvejis turi visus esminius sudėtingo atvejo bruožus.

1. Nuo pat susirgimo pradžios susidurta, iš vienos pusės, su diagnozės neaiškumu. Nebuvo vieno ar nedaugelio standartinių būdų stebimiems simptomams paaiškinti. Priešingai, juos reikėjo aiškinti, keliant pačias įvairiausias diagnostines versijas, tuo pagrindu sudarant galimų diagnostinių versijų rinkinį ir tikrinant kiekvieną jų atskirai.

2. Nei pradėdant dirbti „su pacientu“, nei tolimesnio darbo metu nebuvo tikrumo, kad iškeltų diagnostinių versijų rinkinys yra pilnas. Priešingai, visą laiką reikėjo turėti omeny, kad teisinga versija gali būti dar neiškelta ir jos gali nebūti nagrinėjamų versijų rinkinyje. Ryški šios problemos iliustracija gali būti ir svetimkūnio versija, kuri galiausiai geriausiai paaiškino stebėtus simptomus. Kaip minėta, pradžioje ši versija buvo pašalinta iš vertų nagrinėjamų versijų tarpo ir tik pabaigoje buvo vėl prisiminta apie ją.

3. Atvejis toli išėjo už vienos (pvz. oftalmologijos) specialybės ribų. Esant gausybei galimų susirgimo priežasčių prireikė virš dešimt įvairių specialistų dalyvavimo ir iškilo daug papildomų jų bendradarbiavimo problemų.

4. Kiekvienam iš šių specialistų šis atvejis irgi iškėlė reikalavimus, toli išeinančius už jo siauros specializacijos ribų. Aiškinant susirgimo simptomus bei tyrimų rezultatus, pasirenkant tolimesnių tyrimų kryptį, kiekvienam specialistui reikėjo ne tik jo specialybės, bet ir įvairiausių imunologijos, endokrinologijos, neurologijos, hematologijos, infekcinių susirgimų ir kitų žinių.

5. Sudėtingas atvejis reikalavo ypatingai didelio gydytojų laiko ir kitų išteklių. Įvyko apie šimtą įvairių specialistų konsultacijų ir tyrimų, tarp jų ir labai brangių (KT, MRT, brangūs histologiniai ir imunohistocheminiai tyrimai). Sunku net apytikriai nustatyti, kokiam paprastų atvejų skaičiui pakaktų visų šiam vienam sudėtingam atvejui panaudotų išteklių. Viskas tai vyko sąlyginai greitos susirgimo pažangos sąlygomis. Tai sąlygojo būtinybę „įspausti“ visą šią didžiulę diagnostinio darbo apimtį į minimalų laikotarpį, derinti jį su ir be to įtemptu gydytojų darbo grafiku.

Sudėtingas atvejis, kai tenka kelti ir tikrinti daugybę diagnostinių versijų, nėra retenybė gydytojo darbe. Taip yra kiekvieną kartą, kai turima reikalą su susirgimu, pasireiškiančiu vien nespecifiniais simptomais. Toks vaizdas gan būdingas daugelio susirgimų pradinei stadijai, kai pasireiškia vien nespecifiniai simptomai, o pirmieji specifiniai atsiranda tik ligai gerokai pažengus. Nespecifiškai gali pasireikšti ir daug lėtinių susirgimų, ypač tokie, kurie sukelti tam tikro organo (inkstų, kepenų, širdies ir pan.) nepakankamumo. Šiuo atveju aiškesni specifiniai simptomai taip pat gali atsirasti tik vėlyvose susirgimo stadijose, kai šis organas išsemia visus savo adaptacijos rezervas¹³.

Taigi „sudėtingas susirgimas“ nėra retas gydytojo darbe. Kitas reikalas, kad šis sudėtingumas neretai lieka „nepastebėtas“. Esant patenkinamai paciento būklei, gydytojas neretai linkęs jį traktuoti kaip paprastą, todėl nesigilina į jo priežastis, taiko simptominių gydymą, tikėdamasis, kad specifiniai simptomai išryškės ir didesnis aiškumas atsiras susirgimui progresuojant. Kitoje publikacijoje smulkiai išnagrinėjome pavojus,

13 Bargman J.M., Skorecki K. Chronic Kidney Disease. *Harrison's principles of internal medicine. 17-th edition.* N.Y., McGraw Hill 2008, 1761-1771.

kuriuos sukelia tokia taktika, žala, kuri gali būti padaryta pacientui ir išplaukiančia iš jos gydytojo atsakomybė.¹⁴

2. Teisinio reikalavimo įvykdomumo charakteristikos

Įvykdomumo esmė ir su juo susietos problemos smulkiai aptarti kitose publikacijose^{15, 16, 17, 18}. Šiame skyriuje bus tik patikslintos įvykdomumo charakteristikos, kurios yra svarbios nagrinėjant sudėtingą atvejį.

1. *Teisės normos reikalavimas* - tai veiksmai (ar susilaikymas nuo veiksmų), kurių tam tikroje situacijoje (normos hipotezė) reikalauja įstatymas. Sąvoka „veiksmai“ gali apimti pačias įvairiausias žmogaus veiklos kokybines ir kiekybines charakteristikas, pvz. tam tikrą sveikatos apsaugos paslaugų kokybę¹⁹.

2. *Teisės normos įvykdomumas* – tai laipsnis, kuriuo teisės subjektai pajėgūs įvykdyti teisės normos reikalavimus. Ši charakteristika apima tiek bendrą atlikimo laipsnio įvertinimą (teisės reikalavimas įvykdomas pilnai, dalinai ar iš viso neįvykdomas), tiek konkretų aprašymą tos reikalavimo dalies, kurios nepajėgiama atlikti. Pavyzdžiui, gydytojas gali būti pajėgus atlikti pačius įstatymo reikalaujamus veiksmus, bet negali užtikrinti reikiamos jų kokybės. Tuo atveju neįvykdomumas apima tik pastarąjį.

3. *Teisės normos įvykdomumo prielaidos*. Tai sąlygos, kurios turi būti užtikrintos tam, kad teisinio reikalavimo adresatas pajėgtų pilnai įvykdyti teisės normos reikalavimus. Teisės normos įvykdymui gali būti reikalingas pakankamas laikas, tam tikros žinios, materialiniai ir kitokie resursai, atitinkama įranga ir pan. Mūsų siūlomas terminas „infrastruktūra“ reiškia pastovias sąlygas, kurios specialiai sudaromos tam tikros įstatymo reikalaujamos veiklos įvykdomumui užtikrinti.

Neįvykdomumo pasekmės.

Situacija, kai kažkoks teisinis reikalavimas nevykdomas yra neleistina. Juo labiau neleistina, jei nevykdoma ne dėl konkrečių asmenų kaltės, o dėl teisinio reikalavimo neįvykdomumo - dėl to, kad jį dėl kažkokių priežasčių apamai neįmanoma įvykdyti.

Tokia neleistina situacija turi nedelsiant sukelti veiksmus įvykdomumui atstatyti. Išskirtini trys neįvykdomumo korekcijos etapai. Visuma atliekamų per tuos etapus

14 Justickis, V., Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo įvertinimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai* 2011, 1(3), 103-121.

15 Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 4(8), 89-107.

16 Justickis, V., Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo įvertinimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*. 2011, 1(3), 103-121.

17 Justickis, V., Saladis, T., Pamerneckas, A. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui: Lietuvos ir Didžiosios Britanijos medicinos standartų lyginamasis tyrimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*, 2011. 1(3), 122-157.

18 Labanauskas, L.; Justickis, V.; Sivakovaitė, A.. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje: (pagrindiniai 2440 Lietuvos gydytojų tyrimo rezultatai). *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*. 2011, 1(3), 158-169.

19 Justickis V., Saladis T. Medicinos standartai administracinės teisės sistemoje. *Socialinių mokslų studijos*, 2012 4(3), 1064- 1083.

veiksmų sudaro neįvykdymo korekcijos mechanizmą, kuris turi būti paleistas kiekvieną kartą, atsiradus tam tikros teisės normos neįvykdumui.

1. *Neįvykdymo fakto iškelimas (aiškinimas ir paskelbimas).*

Išeities taškas nagrinėjant tam tikrą teisinio reikalavimo neįvykdumą yra tai, ką galima būtų apibūdinti kaip *įstatymo įvykdymo prezumpcija*. Sutinkamai su ja, įstatymas (ir bet koks kitas teisės aktas) laikomas įvykdomu tol, kol neįrodyta priešingai. Šios prielaidos pagrindas - įstatymo adresatų pasitikėjimas įstatymo leidėju. Tikima, kad, leidžiant teisės aktą, atsižvelgta visų teisėkūros reikalavimų, tarp jų ir įvykdumo.

Tai reiškia, kad, jeigu vykdant įstatymo reikalavimus subjektas visgi susiduria su sunkumais, jis privalo vadovautis prielaida, kad šie sunkumai gali ir turi būti įveikti. Iš to seka, kad, jeigu jis ir nemato kelių jiems įveikti, jis turi tuos būdus surasti. Tam jis turi išsamiai išnagrinėti visas galimybes ir, jeigu jų nėra ar jos tiek ribotos, kad tai neleidžia įvykdyti teisės akto reikalavimų visa apimtimi, jis turi būti pasirengęs tai įrodyti (taip pat ir teisme).

Šis adresato teisinio reikalavimo pareiškimas dėl savo negalėjimo įvykdyti šio reikalavimo ir yra *pirminė, inicijuojanti neįvykdymo korekcijos grandis*.

Iš to išplaukia ypatingas šio adresato vaidmuo, paleidžiant visą tam tikros teisės akto neįvykdymo korekcijos mechanizmą.

Reikalas tas, kad iki momento, kol kažkam iškeltas teisinis reikalavimas ir jis bando jį įvykdyti teisiškai, šio reikalavimo neįvykdumas yra paslėptas. Teisės normos adresatas yra pirmas, kam tenka patirti jo neįvykdumą. Taigi, jis vienintelis, kas gali šį neįvykdumą išaiškinti ir iškelti aikštėn. Jeigu dėl baimės, savanaudiškų interesų, pasyvumo ar kitų priežasčių jis nuslėps teisės normos neįvykdymo faktą, tas faktas ir toliau liks nežinomas. Tai turės daug neigiamų pasekmių. Teisinio akto reikalaujami veiksmai nebus atliekami, jo tikslas nebus pasiektas, jo reguliuojama socialinės sistemos dalis bus nefunkcionala.

Dėl to būtent teisinio reikalavimo adresatui turi būti uždedama neįvykdymo išaiškinimo, pranešimo apie jį ir jo įrodinėjimo pareiga.

2. *Galimybių užtikrinti teisės akto įvykdumą paieška ir įvertinimas.*

Tam tikro teisės akto neįvykdymo fakto nustatymas atskleidžia visiškai neleistiną teisinės sistemos disfunkciją ir sukelia būtinybę ją nedelsiant pašalinti.

Tam tikslui iš karto tenka atsakyti į svarbiausią klausimą, kokį iš dviejų korekcijos kelių pasirinkti:

1. Nekeisti neįvykdomo teisės akto, bet sudaryti trūkstančias sąlygas jo įvykdumui užtikrinti;

2. Taisyti neįvykdomą teisės aktą, apribojant jo reikalavimus tik įvykdomais ir atsisakant nuo neįvykdomų.

Kad galima būtų padaryti šį principinį pasirinkimą, reikia nustatyti, ar yra galimybės sudaryti minėtas trūkstančias sąlygas. Tam turi būti atlikta tokių galimybių paieška.

Nustatymas, kas turi būti padaryta įvykdymui užtikrinti, atveria kelią atsakymui į klausimą, kas turėjo tai padaryti. Pavyzdžiui, jeigu gydytojas negalėjo paskirti reikiamo gydymo dėl to, kad tam trūksta reikiamų vaistų, kyla klausimas, kas galėjo ir turėjo užtikrinti, kad tie vaistai būtų. Arba, jei gydytojui trūksta laiko, kad galėtų tinkamai diagnozuoti susirgimą, kyla klausimas, kas turėjo pasirūpinti, kad jo užtektų.

Jeigu tai gydytojo vadovas, tai jam perkeliama atsakomybė už žalą, kurią jo neveikimas padarė pacientui.

Tačiau, jeigu gydytojo vadovas sugeba įrodyti, kad dėl kažkokių objektyvių priežasčių jis negalėjo atlikti reikalaujamų iš jo veiksmų (tai išeina už jo tarnybinių įgaliojimų ribų, nebuvo reikiamų sąlygų ir pan.), tęsiama subjekto, kuris turėjo užtikrinti teisės normos įvykdymą, paieška. Išaiškinamas tas tolimesnis asmuo, kuris tokius įgaliojimus turėjo. Jį nustačius preziumuojama jo atsakomybė už teisinio reikalavimo neįvykdymo pasekmes.

Tuo būdu turime nuoseklią asmens, atsakingo už teisės reikalavimo neįvykdymą, paieškos „grandinę“. Jos tikslas – ne tik nustatyti tikrą kaltininką. Dar svarbesnė jos vadybinė-organizacinė paskirtis: ji leidžia išaiškinti, kokioje valdymo sistemos grandyje yra disfunkcija, dėl kurios teisinis reikalavimas tapo neįvykdomu.

Šios disfunkcijos išaiškinimas sukelia tolimesnius veiksmus jai koreguoti.

Antrasis neįvykdymo korekcijos etapas yra baigiamasis, jeigu jo metu nustatoma, kas turi būti padaryta įvykdymui užtikrinti ir kas atsakingas už tai, kad tai būtų padaryta. Tačiau jei nerandama galimybių užtikrinti įvykdymą, atsiranda ir trečiojo etapo reikalingumas.

3. Teisinės pasekmės, pasitvirtinus teisinio reikalavimo neįvykdymui. Teisės normos patikslinimas. Jei paaiškėja, kad nėra tinkamų priemonių neįvykdymui pašalinti, ir atitinkamai, nėra asmens, kuris galėjo ir turėjo imtis atitinkamų priemonių, būtina paties teisinio reikalavimo korekcija. Patikslinama, kuri šio reikalavimo dalis yra kol kas neįvykdoma ir atsisakoma nuo jos, atitinkamai reformuluojant teisinį aktą.

Iš viso to seka tolimesnio reikalavimų gydytojui nagrinėjimo tvarka. Reikia:

1. patikslinti tuos reikalavimus,
2. nustatyti, ar jie įvykdomi sudėtingu atveju,
3. nustačius jų neįvykdymą, turime patikrinti, ar suveikė aprašytas neįvykdymo korekcijos mechanizmas.

3. Šiuolaikiniai teisiniai reikalavimai sveikatos apsaugos paslaugai ir gydytojo teisinė atsakomybė

Pirmajame XXI amžiaus dešimtmetyje įvyko ženklūs sveikatos apsaugos teisės pokyčiai, kurie iš esmės pakėlė reikalavimus gydytojui ir sveikatos apsaugai apamai. Svarbiausi vaidmenį čia suvaidino du nauji pamatiniai reikalavimai sveikatos paslaugų kokybei: maksimalaus rūpestingumo (2001) ir atitikimo šiuolaikiniam mokslui (2010).

Maksimalaus rūpestingumo kriterijus suformuluotas Lietuvos Aukščiausiojo teismo (LAT) išaiškiniame vadinamoje Sandienės byloje²⁰. Jis nustato, kad gydytojas yra

20 Lietuvos Aukščiausiasis teismas. *Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140*, 2001. [Žiūrėti 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.lat.lt/lt/teismo-nutartys/nutartys-nuo-1995-m..html>

atsakingas už tai, kad, gydant pacientą, būtų panaudotos visos priemonės reikiamam gydymo rezultatui pasiekti.

Atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas įteisintas naujoje „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo“ redakcijoje (2 straipsnis 8 pastraipa)²¹. Joje patikslinama, ką reiškia „panaudoti visas priemones“. Iš šios pataisos seka, kad gydytojas turi panaudoti visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes, kurios gali būti naudingos gydymo rezultatui pasiekti. Jeigu gydytojas neįvykdo šių reikalavimų, jam tenka atsakomybė už nesėkmingo gydymo padarytą žalą pacientui.

Abejų pamatinių reikalavimų atsiradimas reiškė neprecedentinį reikalavimų gydytojui šuolį.

Iki 2010 kovo 1 d. Lietuvos gydytojas pats galėjo spręsti, taikyti tam tikrą mokslo rekomendaciją ar vadovautis tik savo patirtimi bei profesine intuicija. Dabar gi visų šiuolaikinio mokslo pasiekimų, kurie gali būti naudingi pacientui, panaudojimas tapo privalomu. Priešingu atveju jis turi būti pasirengęs įrodyti (taip pat ir teisme), kodėl tai buvo neįmanoma ar netinkama.

Ar tokie maksimalistiniai reikalavimai gydytojui yra teisėti?

Teigiamas atsakymas nekelia jokių abejonių.

Minėjome, kad svarbiausias šiuolaikinio mokslo rezultatas - naujų sėkmingo gydymo galimybių teikimas pacientui. Nei gydytojas, nei kas nors kitas neturi teisės atimti iš paciento nei vienos iš šių galimybių. Ženklus reikalavimų gydytojui padidėjimas sudaro teisinį pagrindą iš esmės gerinti gydymo kokybę, gydytojų kvalifikaciją, greitina sveikatos apsaugos pažangą.

Ar šie pamatiniai reikalavimai yra įvykdomi sudėtingu atveju?

Panagrinėsime reikalavimus 1. gydytojo kvalifikacijai, 2. jo bendradarbiavimui su kitais specialistais, 3. jo sugebėjimui užtikrinti būtiną sudėtingu atveju laiką ir kitus išteklius.

4. Reikalavimai gydytojo kvalifikacijai sudėtingu atveju ir jų įvykdomumas

Kaip minėjome, sudėtingu atveju gydytojas turi 1. iškelti ir patikrinti daugybę galimų diagnostinių versijų ir 2. pasirinkti tarp jų teisingą - geriausiai atitinkančią stebimus susirgimo simptomus.

Panagrinėkime, kokios teisinės pasekmės vienam ir kitam seka iš abiejų minėtų pamatinių teisinių reikalavimų.

1. Išsamaus diagnostinių versijų rinkinio sudarymas.

Sudėtingu atveju gydytojas nežino iš anksto, kuri iš daugybės organizmo sistemų sukėlė jo stebimus simptomus. Dėl to jam tenka pagalvoti apie visus galimus kiekvienos sistemos sutrikimus ir išnagrinėti, koku būdu kiekvienas iš jų galėjo sukelti tuos simptomus. Jeigu gydytojas neatsižvelgia bent vienos tokios galimybės ir neįtraukia jos į diagnostinių versijų sąrašą, kyla pavojus nenustatyti teisingos diagnozės. Tai užtraukia jam atsakomybę už nesėkmingo gydymo pasekmes, nes tuo atveju jis padarė ne viską

21 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499) [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/dokpaieska/forma_1.htm.

(nebuvo maksimalaus rūpestingumo) ir išnaudojo ne visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes (nėra atitikimo šiuolaikiniam mokslui).

2. Išsamus kiekvienos šios versijos tinkamumo įvertinimas.

Sudarius diagnostinių versijų rinkinį, gydytojas turi kruopščiai išnagrinėti, kiek kiekvieno susirgimo vaizdas atitinka stebimus simptomus. Sutinkamai su atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimu, šis vaizdas turi būti pilnas (maksimalus rūpestingumas) ir taip pat atitikti šiuolaikinio mokslo žinioms apie įtariamą susirgimą.

Gydytojo žinių apie kiekvieną susirgimą apimtis, išplaukianti iš pamatinių reikalavimų, yra tikrai įspūdinga: tipiniai ir netipiniai susirgimo simptomai, susirgimo ypatumai atskirose pacientų grupėse (vaikai, pagyvenę, pacientai, kuriems nustatytas įvairios kilmės imunodeficitas ar , naudojantys įvairiausių vaistus ir pan.), paplitimas ir statistinės charakteristikos (simptomų pasireiškimas ir specifiskumas). Taigi iš gydytojo reikalaujama „žinoti viską apie viską“: disponuoti išsamiais žiniomis apie kiekvieną iš šiuolaikiniam mokslui žinomą susirgimą, kuris galėjo sukelti stebimus simptomus. Gydytojas, pavyzdžiui, negali teisintis, kad kažkokių mokslo žinių neatsižvelgė, nes apie jas paprasčiausiai nežinojo. Sutinkamai su minėtais pamatiniais reikalavimais, jis privalo kiekvienu atveju žinoti viską, kas gali būti naudinga gydymo tikslams pasiekti.

Šis reikalavimas, iš vienos pusės, visiškai teisėtas. Negalima leisti, kad nebūtų panaudotos bent viena šiuolaikinio mokslo teikiama galimybė vien dėl to, kad gydytojas apie ją neturėjo supratimo. Tačiau, iš kitos pusės, šio reikalavimo „žinoti viską“ neįvykdymas yra akivaizdus ir toli pralenkia realias gydytojo galimybes²².

5. Gydytojų specializacija kaip bandymas išspręsti neįvykdomų reikalavimų problemą

Sveikatos apsaugos praktikos atsakymas į prieštaravimą tarp reikalavimų gydytojo žinioms ir jo realių galimybių yra intensyvus specializacijos procesas.

Jis siekia apriboti reikalavimus gydytojui, atleisti nuo pareigos žinoti „viską apie viską“ ir leisti „žinoti viską apie kažką“. Dabartiniu metu yra jau virš 80 pagrindinių medicinos specialybių ir spartūs specializacijos procesai vyksta toliau²³.

Paprastu atveju gydytojas pilnai išlieka savo specialybės rėmuose. Čia greitai progresuojanti medicinos specializacija iš tikrųjų išsprendžia reikalavimų gydytojo žinioms problemą. Kuo siauresnė gydytojo sritis, tuo lengviau žinoti apie ją viską.

Tačiau taip nėra sudėtingu atveju. Reikalas tas, kad daugumos stebimų simptomų priežastys toli išeina už bet kokios specializacijos ribų. Dėl to, tik gerai žinant ir kitom specialybėm priklausančius susirgimus, gydytojas gali suvokti, kaip kiekvienas iš jų galėjo sukelti stebimus simptomus. Šios žinios reikalingos ir tam, kad įvertinti, kiek tai tikėtina ir kuo dar galėtų pasireikšti. Taigi, nepaisant visų specializacijos procesų, „su-

22 Justickis V., Saladis T. Individuali gydytojo diagnostinės atminties struktūra. Medicininių standartų vaidmuo jos valdyme. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012 1 (4), 266-292.

23 ABMS. Expansion of Specialties and Growth of Subspecialties. American Board of Medical Specialties, 2012. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: http://www.abms.org/About_ABMS/ABMS_History/Extended_History/Expansion.aspx.

dėtingas atvejis“ ir toliau reikalauja iš gydytojo būti „septynių amatų meistrų“ – turėti išsamių visų kitų specialybių žinių.

Prisiminkime aukščiau aprašytą sudėtingą atvejį.

Didelis trukdys (ypač pradinėse jo tyrimo stadijose) buvo tai, kad atskiri specialistai dirbo (kaip tai įprasta paprastuoju atveju) tik įprastose savo specialybės ribose: užsiiminėjo tik „savo“ simptomais, tik „savo srities“ jų atsiradimo paieškomis ir ne visada buvo pasirengę įžiūrėti priežastis, kurios buvo už jų specialybės ribų.

Charakteringas šiuo atžvilgiu epizodas susirgimo pradiniam etape, kai pacientui staiga pradėjo skaudėti dantis, išsivystė žandikaulio skausmas ir uždegimas. Dantų gydytojas, veikdamas savo specialybės ribose, įtarė labai neaiškų uždegimą vieno danties šaknyje ir žandikaulio periostitą, todėl iš karto išsiuntė pacientą žandikaulių chirurgui. Šis galvojo, kad uždegimo priežastis - sugedę dantys, todėl stomatologui teko juos uždegimo vietoje vieną po kito pašalinti. Tačiau šie veiksmai nedavė reikiamo efekto, per tris savaites minėti simptomai nesumažėjo. Tuo pačiu metu LOR ir radiologas pagal prienosinių ančių rentgenogramą diagnozavo žandinio ančio periostitą; mažutis svetimkūnis šio sinuso projekcijoje liko gydytojų nepastebėtas. Vėliau ir žandikaulių chirurgui toks mažas metalinis svetimkūnis nesukėlė jokių abejonių, nors išrašuose jis jau buvo užfiksuotas. Visas dėmesys buvo sutelktas į prasidėjusį žandikaulio osteomielitą, dėl ko operuotas žandinis sinusas.

Tačiau jeigu visi šie gydytojai veiktų ne tik savo specialybės ribose, bet būtų pažvelgę plačiau, tai radiologiškai rastas mažas metalinis svetimkūnis sinuso projekcijoje būtų turėjęs sukelti papildomų minčių apie esamo uždegimo kilmę. Šis krislas būtų laiku lokalizuotas ir pašalintas. Taip būtų išvengta negrįžtamų tolimesnių pakitimų organizme: neurologinių, oftalmologinių, psichinių ir kt. Tuo būdu jau pirminėje šio susirgimo stadijoje būtų pradėta nagrinėti teisinga susirgimo versija.

Kadangi procesas progresavo, į paciento gydymą buvo įtraukiama vis daugiau specialybių gydytojų, kurie taip pat tyrinėjo pacientą savo „srities ribose“. Onkologai įtarė piktybinį procesą sinuse, todėl pakartotinai operavo sinusus; tačiau pat. histologai to nepatvirtino. Oftalmologai pagerino matymą išoperuodami kitos akies kataraktą. Neurologai skruosto ir užakio skausmus susiejo su „liekamaisiais padariniais po dešinės akies kataraktos operacijos; dešinės akies judinamojo nervo daline pažaida“, todėl nekrepė dėmesio į akies obuolio protruziją. Radiologai gilinosi į pakitimus prienosiniuose ančiuose ir smegenyse, todėl dalis jų net neužsiminė apie metalinį svetimkūnį. Neurochirurgams aktualu buvo pašalinti pakitusius audinius retrobulbariai. Psichiatrai slopino psichomotorinį sujaudinimą medikamentais. Vidaus ligų gydytojai rėmėsi specialistų išvadomis, stebėjo pacientą ir laukė iš specialistų tolesnių išvadų. Kaskart buvo vis labiau tolstama nuo pirminių simptomų pasireiškimo ir esminės susirgimo priežasties nustatymo.

Nagrinėjant pateiktą atvejį visiems šiems gydytojams būtų labai naudinga prisiminti įvairiausių kitų sričių (ypač anatomijos, radiologijos, rinologijos, oftalmologijos, imunologijos, psichiatrijos) žinias. Aplamai paėmus, šio susirgimo raidoje vienaip ar kitaip pasireiškė įvairūs uždegiminiai procesai, ir visi jie „kirto“ siaurų specialybių ribas. Dėl to visais atvejais tiems procesams įtarti reikėjo gydytojo su „stereoskopiniu“

požiūriu, sugebančio matyti stebimus simptomus ne tik savo, bet ir visų kitų specialybių gydytojų akimis.

Tokio požiūrio nelabai galime tikėtis iš eilinio gydytojo, kuriam kasdien daugiausia tenka dirbti su daugybe paprastų atvejų. Tai skatina „neišeiti“ iš savo specialybės ribų, orientuotis tik į „savo“ pacientą, „savo“ simptomus ir „savas“ juos sukeliančias priežastis.

Reikalavimo gydytojo žinioms įvykdomumo užtikrinimo infrastruktūra.

Kaip gi galėtų būti sprendžiama reikalavimo gydytojo žinioms neįvykdomumo problema? Kaip žinoma, ilgas kelias, kurio neįmanoma praeiti pėsčiomis, gali būti sėkmingai įveiktas panaudojant šiuolaikines transporto priemones. Sprendžiant reikalavimų gydytojo žinioms problemą, į tokios „šiuolaikinės transporto priemonės“ vaidmenį pretenduoja šiuolaikinės informacinės – diagnostikos technologijos²⁴.

Labiausiai žinomos – DiagnosisPRO²⁵, Isabel²⁶, UpToDate²⁷, DXplain²⁸.

Visos jos skirtos spręsti abu aukščiau minėtus „sudėtingo atvejo“ diagnozės uždavinius: sudaryti diagnostinių versijų rinkinį ir pateikti informaciją apie kiekvieną iš jų įeinantį susirgimą.

1. Diagnostinių versijų rinkinio sudarymas. Įvedus atskirus stebimus simptomus ar jų derinį, gaunamas išsamus diagnostinių versijų rinkinys. Tuo gydytojas išlaisvinamas nuo vargingų bandymų pačiam sugalvoti „na, kas gi čia dar galėtų sukelti šį simptomą?“.

2. Diagnostinės informacijos apie kiekvieną suteikimas. Bakstelėjus per bet kurią iš rinkinį įeinantį susirgimą, gydytojui pateikiama išsami diagnostinė informacija apie kiekvieną iš šio rinkinio įtrauktą įtariamą susirgimą. Gydytojas išlaisvinamas nuo įtemptų pastangų prisiminti, „kuo jis čia dar galėtų pasireikšti“.

Kiekviena iš šių technologijų pretenduoja į išsamumą, kad ir įtariamų susirgimų rinkinys, ir informacija apie kiekvieną yra išsamūs šiuolaikinio mokslo požiūriu. Tam tikslui DiagnosisPRO autoriai pastoviai apžvelgia 104 nuolat atnaujinamus visų pagrindinių medicinos specialybių vadovėlius. Diagnostinė technologija „Isabel“ tam pačiam tikslui panaudoja specialią automatizuotą informacinę paiešką tokiose vadovėliuose. Sistema „UpToDate“ pati suformuota kaip milžiniškas (virš 10 000 psl.) universalus elektroninis vadovėlis, kuris nuolat atnaujinamas, pastoviai stebint 475 įvairių medicinos specialybių mokslinius žurnalus.

24 Reikia pabrėžti, kad čia kalbama tik apie diagnostines – informacines (vadinamas „priminimo“ technologijas), tai yra apie tokias, kurios tik aprūpina gydytoją informacija, kuri jam gali būti naudinga jam pačiam diagnozuojant, o ne apie diagnostines - sprendimo technologijas, kurios siekia pasiūlyti tam tikrą konkrečią diagnozę.

25 *DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version)*. MedTech USA, 2010.

26 Maude J., Bauman D. H., Ramnarayan P., Tomlinson A. *Isabel Healthcare - Diagnosis Checklist System (On-line version)*. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.isabelhealthcare.com/home/>.

27 Aronson M., Bocher B., Marx J., Fleisher G. *UpToDate*. Walter Kluwer 2012. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.uptodate.com/>

28 Stephen P. Bartold, M.D., Hannigan, G. G. DXplain. *Journal of Medical Library Associations*, 90(2), 2002 [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100779/pdf/i0025-7338-090-02-0267.pdf/>.

Visų laikų gydytojai galėjo tik svajoti apie technologijas, kurios, jam dirbant su „sunki atveju“ gali pateikti visą informaciją, besirandančią šimtuose vadovėlių ir mokslinių žurnalų, kurių didžiausios dalies jis niekada neskaitė ir neskaitys. Jam turėtų būti labai svarbi garantija, kad, jeigu tam tikras susirgimas bent viename iš šių vadovėlių paminėtas kaip galima tam tikro simptomo priežastis, šis susirgimas bus būtinai įtrauktas į įtariamų susirgimų sąrašą. Jam turėtų būti ne mažiau svarbu, kad kiekvienas ten paminėtas susirgimo požymis bus įtrauktas į jam teikiamą informaciją apie šį susirgimą. Pagaliau ypač svarbu, kad visa tai teikiama praktiniam panaudojimui patogiau – konkretaus atvejo diagnostinių versijų rinkinio forma.

Trys šių technologijų panaudojimo ir tobulinimo dešimtmečiai iš esmės pateisina tokia viltį. Daugybė jų veiksmingumo tyrimų apibendrinti keliose apžvalgose. Visos patvirtina ir be to gan aiškiai tiesą: jeigu diagnozuojant „sudėtingą atvejį“ gydytojui trūksta žinių ir šiam trūkumui užpildyti jis panaudoja galingas šiuolaikines informacines technologijas, diagnozės tikslumas nuo to tik pagerėja.

1. 2005 m. apžvalgos išvada: iš 97 metodiškai korektiškų diagnostinių technologijų taikymo tyrimų, dauguma (64%) iš esmės pagreitino diagnozės nustatymą, užtikrino susirgimų prevenciją, gydymą, vaistų dozavimą ir jų išrašymą^{29c}. Panašus buvo rezultatas ir kitos britų mokslininkų atliktos apžvalgos (68 proc.)³⁰. Ypač įspūdingai pagerėja pirminės diagnozės nustatymas, naudojant geriausias šiuolaikines diagnostines- informacines technologijas - Isabel, DxPlain, Diagnosis Pro[®]^{31, 32, 33}.

2. Kartu tyrimai parodė, kad tokių technologijų veiksmingumas labai priklauso nuo organizacinio – vadybinio jų panaudojimo sąlygų.

Didžiausią ir stabiliausią efektą jos duoda tais atvejais, jeigu šis panaudojimas gerai integruotas į kasdieninį gydytojo darbą. Galimybė pasinaudoti technologijos pagalba turi: 1. atsirasti tuo metu, kai gydytojui prireikia jos teikiamos informacijos; 2. šiai informacijai gauti gydytojas neturi atlikti laiką atimančių papildomų veiksmų (kažkur eiti, paleisti informacinę techniką, kreiptis į kažkokius specialistus ir pan.)³⁴.

Organizaciniu požiūriu tai reiškia, kad reikia ne tik adaptuoti pačią informacinę – diagnostinę technologiją prie kasdieninio gydytojo darbo sąlygų. Reikia taip pat performuoti ir gydytojo darbo sąlygas bei parengti jį patį jų taikymui - suteikti jam

-
- 29 Elkin P.L, Liebow M, Bauer B.A, et al. The introduction of a diagnostic decision support system (DXplain™) into the workflow of a teaching hospital service can decrease the cost of service for diagnostically challenging diagnostic related Groups (DRGs). *International Journal of Medical Information*. 2010, 79(11), 772-777.
- 30 Kawamoto K., Houlihan C. A, Balas E A., Lobach D. F. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal* 2005 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15767266>.
- 31 Bond WF, Schwartz LM, Weaver KR, Levick D, Giuliano M, Graber ML. Differential diagnosis generators: an evaluation of currently available computer programs. *Journal of General Internal Medicine*. 2012, 27(2), 213-219.
- 32 Thomasa N.J., Ramnarayanb P, Bellc M. J., at al. An international assessment of a web-based diagnostic tool in critically ill children. *Technology and Health Care*. 2008, 16 103–110
- 33 Carlson J, Abel M, Bridges D and Tomkowiak J. in *Healthcare*, 2011; 6(1):11-17.
- 34 Kawamoto K., Houlihan C. A, Balas E A., Lobach D. F. Ten pat.

tokias žinias ir įgūdžius, kad vyktų lengvas ir sklandus jų panaudojimas jo kasdieninėje gydytojo veikloje.

Aišku, tai neįmanoma be ženklių investicijų, plačių organizacinių – vadybinių priemonių, gydytojų apmokymo. Ar iš tikrųjų verta tai daryti?

Prieštaringa situacija, kai tam tikra šiuolaikinė technologija, iš vienos pusės, iš esmės padidina gydytojo darbo kokybę, bet, iš kitos - reikalauja didžiulių organizacinių - finansinių investicijų, yra gan būdinga šiuolaikinei sveikatos apsaugai. Kiekviena tokia technologija kelia tą pačią nelengvą dilemą: ką rinktis: pigią, bet blogą ar brangią, bet gerą sveikatos apsaugą.

Kiekvienu atveju atsakymas į šį klausimą negali būti duotas be konkrečios vadybinės ir finansinės analizės. Tik ji gali nustatyti technologijos panaudojimo „gryną pelną“ – investicijų ir gaunamo rezultatų santykį ir atsakyti į pamatinį neįvykdomumo korekcijos klausimą. Klausimą, kas turėjo sureaguoti į aptariamo reikalavimo gydytojui neįvykdomumą, ieškoti būtų jam koreguoti ir šiuos paieškos metu nustatyti ir įvertinti informacinių diagnostinių technologijos galimybes, aptarsime baigiamajame straipsnio skyriuje.

6. Bendradarbiavimas su kitais specialistais sudėtingu atveju

Paprastu atveju gydytojas daugiausiai dirba savo specialybės rėmuose. Dėl to bendradarbiavimas su kitais specialistais nevaidina didesnio vaidmens. Tuo tarpu sudėtingu atveju jis vaidina pagrindinį vaidmenį. Bendradarbiavimas ypač svarbus tokio susirgimo diagnozei, kur susirgimo priežastys gali slypėti bet kurioje organizmo sistemoje ir neaišku, koks specialistas geriausiai gali jas išaiškinti.

Pagrindinė dabartinė bendradarbiavimo su kitais specialistais forma – paciento nukreipimas pas kitus specialistus konsultacijai ir tyrimui. Tokia būtinybė kyla gydytojui įtarus, kad jo stebimų simptomų priežastys yra už jo specialybės ribų. Gali atsitikti, kad specialistas, pas kurį nukreipta, neras jo specialybei priklausančių sutrikimų. Tuo metu keliamos naujos prielaidos ir pacientas nukreipiamas pas tolimesnį specialistą. Tolimesni nukreipimai kartojasi tol, kol galų gale pacientas ras „savo specialistą“, tą, kuris ir nustatys susirgimo priežastis.

Kuo sudėtingesnis susirgimas, kuo įvairesnės jo galimos priežastys, kuo neaiškesni simptomai, tuo didesnis neaiškumas, pas ką toliau nukreipti pacientą, ir tuo ilgiau vyksta „savo specialisto“ paieška, daugiau konsultacijų ir tyrimų prireikia, vėliau nustatoma teisinga diagnozė, kuri leidžia pradėti kryptingą gydymą. Pavyzdžiui, mūsų nagrinėtu sudėtingu atveju pacientui buvo skirta apie šimtą konsultacijų ir tyrimų, kuriuose dalyvavo dešimt įvairių specialybių gydytojų.

Dėl viso to, kuo sudėtingesnis atvejis, tuo didesnis „pabandymo“, „stichiškumo“, „spėliojimo“ momentas, pasirenkant specialistą eiliniam nukreipimui („Mes dar nebandėm nukreipti pas tokį specialistą. Gal pabandom? Gal bent jis ką nors ras?“). Todėl sudėtingu atveju daugiau „tuščių“, tai yra didesnio aiškumo neįnešusių konsultacijų ir tyrimų skaičius. Atitinkamai, daugiau nenaudingų laiko ir išteklių sąnaudų, kurias patiria pacientas ir sveikatos apsaugos sistema.

Būdingi sudėtingam atvejui neaiškumas ir spėliojimai išplaukia iš „prigimtinių“ nukreipimo sistemos trūkumų.

Pirma, čia tenka galvoti apie sunkiai išsprendžiamą klausimą dėl nukreipimų nuoseklumo. Pavieniam gydytojui sprendžiant šį klausimą, jis susiduria su „nukreipimo paradoksu“. Tam, kad teisingai nustatytų, ar tikslinga nukreipti pacientą pas tam tikrą specialistą, gydytojui pirmiausiai reikia turėti kuo platesnių tos specialybės žinių. Tačiau jis dėl to ir ketina nukreipti pas šį specialistą, kad jam šios specialybės žinių trūksta. Iš čia paradoksas – nukreipimo klausimą tenka spręsti neturint visų reikalingų šiam sprendimui žinių. Tai iš esmės padidina minėtą „spėliojimo“ ir nukreipimo atsitiktinumo elementą.

Tokioje nukreipimo tvarkoje glūdi rimtas pavojus, kad dėl atsitiktinų priežasčių teisinga diagnozė bus nustatyta pavėluotai ir dėl to bus praleistas laikas imtis veiksmingų gydymo priemonių.

Įsivaizduokime, kad pacientas gali būti nukreiptas pas specialistus A, B, C, D, E, F, H. Sakykime, kad kiekvieno konsultacijos reikia laukti dvi savaites. Panagrinėkime atvejį, kai veiksminga pagalba šiam pacientui gali būti suteikta, jei reikiamos gydymo priemonės bus imtasi mėnesio bėgyje ir jos būtinybę turi nustatyti specialistas F. Tam reikia, kad nukreipimas pas jį būtų bent antras. Paprastas tikimybinis paskaičiavimas parodo, kad ši tikimybė gan maža (28,6 proc.), tuo tarpu labiausiai tikėtina, kad pacientas pas tą specialistą pavėluos ir negaus savalaikės pagalbos (ši tikimybė sudaro net 71,4 proc.)³⁵.

Nukreipimo sistemos trūkumai buvo žinomi seniai³⁶. Buvo dedama nemažai pastangų jai tobulinti. Tačiau jokie patobulinimai negali panaikinti minėtų prigimtinių šios sistemos nuodėmių - nukreipimo paradokso ir būtinybės nepakankamų duomenų pagrindu nustatyti teisingą nukreipimų tvarką.

Radikaliausias šios problemos sprendimas - tai atsiradusi pastarais dešimtmečiais nauja diagnostinės veiklos forma MDMT (Multi-Disciplinary Medical Team).

Ji iš viso atsisako nuo neišsprendžiamos nukreipimo nuoseklumo nustatymo problemos sprendimo. Vietoje to, kiekvieną sprendimą, reikalaujantį įvairių specialybių žinių, kartu priima specialistų grupė, dirbanti pagal specialią tokio sprendimo priėmimo metodiką. MDMT idėjos užuomazga galėtų būti garsioji daktaro Houso lenta su joje surašytais simptomais, kurią kartu nagrinėja kompleksinė įvairių specialybių gydytojų grupė. Tačiau realiame MDMT vietoje lentos su simptomais – sudėtingos kompiuterinės technologijos, kurios užtikrina optimalų susirgimo duomenų pateikimą specialistų grupei, greitą reikiamos plačios medicininės informacijos gavimą, galimybes operatyviai susisiekti su papildomais specialistais³⁷. Išvystytos detalios grupės susitikimų orga-

35 Bagdonavičius V., Kruopis J. Matematinė statistika: - Vilnius, Vaistų žinios, 2007.

36 Jauhar S., Referral System Turns Patients Into Commodities. The New York Times. 2009, May 25 th.

37 Kane, B., Saturnino L.. "Multidisciplinary Medical Team Meetings: An Analysis of Collaborative Working with Special Attention to Timing and Teleconferencing." *Computer Supported Co-operative Work (CSCW)* 2006, 15(5-6):501–535.

nizavimo ir eigos metodikos³⁸. Ši diagnostinės veiklos forma greitai plinta, sukaupia didelę jos taikymo patirtis, atlikta daugybė jos taikymo veiksmingumo tyrimų³⁹.

Paviršutiniškai žiūrint, tvarka, kai vietoje vieno gydytojo, su pacientu dirba visa jų grupė, atrodo neleistinu specialistų laiko švaistymu. Tačiau ši diagnostinės veiklos forma užkariauja pripažinimą būtent savo veiksmingumu. Iš karto, pasirinkus geriausią kelią, ir pacientas, ir sveikatos apsauga išlaisvinami nuo didžiulės naštos, kurią sukelia pacientų klajojimai ir su jais susietas didelis „tuščių“ nukreipimų skaičius. Savalaikė diagnozė sumažina išlaidas gydymui, leidžia jį pradėti ankstesnėje susirgimo stadijoje, kai pirminis gydymasis poveikis yra ir pigiausias, ir veiksmingiausias. MDMT laisva ir nuo nukreipimo sistema būdingų komunikacijos tarp specialistų problemų. Reikalas tas, kad, pacientui judant per nukreipimų grandinę, jį lydi sniego kamuolio greičiu didėjančios įvairiausios informacijos apie jį kiekis. Jau po kelių pirmųjų nukreipimų jos kiekis tampa neįveikiamas tolimesniems specialistams; jiems trūksta trumpo priėmimo laiku pilnai susipažinti su ja. Tuo tarpu MDMT užtikrina nepaliaujamą visų specialistų dialogą, kai bet kokie nauji duomenys ar idėjos nedelsiant aptariami ir įvertinami. Jis sudaro visiškai naujas galimybes gydytojo profesiniam augimui⁴⁰

Nieko nuostabaus, kad ši forma yra tikras proveržis, sudėtingais atvejais greitai nustatant diagnozę, ir gydymo veiksmingumą⁴¹. Kartu čia vėl susiduriame su dilema, būdinga daugeliui pažangiausių medicininių technologijų, kuo veiksmingesnė technologija, tuo ji brangesnė. Dėl to šis proveržis yra imlus resursams, daug kainuoja⁴².

Taigi vėl susiduriame su dilema „pigi, bet bloga ar brangi, bet gera medicina“, kuri vėl gi negali būti išspręsta be konkrečios vadybinės ir finansinės analizės, kuri, savo ruožtu, būtina atsakymui į pagrindinį įvykdymo korekcijos klausimą: reikia apriboti teisinį reikalavimą ar yra galimybė užtikrinti jo įvykdumą. Klausimą, kas ir kada turi atlikti tokią analizę ir pasirinkti sprendimą, vėl gi bus apsvarstytas baigiamajame straipsnio skyriuje.

7. Sudėtingas atvejis ir padidinti reikalavimai resursams

Sudėtingas atvejis pareikalauja daug laiko ir brangių tyrimų. Sveikatos apsaugos sistemoje problema, kur rasti tuos papildomus resursus sudėtingam pacientui, pilnai peradresuojama gydytojui. Pavyzdžiui, susidūręs su sudėtingu atveju, gydytojas turi pats rasti savo įtemptame darbo grafike visą tokiam atvejui reikalingą laiką. Keliant šį reikalavimą gydytojui, vadovaujamosi savotiška „guminės medicinos“ idėja, sutinkamai su kuria gydytojo laikas pasižymi begaliniu elastingumu ir dėl to gydytojas gali

38 Batchelor I., McFarlane J. Multi-Disciplinary Clinical Teams. *Working papers of the Royal Commission on the NHS*, London 1980.

39 Fussell, S. R., Kraut R. E., Siegel J.. Co-ordination of communication: Effects of shared visual context on collaborative work. CSCW. Philadelphia, 2000, 21–30.

40 Hall P., Weaver L.. “Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road.” *Medical Education* 2001, 35(9):867–875.

41 Frosch, D. L., Kaplan. R M. “Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions.” *American Journal of Preventative Medicine*. 1999. 17(4), 285–294.

42 Ten pat.

ir turi rasti laiką bet kam⁴³. Ta pati idėja vyrauja ir teisėje, vertinant gydytojo, kuriam trūksta laiko, atsakomybę. Teismas nepriimtų gydytojo paaiškinimo, kad jam neužteko laiko kokiai nors diagnostinei ar gydomajai priemonei. Jam būtų atsakyta, kad jis privalėjo rasti šį laiką. Gydytojai puikiai supranta šį momentą. Iki šiol nei vienoje iš daugybės bylų prieš gydytojus jie nepanaudojo laiko trūkumo kaip gynybos argumento.

Tuo tarpu iš tikrųjų reikalavimo rasti laiką įvykdomumas žymiu mastu priklauso nuo to, kiek sveikatos apsaugos įstaigos darbo tvarka leidžia jam sudėtingu atveju rasti reikiamą papildomą laiką.

Galima teigti, kad dabartinės gydytojo darbo organizacijos formos ne tik ne teikia tokios galimybės, bet atvirkščiai priešinasi tam. Taip vyksta dėl to, kad resursų (ir ypač gydytojo laiko) pasiskirstymas sveikatos apsaugos įstaigoje orientuotas ne į teikiamų paslaugų apimtį, o į pacientų ar konsultacijų kiekį, ignoruojant reikiamo kiekvienu atveju darbo kiekį. Pavyzdžiui, šeimos gydytojo darbas organizuojamas ir apmokamas didžiąją dalimi pagal prie jo prisirašiusių pacientų skaičių. Kuo jų daugiau, tuo jiems sunkiau tilpti šio gydytojo priėmimo grafike, ir tuo mažiau laiko gydytojas gali skirti kiekvienam iš jų. Antro lygio gydytojo specialisto darbas įvertinamas ir apmokomas pagal suteiktų konsultacijų (kai kuriose sveikatos apsaugos įstaigose pagal schemą pirma, ketvirta, septinta ir t.t. konsultacija) skaičių. Kuo mažiau laiko bus skirta kiekvienam pacientui, tuo daugiau pacientų pakonsultuos šis gydytojas, tuo geresni bus jo darbo rodikliai ir apmokėjimas. Dėl to, skiriant sunkiam pacientui tiek laiko, kiek iš tikrųjų reikia, gydytojas sumažina savo uždarbį ir susiduria su būtinybe sutaupyti sudėtingam pacientui skirtą laiką kitų pacientų sąskaita.

Svarbu pažymėti, kad egzistuojanti tvarka nesudaro didesnių problemų paprastu, standartiniu atveju. Tačiau ji sukuria neįvykdomumo situaciją sudėtingu.

Galima galvoti apie įvairias šios problemos sprendimo kryptis.

1. Geriausiai būtų tiesiog pripažinti tai, kas yra tikrovėje: kad sudėtingi atvejai tikrai egzistuoja, ir kad jiems tikrai reikia daugiau laiko ir kitų resursų. Tai reikštų, kad jeigu gydytojui susidūrus su sudėtingu atveju, paaiškėja, kad pastarasis reikalauja tiek pat darbo ir kitų išteklių, kiek jo reiktų dešimčiai paprastų, gydytojas turėtų teisę skirti šiam sudėtingam atvejui būtent tiek laiko (ir gauti atlygį), kiek paprastai skiriama dešimčiai paprastų. Toks sprendimas atimtų iš sveikatos apsaugos galimybę „taupyti“ sudėtingų atvejų sąskaita, verčiant gydytoją elgtis su sudėtingu taip, lyg tai jis yra paprastas. Manytumėm, kad toks sprendimas ne tik atspindėtų realią padėtį, bet ir labiausiai atitinka elementarios teisybės principus. Jis neleidžia uždėti visos sveikatos sistemos lėšų taupymo naštos tik vienai pacientų grupei, tiems, kuriems iš tikrųjų labiausiai reikalinga medicininė pagalba.

2. Visų šių problemų nekyla privačios sveikatos apsaugos sąlygomis, kuri yra orientuota ne į pacientų ar konsultacijų skaičių, bet suteiktinų paslaugų apimtį. Mokiam pacientui privačios įstaigos skiria tokią paslaugų apimtį, kuri jam reikalinga. Dėl to sudė-

43 Justickis V. Sveikatos sistemos paradoksas – „Guminė medicina“. //Gydytojų žinios. 2011 rugsėjo 15 d. Nr. 17 (524), 3-5.

tingo atvejo problemos yra papildomas argumentas pasiūlymams, tolimesnei sveikatos apsaugos sistemai privatizacijai⁴⁴.

3. Specializuotų padalinių (prisiminkime daktaro House „Diagnostinės medicinos centrą“), skirtų darbui vien su sudėtingais atvejais sukūrimas⁴⁵.

Kiekviena iš šių krypčių vėl iškelia tą pačią dilemą „pigai, bet bloga ar brangi, bet gera medicina“ ir aukščiau aptartas vadybines ir teisines pasekmes.

7. Neįvykdomumo problemos sprendimo perspektyvos

Tuo būdu, sudėtingu atveju gydytojas susiduria su teisinių reikalavimų jam neįvykdomumu. Jis negali turėti tiek žinių, organizuoti tokį bendradarbiavimą, skirti tiek laiko ir jėgų, kiek privalo sutinkamai su pamatiniais sveikatos apsaugos teisės reikalavimais.

Ši išvada nėra netikėta. Nei gydytojui, nei jo vadovams nėra paslaptis, kad pakankamai dažnai tenka susidurti su sudėtingesniais atvejais, kurie reikalauja žymiai daugiau laiko ir žinių, nei gydytojas turi. Nėra paslaptis ir tai, kad tai gali sąlygoti gydymo nesėkmę, žalą paciento sveikatai, gydytojo teisinį persekiojimą.

Galima būtų tikėtis, kad visa tai turėtų sukelti gydytojų ir jų vadovų reakciją, kad jie iškels šią problemą aikštėn, reikalaus arba sudaryti sąlygas dirbti su sudėtingu atveju ar, jei tai neįmanoma, riboti jų atsakomybę.

Tačiau realybėje nieko panašaus neįvyksta.

Sveikatos apsaugos organizacija ir toliau orientuota vien į paprastą atvejį ir elgiasi taip, lyg gydytojui užtenka laiko ir žinių visiems atvejams, su kuriais jis susiduria. Dėl to ir toliau jam vienam uždedama atsakomybė už visas neigiamas neįvykdomumo pasekmes, pavyzdžiui, pacientui padarytą žalą.

Šis atotrūkis tarp gydytojo realių galimybių ir reikalavimų jam gerai jaučiamas kasdieninėje gydytojo veikloje. Jis verčia gydytojus vengti sudėtingų atvejų, o susidūrus su jais, vengti atsakingesnių sprendimų.

LGS atliktas 2440 Lietuvos gydytojų tyrimo metu 83,0 proc. gydytojų patvirtino, kad vengia sudėtingų atvejų, 9,7 proc. daro tai pastoviai. Tai taip pat daroma vengiant paciento, turinčio sudėtingesnį susirgimą (pvz., nukreipiant jį pas kitą gydytoją), vengiant atsakingesnių sprendimų, susilaikant nuo ryžtingesnių, nors ir aiškiai reikalingų, veiksmų, taikant įvairias savęs „apdraudimo“ priemones (darant aiškiai nereikalingus tyrimus, vengiant daryti sudėtingesnes procedūras, išrašant nereikalingus vaistus ir pan.), reikalaujant iš pacientų įvairiausių rašytinių sutikimų, kurie turėtų apsaugoti gydytoją nuo bet kokios galimos atsakomybės. Šios vengimo taktikos pasekmė – nesavalaikė diagnozė, praleistos galimybės padėti pacientui, nepateisinamas sveikatos apsaugos sistemos apkrovimas, gydytojo teisinis persekiojimas (išnagrinėjome kitose

44 Simašius R., Privačios medicinos galimybės ir jos įgyvendinimo technologijos Lietuvoje. LLRI seminaras „Privačios medicinos perspektyvos Lietuvos sveikatos sistemoje“. Vilnius, 2004 m. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.lrinka.lt/Pranesim/Privmedrs.phtml>.

45 Blik at al. HOUSE Medical Reviews. Polite dissent. 2004-2011 Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.politedissent.com/archives/>.

publikacijose).⁴⁶ Visa tai padaro tolimesnį neigiamą poveikį santykiams tarp gydytojo ir paciento, įvairiems sveikatos apsaugos aspektams⁴⁷.

Taigi, turime reikalą su aiškiausia neįvykdomumo problema. Matėme, kad neįvykdomumui atsiradus, nedelsiant turi įsijungti jos korekcijos mechanizmas ir kad jį turi paleisti neįvykdomo reikalavimo adresatas. Mūsų atveju tai - gydytojas. Jis pirmas susiduria su pamatinių teisinių reikalavimų neįvykdomumu, jam vienam tenka prisiimti atsakomybę už nesėkmingo gydymo padaryta žalą, jam tenka tenka vengti sudėtingų atvejų, kurie aiškiausiai prieštarauja gydytojo profesiniams jausmams ir etikai. Kodėl gi gydytojai nekelia neįvykdomumo problemų?

Yra nemažai veiksmų, kurie trukdo tam.

Pirmiausiai, sveikatos apsaugos sistema aplamai pasižymi ypatingai didele inercija, pasipriešinimu pokyčiams ir bet kokioms inovacijoms⁴⁸. Šią inerciją sukelia, iš vienos pusės, pats didžiulis gydytojo darbo atsakingumas. Jis verčia gydytoją itin atsargiai žiūrėti į bet kokias naujoves bei pokyčius. Tačiau iš kitos, ši gydytojo darbo ypatybė sudaro patogią galimybę ramiai laikytis nusistovėjusios tvarkos, gyventi, nieko nekeičiant, besipriešinant bet kokioms, net ir reikalingiausiomis inovacijoms.

Kita priežastis – to paties neįvykdomumo sukeliamas gydytojo teisinės padėties silpnumas ir iš to išplaukiantis jo pažeidžiamumas. Turint reikalą su sudėtingu atveju, gydytojas negali skirti jam tiek dėmesio ir laiko, neturi tiek žinių, negali užtikrinti kitų specialistų pagalbos, kaip reikia. Gydytojui tenka išmokti gyventi su mintimi, kad sudėtingu atveju jis ne viską spėjo pažiūrėti, ne viskam turėjo laiko, ne apie viską pagalvojo, kad dirbant su „toku atveju“ tikriausiai praleidžiami svarbūs dalykai, kad tenka priimti gausybę ne iki galo apgalvotų ir nepakankamai patikrintų sprendimų ir kad šie sprendimai būna ir klaidingi.

Tai gali ir nesukelti jam pasekmių tol, kol jis yra „nematomas“, kol jis pats ir jo darbas nieko nedomina. Viskas pasikeičia, jeigu pateiktas skundas, pradėta byla, darbą tikrina oficiali institucija, atsirado priešų ar juo dėl kažko nepatenkinta vadovybė. Tokiu atveju toks jo darbo patikrinimas lengvai nustato jo veiksmų neatitikimą dabartiniams maksimalistiniams teisiniams reikalavimams. Dėl to auksinė gydytojo saugumo taisyklė: „Būk nematomas!“ „Neišsikišk!“ sulauko jį nuo bet kokios iniciatyvos, ypač tokios ryžtingos, kaip pareiškimas dėl tam tikro reikalavimo neįvykdomumo.

Itin svarbi gydytojo susilaikymo nuo neįvykdomumo faktų iškėlimo priežastis glūdi mūsų teisinėje sistemoje. Dabartinis teisinis reguliavimas ir nekelia gydytojui pareigos pareikšti apie jo vykdomo teisės akto neįvykdomumą. Tai leidžia gydytojui spręsti su neįvykdomumu susietas problemas gynybinės medicinos metodais – vengiant sudėtingų atvejų bei atsakingesnių sprendimų.

46 Justickis V., Jasulaitis A. Ten pat.

47 Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Ten pat.

48 Forman R., Medical resistance to innovation // *Medical Hypotheses*, The University of Toledo. 8, 1981, 1009-1017. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: http://www.seanet.com/~alexs/ascorbate/198x/forman-r-med_hypotheses-1981-v7-n8-p1009.htm.

Dėl visų šių priežasčių reikalingas teisės aktas, kuris įpareigoja gydytoją pranešti jo vadovybei apie bet kokias aplinkybes, kurios neleidžia jam užtikrinti reikiamos savo darbo kokybės.

Lietuvos gydytojų sąjunga sudarė darbo grupę (į kurią įeina ir vienas iš šio straipsnio autorių), kuri parengė teikti Seimui įstatymo pasiūlymus, kurių tikslas ir yra įpareigoti gydytoją pranešinėti apie bet kokias aplinkybes, kurios neleidžia jam užtikrinti iš jo reikalaujamos darbo kokybės⁴⁹. Sutinkamai su šiais pasiūlymais, Lietuvos respublikos medicinos praktikos įstatymo dešimtas straipsnis turi būti papildytas. Nauja 12 pastaipa nustato: „esant aplinkybėms, kurios neleidžia užtikrinti aukštą jo teikiamų sveikatos paslaugų kokybę, gydytojas privalo nedelsiant informuoti apie tai sveikatos apsaugos įstaigos vadovybę (vidaus auditą)“.

Šis pranešimas turi paleisti šių aplinkybių ištyrimo ir problemų sprendimo mechanizmą. Sekanti siūloma pastraipa reglamentuoja, kaip tai turi būti padaryta: „13). Įstaigos (vidaus audito) vadovas gavęs tokį pranešimą privalo išnagrinėti nurodytas aplinkybes ir, joms pasitvirtinus, sustabdyti atitinkamos sveikatos apsaugos paslaugos teikimą ir nedelsiant imtis atitinkamų priemonių“. Paaiškėjus, kad šių problemų neįmanoma išspręsti vien įstaigos jėgomis, paleidžiama tolimesnė priežasčių išaiškinimo ir sprendimo paieškos grandininė - instancijos, kuri gali išspręsti, paieška. Šį momentą reglamentuoja tokia pastraipa: „15. Jeigu kliūtis reikalaujamam sveikatos apsaugos lygiui užtikrinti negali būti pašalinta sveikatos apsaugos institucijos vadovo sprendimu, apie tai pranešama Valstybinei akreditavimo tarnybai sveikatos priežiūros veiklai tirti prie Sveikatos apsaugos ministerijos“.

Tuo būdu atsakomybė už neįvykdomumo problemos sprendimą perkeliama būtent subjektui, kuris turi įgaliojimus ir kitas galimybes spręsti ją: „17). Jeigu gydytojas pranešė apie kliūtis, kurios trukdo užtikrinti aukštą jo teikiamų sveikatos apsaugos kokybę, tačiau įstaigos vadovybė ar kita atitinkama institucija nesiėmė reikiamų priemonių šiai kliūčiai pašalinti, atsakomybė už nepakankamą sveikatos apsaugos kokybę pasekmes, tame tarpe pacientui padarytą žalą, tenka šiai vadovybei ar institucijai“.

Išvados

1. Dabartinis gydytojo teisinės atsakomybės reglamentavimas labiausiai orientuotas į abstraktų standartinį atvejį, kuris nepasižymi jokių sudėtingumu. Tuo tarpu realūs atvejai, su kuriais susiduria gydytojas, yra labai skirtingi pagal savo sudėtingumo lygį.

2. Sudėtingu atveju pamatiniai teisiniai reikalavimai, reglamentuojantys gydytojo teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų kokybę (maksimalaus rūpestingumo ir atitikimo šiuolaikiniam mokslui), kelia neįvykdomus reikalavimus gydytojo žinių lygiui ir reikiamam bendradarbiavimui su kitais specialistais, bei gydytojo galybėms skirti tokiam pacientui jam reikalingą laiką.

49 Justickis V. Sveikatos sistemos paradoksas – „Guminė medicina“. Gydytojų žinios. 2011 rugsėjo 15 d. Nr. 17 (524), 3-5.

3. Šiuolaikinis mokslas ir medicinos praktika teikia galimybes užtikrinti būtiną sudėtingu atveju gydytojo žinių, bendradarbiavimo su kitais specialistais, laiką ir kitus išteklius. Tačiau šios galimybės liko už mūsų sveikatos apsaugos dėmesio ribų.

4. Pamatinių reikalavimų neįvykdymas sukėlė neigiamas pasekmes sveikatos apsaugai ir, visų pirma, teikiamų „sudėtingu atveju“ paslaugų kokybei. Atsirado „gynybinės medicinos“ reiškiniai: gydytojai vengia sudėtingų atvejų, nepriima atsakingesnių sprendimų, imasi daugybės apsisaugojimo nuo galimų kaltinimų priemonių (nereikalingi tyrimai, konsultacijos, vaistai, teisiniai dokumentai tikslu nusiimti atsakomybę ir pan.). Svarbu vaidmenį dirbant su „sudėtingais atvejais“ vaidina jų nepripažinimas sudėtingais, pasirinkimas simptominio gydymo sudėtingais atvejais, delsimas, kol susirgimo progresavimas sukels specifinius simptomus.

5. Gynybinės medicinos būdai, skirti gydytojui apsisaugoti nuo neįvykdomų reikalavimų sudėtingu atveju yra neįvykdomumo problemos „pseudosprendimas“: nuo nepamatuotų reikalavimų ginamasi menkinant sveikatos apsaugos paslaugų kokybę, sukeliant nereikalingą sveikatos apsaugos sistemos apkrovimą (nereikalingi tyrimai, konsultacijos, įvairūs gydymo būdai, vaistai), pažeidžiant pacientų pasitikėjimą ir tuo pačiu bloginant santykius tarp gydytojo ir paciento.

6. Pamatinių teisinių reikalavimų neįvykdymas sunkiais atvejais turėjo atkreipti į save gydytojų ir sveikatos apsaugos organizatorių dėmesį ir sukelti veiksmus neįvykdomumo korekcijai. To neįvyko dėl to, kad mūsų teisinėje sistemoje nesuveikia pirminė reagavimo grandis – teisinio reikalavimo adresato (mūsų atveju – gydytojo) pareiškimas, kad jis nepajėgus užtikrinti įstatymo reikalaujamą darbo kokybę dėl objektyvių, nuo jo nepriklausančių priežasčių.

7. Iš to kyla būtinybė papildyti gydytojo atsakomybę reglamentuojančius teisės aktus specialia nuostata, kuri įpareigoja gydytoją pranešti apie aplinkybes, neleidžiančias jam užtikrinti įstatymo reikalaujamos kokybės, o jo vadovus – nustatyti valdymo sistemos grandį, kurioje turi būti imtasi priemonių, užtikrinančių teisės normos įvykdumą.

Literatūra

1. ABMS. Expansion of Specialties and Growth of Subspecialties. American Board of Medical Specialties, 2012. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: http://www.abms.org/About_ABMS/ABMS_History/Extended_History/Expansion.aspx.
2. Aleksiūnienė I., Justickis V., Retrobulbarinis pseudotumoras: klinikinio atvejo aprašymas ir literatūros apžvalga.// Medicinos teorija ir praktika. 2012/3 (Spaudoje).
3. Aronson M., Bocher B., Marx J., Fleisher G. UpToDate. Walter Kluwer 2012. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.uptodate.com/>.
4. Bagdonavičius V., Kruopis J..Matematinė statistika: - Vilnius, Vaistų žinios, 2007.
5. Bargman J.M., Skorecki K. Chronic Kidney Disease. Harrison's principles of internal medicine. 17-th edition. N.Y., McGraw Hill 2008, 1761-1771.
6. Batchelor I., McFarlane J.. Multi-Disciplinary Clinical Teams. Working papers of the Royal Commission on the NHS,London 1980.

7. Bertolini R., Leutert G., Rother P., Scheuner G., Wendler D. Systematische Anatomie des Menschen. 2 Auflage. Berlin, VEB Verlag Volk und Gesundheit 1982, 501,502.
8. Blik at al. HOUSE Medical Reviews. Polite discent. 2004-2011 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.politedissent.com/archives/>.
9. Bond WF, Schwartz LM, Weaver KR, Levick D, Giuliano M, Graber ML. Differential diagnosis generators: an evaluation of currently available computer programs. // Journal of General Internal Medicine. 2012, 27(2),213-219.
10. Carlson J, Abel M, Bridges D and Tomkowiak J. The Impact of a Diagnostic Reminder System on Student Clinical Reasoning During Simulated Case Studies. //Simulation in Healthcare, 2011; 6(1):11-17.
11. Croskerry P, Cosby K., Schenkel S.M., Wears R.L. Patient Safety in Emergency Medicine. N.Y, Wolters Kluwer 2009.
12. Dunham B.H. Medical Malpractice Law and Litigation. 2005 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.expertlaw.com/library/malpractice/malpractice.html>.
13. Elkin P.L, Liebow M, Bauer B.A, et al. The introduction of a diagnostic decision support system (DXplain™) into the workflow of a teaching hospital service can decrease the cost of service for diagnostically challenging diagnostic related Groups (DRGs). //International Journal of Medical Information. 2010, 79(11), 772-777.
14. Forman R., Medical resistance to innovation. Medical Hypotheses, The University of Toledo. 8, 1981, 1009-1017. Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: http://www.seanet.com/~alexs/ascorbate/198x/forman-r-med_hypotheses-1981-v7-n8-p1009.htm.
15. Frosch, D. L., Kaplan. R M. Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions. //American Journal of Preventive Medicine. 1999. 17(4), 285–294.
16. Fussell, S. R., Kraut R. E., Siegel J.. Co-ordination of communication: Effects of shared visual context on collaborative work. Computer Supported Co-operative Work (CSCW). Philadelphia, 2000. 21–30.
17. Gibson R, Singh J.P. Wall of silence. Washington 2003.
18. Hall P, Weaver L. “Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road.”// Medical Education 2001, 35(9):867–875.
19. Jauhar S., Referral System Turns Patients Into Commodities. //The New York Times. 2009, May 25th.
20. Justickis V. Sveikatos sistemos paradoksas – „Guminė medicina“. //Gydytojų žinios. 2011 m. rugsėjo 15 d. Nr. 17 (524), 3-5.
21. Justickis V., Saladis T. Individuali gydytojo diagnostinės atminties struktūra. Medicininių standartų vaidmuo jos valdyme. //Sveikatos politika ir valdymas. 2012 1 (4), 266-292.
22. Justickis V., Saladis T. Medicinos standartai administracinės teisės sistemoje. //Socialinių mokslų studijos, 2012 4(3), 1064- 1083.
23. Justickis, V, Saladis, T., Pamerneckas, A. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui: Lietuvos ir Didžiosios Britanijos medicinos standartų lyginamasis tyrimas. // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai, 1(3), 122-157.
24. Justickis, V., Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdymo įvertinimas. // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai 2011, 1(3), 103-121.
25. Justickis, V., Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdymo įvertinimas. // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai. 2011, 1(3), 103-121.
26. Kane B.T. An Analysis of the Dynamics of Multi-Disciplinary Medical Team. Meetings and the Use of Communication Technology. University of Dublin, 2008.

27. Kane, B., Saturnino L.. "Multidisciplinary Medical Team Meetings: An Analysis of Collaborative Working with Special Attention to Timing and Teleconferencing."// Computer Supported Co-operative Work (CSCW) 2006, 15(5-6): 501-535.
28. Kawamoto K., Houlihan C. A, Balas E A., Lobach D. F. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal* 2005 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15767266>.
29. Kohn L.T, Janet M., Corrigan J., et al. *To err is human*. Washington, 2000.
30. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. //Socialinių mokslų studijos. 2010, 4(8), 89-107.
31. Labanauskas, L.; Justickis, V.; Sivakovaitė, A.. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje: (pagrindiniai 2440 Lietuvos gydytojų tyrimo rezultatai) // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai. 2011, 1(3), 158-169
32. Lietuvos Aukščiausiasis teismas. Nutartis 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140, 2001. Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.lat.lt/lt/teismo-nutar-tys/nutar-tys-nuo-1995-m..html>
33. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499) Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=359503.
34. Maude J., Bauman D. H., Ramnarayan P., Tomlinson A. Isabel Healthcare - Diagnosis Checklist System (On-line version). Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.isabelhealthcare.com/home/>.
35. Meador C., Pribor H., Kerendian S. *DiagnosisPro 6.0* (CD-ROM - version). MedTech USA, 2010.
36. Molla S., Walshe K., Boaden R (eds.). *Patient Safety. Research into Practice*. N.Y. 2006.
37. Pavilionis S, Burneckis E., Gavelis V., Mikėnienė R., Stropus R., Tamašauskas K., Urbonas A., Žvirdauskas S. Žmogaus anatomija. 2-asis patais. leid. *Mokslas*, 1984, 521-523, 552.
38. Sage W., Kersh R. *Medical Malpractice and the US Health Care System*. Cambridge 2006
39. Simašius R., *Privačios medicinos galimybės ir jos įgyvendinimo technologijos Lietuvoje*. LLRI seminaras "Privačios medicinos perspektyvos Lietuvos sveikatos sistemoje". Vilnius, 2004 m. Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.lrinka.lt/Pranesim/Privmedrs.phtml>.
40. Sloan F., Chepke L. *Medical malpractice*. Cambridge, Mass.: MIT Press 2010.
41. Stephen P. Bartold, M.D., Hannigan, G. G. *DXplain*. *Journal of Medical Library Associations*, 90(2), 2002 Žiurėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100779/pdf/i0025-7338-090-02-0267.pdf>
42. Thomasa N.J., Ramnarayanb P, Bellc M. J., at al. An international assessment of a web-based diagnostic tool in critically ill children. *Technology and Health Care* 16, 2008 103-110
43. Walshe, K., Boaden, R. (Eds.) *Patient Safety. Research into Practice*. N.Y., Open University press, 2006.

Difficult (sophisticated) case in doctor's activities. Limits of the feasibility of legal demands to a physician

Viktoras Justickis

Mykolas Romeris University, Lithuania

Iloa Aleksūnienė

Centre of The Medical Diagnosis and Treatment,
Antakalnis Outpatient Clinic, Lithuania

Summary

Complicity of tasks doctor meets in his everyday activities are very different: both most simple and highly sophisticated ones. However the legal regulation of doctor's responsibility neglects the degree of complicity of his task and addresses an abstract standard case that is free of any complicity. This paper addresses this problem and discusses its practical and legal implications.

A sophisticated case is such one in which doctor meets especially high intellectual, physical, psychic, and etc. demands that reach or overpass the limits of his abilities and there are no clear ways to deal with these difficulties.

The difficulties that doctor meets diagnosing arise from especially high demands to doctor's medical knowledge, which mostly exceeds his real abilities. This problem can in some degree can be solved by the modern "prompting" technologies (DiagnosisPRO6, Isabel, Dynamed, UpToDate, DXplain ir kt.). The legal situation in which correct diagnosis could be done using one of these technologies but was not done because they were not used is discussed.

A sophisticated case demands the wide and very intensive cooperation with other specialists. The main problem met here is that the organization of an efficient cooperation demands doctor's knowledge that exceeds limits of his specialty. The most radical solution of the doctor's cooperation problem is Multi-Disciplinary Medical Team (MDMT).

The sophisticated case is highly resource - demanding. It needs much more doctor's time and other medical resources than the regular one. The organization of the health care usually tends to ignore this demand or to vest responsibility for arranging additional time on doctor.

The most efficient way to solve this problem is to recognize both the very existence of sophisticated cases and the high work load it demands. Large-scale privatization seems to be another prospective way to solve the problem.

The need to reform doctor's liability system and obstacles for such reform are discussed.

Keywords: *difficult medical case, sophisticated medical case, feasibility of law. standards of health care service, doctor's liability.*

Viktoras Justickis, Mykolas Romeris universiteto Socialinės politikos fakulteto Psichologijos katedros profesorius. Mokslinių tyrimų kryptys: medicinos teisė, kriminologija, psichologija.

Iloa Aleksūnienė, Medicinos diagnostikos ir gydymo centras, VšĮ. Antakalnio poliklinika, gydytojas - oftalmologas. Mokslinių tyrimų kryptys: oftalmologija, oftalmologinė chirurgija, sveikatos apsaugos organizacija ir vadyba.

Viktoras Justickis, Mykolas Romeris University, Faculty of Social Policy, Department of Psychology, Professor. Research interests: medical law, criminology, psychology.

Iłona Aleksiiūnienė, Medical Diagnostic and Treatment Centre, Antakalnis outpatients clinic. Research interests: ophtalmology, ophtalmological surgery, organization and management of the healthcare.

GYDYTOJO ŽINIOS, NUSTATANT SUSIRGIMO DIAGNOZĘ. MEDICININIŲ STANDARTŲ VAIDMUO, FORMUOJANT JAS ¹

Viktoras Justickis

Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto
Psichologijos katedra
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva
Telefonas.: (+370) 61533289
Elektroninis paštas: justickv@takas.lt

Tomas Saladis

Vš.Į. „Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė“
Šiltnamių g. 29, LT-04129 Vilnius, Lietuva
Elektroninis paštas: tomas.saladis@rvul.lt

Santrauka

Straipsnyje nagrinėjami komunikaciniai barjerai, kuriuos turi įveikti šiuolaikinės biomedicinos žinios, keliaudamos pas diagnostinį sprendimą priimančią gydytoją; šių barjerų neįveikimo pasekoje atsiranda žinių, reikalingų teisingam sprendimui, trūkumas ir iš to kyla sekančios jo darbo kokybės problemos.

Parodoma būtinybė aiškiai atskirti bendrąsias gydytojo žinias (pvz., parodytus įvairiausių egzaminų metu) ir tą jų dalį, kurią jis prisimena ir panaudoja praktiškai. Šio atskirimo svarba kyla iš to, kad plačiausios žinios apie tam tikrą susirgimą neturi jokios vertės, jeigu konkrečioje klinikinėje situacijoje gydytojas jų neprisimena ir nepanaudoja. Tokiu atveju teisinga diagnozė nebus nustatyta, pacientas negaus reikiamo gydymo. Juridiškai tai kvalifikuojama, kaip gydytojo klaida, kuri sukelia jo baudžiamąją arba civilinę atsakomybę.

Medicinos žinioms, kuriais gydytojas disponuoja konkrečioje sprendimo priėmimo situacijoje, apibūdinti, siūloma speciali metodika – Individuali Diagnostinių Žinių Struktūra (IDŽS). Dėstomi ir aptariami jos pagalba atlikto gydytojo žinių tyrimo rezultatai.

Tyrimas parodė, kad dabartiniai reikalavimai gydytojo diagnostinėms žinioms ženkliai viršija jo atminties realias galimybes. Šis neatitikimas atsirado ir nuolat didėja, sparčiai augant medicininių žinių apimčiai ir pastoviai kylant diagnostinės veiklos standartams. Parodoma, kad dabartinė gydytojo diagnostinių žinių struktūra susiformavo kaip adaptacija prie jos realias galimybes viršijančių reikalavimų.

Ši adaptacija vyksta:

- *nepanaudojant žinių apie ženkliai šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų dalį;*
- *apribojant kitos žinių dalies atkūrimo konkrečioje diagnostinėje situacijoje galimybes (taikant vadinamąjį pasyvų jų prisiminimą);*
- *išskiriant nedidelę grupę aktyviai panaudojamų diagnozių.*

Pagrindinės tokios adaptacijos pasekmės yra tai, kad: užprogramuojamos gydytojo diagnostinės

¹ Straipsnio autoriai išreiškia savo nuoširdų dėkingumą visiems savo kolegoms už patarimus ir pagalbą, ruošiant šį straipsnį. Ypatingą padėką norėtumėm išreikšti šviesios atminties Lietuvos gydytojui Vytautui Gurevičiui, gydytojai Ilonai Aleksišiūnienei, vidaus audito tarnybos vyresniajam specialistui Algimantui Baliui Rutkiui.

klaidos (ignoruojant dalį medicininių žinių ir apribojant kitų panaudojimą); panaudojamų konkrečioje praktinėje situacijoje žinių struktūra formuojasi stichiškai, priklausomai nuo atsitiktinių veiksnių, kas sumažina priimamų sprendimų tikslumą ir patikimumą.

Nagrinėjamos šių problemų teisinės pasekmės - gydytojo diagnostinės klaidos, kurios kelia jo teisinę atsakomybę. Aptariami vadybiniai ir teisiniai šių klaidų prevencijos būdai. Parodoma, kad prevencijos pagrindą turi sudaryti kryptingas gydytojo žinių formavimas, panaudojant šiuolaikinius, gydytojo žinių struktūrą aktyviai formuojančius NICE tipo gydymo standartus, o taip pat vykdant sistemingą gydytojo klaidas sukeliančių spragų ir deformacijų jo žiniuose išaiškinimą ir korekciją.

Reikšminiai žodžiai: medicinos profesiniai standartai, medicinos diagnostika, gydytojų klaidos, teisiniai reikalavimai gydytojui.

Įvadas

Gydytojo veikla kelia didžiulius, su jokia kita profesija nepalyginamus, reikalavimus jo žinioms. Kad sėkmingai dirbtų, gydytojas turi laikyti savo atmintyje tūkstančius šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų, atsiminti jų tipinius ir netipinius simptomus, jų ypatumus atskirose pacientų grupėse (vaikai, vyresnis amžius, pacientai su imunodeficitu, vartojantys įvairiausių vaistus), epidemiologiją (paplitimas, sezoniškumas), statistines jų simptomų savybes (jautrumas, specifiškumas) ir daugelį kitų momentų. Tačiau visiškai nepakanka vien šių žinių turėjimo. Ypač svarbu, kad visos jos būtų prisimintos reikiamu momentu - prie paciento lovos, tada, kai jos labiausiai reikalingos.

Šio straipsnio *problema* – gydytojo žinių, panaudojamų konkrečioje diagnostinėje situacijoje, turinys, struktūra ir jų reikšmė jo sėkmingai diagnostinei veiklai.

Problemos aktualumas. Tai, kokiomis žiniomis gydytojas disponuoja, priimant konkrečius diagnostinius ir gydymo sprendimus, buvo aktualu visada. Pačios gausiausios bendros gydytojo žinios, jo plačiausia erudicija, puikiausiai išlaikyti egzaminai, sistemingas dalyvavimas įvairiausiose kvalifikacijos kėlimo priemonėse, aktyvi mokslinė veikla - visa tai neturi jokios vertės, jeigu visos šios žinios neprisimenamos ten, kur jos labiausiai reikalingos – prie paciento lovos. Čia jos turi būti atkuriamos pilnai, greitai ir stabiliai, nepriklausomai nuo paros laiko, įtampos, nuovargio, emocinės būklės, trukdžių, asmeninių problemų ir pan. Garsusis gydytojų pasakymas „Nesuprantu, kaip aš apie tai nepagalvojau?!“ kaip tik ir atspindi atvejį, kai jos „neiškilo“ situacijoje, kur jos buvo reikalingos, nors gydytojas turi tam tikras bendrąsias žinias, ir tai neleido pasirinkti tinkamo diagnostikos ar gydymo būdo, užtikrinti gydymo sėkmingumo.

Šios problemos aktualumas ypač sparčiai auga dabartiniu laikotarpiu. Jos svarbą didina du procesai: greita šiuolaikinio mokslo pažanga (ir jos pasekoje sparčiai auganti gydytojui žinotinos medicininės informacijos apimtis) ir tiek pat sparčiai kylantys Lietuvoje ir visame pasaulyje reikalavimai gydytojui - jo veiklos standartai.

Tyrimo tikslai. Pagrindinis straipsnio tikslas ir yra *ištirti gydytojo žinių, kuriomis jis disponuoja, nustatant susirgimo diagnozę, turinį ir struktūrą, ir tuo pagrindu įvertinti, kiek užtikrinamas gydytojo sugebėjimas vykdyti šiuolaikinius, labai aukštus teisinius reikalavimus jo diagnostinio darbo kokybei.*

Tuo būdu, iš vienos pusės, nagrinėjama vadybiniu požiūriu svarbi gydytojo informacinio aprūpinimo problema. Iš kitos gi, analizuojama teisinė jos sėkmingo sprendimo reikšmė, ypač užtikrinant teisiųjų reikalavimų gydytojui įvykdomumą ir gydymo klaidų prevenciją.

Problemos iširtumas. Gydytojo diagnostinei veiklai skirta daugybė tyrimų. Turima daug duomenų apie įvairių gydytojų taikomus diagnostikos metodus, strategijas ir taktiką². Ypač daug tyrimų skirta, kaip gydytojai priima sprendimus, diagnozuojant susirgimus. Tačiau už tyrėjų dėmesio ribų kol kas lieka žinios, kurių pagrindu šie diagnostiniai sprendimai priimami. Visi minėti tyrimai faktiškai remiasi nerašyta prielaida, kad žinios gydytojo atmintyje – pastovus, problemų nekeliantis rinkinys, įgytas besimokant ir tokiu pavidalu išliekantis tolimesnėje profesinėje veikloje. Mūsų tyrimas pirmas, kuris paneigia šią prielaidą ir siekia atskleisti realius informacinius procesus, besiformuojant gydytojo žinioms, kuriomis jis disponuoja konkrečioje praktinio darbo situacijoje.

Sąvokos.

Diagnostinės žinios. Tai biomedicinos žinios, reikalingos teisingai diagnozei nustatyti.

Žinios, kuriomis gydytojas disponuoja, nustatydamas susirgimo diagnozę. Tai dalis visų gydytojo žinių, kurias jis žino ar prisimena, priimant sprendimą. Į šią sąvoką neįeina visos tos žinios, kurias gydytojas aplamai paėmus turi, bet kurių neprisimena ir nepanaudoja.

Straipsnio struktūra. Sekančiame skyriuje bus aptarti šiuolaikiniai reikalavimai gydytojo žinioms ir procesai, kurie formuoja realų gydytojo žinių konkrečioje diagnostinėje situacijoje lygį ir turinį.

Antrajame bus išdėstyta žinių, kuriomis disponuoja gydytojas, diagnozuojant susirgimą, turinio ir struktūros tyrimo procedūra – Individuali Diagnostinių Žinių Struktūra (IDŽS).

Trečiajame skyriuje pateikti IDŽS panaudojimo gydytojo diagnostinėms žinioms tirti rezultatai.

Ketvirtajame šie rezultatai aptariami. Penktajame aptariami išaiškintų problemų sprendimo kryptys. Šeštajame dėstomos išvados ir rekomendacijos.

1. Žinios, kuriomis gydytojas privalo disponuoti, diagnozuojant susirgimą, ir jo realiai turimos

1.1. Diagnostikos procesas ir teisiniai reikalavimai diagnozuojančio gydytojo žinioms

Diagnozuojant gydytojas turi stebimų simptomų pagrindu nustatyti susirgimą, kurio požymiai labiausiai atitinka juos. Tuo tikslu jis, pirmiausiai, turi patikslinti, kokie

2 Mark, D. Decision-Making in Clinical Medicine. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition*, McGraw-Hill Company 2008, 16- 23; Groopman J. *How doctors think*. Boston-New York. Houghton Mifflin Company, 2008; Montgomery K. *How doctors think*. Oxford University press, 2006.

iš šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų galėjo sukelti šiuos simptomus (sudaryti diagnostinių versijų (įtarimų) rinkinį). Sudarius jį, jis gali nustatyti, kuris iš įtrauktų į jį susirgimų labiausiai atitinka stebimus simptomus.

Diagnozės tikslumas, visų pirma, priklauso nuo diagnostinių versijų rinkinio išsamumo. Kuo daugiau versijų jis apima, tuo didesnė garantija, kad tarp įtariamų susirgimų yra ir teisinga diagnozė. Jeigu tam tikras susirgimas į rinkinį neįtrauktas, teisinga diagnozė gali likti už diagnostinio proceso ribų.

Kyla klausimas: kiek išsamus turi būti šis rinkinys? Turi jis apimti visus iki vieno šiuolaikiniam mokslui žinomus susirgimus, kurie galėjo sukelti stebimus simptomus, ar pakanka įtraukti tik dalį jų, pavyzdžiui tik dažniausius susirgimus? O gal užtenka panagrinėti „pakankamai daug“ jų, ar netgi tik labiausiai „tikėtinus“? Pagaliau, gal užtenka tik vieno įtarimo, tai yra bandyti iš karto, „kaubojiškai“, „vienu šūviu“ „atpažinti“ susirgimą, pasitenkinant pirmiausiu, kuris galėjo sukelti stebimus simptomus?

Svarbiausią vaidmenį, atsakant į šį klausimą, vaidino du pastaruju dešimtmečiu įteisinti reikalavimai gydymo kokybei aplamai.

Pirmas – *maksimalaus rūpestingumo kriterijus*, suformuluotas Lietuvos Aukščiausiojo teismo išaiškinime vadinamoje Sandienės byloje (2001)³. Jis nustato, kad gydytojas yra atsakingas už tai, kad, gydant pacientą, būtų panaudotos *visos priemonės* reikiamam gydymo rezultatui pasiekti. Tai reiškia – gydytojo pareiga būti informuotam apie visas šias priemones ir panaudoti jas kiekvienu atveju, kai jos gali pagerinti gydymo rezultatus.

Antras – *atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimas*, įteisintas naujoje „Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo“ redakcijoje (2 straipsnis 8 pastraipa), kuris įsiteisėjo 2010 m⁴. Iš šio teisės akto seka, kad gydytojas turi panaudoti visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes, kurios gali būti naudingos gydymo rezultatui pasiekti.

Taigi, abu teisės aktai nustato maksimalius bendrus reikalavimus gydymo kokybei. Kartu jie reiškia, kad gydytojas privalo panaudoti visas be išimčių šiuolaikinio mokslo teikiamas ir kitas galimybes gydymo tikslams pasiekti. Jeigu jis dėl kažkokių priežasčių negali ar nemato reikalo panaudoti kokios nors iš jų, jis turi būti pasirengęs argumentuoti paašškinti tai (taip pat ir teisme)⁵.

Iš to maksimalistinio bendro reikalavimo gydytojo veiklai seka toks pat maksimalistinis atsakymas ir į aukščiau iškeltą klausimą, kiek išsamus turi būti diagnostinių versijų rinkinys: šis rinkinys privalo būti *visiškai išsamus (pilnas)*, įtraukiant visus šiuolaikiniam mokslui žinomus susirgimus, kurie tik galėjo sukelti stebimus simptomus. Versijų rinkinio išsamumo negali riboti nei jo ilgis, nei patenkinama paciento būklė, nei gydytojo turimo laiko apribojimai, nei kokios nors kitos aplinkybės.

3 Lietuvos Aukščiausiasis teismas. N u t a r t i s 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m.

4 Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499) Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=359503>.

5 Platesnį šių pamatinių teisių reikalavimų išdėstymą ir aptarimą, skaitytojas gali rasti straipsnyje Labanauškas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. //Socialinių mokslų studijos. 2010, 4(8). P. 89–107.

Iš tikrųjų, jeigu koks nors susirgimas, kuris šiuolaikinio mokslo duomenimis gali sukelti stebimus simptomus, nebus įtrauktas į diagnostinių versijų rinkinį, bus pažeisti abu pamatiniai reikalavimai:

1. rinkinys neįvykdys atitikimo šiuolaikiniam mokslui reikalavimo, nes tuo atveju ignoruojamos mokslo žinios apie tai, kad toks susirgimas gali sukelti stebimus simptomus;

2. toks neišsamus rinkinys neatitiks ir maksimalaus rūpestingumo reikalavimo, nes gydytojas neišnaudojo visų galimybių teisingai diagnozei nustatyti.

Dėl to, sutinkamai su abiem pamatiniais reikalavimais gydymo kokybei, gydytojas sudaręs nepilną įtarimų rinkinį (įtraukęs ne visus susirgimus, kurie galėjo sukelti stebimus simptomus) tampa atsakingas už visas (maksimalaus rūpestingumo principas!) nesėkmingo gydymo pasekmes.

Reikalavimas, kad diagnostika (kaip ir gydymas aplamai) kiekvienu atveju turi panaudoti visas šiuolaikinio mokslo teikiamas galimybes, verčia patikslinti, ką gi reiškia „šiuolaikinis mokslas“ ir jo teikiamos galimybės gydymui.

Sąvoka „šiuolaikinis mokslas“ apima visus tuos faktus, išvadas, rekomendacijas, kurie nustatyti pagal šiuolaikinio mokslo metodus (kontrolinės grupės, double-blind, multi-centre ir kt.), paskelbti profesinėje (peer-reviewed, cituojamoje ir pan.) mokslinėje literatūroje⁶.

Svarbiausias medicininės informacijos apie šias publikacijas šaltinis - medicininių duomenų bazės, kurių visuma atspindi šiuolaikinio mokslo nustatytus faktus, išvadas ir pan. Tai, visų pirma –MEDLINE, kuri apima 20 mln. publikacijų. Šiuolaikinį mokslo lygį taip pat atspindi keli tūkstančiai šių publikacijų apžvalgų, kurios patalpintos duomenų bazėse kaip COCHRANE, UpToDate, Dynamed ir kt.⁷ specialūs sistemingai atnaujinami vadovėliai (Merck, Harrison's ir kt.), besiremiantys minėtomis publikacijomis ir apibendrinantys jas⁸.

Kokios iš visų šių žinių gali būti reikalingos diagnozuojant?

Atsakymą į šį klausimą siekia duoti šiuolaikinės informacinės – diagnostikos technologijos. Labiausiai žinomos – DiagnosisPRO⁹, Isabel¹⁰, UpToDate¹¹, DXplain¹².

-
- 6 Mark, D. Decision-Making in Clinical Medicine. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition*, McGraw-Hill Company 2008, 16–23.
 - 7 U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health. PUBMED Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.; <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>; UpToDate. Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. <<https://www.uptodate.com/login>>.
 - 8 Smulčiau žr. Justickis, V., Saladis, T., Pamerneckas, A. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui: Lietuvos ir Didžiosios Britanijos medicinos standartų lyginamasis tyrimas. //Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai, 1(3). P. 122–157.
 - 9 Meador C., Pribor H., Kerendian S. *DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version)*. MedTech USA, 2010.
 - 10 Maude J., Bauman D. H., Ramnarayan P., Tomlinson A. Isabel Healthcare - *Diagnosis Checklist System (On-line version)*. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.isabelhealthcare.com/home/>.
 - 11 Aronson M., Bocher B., Marx J., Fleisher G. *UpToDate*. Walter Kluwer 2012. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.uptodate.com/>.
 - 12 Stephen P. Bartold, M.D., Hannigan, G. G. DXplain. *Journal of Medical Library Associations*, 90(2), 2002 Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100779/pdf/i0025-7338-090-02-0267.pdf>.

Visos jos siekia padėti gydytojui nustatyti susirgimą, kuris galėjo sukelti tam tikrą simptomą ar jų derinį. Visos daro tai panašiu būdu - įmanomai išsamios šiuolaikinės mokslo literatūros apžvalgos pagrindu siekiama: 1. sudaryti išsamų susirgimų, kurie galėjo jį sukelti, sąrašą ir 2. pateikti visą diagnostinę informaciją apie kiekvieną. Kiekviena technologija pretenduoja į tai, kad tiek jos sudaromų diagnostinių versijų sąrašas, tiek teikiama informacija apie kiekvieną įtariamą susirgimą yra išsamūs - išsamiai reprezentuoja šiuolaikinio mokslo žinias. Tam tikslui, pavyzdžiui, DiagnosisPRO autoriai pastoviai apžvelgia 104 nuolat atnaujinamų visų pagrindinių medicinos specialybių vadovėlius. Garantuojama, kad jeigu tam tikras susirgimas paminėtas bent viename iš šių vadovėlių kaip galima tam tikro simptomo priežastis, šis susirgimas bus įtrauktas į įtariamų susirgimų sąrašą.

Sunku nepritarti tokiam įtariamų diagnostinių versijų rinkinio sudarymo principui. Iš tikrųjų, šiuolaikiniai atnaujinami vadovėliai sudaromi labai atsakingai, kruopščiai tikrinant kiekvieną teiginio atitikimą mokslo duomenims. Dėl to, jeigu tam tikrame vadovėlyje nurodyta, kad tam tikras susirgimas gali pasireikšti tam tikru simptomu, šis susirgimas tikrai turėtų būti įtrauktas į šio simptomo diagnostinių versijų rinkinį.

Šiuo atžvilgiu šie diagnostinių versijų sąrašai yra tam tikras etalonas to, koks ir turi būti šis sąrašas. Jeigu gydytojas sudaro kitokį nei kompiuteris įtarimų sąrašą ir, pavyzdžiui, neįtraukia į jį kurio nors susirgimo, kuris yra kompiuterio sudarytame, jis tuo pačiu parodo, kad arba nežino, kad šis susirgimas taip pat gali sukelti stebimus simptomus, arba apie tą susirgimą pamiršo, arba, pagaliau, nesutinka su vadovėliu (ir tyrimais, kuriais šis teiginys remiasi). Tai neišvengiamai sukelia klausimų gydytojui ir reikalavimą pagrįsti šį savo nesutikimą.

Taigi minėtos technologijos daro būtent tai, ką, sutinkamai su pamatiniais teisiniais reikalavimais, turi daryti kiekvienas gydytojas – sudaro išsamų diagnostinių versijų rinkinį.

Nėra jokių abejonių, kad žmogaus mąstymas yra tobulesnis ir galingesnis, nei tobuliausias kompiuteris. Žmogaus intuicija, jo taikomi euristiniai, „minkšti“ mąstymo metodai neretai leidžia jam spręsti problemas, kurių nepajėgūs spręsti netgi galingiausi šiuolaikiniai kompiuteriai.

Tačiau, kas liečia atminties veikimo - informacijos išsaugojimo ir atkūrimo, čia kompiuteris aiškiai galingesnis. Skyrium nuo žmogaus jis gali sutalpinti bet kokios apimties žinias apie bet kokią susirgimų skaičių ir, reikalui esant, operatyviai atkurti ją, darant tai *pilnai ir tiksliai*.

Tiksliai diagnozei palankus ir kompiuterio „mąstymo stilius“. „Gydytojui diagnozuojant ūmaus pilvo skausmus, diagnozės tikslumas yra apie 45 proc. Diagnozės nustatymas pagerėja iki 70–80 procentų, taikant kompiuterį. Bet tai įvyksta ne dėl to, kad kompiuteris būtų protingesnis už žmogų, bet, atvirkščiai, dėl to, kad kompiuteris yra bukas ir nelankstus. Jis neturi intuicijos ir dėl to jam reikalingi aiškūs atsakymai į visus klausimus. Jis neleidžia išvengti nei vieno klausimo. Turite surinkti visą reikiamą su-

sirgimo istoriją, tenka atlikti kruopštų paciento tyrimą. Daugeliu (bet aišku ne visais) atvejų tai yra svarbiausia kompiuterio persvaros priežastis¹³

Būtent šis privalumas yra lemiamas sudarant diagnostinių versijų rinkinį. Skyrium nuo žmogaus, kompiuteris neleidžia sau „intuityviai“, be gilesnio apmąstymo ir aiškių priežasčių, neįtraukti į įtarimų skaičių vienių susirgimų, tiek pat „intuityviai“ neskirti didesnio dėmesio kitiems, pamiršti trečius, nežinoti ketvirtų.

Visa tai sudaro pagrindą panaudoti diagnostinių versijų sąrašus, kurias sudaro kompiuterinės informacinės technologijos, kaip etaloninius, tai yra tokius, kuriuos turėjo sudaryti gydytojas tam, kad pilnai įvykdytų pamatinį išsamumo reikalavimą.

Tokie yra teisiniai reikalavimai gydytojui. O kokia yra realybė? Kiek realaus gydytojo žinios atitinka tuos reikalavimus?

1.2. Realios diagnozuojančio gydytojo žinios

Kas apsprendžia gydytojo žinių kiekį? Kokia šiuolaikinio mokslo žinių dalis pasiekia gydytoją ir realiai dalyvauja, jam priimant konkrečius sprendimus?

Šiuolaikinio mokslo žinios praeina ilgą kelią nuo mokslininko laboratorijos ir jo publikacijos apie jo tyrimų rezultatus iki sėdinčio prie paciento lovos gydytojo. Pakeliui šios žinios praeina keletą „tarpinių stočių“, kiekvienoje iš kurių atsijojama tam tikra jų dalis.

1. *Dėstyimas (akademine veikla)*. Aukštųjų ir kt. mokyklų dėstytojai – pirmasis medicininių žinių kelionės pas gydytoją ruožas. Dėstytojai tiesiogiai susipažįsta su šiuolaikinių tyrimų rezultatais ir tuo pagrindu rengia paskaitas, vadovėlius, studijų programas, tikslina kvalifikacijos kėlimo užsiėmimų tikslus ir turinį. Čia vyksta pirmasis tam tikros šiuolaikinio mokslo dalies žinių atsijojimas. Priklausomai nuo skiriamo kursui laiko ir sutinkamai su savo asmenine patirtimi, interesais, įsitikinimais, turimomis dėstytojo galimybėmis, tam tikra informacija įtraukiama į mokymo procesą, o kita – atmetama. Šiame etape atmetamos žinios, kurios dėstytojo nuomone yra „pašalinės“ ir „mažiau svarbios“.

2. *Žinių kontrolė*. Dėstytojui tenka jo teikiamų žinių įsisavinimo kontrolieriaus vaidmuo. Jis priiminėja egzaminą, vertina studentų žinias jų mokymosi metu. Vertinant jis vadovaujasi savo idėjomis apie tai, koks žinių lygis gali būti pripažintas pakankamas tam, kad besimokantysis galėtų judėti toliau. Kuo aukštesnis dėstytojo – žinių kontrolieriaus tolerancijos lygis, tuo platesnės studento galimybės įsisavinti tik dalį teikiamų žinių. Taigi, čia atsiejamas dar vienas žinių pluoštas - tos, kurios šio dėstytojo požiūriu nėra „absoliučiai būtinos“ jo studentui.

3. *Studentas*. Jo noras ir *sugebėjimas* įsisavinti žinias. Trečias barjeras yra pats besimokantysis (studentas, kvalifikacijos kėlimo dalyvis). Šiuolaikinė žinių įvertinimo sistema visai nekelia reikalavimo, kad būtų įsisavinta viskas, kas dėstoma. Pavyzdžiui, vertinant egzaminuojamo žinias taikoma balų sistema, kur, be aukščiausio žinių įvertinimo, liudijančio, kad studentas įsisavino viską, yra ir daug žemesnių, kurie oficia-

13 Longmore M., Wilkson I., Rajagopalan S. Oxford Handbook of Clinical Medicine. Sixth Edition. Oxford University press, 2004, 474.

liai pripažįsta, kad studentas gali įsisavinti tik dalį jam teikiamų žinių („pakankamai“, „vidutiniškai“, „silpnai“ ir pan.). Taigi, ši sistema leidžia pačiam studentui nuspręsti, kokios jam teikiamų žinių dalies jis gali neįsisavinti. Tai, kokia dėstomų žinių dalis studento atmetama, priklauso nuo, jo tikslų, motyvų, gabumų, asmeninių ir kitų problemų, su kuriomis jis susiduria mokymosi laikotarpiu. Šiame etape atmetamos žinios, 1. kurios, studento nuomone, nėra būtinos jo numatytam pažymiai gauti (studento motyvai); 2. yra per sudėtingos jam įsisavinti (intelektu lygis).

4. Sveikatos apsaugos įstaigos kolektyvas.

Vakarykštis studentas ateina dirbti į sveikatos apsaugos įstaigą. Čia jis išgirsta tradicinį „pamiršk viską, ko išmokai universitete, ir pradėk mokytis iš naujo!“. Įtemptos kasdieninio darbo sąlygos ir būdingas tokiai įstaigai laiko trūkumas leidžia čia dirbantiems gydytojams naudoti tik tam tikrą turimų žinių dalį.

Tuo pagrindu susiformuoja „sava“, vietines sąlygas atitinkanti kolektyvo kvalifikacijos, darbo ir, atitinkamai, žinių panaudojimo tvarka. Tos žinios, kurių kolektyvas nepanaudoja, įgyja praktiškai nereikalingų, „teorinių“ statusą. Besiadaptuojant prie realių darbo sąlygų, jaunas gydytojas išmoka šių žinių nenaudoti.

Tuo būdu atmetamas dar vienas žinių pluoštas. Tai žinios, kurios neatitinka tradicinių darbo šioje įstaigoje metodų, arba jų taikymui reikia daugiau laiko, nei leidžia įtemptas gydytojo darbo grafikas, arba jos reikalauja aukštesnės kvalifikacijos, negu turi jos kolektyvas, arba neatitinka nusistovėjusios tvarkos ir tradicijų.

5. *Situaciniai barjerai.* Tai paskutinis šiuolaikinių žinių kelionės pas gydytoją ruožas. Gydytojui tenka dirbti pačiomis įvairiausiomis sąlygomis. Naktinė pamaina, gausūs dirgikliai ir neleidžiantys susikaupti trukdžiai, konfliktiniai santykiai darbe ar namuose ir emocinė įtampa- visa tai gali iš esmės sumažinti gydytojo atminties veiksmingumą ir atitinkamai aktualizuotos informacijos kiekį¹⁴. Visiems šiems situaciniams trukdžiams labiausiai jautrios žinios, kurios naudojamos rečiau, ir kurioms dėl to nesusiformavo jų stabilus prisiminimo ir panaudojimo įgūdžiai.

Taigi, realios gydytojo žinios, kuriomis jis disponuoja, tiriant pacientą, yra tik tam tikra šiuolaikinių žinių dalis - tai, kas išliko po daugkartinio apkarpyimo, praeinant daugybę barjerų ir filtrų.

Kyla svarbus klausimas, kokia žinių dalis visgi pasiekia gydytoją ir panaudojama klinikinėje situacijoje, kur jos reikalingos?

Atsakyti į šį klausimą nėra lengva. Gydytojo žinios yra labiausiai neapčiuopiama ir sunkiausiai valdoma sveikatos apsaugos sistemos dalis. Nieks negali atsakyti, ką realiai žino gydytojas.

Gerai žinoma, kad būsimas gydytojas išlaiko daugybę egzaminų. Tačiau nieks nežino, kokia įgytų žinių dalis „išgaruoja“ jau kitą rytą po egzamino. Apie gydytojo kvalifikaciją liudija jo diplomas. Jis oficialiai patvirtina, kad įsisavinta plati universitetinė programa. Tačiau nieks nežino, kokią mokymo programose nurodytų žinių dalį būsimas gydytojas tikrai įsisavino, kokia ji išliko iki praktinio darbo pradžios, kokia buvo atmeta jį pradėjus, kokia pasiekė konkretų pacientą. Gerai žinoma, kad gydyto-

14 Weingart S. Critical Decision Making in Chaotic Environments. *Patient Safety in Emergency Medicine*. New York-London, Walter Kluwer, 2009, 209- 213

jas privalo išklausti nustatytą kvalifikacijos kėlimo valandų skaičių. Tačiau nežinoma, ką beklaustantis gydytojas tikrai išgirsta, kokia dalis šių žinių išlieka jo atmintyje, jam išėjus iš auditorijos. Vyrauja įsitikinimas, kad ilgametė praktinė patirtis užtikrina darbo kokybę. Tačiau nėra žinoma, kiek iš patirties kilę intuityvūs asmeniniai įsitikinimai išstumia mokslo nustatytas tiesas, kiek individualūs gydytojo pastebėjimai išstumia įrodymais patvirtintus šiuolaikinio mokslo faktus.

Taigi, yra atotrūkis tarp žinių, kuriomis, sutinkamai su pamatiniais teisės reikalavimais, gydytojas turėtų disponuoti ir tomis, kurias jis iš tikrųjų turi. Nėra abejonių, kad tai sukelia gydymo klaidas, kad jis priima ne tuos sprendimus, kuriuos priimtų, jeigu jo žinios nebūtų apkarpytos, ir jis turėtų visą reikiamą informaciją.

Nelengva pasakyti, kiek didelis yra šis atotrūkis.

Priimta manyti, kad aplamai paėmus praktiškai dirbantis gydytojas žino viską, ko jo darbui reikia. Kartu pripažįstama, kad, aišku, jis negali žinoti absoliučiai visko. Tačiau numanoma, kad tai, ko jis gali nežinoti, yra tik neesminės detalės, kad minėtas atotrūkis yra nedidelis ir nereikšmingas.

Tačiau visgi lieka klausimas - koks tas atotrūkis yra iš tikrųjų?

2. Individualios Diagnostinių Žinių Struktūros tyrimo procedūra (IDŽS)

Gydytojo diagnostinių žinių struktūrai tirti šio straipsnio autoriai parengė specialią metodiką – Individuali Diagnostinių Žinių Struktūra (IDŽS). Jos pagalba palyginamos žinios, kurias gydytojas realiai turi, diagnozuojant tam tikrą susirgimą, su tomis, kurias privalo turėti, sutinkamai su pamatiniais teisės reikalavimais.

Šis procedūra susideda iš kelių nuoseklių žingsnių.

1. *Diagnostinio uždavinio gydytojui parinkimas ir tikslinimas.* Gydytojui aprašomas pacientas, kuriam stebimas tam tikras simptomas (ar jų derinys). Nurodomas paciento amžius, lytis ir kreipimosi tvarka (pvz., pirmas vizitas pas šeimos gydytoją). Pranešama, kad jokių kitų duomenų apie šį pacientą gydytojas kol kas neturi.

Gydytojas prašomas papasakoti, kaip jis nustatinėtų diagnozę, kokius susirgimus ir kokia tvarka jis juos įtartų ir kokių veiksmų imtųsi įtarimui tikrinti. Prašoma pasakoti kuo smulkiau, išdėstant visus savo veiksmus, mintis, abejones. Gydytojo pasakojimas pilnai įrašomas.

2. *Gydytojo iškeltų diagnostinių versijų rinkinio išaiškinimas.*

Įrašytas gydytojo pasakojimas peržiūrimas, išskiriant (pabraukiant) visus susirgimus, kurie buvo įtarti.

Tuo pagrindu išaiškinamas gydytojo diagnostinių versijų pradinis sąrašas.

3. *Etaloninio kompiuterinio diagnostinių versijų sąrašo parengimas.*

Šio etapo tikslas parengti išsamų (etaloninį) rinkinį, tai yra tokį, į kurį yra įtraukti visi šiuolaikiniam mokslui žinomi susirgimai, kurie galėjo sukelti uždavinio simptomus. Tokiam rinkiniui sudaryti buvo panaudota informacinė – diagnostinė technologija *DiagnosisPro6*¹⁵.

4. *Pirminio palyginamojo rinkinio sudarymas.*

15 Meador C., Pribor H., Kerendian S. *DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version)*. MedTech USA, 2010.

Kompiuterio sudarytas diagnostinių versijų rinkinys peržiūrimas. Jame skirtingai pažymimi tie susirgimai, kurie buvo, ir tie, kurie nebuvo paminėti gydytojo pasakojime.

5. *Gydytojo sudaryto diagnostinių versijų rinkinio papildymas.* Gydytojas supažindinamas su kompiuterio sudarytu rinkiniu. Jo dėmesys nukreipiamas į susisirgimus, kuriuos kurių jis, skyrium nuo kompiuterio, neįtraukė į įtarimų rinkinį. Gydytojas prašomas pakomentuoti kiekvieną tokį atvejį, nurodant neįtraukimo priežastį („nepagalvojo“ apie tokį susirgimą, pamiršo, nežinojo, nesutinka, kad jį reikia įtraukti ir pan.).

6. *Gydytojo komentarų analizė.* Gydytojo komentarai klasifikuojami, išskiriant pagrindines neįtraukimo priežasčių grupes.

3. Tyrimo eiga ir rezultatai

Tiriamasis P. G. 62 metų amžiaus. Bendrosios praktikos gydytojas. 33 metų darbo patirtis.

Uždavinio patikslinimas.

Sutinkamai su tyrimo tikslais, uždavinys turi aprašyti gydytojui įprasta diagnostinę situaciją, kai jis atlieka pirminę paciento apklausą ir apžiūrą ir jų eigoje išryškėjo tam tikras simptomas ar jų derinys. Simptomas, nurodytas uždavinyje, turėtų būti dažnai sutinkamas tiriamo gydytojo veikloje ir turėtų būti jam gerai pažįstamas.

Sutinkamai su tuo, buvo pasirinkta diagnostinė situacija, kai pas gydytoją atvyko suaugęs (55 metai) pacientas, besiskundžiantis skausmais krūtinės srityje. Uždavinio parinkimas buvo suderintas su tiriamuoju. Jis patvirtino, kad tai pakankamai dažnas atvejis jo veikloje.

Uždavinys buvo suformuluotas tokiu būdu. „Jūs apžiūrite pirmą kartą pas Jus atvykusį suaugusį (55 metų) pacientą, besiskundžiantį skausmais krūtinės srityje. Kaip nustatinėsite diagnozę? Smulkiai papasakokite apie savo minčių eigą ir veiksmus šioje situacijoje“.

Gydytojo atsakymas buvo užrašomas pažodžiui. Baigus įrašymą, gydytojas galėjo peržiūrėti savo pasakojimą ir, reikalui esant, jį pakoreguoti ir papildyti.

Žemiau pateikiame gydytojo atsakymą.

„Stebint tokį simptomą, pirmiausiai reikia įvertinti paciento bendrą būklę – ar reikalingi kažkokie skubūs veiksmai. Jokių būdu negalima manyti, kad, jei pacientas sąmoningas ir sėdi, tai nereikia atlikti jokių skubių veiksmų. Aš turiu savo taisykles, kuriomis visada vadovaujuosi, bet kokioje situacijoje tikrinu kvėpavimą, sąmonę ir širdies darbą.

Toliau, jei matau šaltkrėtį, aukštą temperatūrą, žinoma, galvoju apie infekcinį susirgimą ir tolimesni rezultatai priklauso nuo apžiūros ir auskultacijos. Pastarosios duomenys plius aukšta temperatūra verčia įtarti infekcinę pneumoniją. Jei plaučiuose karkalų nėra, svarbu, kaip liga prasidėjo. Jei staiga ir yra karantinas, tikriausiai tai gripas. Tolimesnis patvirtinimas – mialgijos. Jei temperatūra ne aukšta ir matomas aiškus nosiaryklės uždegimas, tai greičiausia bus viršutinių kvėpavimo takų infekcija arba faringitas. Taip pat reikia atkreipti dėmesį, ypač pas vaikus, į svetimkūnio patekimą į

kvėpavimo takus. Šiurkštus kvėpavimas, kosulys ir rūkymo stažas – lėtinis bronchitas. Prie kitų infekcinių susirgimų skausmas krūtinėje nėra pagrindinis. Jei būklė labai ūmi ir nėra pagerėjimo savaitės bėgyje (nekrenta temperatūra), būtina kelti klausimą dėl infekcijos rūšies (kultūros tyrimas ir t.t.).

Jei temperatūros nėra, tuomet reikia užduoti klausimus apie skausmo pobūdį ir lokalizaciją: kaip skausmas prasidėjo ir kiek laiko tęsiasi. Miokardo infarktas paprastai susijęs su skausmu, stiprėjančiu keleto minučių bėgyje. Platus skausmo plitimas, ypač į dešinę ir kairę rankas ir apatinį žandikaulį, patvirtina išeminį skausmo tipą. Taip pat reikia įvertinti žinomus rizikos faktorius: aukštas kraujospūdis, viršsvoris, amžius, rūkymas.

Toliau svarbūs yra skausmo pobūdis ir ilgalaikiškumas. Skausmą, kuris svyruoja ir kuris trunka valandas, tačiau neatsispindi elektrokardiogramoje, vargu ar galima vadinti išeminiu skausmu. Todėl, jei skausmas trunka ne ilgiau, kaip 15 minučių, pradedame galvoti apie stenokardiją. Stipresnis skausmas, besitęsiantis 20–25 minutes – atipinė stenokardija. Ilgesni, stipresni ir nenumalšinami nitroglicerinu skausmai – infarktas.

Reikia būti labai atsargiam vertinant skausmo plitimą, reikia prisiminti, kad esant išemijai dažnai skausmas būna ne tik kairėje rankoje, bet ir dešinėje. Tačiau toks pat jis gali būti ir esant ūmiam cholecistitui. Tačiau paprastai prasideda tokie skausmai įvairiose vietose, o, esant cholecistitui, jis daug dažniau būna viršutinėje pilvo dalyje, eina po mentimi, o ne į krūtinės ląstos sritį.

Jei išeminė liga akivaizdi, tuomet atliekama EKG. Pagrindinis klausimas – išemija ir atipinė stenokardija. Jei yra atitinkami pakitimai, pacientas nedelsiant turi būti guldomas į skyrių, kur yra pastovi kardiografija ir priemonės, reikalingos pagelbėti, jei sustotų širdis. Jei tokių pakitimų nėra, arba jie nėra išreikšti, rizika išlieka, tačiau mažesnė. Aspiriną už skruosto ir nitrogliceriną po liežuvio galima duoti, tačiau tik tuomet, kai nėra aktyvių simptomų.

Jei toks skausmas būdavo pacientui ir anksčiau ir buvo išprovokuotas ko nors, kas greitina širdies darbą, ir nitroglicerinas sumažina skausmą, tokį pacientą galima išleisti namo, diagnozavus stenokardiją.

Jei stiprus skausmas jaučiamas tarp menčių, galima galvoti apie aortos aneurizmą. Tuomet būtina išmatuoti spaudimą ir pulsą abiejose rankose ir kojose. Silpnas pulsas – nepakankamas galūnių aprūpinimas krauju, taip pat gali būti susijęs su aortos aneurizma. Ji sutrikdo kraujo patekimą į jas. Tuomet reikia skubiai atlikti KT su kontrastu arba MRT, arba transezofagalinį ultragarsinį tyrimą, jei jis prieinamas.

Auskultuojant krūtinės ląstą, gali būti girdimas kvėpavimo triukšmas, pleuros trinties garsas. Auskultacija gali taip pat išaiškinti pneumotorakso, plaučių embolijos požymius. Apie plaučių emboliją galima galvoti, jei yra kvėpavimo sutrikimas, pleurinis skausmas, hemoptizė ir galūnių varikozė arba koaguliacijos sutrikimas. Tuomet taip pat reikia atlikti KT, angiografiją ir D-dimeriją.

Širdies darbo auskultavimas taip pat gali parodyti trachėjos pajudėjimą į šoną nuo centrinės linijos – įtempto pneumotorakso požymis. Taip pat gali išryškėti sistoliniai ar diastoliniai triukšmai – širdies kraujotakos sutrikimų požymiai. Svarbu atkreipti dėmesį į trečią ir ketvirtą širdies plakimo garsą – rimtą širdies darbo sutrikimą.

Po kurio laiko, baigus pokalbį ir jau kalbant kitomis temomis, tiriamas gydytojas staiga grįžo prie klausimo apie pacientą, būtent dėl skausmų krūtinės srityje: „Beje, visuomet reikia turėti omenyje virškinimo trakto susirgimus, ypač stemplės, skrandžio, dvylikapirštės, kurie gali pasireikšti skausmais krūtinėje. Neretai GERLas tiksliai imituoja išeminės ligos priepuolį. Atskirti tokius atvejus padeda paciento reakcija į antacidus. Be to, negalima pamiršti, kad skausmo priežastimi gali būti krūtinės ląstos (raumenų, sąnarių, šonkaulių ir pan.) skausmai. Tokiu atveju, palpuojant krūtinės ląstą, galima iššaukti skausmą, kuriuo skundžiasi pacientas“.

a) Pirminis atsakymų apdorojimas. Gydytojo atsakymuose paminėtų nozologinių vienetų išskyrimas.

Gydytojo atsakymų apdorojimas vyko tokia seka.

Gydytojo atsakymuose paminėti galimi susirgimai buvo nuosekliai peržiūrėti, išskiriami ir pažymimi (pabraukiami). Tuo atveju, kai gydytojas paminėjo ne atskirą susirgimą, o visą jų grupę, ta grupė buvo pažymima punktyrine linija.

Etaloninio (išsamaus) susirgimų, kurie galėjo sukelti simptomą, nurodytą uždavinyje, rinkinio sudarymas.

b) Etaloniniam rinkiniui sudaryti galima buvo panaudoti vieną iš šiuolaikinių informacinių- diagnostinių technologijų (DiagnosisPRO¹⁶, Isabel¹⁷, UpToDate¹⁸, DXplain¹⁹).

Mūsų tyrimui buvo pasirinktas DiagnosisPRO. Šią technologiją 1981–1982 m. sukūrė du amerikiečių tyrinėtojai Dr. Charles Meader ir Dr. Hugo Pribor ir ji yra laikoma viena stipriausių priemonių apibendrinant šiuolaikinio mokslo duomenis diagnostikos tikslams²⁰.

Mūsų tyrime naudojome tobuliausią, paskutinę - šeštąją šios technologijos versiją – DiagnosisPro6. Sistemai buvo pateiktas simptomas, nurodytas testo užduotyje – skausmas krūtinės srityje. Atsakant, sistema pateikė 443 susirgimų sąrašą, kurie galėjo sukelti minėtą simptomą. Tai nepalyginamai daugiau, nei išvardino gydytojas savo atsakyme. Gydytojas paminėjo tik 15 atskirų susirgimų ir 3 jų grupes (išeminės, virškinamojo trakto ir krūtinės ląstos).

c) Tiriamojo supažindinimas su etaloninių diagnostinių versijų rinkiniu, jo komentarų gavimas.

-
- 16 Meador C., Pribor H., Kerendian S. *DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version)*. MedTech USA, 2010.
 - 17 Maude J., Bauman D. H., Ramnarayan P., Tomlinson A. Isabel Healthcare - Diagnosis Checklist System (On-line version). Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.isabelhealthcare.com/home/>.
 - 18 Aronson M., Bocher B., Marx J., Fleisher G. *UpToDate*. Walter Kluwer 2012. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.uptodate.com/>
 - 19 Stephen P. Bartold, M.D., Hannigan, G. G. DXplain. *Journal of Medical Library Associations*, 90(2), 2002 Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100779/pdf/i0025-7338-090-02-0267.pdf/>.
 - 20 Carlson J, Abel M, Bridges D and Tomkowiak J. The Impact of a Diagnostic Reminder System on Student Clinical Reasoning During Simulated Case Studies. *Simulation in Healthcare*, 2011; 6(1):11–17.

Sutinkamai su tyrimo planu, kompiuterio sudarytame diagnostinių versijų rinkinyje buvo atskirai pažymėti susirgimai, kuriuos gydytojas paminėjo ir tie, kurių jis nepaminėjo savo pasakojime.

Šis sąrašas buvo pateiktas gydytojui. Gydytojas pateikė komentarą apie kiekvieną susirgimą, kuris nebuvo paminėtas gydytojo pasakojime, paaiškino priežastis, dėl kurių tai nebuvo padaryta.

d) Gydytojo paaiškinimų grupavimas

Pirmajai susirgimų grupei buvo priskirti tie, kurie *buvo paminėti* gydytojo pasakojime. Jų pagrindinis ypatumas buvo tai, kad, nagrinėjant nurodytą uždavinį simptomą, šiuos susirgimus gydytojas įtarė pats. Jis paminėjo juos savo pasakojime, nurodė tolimesnius šio įtarimo patikrinimo veiksmus. Visa tai suponavo šios grupės pavadinimą – *aktyviųjų diagnostinių versijų grupė*. Kaip matėme, į pasakojimą buvo įtraukta tik 15 susirgimų.

Tris tolimesnes grupes sudarė susirgimai, kurių gydytojas (skyrium nuo kompiuterio) neįtraukė į diagnostinių versijų sąrašą.

Sutinkamai su tuo, kaip gydytojas paaiškina neįtraukimą, buvo išskirtos trys diagnostinių versijų grupės.

1. *Diagnostinės versijos, priklausomos nuo priminimo*. Tai tokie susirgimai, dėl kurių gydytojas pareiškė, kad tikrai įtrauktų juos į savo įtarimų rinkinį, jeigu apie juos prisimintų. Jis paaiškino, kad realioje diagnostinėje situacijoje, turint reikalą ne su abstrakčiu tyrimo uždaviniu, o tikru pacientu, apie šį susirgimą jam tikriausiai primintų koks nors tolimesnio tyrimo metu išryškėjęs šio susirgimo simptomas. Be to, jis paminėdavo, kad dėl šio susirgimo jam galėjo priminti kitas gydytojas („Diagnozuojant, visais atvejais, kai nėra pilno aiškumo, būtina pasitarti su kolegomis. Kas pačiam neateina į galvą, gali pasiūlyti kažkas kitas“). Pagaliau, priminimo šaltinis galėjo būti ankstesnis susitikimas su šiuo susirgimu, gydant kitą pacientą („Neretai pagalvoju, ar tik nebuvo kažko panašaus anksčiau, ar tik nebuvo susidūręs su panašiu simptomu? Toks atvejis tikrai padeda prisiminti apie susirgimą, apie kurį kitaip ir nepagalvotum, ypač jeigu toks atvejis buvo neseniai“).

Viso labo šiai grupei priklauso 121 susirgimas, kas sudaro 27,3 proc. viso etaloniinio rinkinio versijų dalį dalies. Visus juos gydytojas įtrauktų į diagnostinę paiešką, tik jeigu jam kažkas apie kiekvieną iš šios grupės susirgimų primintų.

Iš to seka, kad šitie susirgimai žinomi gydytojui, jis pripažįsta, kad jie turėtų būti įtraukti į skausmų krūtinės srityje diagnostinių versijų sąrašą. Tačiau tai, ar jie realiai bus įtraukti, priklauso nuo to, ar gydytojui bus „priminta“ apie juos.

Dėl to ši susirgimų grupė buvo pavadinta „priklausomomis nuo priminimo“. Alternatyvus pavadinimas – *pasyviųjų diagnostinių versijų grupė*. Skyrium nuo anksčiau aptartų 15 „aktyvių“ susirgimų, kuriuos gydytojas atsimesna pats ir atlikdamas diagnostinį tyrimą pats aktyviai ir kryptingai ieško jų simptomų, „pasyvių“ gydytojas kryptingai neieško. Gydytojas įtars juos, tik jeigu pastebėtas ryškesnis simptomas arba kažkas kita primins apie šį susirgimą. Bet jeigu simptomas nebus pakankamai ryškus, kad atkreiptų į save dėmesį, jei panašaus susirgimo praeityje nebuvo ar kolegos apie jį nepriminė, jis nebus įtartas ir diagnostiniame procese nedalyvaus.

Šios susirgimų grupės atžvilgių negalime pasakyti, kad gydytojas jų nežino. Aplamai paėmus, „akademiškai“, jis juos žino. Tačiau konkrečioje situacijoje, sprendžiant konkretų diagnostinį uždavinį, nesant priminimo, šios žinios neatsiras.

Čia glūdi specifinis, šiai versijų grupei būdingų, diagnostinių klaidų pavojus. Jeigu gydytojas kryptingai neieško tam tikro susirgimo požymių, ir prisimena apie šį susirgimą, tik esant „priminimui“, jis nenustatys šio susirgimo nei vienu atveju, kai tokio priminimo nėra ar toks priminimas nepakankamai stiprus (pvz., jei simptomas nėra pakankamai ryškus).

Kalbėjome, kad gydytojo darbe labai daug įvairiausių trukdžių. Šios grupės susirgimai nepalyginus jautresni trukdžiams, negu pirmos grupės. Trukdžiai gali „nuslopinti“ priminimą. Pavyzdžiui, net ir ryškesnio simptomo gydytojas gali nepastebėti, jeigu yra pavargęs, įtemptas, sujaudintas, jeigu aplinkui yra dirgiklių, kurie jį blaško, neleidžia susikaupti. Dėl to atitinkamas susirgimas gydytojui nebus primintas. Tuo tarpu aktyviosios grupės susirgimų jam ir nereikia priminti, jis juos atsimena pats.

Gydytojų diagnostinės veiklos tyrimai įtikinamai patvirtina aktyvių diagnozių pranašumą prieš pasyvias. Jie parodo, kad gydytojas daug geriau pastebi tuos simptomus, kurių atsiradimo priežasčių ieško sąmoningai ir tikslingai. Harold Kundel, atlikdamas tyrimus su radiologais, pateikė jiems plaučių rentgenogramas, kuriose buvo matomi tuberkuliozei būdingi „mazgeliai“. Vienai radiologų grupei buvo užduodamas bendro pobūdžio klausimas, „ką rodo rentgenograma“. Antrai grupei buvo užduotas konkretus klausimas – ar yra tuberkuliozės požymių. Tyrimas parodė, kad antruoju atveju, kai gydytojas tikslingai ieško požymių, būdingų konkrečiam susirgimui, jo budrumas ieškant šio susirgimo simptomų buvo daug aukštesnis.

Šio eksperimento metu gydytojo ragenoje buvo pritvirtinti miniatiūriniai veidrodėliai. Jie leido stebėti gydytojo žvilgsnio judėjimą. Paaiškėjo, kad 80 % gydytojų, kurie žiūrėjo rentgenogramas be konkrečios diagnostinės versijos, žvilgsnis mažą sekundės dalelytę visgi sustodavo ties „mazgeliais“, tačiau greit judėjo toliau. Taigi diagnostinės versijos neturėjimas, daro gydytoją „aklu“ mažiau ryškių simptomų atžvilgiu²¹.

Kitai variant, jei gydytojas nežino tiksliai, ko ieško, dažniausiai jis nieko ir neras.

Išvada: pasyviosios grupės susirgimai patenka į aukštesnę diagnostinių klaidų rizikos zoną.

Atrodytų, kad jeigu visi pasyvios grupės susirgimai priklausytų aktyviai ir gydytojas pats atsimintų apie jas ir aktyviai ieškotų jų simptomų, diagnostika ženkliai pagerėtų. Tačiau kyla klausimas: ar tuo atveju gydytojo atmintis susidorotų su daug didesniais informacijos masyvo apdorojimu? Iš tikrųjų, šiuo atveju operatyvi atmintis turėtų būti pajėgi dirbti jau ne su 15, o 136 susirgimais? Turint omeny tai, kad ši atmintis turi tam tikras, gan siauras operatyvinės atminties ribas, tai galėtų sukelti jos veikimo problemų²². Nieko nuostabaus, kad Harold Kundelio triami radiologai pradėjo diagnozuoti geriau, kai jie galvojo tik apie vieną susirgimą ir ieškojo būtent jo požymių. O kas, jeigu

21 Groopman, J. How doctors think, New York 2008, 197.

22 Schachter D. Seven sins of memory: How the Mind Forgets and Remembers. New York, 2001.

jiems reikėtų galvoti ne apie vieną, o apie 136. susirgimus? Aišku, kad tai sukeltų labai aukštus reikalavimus jų operatyviai atminčiai.

Tuo tarpu esama prisiminimo taktika, kai aktyviai išaiškinama tik labai nedidelė susirgimų grupė, o visi kiti atsimenami pasyviai, ženkliai palengvina atminties darbą. Tai leidžia diagnozuojantį gydytoją galvoti vien apie tuos pirminius 15 susirgimų, aktyviai ieškoti tik jų simptomų. Visi kiti, tai yra pasyvios grupės susirgimai, „nustumiami į šešėlį“, jų patekimas į operatyviają atmintį - prisiminimas apsunkintas (neįvyksta be priminimo). Teigiama to pasekmė yra tai, kad mintis apie juos netrukdo gydytojui galvoti vien apie nedaugelį aktyviausiai ieškomų susirgimų. Tačiau už tai tenka mokėti brangia kaina - leidžiant dažniau klysti, diagnozuojant visus kitus susirgimus.

2. *Atmetamos diagnostinės versijos.* Sekanti susirgimų grupė - tai tokie, apie kuriuos gydytojas pareiškė, kad neįtrauktų į savo įtarimų rinkinį netgi tuo atveju, jeigu atsimintų apie juos. Kiekvieno tokio susirgimo atžvilgiu gydytojas nurodė priežastis, kurios neleistų jam jį įtraukti į įtariamų rinkinį. Tokių susirgimų buvo viso 251, kas sudaro daugiau kaip pusę (56,6 proc.) visų etaloninio rinkinio versijų dalies. Šie susirgimai buvo pavadinti „atmetamų diagnostinių versijų“ grupė. Alternatyvus pavadinimas - „diagnostinės versijos, esančios psichologinio pasipriešinimo zonoje“, kadangi yra priežastys, kurios „priešinasi“ šių versijų įtraukimui į gydytojo diagnostinių versijų rinkinį.

Panagrinėsime pagrindines gydytojo paminėtas neįtraukimo priežastis.

1. „Siauros specializacijos“ susirgimai.

Tai pagal P.G. „ne mano diagnozės“ - susirgimai, kurie gydytojo nuomone, nepriskiriami jo kompetencijai. Į šią grupę patenka dauguma infekcinių, chirurginių, psichiatrinių sutrikimų. „Man ir nepriklauso jų diagnozuoti. Mano užduotis - tik nukreipti pas reikiamą specialistą. Jei aš ir suklydau, jis persiūs kitam“ - paaiškino P. G.

Vargu ar galima sutikti su šiuo paaiškinimu. Viena iš svarbiausių bet kurio klinicisto užduočių - sugebėti įtarti bet kokį susirgimą, kurio simptomai gali būti sutikti jo praktikoje. Be to, jis negalės nukreipti paciento pas reikiamą specialistą ir pacientas bus pasmerktas ilgiems ir chaotiškiems siuntinėjimas nuo vieno specialisto pas kitą. Taigi, gydytojo sugebėjimas išvelgti kitų specializacijų ligas yra neatskiriama jo kvalifikacijos dalis. Tačiau, kad teisingai išvelgti tokius susirgimus, būtina turėti jų aiškų diagnostinį vaizdą.

Tuo tarpu paaiškinimas „ne mano diagnozės“ psichologiškai atleidžia gydytoją nuo pareigos turėti omeny šiuos susirgimus, žinoti ir, reikalui esant, įtarti juos. Tuo būdu šis susirgimas iš viso išjungiamas iš diagnostinio proceso. Gydytojas neįtars jo, pacientas nebus nukreiptas pas tinkamą specialistą. Jis gali būti išaiškintas tik atsitiktinai, pacientui pakliuvus pas tokį specialistą dėl kokios nors kitos priežasties.

Aišku, kad pašalinant „siauros specializacijos“ susirgimus iš diagnostinių versijų rinkinio, tuo pačiu „užprogramuojamas“ gydytojo diagnostinis „aklumas“ šio susirgimo atžvilgiu kiekvieną kartą, kai gydytojas susitiks su vienu iš jų. Taigi, dabartinis šių susirgimų visiškas pašalinimas iš atminties, iš vienos pusės, atpalaiduoja ją, tačiau, iš kitos, už tai mokoma labai aukšta kaina, leidžiant atsirasti diagnostikos klaidoms.

2. „Ypatingai reti“ susirgimai.

Neįtraukiant šių susirgimų, savo komentaruose P. G. nurodė, kad šie susirgimai yra labai reti ir jis turi labai mažai galimybių juos sutikti savo praktikoje. Todėl jis jų nesitiki ir, be to, neturi ir jų diagnozavimo patirties. Šio paaiškinimo esmė yra ta, kad jei vienas ar kitas susirgimas profesinėje gydytojo praktikoje sutinkamas pakankamai retai, tai visiškai suprantama, kad gydytojas gali iš viso atmesti jo tikimybę ir negalvoti apie jį.

Ir su šiuo teiginiu sunku sutikti. Retų susirgimų paradoksas, kad nors ir kiekvienas atskirai sutinkamas pakankamai retai, visų jų daug, ir kartu jie gali sudaryti nemažą gydytojo sutinkamų susirgimų dalį. Dėl to tikimybė sutikti bent vieną iš jų yra gan aukšta. Be to, su daugeliu gydytojas tikrai susiduria bent kartą per visą savo profesinę veiklą. Šioje situacijoje, esant žinių trūkumui ir patirties stokai, neišvengiamos diagnostinės klaidos.

Dėl to pats susirgimo retumas neleidžia jo ignoruoti. Atvirkščiai, jis reikalauja ypatingo dėmesio ir specialių pastangų tam, kad, jas sutikus, jos būtų teisingai diagnozuojamos. Taigi vėl gydytojo paaiškinimas greičiausiai yra psichologinė gynyba ir neprisimimimas atsakomybės dėl retų ligų diagnozavimo. Vėl gi, pašalinant šiuos susirgimus iš diagnostinių versijų rinkinio, iš vienos pusės, palengvinamas atminties darbas, bet vėl brangia kaina, lemiant diagnostines klaidas kiekvieną kartą, kai gydytojas susitiks su vienu iš šių susirgimų.

3. „Išgalvotos“ („profesorių“) diagnozės.

Tokią charakteristiką mūsų tiriamasis pateikė diagnozėms tokių ligų, kurios gydytojo nuomone „neatitinka realybės“ ir yra „mokslas vardan mokslo“. Dažniausiai taip būna, kai gydytojas mato vieną susirgimą ten, kur ICD-10 ir jį sekantis DiagnosisPro6 išskiria keletą. Pavyzdžiui, viena iš galimų skausmo priežasčių krūtinės srityje, P. G. įvardino galimą svetimkūnį kvėpavimo takuose. Jis suvokia tai kaip vieną susirgimą. Tuo tarpu, skirtingai nuo P.G., DiagnosisPro6 čia išskyrė kelis ir nagrinėja kiekvieną kaip atskirą nozologinį vienetą. Svetimkūnis gerklėje, gerklose, trachėjoje ir bronchuose pripažįstamas keturiais skirtingais susirgimais. P. G. atmeta tokią „smulkų“ skirstymą ir vadina jį „išgalvotu“, „grynai teoriniu“, „nutolusiu nuo realaus gyvenimo“. Jo nuomone, „praktiškai“ tai vienas susirgimas.

Tačiau vėl, nors šis „praktinis požiūris“, gerokai pamažinant diagnostinių versijų skaičių, palengvina atminties darbą, bet tai padaroma diagnostikos kokybės blogėjimo ir jos klaidų didėjimo sąskaita. Minėtu pavyzdžiu skirtingų pagal lokalizaciją svetimkūnio patekimo į kvėpavimo takus atvejų išskyrimas turi ir didelę praktinę reikšmę. Mat, skirtinga lokalizacija apsprendžia gana skirtingus simptomus (pvz. stiprus seilėtekis, svetimkūniui pakliuvus į gerklę, besikartojanti pneumonija patekus į bronchus ir.t.t.). Maža to, kiekvienu turėtų užsiimti kitas specialistas. Todėl, nagrinėjant visus juos kaip vieną susirgimą, neišvengiamos diagnozavimo klaidos.

Visos paminėtos neįtraukimo priežastys vaidina tą pačią funkciją – jos redukuoja diagnostinių versijų sąrašą iki psichologiškai priimtino dydžio. Tai iš esmės palengvina gydytojo darbą, leidžiant jam diagnozuojant visai negalvoti apie didžiausią dalį susirgimų (56,6 proc.), kurie galėjo sukelti stebimą simptomą. Tačiau už tai tenka sumokėti nemažą kainą. Jei minėtus simptomus visgi sukėlė vienas iš šios grupės susirgimų, jis

nebus diagnozuotas. Tai neįvyks netgi, jeigu kas nors (ryškus simptomas ar kolegos konsultacija) siektų priminti apie jo galimybę.

3. *Grupinės (pusiau pasyvios) diagnostinės versijos.* Čia priklauso susirgimai, kurių gydytojas tiesiogiai nepaminėjo. Užtat, jis paminėjo susirgimų grupes, kuriai jie priklauso. Pavyzdžiui, savo pasakojimo gale jis pasakė: „Beje, visuomet reikia turėti omenyje virškinimo trakto susirgimus ypač, stemplės, skrandžio, dvylikapirštės, kurie gali pasireikšti skausmais krūtinėje“. Iš tikrųjų, nemaža virškinimo trakto susirgimų tikrai gali sukelti skausmus krūtinės srityje. Tačiau, iš kitos pusės, toli gražu ne visi šie susirgimai taip gali pasireikšti. Tuo tarpu gydytojas netikslina, kokius virškinamojo trakto susirgimus jis įtartų. Jo bendras virškinimo trakto susirgimų paminėjimas tik reiškia, kad jis paieškotų „kokių nors“ šio trakto susirgimų, tikėdamasis, kad koks nors ryškesnis ir specifiškesnis simptomas nurodys jam konkretų susirgimą. Tas pats pasakytina ir apie antrą gydytojo paminėtą susirgimų grupę. „Be to, negalima pamiršti, kad skausmo priežastimi gali būti krūtinės ląstos (raumenų, sąnarių, šonkaulių ir pan.) skausmai“. Ir šiuo atveju gydytojas nemini konkrečių susirgimų, bet toliau nurodo būdą, kuriuo sieks išaiškinti specifinius jų simptomus („Toku atveju, spaudžiant krūtinės ląstą, galima iššaukti skausmą, kuriuo skundžiasi pacientas“).

Taigi šie susirgimai yra „pusiau aktyvus“: jų paieškoje yra tam tikras kryptingumas, bet jis yra ribotas. Iš čia ir grupės pavadinimas - „pusiau aktyvios“ diagnostinės versijos.

Nustatant šių diagnostinių versijų skaičių, kiekvienai gydytojo paminėtai susirgimų grupei buvo skaičiuojama, kiek etaloninio rinkinio susirgimų tikrai įeina į gydytojo paminėtą grupę. Pvz., sutinkamai su DiagnosisPRO6 sudarytų diagnostinių versijų sąrašu, yra 23 virškinamojo trakto susirgimai, kurie gali sukelti skausmus krūtinės srityje. Visi šie susirgimai buvo priskiriami pusiau aktyviųjų diagnozių grupei.

4. Gydytojo diagnostinių žinių struktūra ir jo diagnostinė veikla

Žemiau pateikta 1 lentelė ir 1 paveikslas parodo anksčiau apibūdintų diagnostinių versijų santykinį dydį.

1 lentelė. Pagrindinės gydytojo P. G. diagnostinių versijų grupės

	Aktyvios (nuo priminimo nepriklausomos) diagnostinės versijos	Grupinės (pusiau aktyvios) diagnostinės versijos	Pasyvios (nuo priminimo priklausomos) diagnostinės versijos	Atmetamos (pasipriešinimo zonoje esančios) diagnostinės versijos	Diagnostinių versijų skaičius etaloniame rinkinyje
Absoliutūs skaičiai	15	56	121	251	443
Procentai	3,4	12,6	27,3	56,7	100

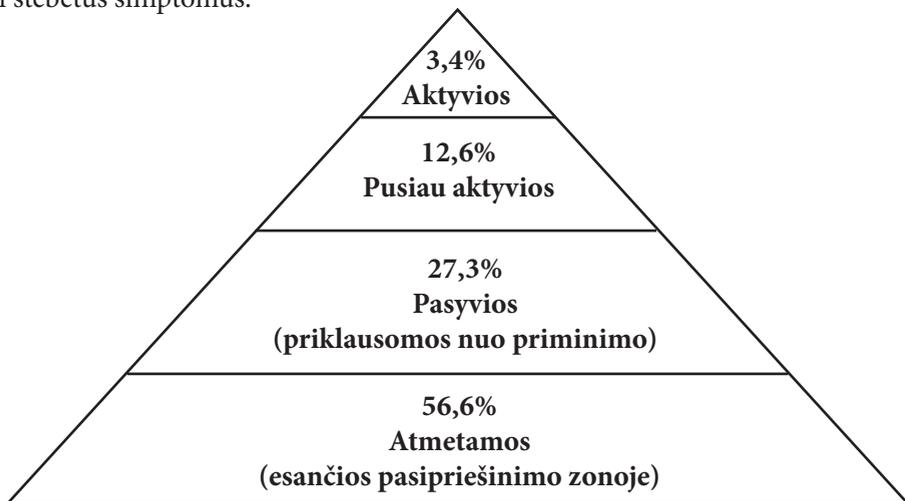
Mažiausia yra aktyvių versijų grupė, ji sudaro tik 3,4 proc. etaloninio rinkinio. Ši nedidelė grupė yra savotiškas gydytojo diagnostinės veiklos branduolys. Būtent šitų susirgimų jis aktyviausiai ieško, susidūręs su uždavinyje nurodytu simptomu. Galima manyti, kad būtent jie, gydytojo akimis yra labiausiai tikėtini.

Žymiai gausesnė yra pasyviųjų versijų grupė (27,3%). Gydytojas žino juos, supranta, kad gali susidurti su jais. Tačiau aktyviai jų neišaiškina, daro tai tik esant kažkokiai priežasčiai, kuri primintų apie juos.

Pagaliau, gausiausia (56,6%) yra grupė susirgimų, kurie nors ir gali, sutinkamai su šiuolaikinio mokslo duomenimis ir su ši mokslą atspindinčiais atnaujinamais vadovėliais, sukelti stebimą simptomą, tačiau yra priežasčių, kurios neleidžia gydytojui įtraukti jų į diagnostinių versijų sąrašą.

Įvairių grupių turinio ir santykinio dydžio palyginimas leidžia daryti keletą išvadų.

1. Etaloninio (šiuolaikinio mokslo požiūriu išsamaus) versijų rinkinio apimtis yra milžiniška. Į ją įeina beveik keturi su puse šimtų galimų susirgimų, apie kuriuos bent viename iš DiagnosisPRO6 apibendrinamų vadovėlių buvo nurodyta, kad jie gali sukelti stebėtus simptomus.



1 pav. Gydytojo P. G. diagnostinių žinių struktūra. Pagrindinių diagnostinių versijų santykis.

Šis didžiulis skaičius atspindi realią situaciją šiuolaikinėje medicinoje.

Deja, lieka tolimoje praeityje „auksiniai laikai“, kai buvo žinoma palyginus nedaug susirgimų ir kiekvienas pasireiškėdavo vien nedaugeliu tipinių simptomų. Dabartiniu metu žinomi virš 10 tūks. susirgimų, kiekvienas iš kurių daro daugialypį poveikį pačioms įvairiausioms organizmo sistemoms ir dėl to gali sukelti įvairiausius simptomus. Maža to, tūkstančiai ir tūkstančiai naujų tyrimų, vykstančių visame pasaulyje, nepaliaujamai teikia vis naujų duomenų apie vis naujus šių susirgimų simptomus, pasireiškimo ypatumus, netipines formas, specifiką įvairiose susirgimo stadijose, įvairiose pa-

cientų grupėse, priklausomai nuo įvairiausių lydinčių susirgimų, vartojamų vaistų ir kitų momentų.

Nieko nuostabaus, kad DiagnosisPRO6 apžvelgianti 104 šiuolaikinių atnaujinamų vadovėlių, surado kelis šimtus susirgimų, kurie galėtų pasireikšti skausmais krūtinės srityje.

2. Situacija su uždavinyje nurodytu simptomu jokia būdu nėra unikali. Atvirkščiai, daug kitų mums žinomų simptomų yra tiek pat nespecifiški, juos gali sukelti šimtai įvairiausių susirgimų. Diagnostinių versijų rinkiniai, kuriuos tas pats DiagnosisPRO sudaro tokiems simptomams, kaip kosulys, viduriavimas, karščiavimas, galvos skausmas, dusulys ir daugelis apima šimtus galimų susirgimų.

Šiuolaikinio mokslo pažanga teikia ir vis naujus duomenis apie tai, ką gali reikšti kiekvienas simptomas, nurodo vis daugiau susirgimų, kurie galėtų jį sukelti. Šis procesas sukelia bendrą visų žinomų simptomų „specifiškumo praradimo“ procesą, kai lieka vis mažiau specifinių simptomų ir kiekvieno atskiro simptomo specifiškumas greitai mažėja. Taigi, vis platesnės žinios apie mums žinomus simptomus, vis labiau sumažina kiekvieno iš jų specifiškumą.

3. Visa tai kelia sunkiai įveikiamus reikalavimus gydytojui. Nagrinėdamas atskirą simptomą jis turi atkurti ir laikyti atmintyje informaciją apie šimtus susirgimų ir neaprepiamą daugybę galimų diagnostinių požymių. Ši užduotis pasunkėja daug kartų, kai gydytojas turi reikalą ne su atskiru, o kelių simptomų deriniu. Tokiu atveju jam tenka laikyti atmintyje ir operuoti neįsivaizduojamais žinių kiekiais. Ši užduotis aiškiausiai viršija vidutinio žmogaus gebėjimus ir sukelia sąmoningus ir neįsisąmonėtus procesus, kurie siekia sumažinti gydytojo atminties apkrovimą, verčia gydytoją ieškoti aplinkinių kelių šiam nepakeliamam uždaviniui spręsti²³.

4. Gydytojo diagnostinių žinių panaudojimo praktika susiformavo kaip spontaniškas atminties atsakas į šį neatitikimą. Kaip matėme, atmintis mažina savo apkrovimą dviem būdais:

a. nepanaudojant (nelaikant atmintyje) žinių apie ženkliai šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų, kurie gali sukelti stebimą simptomą, dalį (atmetamų be nagrinėjimo diagnozių grupę);

b. apribojant žinių apie kitus susirgimus atkūrimo galimybes (pasyviųjų - nuo priminimo priklausomų diagnostinių versijų grupę);

c. išskiriant nedidelę operatyviai aktualizuojamų ir aktyviausiai panaudojamų susirgimų grupę (aktyvios - nuo priminimo nepriklausomos diagnostinės versijos).

5. Susiformavusi šių procesų pasekoje diagnostinių žinių struktūra ir turinys, iš vienos pusės, leidžia žymiu mastu redukuoti nepakeliamus reikalavimus gydytojo atminčiai, iš esmės sumažinti nagrinėjamų diagnostinių versijų skaičių.

Tačiau tai daroma labai brangia kaina – menkinant diagnostikos (ir atitinkamai gydymo) kokybę, apsprendžiant didelį diagnostikos klaidų skaičių.

23 Labanauskas, L.; Justickis, V.; Sivakovaitė, A. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje: (pagrindiniai 2440 Lietuvos gydytojų tyrimo rezultatai). Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai. 2011, 1(3), 158-169.

5. Problemų sprendimo kryptys

5.1. Gydytojo realių žinių ir jos spragų problema

Tai, kiek gydytojas žino iš tikrųjų, yra jo paties gili asmeninė paslaptis.

Pacientas, kurį gydytojas tiria, neturi jokio supratimo, ar jo gydytojas tikrai turi visas reikiamas žinias jo susirgimui gydyti ar tik vaizduoja žinojimą.

Geriau orientuojasi gydytojo kolegos ir vadovai. Atskiras klaidingas pasisakymas ar netikslus sprendimas verčia juos pakoreguoti savo nuomonę apie gydytoją ir jo kvalifikaciją.

Tačiau ir jie nežino svarbiausio - koks yra jo žinių konkretus turinys, ką konkrečiai jis žino ar nežino, kokios tiksliai spragos yra jo žiniose ir dėl to, kokių klaidų reikia iš jo laukti. Dėl to jie neturi atsakymo į dar svarbesnį klausimą, kokie jo sprendimai bus klaidingi dėl to, kad gydytojas neturi visų reikiamų šiam sprendimui žinių.

Neturint šios informacijos, jie negali laiku įspėti iš minėtų spragų atsirandančių gydytojo klaidų. Dėl to, pagaliau, ir visa gydytojų kvalifikacijos kėlimo sistema neturi jokio aiškaus kryptingumo. Organizuojant ją, remiamasi nieko neparemta prielaida, kad gydytojas „aplamai paėmus“ žino viską ir jį tik reikia supažindinti su naujausiais pasiekimais. Blogiausia, kad neretai ir pats gydytojas nežino, ko jis nežino. Nėra priemonės, kuri leistų jam pačiam išaiškinti savo žinių spragas ir numatyti priemones joms užpildyti. Jis ramiai gyvena su ta malonia bet klaidinga mintimi, kad „aplamai paėmus“ žino viską, ko reikia, o ko nežino, tai tik smulkios detalės. Dėl to, jam tenka laukti, kol jo rimta klaida ir jos oficialus tyrimas nurodys jam į vieną ar kitą žinių spragą.

Mūsų atliktas gydytojo P. G. tyrimas – pirmas žingsnis konkretesniam gydytojo žinių, realiai esančių jo atmintyje, pažinimui. Tyrimas leidžia numatyti, kad šio gydytojo diagnozė bus klaidinga kiekvieną kartą, kai pacientas iš tikrųjų turi vieną iš „atmetamų diagnozių“ grupės susirgimų. Ji bus klaidinga ir visais atvejais, kai jo pacientas turi vieną iš „pasyvios grupės“ susirgimų, bet tas susirgimas „nepriminė“ apie save kažkoku ryškesniu simptomu ar gydytojas buvo per daug pavargęs, susirūpinęs ar įtemptas, kad jį pastebėtų.

Tyrimo rezultatai atveria ir kelius problemai spręsti:

1. Atsiranda galimybė pačiam gydytojui realiai įvertinti savo būsimų diagnostinių klaidų rizikas, kurios glūdi jo žinių sistemoje. Tai, savo ruožtu, leidžia jam imtis atitinkamų įspėjimo priemonių - pirmiausiai, išaiškintų pavojingų žinių spragų panaikinimas.

2. Vadovui, gydytojo žinių turinio ir struktūros tyrimo rezultatai leistų tiksliau nustatyti problemas, kurios gali kilti šio gydytojo darbe, ir numatyti prevencijos priemones joms įspėti.

3. Įstatymo leidėjui, reglamentuojančiam gydytojo teisinę atsakomybę, šie rezultatai leidžia patikslinti reikalavimų gydytojui ribas, vengiant teisinių reikalavimų neįvykdymo ir visų jo tolimesnių pasekmių²⁴.

24 Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. Socialinių mokslų studijos. 2010, 4(8), 89–107.

5.2. Gydytojo žinių turinio ir struktūros formavimo problema

Gydytojo žinių, disponuojamų konkrečioje diagnostinėje situacijoje, turinys ir struktūra, tame tarpe minėtos diagnostinių versijų grupės, formuojasi stichiškai, veikiant aukščiau aprašytiems žinių perdavimo mechanizms ir jo atminčiai bandant prisitaikyti prie didelių ir vis augančių reikalavimų jai. Mūsų tirtas gydytojas niekada nebuvo susimąstęs, kokius susirgimus priskirti aktyviųjų diagnozių grupei, o kokius – pasyviųjų ar atmetamų. Iki tyrimo jis netgi neįtarė, kad tokios grupės apamai egzistuoja jo atmintyje.

Tačiau stichinis procesas gali atnešti tik tokį pat stichinį rezultatą. Praktinės veiklos metu gydytojas dažniausiai pats to nesuvokdamas palaipsniui pertvarkė savo „universitetines“ žinias į „praktines“. Palaipsniui, savaime jam suformavo tam tikra jo veiksmų svarbiausiose klinikinėse situacijose tvarką. Ši tvarka atleido jį nuo būtinybės kiekvieną kartą mintyse vartyti vadovėlį, ieškant susirgimų, kuriems būdingas tam tikras simptomas. Ši susiformavusi gydytojo veiksmų tam tikru atveju tvarka yra savotiškas individualus gydytojo diagnostikos „algoritmas“ (IDA). Dėka jo, gydytojas turi aiškią nuomonę, kaip kiekvienu atveju diagnozuoti: į ką atkreipti dėmesį, apie ką pagalvoti, kokį klausimą sau užduoti, kokius veiksmus atlikti, kokias problemas galima sutikti darant tai ir kaip jas spręsti. Taigi IDA reglamentuoja tiek diagnozuojančio gydytojo veiksmus, tiek ir jo minčių, prisiminimų, sprendimų ir veiksmų tvarką.

Gydytojo P. G. pasakojimas apie savo mintis ir veiksmus, nustatant skausmo krūtinės srityje priežastis, kaip tik ir yra tokio individualaus diagnostinio algoritmo pavyzdys. Tai net tik pasakojimas apie tai, kaip jis paprastai veikia tokiu atveju, bet ir apie tai, kaip, sutinkamai su šio gydytojo žiniomis ir patirtimi, reikia veikti.

Kartu šio pasakojimo nagrinėjimas parodė pagrindinį gydytojo individualaus algoritmo trūkumą - jo santykio su šiuolaikinio mokslo pasiekimais neaiškumą. Jo IDA nesirėmė jokių sistemingu šiuolaikinio mokslo tyrimų rezultatų apibendrinimu. Priešingai, jis susiformavo stichiškai praktinės veiklos metu sutiktų atvejų, pokalbių, skaitymo, likusių dar iš universiteto žinių pagrindu.

Tai nusako pagrindinę tobulinimo kryptį - kontroliuoti ir valdyti individualių diagnostinių algoritmų turinį ir struktūrą. Pradedantis praktinę veiklą gydytojas turi būti atleistas nuo sunkios užduoties pačiam formuoti savo „savo gamybos“ IDA. Vietoje to, jis turi gauti tos pačios paskirties, bet šiuolaikinio mokslo pagrindu suformuotus veiklos algoritmus.

Toks algoritmas turi integruoti moksliskai pagrįstą sprendimų ir veiksmų tam tikroje klinikinėje situacijoje nuoseklumą su tikslu ir išsamiu kiekvienam iš jų reikalingos informacijos apibrėžimu. Tai sudaro gydytojui galimybę ne tik tiksliai žinoti, kokius veiksmus reikia atlikti tam tikroje klinikinėje situacijoje. Jis gauna galimybę tiksliai žinoti, kokiomis žiniomis jis turi disponuoti, atliekant kiekvieną tokį veiksmą ar priimant kiekvieną sprendimą. Taigi, medicininiai standartai, kurie reglamentuoja gydytojo veiksmus, lygiai taip pat turi nukreipti ir jo „mintinius veiksmus“, tame tarpe ir atsiminimo procesus.

Toks integruotas medicininis standartas nėra fantastika. Toks gydytojo veiksmų integracijos su joms reikalingomis žiniomis modelis yra būdingas pažangiausiems šiuolaikiniams medicininiam standartams.

Pripažintas lyderis, kuriant tokius standartus, yra Britanijos Nacionalinis sveikatos ir klinikinės kompetencijos institutas (NICE), kuris sukūrė ir įdiegė į praktiką 726 tokius standartus²⁵. Jų panaudojimo tyrimai rodo didelį teigiamą poveikį, koreguojant gydytojų veiksmus klinikinėse situacijose.

Itin svarbu, kad visi jie parengti išsamaus šiuolaikinio mokslo pasiekimų apibendrinimo pagrindu. Tai reiškia, kad jie pilnai atitinka tiek Lietuvos teisinius, tiek medicinos reikalavimus.

Išvados ir rekomendacijos

1. Šiuolaikinės biomedicinos žinios, keliaudamos pas diagnostinį sprendimą primantį gydytoją, turi įveikti visą eilę komunikacinių barjerų, kurie neleidžia didelei šių žinių daliai pasiekti gydytojo ir būti pritaikytomis praktikoje. To pasekoje susidaro žinių, reikalingų teisingam sprendimui, trūkumas ir iš to sekančios gydytojo darbo kokybės problemos, tame tarpe ir gydymo klaidos, užtraukiančios gydytojo teisinę atsakomybę.

2. Dabartiniai reikalavimai gydytojo žinioms ženkliai viršija jo atminties realias galimybes. Šis neatitikimas atsirado ir nuolat didėja, sparčiai augant medicininį žinių apimčiai ir pastoviai kylant diagnostinės veiklos standartams. Šis neatitikimas sukelia spontaninius ir nevaldomus gydytojo adaptacijos prie jo realias galimybes viršijančių reikalavimų procesus.

3. Ši adaptacija vyksta:

- a. nepanaudojant (nelaikant atmintyje) žinių apie ženkliai šiuolaikiniam mokslui žinomų susirgimų dalį;
- b. apribojant turimų žinių apie daugelį susirgimų atkūrimo atmintyje galimybes (taikant vadinamąjį pasyvų jų prisiminimą);
- c. išskiriant nedidelę grupę operatyviai aktualizuojamų ir aktyviausiai panaudojamų susirgimų.

4. Toks adaptacijos būdas turi ženkliai neigiamas pasekmes diagnostiniam procesui, mažina jo kokybę, sąlygoja jo klaidingumą ir to pasekoje blogina viso gydymo kokybę.

5. Pagrindas minėtoms problemoms spręsti yra veiksmingas gydytojo žinių valdymas, dabartinio šio proceso stichiškumo ir nevaldomumo įveikimas. Tai turėtų įvykti:

- a. užtikrinant gydytojo žinių turinio ir struktūros kontrolę (vykdant siūlomus šiame straipsnyje gydytojų individualių diagnostinių algoritmų (IDA) tyrimus);

25 Justickis, V, Saladis, T., Pamerneckas, A. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui: Lietuvos ir Didžiosios Britanijos medicinos standartų lyginamasis tyrimas. Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai, 1(3), 122-157.

b. kryptingai formuojant gydytojo atminties veikimą, panaudojant šiuolaikinius medicininius standartus.

Literatūra

1. Aronson M., Bocher B., Marx J., Fleisher G. UpToDate. Walter Kluwer 2012. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.uptodate.com>.
2. Carlson J, Abel M, Bridges D and Tomkowiak J. The Impact of a Diagnostic Reminder System on Student Clinical Reasoning During Simulated Case Studies. //Simulation in Healthcare, 2011, 6(1). P. 11-17.
3. Groopman J. How doctors think. Boston-New York. Houghton Mifflin Company, 2008
4. Justickis, V, Saladis, T., Pamerneckas, A. Pamatiniai reikalavimai medicinos standartui: Lietuvos ir Didžiosios Britanijos medicinos standartų lyginamasis tyrimas. //Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai , 1(3). P. 122-157.
5. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdymas. šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. //Socialinių mokslų studijos. 2010, 4(8). P. 89–107.
6. Labanauskas, L.; Justickis, V.; Sivakovaitė, A.. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje // Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai. 2011, 1(3). P. 158-169.
7. Lietuvos Aukščiausiasis teismas. N u t a r t i s 2001 m. lapkričio 14 d. Byloje Nr. 3K-3-1140/2001 m. Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. Prieiga per internetą: <http://www.lat.lt/lt/teismo-nutartys/nutartys-nuo-2006-6bt1.html>.
8. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas (2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI-499) Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=359503.
9. Longmore M., Wilkson I., Rajagopalan S. Oxford Handbook of Clinical Medicine. Sixth Edition. Oxford University press, 2004.
10. Mandler, G. From association to organization. Current Directions in Psychological Science, 2011, 20 (4), 232-235.
11. Mark,D. Decision-Making in Clinical Medicine. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition, McGraw-Hill Company 2008, 16- 23.
12. Maude J., Bauman D. H., Ramnarayan P., Tomlinson A. Isabel Healthcare - Diagnosis Checklist System (On-line version). Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.isabelhealthcare.com/home/>.
13. Meador C., Pribor H., Kerendian S. DiagnosisPro 6.0 (CD-ROM - version). MedTech USA, 2010.
14. Montgomery K. How doctors think. Oxford University press, 2006.
15. Stephen P. Bartold, M.D., Hannigan, G. G. DXplain. // Journal of Medical Library Associations, 90(2), 2002 Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles /PMC100779/pdf/i0025-7338-090-02-0267.pdf/>.
16. U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health. PUBMED Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d.; Prieiga per internetą: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>.
17. UpToDate Žiūrėta 2011 m. birželis 5 d. < Prieiga per internetą: <https://www.uptodate.com/login>>.
18. Weingart S. Critical Decision Making in Chaotic Environments. Patient Safety in Emergency Medicine. New York-London, Walter Kluwer, 2009, 209–213.

Doctor's knowledge making a diagnosis. Medical standards in shaping them

Viktoras Justickis

Mykolas Romeris University, Lithuania

Tomas Saladis

Republic Vilnius University Hospital, Lithuania

Summary

The paper focuses on the structure and content of doctor's knowledge that he uses making a diagnosis. It is analysed the ever increasing demands to doctor's knowledge, arising from ever growing bulk of medical knowledge and increasing public expectations to the quality of medical service.

The sources of incongruence between increasing demands to the doctor's knowledge and its ability to meet them are discussed. Lithuanian law sets up maximal demands to the doctor – he must possess every existing medical knowledge that can be useful treating his patient and in the case of proven lack of some such knowledge is responsible for any damage made by unsuccessful treatment. This demand overpasses the real capacity of human memory and stimulates spontaneous adaptation processes.

The paper proposed a special methodology for examination of the content and the structure of a doctor's knowledge. This methodology is used for empirical study of doctor's diagnostic knowledge.

The study discovered ways in which the doctor adapts to the modern, his capacity overpassing demands. Two principle ways of his adaptation have been demonstrated.

- 1. Great part of possible diseases is excluded from memory and from diagnosis;*
- 2. The approach to information on another part of possible diseases is impeded. They are available only when some additional prerequisites are present.*

Both adaptations really simplify the diagnosis and dumps the memory. However it is done at the expense of the dropping the quality of diagnosis.

The ways for solution of this problem are discussed.

Keywords: *medical information, communication barriers, medical professional standards, clinical diagnosis, doctor's liability, doctor's knowledge gydytojų klaidos, teisiniai reikalavimai gydytojui.*

Viktoras Justickis. Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Psichologijos katedros profesorius. Mokslinių tyrimų kryptys: medicinos teisė, kriminologija, psichologija.

Tomas Saladis. VŠĮ „Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė“, Direktoriaus pavaduotojas medicinai. Mokslinių tyrimų kryptys: medicinos teisė, chirurgija, sveikatos apsaugos organizacija ir vadyba

Viktoras Justickis. Mykolas Romeris University, Faculty of Social policy. Department of psychology. Research interests: medical law, criminology, psychology

Tomas Saladis. Republic Vilnius university hospital. Vice-director for Medicine. Research interests: medical law, criminology, psychology.

SVEIKATOS APSAUGOS ĮSTAIGOS DARBUOTOJŲ PASIPRIEŠINIMO INOVACIJOMS MOTYVAI

Algimantas Jasulaitis

Vilniaus universitetas Medicinos fakultetas
Patologijos, teismo medicinos ir farmakologijos katedra
M. K. Čiurlionio 21/27 LT-03101 Vilnius
Tel.: +370 5 2398728
El. paštas: algimantas.jasulaitis@mf.vu.lt

Juris Plenta

Vilniaus universitetas Medicinos fakultetas
Patologijos, teismo medicinos ir farmakologijos katedra
M. K. Čiurlionio 21/27 LT-0310 Vilnius
Tel.: +370 5 2398728
Valstybinė teismo medicinos tarnyba
prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos
Didlaukio g. 86E, LT-08303 Vilnius
El. paštas: juris.plenta@gmail.com
Tel.: +370 52725541

Viktoras Justickis

Mykolo Romerio universitetas
Socialinės politikos fakultetas
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius
Tel.: +37061533289
El. paštas: justickv@takas.lt

Jolita Plentienė

Vilniaus universiteto Onkologijos institutas
Santariškių g., 1 LT-08660 Vilnius
Tel.: +3705 2786784
El. paštas: jolita.plentiene@vuoi.lt

Santrauka

Kiekvienas mokslo pasiekimas atveria naujas pagalbos pacientui galimybes. Tačiau, kad tokios galimybės būtų realizuotos, turi būti sudarytos būtinos jų įgyvendinimo sąlygos, atlikti būtini organizaciniai, vadybiniai, techniniai, teisiniai pokyčiai. Svarbi kliūtis visoms šioms inovacijoms – tradicinis medicinos praktikų pasipriešinimas naujovėms. Ši pasipriešinimą, iš vienos pusės, sukelia, suprantamas atsargumas, susietas su didele gydytojo atsakomybe už pacientą, verčiantis atsargiai žiūrėti net į labiausiai viliojančias naujoves. Tačiau, iš kitos pusės, ši padidintos atsakomybės ir atsargumo situacija sudaro palankią dirvą tam tikros sveikatos apsaugos darbuotojų dalies nepateisinamam, savanaudiškam, net iracionaliam pasipriešinimui bet kokiems pokyčiams. Tai stabdo sveikatos apsaugos pažangą, sąlygoja neleistiną atotrūkį tarp mokslo pasiekimų atsiradimo ir jų praktinio taikymo, neleidžia panaudoti naudingų, saugių naujovių.

Straipsnyje teikiami darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms tyrimo dviejose sveikatos apsaugos įstaigose rezultatai. Tyrimas leido išaiškinti didelę pasipriešinimo inovacijoms sukeliančių motyvų grupę, nustatyti motyvus, kurie turi didžiausią reikšmę besiformuojant darbuotojų pasipriešinimui inovacijoms, parodė šių motyvų ypatumus kiekvienoje iš tirtų įstaigų. Daugiamatės statistinės analizės metodais (svarbiausių komponentų analizės) pagalba išaiškinti latentiniai veiksniai, vaidinantys svarbiausią vaidmenį sukeliant pasipriešinimą inovacijoms.

Tyrimo rezultatai rodo, kad planuojant inovacijų įgyvendinimą sveikatos apsaugos įstaigoje, būtina iš anksto išaiškinti galimus darbuotojų- inovacinio proceso dalyvių pasipriešinimo inovacijai motyvus, numatyti atitinkamas prevencijos priemones.

Reikšminiai žodžiai: *inovacijos atskiroje sveikatos apsaugos įstaigoje, pasipriešinimas inovacijoms, pasipriešinimas inovacijoms motyvai.*

Įvadas

Problemos aktualumas. Šiuolaikinio mokslo pasiekimai - svarbiausias sveikatos apsaugos pažangos šaltinis, teikiantis naujas, veiksmingesnės pagalbos pacientui galimybes, tačiau tam, kad šios naujos galybės būtų panaudotos, reikalinga visa grandinė inovacinių pokyčių: atitinkamas gydytojų paruošimas, naujos medicininės įrangos, gydytojo, sveikatos apsaugos įstaigos ir visos sistemos organizaciniai, vadybiniai ir teisiniai pakyliai.

Viena svarbiausių kliūčių šioms inovacijoms - tradicinis sveikatos apsaugos sistemos pasipriešinimas naujovėms. Šis pasipriešinimas, iš vienos pusės, kyla iš pačios gydytojo veikos specifikos – iš jo didelės atsakomybės už paciento gyvybę ir sveikatą, iš supratimo, kiek sudėtingas yra žmogaus organizmas ir kaip sunku numatyti visas inovacijos pasekmes. Šį santūrų požiūrį į naujoves skatina ir hipokratine nuoroda „Pirmiausiai –nepakenk!“, kuri verčia atsargiai žiūrėti į bet kokias, net ir labiausiai viliojančias naujoves, tvirtai laikytis nusistovėjusių, nors ir netobulų, nepakankamai veiksmingų, bet užtat laiko išbandytų darbo metodų.

Tačiau, iš kitos pusės, ši padidintos atsakomybės situacija sudaro palankią dirvą ir nepateisinamam, savanaudiškam arba net iracionaliam pasipriešinimui bet kokiems pokyčiams. Tam tikrai sveikatos apsaugos darbuotojų daliai atsiranda patogi galimybė dirbti nieko nekeičiant, nesprendžiant esamų problemų, neįsisavinant naujų darbo metodų, nesidomint naujais mokslo pasiekimais, nekeičiant nusistovėjusios tvarkos. Tas, savo ruožtu, sukelia daugybę tolimesnių neigiamų pasekmių: naujumas traktuojamas kaip aplamai neigiamas bet kokios siūlomos naujovės bruožas, leidžiantis be gilesnio svarstymo ją atmesti, priešinamasi net ir neabejotinai naudingoms inovacijoms. Tendencingai išpučiamos bet kokios su naujovės įgyvendinimu susietos problemos, priešinamasi naujovės privalumų pripažinimui, vengiama jos gilesnio apmąstymo, supratimo ir vertinimo, - tai sukelia neleistiną naudingų naujovių įgyvendinimo atsilikimą sveikatos apsaugoje. Kelias nuo perspektyvaus mokslinio atradimo iki taikymo užsitęsia neleistinai ilgai. Pavyzdžiui, D. Britanijoje tarp pranešimo apie kardiovaskuliarinių tyrimų nustatytą svarbų naują mokslinį faktą ir pirmo šio fakto panaudojimo

oficialiose gydytojams rekomendacijose vidutiniškai praeina 12,5 metų¹. Ypatingas inovacijų įgyvendinimo sunkumas sveikatos apsaugos sistemoje yra pripažintas ir plačiai aptariamas faktas^{2, 3}.

Dėl to svarbu ir aktualu išaiškinti ir tirti visus veiksnius, kurie apsunkina inovacijų įgyvendinimą sveikatos apsaugos sistemoje. Motyvai, kurie skatina sveikatos apsaugos darbuotojus priešintis naujovėms – svarbi šių veiksnių grupė. Ypač svarbu tirti aukščiau minėtus savanaudiškus, iracionalius motyvus, kurie skatina darbuotojus priešintis bet kokiai, net ir aiškiausiai naudingai inovacijai.

Jų tyrimas leistų įvertinti, kokie iš šių motyvų iš tikrųjų daro neigiamą poveikį inovacijų įgyvendinimui, kiek jie išreikšti, kiek stiprus gali būti jų poveikis. Tai, savo ruožtu, teikia galimybę imtis veiksmingų priemonių pasipriešinimo prevencijai, sumažinti neleistiną atotrūkį tarp mokslo pasiekimo ir jo įgyvendinimo, užtikrinti spartesnę sveikatos apsaugos pažangą ir jos glaudesnę ryšį su šiuolaikiniu mokslu.

Problemų iširtumas. Literatūra, kur aptariamos inovacijos sveikatos apsaugos sistemoje problemos ir veiksniai, kurie trukdo jų įgyvendinimui, yra labai gausi. Trys šių veiksnių tyrimo kryptys yra arčiausios mūsų straipsnio problemai.

Pasipriešinimo inovacijoms tyrimai. Tai, pirmiausiai, publikacijos, aptariančios šiuolaikinei medicinai svarbiausių inovacijų įgyvendinimo istoriją, sunkumus ir pasipriešinimą, su kuriomis jos susidūrė. Visa medicinos istorija pilna neleistino atotrūkio tarp naujovės atsiradimo ir jos praktinio panaudojimo pavyzdžių. Chrestomatinis pasipriešinimo medicinos inovacijai pavyzdys - dažnai cituojama austrų Vienos centrinės ligoninės gydytojo I. Semmelweis istorija. 1840 metais jis pasiūlė paprastą būdą, kuris iš karto sumažino mirtingumą tarp gimdyvių nuo įprasto tuo laikotarpiu 20–30 proc. iki 0,23 proc. Tam tikslui gydytojai prieš ateidami pas gimdyvę turėjo tik nusiplauti rankas. Šis neabejotinai naudingas pasiūlymas sukėlė aršų kitų gydytojų pasipriešinimą. Nežiūrint energingų bandymų atkreipti savo ir kitų šalių gydytojų, bei mokslininkų dėmesį į pasiūlymą, iki pat mirties (1864 metais), jam šito nepavyko. Su panašiu pasipriešinimu susidūrė daugybė kitų naudingų diagnostikos ir gydymo priemonių įgyvendinimas⁴.

- 1 Buxton M., Hanney S., Morris S., Sundmacher L. Medical Research: What's it worth? Estimating the economic benefits from medical research in the UK. Health Economics Research Group (HERG), Brunel University, 2008.
- 2 Herzlinger R. E. Why Innovation in Health Care is so Hard? HBR OnPoint, 2007.
- 3 Fleuren M., Wiefferink K. and Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. International Journal for Quality in Health Care 2012, 4 (24) [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/2/107.short>.
- 4 Porter, R.. The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. Harper Collins. 1997.

Antra vertus, tai publikacijos, skirtos atskirų valstybės ir visuomenės organizacijų patirčiai, organizuojant įvairiausių inovacijų įgyvendinimą ir įveikiant pasipriešinimą joms^{5, 6, 7, 8, 9, 10}.

Visos šios publikacijos teikia ryškų sunkumą, su kuriais susiduria inovacijų įgyvendinimas sveikatos apsaugos sistemoje vaizdą. Jos neleidžia abejoti, kad pasipriešinimas naujovėms, tai svarbus reiškinys, kuris ženkliai sulėtina naujovių įgyvendinimą sveikatos apsaugos sistemoje ir, atitinkamai, visa jos pažangą. Tačiau šie daugiausiai istorinio – aprašomojo pobūdžio studijos nekėlė pagrindinio mūsų straipsnio uždavinio – tirti pasipriešinimo inovacijoms motyvus.

Inovacijos barjerai. Tam, kad inovacija būtų greitai ir sėkmingai įgyvendinta, turi būti sudarytos būtinos organizacinės, ekonominės, teisinės ir pan. sąlygos. Jeigu jų nėra, tai tampa barjeru inovacijos įgyvendinimui. Gausi literatūra inovacijų temomis kaip tik ir skirta minėtiems barjerams įgyvendinimui^{11, 12, 13, 14}. Išaiškinta ir apibūdinta daugybę organizacinių, finansinių, teisinių ir kt. kliūčių, kurios apsunkina inovacijos procesą.

Asmenų, nuo kurių priklauso inovacijos įgyvendinimas, nenoras, kad jį būtų įgyvendinta ir su tuo susietas pasipriešinimas jai yra vienas iš svarbių inovacijos barjerų. Pagrindinės inovacijos teorijos, pripažįsta, kad inovacijos proceso dalyvių pasipriešinimas yra natūrali jų reakcija, kuri ypač būdinga pradiniam jos etapui. Vieningai nurodama būtinybė išaiškinti pasipriešinimo inovacijai motyvus ir imtis priemonių jiems pašalinti¹⁵.

- 5 Hilton T.F., Flancer J., Cartwright W., Fletcher B. Resistance to Innovation Among US Drug Abuse Treatment Providers: When Organizational Knowledge Interferes with Organizational learning. US National Institutes of Health 2005. Prieiga per internetą: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/wbs/conf/olkc/archive/oklc3/>.
- 6 Johnson S, Ostaszkiwicz J, O'Connell B. Moving beyond resistance to restraint minimization: a case study of change management in aged care. *Worldviews Evidence Based Nursing*. 2009, 6(4): 210-218
- 7 Whittaker L; Van Zyl J; Soicher A. S. What is the point of the point-of-care? A case study of user resistance to an e-health system. *TELEMEDICINE AND E- HEALTH*. 2011, 17(1), 55-61
- 8 Robert R. Weaver. Resistance to computer innovation: knowledge coupling in clinical practice. *ACM SIGCAS Computers and Society*, 2002, 32(1): 16-21.
- 9 Loughlin, K. Representing medicine: innovation and resistance in 1950s Britain. In: *Innovations in medicine and health: diffusion and resistance in the twentieth century*. Routledge, New York / London, 2002, 129-144.
- 10 Ram S. A Model of Innovation Resistance. *Advances in Consumer Research*. Vol. 14, 1987, 208-212. Prieiga per internetą: <http://www.mendeley.com/research/a-model-of-innovation-resistance/>
- 11 Reinventing Health Care: The Barriers to Innovation. Washington, 2012, [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.aspeninstitute.org/events/2012/03/02/reinventing-health-care-barriers-innovation>
- 12 Middleton, S. Barriers to Innovation in the Development of New Medicines in Europe and Possible Solutions to Address these Barriers. WHO EFPIA Research.
- 13 York Health Economics Consortium. Organisational and Behavioural Barriers to Medical Technology Adoption. NHS Institute for Innovation and Improvement. 2009. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: http://www.ntac.nhs.uk/web/files/publications/organisational_and_behavioural_barriers.pdf.
- 14 Berwick D. M., Disseminating Innovations in Health Care *JAMA*. 2003;289(15):1969-1975.
- 15 Žr. V. Justickis. Inovacijų vadybos psichologija. *Verslo psichologija*, 2012: 136- 165.

Tačiau kalbant apie būtinybę išaiškinti pasipriešinimą inovacijoms sukeliančius motyvus, dažniausiai turimas omeny intuityvus, sveiko proto lygio išaiškinimas. Empirinių pasipriešinimo motyvų tyrimų stokoja. Tai labiausiai susieta su tokio tyrimo sunkumais. Kadangi nemaža šių motyvų dalis gali turėti savanaudiška, neretai iracionalu pobūdį, tiriamasis nėra linkęs prisipažinti, kad juos turi. Inovacijos proceso organizatoriui tenka „atspėti“, „suvokti“ tuos motyvus iš netiesioginių požymių. Šiame straipsnyje bus siekiama praplėsti empirinio pasipriešinimo inovacijoms motyvų tyrimo galimybes, pateikiant ir empirinio tyrimo metu išbandant naują jų tyrimo metodiką.

Inovacinės kultūros (atmosferos) tyrimai.

Sunkokai patikslinami terminai „inovacijos kultūra“ ar jam sinonimiškas „inovacinė atmosfera“ apima įvairiausių, būdingus tam tikram kolektyvui, kultūrinius reiškinius, tradicijas, papročius, santykių ypatumus, kurie tiesiogiai ar netiesiogiai prisideda stabdant inovacijos procesus arba skatinant juos^{16, 17}.

Tuo būdu intensyviai tiriami organizaciniai, ekonominiai, kultūriniai ir kitokie veiksniai, kurie stabdo ar lėtina inovacijas. Pasipriešinimo inovacijoms motyvai kol kas priklauso prie mažiausiai ištirtų iš visų šių veiksnių. Tai labiausiai susieta su sunkumais tiriant šiuos motyvus, jų nemažos dalies paslėptu pobūdžiu, tiriamųjų pasipriešinimu atskleisti šiuos savo motyvus, teikti duomenis apie juos tyrimo metu.

Savo tyrime siūlysiu alternatyvų kelią duomenims apie pasipriešinimo motyvus tirti,

ir sieksime konkretaus tyrimo pagrindu įvertinti, iš vienos pusės, jo perspektyvumą tiriant pasipriešinimo inovacijoms tam tikroje įstaigoje motyvus. Iš kitos gi pusės, bus siekiama išaiškinti mūsų siūlomo kelio apribojimus ir su juo susietas problemas.

Tyrimo tikslai. Atliekant tyrimą buvo siekiama:

1. Išplėsti pasipriešinimo inovacijai motyvų tyrimo galimybes, pateikiant ir išbandant mūsų siūlomą pasipriešinimo inovacijai sveikatos apsaugos įstaigoje motyvų tyrimo metodiką, įvertinti jos perspektyvumą tiriant atskiroje įstaigoje pasipriešinimo inovacijoms motyvus;

2. Nustatyti, ar pasipriešinimo inovacijoms reiškiniai sutinkami ir mūsų šalies sveikatos apsaugos įstaigose. Gauti pirminius duomenis apie tiriamąjį reiškinį – pasipriešinimą inovacijoms atskiroje įstaigoje motyvus.

3. Išaiškinti pasipriešinimo motyvus, kurie vaidina svarbesnį vaidmenį sukeldami pasipriešinimą inovacijai, patikslinti atskirų motyvų pasireiškimo specifiką kiekvienoje iš tirtų įstaigų.

16 Chen Shao-chun, et al. Taking bureaucratic culture as the primary resistance to achieve medical innovation. Chongqing Medical University, Chongqing, P.R. China http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-ZWSG201106014.htm.

17 Huw T. D., Nutley S. M., Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 2000;9:111–119.

4. Išaiškinti latentinius veiksnius, kurie dalyvauja sukeldami pasipriešinimo inovacijoms motyvus atskiroje įstaigoje.

Tai pirmas tokio pobūdžio tyrimas mūsų šalyje - pirmas žingsnis, nagrinėjantis šį svarbų, sudėtingą reiškinį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Visa tai apsprendė pilotinį (žvalgybinį) tyrimo pobūdį ir jo ribas. Todėl šiame tyrimo etape nebuvo ir negalėjo būti keliamas tikslas pateikti visapusišką nagrinėjamojo reiškinio, jo priežasčių apibūdinimą visoje mūsų sveikatos apsaugos sistemoje. Siekta išaiškinti patį pasipriešinimo naujovėms reiškinį ir pobūdį atskirose sveikatos apsaugos įstaigose.

Kartu būtent toks žvalgybinis tyrimas yra būtinas tolimesniam siūlo, kurio išaiškinimas atvertų tolimesniam platesniam šio reiškinio tyrimui visoje Sveikatos apsaugos sistemoje.

Tyrimo naujumas. Atliktas pirmas mūsų šalyje inovacijos proceso dalyvių pasipriešinimo inovacijoms sveikatos apsaugos sistemoje motyvų tyrimas. Tam siūloma ir empirinio tyrimo metu išbandoma nauja šių motyvų tyrimo metodika. Siekta ne tik iširti tiesiogines pasipriešinimo naujovėms priežastis, bet ir išaiškinti už jų slypinčius latentinius veiksnius, sąlygojančius tiek požiūrį į naujoves, tiek pasipriešinimo joms motyvus. Nauja tai, kad panaudotas svarbiausios komponentės metodas (šiuolaikinės daugiamatės statistikos metodas), skirtas šiems veiksniams išaiškinti. Jo panaudojimas leidžia ne tik kelti prielaidą dėl galimo tokių paslėptų veiksmų buvimo, bet tiesiogiai, surinktų duomenų pagrindu, įrodo tai, išaiškina juos, nustato jų reikšmę tiek sąlygojant pasipriešinimą naujovėms, tiek sukeldami kiekvieną atskirą to pasipriešinimo motyvą.

Straipsnio struktūra. Pirmajame straipsnio skyriuje aptariamas tyrimo organizavimas ir metodai, antrajame išdėstomi ir aptariami gauti rezultatai, pabaigoje pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

1. Tyrimo organizacija ir metodai

1.1. Tiriamų įstaigų pasirinkimas

Vienas svarbiausių tyrimo tikslų yra nustatyti, ar pasipriešinimo inovacijoms reiškiniai sutinkami ir mūsų šalies sveikatos apsaugos įstaigose. Tam, kad galėtumėm įsitikinti, kad šis reiškinys sutinkamas ir mūsų šalyje pakaktų ir bet kurios vienos sveikatos apsaugos įstaigos tyrimo. Tuo atveju, jei tyrimas nustatytų, kad jos darbuotojai turi pasipriešinimo motyvų, galima būtų daryti išvadą, kad problema mūsų šalyje egzistuoja, kad panašūs reiškiniai gali būti ir tam tikrose kitose šios sistemos įstaigose. Tai, savo ruožtu, nurodytų į tolimesnių, platesnių tyrimų būtinybę, padėtų patikslinti jų programą.

Tačiau organizuojant mūsų tyrimą, buvo vadovautasi nuostata, kad tyrimas turi būti atliktas ne vienoje atskiroje sveikatos apsaugos įstaigoje, o dviese, kiekviena iš kurių priklauso skirtingai, bet svarbiai medicinos taikymo sričiai. Buvo siekiama pasirinkti dvi kuo įvairesnes sveikatos apsaugos įstaigas. Toks pasirinkimas gali suteikti tolimesnius privalumus, palyginti su vienos įstaigos tyrimu.

Tuo sumažinama galimybė sieti dėsningumus, kurie bus nustatyti tyrimo metu, vien su atskiros įstaigos specifika. Atsiranda galimybę aiškinti šį reiškinį, kaip būdingą gan įvairioms, skirtinga specifika pasižyminčioms įstaigoms. Tai leistų jau šiame pasipriešinimo naujovėms motyvų tyrimo etape išaiškinti tam tikrus bendresnius, ne tik atskirai įstaigai būdingus dėsningumus.

Iš to išplaukė ir įstaigų pasirinkimo kriterijai:

1. Medicininis veiklos pobūdis. Tai įstaigos, kurių veiklos pagrindas- medicinos žinios ir pagrindinis personalas - darbuotojai su medicininiais išsilavinimais.
2. Jos turi reprezentuoti skirtingas, bet svarbias medicinos taikymo sritis.
3. Turėtų būti pakankamai skirtingos organizaciniu- vadybiniu požiūriu (darbo organizacija, apmokėjimas ir pan.).

Šiuo pagrindu pasirinktos dvi įstaigos, kuriose vyko tyrimas.

Abiejų įstaigų pagrindinis darbuotojų kontingentas - gydytojai. Kiekviena reprezentavo reikšmingą medicinos žinių taikymo kryptį: viena įstaiga buvo ekspertinė, kita – gydomojo pobūdžio. Abi kelia ir mokslinio tyrimo tikslus, planuojant bei vykdamas jos profilį atitinkančių mokslinių problemų tyrimus. Įstaigos buvo pakankamai skirtingos ir organizaciniu požiūriu: ekspertinėje įstaigoje darbo apmokėjimo pagrindas – darbuotojo užimamos pareigos, gydymoje įstaigoje apmokėjimas dalinai priklausomas nuo atlikto darbo apimtys. Ekspertinei įstaigai daugiau būdingas individualus specialisto – eksperto darbas (daugumoje atvejų jis vienas organizuoja ir atlieka ekspertizę), tuo tarpu gydymoje įstaigoje vyrauja komandinis darbas, kiekvienu atveju dalyvaujant keliems specialistams.

1.2. Tiriamųjų atranka

Apklausiai buvo taikoma vadinamoji “snow –ball” (sniego kamuolio) atranka. Tai sociologinių tyrimų metodas, kada tiriamasis ne tik teikia savo atsakymus į užduodamus klausimus, bet ir dalyvauja atrenkant tolimesnius tiriamuosius^{18,19}. Šis tiriamųjų atrankos metodas dažnai taikomas sociologinėse tyrimuose, ypač tais atvejais, kai (kaip ir mūsų atveju) galimas pasipriešinimas apklausai, nenoras atskleisti reikiamus duomenis. Būtent tokia atranka taikoma tiriant narkotikų ar seksualinio pobūdžio problemas^{20,21}.

Toks atrankos sudarymo būdas, kaip ir bet koks kitas, turi savo privalumus ir savo trūkumus. 1. Neretai, ypač turint reikalą su „karšta“ informacija, jis yra vienintelis būdas duomenims gauti. Bandant atlikti tokią apklausą panaudojant tradicinę atsitiktinę atranką, kyla pavojus, kad didelę tiriamųjų dalį sudarys asmenys, kurie priešinosi apklausai, nepasitiki tyrėjui, ir dėl to teikia melagingus ar iškreiptus duomenis. Antra ver-

18 Salganik, M.J. and Heckathorn D.D. „Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling“. *Sociological Methodology*, 2004, 34 (1): 193–239.

19 Heckathorn, D.D. “Respondent-Driven Sampling II: Deriving Valid Estimates from Chain-Referral Samples of Hidden Populations”. *Social Problems*, 2002 49 (1): 11–34.

20 Heckathorn, D.D. “Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations”. *Social Problems* 1997, 44 (2): 174–199.

21 Snowball Sampling. *Changing Minds.org*. Žiūrėta 2012 09 09 Prieiga per internetą:http://changingminds.org/explanations/research/sampling/snowball_sampling.htm

tus, taikant „sniego kamuolio“ atranką susidaro galimybė pasirinkti tiriamuosius, kurie turi apklausai svarbius bruožus (pvz., atvirumą, reikiamą patirtį, norą bendrauti). Tai labai svarbus „sniego kamuolio“ metodo pranašumas prieš plačiai taikomą stratifikuotą (formaliais tiriamųjų asmenybės bruožais – lytis, amžius, išsilavinimas besiremiančia) atranką.

Kartu šis metodas (vėl gi kaip ir bet koks kitas) turi ir tam tikrų trūkumų. Duomenų gautų „sniego kamuolio“ pagalba patikimumas žymiai daugiau, negu kitų, priklauso nuo tyrėjo, jo sugebėjimo neleisti atrankai vykti tik pagal tyrimo programoje numatytus bruožus, o ne pagal asmenines tiriamojo, rekomenduojančio į ką toliau kreiptis, simpatijas ir antipatijas.

Antra vertus, yra papildomų problemų ir įvertinant statistinį gautų duomenų patikimumą. Iš vienos pusės, „sniego kamuolys“ priklauso „netikimybinių metodų“ grupei, tai yra jo pagalba gauti tyrimo rezultatai neskiriami griežtoms kiekybiniam įvertinimams gauti, ir šia prasme jis yra orientacinio pobūdžio. Tačiau, iš kitos pusės, statistiniai tyrimai parodo, kad šiuo metodų gauti duomenys gali būti interpretuojami statistiškai ir suteikti pakankamai patikimų statistinių išvadų²²

Abiejose įstaigose tiriamieji buvo atrenkami iš vadinamųjų pagrindinių darbuotojų, tai yra gydytojų, ekspertų, kitų darbuotojų, kurie tiesiogiai dalyvauja, užtikrinant ekspertinio ar gydomojo darbo kokybę. Būtent šie asmenys yra gydymo ar ekspertinio inovacijų įgyvendinimo dalyviai, nuo kurių suinteresuotumo labiausiai priklauso šių inovacijų įgyvendinimas. Taikant „sniego kamuolio“ atranką, atrinkta 58 respondentai (32 ekspertinėje ir 26 gydomojoje įstaigoje). Vidutinis atrinktų tiriamųjų amžius 41 metai, vidutinis darbo stažas – 16,2 metai Nepaisant to, kad apklausa vyko „sniego kamuolio“ metodu, daliai tiriamųjų prašymas atsakyti į tyrimo klausimus visgi sukėlė įtampą (3 ekspertinėje ir 4 – gydymo įstaigoje) ir jie atsisakė dalyvauti tyrime.

Itin svarbus tyrimo šiose įstaigose organizavimo bruožas yra griežtas ir nuoseklus anonimiškumas. Pasipriešinimas naujovėms – labai jautri tema. Sunku įsivaizduoti medicinos įstaigos darbuotoją, kuris noriai pripažintų, kad priešinosi naujovėms ir ypač, kad tai daro savanaudiškais tikslais (pvz., siekiant palengvinti savo darbo, išvengti papildomo mokymosi ir pan.). Lygiai taip pat nustatymas, kad tam tikros įstaigos darbuotojai apamai priešinosi naujovėms, galėtų sudaryti problemas jos vadovybei. Tokie rezultatai parodytų, kad jis nesugeba užtikrinti kūrybinės darbo aplinkos, kai įstaigos padalinių vadovai bei eiliniai darbuotojai tik žodžiais deklaruoja savo pritarimą inovacijoms ir pažangai, bet realiai siekia visiškai kitų – priešingų tikslų. Visa tai kartu sukeltų neįveikiamą pasipriešinimą tyrimui.

Tai apsprendžia būtinybę užtikrinti griežtą anonimiškumą tiek įstaigos, tiek tyrimo dalyvių.

1.3. Apklausos metodika ir jos parengimas

Apklausos metodikos pateikimas ir išbandymas realizuoja pirmą tyrimo tikslą – „išplėsti pasipriešinimo inovacijai motyvų tyrimo galimybes, pateikiant ir išbandant

22 Salganik, M.J. and D.D. Heckathorn. “Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling”. *Sociological Methodology* 2004, 34 (1): 193–239.

mūsų siūlomą pasipriešinimo inovacijai sveikatos apsaugos įstaigoje motyvų tyrimo metodiką, įvertinti jos perspektyvumą tiriant atskiroje įstaigoje pasipriešinimo inovacijoms motyvus“.

Tiriamųjų apklausai reikalinga metodika, kuri leistų išaiškinti motyvus, kurie sukelia pasipriešinimą inovacijoms atskiroje sveikatos apsaugos įstaigoje. Aptarsime reikalavimus tokiai metodikai.

Paprastai, kuriant tyrimo metodiką, jos autoriai siekia, kad ji būtų kuo universalesnė, kad ją galima būtų pritaikyti ne tik atskiroje įstaigoje, bet ir kitose ir, galiausiai, visoje sveikatos apsaugos sistemoje. Tačiau yra pagrindo manyti, kad mūsų atveju toks kelias nebūtų perspektyvus. Sveikatos apsaugos sistema apima didelį įvairiausių paskirties įstaigų, dirbančių pačiom įvairiausiomis sąlygomis, skaičių. Dėl to problemos, su kuriomis susiduria kiekviena iš jų, gali būti labai skirtingos. Atitinkamai tiek pat skirtingos gali būti ir inovacijos, kurios galėtų šias problemas išspręsti ir įstaigų darbuotojų motyvai, kurie skatintų juos šioms inovacijoms priešintis.

Dėl to daug perspektyvesnis yra kitoks pasipriešinimo motyvų tyrimo kelias. Sutinkamai su juo, numatant atskiroje įstaigoje tirti pasipriešinimo inovacijoms motyvus, tam kuriama atskira, šios įstaigos specifika atspindinti metodika. Tačiau bendra visoms įstaigoms yra tokios specifinės metodikos rengimo būdas- veiksmų jai parengti nuoseklumas.

Taigi specifinė, tai yra tiksliai pritaikyta prie įstaigos ypatumų, turėtų būti tyrimo metodika, tuo tarpu kai bendra visoms šią problemą turinčioms įstaigoms turėtų būti tos metodikos kūrimo metodika (meta-metodika). Pastaroji turi numatyti veiksmus, kuriuos reikia atlikti rengiant įstaigai specifinę metodiką ir jų nuoseklumą.

Apžvelgsime pagrindinius atskirai įstaigai skirtos metodikos rengimo žingsnius.

Inovacijos pavyzdžių parengimas. Atliekant tyrimą turime pateikti tiriamiesiems jų įstaigos specifika atspindinčius ir į jos problemų sprendimą nukreiptus inovacijos pavyzdžius. Susipažinimas su šiais pavyzdžiais turėtų sudaryti tiriamiesiems galimybę suformuoti savo požiūrį į šią inovaciją ir tuo pagrindu suvokti motyvus, kurie verčia priešintis jai.

Minėjome, kad teikiamos įvertinimui inovacijos turi būti nukreiptos į įstaigoje esančių problemų sprendimą. Taigi inovacijos pavyzdžių kūrimas turėtų apimti kelis veiksmus.

Pirmas – įstaigos problemų aptarimas tikslu išryškinti jai svarbias problemas.

Antras – vienos ar kelių problemų pasirinkimas tyrimui.

Trečias – inovacinių sprendimų šioms problemoms formavimas

Ketvirta – pasirinkto inovacinio pasiūlymo suformulavimas tyrimui patogia forma

Penkta – parengto uždavinio pirminis(pilotinis) išbandymas ir patikslinimas.

Ekspertinės įstaigos atveju „užsakovas“- tai institucija ar asmuo, kuris skyrė ekspertizę ir panaudos jos rezultatus savo veikloje. Gydamosios įstaigos atveju tai gydytojas, kuris nukreipė pacientą tyrimui ir jo rezultatų pagrindu vykdys tolimesnį gydymą. Sutinkamai su abejuose įstaigose galiojančia tvarka, teikiant tyrimų rezultatus keliamas tikslas tik atsakyti į paklausoje suformuluotus klausimus, vengiant kitos, „perteklinės“ informacijos. Šios problemos aptarimas parodė, kad platesnės, su pateiktais klausimais

tiesiogiai nesusietos, bet tyrėjų požiūriu galinčios būti naudingais duomenų pateikimas, galėtų padidinti atlikto tyrimo naudingumą ir kartu jį užsakiusių asmenų pasitenkinimą. Problema, kokia apimtimi teikti tyrimo duomenis, buvo iškelta ir diskutuojama vienoje ir kitoje įstaigoje.

Tai ir sudarė pagrindą pirmam inovacijos pavyzdžiui suformuluoti.

Savo galutine forma šis pavyzdys suformuluotas taip:

„Tyrimus atliekančioje įstaigoje vyksta administracijos ir darbuotojų susirinkimas. Įstaigoje atliekami tyrimai pagal kitų specialistų siuntimus tikslu patvirtinti ar paneigti įtariamą patologiją (ligą). Netikėtai susirinkimo metu jaunas, ką tik įdarbintas, specialistas pasiūlo:

- atliekant tyrimus aprašyti visus pakitimus ir radinius, ne tik tą, dėl kurio atliekamas tyrimas;
- išvadose parašyti visus nustatytus pakitimus ir patologinius radinius, pateikti motyvuotą jų analizę.

Susirinkimo dalyviams toks pasiūlymas sukėlė abejonų ir įtarimų.

Kokios abejonės ir kokie įtarimai, Jūsų nuomone, vyraus tarp minėtame susirinkime dalyvaujančių asmenų?“

Panašiai buvo išaiškintos ir aptartos dar dvi abiems įstaigoms svarbios problemos.

Viena iš jų – darbuotojų mokslinės-profesinės kvalifikacijos kėlimas. Inovacijos pavyzdyje tas pats darbuotojas siūlo, kad „vieną kartą per savaitę, gamybinio susirinkimo metu („penkiaminutėje“) vienas iš darbuotojų pristatytų pranešimą, kuriame apžvelgs kokį nors aktualų klausimą, primins studijų metu įsisavintas žinias ir pristatys naujausią literatūrą šiuo klausimu. O didelį darbo stažą turintys darbuotojai pasidalins savo darbo patirtimi. Taip, galbūt, pagerės išvadų kokybė“.

Pagaliau trečias pasiūlymas buvo susietas su technologine inovacija – tobulesnės radiologinės technikos įgijimas.

Šie trys inovacijų pavyzdžiai ir sudarė tyrimo metodikos abiejose įstaigose pagrindą.

Pasipriešinimo inovacijai motyvų rinkinio parengimas.

Antroji tyrimo metodikos dalis – tai parengimas motyvų, kurie gali paskatinti įstaigos darbuotojui priešintis minėtoms inovacijoms, sąrašo. Dabartinė psichologija, sociologija, vadybos teorija disponuoja daugybe įvairiausių žmogaus motyvų teorijų ir jų pagrindu sudarytais rinkiniais²³. Tačiau mūsų atveju svarbūs buvo ne visi galimi, o tik tie motyvai, kurie galėjo prisidėti formuojant atskiros įstaigos darbuotojų pasipriešinimą vienai ar kitai inovacijai. Tai apsprendė ir motyvų rinkinio rengimo žingsnius.

1. Tyrimo autoriai, kurie virš dešimt metų dirbo minėtose įstaigose, besiremiant savo praktine darbo jėga patirtimi, parengė pradinį motyvų, kurie gali paskatinti priešintis šioms inovacijoms sąrašą.

2. Pradinis motyvų sąrašas kartu su uždaviniais buvo peržiūrėtas dviejų įstaigos darbuotojų, kurie a) šio sąrašo pagrindu įvertino galimus pasipriešinimo motyvus;

b) įvertino sąrašo pilnumą ir pateiktų jame motyvų formulavimo tikslumą. Jų įvertinimo pagrindu pirminis sąrašas buvo pakoreguotas.

3. Galutinis motyvų sąrašo tikslinimas vyko apklausos metu. Vykdamas apklausą buvo taikoma būdinga „sniego kamuolio“ būdu vykdomiems tyrimams „minkšta“ programa. Sutinkamai su ja, tyrimo dalyviams buvo sudaroma galimybė tyrimo metu tikslinti ar papildyti sąrašą. Tam tikslui baigus eilinio tiriamojo apklausą, jam buvo užduodamas klausimas: „Ar visi galimi motyvai nurodyti sąrašė? Jeigu kokio nors trūksta, prašome papildyti sąrašą“. Jeigu toks papildomas motyvas atsirasdavo, tiriamasis buvo prašomas įvertinti ir jo reikšmę, sukeliant pasipriešinimą. Sutinkamai su „minkšta“ tyrimo programa, jeigu papildymai atsiranda, tai baigus visa tyrimą, dar kartą susitinkama su tyrimo dalyviais, ir jiems pateikiami įvertinimui visi papildomai atsiradę motyvai.

Visų minėtų žingsnių išdavoje gaunamas galutinis motyvų sąrašas. Mūsų tyrime gautas galutinis pasipriešinimo šiose dviese įstaigose motyvų sąrašą sudarė 41 motyvas (jie visi paminėti 1 lentelėje).

Pasipriešinimo inovacijoms motyvų įvertinimo būdas.

Kaip minėta, apklausa apie savo pasipriešinimo naujovėms motyvus reikalauti iš tiriamųjų teikti negatyviai juos charakterizuojančius duomenis, kas neišvengiamai sukelia pasipriešinimą. Dėl tuo buvo pasirinktas kitas apklausos būdas. Tiriamieji charakterizavo ne save, o bendrą savo įstaigos darbuotojų reakciją į inovacinį pasiūlymą. Kiekvienas tiriamasis buvo prašomas įsivaizduoti, kad jo įstaigoje vyksta administracijos ir darbuotojų susirinkimas, kurio metu svarstomi darbo pagerinimo klausimai. Šio svarstymo metu pasiūlymą dėl darbo pagerinimą pateikia jaunas, palyginus neseniai dirbantis darbuotojas. Po to tiriamajam vienas po kito buvo pateikiamos minėtos inovacijos. Tiriamasis buvo prašomas įvertinti dešimt balų skalėje, kokių laipsnių kiekvienas sąrašė pateiktas motyvas skatintų įstaigos kolektyvo narius priešintis pasiūlymui.

Ta aplinkybė, kad tiriamasis turėjo įvertinti ne savo, o bendrus viso kolektyvo motyvus turėjo itin svarbią reikmę. Toks apklausos organizavimas sprendė pagrindinę pasipriešinimo inovacijoms motyvų tyrimo problemą – pasipriešinimo apklausai, kylančio iš būtinumą teikti apie save neigiamus duomenis, įveikimas.

Kartu yra pakankamas pagrindas tikėtis, kad tiriamųjų atsakymai pakankamai tiksliai atspindėti labiausiai tikėtinius daugumai kolektyvo narių pasipriešinimo motyvus. Taip yra dėl to, kad:

1. visi tiriamieji nė kartą dalyvavo panašiuose susirinkimuose ir turėjo daug progų stebėti panašius pasiūlymus bei susirinkusiųjų reakciją į juos;
2. neformaliai svarstė (sakykime, po tokių susirinkimų) šiuos epizodus ir jų dalyvių motyvus su artimomis kolegoms, artimesnių draugų rate;
3. savo kasdieniniame darbe dažnai susiduria su būtinybe teisingai įvertinti savo kolegų motyvus, tuo pagrindu numatyti jų elgesį.

Kabant apie galimus iškraipymus, mūsų tiriamiesiems suvokiant savo kolegų elgesį ir jo motyvus, galima manyti, kad labiausiai tikėtini neigiamų vertinimų „sušvelniniškai“, padiktuoti sąmoningu ar nesąmoningu atsargumu, lojalumu įstaigos ir kolegų atžvilgiu, atsakomybės jausmu, kuris daug stipresnis, teikiant neigiamus darbo kolegų

įvertinimus. Taigi nagrinėjat tyrimo rezultatus turime atsižvelgti ir tikimybę, kad jie sušvelninti, kad, pvz., tikri pasipriešinimo motyvai yra stipresni, nei rodo tyrimas.

Visi minėti žingsniai, rengiant įstaigos specifiką atitinkančius inovacijų pavyzdžius, pasipriešinimo joms motyvų rinkinį, apklausos dėl šių motyvų ir atrankos būdas („sniego kamuolys“) sudaro vieningą veiksmų, padarytinių pasipriešinimo inovacijoms motyvams atskiroje įstaigoje išaiškinti ir tirti. Kartu jie ir sudaro tą bendrą pasipriešinimo motyvų tyrimo meta- metodiką, kuri galėtų būti taikoma tam tikslui bet kurioje įstaigoje ir sutinkamai su kuria joje būtų rengiama savo, įstaigos specifiką atitinkanti tyrimo metodika.

1-4. Statistinio apdorojimo metodai.

Apdorojant dviejose tirtose įstaigose gautus apklausos duomenis buvo keliami du tikslai: pirmasis - pasipriešinimo inovacijai motyvų tyrimas, antrasis – latentinių veiksmų, sukeliančių šiuos motyvus išaiškinimas ir aprašymas. Atitinkamai tam buvo pasirinkti statistinio apdorojimo metodai.

Pasipriešinimo inovacijai motyvams aprašyti panaudoti elementarūs aprašomosios statistikos metodai: vidurkiai, standartiniai nukrypimai, vidurkio pasikliautiniai intervalai. Skirtumams tarp vidurkių statistiniam reikšmingumui įvertinti buvo panaudotas ANOVA metodas.

Kaip buvo nurodyta aprašant tyrimo tikslus, tyrimas nekėlė reprezentavimo visos sveikatos apsaugos sistemos atžvilgiu tikslo. Taigi, gauti duomenys negali būti automatiškai perkeliama į visus sveikatos apsaugos darbuotojus. Kadangi buvo apklausti dviejų įstaigų medicinos darbuotojai, vykdantys ekspertinį ir gydomąjį-diagnostinį darbą, tai gauti rezultatai reprezentuoja tą sveikatos sistemos darbuotojų dalį, kurie tomis pačiomis sąlygomis atlieka tokį pat darbą, kaip ir mūsų tiriamieji.

Buvo skaičiuojami pasipriešinimo motyvų vertinimo 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Orientacijai nurodysime, kad visų 41 skalių įvertinimų vidurkis sudaro 6,0 dešimtbalėje sistemoje. Esant (kaip tai buvo mūsų tyrimo), 51 tiriamųjų, pasikliautini šio vidurkio intervalas sudarė apytikriai ± 0.55 . Iš to seka, kad visų panašų darbą ir panašiomis sąlygomis dirbančiųjų vidutinis pasipriešinimas yra 6 ± 0.55 , tai yra tarp 5.45 ir 6.55.

Latentiniams veiksniams, sukeliantiems šiuos motyvus išaiškinti ir aprašyti, naudotas daugiamatės statistikos „Svarbiausios komponentės metodas“²⁴. Latentinis šio metodo išryškintas tiesiogiai nestebimas veiksnys, kuris pasireiškia per savo koreliaciją su stebimais²⁵.

Skaičiavimams panaudota šiuolaikinė šio metodo versiją pateikta statistinių programų pakete PASW Statistics18.

Tyrimas buvo atliktas Vilniuje 2012 metų liepos ir rugpjūčio mėnesiais.

24 Vidal R. Generalized Principal Component Analysis. Modeling & Segmentation of Multivariate Mixed Data. Johns Hopkins University. 2006, Žiurėta 2012 m. liepos 29 d.] Prieiga per internetą: <http://yima.csl.illinois.edu/psfile/book-VMS.pdf>

25 David J. Bartholomew, Martin Knott, Irini Moustaki. Latent Variable Models and Factor Analysis: A Unified Approach John Wiley & Sons, 2011, 211

2. Tyrimo rezultatai

Antras šio tyrimo tikslas – nustatyti, ar pasipriešinimo inovacijoms reiškiniai sutinkami ir mūsų šalies sveikatos apsaugos įstaigose, o taip pat gauti pirminius duomenis apie tiriamąjį reiškinį – pasipriešinimą inovacijoms motyvus atskiroje įstaigoje.

Šiam tikslui svarbūs tyrimo rezultatai išdėstomi šio 3.1. skyrelyje, kur aptariami pasipriešinimo motyvų tyrimo pasirinktose įstaigose rezultatai. Šie rezultatai ir turėtų leisti atsakyti į klausimą, ar pasipriešinimo inovacijoms reiškiniai sutinkami ir mūsų sveikatos apsaugos sistemoje. Šiame straipsnyje smulkiau pateiksime duomenis apie pasipriešinimo pirmą iš trijų aptartų inovacijų motyvus.

2. 1. Pasipriešinimo inovacijai motyvai.

Apklausoje metu tiriamieji dešimt balių skalėje įvertino kiekvieno iš 41 pasipriešinimo inovacijai motyvų reikšmę. 1 lentelėje pateikti šios tyrimo dalies rezultatai.

1 lentelė. Pasipriešinimo organizacinei inovacijai vidurkiai

Pasipriešinimo inovacijai motyvai	Pirmoji įstaiga (vidurkiai)	Antroji įstaiga (vidurkiai)	Bendras vidurkis (pabrauktos reikšmės ≥ 7.00)	ANOVA analizė (vidurkių skirtumų statistinis reikšmingumas) (pabrauktos reikšmės > 0.05)
1. Ką sau leidžia šis „neapsiplunksnavęs“ asmuo, teikdamas siūlymus administracijai, didelį darbo stažą turinčių asmenų akivaizdoje.	8,94	5,63	<u>7,33</u>	<u>,001</u>
2. Tokiems siūlymams jis per jaunas	7,41	4,63	6,06	,010
3. Asmuo savo siūlymu nori pažeminti senbuvius (didelį darbo stažą turinčius specialistus) administracijos akivaizdoje.	7,59	4,13	5,91	0,004
4. Asmuo nori pasirodyti protingesnis už visus kitus.	6,41	5,94	6,18	,693
5. Asmuo nori siekti karjeros.	7,82	6,13	<u>7,00</u>	,119
6. Asmuo nori užimti savo skyriaus vyresniųjų specialistų, o gal ir vedėjo, vietą.	5,88	4,31	5,12	,177

7. Ar šį pasiūlymą asmuo suderino su administracija?	7,06	5,19	6,15	,111
8. Gal tai su administracija suderinta provokacija, siekiant patikrinti vedėjų ir vyresniųjų specialistų lojalumą dabartinei administracijai?	6,88	3,44	5,21	,001
9. Ar šis siūlymas neprieštaruoja medicininiam kanonams, įstatymams, įstatigos vidaus tvarkos taisyklėms?	5,29	5,50	5,39	0,855
10. Įtartini šio asmens tikslai teigti pasiūlymą taip netikėtai.	5,41	3,19	4,33	<u>0,051</u>
11. Priėmus šį siūlymą pailgės išvadų rašymo laikas.	8,00	8,13	<u>8,06</u>	0,897
12. Priėmus šį siūlymą pasunkės išvadų rašymas.	8,06	7,13	<u>7,61</u>	0,370
13. Priėmus šį siūlymą reikės prisiminti studijų metu primirštas žinias.	8,12	5,19	6,70	<u>0,010</u>
14. Priėmus šį siūlymą reikės skaityti papildomą literatūrą, nuolat atnaujinti žinias.	7,59	6,31	6,97	0,292
15. Šis siūlymas akivaizdžiai pareikalaus papildomo darbo ir padidins duodančiojo išvadą atsakomybę.	7,76	6,50	<u>7,15</u>	0,232
16. Kuo trumpesnė išvada tuo geriau, mažiau darbo, mažesnė atsakomybė, lieka laisvo laiko, galima daugiau tyrimų atlikti ir įtikus vadovybei galima gauti priedų prie atlyginimo.	7,94	5,31	6,67	<u>0,025</u>
17. Asmuo siekia parodyti senbuvų kompetencijos ir naujų žinių trūkumą.	7,35	5,13	6,27	<u>0,048</u>
18. Asmuo siekia suteikti administracijai galimybę atleisti iš darbo pensinio amžiaus darbuotojus, kurie nesugebės įvykdyti pasiūlymo	7,00	5,19	6,12	0,137
19. Kodėl šio siūlymo neiškėlė didelį darbo stažą turintys darbuotojai?	5,53	3,75	4,67	0,128
20. Kodėl šio siūlymo neiškėlė administracija?	5,06	4,50	4,79	0,678
21. Kodėl šio siūlymo neiškėlė tyrimus ir išvadas užsakantys, didelį darbo stažą turintys asmenys?	5,88	6,38	6,12	0,716

22. Per daug reformų, kada gi bus galima normaliai dirbti?	6,65	6,13	6,39	
23. Ar galima pasitikėti šiuo asmeniu: tiesiogiai nebendruojančiu su administracija (neturinčiu draugų tarp administracijos), neturinčiu įtakingų giminių ar pažinčių, dar net nepradėjusiu daryti karjeros?	5,35	4,25	4,82	0,681
24. Siūlymas per sudėtingas, neįprastas, todėl neiškus.	6,53	4,75	5,67	0,169
25. Įgyvendinus pasiūlymą išvadų užsakovui gali kilti klausimų, kodėl to nedaryta anksčiau?	7,24	5,88	6,58	0,202
26. Įgyvendinus pasiūlymą išvadų užsakovui gali paaiškėti, kad anksčiau duotos nepilnos, neišsamios išvados, negiamai įtakėjo užsakovų sprendimus.	7,82	5,81	6,85	0,084
27. Įgyvendintas pasiūlymas gali „apnuoginti“ anksčiau duotų išvadų klaidas.	8,47	4,81	6,70	0,001
28. Asmuo tikrai išsišoko, ne vietoj ir ne laiku.	6,12	4,75	5,45	0,284
29. Toks siūlymas - nepagarba įstaigos direktoriui ir pavaduotojui.	6,24	4,75	5,52	0,269
30. Pasiūlymas neblogas, bet kodėl to nepasiūliau aš?	5,29	2,88	4,12	<u>0,030</u>
31. Tai ne tavo, „išsišokėli“, reikalas tokius siūlymus teikti.	5,76	2,81	4,33	0,016
32. Ramiai gyvenom ir – še tau, kad nori.	7,00	4,56	5,82	<u>0,030</u>
33. Jei juo neatsikratysime, tai dar ko nors prisigalvos.	7,12	3,06	5,15	<u>0,001</u>
34. Nepažįsta šis „jauniklis“ gyvenimo, užsitraukė valdžios nemalonę, neteko galimybės siekti karjeros, praras priedus prie atlyginimo, sumažės jo atlyginimas.	7,06	3,06	5,12	<u>0,001</u>
35. Ar suderintas šis siūlymas su įstaigos direktoriumi?	7,18	4,25	5,76	0,008
36. Ar suderintas šis siūlymas su įstaigos direktoriaus pavaduotoju?	6,65	4,19	5,45	<u>0,032</u>
37. Ar suderintas šis siūlymas su jo skyriaus vedėju, administratoriumi?	6,71	4,88	5,82	0,078

38. Kaip man sureaguoti į šį siūlymą?	6,12	5,06	5,61	0,372
39. Ar mano reakcija į šį siūlymą nepapiktins administracijos?	7,41	4,31	5,91	0,004
40. Man tas pat, kaip rašiau, taip ir rašysiu, mano išvados tenkino administraciją ir užsakovus.	8,24	4,94	6,64	<u>0,004</u>
41. Asmuo nori apkrauti senesnius darbuotojus papildomu darbu, kad jie neišvertų ir išeitų iš darbo.	7,47	4,38	5,97	<u>0,007</u>
BENDRIEJI VIDURKIAI	6,9	4,9	6,0	<u>0,01</u>

Bendroji pasipriešinimo inovacijoms motyvų charakteristika. Pagal mūsų visuomenės ideologines nuostatas, inovacija yra labai svarbi ir sveikintina. Inovacijos mūsų visuomenės pažangos pagrindas. Tiek iš eilinių darbuotojų, tiek iš jų vadovų laukiama kūrybiško požiūrio į savo darbą, novatoriškumo, atvirumo naujovėms, pasirengimo palaikyti bet kurią naują perspektyvią idėją.

Jeigu taip, tai galėtume laukti, kad pasipriešinimo inovacijoms motyvai turėtų būti labai neryškūs. Tai reiškia, jų didis dešimt balų skalėje turėtų būti arti vieno. Tyrimas parodė, kad taip nėra. Sutinkamai su mūsų tiriamųjų įvertinimais, vidutinė pasipriešinimo motyvų reikšmė pagal visas skales sudaro 6.0 balus iš 10.

Tai svarbiausias tyrimo rezultatas, reikšiantis, kad pasipriešinimo inovacijai motyvai ne tik egzistuoja, bet ir yra reikšmingas, stiprus, įtakingas reiškinys, verčiantis priešintis naujovėms iš karto, dar iki pradėjus svarstyti inovacijos privalumus ir trukumus.

Išvada: pasipriešinimas naujovėms realus reiškinys, dėl to, jį reikia numatyti, išaiškinti, tirti kiekvieną kartą, kai numatomas naujovių įgyvendinimas.

Atskirų pasipriešinimo inovacijoms motyvų vaidmuo. Trečias tyrimo tikslas buvo „išaiškinti pasipriešinimo motyvus, kurie vaidina svarbesnį vaidmenį sukeliant pasipriešinimą inovacijai, patikslinti atskirų motyvų pasireiškimo specifiką kiekvienoje iš tirtų įstaigų“. Tyrimas leido išaiškinti, kokie pasipriešinimo naujovei motyvai yra svarbiausi mūsų tiriamiesiems. „Pirmauja“ motyvai, susieti su mūsų tiriamųjų siekimu neleisti padidinti jiems darbo krūvį. Tai nuogaštavimas, kad „Priėmus šį siūlymą pailgės išvadų rašymo laikas“ (8,06), „Priėmus šį siūlymą pasunkės išvadų rašymas“ (7,61), „Šis siūlymas akivaizdžiai pareikalaus papildomo darbo ir padidins duodančiojo išvadą atsakomybę“ (7,15), „Priėmus šį siūlymą reikės prisiminti studijų metu primirštas žinias“ (6,70). Svarbų vaidmenį vaidina ir siekimas neleisti inovacijos autoriui pagreitinti savo karjerą, savo iniciatyvos pagalbą užimti aukštesnę poziciją: „Ką sau leidžia šis „neapsiplunksnavęs“ asmuo, teikdamas siūlymus administracijai, didelį darbo stažą turinčių asmenų akivaizdoje“ (7,33).

Šie tyrimo rezultatai svarbūs pasipriešinimo naujovėms prevencijai, leidžiantys užtikrinti planuojamą prevencijos priemonių kryptingumą. Pavyzdžiui, matėme, kad

itin svarbią reikšmę mūsų tiriamiesiems turi nuogaštavimai, kad naujovės įgyvendinimas padidins jų darbo krūvį.

Tai rodo, kad planuojant inovaciją, pristatant naują įstaigos darbuotojams, reikia pirmiausiai patikslinti, kaip bus išspręstos galimo darbo krūvio padidėjimo problemos. Gera inovacija turi mažinti, o ne didinti darbo krūvius. Tuo tarpu jeigu jo padidinimas – būtinybė, tai turi būti išnagrinėtos ir išspręstos visos su tuo susijusios problemos. Be to, šie veiksniai sukels pasipriešinimo inovacijai motyvus.

Kryptingų prevencijos priemonių reikalauja ir antras stipriausias pasipriešinimo motyvas. Aplinkybė, kad darbuotojo jaunas amžius toks svarbus pasipriešinimo naujovei motyvas, verčia galvoti, kad vyrauja tvarka, kai jaunesnių darbuotojų galimybė teikti naujas idėjas yra ribota, nors kaip tik iš jų galima sulaukti netikėtų, originalių pasiūlymų.

Pasipriešinimo inovacijai motyvų skirtumai tirtose įstaigose. Analizavome pasipriešinimo inovacijai specifiką, priklausomai nuo įstaigos, kurioje dirbo tiriamasis.

Ekspertinėje įstaigoje bendras pasipriešinimo lygis sudarė 6,9, gydymo įstaigoje jis ženkliai mažesnis – 4,9. Skirtumas tarp abiejų įstaigų yra statistiškai reikšmingas ir yra aukštame 0,01 lygyje.

Ekspertinės įstaigos darbuotojai daug jautresni jaunam inovaciją siūlančio darbuotojo amžiui ir reikalavimui, kad jaunas darbuotojas „žinotų savo vietą“ („Ką sau leidžia šis „neapsiplunksnavęs“ asmuo, teikdamas siūlymus administracijai, didelį darbo stažą turinčių asmenų akivaizdoje“). Čia ženkliai didesnis nuogaštavimas, kad už pasiūlytos inovacijos slypi prieš juos nukreiptas sumanymas („Gal tai su administracija suderinta provokacija, siekiant patikrinti vedėjų ir vyresniųjų specialistų lojalumą dabartinei administracijai?“). Pagaliau, čia daug stipresnis nuogaštavimas, kad darbo kokybės patobulinimas sukels atsakomybę už tai, kad tai nebuvo padaryta anksčiau („Įgyvendintas pasiūlymas gali „apnuoginti“ anksčiau duotų išvadų klaidas“). Visais tais atvejais skirtumo tarp abiejų įstaigų statistinis patikimumas yra 0,001.

Galima manyti, kad visi šie nuogaštavimai atspindi realias problemas, su kuriomis susiduria šios įstaigos darbuotojai ar bent atskiros jų grupės. Iš to seka, kad tam tikros inovacijos įgyvendinimas šioje įstaigoje reikalauja papildomų priemonių, sutvarkančių santykį tarp, iš vienos pusės, inovacijos įgyvendinimo ir, iš kitos, darbo krūvio bei karjerinio augimo.

2.2. Latentiniai veiksniai, sukeltys pasipriešinimo inovacijoms motyvus

Šių veiksmų tyrimas realizuoja šio tyrimo ketvirtą tikslą - latentinių veiksmų, kurie sukelia pasipriešinimo motyvus išaiškinimą. Toliau bus išdėstyti šiam tikslui svarbūs tyrimo rezultatai.

Pasipriešinimą naujovėms sąlygoja daugybė įvairiausių motyvų. Šioje tyrimo dalyje siekta išaiškinti veiksmus, sukėlusius šiuos motyvus. Tam tikslui panaudotas aukščiau aprašytas svarbiausios komponentės metodas. Jis turėjo atsakyti į kelis klausimus: 1. Ar egzistuoja paslėpti (latentiniai) veiksniai, sukeltys pasipriešinimo motyvus? 2. Jeigu taip, tai kiek svarus šių veiksmų indėlis sukeltys pasipriešinimo motyvus? 3. Kas tai per veiksniai?

Gauti tyrimo duomenys rodo, kad du tokie veiksniai tikrai egzistuoja. Jie labai stiprūs ir paaiškina net 42,1 proc. kintamųjų variacijos. Iš išaiškintų latentinių veiksnių stipresnis yra pirmas, kuris paaiškina 32,7 proc. variacijos, tuo tarpu antrasis dar 9,7 proc.

Kas tai per veiksniai? Po to, kai svarbiausių komponentų analizė išaiškino latentinius veiksnius, turime atlikti jų interpretaciją²⁶. Atliekant svarbiausių komponentų analizę buvo paskaičiuoti išaiškintų latentinių veiksnių koreliacijos su atskirais pasipriešinimo inovacijai motyvais.

2 lentelėje pateikti stipriausi pirmojo latentinio veiksnio koreliaciniai ryšiai su pasipriešinimo naujovėms motyvais.

Lentelėje pateikti koreliacijos koeficientai sudaro pagrindą išaiškinto latentinio veiksnio interpretacijai. Šio latentinio veiksnio subjektyvų turinį galima būtų apibūdinti tokiais žodžiais: „*Daug metų atkakliai dirbu, užsitarnavau pripažinimą ir aukštą poziciją tarnyboje, o dabar atsirado kažkas, kas nori įrodyti, kad jis protingiausias ir nusipelnęs šios vietos. Jis „išsišokėlis“ (nori to pasiekti ne ilgamečiu darbu, kaip aš, o vienu šuoliu. Jis nepripažįsta esamos tvarkos – pagal tvarką jis turi sėdėti, tylėti ir laukti savo eilės. Jis nederina savo pasiūlymų su vadovybe ir administracija. Jie tikrai neleistų jam išsišokti.* Tokią pirmojo latentinio veiksnio interpretaciją patvirtina lentelėje pateiktos koreliacijos. Jis koreliuoja su polinkiu galvoti, kad inovacinio pasiūlymo autorius siekia atimti aukštesnę vietą, susilpninti kitų tarnybinę poziciją, parodyti savo pranašumą, „siekia pažeminti senus darbuotojus“, „negerbia tvarkos“, „išsišokėlis“, veikia nesuderinęs savo veiksmų su administracija ir panašiai. Tai lėmė ir šio latentinio veiksnio pavadinimą: Darbuotojo išitraukimas į karjerinę-konkurencinę kovą. Šis latentinis veiksnys ypač būdingas darbuotojams, kurie labiausiai siekė pagerinti savo tarnybinę poziciją arba būtinai išlaikyti esamą. Tai ir skatina juos vertinti inovacinį pasiūlymą, visų pirma, kaip jos autoriaus „ėjimą“ karjerinėje kovoje.

2 lentelė. Stipriausi pirmojo latentinio veiksnio koreliaciniai ryšiai su pasipriešinimo motyvais

Pasipriešinimo inovaciniam pasiūlymui motyvai	Aukščiausi (virš 0,560) koreliacijos koeficientai
1. Ką sau leidžia, didelį darbo stažą turinčių asmenų akivaizdoje, šis „neapsiplunksnavęs“ asmuo, teikdamas siūlymus administracijai.	0,56
2. Tokiems siūlymams per jaunas.	0,74
4. Nori pasirodyti protingesnis už visus kitus.	0,74
6. Nori užimti savo skyriaus vyresniųjų specialistų, o gal ir vedėjo vietą.	0,55
8. Gal tai su administracija suderinta provokacija, tikslu patikrinti vedėjų ir vyresniųjų specialistų lojalumą dabartinei administracijai?	0,69

26 David J. Bartholomew, Martin Knott, Irini Moustaki. Latent Variable Models and Factor Analysis: A Unified Approach John Wiley & Sons, 2011.

17. Siekia parodyti senbuvių kompetencijos ir naujų žinių trūkumą.	0,68
18. Siekia suteikti administracijai galimybę atleisti iš darbo pensinio amžiaus darbuotojus, kurie nesugebės įvykdyti pasiūlymo.	0,64
28. Asmuo tikrai išsišoko, ne vietoje ir ne laiku.	0,63
31. Tai ne tavo, „išsišokėli“, reikalas tokius siūlymus teikti.	0,71
41. Asmuo nori apkrauti senesnius darbuotojus papildomu darbu, kad jie neištvirtų ir išeitų iš darbo.	0,64

Antrojo latentinio veiksnio koreliacijos pateiktos 3 lentelėje.

3 lentelėje pateikti antrojo latentinio veiksnio koreliaciniai ryšiai su pasipriešinimo motyvais parodo, kad šis veiksnys tampriausiai susijęs su darbuotojų nuogaustavimais, kad naujovė sukels papildomą darbą, reikės ilgiau dirbti, sukels naujas problemas, įtampas. Subjektyvus turinys galėtų būti apibūdintas maždaug taip: „Darbo, rūpesčių, problemų ir be to pakanka, o pasiūlymo autorius siekia dar juos padidinti. Dėl to ir jis pats, ir jo pasiūlymas – papildomų rūpesčių ir darbo šaltinis“.

Tokią šio latentinio veiksnio interpretaciją patvirtina pateiktos 3 lentelėje koreliacijos tarp antro latentinio veiksnio ir šių nuogaustavimų dėl papildomo darbo ir papildomų problemų („pasunkės išvadų rašymas“; „reikės prisiminti studijų metu primirštas žinias“; „reikės skaityti papildomą literatūrą, nuolat atnaujinti žinias“; „juo neatsikratysime, tai dar ko nors prisigalvos“ ir pan.).

3 lentelė. Stipriausi antrojo latentinio veiksnio koreliaciniai ryšiai su pasipriešinimo motyvais

Pasipriešinimo inovaciniam pasiūlymui motyvai	Aukščiausi (virš 0,560) koreliacijos koeficientai
11. Pailgės išvadų rašymo laikas.	0,469
12. Pasunkės išvadų rašymo laikas.	0,469
13. Reikės prisiminti studijų metu primirštas žinias.	0,584
14. Reikės skaityti papildomą literatūrą, nuolat atnaujinti žinias.	0,598
15. Akivaizdžiai pareikalaus papildomo darbo ir padidins duodančiojo išvadą atsakomybę.	0,690
25. Įgyvendinus pasiūlymą gali kilti klausimų, kodėl to nedaryta anksčiau?	0,806
26. Įgyvendinus pasiūlymą gali paaiškėti, kad anksčiau duotos nepilnos, neišsamios išvados, neigiamai įtakojo užsakovų sprendimus.	0,764
33. Jei juo neatsikratysime, tai dar ko nors prisigalvos.	0,675
39. Ar mano reakcija į šį siūlymą nepapiktins administracijos?	0,704

Visa tai apsprendžia tokį antrojo latentinio veiksnio pavadinimą: „Siekimas neleisti save apkrauti papildomu darbu, atsakomybe, įtampa“.

Taigi, už pasipriešinimo naujovėms motyvų įvairovės slypi du galingi latentiniai veiksniai. Tai reiškia, kad mūsų tiriamieji žiūri į kiekvieną inovaciją per dvi „prizmes“: pirmoji – tai darbuotojo karjerinė- konkurencinė pozicija, antroji – darbuotojų pasi-

priešinimas apkrovimui, darbinės įtampos didinimui. Jeigu pati inovacija, ir ypač jos pateikimo būdas sukelia nerimą dėl galimų nepalankių pokyčių tiriamojo tarnybinėje pozicijoje arba dėl galimo darbo krūvio padidėjimo, tai sukelia atitinkamus pasipriešinimo šiai inovacijai motyvus.

Karjera ir lenktyniavimas tarp bendradarbių jos siekiant - svarbus bet kokios įstaigos darbuotojų aktyvumo ir skatinimo šaltinis. Ta aplinkybė, kad darbuotojas į viską, kas įvyksta įstaigoje žiūri per šią prizmę yra visiškai natūralu ir sveikintina. Gerai, jei įstaigos darbuotojai siekia padaryti karjerą, užimti joje aukštesnę poziciją. Tačiau tam, kad šie siekiai vaidintų teigiamą vaidmenį, reikia, kad darbo santykiai įstaigoje būtų organizuoti taip, kad karjeros siekimas skatintų darbuotojų kūrybiškumą, jų atvirumą inovacijoms. Inicijatyva, interesas naujovėms, pažangios darbo formos paiešką turi būti karjerinio augimo pagrindas, jo varomoji jėga. Tuo tarpu tyrimo duomenys byloja, kad viskas yra atvirkščiai. Galingi tarnybiniai motyvai tampa inovacinio proceso stabdžiu, o ne varikliu.

Reikšmingas ir antrojo latentinio veiksnio paaiškinimas. Darbuotojų siekimas apsisaugoti nuo papildomo krūvio yra suprantamas. Dabartinėmis rinkos ekonomikos sąlygomis įstaigos darbuotojas, kaip ir visi rinkos dalyviai, siekia gauti kuo daugiau, sunaudojęs kuo mažiau laiko ir jėgų²⁷. Situacija, kai iškeliamas pasiūlymas, priverčiantis darbuotoją už tą patį atlygį daryti daugiau, negali nesukelti protesto ir pasipriešinimo. Tam, kad inovaciniai procesai įstaigoje veiktų, reikia, kad kiekvienos inovacijų teikiamos naudos didėjimas būtų tamptariai susietas su atitinkamu darbuotojų atlygio didėjimu.

Išvados ir rekomendacijos

1. Pirmas tyrimo tikslas buvo išplėsti pasipriešinimo inovacijai motyvų tyrimo galimybes, pateikti ir išbandyti mūsų siūlomą Sveikatos apsaugos darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvų tyrimo atskiroje įstaigoje metodiką, kuri susideda iš bendresnę reikšmę turinčios bendros visoms sveikatos apsaugos įstaigoms meta- metodikos ir jos pagrindu kuriamų specialiųjų tyrimo atskiroje įstaigoje metodikų. Tyrimas parodė, kad šis tikslas buvo pasiektas.

Taikant siūlomas metodikas dviese skirtingose sveikatos apsaugos sistemos įstaigose pavyko išaiškinti ženklius pasipriešinimo inovacijoms motyvus, patikslinti kiekvieno iš jų reikšmę sukeltiant šį pasipriešinimą. Iš to seka išvada, kad siūlomas pasipriešinimo inovacijoms tyrimo kelias yra perspektyvus ir gali tapti pagrindu panašiams tyrimams atlikti kitose įstaigose.

2. Antras tyrimo tikslas buvo nustatyti, ar pasipriešinimo inovacijoms reiškiniai sutinkami ir mūsų šalies sveikatos apsaugos įstaigose. Tyrimas davė teigiamą atsakymą į šį klausimą. Jo metu tiriamose įstaigose buvo išaiškinti joms būdingi pasipriešinimo inovacijoms motyvai kompleksai, nustatyta jų galima reikšmė besiformuojant šiam pasipriešinimui.

27 Budd J. W. Labor Relations: Striking a Balance, 3rd ed. Boston: McGraw-Hill/Irwin 2010.

3. Trečias tyrimo tikslas buvo išaiškinti pasipriešinimo motyvus, kurie vaidina svarbesnį vaidmenį sukiant pasipriešinimą inovacijai, patikslinti atskirų motyvų pasireiškimo specifiką kiekvienoje iš tirtų įstaigų. Tyrimas parodė vyraujančią vaidmenį, kurį vaidino dvi pasipriešinimo motyvų grupės: šių kolektyvų narių nuogąstavimai, kad inovacijos įgyvendinimas padidins jų darbo krūvį ir kad pasiūlyta inovacija turės nepalankų poveikį tarnybinei pozicijai. Šie rezultatai parodė, kad šiose įstaigose inovacinis procesas nėra tinkamai susietas su darbo krūvio reguliavimo ir karjerinio augimo sistemomis. Iš to seka rekomendacijos dėl priemonių, kurios leistų integruoti inovacinį procesą į bendrą veiklos šiose įstaigose organizaciją.

4. Ketvirtas tyrimo tikslas buvo išaiškinti latentinius veiksnius, kurie dalyvauja sukiant pasipriešinimo inovacijoms motyvus. Tyrimas leido išaiškinti du tokius veiksnius. Abu jie susieti su darbo organizacijos trūkumais, trukdančiais pasireikšti darbuotojų iniciatyvai, suponuojančiais inovacijos procesų nenaudingumą darbuotojui, verčia jį pokyčiams priešintis.

Literatūra

1. Bartholomew D. J., Knott M., Moustaki I.. *Latent Variable Models and Factor Analysis: A Unified Approach* John Wiley & Sons, 2011.
2. Berwick D. M., Disseminating Innovations in Health Care *JAMA*. 2003; 289(15):1969-1975.
3. Budd J. W. *Labor Relations: Striking a Balance*, 3rd ed. Boston: McGraw-Hill/Irwin 2010.
4. Buxton M., Hanney S., Morris S., Sundmacher L. Medical Research: What's it worth? Estimating the economic benefits from medical research in the UK. Health Economics Research Group (HERG), 2008.
5. Chen Shao-chun, et al. Taking bureaucratic culture as the primary resistance to achieve medical innovation. Chongqing Medical University, Chongqing, P.R.China. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-ZWSG201106014.htm.
6. Fleuren M., Wiefferink K. and Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care* 2012, 4 (24) [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/2/107.short>.
7. Heckathorn, D.D. "Respondent-Driven Sampling II: Deriving Valid Estimates from Chain-Referral Samples of Hidden Populations". *Social Problems*, 2002, 49 (1): 11–34.
8. Heckathorn, D.D. "Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations". *Social Problems*, 1997, 44 (2): 174–199.
9. Herzlinger R. E. *Why Innovation in Health Care is So Hard?* HBR OnPoint, 2007
10. Hilton T.F., Flancer J., Cartwright W., Fletcher B. Resistance to Innovation Among US Drug Abuse Treatment Providers: When Organizational Knowledge Interferes with Organizational learning. US National Institutes of Health, 2005 [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/wbs/conf/olkc/archive/olkc3/>.
11. Huw T. D., Nutley S. M, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 2000; 9:111–119.
12. York Health Economics Consortium. *Organisational and Behavioural Barriers to Medical Technology Adoption*. NHS Institute for Innovation and Improvement. 2009. [Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: http://www.ntac.nhs.uk/web/files/publications/organisational_and_behavioural_barriers.pdf.

13. Johnson S, Ostaszkiwicz J, O'Connell B. Moving beyond resistance to restraint minimization: a case study of change management in aged care. *Worldviews Evidence Based Nursing*. 2009; 6(4), 210-218.
14. Loughlin, K. Representing medicine: innovation and resistance in 1950s Britain. In: *Innovations in medicine and health: diffusion and resistance in the twentieth century*. Routledge, New York / London, 2002, 129-144.
15. Middleton, S. Barriers to Innovation in the Development of New Medicines in Europe and Possible Solutions to Address these Barriers. WHO EFPIA Research. 2003 V.3 (1).
16. Porter, R.. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. Harper Collins. 1997.
17. Ram S. A Model of Innovation Resistance. *Advances in Consumer Research*. Vol. 14, 1987, 208-212. Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d. Prieiga per internetą: <http://www.mendeley.com/research/a-model-of-innovation-resistance/>.
18. Reeve J., *Understanding Motivation and Emotion*. John Wiley and sons. 2009
19. *Reinventing Health Care: The Barriers to Innovation*. Washington, 2012, <http://www.aspeninstitute.org/events/2012/03/02/reinventing-health-care-barriers-innovation>.
20. Robert R. Weaver. Resistance to computer innovation: knowledge coupling in clinical practice. *ACM SIGCAS Computers and Society*, 2002, 32(1), 16-21.
21. Salganik, M.J. and D.D. Heckathorn. "Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling". *Sociological Methodology* 2004, 34 (1): 193-239.
22. Salganik, M.J. and Heckathorn D.D. "Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling". *Sociological Methodology*, 2004, 34 (1): 193-239.
23. Snowball Sampling. *Changing Minds.org*. [Interactivus] Žiūrėta 2012 m. liepos 29 d.]. Prieiga per internetą: http://changingminds.org/explanations/research/sampling/snowball_sampling.htm Žiūrėta 2012 09 09.
24. V.Justickis. Inovacijų vadybos psichologija. *Verslo psichologija*, 2012, 136- 165.
25. Vidal R. Generalized Principal Component Analysis. Modeling & Segmentation of Multivariate Mixed Data. Johns Hopkins University. 2006, <http://yima.csl.illinois.edu/ps-file/book-VMS.pdf>.
26. Whittaker L; Van Zyl J; Soicher A. S. What is the point of the point-of-care? A case study of user resistance to an e-health system. *Telemedicine and e- health*. 2011, 17(1), 55-61.

Reasons of medical staff resistance against innovations

Algimantas Jasulaitis

Vilnius University, Lithuania

Juris Plenta

State Forensic Medicine Service under the Ministry of Justice of the Republic of Lithuania

Viktoras Justickis

Mykolas Romeris University, Lithuania

Jolita Plentienė

The Institute of Oncology Vilnius University, Lithuania

Summary

Every new scientific achievement opens new opportunity to help patients. However, for such opportunity to be used the relevant preconditions have to be provided. They include organizational, managerial, technologic and legal innovations.

An important obstacle for implementation of these innovations is the traditional resistance of medical staff against innovations. This resistance follows, on the one side, from the great responsibility of health care staff for their decisions. However, on the other side, the prudence caused by this responsibility provides the soil for conservatism, selfish and irrational resistance to any changes. It slows the development of the health care, causes its stagnation, problems using the new science.

This paper sets forth the outcome of the empirical investigation of motives causing the resistance to innovation in two Lithuanian health care institutions.

The investigation discovered the large set of motives that stipulate resistance against innovations, demonstrated the most influential motives, having the greatest impact upon the general resistance to innovations. The salient latent factors behind the innovation resistance motives have been revealed and interpreted. The first latent factor has been interpreted as “One’s participation in carrier bounded competition”. Its bases was one’s fear that innovation can in some way threaten one’s position within the institution (by supporting competitors, lowering one’s one prestige, and etc.). This factor was caused by shortcomings in the institution’s service ladder, which does not support innovations, makes resistance to them preferable.

The second factor has been interpreted as “Resistance of the staff against new unpaid working load” that can be caused by innovation. This factor is caused by shortcomings in the institution’s reward system which does not ensures material incentives for innovations.

Keywords: innovations in the health care, resistance to innovations, structure of the resistance to innovations.

The outcomes of research showed the necessity of measures able to integrate innovation process with the systems of promotion and work load regulation.

Two general latent factors causing the motives of resistance against innovations have been detected. Their interconnections with health care institution’s organisational problems has been demonstrated.

Keywords: innovation in the health care institution, resistance against innovations, motives of resistance against innovations.

Algimantas Jasulaitis, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas. Patologijos, teismo medicinos ir farmakologijos katedros docentas. Biomedicinos mokslų daktaras. Mokslinių tyrimų kryptis – medicina, medicinos filosofija, medicinos etika ir deontologija.

Juris Plenta, Valstybinė Teismo medicinos tarnyba prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos. Mokslinių tyrimų kryptis – medicina, teismo medicina, sveikatos apsaugos organizacija, inovacijos sveikatos apsaugos sistemoje.

Viktoras Justickis, Mykolo Romerio universiteto Socialinės politikos fakulteto Psichologijos katedra, profesorius. Mokslinių tyrimų kryptis – medicinos teisė.

Jolita Plentienė, Vilniaus universiteto Onkologijos institutas. Mokslinių tyrimų kryptis – radiologija, bendradarbiavimas tarp radiologo ir kitų specialistų.

Algimantas Jasulaitis, MD, Vilnius University Faculty of Medicine Associated Professor at the Department of the Pathology, Forensic medicine and pharmacology, Doctor of Biomedical sciences. Research interest – Medicine, medical philosophy and deontology.

Juris Plenta, State Forensic Medicine Service under the Ministry of Justice of the Republic of Lithuania. Research interest – Medicine, forensic medicine, health care organization, innovations in the health care.

Viktoras Justickis, Mykolas Romeris University. Social policy faculty. Department of Psychology. Research interest – Health care law.

Jolita Plentienė, The Institute of Oncology Vilnius University. Research interest – radiology, cooperation between radiologist and other specialists.

SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS
Mokslo darbai
2012 1(4)

Maketavo Aušrinė Ingrida Ilekytė

SL 585. 2012 10 15. 20,7 leidyb. apsk. l.

Tiražas 200 egz. Užsakymas 17 620.

Išleido Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, Vilnius

Puslapis internete www.mruni.eu

El. paštas leidyba@mruni.eu

Parengė spaudai UAB „Baltijos kopija“

Kareivių g. 13B, Vilnius

Puslapis internete www.kopija.lt

El. paštas info@kopija.lt

Spausdino UAB „Vitaė Litera“

Kurpių g. 5-3, Kaunas

Puslapis internete www.bpg.lt

El. paštas info@bpg.lt

Turinys · Contents

Indrė Špokienė. Lietuvos teisės aktuose asmeniui ir valstybei adresuotų pareigų „rūpintis sveikata“ teisinis vertinimas	7	Indrė Špokienė. Legal assessment of the duties to “take care of health” of the person and the state according to Lithuanian legislation	7
Karolina Kubiliūtė, Irma Čaplinskienė. Alkoholio kontrolės politikos vertinimas Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo laikotarpiu (1998–2010 m.)	24	Karolina Kubiliūtė, Irma Čaplinskienė. The assessment of alcohol control policy during Lithuanian health programme implementation (1998–2010).....	24
Vygandas Paulikas. Europos Sąjungos Sveikatos politika ir jos komitologija	41	Vygandas Paulikas. European Union Health Policy and its Comitology	41
Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė, Danguolė Jankauskienė. Darbo grupių vieta Sveikatos apsaugos ministerijos organizacinėje struktūroje	64	Birutė Mikulskienė, Birutė Pitrenaitė, Danguolė Jankauskienė. The role of advisory groups in the organisational structure of Ministry of Health	64
Danguolė Jankauskienė. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse	84	Danguolė Jankauskienė. Quality of health care by opinion of patients in several European countries	84
Liudvika Starkienė. Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos	102	Liudvika Starkienė. Planning the number of physicians: from research to health policy decisions	102
Kęstutis Štaras, Tomas Vedlūga. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste	116	Kęstutis Štaras, Tomas Vedlūga. Case management model analysis of the health system context	116
Renata Kudukytė-Gasperė, Danguolė Jankauskienė, Kęstutis Štaras. Sveikatos ir socialinių paslaugų integracija. Atvejo analizė VšĮ Centro poliklinikoje	127	Renata Kudukytė-Gasperė, Danguolė Jankauskienė, Kęstutis Štaras. Assessment of nursing and social policy changes in Centro out-patient clinics	127
Gabrielė Kildonavičiūtė, Vilma Morkūnienė, Edmundas Kaduševičius. Farmakoepidemiologinių ir farmakoekonominių tyrimų svarba, skatinant racionalią mažos molekulinės masės heparinų vartojimo politiką Lietuvoje	147	Gabrielė Kildonavičiūtė, Vilma Morkūnienė, Edmundas Kaduševičius. Pharmacoepidemiologic and pharmaco-economic research significance promoting rational low-molecular-weight heparins utilization policy in Lithuania	147
Valdas Benkuskas. Psichikos sveikatos priežiūros terminų vartojimo teisiniame reglamentavime probleminiai aspektai	163	Valdas Benkuskas. Mental health care concepts in legal regulation problematic aspects	163
Aurelija Jonušaitė, Irma Čaplinskienė. Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų visuomenės sveikatos politikos žinių vertinimas ir tobulinimo poreikis	185	Aurelija Jonušaitė, Irma Čaplinskienė. Assessment of knowledge on public health policy and the need for professional training among professionals working in Public Health Bureau.....	185
Asta Šamulevičiūtė. Informacijos apie maistą teikimo vartotojams teisiniai aspektai	196	Asta Šamulevičiūtė. Legal aspects of food information to consumers	196
Viktoras Justickis, Ilona Aleksūnienė. Sudėtingas atvejis gydytojo veikloje. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo ribos	221	Viktoras Justickis, Ilona Aleksūnienė. Difficult (sophisticated) case in doctor's activities. Limits of the feasibility of legal demands to a physician.....	221
Viktoras Justickis, Tomas Saladis. Gydytojo žinios, nustatant susirgimo diagnozę. Medicininių standartų vaidmuo, formuojant jas	248	Viktoras Justickis, Tomas Saladis. Doctor's knowledge making a diagnosis. Medical standards in shaping them.....	248
Algimantas Jasulaitis, Juris Plenta, Viktoras Justickis, Jolita Plentienė. Sveikatos apsaugos įstaigų darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai	272	Algimantas Jasulaitis, Juris Plenta, Viktoras Justickis, Jolita Plentienė. Reasons of medical staff resistance against innovations.....	272