

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ALINA PŪRIENĖ

ODONTOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKA IR
JOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE PO
NEPRIKLAUSOMYBĖS ATKŪRIMO

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

doc. dr. Vytautas Dumbliauskas

VILNIUS

2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ODONTOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKA IR
JOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE PO
NEPRIKLAUSOMYBĖS ATKŪRIMO

Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621L22004

Vadovas

_____ doc. dr. Vytautas Dumbliauskas

2013 - -

Recenzentas

2013 - -

Atliko

_____ stud. A. Pūrienė

2013 - -

VILNIUS

2013

TURINYS

SANTRUMPOS.....	4
LENTELĖS.....	5
PAVEIKSLAI.....	5
ĮVADAS.....	6
I. ĮGYVENDINIMO TEORIJS IR JŲ TAIKYMAS TIRIANT ODONTOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS ĮGYVENDINIMĄ LIETUVOJE.....	8
1. Įgyvendinimo sąvoka.....	9
2. Įgyvendinimas „iš viršaus į apačią“ ir „iš apačios į viršų“.....	10
3. Kitos įgyvendinimo sampratos.....	13
4. Įgyvendinimo sėkmė.....	16
5. Įgyvendinimo teorinių modelių taikymas odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo analizei.....	18
II. ODONTOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKA IR JOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE PO VALSTYBĖS ATKŪRIMO 1990 M.....	19
1. Teisinio reglamentavimo raida.....	20
2. Odontologinė situacija Lietuvoje.....	41
3. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos įgyvendinimas.....	49
4. Viešoji ir privačioji odontologinė praktika Lietuvoje.....	59
5. Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika odontologinės sveikatos priežiūros sistemoje.....	65
IŠVADOS.....	80
REKOMENDACIJOS.....	82
LITERATŪRA.....	83
ANOTACIJA.....	88
ANOTATION.....	89
SANTRAUKA	90
SUMMARY.....	92

SANTRUMPOS

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaigos

DRG – giminingų diagnozių grupės

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

KPI – ėduonies intensyvumo indeksas

KPI-D – ėduonies intensyvumo indeksas

Odontologų rūmai, Rūmai – Lietuvos Respublikos odontologų rūmai

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

Sodra – Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba

SVEIDRA – Valstybinės ligonių kasos kompiuterinė duomenų sistema

TLK – Teritorinė ligonių kasa

VLK – Valstybinė ligonių kasa

VŠĮ – viešoji įstaiga

Raktažodžiai: politika, politikos įgyvendinimas, odontologinė sveikatos priežiūra, viešosios (valstybinės) ir privačios įstaigos, ėduonies profilaktika.

LENTELĖS

1 lentelė. Kandimo ir kramtymo funkcijų sutrikimų paplitimas Lietuvoje (proc.).....	42
2 lentelė. Lietuvos gyventojų trūkstamų dantų skaičius (proc.).....	42
3 lentelė. Viešoji ir privati specializuota odontologinės sveikatos priežiūros praktika	45
4 lentelė. Laukimo pas odontologus specialistus trukmė VUL Žalgirio klinikoje 2012 m.....	76

PAVEIKSLAI

1 pav. Privataus odontologinio sveikatos priežiūros sektoriaus plėtra Lietuvoje 1999–2011 m.....	47
2 pav. Burnos priežiūrai tenkanti BVP dalis (proc.) 2010 m.....	48
3 pav. 12 metų vaikų KPI indeksas Lietuvoje ir kitose naujose ES šalyse.....	50
4 pav. Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programos finansavimas Lietuvoje.....	56
5 pav. 2006–2010 m. vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programos vykdymas (paslaugų skaičius).....	57
6 pav. Privačių odontologinių įstaigų skaičius Lietuvoje 1999–2011 m.....	61
7 pav. Privačių odontologinių įstaigų gydytojai 1999–2011 m.....	61
8 pav. Ambulatorinių apsilankymų dinamika VUL Žalgirio klinikoje 1995–2012 m.....	68
9 pav. Rentgenologinių tyrimų dinamika 1995–2012 m.....	69
10 pav. Klinikinių tyrimų dinamika 1995–2012 m.....	69
11 pav. VUL Žalgirio klinikos stacionaro rodikliai 1995–2012 m.....	70
12 pav. Specialistų odontologų rengimas 2001–2012 m.....	73
13 pav. Gydytojų skaičiaus dinamika VUL Žalgirio klinikoje 1995–2012 m.....	74
14 pav. VUL Žalgirio klinikos pajamos pagal šaltinius 2012 m. (proc.).....	75
15 pav. VUL Žalgirio klinikos einamųjų sąnaudų struktūra 2006 m. (proc.).....	75

ĮVADAS

Temos aktualumas. Burnos sveikata yra svarbi visuomenės sveikatos dalis, todėl odontologinės sveikatos priežiūra yra vienas iš visuomenės išsivystymo ir brandumo rodiklių. Lietuvai atkūrus Nepriklausomybę, odontologinė sveikatos priežiūra, kaip ir visa sveikatos sistema, nuėjo ilgą ir sudėtingą reformų kelią: pradėjo funkcionuoti privačios odontologinės gydymo įstaigos, pakito gydytojų odontologų darbo pobūdis, į praktiką įdiegtos naujos technologijos, medžiagos, gydymo būdai, išplėsta paslaugų rinka, priimta nemažai įstatymų ir įstatymų lydimumų aktų, įstaigos pradėjo dirbti laisvosios rinkos sąlygomis.

Apibūdinant šių dienų odontologijos mokslo, praktikos, gydymo įstaigų, teikiančių odontologijos profilio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, teisinio reguliavimo situaciją, galima būtų tvirtinti, jog mūsų šalyje turime pažangias, neatsiliekančias nuo kitų Europos Sąjungos šalių, gydymo technologijas ir metodikas, aukščiausios kvalifikacijos specialistus, pakankamą jų skaičių, gydymo įstaigas aprūpintas moderniausia infrastruktūra, pakankamai išsamią ir aiškia teisinio reguliavimo aplinką, tačiau Lietuvos gyventojų odontologinės sveikatos rodikliai nėra patenkinami.

Sekant pažangiausiomis pasaulinėmis praktikomis, geri burnos sveikatos rodikliai pasiekiami pagal Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) rekomenduojamą modelį, kai burnos sveikatos projekto įgyvendinime dalyvauja vyriausybė, sveikatos, švietimo ir socialinių reikalų ministerijos, paslaugų teikėjai, nevyriausybinės organizacijos, kai kuriama optimali biologinės ir socialinės aplinkos veiksmų kontrolės sistema, nes burnos sveikata priklauso ne tik nuo naujų technologijų kūrimo, bet ir nuo socialinių bei kitų aplinkos sąlygų.

Kaip per du nepriklausomos valstybės dešimtmečius buvo formuojama odontologinės sveikatos priežiūros politika? Kaip sekėsi įgyvendinti tai, kas buvo sumanyta? Kas padėjo ir kas trukdė šią politiką įgyvendinti? Ar vykdoma odontologinės sveikatos priežiūros politika pasiteisino? Ar sukurta odontologinės sveikatos priežiūros sistema yra efektyvi? Kas yra padaryta gerai ir ką reikėtų keisti?

Temos iširtumas. Odontologinės sveikatos priežiūros politiką įvairiais aspektais tyrė J.Aleksejūnienė, I. Jankauskaitė, V. Janulytė, J. Petrauskienė, A. Pūrienė ir kt. Šiame darbe pirmą kartą pabandyta išanalizuoti odontologinės sveikatos priežiūros politiką ir jos įgyvendinimą po Nepriklausomybės atkūrimo: iškeltus tikslus ir prioritetus, įstatymus ir poįstatyminius teisės aktus bei jų vykdymą, iškilusias problemas, sveikatos priežiūros resursus šalies mastu, valstybinio ir privataus sektorių veiklą, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio odontologinę sveikatos priežiūrą, sveikatos sistemos politikos pokyčių įtaką visuomenės sveikatai, dabartinio laikotarpio sveikatos politikos problemas ir iššūkius bei pateikti rekomendacijas.

Tyrimo problema. Analizuojamos priežastys lėmusios dabartinę odontologinę situaciją Lietuvoje.

Tyrimo tikslas – ištirti odontologinės sveikatos priežiūros politiką ir jos įgyvendinimą Lietuvoje po Nepriklausomybės atkūrimo, įvertinant šio įgyvendinimo sėkmes ir nesėkmes.

Tyrimo uždaviniai. Darbo tikslui pasiekti buvo keliami šie uždaviniai:

1. Aptarti įgyvendinimo teorijas bei jų taikymą odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo analizei.
2. Išanalizuoti odontologinės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo raidą.
3. Įvertinti dabartinę odontologinę situaciją Lietuvoje.
4. Įvertinti vaikų edukacijos profilaktikos programą bei jos įgyvendinimą.
5. Išanalizuoti viešosios ir privačios odontologijos sąveiką Lietuvoje.
6. Įvertinti Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika vietą ir vaidmenį odontologinės sveikatos priežiūros sistemoje.

Tyrimo metodai. Tyrimui buvo analizuojami teisės aktai, atliekama antrinė statistinių duomenų analizė, naudojamas lyginamasis metodas, taip pat naudojamas kokybinis metodas – stebėjimas, paremtas ilgamete magistro darbo autorės praktika odontologinės sveikatos priežiūros sistemoje (stebėjimas „iš vidaus“).

Darbo struktūra. Darbą sudaro dvi dalys. Pirmojoje nagrinėjamos politikos įgyvendinimo teorijos ir jų taikymas, tiriant odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimą Lietuvoje. Antrąją dalį sudaro penki skyriai. Pirmajame skyriuje detalios aptariama odontologinės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo raida. Antrajame skyriuje įvertinama dabartinė odontologinė situacija mūsų šalyje, trečiajame – analizuojama vaikų edukacijos profilaktikos programa bei jos įgyvendinimo problemos, ketvirtajame skyriuje analizuojama viešosios ir privačios odontologijos sąveika Lietuvoje. Penktasis skyrius skirtas įvertinti Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos, kaip vedančiosios odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos, vietą ir vaidmenį odontologinės sveikatos priežiūros sistemoje. Remiantis atliktu tyrimu pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

Darbą sudaro 93 puslapiai, pateiktos 4 lentelės, 15 paveikslų, literatūros sąrašą sudaro 91 šaltinis.

I. ĮGYVENDINIMO TEORIJOS IR JŲ TAIKYMAS TIRIANT ODONTOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS ĮGYVENDINIMĄ LIETUVOJE

Viešosios politikos analitikai ne iš karto atkreipė dėmesį į tai, kad neužtenka analizuoti priimtus politinius sprendimus (arba suformuotą viešąją politiką). Ne mažiau svarbu yra tirti priimtos politikos įgyvendinimą, kadangi politiniai sprendimai nebūtinai yra automatiškai įgyvendinami. Analizė parodė, kad viešoji politika gali būti įgyvendinta iš dalies, gali būti visai neįgyvendinta arba įgyvendinta ne taip, kaip ji buvo planuota.

Nesėkmingas viešosios politikos įgyvendinimas paskatino ieškoti priežasčių, lemiančių įgyvendinimo sėkmę ar nesėkmę. Galima sakyti, kad viešosios politikos analizėje įgyvendinimo stadija buvo savotiškai atrasta. Ji buvo pavadinta analizės trūkstamąja grandimi, nes iki jos „atradimo“ politikos analitikai pagrindinį dėmesį skyrė politikos formavimo, sprendimų priėmimo procesui. Paaiškėjus, kad geri politiniai sprendimai praktinio jų įgyvendinimo metu susiduria su sunkumais, iškilo būtinybė tuos sunkumus analizuoti. Kitaip tariant, iškilo būtinybė tirti sąlygas, kurios yra būtinos tam, kad priimta viešoji politika būtų tinkamai įgyvendinta.

„Atradus“ politikos įgyvendinimo stadiją, viešosios politikos procesas imtas analizuoti, suskirstant jį į vienas po kito einančius etapus, pradedant problemos apibrėžimu, po to – darbotvarkės sudarymu, po to – politikos formulavimu, jos įgyvendinimu, vertinimu bei tolesnės politikos koregavimu. Tačiau toks „žingsnis po žingsnio“ viešosios politikos proceso suvokimas yra kritikuojamas dėl to, kad jis, kritikų nuomone, „daro rizikingą prielaidą, kad viešosios politikos formavimas yra nuoseklus ir racionalus procesas – tarsi rašomas kursinis darbas su įvadu, dėstymu ir išvadomis bei loginiais ryšiais tarp kiekvienos dalies. Iš tikrųjų politikos formavimas retai kada vyksta taip“¹. Kritikų nuomone, realusis pasaulis yra sudėtingesnis, jis nėra padalytas į aiškiai apibrėžtus ciklus ir fazes. Mėginant politinį procesą skaidyti tokiu būdu, pervertinamas racionalumo vaidmuo politikos formavimo procese ir teikiamas klaidinantis politinio konvejerio vaizdinys, pagal kurį darbotvarkė formavimas esą vyksta viename jo gale, o įgyvendinimas ir įvertinimas – kitame².

Tuo tarpu „stadijinio“ arba „žingsnis po žingsnio“ požiūrio šalininkų nuomone, esant tokiai teorijų bei modelių, kaip analitinių įrankių, gausai, „stadijinė“ schema yra būdas, kaip šią įvairovę aprėpti paprastesne ir parankesne forma. Jų nuomone, „stadijinio“ modelio privalumas yra tai, kad jis teikia racionalią struktūrą, kuri padeda įveikti realybės kompleksiskumą³. Belieka tik pridurti, kad „stadijinio“ požiūrio tinkamumą liudija gausybė viešosios politikos tyrimų, skirtų atskiriems jos proceso etapams: tiriamas problemos apibrėžimas politikos analizėje; tiriamas politinės darbotvarkės sudarymas – kokie veiksniai padeda, o kokie trukdo problemai patekti arba nepatekti į darbotvarkę;

¹ Lindblom Ch., Woodhouse E. Politikos formavimo procesas, Vilnius: Algarvė, 1999, p. 24.

² Parsons W. Viešoji politika: Politikos analizės teorijos ir praktikos įvadas, Vilnius: Eugrimas, 2001, p. 85.

³ Ten pat.

analizuojamas politikos formulavimas – kiek priimamus sprendimus veikia galios išsidėstymas visuomenėje, kiek šie sprendimai gali būti racionalūs ir kiek – laipsniški (inkrementiniai); tiriamas politikos įgyvendinimas – kokie veiksniai lemia jo sėkmę ar nesėkmę; galiausiai atskiri tyrimai skiriami politikos vertinimui – viešosios politikos vertės analizei, naudojant tokius kriterijus kaip tinkamumas, našumas, efektyvumas ir tęstinumas.

1. Įgyvendinimo sąvoka.

Norvegų mokslininkas Janas-Erikas Lane atkreipia dėmesį į įgyvendinimo sąvokos dviprasmiškumą. Pirmoji prasmė yra sukelti praktines pasekmes, vykdyti, antroji – įvykdyti arba atlikti. Tuo būdu įgyvendinimas gali būti apibrėžiamas dvejopai: 1) įgyvendinimas kaip procesas ar politikos vykdymas ir 2) įgyvendinimas kaip galutinė būseną arba politikos tikslo pasiekimas⁴.

Remdamasis įgyvendinimo sąvokos dviprasmiškumu, J.-E. Lane teigia, kad veiksmų vykdymas neturi baigtis tikslų įgyvendinimu. Tiriant įgyvendinimą, analitiko dėmesio centre yra ne tik tai, kaip pasiekti politikos tikslus, bet ir kiti įgyvendinimo proceso aspektai: įgyvendinimo žaidime įvairių partijų naudojamos strategijos ir taktikos, vilkinimo mechanizmas kaip sprendimų parametras, dalyvaujančių veikėjų motyvų įvairovė bei būtinybė burtis į koalicijas ir galimybės slapta susitarti lošimuose⁵. Visa tai galima apibūdinti kaip įgyvendinimo kaip proceso, kaip politikos vykdymo tyrimą.

Tuo tarpu tiriant įgyvendinimą kaip rezultatą, kaip politikos tikslo pasiekimą, dėmesys kreipiamas į viešosios politikos vykdymą ir jo pasekmes. Toks tyrimas apima tris logiškai atskiras veiklas: (a) esamų tikslų išsiaiškinimą (tikslų funkcija), (b) santykio tarp priemonių ir rezultatų, išreiškiamo priežastiniu efektyvumu, konstatavimą (priežastinė funkcija) ir (c) santykių tarp tikslų ir rezultatų išsiaiškinimą, siekiant patvirtinti tikslo pasiekimo mastą (įvykdymo funkcija)⁶.

Tačiau J.-E. Lane atkreipia dėmesį į tai, kad siekiant atsakyti į klausimą, ar politika buvo įgyvendinta, informacijos apie politikos tikslų ir rezultatų atitikimo laipsnį toli gražu nepakaktų. Dar svarbu nustatyti laiką, kurio reikia, kad įgyvendinimas nebūtų nei priešlaikinis, nei pavėluotas. Kada dera klausti, ar programos tikslai įgyvendinti?⁷

Apibendrinamas įgyvendinimo sąvoką, J.-E. Lane tvirtina, kad jei pats įgyvendinimas kaip rezultatas yra nedviprasmiškas – pasiekti politikoje numatytus tikslus, tai įgyvendinimo procesas yra kompleksiškesnis reiškinys. Jis apima koalicijas, mokymąsi, politinį simbolizmą, įgyvendinimo perspektyvas, taip pat kontrolę. Tačiau nepakanka apskritai tvirtinti, kad įgyvendinimas yra koalicijų propagavimas, evoliucinis mokymasis ar hierarchinė kontrolė. Kiekvienas mechanizmas gali būti

⁴ Lane J.-E. Viešasis sektorius: Sąvokos, modeliai ir požiūriai, Vilnius: Margi raštai, 2001, p. 145.

⁵ Ten pat, p. 145-146.

⁶ Ten pat, p. 146.

⁷ Ten pat, p. 147.

panaudotas įgyvendinimo procese, nes ryšys tarp įgyvendinimo kaip rezultato ir įgyvendinimo kaip proceso yra „silpnas“⁸.

Tokia J.-E. Lane'as išvada apie silpną ryšį tarp įgyvendinimo kaip proceso ir įgyvendinimo kaip rezultato kelia nemažai klausimų. Jei įgyvendinimo procesas silpnai veikia rezultatą, kas tokiu atveju tą rezultatą lemia? Kokia prasmė tyrinėti įgyvendinimo procesą, jei įgyvendinimas kaip rezultatas priklauso nuo kažkokių kitų veiksnių? Kas tie veiksniai ir kaip jie veikia rezultatą?

2. Įgyvendinimas „iš viršaus į apačią“ ir „iš apačios į viršų“

„Atradus“ įgyvendinimą kaip viešosios politikos proceso stadiją, įgyvendinimas pirmiausia buvo suvokiamas kaip racionali hierarchinė kontrolės sistema, kuri aiškiai ir suprantamai apibrėžia tikslus, užtikrina reikalingus įgyvendinimui išteklius ir sugeba veiksmingai kontroliuoti organizacijas bei individus, atliekančius jiems skirtas užduotis.

Toks įgyvendinimo suvokimas, gavęs „iš viršaus į apačią“ pavadinimą, buvo traktuojamas kaip savotiškas idealusis tipas, primenantis M. Weberio sukonstruotą biurokratijos idealųjį tipą. Pavyzdžiui, Christopheris Hoodas taip apibūdino tokio tobulo įgyvendinimo sąlygas: a) įgyvendinimo užduotį nustato vieninga, „sukarinto“ tipo organizacija su griežtai apibrėžtais pavaldumo santykiais; b) normos privalomos, užduotys nustatomos iš anksto; c) žmonės vykdo įsakus ir prašymus; d) yra tobulas ryšys tarp organizacijų ir organizacijose; e) nėra laiko stokos veiksnio⁹.

Britų politologas Wayne'as Parsonsas teisingai pažymi, kad tokį požiūrį į politikos įgyvendinimo procesą taikliai apibūdina Jean-Jacques Rousseau savo knygoje „Emilis“: „Viskas tobula, kas ateina iš Kūrėjo rankų; viskas sugenda žmogaus rankose“. Racionalusis modelis vadovaujasi idėjomis, kad įgyvendinimas sietinas su įsakinėjimu, sistemos etapų valdymu, su kontrolės mechanizmais, kurie minimizuoja konfliktus ir nukrypimus nuo tikslų, nustatytų pradinės politinės hipotezės¹⁰. W. Parsonsas taip pat teisus, sakydamas, kad racionalusis modelis yra preskripcinis¹¹, t.y. jis analizuoja tai, kaip turėtų būti, o ne tai, kaip yra ir kodėl taip yra.

Įgyvendinimo tyrinėtojų siekis išsiaiškinti kaip yra iš tikrųjų ir kodėl taip yra stiprino kritišką požiūrį į įgyvendinimo „iš viršaus į apačią“ sampratą. Daugybė įgyvendinimo tyrimų parodė, kad žmonių valdymas ir kontrolė nėra efektyvaus politikos įgyvendinimo priemonė, kad žmonių negalima traktuoti kaip komandų vykdymo grandinės grandžių. Tyrimai parodė, kad įgyvendintojai, tiek aukštesnės, tiek ir žemutinės grandies, turi gana plačią nuožiūros ir veikimo laisvę, kuri lemia tai, kad politika įgyvendinama ne taip, kaip ją konstravo politikos formuotojai viršuje. Paaikškėjo, kad politika ne tik nuleidžiama iš viršaus į apačią, bet ir yra veikiamą iš apačios į viršų.

⁸ Ten pat.

⁹ Cit. iš: Parsons W. Viešojo politika, p. 416.

¹⁰ Parsons W. Viešojo politika, p. 416.

¹¹ Ten pat, p. 417.

Puikus tokio poveikio „iš apačios į viršų“ pavyzdys yra pateikiamas Ch. Lindblomo ir E. Woodhouse'o knygoje „Politikos formavimo procesas“. Įstatymų leidėjams ir gubernatoriui priėmus įstatymą dėl maksimalaus penkiasdešimt penkių mylių per valandą greičio, policininkams reikia nuspręsti, ar automobilininkams leisti greitį viršyti penkias, ar dešimt mylių per valandą; ar vykdant greičio limitą priežiūrą šiuos apribojimus pirmiausia įdiegti pagrindiniuose valstijos greitkeluose, ar labiau pavojinguose antraeiluose dviejų juostų keliuose; ar dėmesį sutelkti į keletą pažeidėjų, ar nuo kitų darbų atitraukti pareigūnus, kad šie išdalytų daugybę baudos kvitų. Knygos autoriai, garsūs viešosios politikos analitikai daro išvadą, kad tikrovėje vykdoma politika gali reikšti nedidelės dalies eismo dalyvių, važiuojančių greičiau nei septyniasdešimt mylių per valandą, stabdymą¹². Šis pavyzdys puikiai iliustruoja, kaip politikos formuotojų sumanytą greičio ribojimo politiką įgyvendintojai paverčia kitokia politika, leisdami vairuotojams važiuoti daug didesniu nei įstatyme numatyta greičiu.

Abiejų šių krypčių pripažinimas viešosios politikos analitikams leido suvokti politikos formuotojų ir politikos įgyvendintojų santykių svarbą. Į politikos formuotojų ir įgyvendintojų sąveiką imta žiūrėti kaip į permanentinius konfliktus ir derybas. W. Parsonsas pastebi, kad racionaliojo modelio atstovai taip pat pripažįsta, jog įgyvendinimo procese vyksta ir konfliktų, ir derybų, tačiau šį konfliktiškumą jie laiko disfunkciniu elementu, kuriam reikia koordinacijos arba sprendimo. Pagal racionalųjį modelį konfliktai ir derybos vyksta bendrai pripažįstamų tikslų kontekste, todėl įgyvendinimas bus efektyvus tik tuo atveju, jeigu grupės išspręs savo nesutarimus. Efektyvi įgyvendinimo sistema privalo turėti tokių konfliktų šalinimo priemonių, kurios leistų užtikrinti klusnumą. Viską lemia kontrolė¹³.

Tuo tarpu įgyvendintojus traktuojant ne kaip kontrolės objektą, bet kaip individus ir jų susivienijimus, turinčius gana plačią laisvę veikti savo nuožiūra ir siekiančius didinti savo galią bei įtaką, konfliktai ir derybos tarp politikos formuotojų, iš vienos pusės, ir politikos įgyvendintojų, iš kitos pusės, yra suvokiami ne kaip disfunkcija, bet kaip normalus politinis procesas, kurio dalyviai naudoja įvairias galios strategijas, siekdami savųjų tikslų.

Amerikiečių politologas Eugene'as Bardachas taip suvokiamą įgyvendinimą – kaip politikos formuotojų ir jos įgyvendintojų sąveiką, siekiant savųjų tikslų – laiko naudos sau siekiančių žmonių lošimu. Pasak šio politologo, įgyvendinimas yra derėjimosi, įtikinėjimo ir manevravimo lošimas netikrumo sąlygomis. Politikos įgyvendintojai siekia išlošti kuo daugiau galios ir siekdami savo pačių tikslų bei interesų mėgina naudotis sistema. E. Bardacho lošimo modelyje politika neapsiriboja formaliomis „politinėmis“ institucijomis. Politika nesibaigia įstatymo projektui tapus įstatymu. Ji neapsiriboja sprendimų priėmimo procesu. Šis modelis ir panašūs į jį modeliai mus ragina peržiūrėti

¹² Lindblom Ch., Woodhouse E. Politikos formavimo procesas, p. 96.

¹³ Parsons W., p. 420.

skiriamąsias ribas tarp politikos ir biurokratijos, sprendimų priėmimo ir sprendimų vykdymo procesų. Tad įgyvendinimas iš esmės yra atmaina politikos, vykstančios nerenkamos valdžios koridoriuose¹⁴.

J.-E. Lane šias abi politikos įgyvendinimo kryptis – iš viršaus į apačią ir iš apačios į viršų – apibūdina kaip kontroversiją tarp pasitikinčiųjų kontrole, planavimu ir hierarchija ir pasitikinčiųjų spontaniškumu, mokymusi ir adaptavimusi. Jo manymu, modelių „iš viršaus į apačią“ privalumai yra paprastumas ir suderinamumas, o modelių „iš apačios į viršų“ privalumai yra realistiškumas ir pritaikomumas. Skirtumas tarp šių grupių modelių labai išryškėja pereinant prie praktinių ar norminių dalykų. „Iš viršaus į apačią“ modeliai pabrėžia atsakomybę, „iš apačios į viršų“ – pasitikėjimą. J.-E. Lane klausia, kas svarbiau: žinybos atsakomybė ar pasitikėjimas žinybos autonomiškumu?¹⁵

Toks klausimas liudija kitokią požiūrį į įgyvendinimo modelius. „Iš viršaus į apačią“ modelis nėra traktuojamas kaip atitrūkęs nuo tikrovės racionalus idealusis tipas, ignoruojantis įgyvendintojų laisvę veikti savo nuožiūra ir taip pakeisti suformuotą politiką bei kalbantis apie tai, kaip turėtų būti. „Iš apačios į viršų“ modelis nėra traktuojamas kaip realistiškesnis, pabrėžiantis žemutinės grandies įgyvendintojų vaidmenį. J.-E. Lane's traktuotėje abu modeliai suvokiami kaip aiškinimai, kalbantys apie dvi įgyvendinimo puses, kurių kiekviena pabrėžia skirtingus ar net priešingus dalykus. Pavyzdžiui, planavimas ir spontaniškumas, kontrolė ir pasitikėjimas yra aiškios priešybės, tuo tarpu atsakomybė bei hierarchija ir mokymasis bei adaptavimasis greičiau yra skirtumai.

J.-E. Lane's nuomone, pirmasis įgyvendinimo aspektas – atsakomybės pusė – yra santykis tarp tikslų ir rezultatų. Jei neįmanoma įvertinti laipsnio, kuriuo rezultatai atitinka tikslus, viešojo atsakomybė tampa beprasmė. Administracinė atsakomybė yra neįmanoma be viešosios politikos įgyvendinimo sąvokos. Tai, kad tikslai kartais nepasiekia rezultatų, o rezultatai neturi tikslų, nereiškia, kad atsakomybė yra neįmanoma. Kad ir kokių būdu vyktų įgyvendinimas, visada galima aiškintis, kiek tikslai buvo įvykdyti ir kiek rezultatai yra nutolę nuo tikslų. Tai yra pagrindas vertinti įgyvendintojų atsiskaitomybę ir politikų bei tarnautojų atsakomybę¹⁶.

Antrasis įgyvendinimo aspektas – pasitikėjimo pusė – yra susijęs su politikos įvykdymo procesu. Įgyvendinimas demokratinės valdžios sistemoje paremtas visuomenės galia, patikėta politikams ir valstybės tarnautojams. Politikai ir tarnautojai turi pateikti politikos kryptis; tai yra pagrindinis sprendimų priėmėjų ir įgyvendintojų laisvės laipsnio apribojimas jiems sąveikaujant su savo patikėtoais – piliečiais. Kaip įgyvendinimas turi vykti – tai jau užduotis įgyvendintojams, jie turi būti atsakingi už ją, ir autonomiškumas čia yra gyvybiškai svarbus dalykas. Nesuteikus veiksmų laisvės, įgyvendintojai negali vertinti, kokios priemonės geriausiai tinka tikslams pasiekti, ir negali prisitaikyti prie aplinkos reikalavimų. Tačiau visiška įgyvendintojų autonomija reikštų visišką jų elgesio

¹⁴ Cit. iš: Parsons W., p. 420.

¹⁵ Lane J.-E. Viešasis sektorius, p. 158-159.

¹⁶ Lane J.E., p. 161.

nevaržomumą, taip būtų paneigta esminė santykių tarp piliečių ir įgyvendintojų atsiskaitomybės prigimtis. Kita vertus, per daug apribojimų kaip nepasitikėjimo įgyvendintojais išraiška sumažintų sėkmingo įgyvendinimo galimybę, kadangi neįmanoma kartą ir visiems laikams nustatyti detalų planą, pagal kurį tikslai turi būti įgyvendinti¹⁷.

J.-E. Lane daro išvadą: pasitikėjimas yra įgyvendinimo proceso pagrindas, bet įgyvendinimas negali išsiversti be atsakomybės. „Iš viršaus į apačią“ modeliai per daug pabrėžia atsakomybę, bandydami įveikti būdingą įgyvendinimo procesams netikrumą griežtu planavimu ir nustatyta kontrolės struktūra. „Iš apačios į viršų“ modeliai pernelyg pabrėžia pasitikėjimą, bandydami garantuoti įgyvendintojams kiek įmanoma daugiau laisvės kaip priemonę pažaboti netikrumą lankstumu ir mokymusi. Įgyvendinimo procesas yra atsakomybės ir pasitikėjimo derinys nustatant santykius tarp piliečių ir viešojo sektoriaus, taip pat ir santykius tarp politikų ir pareigūnų¹⁸.

3. Kitos įgyvendinimo sampratos

Įgyvendinimas kaip procesas ir kaip rezultatas, įgyvendinimas „iš viršaus į apačią“ ir „iš apačios į viršų“, įgyvendinimas kaip atsakomybė ir kaip pasitikėjimas yra įgyvendinimo reiškinio aspektai tam tikrais pjūviais, yra tų pjūvių kraštutiniai taškai. Tai – teoriniai modeliai, kurių pagalba bandoma analizuoti empirinį įgyvendinimo proceso vaizdą. Skirtingi autoriai, nagrinėdami įgyvendinimo procesą, atkreipia dėmesį į skirtingus šio proceso aspektus.

Įgyvendinimas kaip evoliucija. A. Wildavsky' s pasiūlė įgyvendinimo proceso teoriją, teigiančią, kad šis procesas nebūtinai pasibaigia įgyvendinimu, kad tikslai gali būti performuluoti, o rezultatai interpretuojami naujai. Kitaip tariant, vyksta evoliucija. Ši evoliucinė įgyvendinimo koncepcija numato, kad įgyvendinimo procesas gali nebūti aiškia atskirtas nuo politikos formulavimo etapų. Ji taip pat numato, kad įgyvendinimas nėra baigtinis: įgyvendinimas visada bus evoliucinis, jis neišvengiamai ir vykdys politiką, ir performuluos ją¹⁹. Pats J.-E. Lane čia kelia klausimą – jei įgyvendinimo procesas baigiasi tikslų performulavimu ir rezultatų perinterpretavimu, tai kaip įgyvendinimas gali būti sėkmingas?

Įgyvendinimas kaip mokymasis. A. Wildavsky' s pateikė dar vieną įgyvendinimo proceso prigimties interpretaciją, kurioje įgyvendinimas modeliuojamas kaip nesibaigiantis mokymosi procesas, kai įgyvendinantieji nenutrūkstamos paieškos dėka patikslina tikslų funkcijas ir sutvirtina programų technologijas. Nėra įgyvendinimo proceso pabaigos, nes kiekvienas etapas yra patobulintas, palyginti su ankstesniais, kai, praėjus tam tikram laikui, pradiniai tikslai turi transformuotis ir pradinės

¹⁷ Ten pat, p. 161-162.

¹⁸ Ten pat, p. 162.

¹⁹ Žr. Lane J.E., p. 151.

priemonės turi būti pakeistos²⁰. J.-E. Lane's nuomone, įgyvendinimo kaip mokymosi teorija gali būti laikoma optimistiniu įgyvendinimo hipotezės paaiškinimu, teigiančiu kad įgyvendinimas yra evoliucija. Ši įgyvendinimo proceso rūšis įvairiuose metodo „iš viršaus žemyn“ variantuose vadinama naiviuoju įgyvendinimu, tobulu administravimu, hierarchiniu modeliu, nes ji įgyvendinimo procesą traktuoja kaip vienkartinį²¹.

Įgyvendinimas kaip struktūra. Šią interpretaciją pasiūlė B. Hjernas ir D. Porteris. Įgyvendinimo struktūros metodas pabrėžia kitokias įgyvendinimo proceso galimybes nei metodas „iš viršaus žemyn“: organizacijos sudėtingumą, dalyvių savitranką, tikslų ir motyvų gausą, vietinio veikimo laisvę. Tačiau įgyvendinimo struktūrų apibūdinimas kaip apimančių vienetų, kurie įgyvendina programas, nedaug tepadeda, nes yra tautologinis. Arba įgyvendinimo struktūra yra konstrukcija – paprasčiausias vienetas administracinei analizei, arba įgyvendinimo struktūros yra administraciniai dariniai, bet ne abu iš karto. Įgyvendinimo struktūros sąvoka svarbi įgyvendinimo procesų analizei, bet reikia turėti galvoje sudaiktinimo klaidą ar ne vietoje panaudotą konkretumą. Sunku atrasti būdą įgyvendinimo struktūrai identifikuoti ir nustatyti jos riboms²².

Įgyvendinimas kaip perspektyva. Ši perspektyva – tai išeities taškas politikai vykdyti. Ar ši vadinamoji įgyvendinimo perspektyva yra tam tikra žinių sistema, kuria politikos kūrėjai ir įgyvendintojai galėtų remtis politikai įgyvendinti, ar tai yra praktika? Tas faktas, kad veikėjai dalyvauja procese, kurį jie vadina „įgyvendinimu“, dar nereiškia, kad jis vyksta realiai. Kaip parodė keletas įgyvendinimo studijų, veikėjai gali vykdyti politiką tikėdami, kad jų veiksmai pagaliau suponuos įgyvendinimą, bet jie gali ir klysti. Norint nustatyti laipsnį, kuriuo įgyvendinimo perspektyva sutaps su sėkmingu įgyvendinimu, reikia turėti ir teoretiko perspektyvą²³.

Įgyvendinimas kaip atgalinis planavimas. Ši koncepcija yra įgyvendinimo „iš apačios į viršų“ išraiška, teigianti, kad įgyvendinimo analizė savo dėmesį turi sutelkti ne į užimančiuosius aukštus postus valdžios struktūrose, bet į tuos, kurie diena po dienos atsako už rezultatus. Įgyvendinimo procesui esminę reikšmę turi elgesys tų, kurie labiausiai priartėja prie rezultatų suformavimo – paprastai šie žmonės yra gan žemai pagal hierarchiją. J.-E. Lane's nuomone, kažin ar vaisinga atsisakyti dėmesio politikos formuotojui, pavadinant įgyvendintoją vieninteliu esminiu įgyvendinimo vyksmo veikėju. Būtiną įgyvendinimo perspektyvos komponentas yra atitinkamos sprendimų priėmėjų grupės tikslų rinkinio priėmimas. Politikos formuotojo tikslai gali nebūti nei tikslūs, nei aiškūs, ilgainiui jie gali keistis ar prieštarauti įgyvendintojo tikslams. Tačiau be formuotojo įtraukimo

²⁰ Ten pat, p. 152.

²¹ Ten pat.

²² Ten pat, p. 152-153.

²³ Ten pat, p. 154.

ir tikslų nustatymo įgyvendinimas neturi apibrėžtumo. Jei nėra nustatytų tikslų, kaip kas nors gali būti įgyvendinta?²⁴.

Įgyvendinimas kaip simbolizmas. Pagal šį požiūrį, įgyvendinimas negali būti laikomas savaime suprantamu dalyku. Įgyvendinimo proceso studijos rodo ne tik tai, kad įgyvendinantieji gali priešintis pasikeitimams ar savaip interpretuoti tikslus, bet ir kad politikos kūrėjai gali laikyti būtinu ar naudingu dalyku ignoruoti politikos vykdymą. J.-E. Lane's manymu, faktas, kad įgyvendinimo procesas eksponuoja politinį simbolizmą, apeidamas nuoširdžias pastangas įgyvendinant realią politiką, netrukdo įgyvendinimo sąvokos tinkamumui. Laipsnis, iki kurio kiekvienas įgyvendinimo procesas turi daugiau ar mažiau simbolinių elementų, yra išimtinai empirinis klausimas²⁵.

Įgyvendinimas kaip dviprasmiškumas. Šis požiūris į įgyvendinimą kyla iš pačios politikos dviprasmiškumo, kuris yra ne tiek politikų naudojamas strateginis instrumentas, kiek būtinas politinio proceso šalutinis produktas. Politikos procesas gali būti toks, kad dviprasmiškumas tampa sisteminis visose politikos kryptyse. Tuo būdu įgyvendinimas gali būti nesėkmingas ne dėl prarajos tarp racionalaus politikos kūrimo ir netobulo politikos įgyvendinimo, bet dėl politikos neapibrėžtumo²⁶. Čia reikėtų pridurti, kad viešojoji politika negali nebūti dviprasme ar neapibrėžta, nes jos tikslus įvairios socialinės grupės suvokia (interpretuoja) skirtingai, todėl viešosios politikos procesas yra šių interpretacijų kovos ir atrankos procesas. Politikai yra priversti viešąją politiką formuoti aptakiai, neapibrėžtai, kad įtiktų kuo didesniai skaičiui piliečių – potencialių balsuotojų rinkimuose.

Įgyvendinimas kaip koalicija. Pagal šį požiūrį įgyvendinimo procesai susideda iš vadinamųjų palaikymo koalicijų – tai yra iš veikėjų iš įvairių viešųjų ir privačių organizacijų, turinčių bendrą požiūrį ir siekiančių įgyvendinti bendrus tikslus per tam tikrą laiką. J.-E. Lane'is čia kyla klausimas – ar bet kokia įgyvendintojų koalicija yra sudaryta produkuoti rezultatus, kurie pasibaigia sėkmingu įgyvendinimu? Gal koalicijos poveikis tikslams yra disfunkcinis? Įgyvendinimo kaip koalicijos šalininkai pabrėžia ilgalaikį mokymąsi šiose koalicijose. Kodėl reikia daug mokytis? Į šį savo klausimą J.-E. Lane atsako taip: greičiausiai todėl, kad įgyvendinimas nepavyksta. Bet ar visada tai yra nepakankamo išmokimo funkcija, kurią palankiai nusiteikusios koalicijos gali ištaisyti? Vien tik politinių koalicijų egzistavimo nepakanka įgyvendinimui, juo labiau sėkmingam įgyvendinimui; per daug veikėjų ar per daug koalicijų gali blokuoti įgyvendinimo procesą. Ir kaip mes galėtume padaryti naudingą prielaidą apie tikimybę, kad vadinamieji politiniai tarpininkai įves taiką tarp vadinamųjų politinių koalicijų ir jų viduje?²⁷

²⁴ Ten pat, p. 154-155.

²⁵ Ten pat, p. 156.

²⁶ Ten pat.

²⁷ Ten pat, p. 157-158.

4. Įgyvendinimo sėkmė

Kaip jau kalbėjome, politikos sėkmė priklauso ne tik nuo vykusio jos formavimo, nuo gerų sprendimų, bet ir nuo tų sprendimų įgyvendinimo. Nuo ko tada priklauso įgyvendinimo sėkmė? Kaip viešojo sektoriaus veikėjai gali pasiekti sėkmingą įgyvendinimą?

Apibendrinamas atsakymus į šį klausimą, J.-E. Lane išskiria tris kryptis. Viena įrodinėjimų kryptis remiasi teiginiu, kad sėkmingas įgyvendinimas neįmanomas, nes pati įgyvendinimo sąvoka paremta klasikiniu viešojo administravimo modeliu, netinkančiu tyrinėti įgyvendinimo problemas išsiplėtojusios valdžios epochoje. Kita kryptis tvirtina, kad įgyvendinimas negalimas, kadangi visi politikos procesai sudaro nenuspėjamą įvykių voratinklį, kuriame įvykiai yra evoliucijos proceso, atmetančio bet kokius specifinius tikslus ar rezultatus, dalys. Trečiasis įrodinėjimų būdas sutelkia dėmesį į aktualias programas ir rezultatus žemiausiu lygiu. Įgyvendinimas yra tai, kas vyksta apačiose, t.y. įgyvendinimas yra politikos vykdymas, ir nieko daugiau ar mažiau.

Šio politikos analitiko manymu, verta skirti įgyvendinimą kaip rezultatą nuo įgyvendinimo kaip proceso, arba to, kaip įgyvendinimas vyksta. Taip pat nėra būtina sąsaja tarp įgyvendinimo kaip rezultato ir kurio nors ypatingo įgyvendinimo proceso modelio – „iš viršaus žemyn“, „iš apačios aukštyn“ ar kaip kitaip. Kartais kontrolė ir hierarchija gali skatinti sėkmingą įgyvendinimą, o kartais įgyvendinimo sėkmę lemia mainai ir sąveika²⁸.

Atrodo, kad pats J.-E. Lane pripažįsta, jog sėkmingas politikos įgyvendinimas įmanomas, tačiau kyla klausimas, kas lemia sėkmę ar nesėkmę. Jei vienu atveju sėkmę lemia vieni dalykai, o kitu atveju – kiti, priešingi, tai aiškių sėkmės sąlygų kaip ir nėra.

Politikos įgyvendinimo tyrinėtojai Ramūnas Vilpišauskas ir Vitalis Nakrošis įgyvendinimo sėkmės sąlygas aptaria detalčiai. Jie remiasi prielaida, kad viešosios politikos procese rezultatai priklauso nuo dviejų bendrų sąlygų – politikos veikėjų noro (paskatų) ir gebėjimo priimti bei įgyvendinti priimtus sprendimus. Paprastai bet kokias politikos įgyvendinimo nesėkmes galima paaiškinti arba dalyvaujančių veikėjų noro (tinkamų paskatų) trūkumu, arba nesugebėjimu. Toliau šios dvi bendrosios sąlygos skaidomos į detalesnes sąlygas, nuo kurių priklauso įgyvendinimo sėkmingumas. Pavyzdžiui, *paskatas* tinkamai įgyvendinti priimtus sprendimus sustiprina aiškiai apibrėžta atsakomybė ir atskaitomybė, politiką įgyvendinančių institucijų pritarimas politikos tikslams ir uždaviniams bei interesų grupių ar visuomenės palaikymas, o *gebėjimus* sustiprina aiškiai apibrėžti tikslai ir uždaviniai, tinkama priežastinė teorija, tinkama koordinavimo bei grįžtamojo ryšio sistema, pakankami įgyvendinančių institucijų ištekliai – lėšos ir kvalifikacija²⁹.

²⁸ Ten pat, p. 169.

²⁹ Vilpišauskas R., Nakrošis V. Politikos įgyvendinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungos įtaka, Vilnius: Eugrimas, 2003, p. 19.

Remdamiesi tokiais politikos analitikais kaip B.W. Hoogwood, L.A. Gunn, P.A. Sabatier, R. Vilpišauskas ir V. Nakrošis formuluoja šešias sėkmingam įgyvendinimui būtinas sąlygas (arba veiksnius). Reikia pažymėti, kad šios sąlygos yra suskirstomos į dvi grupes – į tas, kurios priklauso nuo politikos formavimo metu priimtų sprendimų, ir tas, kurios veikia paties įgyvendinimo metu. Politikos formavimo metu svarbios sąlygos, nuo kurių priklauso politikos įgyvendinimo sėkmingumas, yra šios:

1. Aiškiai ir tiksliai suformuluoti politikos tikslai ir uždaviniai, dėl kurių sutaria pagrindiniai politiniai veikėjai. Neaiškiai apibrėžti, nesuderinti ar prieštaringi viešosios politikos tikslai ir uždaviniai suteikia didelę veiksmų laisvę politiką įgyvendinančioms institucijoms (kuri apsunkena įgyvendinimą, jei nėra siejama su didesne atskaitomybe) bei mažina efektyvios kontrolės galimybes.

2. Tinkama priežastinė teorija, kuria grindžiamos politikos priemonės ir kuri dažnai priklauso nuo ekonominės, socialinės bei kultūrinės aplinkos bei vyraujančios ideologijos. Viešosios politikos įgyvendinimo studijų apžvalga rodo, kad neadekvati ir neveiksminga priežasčių bei padarinių teorija, kuri susieja viešosios politikos tikslus ir uždavinius bei priemones jiems pasiekti, prisideda prie nesėkmingo politikos įgyvendinimo daugiau nei pirmoji sąlyga.

3. Teisinė – institucinė įgyvendinimo, jo koordinavimo, priežiūros ir atskaitomybės struktūra³⁰.

Prieš išvardindami kitas tris sėkmingo politikos įgyvendinimo sąlygas, svarbias įgyvendinimo etapo metu, autoriai pasiremia politikos įgyvendinimo tyrimų išvadomis, rodančiomis, kad įgyvendinančios institucijos pritarimas politikai yra vienas iš svarbiausių sėkmingo įgyvendinimo veiksnių. Lieka neaišku, ar šis pritarimas politikai yra ketvirtoji sąlyga. Taigi, tos kitos trys sąlygos yra:

4. Išteklių, kuriais disponuoja įgyvendinančios institucijos – lėšos, laikas, personalo kvalifikacija ir įgūdžiai, strateginio planavimo bei kitų efektyvumą didinančių priemonių naudojimas.

5. Interesų grupių (įgyvendinamo politikos tiesiogiai ar netiesiogiai paliečiamų grupių) požiūris – priešinimasis ar palaikymas.

6. Ekonominės, politinės, socialinės aplinkos pokyčiai, dėl kurių keičiasi ir galimybės tinkamai įgyvendinti anksčiau priimtus sprendimus³¹.

Sėkmingas įgyvendinimas – tai pasiekti tikslai. Dažniausiai tikslai būna pasiekiami tik dalinai, todėl tiriama, kiek rezultatai atitinka tikslus. Kaip žinia, tikslų ir rezultatų atitikimo laipsnis, o taip pat

³⁰ Ten pat, p. 20-21.

³¹ Ten pat, p. 21-22.

laikas, per kurį yra siekiama tų tikslų, yra svarbiausi dalykai, tiriant įgyvendinimą kaip rezultatą. Tačiau negalima ignoruoti dar vieno dalyko – sąnaudų. Juk tikslus galima pasiekti tiek su mažomis, tiek su didelėmis sąnaudomis, taip pat galima ir visai nepasiekti užsibrėžtų tikslų, nors sąnaudos bus didelės. Ar įgyvendinimas laikytinas sėkmingu, jei politikos tikslai pasiekiami labai didelėmis sąnaudomis? Kaip rasti balansą tarp siekiamų tikslų ir jų kainos?

Tuo būdu kalbant apie politikos įgyvendinimo sėkmingumą, reikia tirti ne tik tai, kiek rezultatai atitinka tikslus, klausti ne tik to, kiek laiko visa tai truko, bet ir to, kiek tokia politika kainavo.

5. Įgyvendinimo teorinių modelių taikymas odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo analizei

Tiriant odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimą Lietuvoje po nepriklausomos valstybės atkūrimo, pirmasis žvilgsnis į tiriamą objektą būtų šios politikos įgyvendinimo aspektų – įgyvendinimo kaip proceso ir kaip rezultato atskyrimas. Sveikatos politikos įgyvendinimas dėl savo specifikos yra niekada nesibaigiantis procesas, todėl tiriami ne tik į politikos tikslai, bet ir kiti įgyvendinimo proceso aspektai: įgyvendintojų motyvų įvairovė, jų naudojamos strategijos ir taktikos, sudaromos koalicijos ir slapti susitarimai. Ką galima apibrėžti kaip odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendintojus? Tai ne tik profesinis odontologų luomas, bet ir Odontologų rūmai kaip profesinė savivaldos institucija, Sveikatos apsaugos ministerijos valdininkai. Kiek odontologinės politikos formavimą ir įgyvendinimą lėmė politinės valdžios kaita ir politikų nenoras ar nesugebėjimas išsiklausti į odontologijos specialistų nuomonę?

Tačiau šiame procese galima išvelgti ir tam tikrus rezultatus. Žiūrint į įgyvendinimą kaip rezultatą, galima kelti klausimus, kodėl odontologų pasiskirstymas Lietuvoje yra netolygus? Kodėl miesteliuose ir kaimuose odontologinių paslaugų prieinamumas yra nepatenkinamas, o didžiuosiuose miestuose odontologinių įstaigų tankis yra per didelis? Kodėl nereguliuojamas privačių odontologinių įstaigų teritorinis pasiskirstymas? Kodėl neįgyvendinta vaikų dantų ėduonies profilaktikos programa?

Kitas analizės aspektas būtų bandymas išsiaiškinti, kiek odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimas atitiko ir atitinka sėkmingo įgyvendinimo sąlygas. Kiek aiškiai ir tiksliai buvo apibrėžti odontologinės sveikatos priežiūros politikos tikslai? Ar 1996 m. priimtas Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas bei 1998 m. priimta Lietuvos sveikatos programa šiuos tikslus suformulavo aiškiai? Ar priemonės šiems tikslams pasiekti buvo grindžiamos tinkama priežastine teorija? Kaip reikia vertinti odontologinės sveikatos priežiūros politikos išteklius – lėšas (tiek valstybės skiriamas, tiek privačias), gydytojų odontologų kvalifikaciją bei igūdžius, sveikatos politikos strateginį planavimą? Kaip vertinti interesų grupių – pacientų ir gydytojų odontologų – vaidmenį? Kiek odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimą lemia viešojo ir privačiojo

odontologinė praktika bei jų tarpusavio sąveika? Kaip odontologinę sveikatos priežiūrą sąlygojo ekonominės, politinės ir socialinės aplinkos pokyčiai Lietuvoje?

II. ODONTOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKA IR JOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE PO VALSTYBĖS ATKŪRIMO

Antrojoje magistrinio darbo dalyje apžvelgsime odontologinės sveikatos priežiūros politikos teisinio reglamentavimo raidą, įvertinsime dabartinę odontologinę situaciją Lietuvoje, nagrinėsime vaikų edukacijos profilaktikos programą bei jos įgyvendinimą, analizuosime viešosios ir privačios odontologijos sąveiką mūsų šalyje, įvertinsime Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika vietą ir vaidmenį odontologinės sveikatos priežiūros sistemoje.

Nors mūsų darbo tikslas tirti odontologinės sveikatos priežiūros politikos pokyčius ir jos įgyvendinimą po Nepriklausomybės atkūrimo iki šių dienų, trumpai apžvelgsime ir odontologijos sistemos vystymąsi iki 1990 m. kovo 11 d., nes tai neatsiejamas odontologinės sveikatos priežiūros sistemos vystymosi laikotarpis, kurio neįvertinus, būtų sunku suprasti ir paaiškinti tam tikrų sprendimų kilmę, priežastinius ryšius ir pasekmes.

Iki 1990 m. gegužės mėn., kada buvo priimtas ir įsigaliojo Lietuvos Respublikos įmonių įstatymas, stomatologinių paslaugų teikimas buvo valstybės (savivaldybių) monopolija. Paslaugos gyventojams buvo nemokamos, išskyrus kai kurias dantų protezavimo paslaugas ir joms naudojamas medžiagas (brangūs metalai ir kt.). Paslaugų apmokėjimas buvo užtikrintas biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų išlaikymu iš valstybės biudžeto. Mokamos stomatologinės ortopedinės (protezavimo ir protezų gaminimo (dantų technikų) paslaugos paprastai buvo organizuojamos atskiruose sveikatos priežiūros įstaigų padaliniuose, kurie dirbo ūkiskaitos principu t.y. joms lėšos iš valstybės/savivaldybių biudžeto nebuvo skiriamos. Lietuvoje veikė kelios ir atskiros poliklinikos, kurios teikė mokamas stomatologines ortopedines (protezavimo ir protezų gaminimo (dantų technikų) paslaugas.

Nuo 1988/1989 m. buvo pradėta leisti privati gydytojų praktika „pagal patentą“, kuri netapo populiaria ir didesnio masto neįgijo.

1990 m. gegužės 8 d. buvo priimtas Lietuvos Respublikos įmonių įstatymas (Žin., 1990, Nr. 14-395), kuris sudarė teisinę prielaidą privataus kapitalo įmonių steigimui ir numatė tokių įmonių teisinę formas: personalinę įmonę, akcinę bendrovę, uždara akcinę bendrovę ir kt. Minėtas įstatymas taip pat numatė atskirų veiklos rūšių, tame tarpe ir stomatologinių paslaugų privalomą licencijavimą. Šis reikalavimas iki 1996 m. (iki buvo priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas), buvo taikomas, tik pagal LR Įmonių įstatymą įsteigtiems subjektams – t.y. tik privataus kapitalo įmonėms praktikuojančioms privačiai. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1991 m. lapkričio 20 d. įsakymu Nr. 353 patvirtinta Leidimų ir licencijų užsiimti

gydymo, higienos ir farmacinė veikla išdavimo instrukcija, buvo pradėta licencijuoti ir asmenų, norinčių užsiimti gydytojo stomatologo praktika veikla – ne tik pati įmonė turėjo atitikti nustatytus reikalavimus, bet licencijos (papildomi reikalavimai) buvo privalomos ir gydytojams stomatologams, dirbantiems tokioje įmonėje. Gydytojas turėjo turėti nustatytos trukmės (nemažiau 3 metų) profesinio darbo stažą ir ne mažesnę kaip pirmąją kvalifikacinę kategoriją arba tos specialybės mokslinį laipsnį. Tokiu būdu privačiai praktikuojančiam gydytojui stomatologui buvo nustatyti papildomi reikalavimai palyginus su tais, kurie buvo taikomi valstybinėse įstaigose dirbančiam gydytojui. Privačią veiklą pasirinkę gydytojai stomatologai privalėjo registruoti įmonę pagal vieną iš įstatyme nurodytų įmonių rūšių ir gauti šiai įmonei leidimą (licenciją), o, be to, dar turėti ir asmeninę licenciją. Leidimus (licencijas) įmonėms ir licencijas gydytojams išduodavo Sveikatos apsaugos ministerija, kuri šiam darbui buvo sudariusi specialią komisiją.

1. Teisinio reglamentavimo raida

Odontologinės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo raidoje galima būtų skirti tris etapus. Pirmasis etapas – tai teisinio reglamentavimo pradžia, kada prasidėjo nacionalinės sveikatos politikos formavimas, priimant Sveikatos sistemos įstatymą (1994) ir Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą (1996). Šiame etape buvo priimtas Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas (1996), pradėtos kurti odontologijos specialistų medicinos praktiką reglamentuojančios normos. Antrasis etapas – odontologinės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo tobulinimo laikotarpis, poįstatyminių teisės aktų kūrimo laikotarpis. Trečiasis etapas – odontologinės sveikatos priežiūros savivaldos institucijų teisinio reglamentavimo pradžia ir tolesnis odontologinės sveikatos priežiūros teisinis norminimas.

1.1. Pirmasis etapas – teisinio reglamentavimo pradžia

Praėjus keliems metams po Nepriklausomybės atkūrimo, prasidėjo intensyvus sveikatos sistemos ir teisinio reguliavimo kūrimo procesai. Vienas po kito buvo priimti svarbiausi Lietuvos sveikatos sistemos teisės aktai, kurie nustatė sveikatos sistemos veiklos pagrindinius principus, sveikatos sistemos subjektus, sveikatos sistemos valdymo, finansavimo klausimus ir daugelį kitų svarbių klausimų, tarp jų ir odontologijos³² sistemos plėtrą bei teisinį reguliavimą. Buvo priimtos svarbių įstatymų (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų) pirmosios redakcijos, kurios, pakeistos ir papildytos, galioja iki dabar. Be šių įstatymų buvo priimtas ir specialusis įstatymas – Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas, eilė odontologijos sistemą reglamentuojančių poįstatyminių teisės aktų.

³² Dėl stomatologo termino pakeitimo.

Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo VI atkuriamojo Lietuvos gydytojų sąjungos (LGS) suvažiavimo rezoliucijomis, kai medicinos visuomenė buvo įpareigota parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Ji buvo patvirtinta 1991 m. spalio 30 d. tuometinėje Lietuvos Aukščiausioje Taryboje.

Lietuvos Respublikos Seimo 1994 m. liepos 19 d. priimta pirma Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas³³ reglamentavo Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos struktūrą, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, sveikatinimo veiklos mastų nustatymo, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo ir valdymo, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas.

LR Sveikatos sistemos įstatymo pirmosios redakcijos 3 str. 22 p. nustatė, jog tik Lietuvos Respublikos sveikatinimo veiklos įstatymai nustato stomatologinės priežiūros sąlygas, jos organizavimo bei valdymo teisinius pagrindus. Taigi, nors pirmasis LR Sveikatos sistemos įstatymas, lyginant su dabartiniu teisiniu reguliavimu, nedaug dėmesio skyrė vienai iš medicinos sričių – stomatologijai, tačiau įtvirtino svarbų stomatologijos teisinių normų teisėkūros principą, jog tik įstatymas (aukščiausios galios teisės aktas) Lietuvos teisinėje sistemoje nustato stomatologijos pagrindinius aspektus: priežiūros sąlygas, organizavimo ir valdymo teisinius pagrindus.

1996 m. birželio 6 d. Lietuvos Respublikos Seimas priėmė Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą³⁴, kuris nustatė sveikatos priežiūros įstaigų tipus, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, santykius tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų ir kitus klausimus. Atkreiptinas dėmesys, jog šis įstatymas, lyginant su LR Sveikatos sistemos įstatymu, nemažai dėmesio skyrė stomatologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms.

Įstatymo 4 str. reglamentavo asmens sveikatos priežiūros įstaigų pagal teikiamas paslaugas rūšis, tarp kurių ir bendrosios praktikos stomatologų kabinetus, kurie buvo steigiami teikti pirmines stomatologinio profilio asmens sveikatos priežiūros paslaugas. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 55 str. 1 d. 2 p. prie pirminio Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos organizavimo lygio savivaldybių asmens sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų, be bendrosios praktikos gydytojų kabinetų, savivaldybių poliklinikų, savivaldybių ambulatorijų, buvo priskiriami bendrosios praktikos stomatologų kabinetai. Įstatymo 84 str. 4 d. nustato, jog stomatologinės priežiūros nemokamų paslaugų mastus ir jų teikimo tvarką nustato Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas bei kiti teisės aktai.

³³ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.

³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 66-1572.

LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 3 str. išskyrė du tipus įstaigų, t.y., Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos³⁵ ir įstaigos, nepriklausančios Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai. Kyla klausimas, koks santykis odontologinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų sveikatos sistemos kūrimo laikotarpio pradžioje priklausė Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai, o kiek jų buvo privačios, t.y., nepriklausančios Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai. Nepriklausomumas Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai vėliau sudarė prielaidas privačioms odontologinės sveikatos priežiūros įstaigoms pasirinktinai teikti ar neteikti privačių įstaigų veikos ataskaitą. Neturint sveikatos priežiūrą charakterizuojančių statistinių duomenų, neįmanomas Lietuvos odontologinės sveikatos priežiūros informacijos lyginimas su kitomis šalimis, planavimas ir kontrolė. Privačios odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos, nepasirašę sutartis su Ligonių kasomis, negali siųsti pacientų nemokamam konsultavimui į aukštesnio lygio įstaigas, dėl to kenčia pacientų prieinamumas gauti aukšto lygio specializuotas paslaugas.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (Žin., 1996, Nr. 60 - 1572) 9 straipsnio 2 dalimi, SAM ministro įsakymu buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarka, pagal kurią Odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms buvo leista susikurti ir patvirtinti gydymo standartus, nepriklausomai nuo jų pavaldumo. Vieningų standartų nebūvimas iškreipė paslaugų rinką, iššaukė apmokėjimo netolygumus, todėl iš to seka būtinybė įgyvendinti mūsų šalyje vieningą šiuolaikinę gydymo metodikų ir medicinos standartų sistemą, veikiančią visų nuosavybės formų ir dydžių įstaigose.

1.1.1. Odontologinės priežiūros teisinis reguliavimas

Lietuvos Respublikos Seimas 1996 m. kovo 28 d. priėmė Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymą³⁶, t.y., specialųjį teisės aktą, kuris reglamentavo teisę verstis gydytojo stomatologo, dantų techniko, burnos higienisto ir gydytojo stomatologo padėjėjo praktika, stomatologinės priežiūros³⁷ atlikimo (pagalbos teikimo) tvarką ir kontrolę, stomatologų ir stomatologų specialistų pareigas bei teises, valstybinio reguliavimo būdus, atsakomybės pagrindus.

Lyginant su anksčiau aptartais pagrindiniais sveikatos sistemą reglamentuojančiais įstatymais, LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas jau išsamiai nustato subjektus, turinčius teisę

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (*Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231) 8 str. (nustato, jog Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą (toliau – LNSS) sudaro LNSS vykdomieji subjektai (1), LNSS valdymo subjektai (2), LNSS ištekliai (3), LNSS veikla ir teikiamos paslaugos bei patarnavimai (4). Įstatymo 9 str. nustato, jog LNSS vykdomieji subjektai yra valstybinės ir savivaldybių asmens ir (ar) visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos (1); įmonės, akredituotos nustatytų rūšių sveikatinimo veiklai bei sudariusios šio įstatymo nustatytas sveikatinimo veiklos sutartis su LNSS veiklos, paslaugų ir patarnavimo užsakovais (2).

³⁶ Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 35-855.

³⁷ Stomatologinė priežiūra (pagalba) – asmens sveikatos priežiūros dalis, skirta burnos organų ligų individualiai profilaktikai, diagnostikai, gydymui ir dantų protezavimui.

verstis stomatologo, dantų techniko, burnos higienisto praktika, specializuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stomatologinę priežiūrą, steigimosi tvarką, stomatologų, stomatologų specialistų ir pacientų teises, pareigas ir atsakomybės pagrindus, stomatologinės priežiūros (pagalbos) išlaidų kompensavimo klausimus, stomatologinės priežiūros (pagalbos) valstybinio reguliavimo ypatumus. Aktualiausias šio teisės akto nuostatos panagrinėtinos atskirai.

LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas nustato, jog teisę verstis stomatologine praktika turi asmenys, turintys aukštojo mokslo gydytojo stomatologo diplomą, įgytą Lietuvos Respublikoje, atlikę nustatytos trukmės rezidentūrą ir įstatymų nustatyta tvarka gavę licenciją. Atkreiptinas dėmesys, į tuo metu veikusį subjektą, turėjusį teisę išduoti licencijas ir sertifikatus teikti stomatologinės priežiūros paslaugas – Gydytojų licencijų komitetas³⁸. Paminėtina, jog šis licencijavimo stomatologinei sveikatos priežiūrai subjektas veikė tik iki 2006-10-23, iki įsigaliojo Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo pakeitimo įstatymas³⁹, kuriame atsisakoma Gydytojų licencijų komiteto ir stomatologinės priežiūros licencijavimas ir sertifikavimas verstis stomatologine praktika ir teikti tam tikras stomatologinės priežiūros paslaugas, licencijų atnaujinimas, sustabdymas ir panaikinimas perduodamas Sveikatos apsaugos ministerijai Gydytojo medicinos praktikos įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka.

Odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios specializuotą stacionarinę odontologinę sveikatos priežiūrą licencijuojamos ir akredituojamos Akreditavimo tarnyboje prie SAM. Susikūrus Lietuvos Odontologų rūmams, SAM delegavo jiems ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros įstaigų ir gydytojų odontologų licencijavimo ir akreditavimo teisę. Racionalu būtų odontologinių gydymo įstaigų ir odontologijos specialistų licencijų išdavimą ir akreditaciją gražinti Akreditavimo tarnybai prie SAM.

Įstatymo 5 str. nustatė, jog stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas galima teikti tik stomatologinei priežiūrai (pagalbai) akredituotose ir licencijas turinčiose įstaigose. Valstybės įstaigas, teikusias stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas steigė Sveikatos apsaugos ministerija, apskrities valdytojas, o savivaldybės įstaigas – vietos savivaldybė. Privačių įstaigų steigėjais galėjo būti juridiniai ar fiziniai asmenys. Svarbu, kad įstatymas reglamentuoja, o stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos steigėjas privalėjo užtikrinti, kad stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstaigai vadovautų specialistas, turintis licenciją stomatologinei praktikai.

Pažymėtina, jog LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas įtvirtino stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų teikimą valstybės ir savivaldybių mokymo ir auklėjimo įstaigose ir pavedė Vyriausybei nustatyti atitinkamų paslaugų teikimo tvarką bei mastą. Įstatymo 22 str. nustatė,

³⁸ Gydytojų licencijų komitetas – institucija, steigiama prie Sveikatos apsaugos ministerijos licencijavimo funkcijoms vykdyti.

³⁹ Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2316.

jog valstybės ir savivaldybių įstaigose teikiamų stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų ir patarnavimų kainas nustatė Sveikatos apsaugos ministerija, suderinusi su Valstybine konkurencijos ir vartotojų teisių gynimo tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 3 d. priimta pirmoji Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakcija⁴⁰, kuri, iš anksčiau aptartų pagrindinių sveikatos sistemą reglamentavusių teisės aktų, priimta viena iš paskutiniųjų.

Aptariamas LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas buvo svarbus tuo, jog tai buvo pirmasis teisės aktas, kuris įtvirtino pagrindines pacientų teises. Žinoma, tai nebuvo išsamus pacientų teisių rinkinys, tačiau pakankamai sistematizuotas ir konkretus. Paminėtina, jog įstatymas reguliavo ir odontologinės priežiūros asmens sveikatos priežiūros paslaugas gaunančių pacientų⁴¹ teises. Įstatymas garantavo pacientams teisę į prieinamą sveikatos priežiūrą, teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, gydytoją, slaugos darbuotoją, paciento teisę į informaciją, paciento teisę atsisakyti gydymo, teisę skųstis, garantavo pacientui privataus gyvenimo neliečiamumą, paciento teisę skųstis ir skundų nagrinėjimo ypatumus. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, ginantis vien tik paciento interesus, neigiamai paveikė bendrą gydytojų odontologų pasitenkinimą savo profesine veikla. Reikėtų keisti pacientų žalos atlyginimo sistemą, įvedant žalos atlyginimo be kaltės modelį.

Būna atvejų kai pacientai savo elgesiu pažeidžia LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme įtvirtintas pacientų pareigas: nepagrįstai atsisako pasirašyti jam pateiktus įstaigos vidaus dokumentus, nebendradarbiauja su sveikatos priežiūros paslaugas teikusiais specialistais, nepateikia savo asmens tapatybę patvirtinančio dokumento, nepagarbiai ir nederamai elgiasi su sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojais ir kitais pacientais, trukdo kitiems pacientams gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Akivaizdu, kad gydytojui patyrus fizinį smurtą atliekant pareigą darbe, reikėtų traktuoti tai ne kaip traumą darbe, kur už šį sužalojimą numatyta tvarka moka Sodra, bet kaip tyčinį sužalojimą darbe. Gydytojas privalomai teikdamas sveikatos priežiūros paslaugas turėtų būti traktuojamas kaip pareigūnas, vykdamas savo pareigą.

1.1.2. Teisių ir pareigų reglamentavimas

Paminėtini nagrinėjamo laikotarpio odontologinės priežiūros reguliavimo progresyvūs, pažangūs aspektai. Jeigu kalbant apie LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pirmąją redakciją, pacientų teisių ir žalos atlyginimo principų reglamentavimas buvo inovatyvus ir pažangus politinis, teisinis sprendimas, tokią pačią išvadą galime padaryti ir dėl LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos)

⁴⁰ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317.

⁴¹ Pacientas – asmuo, kuris naudojasi asmens sveikatos priežiūra nepriklausomai nuo to, ar jis sveikas, ar ligonis.

įstatymo III skyriuje pirmą kartą sveikatos priežiūros teisinėje sistemoje nustatytų stomatologų⁴² ir stomatologų specialistų⁴³ teisių ir pareigų.

Įstatymas nustatė, jog stomatologai ir stomatologai specialistai turi teisę verstis stomatologine praktika, tobulinti profesines žinias, skirti ir išrašyti vaistus, išduoti asmens sveikatos pažymėjimus, kuriuose pateikiami stomatologinės priežiūros (pagalbos) duomenys, atsisakyti taikyti stomatologinės priežiūros (pagalbos) metodus, prieštaraujančius gydytojo etikos principams ir moralės normoms, jeigu tai nesukelia pavojaus asmens sveikatai ar gyvybei. Iš stomatologo ir stomatologo specialisto pareigų paminėtina, jog pagal tuomet galiojusį teisinį reguliavimą gydytojai privalėjo atlikti būtinąją stomatologinę priežiūrą (teikti pagalbą), tinkamai atlikti stomatologinę priežiūrą (teikti pagalbą), atlikti burnos organų ligų profilaktiką, laikytis medicinos etikos reikalavimų, tvarkyti medicinos dokumentaciją, teikti statistikos ir kitos privalomos atskaitomybės duomenis, pranešti teisėsaugos institucijoms apie pacientus, kurie galėjo būti nusikaltimo vykdytojai, liudytojai ar nukentėjusieji, naudoti tik Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus gydymo metodus, įrangą ir medžiagas (medicinos technologijas).

Pažymėtina, jog daugelis stomatologų ir stomatologų specialistų teisių ir pareigų, galiojusių aptariamų laikotarpiu, yra įtvirtintos ir šiuo metu galiojančiuose teisės aktuose (naudojant kitas formuluotes, tačiau nekeičiant esmės), tačiau paminėtinos ir išimtys, t.y., tokios teisinės normos, kurios buvo būdingos tik aptariamam laikotarpiui – prisidėti prie stomatologinio profilio specialistų rengimo.

Paminėtinas dar vienas aptariamam laikotarpiui odontologinės priežiūros reglamentavimo ypatumas, jog specialiame teisės akte (LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas) buvo reglamentuojamos ne tik stomatologo ir stomatologo specialisto, tačiau ir paciento⁴⁴ teisės, netgi pareigos, kurių nereglementavo pirmoji LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo redakcija. Įstatymo 10 str. 1 d. stomatologine priežiūra besinaudojančiam pacientui suteikia teisę pasirinkti nuolatinėje gyvenamojoje vietovėje pirminio LNSS veiklos organizavimo lygio savivaldybių įstaigą (bendrosios praktikos gydytojo stomatologo kabinetą) ir ten dirbantį stomatologą; pasirinkti, turint stomatologo siuntimą, atitinkamos srities stomatologą specialistą antrinio ir tretinio LNSS veiklos organizavimo lygio ambulatorinėse apskrityse ir valstybės įstaigose; pasirinkti privačią įstaigą ir ten dirbantį stomatologą ar stomatologą specialistą; gauti informaciją apie įstaigas ir jų teikiamas paslaugas; gauti informaciją apie savo burnos organų būklę, taip pat turi teisę į šios informacijos konfidencialumą; gauti informaciją apie atliekamus stomatologinės priežiūros (pagalbos) diagnostikos

⁴² Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas (toliau – stomatologas) – gydytojas, turintis bendrosios praktikos gydytojo stomatologo licenciją.

⁴³ Gydytojas stomatologas specialistas (toliau – stomatologas specialistas) – gydytojas, turintis stomatologo specialisto (burnos chirurgo, protezuotojo, endodontologo, periodontologo, ortodontologo, vaikų stomatologo) licenciją.

⁴⁴ Pacientas – asmuo, kuris naudojasi stomatologine priežiūra (pagalba).

ir gydymo metodus, jų galimas pasekmes, leisti juos taikyti ar jų atsisakyti; ginčyti gautą stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų tinkamumą ar kokybę, gauti atlyginimą už žalą, padarytą dėl stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos ar jos darbuotojų kaltės; naudotis įstatymų nustatyto masto ir numatytose įstaigose valstybės ar savivaldybių remiamomis (nemokamomis) stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugomis.

LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo 10 str. 2 d. reglamentuoja odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugomis besinaudojančių pacientų pareigas: rūpintis savo burnos ir dantų priežiūra; vykdyti stomatologų ir stomatologų specialistų paskyrimus; informuoti stomatologus, stomatologus specialistus, burnos higienistus, kurie teiks stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas, apie turimą ypač pavojingą užkrečiamųjų ligų infekciją.

Gydytojų teisių ir pareigų reglamentavime svarbi Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. rugsėjo 25 d. priimta Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymo⁴⁵ pirmoji redakcija. Šis įstatymas be kitų normų įtvirtino svarbius medicinos praktikos⁴⁶ subjektus – gydytoją asistentą, gydytoją rezidentą, medicinos gydytoją⁴⁷, reglamentavo gydytojų teisės verstis medicinos praktika įgijimo ir įgyvendinimo sąlygas; licencijų išdavimo, įregistravimo, perregistravimo, sustabdymo, atnaujinimo ir panaikinimo tvarką; gydytojų pagrindines profesines teises, pareigas ir atsakomybę.

LR Gydytojo medicinos praktikos įstatymo 2 str. 2 d. nustatė, jog gydytojų stomatologų teisės verstis medicinos (stomatologijos) praktika, jų profesines teises ir pareigas nustato šis ir kiti įstatymai. Taigi, pažymėtina, jog LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos) bei LR Gydytojo medicinos praktikos įstatymai su vėlesniais pakeitimais net iki 2004 m. gegužės 1 d., kuomet įsigaliojo naujasis Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymas, kuris bus aptartas tolesniuose šio darbo skyriuose, reglamentavo gydytojų odontologų ir odontologų specialistų medicinos praktikos ypatumus.

1.1.3. Medicinos normų kūrimo etapas

Apžvelgus pagrindinių odontologijos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų normas bei jų kūrimo procesą, apžvelgtinas specialių teisės aktų (medicinos normų) kūrimo procesas bei jų svarba odontologijos priežiūros reguliavime.

⁴⁵ Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2313.

⁴⁶ Medicinos praktika – gydytojo pagal įgytą profesinę kvalifikaciją ir nustatytą kompetenciją atliekama sveikatos priežiūra, apimanti asmens sveikatos būklės tvirtinimą, ligų profilaktiką, diagnozavimą ir ligonių gydymą.

⁴⁷ Gydytojas asistentas – asmuo, turintis gydytojo diplomą, bet nebaigęs podiplominių aukštojo medicinos mokslo studijų specialybės rezidentūroje arba baigęs rezidentūrą, tačiau ne tos specialybės ir neturintis teisės savarankiškai verstis medicinos praktika. Gydytojas rezidentas – asmuo, turintis gydytojo diplomą ir tęsiantis podiplomines aukštojo medicinos mokslo studijas medicinos gydytojo pirminėje ar specialybės rezidentūroje, neturintis teisės savarankiškai verstis tos specialybės medicinos praktika. Medicinos gydytojas – gydytojas LR Gydytojo medicinos praktikos įstatymo nustatyta tvarka turintis galiojančią pirminės medicinos praktikos licenciją ir galintis savarankiškai verstis pirmine medicinos praktika.

1996-1997-ieji metai sveikatos sistemoje odontologijos bei odontologijos specialistų veiklą reglamentuojančių teisės aktų kūrime buvo ypač intensyvus ir progresyvus laikotarpis.

1997 m. balandžio 14 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. 166 buvo patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 42:1997. „Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁴⁸. Ši medicinos norma oficialiai pirmą kartą Nepriklausomos Lietuvos istorijoje nustatė gydytojo stomatologo funkcijas, teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę. Bendrosios praktikos gydytojo stomatologo darbo sritis – išaiškinti stomatologines ligas ir jų rizikos faktorius, gydyti stomatologines ligas bei taikyti jų profilaktikos priemones. Norma nustato, jog bendrosios praktikos gydytojas stomatologas gali: teikti pacientui burnos ir veido žandikaulių sistemos organų priežiūros ir profilaktikos paslaugas bei konsultacijas, diagnozuoti ir gydyti burnos organų ligas pagal savo kompetenciją; dalyvauti kuriant ir diegiant naujus stomatologinių ligų diagnostikos, gydymo ir profilaktikos būdus; dalyvauti rengiant stomatologinių ligų profilaktikos programas ir jas vykdant, vertinant jų efektyvumą; dalyvauti įvairiose sveikatos gerinimo ir stiprinimo programose padedant išaiškinti įvairias burnos bei kitas ligas, užkertant kelią joms plisti; dalyvauti moksliniuose stomatologinių ligų diagnostikos, gydymo ir profilaktikos tyrimuose; dirbti pedagoginį darbą rengiant gydytojus stomatologus aukštosiose mokyklose bei burnos higienistus aukštesniosiose medicinos mokyklose.

Be LR Stomatologijos priežiūros (pagalbos) įstatyme įtvirtintų gydytojo stomatologo teisių, medicinos norma papildomai nustato, jog gydytojas turi teisę gauti informaciją, priemones, įrangą, instrumentus, vaistus būtinus darbui; teikti pasiūlymus darbdaviui, kaip gerinti paciento aptarnavimą, gydymą ir darbo sąlygas; pagal savo kompetenciją išduoti asmens sveikatos pažymėjimus, kuriuose pateikiami stomatologinės priežiūros (pagalbos) duomenis; atsisakyti taikyti stomatologinės priežiūros (pagalbos) būdus, prieštaraujančius gydytojo etikos principams ir moralės normoms, jeigu tai nesukelia pavojaus asmens sveikatai ar gyvybei; teisę į draudimą darbdavio lėšomis dėl profesinės rizikos darbe pagal Lietuvos Respublikos įstatymus; teisę kelti kvalifikaciją; spręsti laikinojo nedarbingumo klausimus; teisę į civilinės atsakomybės draudimą dėl padarytos žalos pacientų sveikatai teisėtais bendrosios praktikos gydytojo stomatologo veiksmais atlyginimo pagal Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka ir apimtį. Iš gydytojo stomatologo pareigų, be anksčiau aptartųjų nustatytų kituose teisės aktuose, paminėtinos šios: atlikti priimtina ir tinkama stomatologinę priežiūrą; mokyti pacientus sveikos gyvensenos, racionalios mitybos ir dantų priežiūros; tinkamai pildyti medicininę dokumentaciją ir Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka teikti statistikos bei kitus privalomosios atskaitomybės duomenis;

⁴⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. balandžio 14 d. įsakymas Nr. 166 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 42:1997 „Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 38-946.

informuoti pacientą apie jo sveikatos sutrikimus, gydymą ir jo eigą, teikiamą stomatologinę priežiūrą; gerbti pacientų teises ir saugoti jų medicininę paslaptį; analizuoti savo darbo rezultatus ir naudoti tik aprobuotus gydymo būdus, medžiagas ir technologijas; laikytis medicinos etikos reikalavimų ir kt.

Kaip minėta, bendrosios praktikos gydytojo stomatologo medicinos norma pirmą kartą apibrėžė gydytojo stomatologo kompetenciją, t.y., gydytojo stomatologo atliekamų manipuliacijų, procedūrų apimtį, taikomas gydomąsias technologijas. Bendrosios praktikos gydytojais stomatologais buvo apibrėžtos plačios kompetencijos ribos, lyginant su kitų šalių odontologais: diagnozuoti ir gydyti periodontitą, atlikti priedančio audinių intervencijas ir operacijas; diagnozuoti ir gydyti liežuvio bei burnos gleivinės ligas; diagnozuoti ir gydyti ūminius odontogeninės kilmės žandikaulių uždegimus (perioostitą, alveolitą); diagnozuoti įvairias chirurgines ligas; parengti protezuoti pacientą, nuimti nenuimamus dantų protezus, koreguoti nuimamus dantų protezus – plokšteles ir t.t. Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas, iki sukuriant atitinkamų sričių odontologijos specialistų medicinos normas ir paskirstant kompetencijas, turėjo išplėstas kompetencijos ribas.

Pirmosios medicinos normos, skirtingai nuo vėlesniais teisėkūros etapais priimtomis medicinos normomis, nenustatė bendrosios praktikos gydytojo stomatologo diagnozuojamų ir gydomų ligų sąrašo (kompetencijos apimties) su atitinkamais jų kodais.

1.1.4. Gydytojų odontologų specialistų medicinos praktiką reglamentuojančių medicinos normų kūrimas

Odontologijos teisėkūros vystymosi pirmajame etape svarbūs ne tik odontologijos sistemą ir priežiūrą reglamentuojantys teisės aktai, bet ir specialūs sveikatos apsaugos ministro įsakymais tvirtinami teisės aktai reglamentuojantys gydytojų odontologų specialistų kompetenciją, atliekamas funkcijas, teises, pareigas ir atsakomybę.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. 435 buvo patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 35:1996 „Burnos higienistas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁴⁹. Paminėtina, jog ši medicinos normos redakcija galiojo iki 2004 m. vasario 29 d., kuomet buvo patvirtinta nauja normos redakcija.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. balandžio 14 d. įsakymu Nr. 165 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 43:1997 „Gydytojas stomatologas asistentas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵⁰. Tą pačią dieną sveikatos apsaugos ministras įsakymu

⁴⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. 435 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 35:1996 „Burnos higienistas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 85-2026.

⁵⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. balandžio 14 d. įsakymas Nr. 165 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 43:1997 „Gydytojas stomatologas asistentas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 38-945.

Nr. 166 patvirtino jau aptartą Lietuvos medicinos normą MN 42:1997 „Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵¹.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. balandžio 30 d. įsakymu Nr. 250 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 48:1997 „Gydytojas stomatologas ortopedas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵². Paminėtina, jog ši pirmojo medicinos normos redakcija galiojo iki 2010 m. birželio 4 d., kuomet buvo patvirtinta nauja šios medicinos normos redakcija.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. gegužės 16 d. įsakymu Nr. 268 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 46:1997 „Dantų technikas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵³. Tą pačią dieną buvo patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 41:1997 „Gydytojas stomatologas periodontologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵⁴.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. gegužės 28 d. įsakymu Nr. 304 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 49:1997 „Gydytojas stomatologas endodontologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵⁵. Pirmą šios medicinos normos redakcija galiojo iki 2009 m. rugsėjo 9 d. sveikatos apsaugos ministrui patvirtinus naują šios medicinos normos redakciją.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. liepos 15 d. įsakymu Nr. 397 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 47:1997 „Gydytojas stomatologas ortodontas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵⁶.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. rugsėjo 8 d. įsakymu Nr. 470 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 29:1997 „Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas.

⁵¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. balandžio 14 d. įsakymas Nr. 166 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 42:1997 „Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 38-946.

⁵² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. 250 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 48:1997 „Gydytojas stomatologas ortopedas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 42-1044.

⁵³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. 268 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 46:1997 „Dantų technikas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 44-1100.

⁵⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. 269 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 41:1997 „Gydytojas stomatologas periodontologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 44-1101.

⁵⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gegužės 28 d. įsakymas Nr. 304 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 49:1997 „Gydytojas stomatologas endodontologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 55-1283.

⁵⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. 397 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 47:1997 „Gydytojas stomatologas ortodontas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 73-1880.

Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵⁷, kuri galiojo iki 2004 m. spalio 1 d., kuomet įsigaliojo nauja šios medicinos normos redakcija.

Apžvelgiant odontologijos specialistų kompetenciją reglamentuojančių medicinos normų reglamentavimo etapą, paminėtina, jog šis medicinos normų kūrimo ir sisteminimo laikotarpis buvo labai intensyvus, nes normų kūrimo ir peržiūrėjimo iniciatyvą perėmė Odontologų rūmai. Matome, jog per 2007-uosius metus buvo patvirtintos visos mūsų apžvelgtos medicinos normos. Nuo paskutinės medicinos normos „Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ priėmimo (1997 m. rugsėjo 8 d.) net iki 2004 m. vasario 29 d., kuomet Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 20 d. įsakymu Nr. V-81 buvo patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 35:2004 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁵⁸, nebuvo priimta (pakeista) nei viena odontologijos medicinos praktikos specialistų veiklą reglamentuojanti medicinos norma. Žinoma, šį laikotarpį galima būtų aiškinti nebuvimu odontologijos sveikatos priežiūros sistemoje vienijančios ir inicijuojančios teisėkūros procesą savivaldos institucijos, tačiau politinių procesų aiškinimas bei susijusių priežastinių ryšių ieškojimas galėtų būti kito darbo tema.

1.2. Antrasis etapas – odontologinės sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo tobulinimo laikotarpis – poįstatyminių aktų kūrimas

1.2.1. Antrojo etapo pradžia

Lietuvos sveikatos sistemos odontologinės priežiūros kūrimo ir tobulinimo antrojo etapo pradžia galėtų būti Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymo⁵⁹ naujosios redakcijos priėmimas (įsigaliojo 1998 m. gruodžio 11 d.) bei Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymo⁶⁰ naujosios redakcijos (įsigaliojo 1998 m. gruodžio 23 d.) priėmimas. Vis tik šiuos teisės aktus reikėtų laikyti daugiau sveikatos sistemos vystymosi antrojo etapo pradžia, o odontologinės priežiūros antrąjį etapą galima būtų įvardinti ne odontologinę priežiūrą reglamentuojančių įstatyminių normų kūrimo laikotarpį, koku galime vadinti pirmąjį ir trečiąjį laikotarpius, tačiau odontologinę priežiūrą reglamentuojančių normų perkėlimą į poįstatyminius teisės aktus. Vis tik šį laikotarpį galėtume apibrėžti kaip pasyviausią odontologinės priežiūros kūrimo laikotarpį, kuris tęsėsi net iki 2004 metų.

⁵⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. rugsėjo 8 d. įsakymas Nr. 470 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 29:1997 „Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 86-2175.

⁵⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2004 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V-81 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 35:2004 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 32-1032.

⁵⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 109-2995.

⁶⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 112-3099.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymo antroji redakcija, lyginant su pirmąja, jau kur kas mažiau dėmesio skyrė odontologinei sveikatos priežiūrai. Šis faktas aiškintinas tuo, jog tuo metu jau galiojo specialaus odontologinę priežiūrą ir praktiką reglamentuojantis LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo pirmoji redakcija, o kitos teisinės normos buvo sparčiai perkeliamos į poįstatyminius teisės aktus. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymo 39 str. 1 d. 6 p. nustatė, jog Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos savivaldybių asmens sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų nomenklatūrai be pirminės sveikatos priežiūros centrų, savivaldybės poliklinikų, savivaldybių ambulatorijų, bendrosios praktikos gydytojų kabinetų ir kitų sveikatinimo veiklos subjektų, priskiriami ir bendrosios praktikos stomatologų kabinetai.

Naujosios redakcijos Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymo 3 str. 21 p., analogiškai pirmai šio įstatymo redakcijai, nustatė, jog tik įstatymai nustato stomatologinės priežiūros sąlygas, jų organizavimo bei valdymo teisinius pagrindus.

Kaip minėta, šis laikotarpis intensyviu teisiniu reglamentavimu nepasižymėjo, tačiau panagrinėtini tam tikri reikšmingi poįstatyminiai teisės aktai. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 1998 m. vasario 19 d. įsakymu Nr. 91 patvirtino Lietuvos higienos normą HN 74-1998 „Stomatologijos kabinetai, klinikos. Higienos normos ir taisyklės“⁶¹. Pažymėtina, jog šiuo įsakymu patvirtinta Lietuvos higienos norma HN 74-1998 „Stomatologijos kabinetai, klinikos. Higienos normos ir taisyklės“ (t.y., jos tekstas) „Valstybės žiniuose“ bei teisės aktų duomenų bazėje nebuvo skelbtas, todėl jos normų teisinis galiojimas yra abejotinas. Lietuvos Respublikos Seimo priimto įstatymo „Dėl Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų teisės aktų skelbimo ir įsigaliojimo tvarkos“⁶², kurio 11 str. 1 ir 2 d. nustato, jog ministrų, Vyriausybės įstaigų, kitų valstybės valdymo institucijų vadovų ir kolegialių institucijų norminiai teisės aktai įsigalioja kitą dieną po jų paskelbimo „Valstybės žiniuose“, jeigu pačiuose teisės aktuose nenustatyta vėlesnė jų įsigaliojimo data. Nurodytų valstybės institucijų vadovų bei kolegialių institucijų norminiai teisės aktai negalioja, kol jie nepaskelbti „Valstybės žiniuose“. Pažymėtina, jog tokią teisinę praktiką yra suformavęs Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas⁶³, todėl Sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktas, kuris pripažintinas negaliojančiu⁶⁴, šiame darbe negali būti vertinamas ir analizuojamas.

⁶¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. vasario 19 d. įsakymas Nr. 91 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 74:1998 „Stomatologijos kabinetai, klinikos. Higienos normos ir taisyklės“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 20-529.

⁶² Lietuvos Respublikos įstatymas „Dėl Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų teisės aktų skelbimo ir įsigaliojimo tvarkos“. *Valstybės žinios*. 1993, Nr. 12-296.

⁶³ Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. liepos 12 d. sprendimas. Administracinė byla Nr. A⁵²⁵-1654/2010.

⁶⁴ Lietuvos vyriausiasis administracinis teismas 2010 m. liepos 12 d. sprendime nustatė, jog įsakymas, kuriuo patvirtinta Medicinos norma, buvo paskelbtas teisės aktų nustatyta tvarka „Valstybės žiniuose“. Tačiau pačios Medicinos normos tekstas nustatyta tvarka paskelbtas nebuvo. Atsižvelgiant į tai ir vadovaujantis šiuo metu galiojančio Lietuvos Respublikos įstatymo „Dėl Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų teisės aktų skelbimo ir įsigaliojimo tvarkos“ 11 straipsnio 2 dalies (2005 m. liepos 7 d. įstatymo Nr. X-331 redakcija, įsigaliojusi nuo 2005 m. liepos 21 d.) nuostata, kad valstybės institucijų

Iš svarbesnių odontologinei priežiūrai ir praktikai nagrinėjamo laikotarpio teisės aktu, paminėtinas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. rugsėjo 14 d. įsakymu Nr. 521 patvirtintas Pirminės stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų mastas (sudėtis) (1 priedas), Specializuotos stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų rūšys ir mastas tretiniame sveikatinimo veiklos lygyje (2 priedas)⁶⁵. Minėtas sveikatos apsaugos ministro įsakymas nustatė odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų apimtį bei mastą pirminiame, antriniame bei tretiniame sveikatinimo veiklos lygyje bei nustatė specializuotos stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų rūšis. Pirminiam odontologinės priežiūros lygiui buvo priskiriamos tokios asmens sveikatos priežiūros paslaugos bei ligų (būklių) gydymas, kaip būtinosios medicinos ir stomatologinės pagalbos teikimas; burnos higienos įgūdžių formavimas vaikams ir suaugusiesiems; stomatologinių ligų profilaktikos organizavimas ir vykdymas; suaugusiųjų paprasto karieso, pulpito ir viršūninio periodontito gydymas; kosmetinis dantų plombavimas; kariozinės ertmės gydymas vaikams; vaikų karieso gydymas pieniniuose ir nuolatinuose dantyse; liežuvio bei burnos gleivinės ligų diagnozavimas ir gydymas; nekariozinės kilmės dantų ligų gydymas po specialisto konsultacijos; premedikacijos ir vietinės nejautros atlikimas bei kitos paslaugos bei procedūros, kurias Sveikatos apsaugos ministerija priskyrė pirminiam odontologinės priežiūros sveikatinimo veiklos lygiui.

Nagrinėjant antrinį ir tretinį odontologinės priežiūros sveikatinimo veiklos lygius, paminėtina, jog antriniam specializuotos stomatologinės priežiūros (pagalbos) paslaugų rūšių paminėtina gydytojo vaikų stomatologo, gydytojo stomatologo periodontologo, gydytojo stomatologo ortodonto, gydytojo stomatologo chirurgo, gydytojo stomatologo ortopedo, gydytojo stomatologo endodontologo teiktina specializuota odontologinė sveikatos priežiūra. Tretiniam specializuotos stomatologinės priežiūros paslaugų lygiui teisės akto leidėjas priskyrė gydytojo vaikų stomatologo, gydytojo stomatologo periodontologo, gydytojo stomatologo ortodonto, gydytojo veido ir žandikaulių chirurgo, gydytojo stomatologo chirurgo, gydytojo stomatologo ortopedo, gydytojo stomatologo endodontologo teiktiną specializuotą odontologinės sveikatos priežiūrą. Atkreiptinas dėmesys, jog odontologijos sveikatos sistemoje pirmą kartą į sveikatinimo veiklos lygius suskirstytas odontologinės priežiūros (pagalbos) mastas išliko nepakitęs ir reikšmingas iki šių dienų.

Ar buvo logiška skirstyti ambulatorinę odontologinę sveikatos priežiūrą yra diskutuotinas klausimas, nes iki šiol odontologijoje esant komplikuotai odontologijos specialistų normų sistemai, tai labai sunkiai išskiriamos kategorijos. Pirminis apibrėžimas, taikytas įstatymo priėmimo metu nustatė, kad tretinis lygis nuo antrinio skiriasi tik tuo, kad tos pačios specialisto paslaugos teikiamos skirtingo pavaldumo įstaigose. Tretinio lygio paslaugos buvo priskirtos teikti universiteto ligoninėse, nes

vadovų bei kolegialių institucijų norminiai teisės aktai negalioja, kol jie nepaskelbti "Valstybės žiniuose", konstatuotina, kad Medicinos norma nėra galiojanti.

⁶⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. 521 „Dėl teisės aktu tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 7-156.

reikalingas papildomas finansavimas mokant studentus. Vėliau šios nuostatos pakito. Tretinio lygio paslauga buvo įvardijama tokia, kuriai suteikti naudojamos brangios technologijos.

1.2.2. Atnaujintos Lietuvos higienos normos

Lietuvos higienos norma H N 74:2011 „Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos: bendrieji įrengimo reikalavimai“.

Baigiamos svarstyti pataisos Lietuvos higienos normos HN 47-2:2009 „Asmens sveikatos priežiūros įstaigos: bendrieji įrengimo saugos ir higienos reikalavimai“

Svarstomos pataisos Lietuvos higienos normos HN 66:2011 „Medicininį atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“

Lietuvos higienos norma H N 47-1:2008 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“

Lietuvos higienos norma HN 66:2008 „Medicininį atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“

Lietuvos higienos norma HN 47-1:2010 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“.

2008 m. vasario 14 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-II7 patvirtinus Lietuvos higienos normą HN 66:2008 „Medicininį atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“ (Žin., 2008, Nr. 22-822), buvo nustatyti palankesni reikalavimai medicininėms atliekomis rūšiuoti ir saugoti odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigose.

2010 m. liepos 19 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras įsakymu Nr. V-644 patvirtino Lietuvos higienos normą HN 47-1:2010 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ (Žin., 2010, Nr. 90-4781) (toliau – Higienos norma). Rengiant šią Higienos normą buvo atsižvelgta į odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų veiklos specifiką, atsisakyta perteklinių reikalavimų. Higienos norma daugelį klausimų reguliuoja taip, kaip numatyta gamintojo naudojimo instrukcijose, supaprastinti ir patalpų bei aplinkos daiktų paviršių valymo ir dezinfekcijos reikalavimai. Dezinfekcijos valomieji tirpalai gaminami pagal dezinfekcijos valomosios priemonės gamintojo naudojimo instrukcijas, atsisakyta riboto dezinfekcijos valomųjų tirpalų galiojimo laiko. Sterilizuotų gaminių paketai gali būti laikomi ir rankomis užlipintame popieriniame – plastikiniame maišelyje iki 4 savaičių (anksčiau sterilizuotų gaminių paketai tokiaime maišelyje galėjo būti laikomi tik 24 val.).

2011 m. liepos 22 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras įsakymu Nr. V-715 patvirtino Lietuvos higienos normą HN 74:2011 „Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos: bendrieji įrengimo reikalavimai“ (Žin., 2011, Nr. 97-4569). Higienos normoje apibrėžta medicininį atliekų saugyklos sąvoka – medicininį atliekų saugyklai priskirtas ir atskiras šaldiklis, kas svarbu odontologinės priežiūros įstaigoms.

1.2.3. Lietuvos sveikatos programa

Kaip vieną svarbiausių, fundamentaliausių aptariamojo laikotarpio sveikatos politiką reglamentuojančių dokumentų galima būtų išskirti 1998 m. liepos 2 d. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimą Nr. VIII-833, kuriuo patvirtinta Lietuvos sveikatos programa⁶⁶. Lietuvos sveikatos programos įvade nurodoma, jog rengiant šią programą ir nustatant prioritetus, svarbus vaidmuo teko 1993 m. įkurtam Sveikatos apsaugos reformų biurui. Kuriant Lietuvos sveikatos sistemos teisinius pagrindus, didelės reikšmės turėjo 1994 m. liepos 19 d. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas. 1995 m. Seimo surengtoje diskusijoje buvo dar kartą akcentuota būtinybė parengti Lietuvos sveikatos programą ir šiuo klausimu priimta Seimo rezoliucija „Dėl nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimo“. 1996 m. birželio mėn. Lietuvos sveikatos programą aprobavo Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, 1996 m. spalio mėn. jai pritarė Vyriausybė. 1997 m. balandžio mėn. įvykusioje II Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje ši programa aptarta dalyvaujant Pasaulio sveikatos organizacijos bei kitiems Europos šalių ekspertams, po to ji pateikta svarstyti Seimui.

Įstatymų leidėjas Lietuvos sveikatos programoje įvardija tris jos tikslus: gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas; sveikatos santykių teisumas⁶⁷; gyvenimo kokybės pagerinimas. Lietuvos sveikatos programoje be socialinių ir demografinių problemų (gyvenimo kokybė, kūdikių mirtingumas, nelaimingi atsitikimai ir traumos, savižudybės ir t.t.), įvairių ligų (širdies ir kraujagyslių, onkologinės, psichikos, užkrečiamosios ligos ir t.t.) situacijos išsamaus vertinimo ir analizės, daug dėmesio skirta ir burnos sveikatos situacijos analizei, įgyvendinimui, monitoringui.

Siekiant gerų rezultatų burnos sveikatos srityje, Lietuvos sveikatos programoje buvo išskelti šie tikslai: iki 2010 m. 10 proc. sumažinti burnos ligų paplitimą ir 15 proc. – eduoines intensyvumą visose gyventojų grupėse; iki 2005 m. sukurti ir įgyvendinti burnos ligų profilaktikos projektus įvairioms gyventojų grupėms. Šiems tikslams pasiekti buvo numatytos atitinkami monitoringo uždaviniai: burnos sveikatos išsaugojimo programos vykdymas turi būti vertinamas vieną kartą per 5 metus, parengti specialistų epidemiologų grupę pasitelkiant Kauno medicinos universiteto Stomatologijos fakulteto ir Vilniaus universiteto stomatologijos klinikų darbuotojus.

Deja, Lietuvos sveikatos programos vėlesnėse redakcijose odontologinė sveikatos priežiūra nebeegzistuoja.

⁶⁶ Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64-1842.

⁶⁷ Vienas pagrindinių sveikatos programos tikslų yra sveikatos santykių teisumas. Kiekvienas asmuo turi teisę siekti kuo aukštesnio savo sveikatos lygio. Bet sveikatos santykių teisumas reiškia, kad kiekvienas asmuo, siekdamas kuo aukštesnio savo sveikatos lygio, nepažeistų tokių pačių kito asmens teisių arba nesiektų šios teisės kito asmens ar visuomenės sąskaita. Todėl sveikatos santykių teisumas yra susijęs su lygiomis galimybėmis siekti sveikatos ir su maksimaliu skirtumu tarp jos siekiančiųjų sumažinimu.

Apibendrinant antrojo etapo odontologijos sistemos vystymosi rezultatus ir pasiekimus, galima teigti, jog šis laikotarpis teisinio reguliavimo prasme nebuvo labai intensyvus, tačiau reikšmingų ir svarbių teisės aktų odontologijos vystymuisi vis tik buvo priimta ir pasirengta pačiam intensyviausiam odontologijos srities vystymosi ir norminimo etapui.

1.3. Trečiasis etapas – odontologinės sveikatos priežiūros savivaldos institucijų kūrimas bei teisinis reguliavimas

1.3.1. Trečiojo etapo pradžia

Trečiojo odontologijos priežiūros etapo pradžia galima būtų įvardinti Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymo⁶⁸ priėmimą (įsigaliojo 2004 m. sausio 7 d.) bei Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo pakeitimo įstatymo⁶⁹ naujosios redakcijos priėmimą (įsigaliojo 2004 m. gegužės 1 d.) ir kitų susijusių svarbių poįstatyminių teisės aktų priėmimo laikotarpį. Taigi trečiojo odontologijos priežiūros vystymosi etapo pradžia datuotina 2004 m. pradžia.

Prieš pradėdant trečiojo etapo apžvalgą, paminėtinas svarbus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V-79 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimo“⁷⁰, kuriuo atitinkamuose teisės aktuose naudojamas terminas „stomatologas“, „stomatologija“ atitinkamai linksniais pakeičiamas į terminą „odontologas“, „odontologija“.

Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo pakeitimo įstatymo nauja redakcija jau vadinama Lietuvos Respublikos odontologijos praktikos įstatymu, kaip šiame darbe šis teisės aktas toliau ir bus vadinamas. Šis įstatymas nustatė odontologo profesinės kvalifikacijos igijimo, teisės verstis odontologo praktika įgyvendinimo, odontologo praktikos licencijos galiojimo panaikinimo, licencijos galiojimo sustabdymo pagrindus, odontologo profesines teises ir pareigas bei odontologo praktikos kontrolę.

LR Odontologijos praktikos įstatyme, lyginant su prieš tai galiojusiu LR Stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymu, įteisino naują odontologijos studijų etapą – odontologijos internatūrą⁷¹

⁶⁸ Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 4-35.

⁶⁹ Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 4-36.

⁷⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V-79 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 32-1030.

⁷¹ Odontologijos internatūra – ne ilgesnė kaip vienerių metų trukmės odontologijos studijų dalis, kurios metu asmuo studijuoja bei prižiūrimas internatūros vadovo atlieka bendrąją odontologijos praktiką ir įgyja bendrosios odontologijos žinių, įgūdžių ir klinikinės patirties. Jei būtinas minimalus praktinis pasirengimas įgyjamas atskirai organizuojamos odontologijos internatūros metu, aukštojo mokslo diplomą išduodamas prieš šias studijas.

ir odontologijos rezidentūrą⁷², kurių metu studijuojantis asmuo įgyja odontologo ir/ar odontologo specialistui reikiamas žinias, įgūdžius ir klinikinę patirtį.

Naujovės randamos ir LR Odontologijos praktikos įstatyme odontologo profesinių pareigų reglamentavime. Įstatymo 9 str. 2 p. numatyta odontologo pareiga – tapti Odontologų rūmų nariu teisės aktų nustatyta tvarka. Ši gydytojo odontologo pareiga, kuomet įstatymas įpareigoja privalomai su visomis iš to sekančiomis teisėmis ir pareigomis, tapti odontologų savivaldos institucijos nariu, tam tikrais laikotarpiais kelia politines ir teisesines diskusijas bei įvairius vertinimus, todėl kitame darbo skyriuje apžvelgsime Lietuvos Respublikos odontologų rūmų veiklą bei problematiką.

1.3.2. Odontologų savivalda bei jos institucijos

Lietuvos Respublikos Odontologų rūmai įsteigti Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymu, kuris įsigaliojo 2004 m. sausio 7 d. Įstatymas reglamentuoja, jog Odontologų rūmai yra pelno nesiekiantis ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, kuris vienija gydytojus odontologus ir burnos priežiūros specialistus bei įgyvendina jų savivaldą. Odontologų rūmų kaip juridinio asmens teisinė forma yra asociacija⁷³.

LR Odontologų rūmų įstatymo 3 str. nustato šiuos Odontologų rūmų uždavinius: įgyvendinti odontologų savivaldą ir koordinuoti odontologų veiklą; vykdyti sveikatos sistemos strateginius uždavinius odontologinės priežiūros srityje; rūpintis odontologinės veiklos Lietuvos Respublikoje plėtra, pacientų švietimu, odontologų profesiniu mokymu ir kvalifikacijos kėlimu, medicinine kultūra. LR Odontologų rūmai, įgyvendindami jiems pavestus uždavinius, be pagrindinių kontrolės ir licencijavimo⁷⁴ funkcijų, atlieka ir kitas funkcijas: derinant su universitetais sprendžia odontologų formalaus ir neformalaus švietimo klausimus; sprendžia odontologinės veiklos gerinimo klausimus; organizuoja visuomenės medicininį švietimą; teikia Sveikatos apsaugos ministerijai duomenis apie išduotas odontologijos praktikos bei burnos priežiūros specialisto praktikos licencijas, odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms išduotas licencijas bei šių įstaigų akreditavimą ar kitus su Odontologų rūmų veikla susijusius duomenis; organizuoja savo narių kvalifikacijos kėlimą; nustato Odontologų rūmų nario pažymėjimo formą.

⁷² Odontologijos rezidentūra – trečiosios pakopos universitetinės odontologijos krypties studijos, kurias baigus išduodamas rezidentūros pažymėjimas, nurodantis gydytojo odontologo specialisto profesinę kvalifikaciją. Rezidentūros metu odontologas studijuoja ir prižiūrimas odontologo rezidento vadovo atlieka nustatytas pareigas bei įgyja specialių odontologijos žinių, įgūdžių ir klinikinės patirties.

⁷³ Asociacija – savo pavadinimą turintis ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, kurio tikslas – koordinuoti asociacijos narių veiklą, atstovauti asociacijos narių interesams ir juos ginti ar tenkinti kitus viešuosius interesus.

⁷⁴ Kontroliuoti, kad Odontologų rūmų nariai tinkamai atliktų savo profesines pareigas, laikytųsi Odontologų profesinės etikos kodekso bei Odontologų rūmų statuto; teisės aktų nustatyta tvarka išduoti odontologijos praktikos licencijas, burnos priežiūros specialisto praktikos licencijas, sustabdyti ir panaikinti šių licencijų galiojimą; teisės aktų nustatyta tvarka išduoti licencijas odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms ir šias įstaigas akredituoti.

Paminėtina, jog iki LR Odontologų rūmų įsteigimo, odontologijos praktikos licencijų, burnos priežiūros specialistų praktikos licencijų išdavimo, sustabdymo ir galiojimo panaikinimo bei licencijų išdavimo odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms funkcijas atliko Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Atskiro nagrinėjimo reikalautų atsakymas į klausimą, ar licencijavimo funkcija, ją perdavus LR Odontologų rūmams, atliekama tinkamiau, operatyviau, savalaikiškiau ir racionaliau.

Panagrinėtina LR Odontologų rūmų struktūra. Odontologų rūmai turi penkis teritorinius skyrius – filialus: Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Šiauliuose. LR Odontologų rūmų filialus steigia Odontologų rūmų taryba. Lietuvos Respublikos odontologų rūmų statuto⁷⁵ 4 str. nustato, jog Vilniaus teritoriniam skyriui priskiriamos Vilniaus ir Alytaus apskritys, Kauno teritoriniam skyriui – Kauno ir Marijampolės apskritys, Klaipėdos teritoriniam skyriui – Klaipėdos ir Tauragės apskritys, Šiaulių teritoriniam skyriui – Šiaulių ir Telšių apskritys, Panevėžio teritoriniam skyriui – Panevėžio ir Utenos apskritys. Odontologų rūmų teritoriniai skyriai neturi juridinio asmens teisių, teritoriniai skyriai turi savo buveinę ir atlieka jiems Odontologų rūmų tarybos nustatytas funkcijas. Teritorinių skyrių funkcijas ir uždavinius, valdymo institucijų struktūrą, teises ir pareigas, turtinę padėtį, atsakomybę ir kitą veiklą nustato Odontologų rūmų statusas ir teritorinių skyrių nuostatai.

Odontologų rūmai savo teises bei pareigas įgyvendina per savo valdymo organus: visuotinį Odontologų rūmų narių susirinkimą, Odontologų rūmų tarybą, Odontologų rūmų garbės teismą, Revizijos komisiją bei kitas komisijas (Odontologų licencijavimo komisija, Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo komisija, Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų akreditavimo komisija).

Visuotinis Odontologų rūmų narių susirinkimas yra aukščiausias Odontologų rūmų organas. Eilinį visuotinį narių susirinkimą Odontologų rūmų taryba šaukia ne rečiau kaip 4 metai. Tarybos sprendimu gali būti šaukiamas ir neeilinis susirinkimas. LR Odontologų rūmų įstatymo 9 str. 2 d. reglamentuoja, jog Visuotinis narių susirinkimas priima ir keičia Odontologų rūmų statutą; renka ir atšaukia Odontologų rūmų tarybą; renka ir atšaukia revizijos komisiją ir odontologų garbės teismo 6 narius, tvirtina jų nuostatus; nustato Odontologų rūmų nario mokesčio dydį; tvirtina Odontologų rūmų biudžetą bei Odontologų profesinės etikos kodeksą; priima sprendimą dėl Odontologų rūmų reorganizavimo, likvidavimo ar pertvarkymo; svarsto Odontologų rūmų revizijos komisijos pateiktą išvadą dėl Odontologų rūmų finansinės veiklos ataskaitos ir sprendžia kitus kituose teisės aktuose nurodytus klausimus.

Kitą Odontologų rūmų valdymo organą, Odontologų rūmų tarybą, sudaro 21 narys. Juos 4 metų laikotarpiui iš Odontologų rūmų narių renka visuotinis narių susirinkimas, išskyrus 5 teritorinių skyrių

⁷⁵ Visuotinio Lietuvos Respublikos odontologų rūmų narių suvažiavime 2004 m. birželio 9 d. patvirtintas Lietuvos Respublikos odontologų rūmų statusas.

atstovus, kurie yra Odontologų rūmų tarybos nariai *ex officio*⁷⁶. Odontologų rūmų tarybos posėdis yra teisėtas, jeigu jame dalyvauja ne mažiau kaip pusė visų jos narių, o priimti sprendimai yra teisėti, jeigu už juos balsuoja ne mažiau kaip pusė posėdyje dalyvaujančių narių. Jeigu balsai pasiskirsto po lygiai, lemiamas yra Odontologų rūmų tarybos pirmininko balsas. Posėdžiui pirmininkauja Odontologų rūmų tarybos pirmininkas arba jo pavedimu kitas tarybos narys. Odontologų rūmų tarybai LR Odontologų rūmų įstatymas priskiria šias funkcijas: šaukti visuotinį narių susirinkimą; priimti sprendimus dėl asmens įrašymo į Odontologų rūmų narių sąrašą ir išbraukimo iš jo, tvarko šį narių sąrašą, iš tarybos narių renka Odontologų rūmų tarybos pirmininką; steigti odontologų licencijavimo, odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo, odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų akreditavimo ir kitas komisijas, tvirtinti jų nuostatus; užtikrinti informacijos apie Odontologų rūmų veiklą viešumą ir prieinamumą; organizuoti odontologų rūmų narių kvalifikacijos kėlimą; nustatyti nario mokesčio mokėjimo tvarką bei kituose teisės aktuose nustatytas funkcijas.

Odontologų rūmų revizijos komisija yra Odontologų rūmų kontrolės organas. Ją 4 metams iš Odontologų rūmų narių renka visuotinis narių susirinkimas, išrenkami 5 komisijos nariai. Odontologų rūmų revizijos komisija kontroliuoja Odontologų rūmų finansinę veiklą; kontroliuoja teritorinių skyrių finansinę veiklą; tikrina Odontologų rūmų finansinės veiklos ataskaitas ir teikia išvadas visuotiniam narių susirinkimui.

Odontologų rūmų garbės teismas nagrinėja Odontologų rūmų narių drausmės bylas dėl Odontologų profesinės veiklos etikos kodekso pažeidimų⁷⁷. Odontologų rūmų garbės teismą sudaro 9 nariai, kurie turi turėti ne mažesnę kaip 7 metų gydytojo odontologo ar burnos priežiūros specialisto darbo patirtį.

Odontologų licencijavimo komisija yra Odontologų rūmų tarybos sudaryta nuolatinė komisija, kuri teisės aktų nustatyta tvarka išduoda odontologijos ar burnos priežiūros specialisto praktikos licencijas, sustabdo licencijos galiojimą arba ją panaikina. Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų licencijavimo komisija yra Odontologų rūmų tarybos sudaryta nuolatinė komisija, kuri teisės aktų nustatyta tvarka išduoda licencijas odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms. Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų akreditavimo komisija yra Odontologų rūmų tarybos sudaryta nuolatinė komisija, kuri teisės aktų nustatyta tvarka priima sprendimus dėl odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigų akreditavimo. Šios Odontologų rūmų aptartos komisijos sudaromos iš 7 asmenų, o sprendimai priimami komisijos narių balsų dauguma. Odontologų rūmų Taryba, kurioje dauguma narių yra privatūs gydytojai odontologai, pirmiausia atstovauja privačių odontologinės sveikatos priežiūros įstaigų interesams. Todėl pagrindinių norminių dokumentų rengimas ir priėmimas pirmiausia buvo

⁷⁶ Iš pareigos, t.y., pagal savo tarnybos pareigas. „Tarptautinių žodžių žodynas. Vyriausioji enciklopedijų redakcija“, 1985.

⁷⁷ Visuotinio Lietuvos Respublikos odontologų rūmų narių suvažiavime 2004 m. birželio 9 d. patvirtintas Odontologų profesinės etikos kodeksas.

skirtas privataus sektoriaus įstatyminei bazei sutvarkyti. Ypatingai išplėsta odontologijos praktiką reglamentuojanti medicinos norma neatitinka Vilniaus universiteto ir Sveikatos mokslų universitetuose priimtų studentų ruošimo programų.

Be profesinės organizacijos veiklos Odontologų rūmams buvo valstybės deleguota eilė funkcijų. „Ne visos Odontologų rūmų vykdomos arba priskirtos vykdyti valstybės funkcijos yra nuosekliai reglamentuotos ir suderintos su sveikatinimo veiklos teisės aktų nuostatomis. Priėmus Odontologų rūmų įstatymą, nebuvo pakeisti Sveikatos sistemos ir Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymai, nenustatyta Rūmų vieta šalies sveikatinimo sistemoje ir Rūmų santykiai su sveikatinimo veiklos subjektais (LNSS ir ne LNSS subjektais). Nėra aiškiai apibrėžti Odontologų rūmų santykiai su SAM, vaidmuo valdant ir koordinuojant odontologinės priežiūros sistemą“⁷⁸.

Iš priskirtų teisės aktais Odontologų rūmams daug funkcijų, tiek politine prasme, tiek gebėjimų prasme daugelio jų įgyvendinimas diskutuotinas.

1.3.3. Tolesnis odontologinės sveikatos priežiūros norminimas

Nors trečiasis odontologijos priežiūros vystymosi ir reglamentavimo etapas buvo labai intensyvus ir produktyvus, tačiau restruktūrizacijos procesai⁷⁹ odontologijos priežiūros (pagalbos) asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų beveik nepalietė. Tiesa, reikia pabrėžti, jog Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. 1654 patvirtintos Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programoje⁸⁰ nustatyta, jog specializuotos viešosios asmens sveikatos priežiūros odontologijos įstaigos priskiriamos respublikos⁸¹ lygmeniui.

Tęsiant odontologijos specialistų praktiką reglamentuojančių medicinos normų apžvalgą, paminėtina, jog po ilgos pertraukos (nuo 1997 m. rugsėjo 8 d.) 2004 m. vasario 20 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-81 buvo patvirtinta jau apžvelgta Lietuvos medicinos norma MN 35:2004 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, kuri neteko galios Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrui 2012 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1208 patvirtintą Lietuvos Medicinos normą MN 35:2012 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁸², kuri įsigaliojo 2013 m. sausio 4 d.

⁷⁸ Jankauskaitė I. Teisingumo principo taikymas odontologinės sveikatos priežiūros valdyme. Magistro darbas. Socialiniai mokslai (viešasis administravimas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008, 74 p.

⁷⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 74-2827.

⁸⁰ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 150-6713.

⁸¹ Viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos priskiriamos respublikos (1), regiono (2) ir rajono (3) lygmenims.

⁸² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2012 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1208 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 35:2012 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2013, Nr. 1-14.

Konstatuotina, jog šis laikotarpis odontologijos praktiką reglamentuojančių medicinos normų priėmimo srityje buvo intensyvus ir jau 2004 m. rugsėjo 24 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-676 patvirtinama Lietuvos medicinos norma MN 29:2004 „Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁸³.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 2 d. įsakymu Nr. V-457 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 46:2005 „Dantų technikas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁸⁴.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 2 d. įsakymu Nr. V-679 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 42:2005 „Gydytojas odontologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁸⁵, kuri neteko galios Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 20 d. įsakymu Nr. V-706 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 42:2011 „Gydytojas odontologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁸⁶.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 12 d. įsakymu Nr. V-970 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 44:2005 „Gydytojas burnos chirurgas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁸⁷.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 16 d. įsakymu Nr. V-835 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 24:2007 „Gydytojas odontologo padėjėjas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“⁸⁸.

Paminėtina ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 22 d. įsakymu Nr. V-715 patvirtinta Lietuvos higienos norma HN 74:2011 „Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos: bendrieji įrengimo reikalavimai“⁸⁹. Buvo apibrėžta odontologo specialisto konsultacija. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis apmokama gydytojo

⁸³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2004 m. rugsėjo 24 d. įsakymas Nr. V-676 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 29:2004 „Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 145-5287.

⁸⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2005 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-457 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 46:2005 „Dantų technikas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 73-2660.

⁸⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2005 m. rugsėjo 2 d. įsakymas Nr. V-679 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 42:2005 „Gydytojas odontologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 110-4027.

⁸⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2011 m. liepos 20 d. įsakymas Nr. V-706 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 42:2005 „Gydytojas odontologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 97-4566.

⁸⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2005 m. gruodžio 12 d. įsakymas Nr. V-970 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 44:2005 „Gydytojas burnos chirurgas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 1-9.

⁸⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2007 m. spalio 16 d. įsakymas Nr. V-835 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 24:2007 „Gydytojas odontologo padėjėjas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 109-4469.

⁸⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2011 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-715 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 74:2011 „Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos: bendrieji įrengimo reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 97-4569.

odontologo specialisto konsultacija laikomas paciento apsilankymas pas šį specialistą, turint siuntimą. Šio apsilankymo metu pagal gydytojo odontologo specialisto kompetenciją atliekamos pacientui reikalingos diagnostinės bei gydomosios procedūros (terapinės, manipuliacinės, chirurginės), apmokamos PSDF biudžeto ir paciento lėšomis. Į bazinę konsultacijos kainą, sumokamą iš PSDF biudžeto lėšų, įeina gydytojo odontologo specialisto konsultacinis darbas, visos pacientui reikalingų tiriamųjų procedūrų ir dalies manipuliacinių gydomųjų procedūrų, išvardintų šiuo įsakymu patvirtintame priede, išlaidos.

2008 m. Valstybinio audito ataskaitoje (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, Valstybinio audito ataskaita, Odontologinės priežiūros sistema 2008 m. balandžio 10 d. Nr. VA-P-10-22-6) Nustatyta rizika, kad Lietuvos sveikatos programos odontologinės priežiūros tikslai – iki 2010 m. šalies gyventojų burnos ligų paplitimą sumažinti 10 proc., o ėduonies intensyvumą 15 proc. – nebus pasiekti. Ataskaitoje nurodoma, kad neužtikrintas odontologinės priežiūros, kaip sistemos, valdymas: nebuvo tinkamo sistemos objektų veiklos koordinavimo, nebuvo suformuota odontologinės sveikatos strategija. Tai, kad ši strategija nėra priimta ir dabartiniu metu, apsunkina šios programos rengimą bei odontologijos sektoriaus dalyvavimą reformuojant šalies sveikatos priežiūros sektorių.

Lietuvos gydytojų odontologų žinios apie teisinius dokumentus, reglamentuojančius jų veiklą, nėra patenkinamos. Nustatyta, kad gydytojai odontologai nepakankamai gerai susipažinę su jų praktiką reglamentuojančiais teisės aktais. Blogiausiai Lietuvos gydytojai odontologai žino ir gali komentuoti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo ir Sveikatos draudimo įstatymus. Dirbantys valstybinėse įstaigose gydytojai odontologai geriau žino odontologinę sveikatos priežiūrą reglamentuojančius teisės aktus nei dirbantys privačiose, greičiausiai dėl to, kad valstybinėse gydymo įstaigose daugiau dėmesio skiriama gydytojų švietimui, kviečiami lektoriai, prenumeruojami laikraščiai, daugiau svarstomi ir analizuojami įstatymai bei jų pasikeitimai negu privačiuose odontologijos kabinetuose ir klinikose⁹⁰. Norėtusi aktyvesnio odontologinės bendruomenės narių dalyvavimo tiek politikos formavimo, tiek įgyvendinimo procesuose.

2. Odontologinė situacija Lietuvoje

2.1. Lietuvos gyventojų burnos sveikatos būklė

Gyventojų burnos sveikata yra pagrindinis odontologinės priežiūros uždavinys. Epidemiologiniai odontologinę sveikatą atspindintys rodikliai Lietuvoje liudija apie itin prastą Lietuvos gyventojų burnos būklę. Pagal šiuos burnos sveikatą atspindinčius rodiklius Lietuvos gyventojai žymiai atsilieka nuo kitų Europos Sąjungos šalių gyventojų.

⁹⁰ Pūrienė A., Petrauskienė J., Janulytė V, Balčiūnienė I. Lietuvos gydytojų odontologų žinių apie jų praktiką reglamentuojančius teisės aktus įvertinimas // Sveikatos mokslai. 2008, nr. 3, p. 1599–1602.

Europos kontekste Lietuva nurodoma tarp šalių, kuriose didelė gyventojų dalis neturi daug dantų ir dėl prastos burnos sveikatos būklės žmonės gyvena patirdami skausmą.

Ištyrus 1070 Kauno 15–45 metų amžiaus nėščiąjų buvo rasta, kad periodonto ligomis serga 90,09 proc. nėščiųjų, rastas ėduonis⁹¹ paplitęs tarp 99,9 proc.; KPI – 12,06 proc. Skyrėsi skirtingų amžiaus grupių nėščiųjų burnos higienos indeksas, kurio vidutinė reikšmė buvo 1,51, t.y. burnos higiena patenkinama⁹².

2005 m. reprezentatyvus Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimas parodė, kad „ypač kritiška yra gyventojų dantų būklė. Ketvirtadalis jaunimo iki 25 m. jau neturi vieno ar daugiau dantų, o iš 25–34 m. amžiaus gyventojų tokių – du trečdaliai. Apie trečdalis 65 m. ir vyresnių žmonių jau yra be savo dantų“⁹³. 2005 m. 37 proc. Lietuvos gyventojų nurodė, kad jiems trūksta 1–5 dantų, 14 proc. – kad trūksta 6–10 dantų⁹⁴.

Tarp moterų buvo daugiau asmenų, netekusių daugiau nei 10-ties dantų arba neturėjusių nei vieno savo danties (2 lentelė). Didesnė dalis savų dantų neturinčių šalies gyventojų gyvena kaime lyginant su gyvenančiais mieste (atitinkamai 10 ir 6 proc.). Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad ¼ jaunu žmonių iki 25 metų nurodė neturintys vieno ar daugiau dantų⁹⁵.

Kandimo ir kramtymo problemų turėjo 14 proc. 15–kos metų ir vyresnių gyventojų (17 proc. moterų ir 11 proc. vyrų). Kandimo ir kramtymo funkcijų sutrikimų paplitimas buvo didesnis tarp kaimo nei tarp miesto gyventojų (1 lentelė).

1 lentelė. Kandimo ir kramtymo funkcijų sutrikimų paplitimas Lietuvoje (proc.)

	Kaimo gyventojai	Miesto gyventojai
Moterys	23	14
Vyrai	15	9

67 proc. (60 proc. vyrų ir 70 proc. moterų) 75 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų nurodė, kad negali lengvai atsikąsti ir kramtyti kieto maisto. Tokių problemų turėjo kas trečias 65–74 m. amžiaus Lietuvos gyventojas, o tarp 55–64 metų amžiaus gyventojų – kas penktas⁹⁶.

2 lentelė. Lietuvos gyventojų trūkstamų dantų skaičius (proc.)

	Trūksta daugiau kaip 10 dantų	Neturi nė vieno savo danties
Moterys	20	9
Vyrai	17	5

⁹¹ Dantų ėduonis arba dantų kariesas – danties kietųjų audinių progresuojantis irimas sukeltas burnoje esančių rūgščių.

⁹² Vasiliauskienė I. Nėščių moterų burnos būklė ir išankstinės dantų ėduonies profilaktikos galimybės, Daktaro disertacija, Kaunas, 2004, p. 27.

⁹³ 2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Statistikos departamentas. Vilnius, 2006, p. 56.

⁹⁴ Lietuvos statistikos departamentas. 2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Vilnius, 2006, p. 54.

⁹⁵ Ten pat.

⁹⁶ Lietuvos statistikos departamentas. 2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Vilnius, 2006, p. 26.

2010 m. tik 31 proc. Lietuvos gyventojų turėjo visus dantis (Europos vidurkis – 41 proc.); 27 proc. Lietuvos gyventojų skundėsi prasta burnos ar dantų sveikatos būkle (Europos vidurkis – 15 proc.) ir/ar patyrė skausmą valgant. 15 proc. Lietuvos gyventojų jautėsi blogai dėl savo dantų arba protezų vaizdo (Europos vidurkis – 7 proc.)⁹⁷.

Lietuvoje dantų ėduonies ir apydančio ligos plačiai paplitusios tiek tarp vaikų, tiek tarp suaugusių. 7–12 m. vaikų dantų ėduonies paplitimas nuolatinuose dantyse siekia 44,8 proc. Šio amžiaus vaikų KPI-D⁹⁸ rodiklis siekia 1,08⁹⁹.

Ištyrus 15–16 metų jaunuolius (885) paaiškėjo, kad tik 7,7 proc. tiriamųjų turėjo visus sveikus dantis (be ėduonies ir užpildų). Kaimo vietovėse ėduonis buvo labiau paplitęs negu miestuose – atitinkamai 95,3 proc. ir 89,3 proc. Pirminio ir antrinio ėduonies pažeidimai – dvi didžiausios paauglių dantų gydymo priežastys Lietuvoje (atitinkamai 40,23 proc. ir 12,20 proc.). Išanalizavus 130 (amžiaus vidurkis 60,4 metų) Lietuvos moterų panoramines radiogramas ir palyginus jas su lumbalinės srities kaulo tankiu, nustatyta, kad tik pas 26,2 proc. tirtųjų kaulo tankis normalus, 2,3 proc. – kiek sumažėjęs, 49,2 proc. moterų diagnozuota osteopenija, 22,3 proc. – osteoporozė.¹⁰⁰

2010 m. burnos, seilių liaukų ir žandikaulių ligomis (TLK-10 kodai K00-K14) sirgo 73 164 vaikų, 193 158 suaugusių, iš jų 146 042 (76 proc. visų sergančių suaugusiųjų) buvo 18–64 m. amžiaus. Darbingo amžiaus asmenų sergamumas burnos, seilių liaukų ir žandikaulių ligomis sudarė 11,7 proc. viso šios amžiaus grupės gyventojų sergamumo.

Lietuvoje registruoti ženklūs burnos, seilių liaukų ir žandikaulių ligų paplitimo rodikliai: 2009 metais registruotas sergamumas sudarė 138,84 1000-iui vaikų ir 94,84 1000-iui suaugusiųjų¹⁰¹.

Ortodontinės anomalijos paplitusios tarp Lietuvos moksleivių: jos nustatytos 77 proc. 10–11 m. amžiaus ir 61,7 proc. 14–15 m. amžiaus tirtųjų, o ortodontinis gydymas reikalingas beveik pusei (49,6 proc.) jaunesnio (10–11 m.) amžiaus ir kas trečiam (34,1 proc.) vyresnio (14–15 m.) amžiaus moksleiviui¹⁰².

Lietuvoje kandimo ir kramtymo funkcijų sutrikimų turėjo 14 proc. 15-kos metų ir vyresnių gyventojų:

- moterų – 17 proc.

⁹⁷ European Commission. Special Eurobarometer 330. *Oral Health. Report* (2010).

⁹⁸ KPI-D – indeksas, naudojamas ėduonies intensyvumui vertinti. Įvertinamas dantų ėduonies paplitimas, apskaičiuavus vaikų, turinčių ėduonies pažeistų dantų bei visų tirtų vaikų santykį, apskaičiuotą procentais.

⁹⁹ Saldūnaitė K. Dantų ėduonies profilaktikos galimybių vertinimas Lietuvoje tarp 7-12 metų amžiaus moksleivių. Daktaro disertacija, Kaunas: LSMU, 2011, p. 108.

¹⁰⁰ Jagelavičienė E. Pomenopauzinio amžiaus moterų apatinio žandikaulio ir kulnikaulio kaulų mineralų tankių palyginamoji analizė. Daktaro disertacija, Kaunas, 2010, p. 17.

¹⁰¹ Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2009 m. (išankstiniai duomenys). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2010, p. 22.

¹⁰² Baubiniene, D. Ortodontinių anomalijų paplitimas ir gydymo reikalingumas tarp Lietuvos moksleivių. Daktaro disertacija. Kaunas, 2010, p. 34.

- vyrų – 11 proc.

Kandimo ir kramtymo problemų turėjo žymiau daugiau vyresnio amžiaus žmonių: iš 75 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų, net 67 proc. (60 proc. vyrų ir 70 proc. moterų) nurodė, kad negali lengvai atsikąsti ir kramtyti kieto maisto. Tokių problemų turėjo kas trečias 65–74 m. amžiaus Lietuvos gyventojas, o tarp 55–64 metų amžiaus gyventojų – kas penktas.¹⁰³

Ortopedinė odontologinė pagalba reikalinga net 84-iems procentams pensinio ir daugumai darbingo amžiaus žmonių.

Dar 2008 m. Valstybinio audito ataskaitoje (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, Valstybinio audito ataskaita, Odontologinės priežiūros sistema 2008 m. balandžio 10 d. Nr. VA-P-10-22-6) nustatyta rizika, kad Lietuvos sveikatos programos odontologinės priežiūros tikslai – iki 2010 m. šalies gyventojų burnos ligų paplitimą sumažinti 10 proc., o ėduonies intensyvumą 15 proc. – nebus pasiekti. Ataskaitoje nurodoma, kad neužtikrintas odontologinės priežiūros, kaip sistemos, valdymas: nebuvo tinkamo sistemos subjektų veiklos koordinavimo, nebuvo suformuota odontologinės priežiūros strategija. Nors ir buvo paruošta odontologinės sveikatos priežiūros vystymo programa, ši strategija nebuvo pilnai priimta ir buvo įvykdyta dalinai – pereita tik prie dalinai mokamos odontologinės sveikatos priežiūros (buvo apmokestintos medžiagos ir vienkartinės priemonės).

Odontologinės sveikatos priežiūros vystymo strategijos nebūvimas apsunkina odontologinės sveikatos priežiūros vystymąsi ir lygiavertį odontologijos sektoriaus dalyvavimą reformuojant šalies sveikatos priežiūros sektorių.

2.2. Ištekliai

Lietuvos odontologijos sektorius yra reikšminga sveikatos priežiūros rinkos dalis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras informuoja, kad iš viso 2009 m. Lietuvoje dirbo 2 408 odontologai, 2008 m. apsilankymų pas odontologus skaičius sudarė 3 082 tūkst.¹⁰⁴. Lietuvos Respublikos odontologų rūmai 2010 m. liepos 9 d. duomenimis užregistravo 3 476 turinčius gydytojų odontologų (3 050 licencijų) ir gydytojų odontologų specialistų (594 licencijos) licencijas.

Odontologijos sektoriaus plėtros ypatumai susiję su reikšmingu privačių praktikų funkcionavimo apimtimi. Odontologų rūmų duomenimis, 2007 m. šalyje buvo 1 459 įstaigos ir įmonės, iš jų mažiau nei 18 proc. sudarė viešosios ir biudžetinės įstaigos.

2009 metais Lietuvoje veikė 967 privačios odontologinės įstaigos, kuriose dirbo 1 933 odontologai (iš jų 1 258 asmenys pagrindiniame darbe).

¹⁰³ Lietuvos statistikos departamentas. 2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Vilnius, 2006, p. 26.

¹⁰⁴ Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2009 m. (išankstiniai duomenys). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2010, p. 69, 77.

Odontologų rūmų vertinimu, 2010 m. liepos 10 d. specializuotas odontologinės paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų dalis sudaro 32 proc. visų (viešųjų ir privačių) pagal sutartį su teritorinėmis ligonių kasomis veikiančių odontologinių įstaigų:

- 23 įstaigos (iš jų 4 privačios), teikiančios gydytojo ortodonto paslaugas;
- 27 įstaigos (iš jų 3 privačios), teikiančios burnos chirurgo paslaugas;
- 17 įstaigų (iš jų 1 privati), teikiančių gydytojo ortopedo paslaugas;
- 4 įstaigos (priklausančios išskirtinai valstybės/savivaldybės dalininkams), teikiančios gydytojo endodontologo paslaugas;
- 10 įstaigų (iš jų 2 privačios), teikiančios gydytojo periodontologo paslaugas;
- 9 įstaigos (iš jų 2 privačios), teikiančios vaiko odontologo paslaugas.

Pagal teritorinių ligonių kasų viešai skelbiamą informaciją apie galimybes gauti ambulatorines odontologines konsultacijas pas gydytojus specialistus pastebima, kad prieinamumas prie šių paslaugų yra ribotas:

- šias paslaugas, apmokamas pagal sutartis su TLK, apskrityse teikia nedidelis viešųjų įstaigų ir labai nežymus privačių įstaigų skaičius, neretai paslaugas galima gauti tik pagrindiniuose apskričių miestuose:

3 lentelė. Viešoji ir privati specializuota odontologinės sveikatos priežiūros praktika

Specializuotos ambulatorinės paslaugos	Viešųjų įstaigų skaičius	Iš jų Kaune ir Vilniuje	Privačių įstaigų skaičius
Burnos chirurgo paslaugos	23	8	3
Ortodonto odontologo paslaugos	15	7	4
Endodontologo paslaugos	3	3	0
Periodontologo paslaugos	8	5	2
Ortopedo odontologo paslaugos	12	5	2
Vaikų odontologo paslaugos	4	2	1

- eilės pas burnos chirurgą, ortodonto odontologą siekia iki 31 dienos, pas periodologą – iki 29 dienų, pas vaikų odontologą – iki 24 dienų, ortopedo odontologą – iki 21 dienos.

SVEIDROS duomenimis¹⁰⁵, 2007–2009 m. specializuotų ambulatorinių odontologinių paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius nepasikeitė (apie 170 tūkst. paslaugų). Tačiau beveik 6

¹⁰⁵ <http://www.vlk.lt/vlk/lt/>

proc. sumažėjo pacientų, kuriems šios paslaugos buvo suteiktos, skaičius (nuo 72 iki 68 tūkst. asmenų).

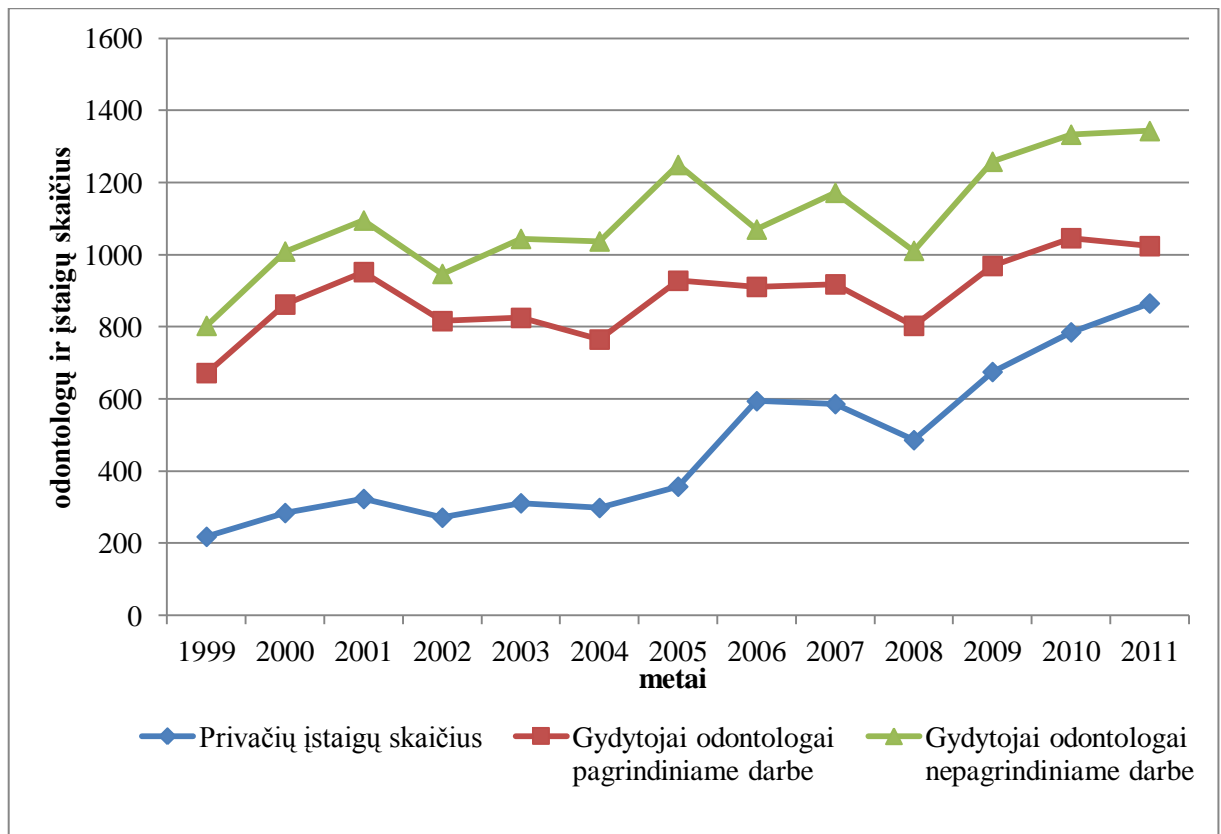
Labiausiai sumažėjo gydytų pas endodontologus ir periodontologus pacientų skaičius (30 ir 20 proc. atitinkamai). Kitų ambulatoriškai gydytų (pas ortopedus odontologus, ortodontus odontologus, vaikų odontologus, ir burnos chirurgus) pacientų skaičius mažėjo įvairiai – nuo 4 iki 10 proc. 2009 m. specializuotų ambulatorinių odontologinių paslaugų struktūroje vyravo burnos chirurgo paslaugų teikimas (apie 40 proc. visų paslaugų suteikta 49 proc. pacientų) ir ortodontų odontologų paslaugų teikimas (38 proc. paslaugų suteiktų 27 proc. pacientų). Kiekvienų kitų paslaugų teikimas sudarė mažiau nei 10 proc. visos specializuotos ambulatorinės pagalbos apimties.

Specializuotas ambulatorines odontologines paslaugas pagal sutartį su TLK teikia tik penkios privačios ASPĮ. 2009 m. jos suteikė paslaugas tik 2377 pacientams už 132,6 tūkst. Lt. Tai sudarė 3,5 proc. visų gydytų pacientų ir mažiau nei 3 proc. finansavimo.

Privačiame ambulatorinių specializuotų paslaugų sektoriuje veikia iš esmės nedidelės sveikatos priežiūros įstaigos ir įmonės, kurios per pastaruosius 15 metų negaudavo investicijų iš visuomeninių fondų, tai riboja jų plėtros galimybes. Viešųjų ir biudžetinių odontologinių įstaigų plėtrą taip pat ribodavo paslaugų įkainių nepakankamumas ir paslaugų prieinamumo barjerai dėl pacientų mokėjimo būtinybės. Todėl specializuotos odontologinės priežiūros sektorius nėra išplėtotas.

2011 m. Lietuvoje dirbo 2562 gydytojai odontologai, klinikinį darbą dirbo 2486 gydytojai odontologai (7,2 odontologo 10 000 gyventojų). 865 odontologai dirbo tik privačiai, o dar 478 odontologai buvo įdarbinti ir viešosiose, ir privačiose ASPĮ. Taigi, gydytojų išteklių pasidalijo tarp privataus ir valstybės bei savivaldybių sektorių.

Privačių odontologinių ASPĮ skaičius 1999–2011 m. išaugo 53 proc. iki 1024, o dirbančių šiose įstaigose gydytojų odontologų skaičius sudarė 67 proc. (1 pav.).



1 pav. Privataus odontologinio sveikatos priežiūros sektoriaus plėtra Lietuvoje 1999–2011 m.

Šaltinis: Higienos instituto sveikatos informacijos centras.

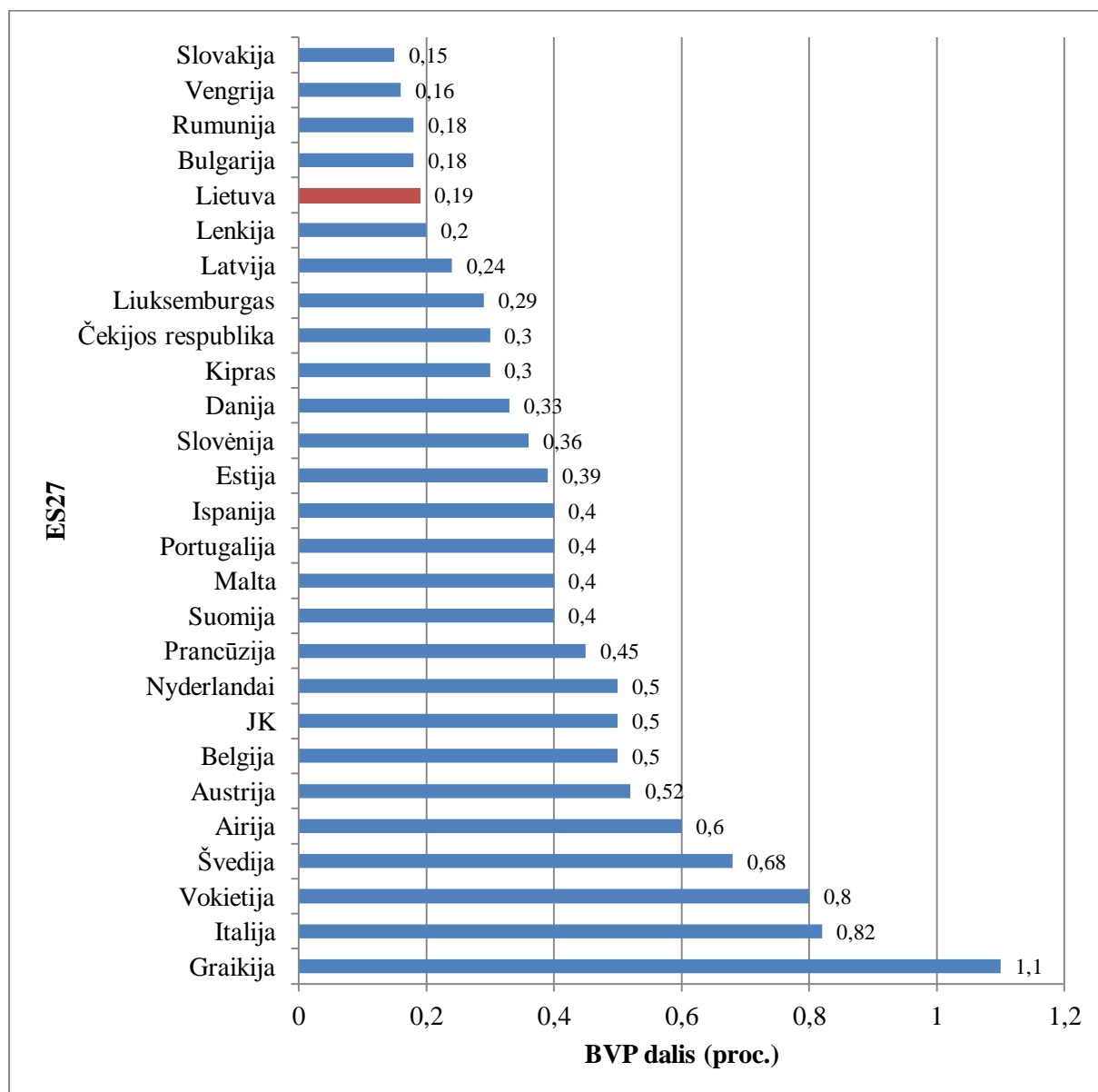
2.3. Odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas

Didelę dalį šalyje teikiamos odontologinės pagalbos paslaugų tiesiogiai apmoka gyventojai. Teigiama, kad Europoje odontologijos paslaugų prieinamumas išlieka viena pagrindinių problemų mažas pajamas turinčioms gyventojų grupėms. Todėl ekspertai rekomenduoja parengti Europos burnos sveikatos strategiją iki 2020 m., gerinti žinias apie burnos sveikatą, remti tarpsektorinę sveikatos ir socialinės priežiūros veiklą bei veiksmus, kurie mažintų burnos sveikatos skirtumus, didintų prevencinio ir higienos pobūdžio praktikų išmanymą, užtikrintų galimybę naudotis kokybiškomis paslaugomis, taip pat skleistų geriausios patirties burnos sveikatos srityje praktiką.

Neadekvadus odontologų darbo užmokestis, ypač viešajame sektoriuje, skatina odontologijos specialistų emigraciją, kas trukdo toliau plėtoti odontologijos priežiūros sektorių – nesant specialistų ypač sunku gerinti viešųjų odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, blogėja ir taip nepakankamas odontologijos paslaugų prieinamumas Lietuvoje¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Janulytė V., Pūrienė A., Petrauskienė J., Pečiulienė V., Benzian H. International migration of Lithuanian oral health professionals: a survey of graduates. // International dental journal. 2011, 61, p. 224–230

Valstybės išlaidų odontologinės pagalbos teikimui lygis yra ypač žemas. Ir Lietuva pagal lėšas, skiriamas gyventojų, tarp jų ir vaikų, burnos priežiūrai užėmė vieną paskutinių vietų ES27 (2 pav.).



2 pav. Burnos priežiūrai tenkanti BVP dalis (proc.) 2010 m.

Šaltinis: Patel R. (2012) The State of Oral Health in Europe, p. 27.

Lietuvos išlaidos burnos priežiūrai 2010 m. sudarė apie 0,06 mln. eurų, tai mažiau nei 0,08 proc. 76 mln. eurų ES27 šalių išlaidų sumos. Sprendžiant odontologinės sveikatos priežiūros problemas, turint ypatingai mažą finansavimą, reikėtų pereiti prie trečiojo odontologinės sveikatos priežiūros įgyvendinimo etapo – naikinti odontologinį gyventojų prisirašymą. PSDF lėšas perskirstyti vaikų dantų gydymui ir profilaktikai, protezavimo įkainių pensininkams padidinimui, nes panaikinus lengvatinį protezavimo ir kitų odontologinių medžiagų PVM tarifą, padidėjo šių medžiagų kainos, tuo pačiu padidėjo ir odontologinių paslaugų savikaina.

Bloga burnos sveikatos būklė, darydama neigiamą įtaką daugeliui sveikatos parametrų, neabejotinai prisideda prie lauktino gyventojų gyvenimo trukmės mažėjimo. Mokliškai įrodyta, kad bloga burnos sveikata padidina riziką susirgti širdies–kraujagyslių ligomis, komplikuoja diabetą, provokuoja kvėpavimo ligas ir priešlaikinį mažo svorio vaikų gimimą, reikšmingai mažina imunitetą ir pan.

Europoje odontologijos paslaugų prieinamumas išlieka viena pagrindinių problemų mažas pajamas turinčioms gyventojų grupėms. Todėl ataskaitoje „Burnos sveikatos būklė Europoje“¹⁰⁷ rekomenduojama priimti Europos strategiją iki 2020 m., gerinti žinias apie burnos sveikatą, remti tarpsektorinę sveikatos ir socialinės priežiūros veiklą bei veiksmus, kurie mažintų burnos sveikatos skirtumus, didintų prevencinio ir higienos pobūdžio praktikų išmanymą, užtikrintų galimybę naudotis kokybiškomis paslaugomis, taip pat skleistų geriausios patirties burnos sveikatos srityje praktiką.

3. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos įgyvendinimas

3.1. Vaikų dantų sveikatos būklė

Dantų ėduonis ir apydančio ligos yra plačiai paplitusios tarp vaikų. Jos dažnai komplikuojasi, todėl jų gydymui reikia daug lėšų ir laiko.

Vaikų dantų ėduonies atsiradimas priklauso nuo daugelio veiksnių, iš jų pagrindiniai yra šie:

- burnos higienos būklė;
- fluoro kiekis geriamajame vandenyje;
- teisinga mityba.

Mokliškai įrodyta, kad teisingai laikantis burnos higienos taisyklių, sumažėja dantų ėduonies atsiradimo rizika¹⁰⁸. Įrodymais pagrįsta, kad egzistuoja ryšys tarp dantų priežiūros dažnio ir dantų sveikatos. Dantų priežiūros dažnis turėtų būti pritaikytas gyventojų, specialių poreikių grupėms ar individualiai¹⁰⁹.

Esant pakankam fluoro kiekiui geriamajame vandenyje, dantų ėduonies paplitimas ir intensyvumas būna mažesnis. Tik pirminė profilaktika, galimybė išsaugoti sveikus vaikų dantis, pasitelkus į pagalbą specialias profilaktikos priemones yra vienintelė išeitis, norint padėti vaikams išvengti dantų skausmo ir ankstyvo karieso¹¹⁰. Anksti netekus dantų, vystosi sąkandžio anomalijos,

¹⁰⁷ *State of Oral Health in Europe*. Report. Interneto prieiga: <http://www.oralhealthplatform.eu/state-oral-health-europe-report-0>

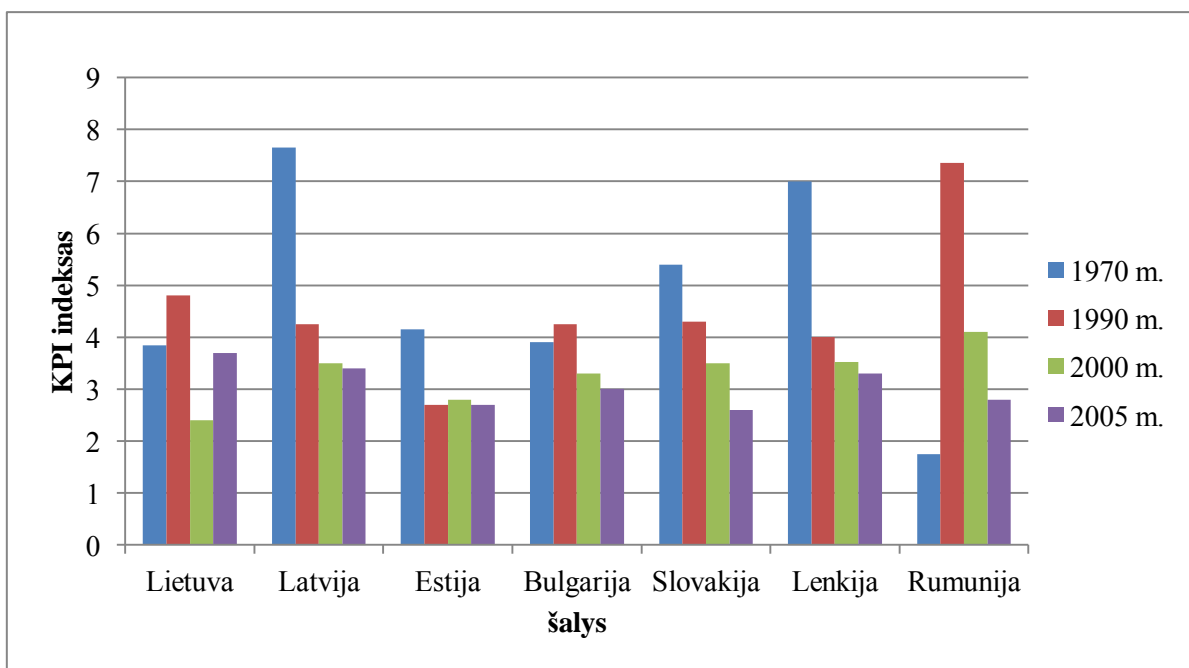
¹⁰⁸ Petersen A. K., Torres A. M. Preventive Oral Health care and health promotion provided for children and adolescents by the municipal Dental Health service in Denmark // *Int. Paediatr. Dental J.* 1999, vol. 9. 91-91 p.

¹⁰⁹ Summary of a HEN network member's report World Health Organization, Regional Office for Europe. European health for all database. Copenhagen: WHO, 2013, (<http://www.euro.who.int/hen>)

¹¹⁰ Aleksejuniene J., Holst D., Brukiene V. Dental caries risk studies revisited: causal approaches needed for future inquiries. *Int.J. Environ. Res. Public Health* 6 (12):2992-3009; Aleksejuniene J., Brukiene V. Oral hygiene education in adolescence based on the Precaution Adoption Process Model. *Community Dent. Health* 29 (3):248-251, 2012; Brukiene V., Aleksejuniene J. Is the authoritative parenting model effective in changing oral hygiene behavior in adolescents? *Health*

kurių gydymui reikia ypač brangių medžiagų¹¹¹. Vaikų dantų protezavimas dar nepradėtas mūsų šalyje, nes jam nėra pakankamai lėšų. Todėl be odontologinių ligų profilaktikos programų įgyvendinimo neįmanoma pasiekti vaikų burnos būklės pagerėjimo¹¹².

Daugybė tyrimų, atliktų įvairiose pasaulio šalyse rodo, kad profilaktikos programos, paruoštos ir organizuotai įdiegtos visuomenėje, žymiai sumažina dantų ėduonies bei apydančio ligų intensyvumą ir paplitimą¹¹³. Šių profilaktikos programų efektyvumas priklauso ne tik nuo jų įdiegimo į praktinę sveikatos apsaugą organizacinio lygio, bet ir nuo to, kaip efektyviai taikomos profilaktikos priemonės, atsižvelgiant į vaikų amžiaus ypatybes bei dantų ėduonies ir apydančio ligų atsiradimo rizikos veiksnius¹¹⁴.



3 pav. 12 metų vaikų KPI indeksas Lietuvoje ir kitose naujose ES šalyse

Šaltiniai: CECDO ir ORAL Health Database,

<http://www.cecdo.org/pages/database%20intro.html>.

3 paveiksle parodyti vaikų ėduoninio pažeidimo intensyvumo KPI indekso¹¹⁵ pokyčiai nuo 1970 m. iki 2005 m. Pažymėtina, kad 2005 m. tyrimų duomenimis, Lietuvoje buvo didžiausiai tarp visų ES 27 šalių KPI-D rodiklis – 3,7.

Educ.Res. 27 (6):1081-1090, 2012; Aleksejuniene J., Brukiene V. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. Medicina (Kaunas.) 48(2):102-108, 2012.

¹¹¹ Baubiniene D. Ortodontinių anomalijų paplitimas ir gydymo reikalingumas tarp Lietuvos moksleivių. Daktaro disertacija, Kaunas, 2009, 105 p.

¹¹² Brukienė V. Lietuvos 15-16 metų amžiaus paauglių dantų būklės įvertinimas. Daktaro disertacija Vilnius, 2006.

¹¹³ Brukiene V., Aleksejuniene J. Is the authoritative parenting model effective in changing oral hygiene behavior in adolescents? Health Educ.Res. 27 (6):1081-1090, 2012.

¹¹⁴ Ten pat.

¹¹⁵ KPI – indeksas, nurodantis ėduonies pažeistų, plombuotų ir dėl ėduonies pašalintų dantų sumą.

Jau daugelį metų įdiegtos profilaktinės dantų ėduonies programos sumažino dantų ėduonies intensyvumą daugumoje Europos šalių nuo didelio intensyvumo KPI – 4,4–6,5 iki labai mažo KPI – 0,1–1,0, ar mažo 1,1–1,6¹¹⁶. 2011 m. KPI-D rodiklis Europoje buvo 1,95.

Dabartiniu metu daugelyje Europos šalių, įgyvendinus vaikų ėduonies profilaktines programas, KPI indeksas ženkliai sumažėjęs. Rytų Europos šalyse vaikų dantų ėduonies paplitimas ir intensyvumas išlieka didelis, tačiau, taikant prevencines priemones, galima pasiekti KPI indekso mažėjimą.

1970 m. Latvijos dvylikamečių vaikų KPI siekė 5,7; Estijos – 4,1; Lietuvos – 3,8. Tačiau Latvijoje buvo įkurti 18 vaikų burnos sveikatos centrai (skyriai), kurių tikslas – teikti profilaktines paslaugas vaikams. Tai davė teigiamą rezultatą. 1995 m. duomenimis Latvijoje KPI-D rodiklis tarp 12-mečių vaikų sumažėjo iki 3,9¹¹⁷. Dantų ėduonies sumažėjimas stebimas ir kaimyninėse šalyse: Baltarusijoje ir Lenkijoje, kur per 10 metų KPI-D dėl profilaktikos programų vykdymo sumažėjo nuo 5,1 iki 3,8¹¹⁸.

Vaikų dantų ėduonies profilaktika užtikrina nemažą ekonominį efektą. Kaip rodo Vakarų ir Europos Sąjungos šalių patirtis, ten, kur gerai išvystyta odontologinių ligų profilaktikos sritis, apie 50 kartų mažiau sunaudojama lėšų dantų ir apydančio ligų gydymui bei kramtymo funkcijos atstatymui¹¹⁹.

3.2. Lietuvos patirtis taikant vaikų ėduonies prevencijos priemones

T. Marthaler ir bendraautoriai 1996 m. pateikė duomenis, kurie parodė, kad Lietuvos vaikų burnos būklė atrodo vidutiniškai¹²⁰. Blogiau buvo tik Latvijoje, tačiau per pastaruosius metus mūsų kaimynai, steigdami profilaktikos centrus (šiuo metu jau 20) ir daug dirbdami profilaktikos srityje, gerokai sumažino dantų ėduonies intensyvumą ir ženkliai mus aplenkė.

¹¹⁶ Milčiuvienė S., Paipalienė P., Kelbauskienė N., Stropienė G. ir kt. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos efektyvumas tarp Kauno moksleivių // *Medicina*. 1999; 35; pr.: 30–34. Milčiuvienė S., Skirbutienė S., Vasiliauskienė I. Moksleivių burnos būklės kitimas vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos metu // *Stomatologija*. 2000, Nr. 4, p. 7–10.

¹¹⁷ Berzina S., Care R., Dental health in 11 and 13 year old Children in Latvia// *Stomatologija. Baltic dental and maxillofacial Journal.*, 2003, 5., 2., 62- 64.

¹¹⁸ Andruškevič N.B. Stomatologičeskij uroven zdorovja naselenija Mogilevskoj oblasti. *Stomatologičeskij žurnal*, 2004, 3: 60-62; Wierzbicka M., Petersen P.E., SzatkoF., Dybizbanska E., Kalo I. Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland. *Community Dent Health*, 2002. Dec; 19. (4) : 243-250

¹¹⁹ Milčiuvienė S., Paipalienė P., Kelbauskienė N., Stropienė G. ir kt. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos efektyvumas tarp Kauno moksleivių // *Medicina*. 1999; 35; pr.: 30–34. Milčiuvienė S., Skirbutienė S., Vasiliauskienė I. Moksleivių burnos būklės kitimas vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos metu // *Stomatologija*. 2000, Nr. 4, p. 7–10.

¹²⁰ Balčiūnienė I., Milčiuvienė S., Pūrienė A. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos eiga Kauno miesto mokyklose. // *Lietuvos medicina*, 1998, gruodis, p. 3–5. Milčiuvienė S., Paipalienė P., Kelbauskienė N., Stropienė G. ir kt. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos efektyvumas tarp Kauno moksleivių // *Medicina*. 1999; 35; p. 30–34. Milčiuvienė S., Skirbutienė S., Vasiliauskienė I. Moksleivių burnos būklės kitimas vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos metu // *Stomatologija*. 2000, Nr. 4, p. 7–10.

Nuo 1994 m. daugelyje Lietuvos regionų pradėta įgyvendinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos finansuojama „Vaikų dantų ėduonies profilaktikos programa“. Ši programa buvo pradėta nuo įvairių pirminės profilaktikos metodų taikymo pirmųjų klasių moksleiviams. Vertinant šios programos efektyvumą po 6 metų, buvo padaryta išvada, jog dantų ėduonies paplitimas ir intensyvumas mūsų šalyje mažėja¹²¹.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr.55-1287; 2002, Nr.123-5512) 9 straipsnio 6 dalimi ir 25 straipsnio 1 dalimi bei atsižvelgiant į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2005 m. rugpjūčio 23 d. nutarimą Nr.8/1, buvo priimtas įsakymas „Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugomis paslaugų bazinių kainų patvirtinimo“ buvo itin reikšmingas odontologijos raidai.

Vaikų dantų ėduonies profilaktikos dėka, dantų ėduonies intensyvumas tarp dvylikamečių moksleivių sumažėjo nuo 4,9 iki 3,6–3,8¹²². J. Aleksiejūnienės, D. Holst, I. Balčiūnienės darbe „Factors influencing caries decline in Lithuania adolescents from 1993 to 2001“ parodoma, kaip gerėja burnos higiena ir mažėja ėduoninio pažeidimo intensyvumas (KPI-D). 1993 m. dvylikamečių vaikų burnos higienos indeksas (OHI-S < 1,5) tesiekė 15,4 proc. tarp berniukų ir 27,6 proc. tarp mergaičių. Apibendrinus 2001 m. duomenis, šis indeksas nustatytas net 45,1 proc. berniukų ir 52,9 proc. mergaičių. Dantų ėduonies pažeidimo intensyvumas (KPI-D) 1993 m. tarp dvylikamečių buvo 4,9, o 2001 m. – 3,6. 1993 m. penkiolikmečių vaikų geras burnos higienos indeksas siekė tik 38,1 proc. tarp berniukų ir 43,3 proc. tarp mergaičių, o šiuo metu šis indeksas yra 52,3 proc. tarp berniukų ir net 73,9 proc. tarp mergaičių. Neabejotinai, gera burnos higiena ir dantų valymas fluoro pastomis pakeitė ir dantų ėduonies intensyvumą. Antai, 1993 m. penkiolikmečių KPI-D buvo 7, o 2001 m. – 5,1.

E. Bendoraitienė 2005 metais ištyrusi moksleivių burnos būklę, konstatuoja, kad nėra ryškaus skirtumo tarp miesto ir kaimo vaikų burnos būklės. Miesto 15-mečių vaikų KPI-D buvo 5,24, o kaimo – 5,25¹²³.

¹²¹ Aleksiejūnienė J., Arneberg P., Eriksen A. M. Caries prevalence in Lithuanian children and adolescents // Acta Odont. Scand.-1996, vol. 54, p. 75–80. Aleksiejūnienė J., Holst D., Balčiūnienė I. Factors influencing the caries decline in Lithuanian adolescents – trends in the period 1993–2001 // European Journal of Oral Sciences, 2004: 112 (1), p. 3–7. Balčiūnienė I., Milčiuvienė S., Giedraitienė J., Kadūnas K. Ėduonies profilaktika ir fluoridas gėlame požeminiame Vakarų Lietuvos vandenyje, 2001. I. Balčiūnienė I., Milčiuvienė S., Pūrienė A. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos eiga Kauno miesto mokyklose. // Lietuvos medicina. 1998, gruodis, p. 3–5.

¹²² Aleksiejūnienė J., Arneberg P., Eriksen A.M. Caries prevalence in Lithuanian children and adolescents // Acta Odont. Scand.-1996, vol. 54, p. 75–80. Aleksiejūnienė J., Holst D., Balčiūnienė I. Factors influencing the caries decline in Lithuanian adolescents – trends in the period 1993–2001 // European Journal of Oral Sciences, 2004: 112 (1), p. 3–7.

¹²³ Bendoraitienė E. 11-15 metų amžiaus moksleivių apydančio ligų paplitimo, intensyvumo, rizikos veiksnių ir profilaktikos analizė. Daktaro disertacija, Kaunas, 2005, p. 117.

KMU mokslininkai 2001 m. vertino dvylikamečių moksleivių burnos būklę ir dantų ėduonies paplitimą dešimtyje Lietuvos apskričių. Iš tyrimo paaiškėjo, kad bendras ėduonies paplitimas sudaro 74,2 proc. ir KPI lygus 2,35, tačiau šie rodikliai nėra vienodi atskirose vietovėse. Mažiausias dantų ėduonies paplitimas nustatytas Šiauliuose (59,4 proc.), o didžiausias – Panevėžyje (96,8 proc.). Ėduonies intensyvumas – KPI-D taip pat mažiausias Šiauliuose (1,41), o didžiausias – Panevėžyje (4,43). Kitose vietovėse dantų ėduonies paplitimas ir intensyvumas buvo vidutinio lygio. J. Aleksiejūnienės vertinimu, epidemiologiniai tyrimai 1996–2003 m. įvairiose Lietuvos vietovėse parodė, kad KPI-D dvylikamečiams vaikams sumažėjo nuo 5,8 iki 3,4 (30 proc.)¹²⁴.

Vykdamas vaikų dantų ėduonies profilaktikos programą Kauno miesto ikimokyklinėse įstaigose, naudojant ėduonies profilaktikai silantus ir fluoro želę, buvo pasiekta gerų rezultatų. Pasirinktos profilaktikos priemonės buvo efektyvios ir pieninių dantų ėduonies atvejų vykdamas programą sumažėjo 35,3 proc. Pastoviuoju dantų ėduonies paplitimas sumažėjo dvigubai¹²⁵.

Verta paminėti Kauno mieste 1995–2002 m. vykdytos programos „Sveiki dantys – visam gyvenimui“ rezultatus. Vaikų, dalyvavusių programoje dantų ėduonies intensyvumas buvo dvigubai mažesnis nei kontrolinės grupės vaikų, kuriems profilaktinės priemonės nebuvo taikytos. Vaikų, turinčių sveikus dantis, poveikio grupėje buvo 16 proc. daugiau nei kontrolinėje¹²⁶.

Tai buvo labai geri pasiekimai, parodantys pasirinktų profilaktikos metodų efektyvumą. Deja, intensyviai profilaktikos priemonės buvo taikytos tik pavieniuose regionuose ir, kai pastaraisiais metais nuoseklus vaikų ėduonies profilaktikos programos vykdymas buvo nutrauktas, vaikų gydymas ir profilaktika (pagal prisirašiusius tėvus prie ASPI) išskaidyta į mažus šeimos centrus, vėl ženkliai šoktelėjo dantų karioziškumo rodikliai.

7–12 m. vaikų dantų ėduonies paplitimas nuolatinuose dantyse siekia 44.8 proc. Šio amžiaus vaikų KPI-D rodiklis (ėduonies pažeistų, plombuotų ir išrautų dantų skaičius) siekia 1,08¹²⁷. Ištyrus 15–16 metų jaunuolius (885) paaiškėjo, kad tik 7,7 proc. tiriamųjų turėjo visus sveikus dantis (be ėduonies ir užpildų). Kaimo vietovėse ėduonis labiau paplitęs negu miestuose – atitinkamai 95,3 proc.

¹²⁴ Bolin A. K., Bolin. A., Jansson L., Calltorg J. Children dental health in Europe // Swed. Dent. J. 1997, vol. 21, 24-40 p. Friis – Hasche E. Child Oral health care in Denmark // Copenhagen, 1994, 86 p. Marthaler T. M., Mulane O., Vrbic V. et al. The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995 // Caries res. 1996. vol. 30. p. 237-255. S.Berzina, Care R., Dental health in 11 and 13 year old Children in Latvia// Stomatologija. Baltic dental and maxillofacial Journal., 2003, 5., 2., p. 62– 64.

¹²⁵ Vaitkevičienė V., Milčiuvienė S. Dantų ėduonies profilaktikos programos efektyvumo įvertinimas Kauno miesto ikimokyklinėse įstaigose // Stomatologija, Nr. 4, 2002, p. 2–5.

¹²⁶ Milčiuvienė S., Paipalienė P., Kelbauskienė N., Stropienė G. ir kt. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos efektyvumas tarp Kauno moksleivių // Medicina. 1999; 35; pr.; p. 30–34. Milčiuvienė S., Skirbutienė S., Vasiliauskienė I. Moksleivių burnos būklės kitimas vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos metu // Stomatologija. 2000, Nr. 4, p. 7–10.

¹²⁷ Saldūnaitė K. (2011) Dantų ėduonies profilaktikos galimybių vertinimas Lietuvoje tarp 7–12 metų amžiaus moksleivių, Daktaro disertacija, Kaunas: LSMU, p. 108.

ir 89,3 proc. Pirminio ir antrinio ėduonies pažeidimai – dvi didžiausios paauglių dantų gydymo priežastys Lietuvoje (atitinkamai 40,23 proc. ir 12,20 proc.)¹²⁸.

2008 metų tyrimai rodo, kad 7–8 metų Lietuvos moksleivių grupėje ėduonies paplitimas yra 85,5 proc., 9–10 metų – 88,9 proc., 12 metų – 70,6 proc. Krūminiai dantys su amžiumi vis labiau pažeidžiami ėduonies, todėl 12 metų vaikų dantų pažeidimas yra 57,7 proc. Silantu dengtų krūminių dantų, tenkančių vienam moksleiviui, skaičius skiriasi įvairiuose Lietuvos apskričių centruose ir yra 7–8 metų moksleivių – nuo 0,83 iki 1,45; 9–10 metų vaikų – nuo 0,95 iki 2,54; 12 metų vaikų – nuo 0,26 iki 2,13.

2010 m. burnos, seilių liaukų ir žandikaulių ligomis (TLK-10 kodai K00-K14) sirgo 73 164 vaikų.

3.3. Vaikų odontologinės priežiūros organizavimo problemos

Vaikų odontologinę priežiūrą vykdo odontologai, dirbantys viešojo sektoriaus bei privačiose ASPĮ. Buvo paruoštas investicinis projektas sukurti profilaktikos centrus, bet tam pritrūko politinės valios.

Iš PSDF biudžeto lėšų vaikų dantų ambulatoriniam gydymui 2010 m. buvo skirta apie 13 Lt, 2013 m. – 25 Lt per metus vienam asmeniui¹²⁹. Odontologų, dirbančių pagal sutartis su ligonių kasomis, paslaugų finansavimo apimtis bei apmokėjimo būdas nesukūrė paskatų bei galimybių teikti kokybiškas odontologinio gydymo paslaugas vaikams bei taikyti profilaktines priemones. Kadangi buvo uždaryti odontologiniai kabinetai vaikų ugdymo įstaigose, viešosiose įstaigose išgydyti vaiką už prirašyto gyventojų sumą, neįmanoma, nemokamos odontologinės būtinosios priežiūros vaikams teikimas ženkliai sumažėjo. Dabartinė odontologinės priežiūros vaikams teikimo sistema negali užtikrinti nei kokybiško dantų ligų gydymo, nei prevencijos.

Atlikus Lietuvos vaikų burnos sveikatos analizę, buvo padarytos šios išvados:

- Lietuvoje dantų ėduonis tebėra plačiai paplitęs tarp ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus vaikų.
- Vykdytos dantų ėduonies profilaktikos programos efektyviai sumažina dantų ėduonies paplitimą ir intensyvumą
- Dantų valymas, tinkamos mitybos propagavimas, fluoro preparatų naudojimas yra būtinos profilaktikos priemonės, siekiant išsaugoti sveikus vaikų dantis.

¹²⁸ Ten pat.

¹²⁹ <http://www.vlk.lt/vlk/lt/>

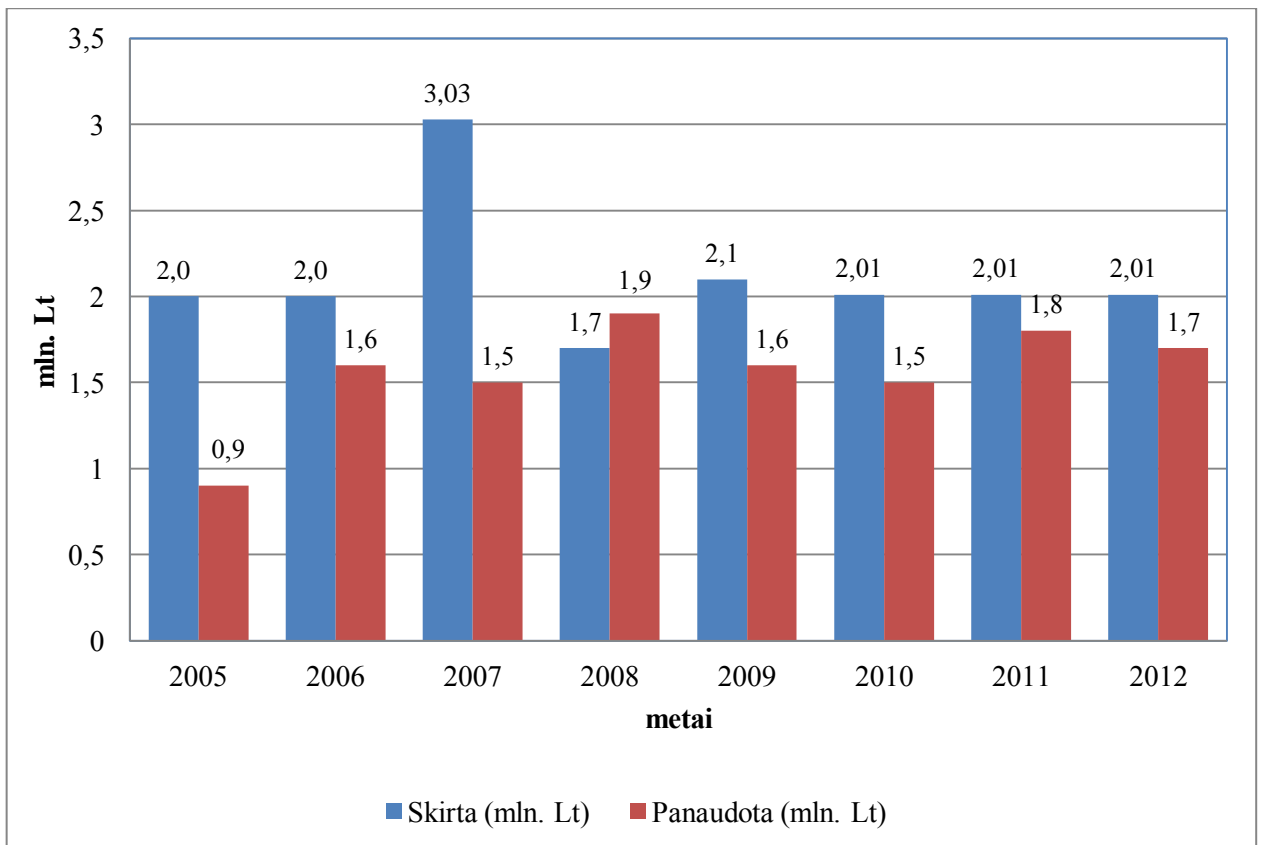
- Hermetizuojant dantų vageles silantais¹³⁰, galima būtų tikėtis okliuzinių paviršių dantų ėduonies paplitimo sumažėjimo.
- Būtina dar labiau sustiprinti vaikų ir jų tėvų mokymą, aiškinti jiems dantų ėduonies rizikos veiksnius ir profilaktikos galimybes.
- Svarbu, kad ėduonies pažeisti vaikų dantys būtų užplombuojami laiku, ypač akcentuoti profilaktinio plombavimo svarbą.
- Lietuvoje būtina įgyvendinti sistemingas vaikų dantų ėduonies profilaktikos priemones. Dar 2005 m. Sveikatos apsaugos ministerijos buvo nustatytos keturios prioritetinės veiklos kryptys:
 - visuomenės, ypač vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimas, ugdymas, ligų prevencija;
 - sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas ir ankstyva ligų diagnostika;
 - sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizacija;
 - medicinos darbuotojų darbo užmokesčio didinimo politika¹³¹.

Deja, kalbant apie asmenų iki 18 metų burnos ligų prevencijos, ankstyvos ligų diagnostikos ir gydymo veiklą, realiai šios kryptys netapo prioritetinėmis. Veiksmų nebuvo imtasi, neskaitant tik „Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis“ programą (Vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos dalį) patvirtintą sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymu Nr. V-713. Ši profilaktikos programos dalis buvo skirta vaikams nuo 6 iki 14 metų, o nuo 2008 m. liepos 6 d. amžius pakeistas iki 18 metų.

2004 m. silantais buvo dengiami 6–8 metų vaikų krūminiai dantys, o nuo 2005 m. rugsėjo mėn. silantais buvo dengiami 5–13 metų vaikų krūminiai dantys. 2005 m. šių paslaugų apmokėjimui buvo skirta 860 tūkst. Lt. 2010 m. šiai programai įgyvendinti buvo skirta 2 mln. litų, suteikta 49 063 tūkst. paslaugų už 1,47 mln. lt. 2011 m. programai įgyvendinti buvo skirta 2,01 mln. Lt, suteikta paslaugų už 1,73 mln. lt (86 proc.) (4 pav.).

¹³⁰ Silantai – tai dantų ėduonies (karieso) profilaktikai skirtos medžiagos, neleidžiančios bakterijoms ir angliavandeniams patekti į dantų vageles bei įdubas ir taip jas apsaugančios nuo dantų ėduonies. Padengti silantais dantys tikrinami po 3 mėnesių nuo jų padengimo, vėliau – kiekvieno profilaktinio tikrinimo metu. Jei silantas iškrenta, krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis procedūra kartojama. Padengti dantis silantais kur kas paprasčiau ir pigiau, nei juos plombuoti.

¹³¹ www.sam.lt/veikla



4 pav. Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programos finansavimas Lietuvoje

Nuo programos vykdymo pradžios iki 2010 m. silantais buvo padengti daugiau kaip 291 tūkst. 6–14 metų vaikų krūminiai dantys¹³².

2011 m. programoje dalyvavo 49 063 vaikai, o 2012 m. – 56 393 vaikai (tai atitinkamai 18 ir 21 proc. visų 6–14 m. vaikų Lietuvoje).

Nors Lietuvos moksleivių krūminiai dantys yra labai pažeisti dantų ėduonies, tik pusė tirtų moksleivių turi bent vieną silantu dengtą dantį, o lėšos, skirtos Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programai, panaudojamos ne visos¹³³. Kasmet programa menksta, neįsisavinama nemažai pinigų, skirtų šiai programai, bet priežasčių analizė nepadaryta. Pav.: 2010 m. šiai programai įgyvendinti buvo skirta 2 mln. litų, suteikta 49 063 tūkst. paslaugų už 1,47¹³⁴ (5 pav.). Vykdam šią programą vaikų imtis nebuvo didelė, nes tiek viešosios, tiek privačios odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos nebuvo įpareigos, nebuvo suinteresuotos dalyvauti programos vykdyme, todėl ne visi šalies vaikai turėjo vienodas galimybes dalyvauti. Nebuvo paskaičiuotos kaštus atitinkančios kainos, leidžiančios programos vykdytojams gauti teisingą atlygį už darbą, nes,

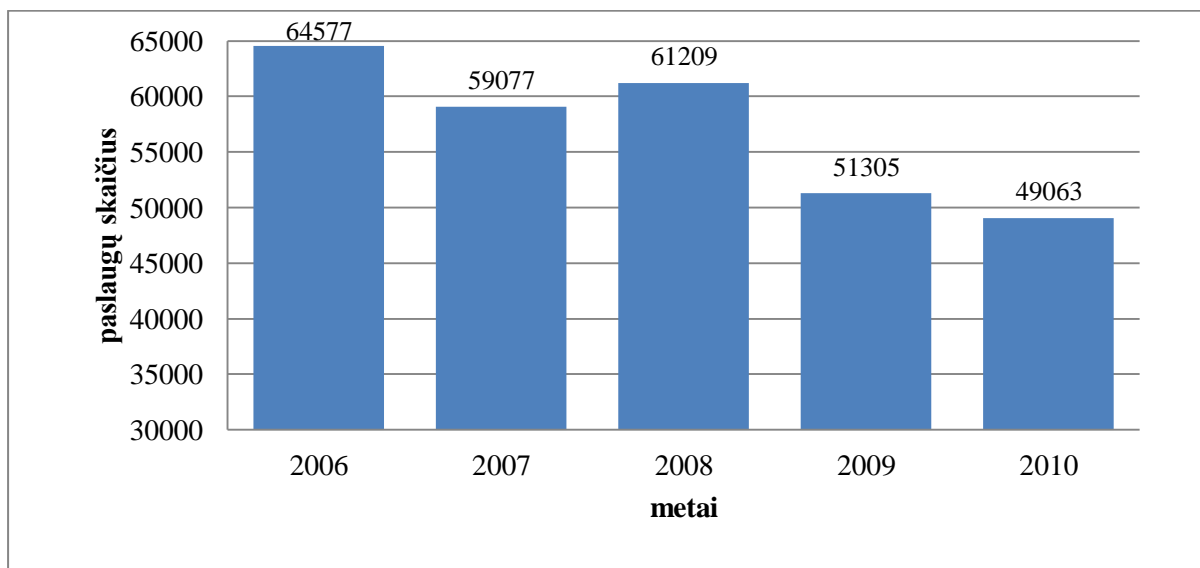
¹³² Valstybinė ligonių kasa (2011). Ligonų kasos: 2010-ųjų apžvalga, p. 27.

¹³³ Saldunaite K., Puriene A., Milciuviene S., Brukiene V., and Kutkauskienė J. Analysis of dental caries prevention program in 7-12-year-old Lithuanian schoolchildren. *Medicina (Kaunas.)*, 2009, 45 (11):887-895.

¹³⁴ Ligonų kasos: 2010-ųjų apžvalga. Vilnius, 2011, p.48.

panaikinus lengvatinį plombinių ir kitų odontologinių medžiagų PVM tarifą, padidėjo šių medžiagos kainos, tuo pačiu padidėjo ir paslaugos savikaina.

Programos efektyvumui padidinti turėjo būti, bet nebuvo organizuoti kursai odontologams apie silantų dėjimo indikacijas, darbo techniką, todėl buvo uždėta ir nekokybiškų silantų. Vykdomos programos efektyvumas mažėjo, tai didino ir tėvų nusivylimą vaikų dantų išsaugojimo priemonėmis. Be to, nebuvo vykdoma kontrolė (nebuvo įkurti profilaktikos centrai, VLK netikrina PSDF pinigų panaudojimo efektyvumo).



5 pav. 2006–2010 m. vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programos vykdymas (paslaugų skaičius)

Šaltinis: Ligonių kasos: 2010-ųjų apžvalga. Vilnius, 2011, p.48.

Norint pakeisti susidariusią situaciją, reiktų išplėsti programą organizacinėmis priemonėmis ir keičiant apmokėjimo tvarką. Kaip viena iš priemonių galėtų būti gydytojų važiavimas į mokyklas su mobilia aparatūra, nes dalis tėvų neatveda vaikų nei poliklinikas, nei privačias įstaigas, pasirašiusias sutartį su TLK.

Skatinti, kad vaikai ir jų tėvai susirūpintų burnos higiena, būtina įteisinti tėvų ar globėjų atsakomybę už vaikų dantų negydymą, atsakomybę už vaiko nepriežiūrą.

Situacijai pagerinti didelį darbą galėtų atliktų burnos higienistai. Jų priruošta pakankamai, bet didžiausia problema, kad jie neįdarbinami. Iš per šešis šimtus išsimokslinusių, pagal specialybę dirba vos kelios dešimtys. Jie turėtų dirbti mokyklose, vaikų darželiuose, kaip yra daugelyje Europos šalių, mokyti vaikus burnos higienos, taikyti kitas įvairias profilaktikos priemones¹³⁵.

¹³⁵ Macova E. Apie aplaidumą, auksinius dantų šepetukus ir smėlio laikrodį. Lietuvos sveikata, 2013, Nr.2(996) sausio10-16 d.

Reikalingi sisteminiai organizaciniai pokyčiai vykdant vaikų odontologinę sveikatos priežiūrą. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos programą reikėtų pradėti vykdyti pilnai. Tęsiant silantavimo programą, svarbu didinti jos efektyvumą, būtinas programos vykdymo monitoringas ir kontrolė. Rezultatų vertinimas kas 2–3 metus leistų suaktyvinti programą, naudojant tuos pačius materialinius ir žmogiškuosius resursus.

Nuo 2007 metų Valstybinės ligonių kasos vaikų dantų dengimą silantinėmis medžiagomis finansuojama kaip odontologinė paslauga, pagal kodus. Sutartyse nėra numatyta finansavimo suma, nebereikalaujama nei programinių sąmatų, nei ataskaitų. Iš to galima daryti išvadą, kad „Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis“ programos nebėra, silantavimas liko tik kaip odontologinė paslauga. Nors neabejotina, kad „Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis“ programos vykdymas turėjo didelį ekonominį ir socialinį efektą¹³⁶, būtinas politinis sprendimas programą koreguoti, tęsti ir išplėsti, propaguoti sveiko gyvenimo būdo vertybes, mokyti burnos higienos, burnos higieninių priemonių naudojimo ypatumus¹³⁷, nes tik vieno kramtomojo danties paviršiaus išsaugojimas uždedant silantines medžiagas, neišsprendžia vaikų visų dantų sveikatos problemas.

Per pastaruosius penkerius metus nebuvo įgyvendinta politiškai ir praktiškai svarbių vaikų burnos sveikatai politinių sprendimų, bet 2011 m. liepos II d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras įsakymu Nr. V-679 pakeitė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymą Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. 89-4286) apraše buvo nustatytas pirminės odontologinės asmens sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodiklis (pirmas odontologijoje!) – vaikų dantų profilaktinių tikrinimų intensyvumas, kurio vertė prilyginama 0 sąlyginių vienetų, o nustatoma atsižvelgiant į prisirašiusių prie ASPĮ asmenų iki 18 metų dalį, kuriai per metus bent vieną kartą buvo suteikta gydytojo odontologo, teikiančio pirminės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, profilaktinio tikrinimo paslauga, palyginti su visais šio amžiaus prisirašiusiais prie ASPĮ asmenimis. Šis sprendimas turėtų kiek pagerinti vaikų dantų būklę.

Kol nėra politinės valios sutvarkyti vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos vykdymą ir kontrolę, nėra sąnaudas atitinkančios silantavimo kainos, neįteisinta konsultacija su manipuliacija, vaikų gydymas yra nuostolingas, todėl tiek viešajame, tiek privačiame sektoriuose kasmet menksta, nes už vaikų gydymą negalimos priemokos. Būtina atnaujinti ir išplėsti vaikų dantų ėduonies

¹³⁶ Saldūnaitė K., Pūrienė A., Milčiuvienė S., Brukienė V., Kutkauskienė J. Analysis of dental caries prevention program in 7–12-year-old Lithuanian schoolchildren // *Medicina*. 2009; 45 (11), p. 887-895.

¹³⁷ Balčiūnienė I., Pūrienė A. Dantų ligų profilaktika. Vilnius: Infopolis, 1998, p. 112.; Balčiūnienė I., Bendinskaitė R., Grigaitė G., Linkevičius T., Manelienė R., Pūrienė A., Rimkuvienė J. Burnos ligų profilaktika. Vilnius: Rotas, 2004, p. 56–86.

profilaktikos programą, vaikų dantų gydymą koncentruoti viešosiose įstaigose įkurtuose profilaktikos centruose taikant teisingą apmokėjimą.

4. Viešoji (valstybinė) ir privačioji odontologinė praktika Lietuvoje

Odontologinė sveikatos priežiūra Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos valstybių, vykdoma ir viešosiose (valstybinėse) ir privačiose gydymo įstaigose. Dalis gydytojų odontologų, odontologų padėjėjų, burnos higienisčių dirba abiejų nuosavybės formų įstaigose. Nuo 1990 m. pradėjus kurti privačius medicinos paslaugų kabinetus (įstaigas), į privatų sektorių stomatologų išėjo žymiai daugiau, nei kitų medicinos sričių specialistų.

1990 m. gegužės mėnesį buvo priimtas Lietuvos Respublikos Įmonių įstatymas, kuris sudarė sąlygas kurtis privačiam odontologiniam verslui (Žin., 1990, Nr. 14-395). Iki įsigaliojant įstatymo nuostatomis absoliuti dauguma odontologinių paslaugų buvo apmokama iš valstybės biudžeto. Odontologinės paslaugos gyventojams buvo nemokamos, išskyrus kai kurias dantų protezavimo paslaugas ir joms naudojamas medžiagas. Atsiradus privačiam sektoriui, gyventojams atsirado galimybė rinktis tarp nemokamų, dalinai mokamų paslaugų valstybinėse įstaigose ir mokamų privačiose.

Pirmaisiais metais po Nepriklausomybės atkūrimo odontologinės sveikatos priežiūros visuomeninio sektoriaus finansavimas menko ir jau SAM užsakymu (1998 m.) A. Abišala ir partneriai studijos pagrindu buvo paruoštas vyriausybės nutarimo projektas, numatantis, kad visos suaugusius gydančius odontologų darbo vietas bus privatizuojamos, o paslaugų kaštus dengs pacientai. Minėtas projektas Vyriausybės nariams pasirodė per daug radikalus. Santykinis visuomeninio odontologinių paslaugų finansavimo mažėjimas tebevyksta iki šiol.

Lietuvos Respublikos Seimo 2006 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. X-767 patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 m. programoje (Žin., 2006, Nr. 80-3143) numatyta skatinti investicijas į sveikatos išsaugojimą, ir ligų profilaktiką ir visuomenės sveikatos priežiūros optimizavimą, užtikrinti geros kokybės ir prieinamą sveikatos priežiūrą. Taip pat siekiama skatinti privačios sveikatos priežiūros praktikos tinklo kūrimąsi, siekti sudaryti vienodas sąlygas privačioms ir valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms.

Odontologinės paslaugos įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis deklaruotos kaip nemokamos ir priemokos už jas negali būti reikalaujamos. 1999 m. įsigaliojus sveikatos apsaugos ministro įsakymui (1999–07–30 įsakymas Nr. 357), kad gyventojai (išskyrus vaikus ir paauglius iki 18 metų ir gaunančius socialinę pašalpą asmenis) moka už plombines medžiagas ir medikamentus, atsižvelgiant į sunaudotą šių medžiagų kiekį, odontologinės paslaugos valstybinėse įstaigose tapo dalinai mokamos.

Sveikatos apsaugos ministerijoje nustatytos ir nuolat peržiūrimos bei atnaujinamos metinės bazinės odontologinių paslaugų kainos, kuriomis iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų apmokamos gydymo įstaigoje prisirašiusiems gyventojams suteiktos odontologinės paslaugos. Nesusiformavę asmeninės burnos higienos ir mitybos įpročiai, neužtikrintas vaikų eduonies prevencinių priemonių veiksmingumas bei kompleksiskumas lemia prastą Lietuvos gyventojų, o ypač vaikų, dantų būklę¹³⁸. Todėl akivaizdu, kad odontologinių paslaugų bazinės kainos, nepaisant jų augimo, yra nepakankamos adekvačiam gyventojo odontologiniam gydymui. Jų pakanka tik minimalioms odontologo paslaugoms – praktiškai tik būtinajai odontologinei pagalbai suteikti. Ypač ribotas valstybinių odontologinių paslaugų prieinamumas kaimuose, nedideliuose miesteliuose¹³⁹.

Daugelis problemų, kurias patiria valstybinės įstaigos dėl mažų odontologinių paslaugų įkainių ir nepakankamo finansavimo, kartu ir paslaugų prieinamumo, privačiame odontologijos sektoriuje išsprendžiamos pacientui mokant už paslaugas pagal pačių įstaigų sudarytus įkainius. Šiuo metu privačių paslaugų kainas reguliuoja rinka, jos yra kur kas didesnės nei valstybinėse įstaigose, todėl privačiame sektoriuje gali būti atliekamas kokybiškesnis ir išsamesnis pacientų odontologinis gydymas, nei valstybinėse įstaigose, naudojamos šiuolaikinės medžiagos ir priemonės. Laukimo laikas iki patekimo pas specialistą ir prie kabineto durų yra trumpesnis nei viešojoje gydymo įstaigoje¹⁴⁰.

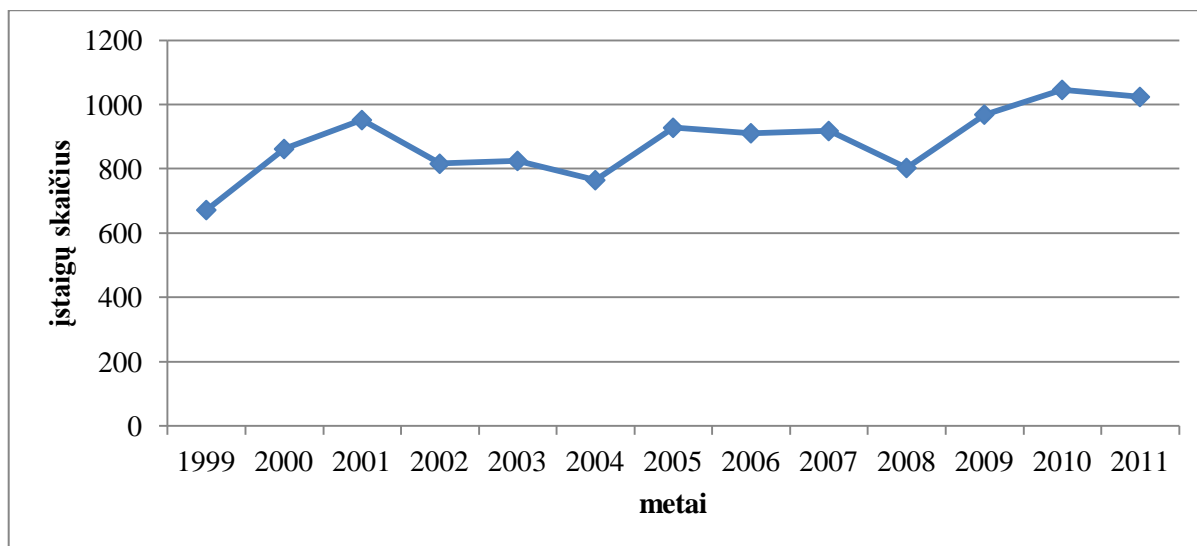
Nepaisant sveikatos priežiūroje įsigaliojusių laisvosios rinkos dėsnių bei aktyviai pradėjusio kurtis privataus odontologinės priežiūros sektoriaus, išlieka aktuali valstybinių įstaigų finansavimo problema, todėl buvo atlikta studija palyginti pacientų, besigydančių valstybinėse ir privačiose odontologinės priežiūros įstaigose, demografines ir socialines grupes ir pasitenkinimą suteiktomis paslaugomis.

Reikšminga odontologinės pagalbos dalis yra teikiama privačiame sektoriuje ir kasmet didėja (6 pav.).

¹³⁸ Saldunaite K., Puriene A., Milciuviene S., Brukiene V. and Kutkauskienė J. Analysis of dental caries prevention program in 7-12-year-old Lithuanian schoolchildren, *Medicina (Kaunas)*, 2009, 45(11):887-895.

¹³⁹ Pūrienė A., Petrauskienė J., Balčiūnienė I., Janulytė V., Kutkauskienė J., Musteikytė M. Privati ar valstybinė odontologinė gydymo įstaiga? Lietuvos pacientų nuomonė ir patirtis // *Medicina*, 2008, 44(10), p. 805-811.

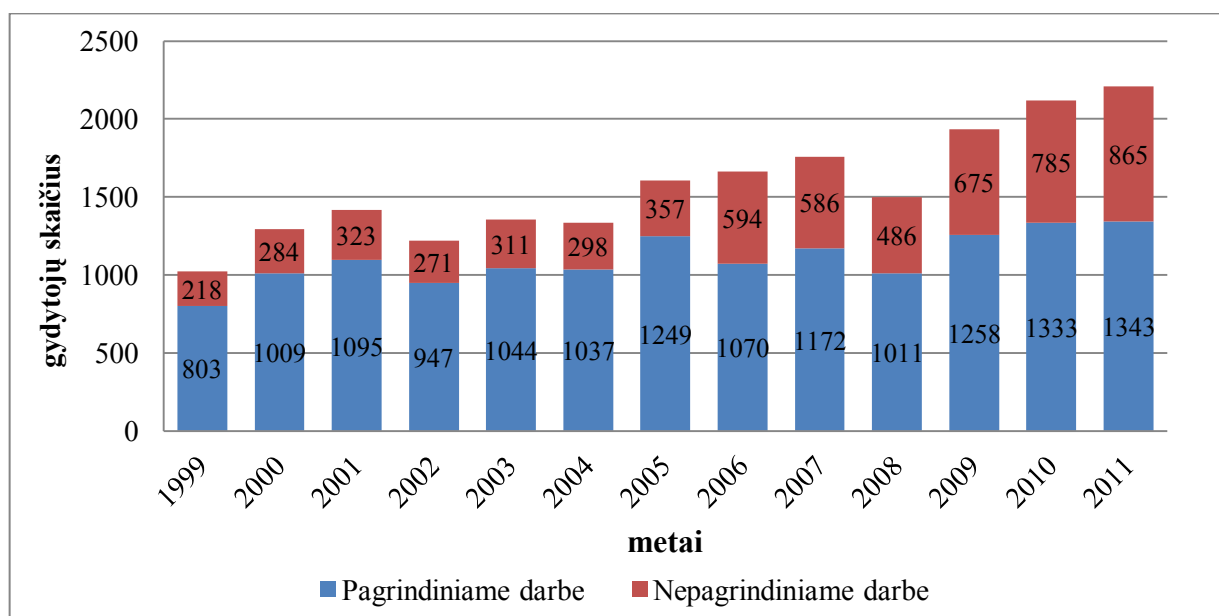
¹⁴⁰ Navikaitė L. Odontologinės pagalbos politika: viešųjų ir privačių paslaugų pranašumai ir trūkumai. Magistro darbas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2010, p. 75.



6 pav. Privačių odontologinių įstaigų skaičius Lietuvoje 1999–2011 m.

Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamentas

Tačiau nežiūrint į lėtą privačių įstaigų skaičiaus didėjimą (8 proc. per dvylika metų), svarbu pažymėti, kad šios įstaigos paprastai negali užtikrinti pakankamo šiuolaikinės ir operatyvios pagalbos prieinamumo, kadangi yra pernelyg mažos, pvz., 2011 m. vidutiniškai vienoje privačioje įstaigoje dirbo du gydytojai odontologai. Be to, nuo 1999 iki 2012 m. vis didesnė gydytojų dalis dirbo privačiose įstaigose, nepagrindiniame darbe (7 pav.). Todėl galima daryti prielaidą, kad dėl socialinio saugumo dauguma gydytojų vis tebedirba viešosiose odontologinės sveikatos priežiūros įstaigose, nežiūrint ženkliai mažesnių atlyginimų.



7 pav. Privačių odontologinių įstaigų gydytojai 1999–2011 m.

Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamentas

Problemiškas dėl aiškios sistemos, prioritetų ir kainų reguliavimo nebuvimo odontologinės sveikatos priežiūros finansavimas „už galvą“ neskatina poliklinikų, jų gydytojų propaguoti ir vykdyti profilaktiką, nes tai naudoja resursus, laiką, o papildomo apmokėjimo neatneša. Privačiame sektoriuje – didelė profilaktinių priemonių pasiūla, tačiau dėl didelių kainų daugelis pacientų apsiriboja tik gydomosiomis, atstatomosiomis paslaugomis.¹⁴¹

Privačiame ambulatorinių specializuotų paslaugų sektoriuje veikia iš esmės nedidelės sveikatos priežiūros įstaigos ir įmonės, kurios per pastaruosius 15 metų negaudavo investicijų iš visuomeninių fondų, tai riboja jų plėtros galimybes. Viešųjų ir biudžetinių odontologinių įstaigų plėtrą taip pat ribodavo paslaugų įkainių nepakankamumas ir paslaugų prieinamumo barjerai dėl pacientų mokėjimo būtinybės.

Didžioji dalis – net iki 67,1 proc. – Lietuvos gyventojų naudojami valstybinio odontologijos sektoriaus paslaugomis. Tik 35,9 proc. respondentų niekada nesilankė valstybinėse odontologinio gydymo įstaigose. Todėl valstybinės odontologinės įstaigos išlieka labai svarbus asmens sveikatos priežiūros sektorius, kurio paslaugų poreikis, nepaisant gerai išvystyto privačių įstaigų tinklo, šiuo metu Lietuvoje yra didelis¹⁴².

Pagrindinis motyvas, kodėl pacientai renkasi privačią odontologinę įstaigą yra jų nuomone geresnė paslaugų kokybė joje, nei valstybinėje įstaigoje, nors 20,4 proc. rinkosi būtent valstybinį odontologijos sektorių dėl geresnės paslaugų kokybės, taip išreikšdami nepasitikėjimą privačiomis įstaigomis. Dėl mažų bazinių įkainių už odontologinės priežiūros paslaugas valstybinėse įstaigose, didelio pacientų srauto, paties gydytojo suinteresuotumo priimti kuo didesnę pacientų skaičių, neišvengiamai kenčia suteikiamų paslaugų kokybė. Gydytojais dažnai neturi kokybiškam gydymui reikalingos aparatūros, taiko paprastesnius gydymo metodus, o tai blogina ilgalaikę prognozę ir bendrą valstybiniame sektoriuje besigydančių pacientų burnos sveikatą.

Privatus odontologinių paslaugų sektorius turi savų trūkumų. Čia dirbančių odontologų atlyginimas priklauso nuo atlikto darbo, todėl jis gali būti atliekamas paskubomis, sunku kontroliuoti mažų privačių kabinetų teikiamų paslaugų kokybę, naudojamas medžiagas, aseptikos, antiseptikos reikalavimų vykdymą. Gal būt todėl dalis Lietuvos gyventojų nepasitiki privačiomis odontologinėmis įstaigomis ir kreipiasi į valstybines, tikėdamiesi geresnės paslaugų kokybės jose. Visgi daugiausiai pacientų naudojami valstybinio odontologijos sektoriaus paslaugomis dėl to, kad valstybinė įstaiga yra arti namų arba joje gydomi pažįstami. Viešųjų įstaigų teikiamas paslaugas blogiau vertina ir Anglijos gyventojai¹⁴³. Pagrindinės to priežastys yra blogesnė gydytojo darbo kokybė ir paslaugų prieinamumas.

¹⁴¹Jankauskaitė I. Teisingumo principo taikymas odontologinės sveikatos priežiūros valdyme. Magistro darbas. Vilnius, 2008, p. 64.

¹⁴²Pūrienė A. Lietuvos odontologija visuomenės sveikatos požiūriu. Habilitacijos procedūra, Vilnius, 2008, p. 38.

¹⁴³Hancock M., Calnan M., Manley G. Private or NHS General Dental Service care in the United Kingdom? A study of public perceptions and experiences. J Public Health Med 1999; 21(4):415-20.

Valstybiniame sektoriuje pacientai lankosi mažiau kartų nei privačiame. Tai galėtų rodyti, kad valstybinėse įstaigose gali būti atliekamas ne toks visapusiškas ir išsamus gydymas, gydoma epizodiškai, teikiama daugiau būtinoji odontologinė pagalba, sprendžiamos tik ūmios ir pažengusios burnos problemos, ne visada taikoma burnos ligų profilaktika. Ta pati situacija stebima ir kitose valstybėse, kur valstybinių įstaigų pacientams rečiau taikoma burnos ligų profilaktika ir ortopedinis gydymas, dažniau šalinami dantys¹⁴⁴.

A. Pūrienės studijos (2008) duomenimis, valstybines įstaigas nuo dviejų iki daugiau kaip pusantro karto dažniau renkasi asmenys, turintys žemesnį nei aukštąjį universitetinį išsilavinimą, gaunantys mažesnes pajamas. Jie ieško pigesnio, bet pakankamai kokybiško gydymo. Priešingai, privačių įstaigų pacientai – tai dažniausiai asmenys su aukštesniu išsilavinimu, gaunantys didesnes pajamas ir, paprastai, pageidaujantys itin kokybiško, kad ir brangaus, naudojant naujas technologijas gydymo. Dažnesnis didesnių miestų gyventojų lankymasis valstybinėse įstaigose, lyginant su miesteliais bei kaimais, galėtų būti aiškinamas geresniu valstybinės odontologinės priežiūros prieinamumu miestuose¹⁴⁵.

Pacientų pasiskirstymą į besigydančių valstybinėse ir privačiose odontologinės priežiūros įstaigose grupes lemia jų finansinis pajėgumas. Privačių įstaigų paslaugas įperka labiau pasiturintys pacientai, o mažiau už burnos sveikatos priežiūrą norintys mokėti pacientai, kreipiasi į valstybines įstaigas, ten, kur yra prisirašę, kur moka tik už sunaudotas medžiagas ir medikamentus. Tokia pati situacija, kai valstybinės įstaigos aptarnauja žemesnio socialinio sluoksnio žmonių grupę yra stebima ir užsienio šalyse¹⁴⁶.

Kuo vyresnis pacientas, tuo ilgiau odontologinės sveikatos priežiūros paslaugas, dar iki privataus odontologinio sektoriaus atsiradimo, jam buvo nemokamai teikiamos valstybinėse įstaigose, tikriausiai dėl to mažiau jų panoro keisti metų metais lankyta ir įprastine tapusią gydymosi vietą.

Nepaisant egzistuojančių trūkumų, tiek valstybiniame odontologijos paslaugų sektoriuje, tiek privačiame, didžioji dauguma pacientų yra patenkinti gaunamomis paslaugomis. Mažiausiai patenkintų paslaugomis buvo tarp tų, kurie lankosi abiejų tipų odontologėse įstaigose. Matyt, pasirinkdami vieną odontologijos sektorių pacientai sugeba pasinaudoti jo teikiamais privalumais ir prisitaikyti prie trūkumų, o kaitaliojantiems gydymo įstaigas tai padaryti sunkiau, todėl daugiau jų lieka nepatenkinti gaunamomis paslaugomis.

Taigi, valstybinės įstaigos didžiąja dalimi yra atsakingos už Lietuvos gyventojų burnos sveikatą, todėl valstybinio odontologijos sektoriaus padėtis yra aktuali ir svarbi daugeliui Lietuvos gyventojų, o

¹⁴⁴ Matos D.L., Lima-Costa M.F., Guerra H.L., Marcenes W. Bambuí Project: an evaluation of private, public and unionized dental services. *Rev Saude Publica* 2002; 36(2):237-43; Brennan D.S., Luzzi L., Roberts-Thomson K.F. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia. *BMC Health Serv Res* 2008; 3:8-11.

¹⁴⁵ Pūrienė A., Petrauskienė J., Balčiūnienė I., Janulytė V., Kutkauskienė J., Musteikytė M. Privati ar valstybinė odontologinė gydymo įstaiga? Lietuvos pacientų nuomonė ir patirtis // *Medicina*. 2008, 44 (10), p. 805-811.

¹⁴⁶ McGrath C., Bedi R. Dental services and perceived oral health: are patients better off going private? *J Dent* 2003; 31(3):217-21; Brennan D.S., Luzzi L., Roberts-Thomson K.F. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia. *BMC Health Serv Res* 2008; 3:8-11.

problemos spręstinios. Ir nors išsivysčiusiose šalyse skirtumai tarp viešųjų ir privačių odontologinių įstaigų beveik išnykę¹⁴⁷, šiuo metu stebima tarptautinė tendencija visokeriopai remti ir vystyti viešąjį odontologijos sektorių¹⁴⁸. Tokios pastangos būtų esminės siekiant pagerinti gyventojų burnos sveikatos būklę Lietuvoje¹⁴⁹.

Daugelis Lietuvos gyventojų buvo patenkinti odontologinės sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje. Jų pasitenkinimo bendra odontologine sveikatos priežiūra vidurkis – 3,96 iš 5 Likerto skalės balų. Buvo analizuojama gydytojo odontologo darbo kokybė, registracija pas gydytojus odontologus, odontologinio gydymo kainos ir paslaugos kokybės santykis, gydymo paslaugų garantijos, respondentų gyvenamoji vieta, paskirto susitikimo su gydytoju odontologu laikas, bendravimo su gydytoju odontologu ypatumai. Privataus sektoriaus įstaigų pacientai buvo reikšmingai labiau patenkinti dauguma analizuotų odontologinių paslaugų aspektų nei valstybinio sektoriaus, nors respondentų pasitenkinimas bendra odontologine sveikatos priežiūra reikšmingai nesiskyrė¹⁵⁰.

Po Nepriklausomybės atkūrimo pakito pacientų pasitenkinimas odontologine sveikatos priežiūra Lietuvoje ir santykiai tarp gydytojo odontologo ir paciento. Nustatytas didelis pacientų pasitenkinimas odontologine sveikatos priežiūra Lietuvoje (3,96 balai iš 5 pagal Likerto skalę). Pacientų pasitenkinimą galėjo lemti tai, kad odontologija yra viena iš nedaugelio medicinos sričių, kur gerai išvystytas privatus odontologinės sveikatos priežiūros sektorius, daug dėmesio skiriama teikiamų paslaugų kokybei, nuolat peržiūrimos ir tobulinamos visos veiklos sritys, galinčios turėti įtakos paciento operaciniam ir pooperaciniam komfortui, vėlyviesiems rezultatams, savijautai ir sveikatai. Valstybinės įstaigos šioje srityje atsilieka: nors dvimatės analizės būdu reikšmingo skirtumo tarp respondentų pasitenkinimo bendra odontologine sveikatos priežiūra privačiame ir valstybiniame sektoriuje nerasta, bet privačių gydymo įstaigų pacientai buvo reikšmingai labiau patenkinti visais (išskyrus odontologinio gydymo kainos ir paslaugos kokybės santykį) analizuotais odontologinių paslaugų teikimo aspektais¹⁵¹.

Odontologines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms, kurių dauguma yra privačios ir jose dirba vienas ar keli asmens sveikatos priežiūros specialistai, keliami analogiški kokybės vadybos sistemos, asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo

¹⁴⁷ McGrath C. and Bedi R.. Dental services and perceived oral health: are patients better off going private? *J.Dent.* 31 (3):217-221, 2003; Sondell B. Soderfeldt A. and Hugoson A. Dental care utilization in a Swedish county in 1993 and 2003. *Swed.Dent.J.* 34 (4):217-228, 2010.

¹⁴⁸ Birch S., Anderson R. Financing and delivering oral health care: what can we learn from other countries? *J Can Dent Assoc* 2005; 71(4):243, 243a-243d.

¹⁴⁹ Jakusovaitė I, Darulis Z, Zekas R. Lithuanian health care in transitional state: ethical problems. *BMC Public Health* 2005; 9:5-117; Kaledienė R. Importance of the modern health management for the success of health reform in Lithuania. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(9):891-6.

¹⁵⁰ Pūrienė A, Petrauskienė J, Balčiūnienė I, Janulytė V, Kutkauskienė J, Musteikytė M. Privati ar valstybinė odontologinė gydymo įstaiga? Lietuvos pacientų nuomonė ir patirtis // *Medicina*.2008, 44 (10), p. 805-811.

¹⁵¹ Pūrienė A, Petrauskienė J, Balčiūnienė I, Janulytė J. Gydytojų odontologų požiūrio į odontologinės priežiūros pokyčius po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo įvertinimas // *Medicinos teorija ir praktika*. 2008, 14(2), p. 152–158.

reikalavimai, kaip ir didelėms. Šios sveikatos priežiūros reformos problemos lėmė nepakankamai gerą odontologinės sveikatos priežiūros pokyčių vertinimą¹⁵². Kita vertus, pagal SAM (1999 06 03 įsakymu Nr. 272) patvirtintą Sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarką, kiekviena odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga susikūrė ir patvirtino gydymo standartus, kas išbalansavo odontologinių paslaugų rinką ir konkurencinius santykius tarp įstaigų. Norint užtikrinti sėkmingą bei tvarią gydymo įstaigų veiklą būtina įgyvendinti vieningą gydymo metodikų ir standartų sistemą, veikiančią visų nuosavybės formų ir dydžių įstaigose.

Nepriklausomumas Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai – LNNS sudarė prielaidas privačioms odontologinės sveikatos priežiūros įstaigoms pasirinktinai teikti ar neteikti privačių įstaigų veikos ataskaitą. Neturint sveikatos priežiūrą charakterizuojančių statistinių duomenų, neįmanomas Lietuvos odontologinės sveikatos priežiūros informacijos lyginimas su kitomis šalimis, planavimas ir kontrolė. Privačios odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos, nepasirašę sutartis su Ligoninių kasomis, negali siūsti pacientų nemokamam konsultavimui į aukštesnio lygio įstaigas, dėl to kenčia pacientų prieinamumas gauti aukšto lygio specializuotas paslaugas.

Nepaisant sveikatos priežiūroje įsigaliojusių laisvosios rinkos dėsnių bei aktyviai pradėjusio kurtis privataus odontologinės priežiūros sektoriaus, išlieka aktuali valstybinių įstaigų finansavimo problema. Turėtų būti nustatyta valstybės laiduojama odontologinės sveikatos priežiūra, valstybės garantijos asmenims nemokamai, dalinai apmokamai ir pilnai mokamai gauti aukšto lygio odontologinį gydymą.

5. Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika odontologinės sveikatos priežiūros sistemoje

Viešosios įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos steigėjai yra Vilniaus universitetas (Universiteto g. 3, LT-01513 Vilnius) ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (Vilniaus g. 33, LT-01506 Vilnius). Pagal LR Sveikatos apsaugos ministro ir Vilniaus universiteto rektoriaus 2000 m. rugsėjo 8 d. įsakymu Nr. 501/R-167 patvirtintus įstatus viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika (kodas 191744287) yra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos iš valstybės turto ir lėšų įsteigta viešoji sveikatos priežiūros ne pelno įstaiga (toliau tekste – Žalgirio klinika), teikianti asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal sutartis su užsakovais bei Vilniaus universitetui (pagal steigėjų suderintą programą) rengianti ir tobulinanti medicinos specialistus ir vykdanti mokslo tyrimus.

Žalgirio klinika savo veikloje vadovaujasi Lietuvos Respublikos Konstitucija, Sveikatos priežiūros įstaigų, Sveikatos sistemos, Viešųjų įstaigų, Sveikatos draudimo, Odontologijos praktikos

¹⁵² Pūrienė A. Lietuvos odontologija visuomenės sveikatos požiūriu. Habilitacijos procedūra, Vilnius, 2008, p. 38.

įstatymais, Vilniaus universiteto statutu, įstaigos įstatais ir kitais mūsų šalyje galiojančiais įstatymais bei teisės aktais. Žalgirio klinika yra juridinis asmuo, turintis ūkinį, finansinį, organizacinį ir teisinį savarankiškumą, savo antspaudą ir sąskaitas bankuose.

Pagrindinis ligoninės veiklos tikslas – gerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, sumažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą, kokybiškai teikti medicinos paslaugas.

Pagrindiniai ligoninės veiklos uždaviniai: organizuoti ir teikti ambulatorinę odontologijos pirminę (mokslo ir mokymo tikslams), specializuotą ir kvalifikuotą antrinę ir tretinę asmens sveikatos priežiūrą, specializuotas tretinio lygio veido ir žandikaulių chirurgijos, intensyvios terapijos ir reanimacijos stacionarines paslaugas bei būtinąją medicinos pagalbą visos Lietuvos gyventojams.

Žalgirio klinikos veiklos rūšys yra:

- Odontologinės praktikos veikla;
- Bendroji (terapinė) odontologinė praktika;
- Specializuota (chirurginė) odontologo veikla;
- Medicinos mokslų tiriamieji ir taikomieji darbai;
- Ortodontinė – ortopedinė stomatologo veikla;
- Aukštasis universitetinis mokslas;
- Kvalifikacijos kėlimas;
- Specializuotųjų ligoninių veikla;
- Medicininės praktikos veikla;
- Bendrosios praktikos gydytojų veikla;
- Gydytojų specialistų veikla;
- Gydytojų konsultantų veikla;
- Kita gydytojų veikla (fizioterapija);
- Medicinos laboratorijų veikla;
- Kita, įstatymais neuždrausta veikla (veiklos, kuri pagerintų personalo ir pacientų darbo ir poilsio sąlygas, konferencijų, seminarų, tobulinimosi kursų organizavimas ir pan.).

Žalgirio klinikos veikla vykdoma pagal licenciją Nr.1230, išduotą Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 1999 m. gruodžio mėn. 30 d.

Pagrindinis Žalgirio klinikos valdymo organas yra administracija. Administracijos vadovas – vyriausioji gydytoja turi šias pagrindines teises ir pareigas:

- nustatyti darbuotojų etatus, sudaryti darbo sutartis bei jas nutraukti;
- suderinus su steigėju, nustatyti įstaigos vidinę struktūrą;
- rengti padalinių ir filialų vadovų atestaciją;

- tvirtinti įstaigos vidaus tvarkos taisykles, darbuotojų pareigines instrukcijas ir pareiginius nuostatus, administracijos darbo reglamentą, kitus vidaus tvarkomuosius dokumentus;

- suderinus su įstaigos stebėtojų taryba, tvirtinti įstaigos darbuotojų darbo apmokėjimo tvarką, neviršijant steigėjo patvirtinto darbo užmokesčio fondo;

- kreiptis į steigėjus dėl neefektyviai dirbančių įstaigos padalinių ir filialų reorganizavimo ar likvidavimo;

- atsakyti už perduoto pagal panaudos sutartį bei įstaigos įsigyto turto tinkamą naudojimą ir išsaugojimą;

- įstaigos vardu pasirašyti dokumentus ir įgalioti kitus asmenis vykdyti, vyriausiosios gydytojos kompetencijos funkcijas;

- atstovauti įstaigai teisme ir kitose institucijose;

- gavus steigėjo raštišką sutikimą pasirašyti sutartis dėl įstaigos ilgalaikio turto pardavimo, perleidimo, mainų, išnuomojimo, įkeitimo, garantavimo ar laidavimo juo, kitų subjektų prievolių vykdymo ir pan.

Žalgirio klinikoje taip pat veikia:

- Stebėtojų taryba – patariamasis organas, sudaromas penkeriems metams įstaigos veiklos viešumui užtikrinti, kuri analizuoja Žalgirio klinikos administracijos veiklą ir tvirtina jos ataskaitas;

- Gydytojų taryba, kurią sudaro Žalgirio klinikos padalinių ir filialų gydytojai, o jai pirmininkauja Žalgirio klinikos vyriausioji gydytoja, pateikia administracijai arba steigėjui rekomendacijas dėl asmens sveikatos priežiūros organizavimo ir tobulinimo;

- Slaugos taryba, teikianti administracijai arba steigėjui rekomendacijas dėl pacientų slaugos organizavimo ir tobulinimo;

- Medicinos etikos komisija, kuri atsakinga už medicinos etikos principų ir reikalavimų laikymąsi Žalgirio klinikoje.

5.1. Organizacijos veikla

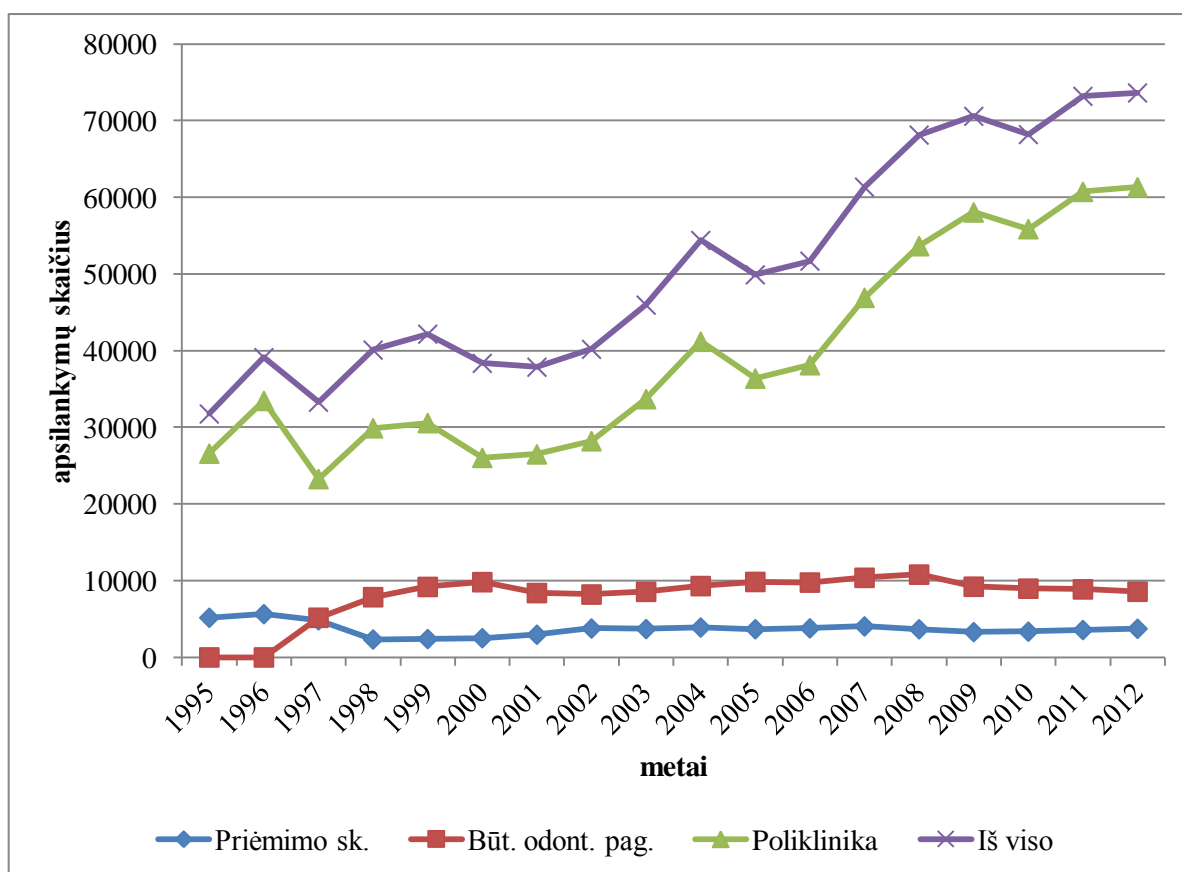
Žalgirio klinikos misija – teikti pacientams mokslu ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas, saugias, kokybiškas, atitinkančias pacientų poreikius ir interesus bei viršijančias jų lūkesčius sveikatos priežiūros paslaugas, naudojantis turimais ištekliais, atsižvelgiant į steigėjo ir paslaugų užsakovo keliamus reikalavimus, taip pat užtikrinti informacijos apie paciento privatumą slaptumą, pagarbą kitam žmogui bei išlaikyti orių gydytojo ir paciento santykius.

Žalgirio klinikos vizija – tapti viena geriausių šalyje, Europos Sąjungos reikalavimus atitinkančia klinika pirmenybę teikiančia kokybiškų darbo sąlygų sudarymui personalui ir optimalių aptarnavimo sąlygų sudarymui pacientams.

Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika:

- Teikia visų lygių specializuotas ir kvalifikuotas ambulatorines odontologijos paslaugas bei stacionarines veido ir žandikaulių chirurgijos, reanimacijos ir intensyvios terapijos paslaugas;
- Atlieka mokslinius tyrimus bei taiko jų rezultatus odontologinėje praktikoje;
- Vykdo studentų, internų, rezidentų mokymą bei gydytojų specialistų kvalifikacijos tobulinimą.

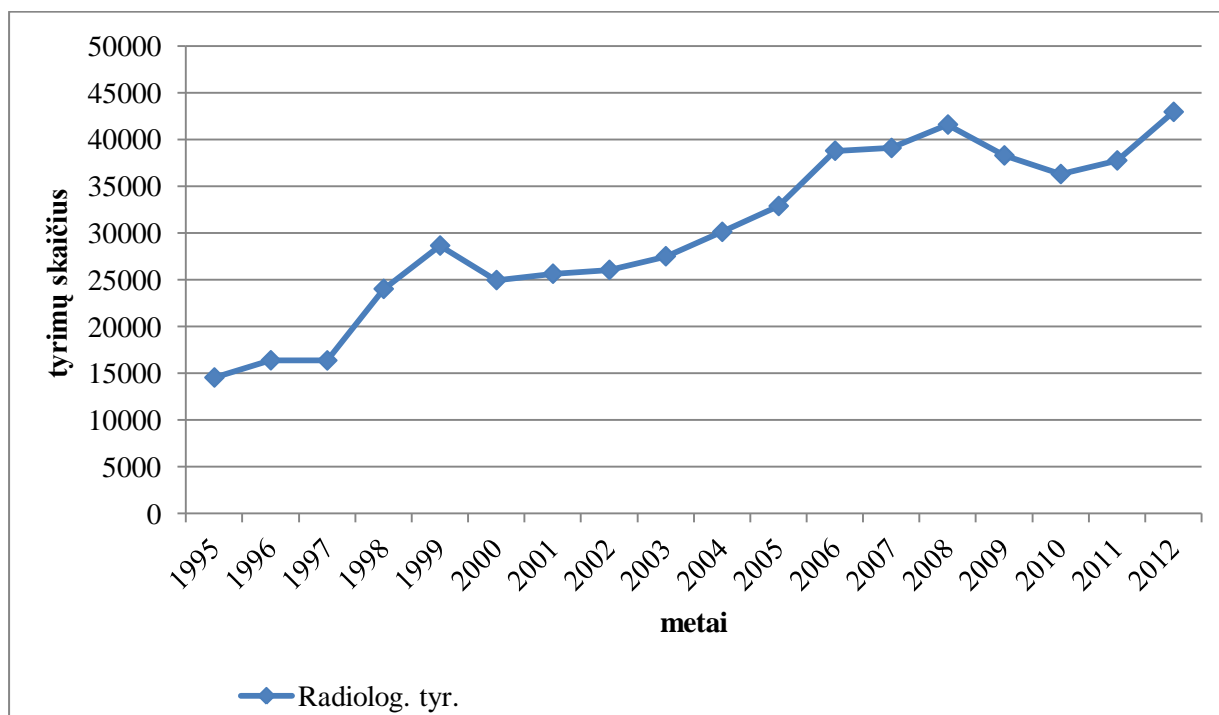
Kasmet ligoninėje yra gydoma apie 3 tūkstančius ligonių. Konsultacinėje poliklinikoje ambulatorinė pagalba suteikiama beveik 61 tūkstančiui pacientų. 2012 m. ambulatorinių pacientų apsilankymų apimtis išaugo beveik dvigubai iki 73645 lyginant su klinikos veiklos pradžioje (1995 m.) suteiktų paslaugų apimtimi (31762) (8 pav.). Vidutinis apsilankymų skaičiaus augimo tempas kasmet sudarė apie 6 procentus.



8 pav. Ambulatorinių apsilankymų dinamika VUL Žalgirio klinikoje 1995–2012 m.

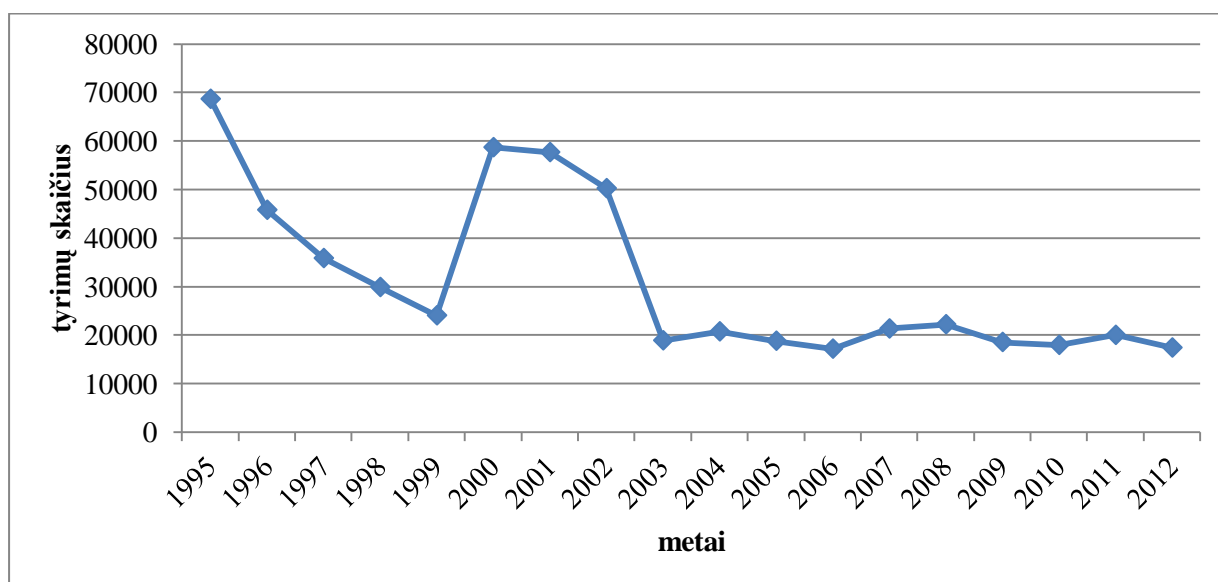
Apie 80 proc. ambulatorinių apsilankymų sudaro apsilankymai konsultacinėje poliklinikoje dėl specializuotos odontologinės pagalbos poreikio. Apsilankymų skaičius dėl būtinosios odontologinės

pagalbos teikimo sudaro 11 proc. visų apsilankymų. Ambulatorinių apsilankymų priėmimo skyriuje dalis yra stabili ir sudaro apie 9 proc. visų apsilankymų.



9 pav. Rentgenologinių tyrimų dinamika 1995–2012 m.

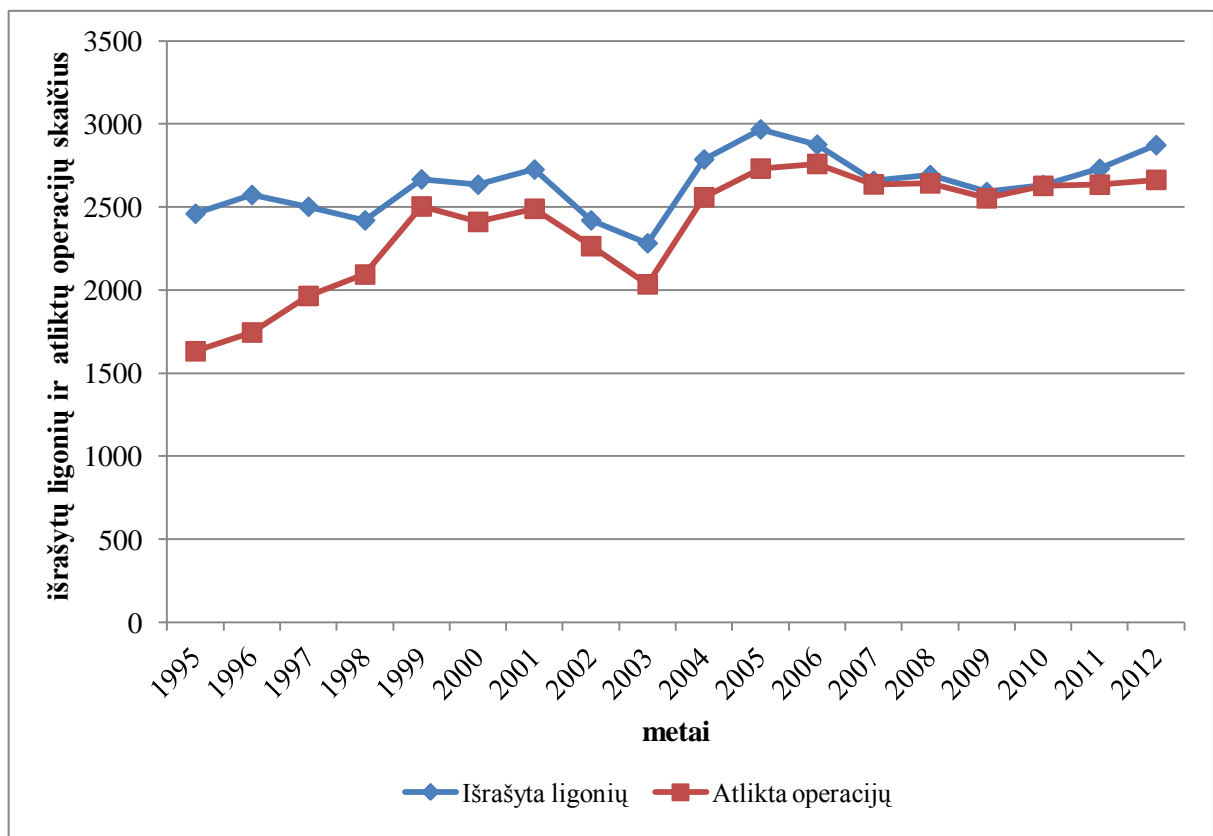
Žalgirio klinikoje nuolat augo atliekamų rentgenologinių tyrimų skaičius (9 pav.). 2012 m. buvo atlikta 42957 radiologinių tyrimų, tai 13 proc. daugiau nei 2011 m. Pagrindiniai tyrimai buvo dentalinės nuotraukos ir ortopantomogramos. Tyrimų skaičiaus augimą lėmė 2011 m. įsigytas naujas labai kokybiškas skaitmeninis panoraminis rentgeno aparatas. Dėl radiologinės diagnostikos įrangos nepakankamumo kompiuterinė tomografija sudaro 2 procentus iš visų atliekamų radiologinių tyrimų.



10 pav. Klinikinių tyrimų dinamika 1995–2012 m.

2012 m. Žalgirio klinikoje buvo atlikta 17381 klinikinių tyrimų (10 pav.). Didžiąją tyrimų dalį sudarė biocheminiai, hematologiniai ir bendraklinikiniai tyrimai. Detalesnė klinikinių tyrimų analizė rodo, kad tyrimų skaičius nuo 50 tūkstančių atliktų 2002 m. nuo 2003 metų mažėja ir išlieka stabilus tarp 17–19 tūkstančių tyrimų kasmet. Atsisakę didelių finansinių investicijų į klinikinės laboratorijos medicininę įrangą, moderniausių diagnostinių tyrimų poreikį pacientams užtikriname pirkdami paslaugas pagal sutartis kitose gydymo įstaigose.

2006 m. Žalgirio klinikoje funkcionavo 64 stacionaro lovos. Optimizavus pacientų srautus ir pradėjus teikti daugiau prioritetinių sveikatos priežiūros paslaugų – dienos chirurgijos, stebėjimo, trumpalaikio ir kt., pavyko sumažinti stacionarinių lovų skaičių iki 58. Dėl burnos ligų profilaktikos programų nevykdymo ir pacientų nemokumo, stacionarinio gydymo atvejų skaičius auga nežymiai (11 pav.).



11 pav. VUL Žalgirio klinikos stacionaro rodikliai 1995–2012 m.

2012 m. stacionarinė pagalba buvo suteikta 2873 ligoniams. Apie 50 proc. pacientų į stacionarą patenka skubos tvarka dėl būtinosios pagalbos, veido uždegimų, žandikaulių bei veido kaulų lūžių. Stacionarinio gydymo trukmė 2004 m. buvo 6,5 dienos, o 2006 m. – 5,6 dienos, o 2012 m. – 5,5 dienos.

2004–2006 m. išaugo operacijų skaičius. 2006 m. jis sudarė 2760 operacijų, o tai buvo 8 proc. daugiau nei 2004 m. Operacinis aktyvumas taip pat nuolat augo ir pasiekė 91,9 proc. Vis didesnė

atliekamų su bendra anestezija operacijų dalis (7,4 proc. 2012 m.) o tai rodo chirurginio darbo intensyvumą bei sudėtingumą.

Pagrindinis ligonių srautas (80 proc. gydomų ligonių stacionare) yra Vilniaus apskrities gyventojai. Iš jų Vilniaus miesto pacientų dalį sudaro 72 proc. visų pacientų. Taip pat daug ligonių atvyksta gydytis iš Utenos, Panevėžio ir Alytaus.

Daugiausia ligonių gydoma dėl burnos organų, seilių liaukų ir žandikaulių uždegimų bei pūlinių – tai sudaro apie 50 proc. visų susirgimų. Dėl traumų stacionare gydyta 600 ligonių (21 proc. visų ligonių). Dažniausiai tai buitinės traumos: įvairios žaizdos, sumušimai, dantų traumos, žandikaulių ir kitų veido kaulų lūžiai. Daugėja autotransporto įvykių metu nukentėjusių žmonių skaičius.

Kasmet Žalgirio klinikoje gydoma ir operuojama apie 90 vaikų, turinčių įgimtas veido ir burnos organų ligas. Vienas iš dažniausiai pasitaikančių apsigimimų yra viršutinės lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas. Šias įgimtas ydas turintys vaikai ir jų tėvai, nuo pirmų vaiko gimimo dienų susiduria su daugybe problemų, kurias padeda spręsti ir gydyti Žalgirio klinikos specialistų komanda. Konsultacijoje dalyvauja gydytojai ortodontai, veido-žandikaulių chirurgai, genetikai, logopedai. Tėveliai informuojami apie vaiko priežiūros, maitinimo ypatumus, laukiančias chirurgines operacijas ir ortodontinį bei logopedinį gydymą.

Žalgirio klinikoje veikia du centrai: Klinikinės odontologijos ir Burnos veido ir žandikaulių chirurgijos ir septyni poskyriai, kur teikiama profesionali pagalba pacientams, kuriems yra reikalinga odontologinė pagalba, taip pat atliekamos sudėtingos diagnostikos ir gydymo procedūros bei vykdomas mokslo, metodinis, konsultacinis darbas.

Klinikinės odontologijos centre veikia 7 poskyriai:

1. Vaikų odontologijos poskyris

- Vaikų odontologijos poskyryje atliekamas sudėtingų dantų traumų, dantų vystymosi sutrikimų gydymas, taip pat dantų su nesusiformavusiomis šaknimis endodontinis gydymas. Skyriuje atliekamas vaikų dantų gydymas sedacijoje, bendroje nejautroje ir naudojamos įvairios nujautrinimo technikos, taip pat vaikų odontologų atliekamas ypatingai sunkaus elgesio valdymas gydant dantis.

2. Ortodontijos poskyris

- Čia atliekamas pacientų paruošimas breketų sistema ortognatinėms operacijoms, retinuočių dantų atstatymas į dantų lanką, ortodontinis gydymas vaikų, gimusių su lūpos, gomurio, alveolinės ataugos nesuaugimais, atliekama įgimtų kaukolės ir veido kaulų formavimosi ydų ortodontinė korekcija ir įvairių ortodontinių anomalijų korekcija ortodontiniais aparatais (breketų sistema, plokšteliniai, funkciniai aparatai, pozicionieriai, ikiortodontiniai treneriai, profilaktiniai ir įvairių rūšių kombinuoti ortodontiniai aparatai).

3. Periodontologijos poskyris

- Periodonto patologijos diagnostikai ir gydymui naudojami naujausi metodai ir instrumentai, atliekamos sudėtingos procedūros, vykdomas mokslinis, pedagoginis ir gydomasis darbas:.

4. Kariesologijos ir endodontijos poskyris

- Endodontinės patologijos diagnostikai bei gydymui naudojami ultragarsiniai aparatai bei didinantys prietaisai (mikroskopas). Tai palengvina ne tik gydytojų darbo sąlygas, bet ir padeda tiksliai įvertinti gydymo baigtį bei sudaryti tikslesnę gydymo planą.

5. Protezavimo poskyris

- Čia pacientams teikiama aukščiausio lygio ortopedinė odontologinė pagalba.

6. Burnos chirurgijos ir patologijos poskyris

- Gydomos burnos gleivinės ligos; burnos ligos, susijusios su kita bendrąja patologija;
- Atliekama ankstyva, profesionali ir greita burnos patologijos, piktybinių ir nepiktybinių auglių diagnostika pasitelkiant citologinius tyrimus;
- Atliekamas išsamus ištyrimas prieš dantų implantaciją, kompiuterinių tomogramų įvertinimas ir aprašymas, atsižvelgiant į implantacijos galimybes ir principus.

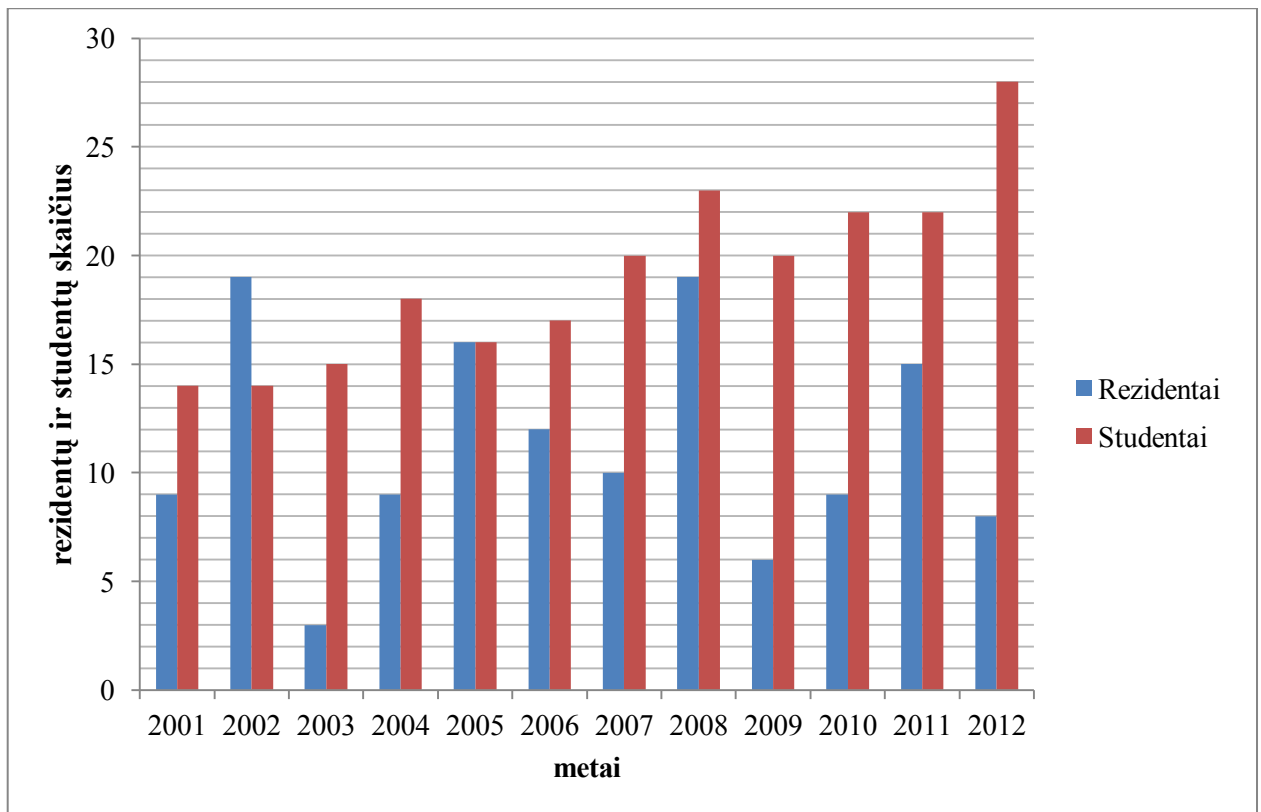
7. Radiologijos poskyris

- Atliekamas radiologinis ištyrimas, Atliekamos ir kompetentingai įvertinamos kompiuterinės tomografijos tyrimai.

Burnos, veido ir žandikaulių chirurgijos centras:

- Visą parą teikiama specializuota ambulatorinė ir stacionarinė pagalba pacientams, patyrusiems įvairias burnos bei veido ir žandikaulių srities traumas, sergantiems burnos bei veido ir žandikaulių srities organų uždegiminėmis ligomis, įvairiais augliais;
- Gydomos įvairios veido nesuaugimų ir kitos įgimtos vystymosi anomalijos;
- Atliekamos ortognatinės (žandikaulių formos ir santykio keitimo, sąkandžio koregavimo) operacijos.

Žalgirio klinikos bazėje kasmet didėja Vilniaus universiteto odontologijos instituto rengiamų odontologijos specialistų skaičius (12 pav.).



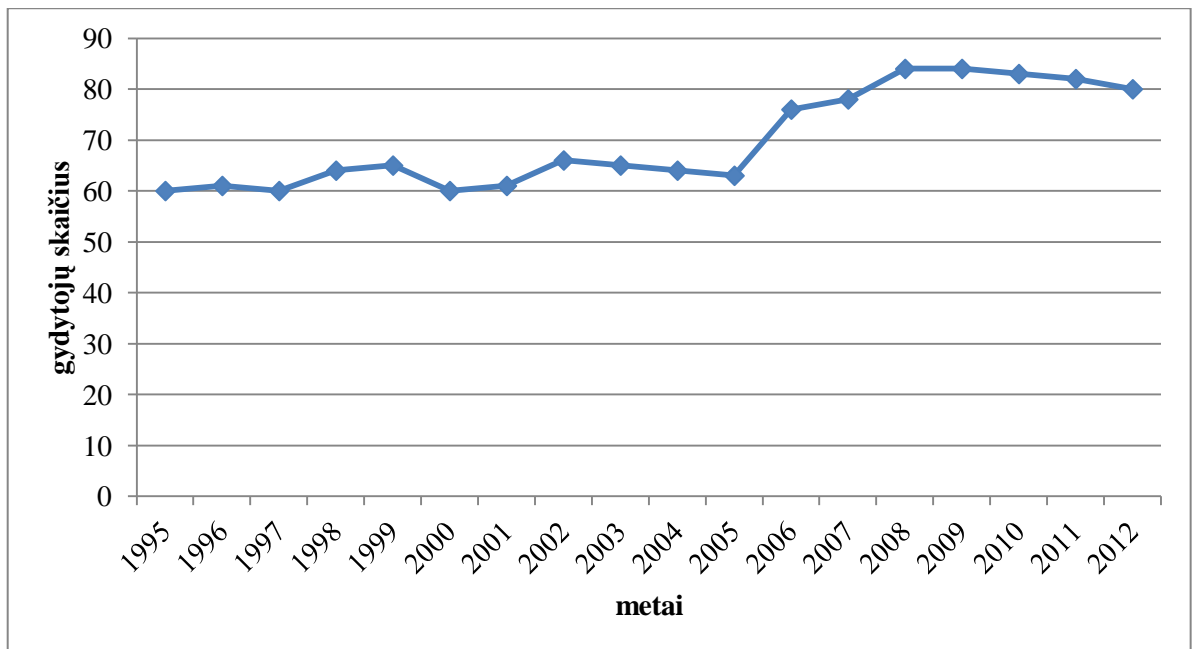
12 pav. Specialistų odontologų rengimas 2001–2012 m.

Europos Sąjungos komisija Vilniaus universiteto Žalgirio kliniką 2012 m. pripažino kaip vieną geriausių odontologų ruošimo klinikinių bazių (16 iš 152). Žalgirio klinika nuo 2005 m. turi Kokybės vadybos sistemos LST EN ISO 9001-2001 atitikties sertifikatą.

5.2. Organizacijos ištekliai

2012 m. Žalgirio klinikoje dirbo 256 fiziniai asmenys. Dėl ambulatorinių paslaugų plėtros nuolat atnaujinamos ir įrengiamos naujos darbo vietos. Gydytojų skaičius palaipsniui didėja nuo 60 – 1995-aisiais iki 80 – 2012 metais (13 pav.). Šiuo metu klinikoje dirba:

- 80 gydytojų;
- 108 slaugytojos;
- 26 pagalbinių medicininio personalo darbuotojai;
- 42 kiti darbuotojai.



13 pav. Gydytojų skaičiaus dinamika VUL Žalgirio klinikoje 1995–2012 m.

Žalgirio klinikoje veikia Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto mokymo bazė – Odontologijos institutas.

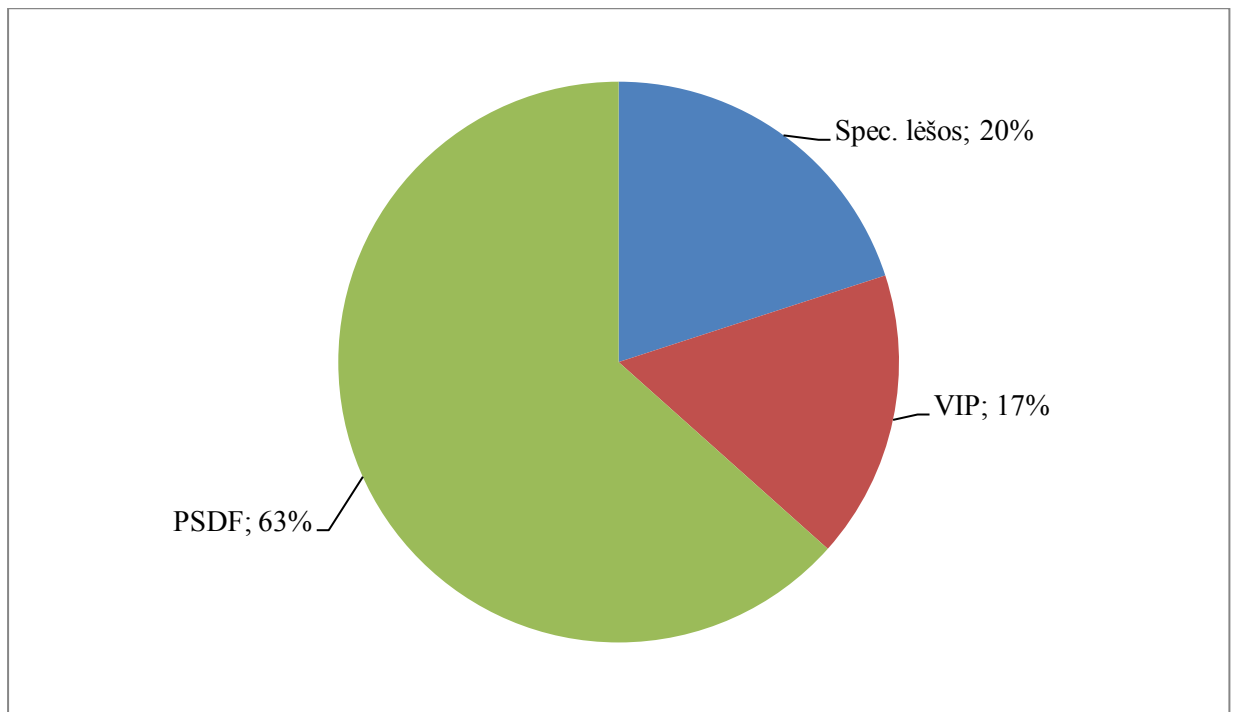
Žalgirio klinika yra įsikūrusi pačiame Vilniaus centre ir tai vienintelis centras Lietuvoje, kur viename komplekse sutelktas studentų odontologų mokymas, studentų medikų mokymas ruošiant juos šeimos gydytojais, visų specialybių gydytojų odontologų bendras ir specialus tobulinimasis, odontologų specialistų ruošimas. Be to, Žalgirio klinikoje šalies gyventojams teikiama visų lygių specializuota ir kvalifikuota ambulatorinė ir stacionarinė pagalba, vykdoma odontologinių ligų profilaktika ir metodinis vadovavimas jos įgyvendinimui, tiriamos odontologinių ligų priežastys, jų išplitimas.

Pirminio, antrinio ir tretinio lygmens odontologijos paslaugas teikiančioje Žalgirio klinikoje naudojama moderni medicininė diagnostinė ir terapinė įranga. Tačiau klinikoje aptarnaujamų gyventojų skaičius yra didžiulis ir nuolat augantis, todėl nemaža dalis įrangos yra nusidėvėjusi, reikalauja reguliarių remonto darbų.

Dabartiniu metu Žalgirio klinika veikia 7639 kv. m. ploto patalpose, o bendrą Žalgirio klinikos teritorijos plotą sudaro 8783 kv. m. aptverta Žalgirio klinikos teritorija.

Organizacijos finansinės situacijos įvertinimas

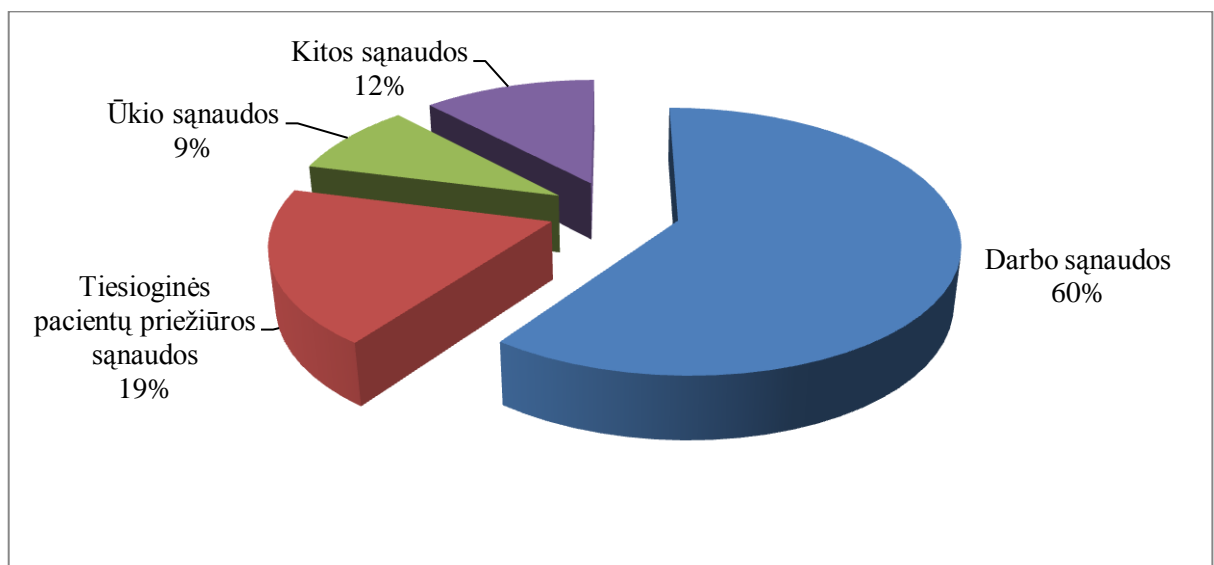
2012 m. įstaigos pajamas sudarė 15 400 tūkst. Lt. Iš jų 63,4 proc. buvo uždirbti teikiant paslaugas pagal sutartis su PSDF institucijomis. Kitas pajamas sudarė pajamos, teikiant mokamas paslaugas (apie 20 proc. visų pajamų) bei įgyvendinant valstybės programas (14 pav.).



14 pav. VUL Žalgirio klinikos pajamos pagal šaltinius 2012 m. (proc.)

2012 m. pagrindinę uždirbtų pajamų dalį sudarė pajamos už stacionariųjų paslaugų teikimą (70 proc.), apie 25 proc. pajamų buvo uždirbta teikiant gydytojų specialistų konsultacijas ir apie 5 proc., teikiant dienos chirurgijos paslaugas.

Bendrųjų sąnaudų struktūroje 2012 m. dėl būtent šiais metais padidėjusios kapitalo investicijų iš valstybės biudžeto subsidijų nepaprastųjų išlaidų dalies, einamosios sąnaudos sudarė apie 80 procentų visų sąnaudų, kai beveik pusė jų atiteko darbo sąnaudoms (15 pav.).



15 pav. VUL Žalgirio klinikos einamųjų sąnaudų struktūra 2006 m. (proc.)

5.3. Žalgirio klinikos problemos

Didžiausia problema – privalomojo sveikatos draudimo fondo ir skiriamų biudžeto (PSDF) lėšų trūkumas reikiamoms odontologinės sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Dėl to kenčia deklaruojamas sveikatos priežiūros prieinamumo principas.

Vadovaujantis principu, kad asmenys turi vienodas teises į geresnę sveikatą, nesvarbu, kokios jis būtų lyties, rasės, tautybės, pilietybės, socialinės padėties ir profesijos, ir trūkstant lėšų, reikėtų visiems garantuoti tik vidutinės kokybės sveikatos priežiūros paslaugas arba nustatyti valstybės laiduojamą (nemokamą) odontologinę sveikatos priežiūrą. Reikėtų aiškiai ir tiksliai nustatyti, kokios sveikatos priežiūros paslaugos garantuojamos asmenims nemokamai, už kurias visiškai, o ne dalinai (balo vertė 0,81 ar 0,89 Lt) PSD fondas turėtų apmokėti įstaigoms.

Ypač dideli patekimo pas specialistus terminai. Ilgos laukiančių planinių operacijų bei kitų sveikatos priežiūros paslaugų eilės. Ilgas pacientų laukimo laikas gauti paslaugas dėl žmogiškųjų išteklių stokos. Maži įstaigos darbuotojų atlyginimai, neskatina motyvacijos dirbti. Per 2013 metų pirmuosius du mėnesius, kliniką paliko (išėjo į privačią praktiką) 3 aukštos kvalifikacijos vaikų odontologai. Tai dar labiau padidins vaikų, laukiančių specializuotos pagalbos, eilę. Vilniaus universiteto Odontologijos instituto dėstytojai atsisako dalį klinikinio krūvio turėti VUL Žalgirio klinikoje dėl neadekvataus jų kvalifikacijai atlyginimo.

Dėl žmogiškųjų išteklių stokos susidaro ilgas pacientų laukimo laikas gauti specializuotas odontologinės sveikatos priežiūros paslaugas (4 lentelė).

4 lentelė. Laukimo pas odontologus specialistus trukmė VUL Žalgirio klinikoje 2012 m.

Specialistai	Trumpiausia laukimo trukmė (dienomis)	Ilgiausia laukimo trukmė (dienomis)
Odontologo	10	15
Odontologo ortopedo	18	21
Vaikų odontologo	25	33
Veido ir žandikaulių chirurgo	14	35
Periodontologo	25	40
Burnos chirurgo	30	41
Endodontologo	39	52
Ortodonto	60	90

Dėl neadekvatus odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo iš PSDF lėšų susidaro situacija, kai, didėjant pacientų skaičiui, atvykstančių su siuntimais, mažėja įstaigos pajamos. Trūkstant lėšų Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika sunkiai įsigyja naujausias (efektyviausias) technologijas.

Kasmet pasirašomos su visomis teritorinėmis ligonių kasomis sutartis pagal atskiras paslaugų grupes. Neapmokamos tiek nesuteiktos, tiek virškvotinės paslaugos, neleidžiamas perskirstymas tarp eilučių. Tuo būdu ligoninė praranda ženkliai dalį PSDF pinigų, skirtų odontologinės sveikatos priežiūros bei veido ir žandikaulių chirurgijos paslaugoms apmokėti. Pav.: 2012 metais Klinika prarado beveik 400 tūkst. Lt. Sutartis dėl mokėjimų už paslaugas iš PSDF lėšų Klinika turėtų pasirašyti ne su visomis TLK, bet tik su Vilniaus, nes pacientai atvyksta gydytis į Vilnių. Tai padidintų įsisavinamų pinigų apimtis pasirašytų sutarčių ribose.

Diegiama DRG susirgimų grupavimo ir apmokėjimo sistema odontologijos ir veido ir žandikaulių chirurgijos srityje netobula ir klaidinga. Įvertinus klinikos darbo rezultatus, kai apmokėjimas už suteiktas stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas skaičiuojamas taikant DRG sistemą, paslaugų apmokėjimas sumažėjo (lyginant 2012 metus su 2011-aisiais) vidutiniškai apie 40 %, o atskirais atvejais net 78%. Didžioji lėšų dalis prarandama teikiant sudėtingiausias tretinio lygio stacionarines veido ir žandikaulių chirurgijos, dienos chirurgijos paslaugas. Šios srities paslaugos nėra pakankamai išdetalizuotos ir teisingai įvertintos, nes paslaugų įkainiai pagal nustatytas diagnozes ir atliktas intervencijas nekompensuoja patirtų medžiagų įsigijimo išlaidų ir darbo užmokesčio sąnaudų aukštos kvalifikacijos specialistams. Sistema nėra pagrįsta ekonominiais skaičiavimais suteikti konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas. Gyvybei pavojingų susirgimų (burnos dugno, kaklo pūlynų) ar ypač aukštos kvalifikacijos specialistų reikalaujančių ligų gydymo (įgimtų veido ydų, sąkandžio anomalijų, daugybinių veido kaulų lūžių ir kt.) apmokėjimas labai nežymiai skiriasi nuo dienos chirurgijos paslaugų. Dauguma burnos, veido ir žandikaulių chirurgijos paslaugų turėtų būti priskirtos prie aukštesnės apmokėjimo grupės ir prilygintos kitoms ligoms, kurias gydant kyla tiesioginis pavojus pacientų gyvybei. Nekeičiant dabartinės susirgimų grupavimo ir apmokėjimo sistemos, diskredituojamas brangiai kainuojantis sudėtingų, tretiniam chirurgijos lygiui, priskirtinų stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, o tuo pačiu ir prieinamumas pacientams.

Mokymo procesui užtikrinti kasmet einamosioms išlaidoms (atsarginės dalys, remontas, šildymas, elektra ir kt.) iš savo pajamų VUL Žalgirio klinika kasmet skiria vidutiniškai 200 tūkst. litų. Vilniaus universitetas, kaip mokymo įstaiga, dalyvauja aparatūros atnaujinimo bei naujos pirkimo procese, bet tai nekompensuoja ligoninės einamųjų išlaidų. Klinikoje, kaip Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Odontologijos instituto studentų klinikinio mokymo ir studijų bazėje, nuolat vyksta intensyvus klinikinis mokymas. Šiuo metu mokosi 145 studentai. Odontologijoje mokymo procesas kartu yra paslaugų teikimo procesas, todėl mokymas neįmanomas be pacientų. Studijų

pradžioje įgiję manualinius įgūdžius ant manekenu, toliau juos tobulina teikdami pirminio lygio odontologijos paslaugas pacientams. Studentus betarpiškai prižiūri, kontroliuoja ir už paslaugų kokybę atsako dėstytojai. Odontologijos studijos reikalauja išskirtinai didelių materialinių resursų: paslaugų teikimui naudojama brangi odontologinė įranga, instrumentai, medžiagos, jiems nuolat talkina gydytojo odontologo padėjėjos, kurioms mokamas darbo užmokestis ir mokesčiai Sodrai. VUL Žalgirio klinika iš PSDF biudžeto gautas lėšas už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, turi teisę naudoti tik pacientų gydymo išlaidoms padengti pagal sutartyse suldytas sąlygas. Šių lėšų negalima naudoti studentų praktinio mokymo išlaidoms kompensuoti, nes teisės aktai nenumato galimybės kompensuoti tokias išlaidas. Remiantis Europos Sąjungos šalių patirtimi, gydymo išlaidas universitetų klinikinėse bazėse dalinai kompensuoja patys pacientai, kai pasirinkę studentų teikiamas paslaugas už jas moka mažesniu nei gydytojo suteiktų paslaugų įkainiu. Pacientai, savo noru pasirinkę odontologijos studentų teikiamas paslaugas, turėtų susimokėti patys mažesne, nei SAM „Mokamų paslaugų kainyne“ nustatyta kaina – pvz. 50 proc.

Žalgirio klinika apsupta privačiomis odontologinės sveikatos priežiūros įstaigomis. Pusės kilometro spinduliu yra įsikūrę 33 odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos. Būtina reguliuoti ta pačia veikla užsiimančių odontologinės sveikatos priežiūros įstaigų teritorinį pasiskirstymą.

Klinikos darbuotojai pastaraisiais metais vis dažniau patiria smurto atvejus savo darbe. 2012 m. Higienos instituto atliktas tyrimas atskleidė, kad per pastaruosius metus 37,4 proc. ligoninių gydytojų darbe patyrė pažeminimą, 15,6 proc. – grasinamus, 11,2 proc. – ujamą, o 5,3 proc. – priekabiavimą. Specialistų teigimu, tyrimai rodo, kad būtent sveikatos priežiūros ir socialinio darbo sektoriaus darbuotojai priekabiavimą ir ujamą – dažnai pasikartojantį užgaulų elgesį, siekiant piktybiškai pažeminti ar pakenkti, darbe patiria dažniau nei kitų profesijų atstovai. Tokia tendencija kelia nerimą, nes dėl sukkelto fizinio ir emocinio streso bei įtampos medicinos personalas neatvyksta į darbą, motyvuodamas sveikatos sutrikimais, arba visai išsina iš darbo. Pasaulyje apie smurtą gydymo įstaigose kalbama vis garsiau, analizuojamos priežastys, valstybiniu lygiu raginama ieškoti išeičių Lietuvos sveikata. Nr.9 (1003) 2013 kovo1–7d. Būtina ruošti smurto prevencijos strategijas, numatyti priemones, leidžiančias neatidėliotinai pranešti apie smurto atvejus, ruošti konkrečių priemonių planą įvykus incidentui.

Odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios specializuotą stacionarinę odontologinę sveikatos priežiūrą, licencijuojamos ir akredituojamos Akreditavimo tarnyboje prie SAM. Susikūrus Lietuvos Odontologų rūmams, SAM delegavo jiems ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros įstaigų ir gydytojų odontologų licencijavimo ir akreditavimo teisę. Racionalu būtų odontologinių gydymo įstaigų ir odontologijos specialistų licencijų išdavimą ir akreditaciją gražinti Akreditavimo tarnybai prie SAM.

Žalgirio klinikos stiprybės

- Žalgirio klinikoje dirba reikiami gerai motyvuoti profesionalūs ir aukštos kvalifikacijos specialistai;
- Turima mokslinio ir mokymo darbo patirtis ir potencialas;
- Išsamus informuotumas apie modernias odontologines technologijas;
- Medicinos ir administracijos darbuotojų ilgametė darbo patirtis;
- Didelis Žalgirio klinikos darbuotojų suinteresuotumas gydymo įstaigoje teikiamų paslaugų kokybe;
- Klinika teikia paslaugas daugeliui šalies gyventojų, stacionare gydomi pacientai iš visos Lietuvos, užsienio valstybių;
- Aukštos kvalifikacijos gydytojų teikiamos paslaugos neturi konkurentų ne tik Vilniaus apskrityje, bet ir visoje Lietuvoje;
- Žalgirio klinika turi gerą reputaciją ir pasitikėjimą tarp valstybinių ir privačių odontologinių paslaugų teikėjų, todėl pacientai siunčiami į Žalgirio kliniką konsultuoti;
- Žalgirio klinika turi gerą reputaciją ir pasitikėjimą tarp odontologinių paslaugų vartotojų;
- Palanki geografinė vieta dideliame gyventojų skaičiui pasiekti ir aptarnauti.

Žalgirio klinikos silpnybės

- Neadekvatus teikiamų paslaugų finansavimas;
- Neadekvatus mokymo išlaidų kompensavimas;
- Ilgas pacientų laukimo laikas gauti paslaugas dėl žmogiškųjų išteklių ir medicininės įrangos stokos;
- Dėl mokamų nedidelių atlyginimų, daugelis klinikos darbuotojų papildomai išeina dirbti į privačias įstaigas;
- Dėl naujos diagnostinės ir gydymo aparatūros bei esamos technikos priedų stokos (įskaitant programinę įrangą) dalis pacientų nutaria tęsti gydymą už įstaigos ribų;
- Dalis medicininės įrangos dėl didelių aptarnaujamų pacientų apimčių yra nusidėvėjusi ir pasenusi, būtinos papildomos investicijos ją atnaujinti;
- Siauros specializacijos medicinos sričių neteisingas finansinis įvertinimas, ypač ambulatorinėje grandyje.

IŠVADOS

1. Taikant politikos įgyvendinimo teorijas, odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimas suvokiamas dvejopai – kaip procesas ir kaip rezultatas. Odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimas po Nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje tik dalinai atitiko mokslinėje literatūroje nurodomas sėkmingo įgyvendinimo sąlygas.

2. Po Nepriklausomybės atkūrimo Lietuvoje, buvo sukurti odontologinės sveikatos priežiūros teisiniai pagrindai. Odontologinė sveikatos priežiūra reglamentuota įstatyminiu lygiu, tačiau poįstatyminė teisės aktų bazė tobulintina. Yra atotrūkis tarp teisinio reglamentavimo ir praktinio įstatyminių aktų įgyvendinimo.

Lietuvos sveikatos programoje buvo keliami ambicingi tikslai: sumažinti burnos ligų paplitimą, éduonies intensyvumą ir įgyvendinti burnos ligų profilaktikos projektus įvairioms gyventojų grupėms, tačiau nebuvo užtikrintas odontologinės sveikatos priežiūros sistemos valdymas, nesuformuota ir nepatvirtinta odontologinės sveikatos priežiūros strategija, dėl to neįmanomas lygiavertis odontologijos sektoriaus dalyvavimas, reformuojant šalies sveikatos priežiūros sektorių

Odontologų rūmų uždaviniai – vykdyti strateginius sveikatos sistemos odontologinės priežiūros (pagalbos) uždavinius, rūpintis odontologinės veiklos Lietuvos Respublikoje plėtra, pacientų švietimu – iki šiol nevykdomi. Odontologų rūmų suformuota vizija tapti lygiaverčiu partneriu valstybės institucijoms ir odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigoms, sprendžiant odontologinės veiklos organizavimo ir reglamentavimo klausimus, formuojant nacionalinę politiką, nebuvo įgyvendinama.

3. Nesusiformavę asmeninės burnos higienos ir mitybos įpročiai, neužtikrintas vaikų éduonies prevencinių priemonių veiksmingumas bei kompleksiškas lemia prastą Lietuvos gyventojų dantų būklę. Didžiausios nūdienos odontologijos problemos yra nepakankamas odontologinės priežiūros paslaugų prieinamumas atokesniuose Lietuvos regionuose, specialistų koncentracija didžiuosiuose Lietuvos miestuose, neproporcingas odontologų specialistų paklausos ir pasiūlos santykis, teritorinis pasiskirstymas, odontologijos specialistų emigracija.

Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo skiriamų lėšų trūkumo reikiamoms odontologinės sveikatos priežiūros paslaugoms teikti pažeidžiamas deklaruojamas sveikatos priežiūros prieinamumo principas. Odontologinių paslaugų finansavimas per šeimos centrus iškreipia odontologinių paslaugų rinką. Netolygus gydytojų odontologų pasiskirstymas, ypač dideli patekimo pas specialistus terminai, laukiančių planinių operacijų bei kitų sveikatos priežiūros paslaugų eilės dažniausiai susidaro dėl žmogiškųjų išteklių viešajame sektoriuje stokos. Maži viešojo sektoriaus įstaigų darbuotojų atlyginimai neskatina motyvacijos dirbti. Dėl lėšų trūkumo reikiamoms odontologinės sveikatos priežiūros paslaugoms pažeidžiamas sveikatos priežiūros tinkamumo principas, nes trūkstant lėšų viešajame sektoriuje įmanoma teikti tik vidutinės kokybės sveikatos priežiūros paslaugas.

4. Po Nepriklausomybės atkūrimo išnyko odontologinė sveikatos priežiūra ikimokyklinio ir mokyklinio ugdymo įstaigose, bet nebuvo sukurtas priimtinas vaikų odontologinės sveikatos priežiūros modelis. Nebuvo įgyvendinti politiškai ir praktiškai svarbūs vaikų burnos sveikatai sprendimai: nepradėta pilnai įgyvendinti vaikų dantų edukacijos profilaktikos programa, nesukurti programos įgyvendinimui skirti odontologinių ligų profilaktikos centrai. Išskaidyta tarp viešųjų poliklinikų, šeimos centrų ir privačių odontologinės sveikatos priežiūros įstaigų, vaikų odontologinė sveikatos priežiūra sumenko, tik nedidelei daliai vaikų prieinamas pieninių ir nuolatinių dantų odontologinis gydymas. Dėl silpno metodinio vadovavimo ir prastos kontrolės, neadekvataus užmokesčio už darbą, nepakankamo finansavimo kasmet mažėja vaikų krūminių dantų dengimo silantais programos apimtys, neįteisinta atsakomybė už vaikų dantų negydymą nei instituciniu, nei šeimos lygmeniu.

5. Privataus odontologinės sveikatos priežiūros sektoriaus atsiradimas ir išsivystymas yra svarbus sveikatos priežiūros raidai. Nepaisant egzistuojančių trūkumų, tiek valstybiniame odontologijos paslaugų sektoriuje, tiek privačiame didžioji dauguma pacientų yra patenkinti gaunamomis paslaugomis. Valstybinės odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos išlieka didžiąja dalimi atsakingos už Lietuvos gyventojų burnos sveikatą, todėl valstybinio odontologijos sektoriaus veikla, ypač mažas pajamas gaunantiems gyventojams, yra svarbi, o problemos spręstinos.

6. VUL Žalgirio klinika yra viena svarbiausių odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo institucijų. Tai vienintelė odontologinės sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje šalies gyventojams teikiama visų lygių specializuota kvalifikuota ambulatorinė ir stacionarinė odontologijos, veido ir žandikaulių chirurgijos, burnos chirurgijos pagalba, atliekama burnos ligų profilaktika. Joje viename komplekse sutelktas studentų odontologų ir studentų medikų mokymas, rengiant juos tapti šeimos gydytojais, visų specialybių gydytojų odontologų bendrasis ir specialusis tobulinimas, odontologų specialistų rengimas antrinėje ir tretinėje rezidentūroje, vykdomi moksliniai darbai, kuriami nauji tyrimo ir gydymo metodai.

Žalgirio klinika, kaip odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendintoja, iškeltų tikslų ir prioritetų, įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų vykdytoja, jautriai reaguoja į odontologinės sveikatos priežiūrai atsiradusius iššūkius, juridinius netobulumus, sveikatos politikos įgyvendinimo problemas ir reikšmingai prisideda prie odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo sėkmės.

REKOMENDACIJOS

- Odontologinės sveikatos priežiūros teisinis reglamentavimas ir praktinis įgyvendinimas neužtikrina efektyvaus teisės į sveikatos apsaugą įgyvendinimo, todėl siūlytina tobulinti odontologinės sveikatos priežiūros sistemos pertvarką, įtvirtinti vadovavimo, kontroliavimo, atsiskaitomumo principus, parengti ir patvirtinti burnos sveikatos ugdymo, vaikų dantų éduonies profilaktikos, odontologinės sveikatos priežiūros sistemos pertvarkos programas su lėšomis ir finansavimo šaltiniais.

- Kompleksiškai įgyvendinant odontologinės sveikatos priežiūros tikslus būtinas burnos sveikatos stiprinimo sisteminis mokymas, skatinama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą, atsakomybė už vaiko nepriežiūrą, ortognatinės sistemos ligų prevencija, odontologinės sveikatos priežiūros finansavimo ir sistemos valdymo mechanizmo tobulinimas; paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas, taip stiprinant visuomenės narių sveikatą ir pailginant jų gyvenimą.

- Turėtų būti peržiūrėta valstybės laiduojama odontologinės sveikatos priežiūra, valstybės garantijos asmenims nemokamai, dalinai apmokamai ir pilnai mokamai gauti aukšto lygio odontologinį gydymą, skatinamas privatus sveikatos draudimo atsiradimas, perėjimas prie trečiojo odontologinės sveikatos priežiūros įgyvendinimo etapo, naikinat odontologinį gyventojų prisirašymą. PSDF lėšas perskirstyti vaikų dantų gydymui ir profilaktikai, protezavimo įkainių pensininkams padidinimui, remti bendradarbiavimą tarp viešojo ir privataus sektoriaus visuomenės sveikatos priežiūros srityje, remti ir skatinti sveiką Lietuvos gyventojų elgseną.

LITERATŪRA

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos įstatymas „Dėl Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų teisės aktų skelbimo ir įsigaliojimo tvarkos“. *Valstybės žinios*. 1993, Nr. 12–296.
2. Lietuvos Respublikos odontologų rūmų įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 4–35.
3. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102–2317.
4. Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 35–855.
5. Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102–2316.
6. Lietuvos Respublikos stomatologinės priežiūros (pagalbos) įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 4–36.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 66–1572.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 109–2995.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63–1231.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 112–3099.
11. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII–833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 64–1842.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. 435 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 35:1996 „Burnos higienistas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 85–2026.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. balandžio 14 d. įsakymas Nr. 165 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 43:1997 „Gydytojas stomatologas asistentas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 38–945.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. balandžio 14 d. įsakymas Nr. 166 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 42:1997 „Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 38–946.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. balandžio 14 d. įsakymas Nr. 166 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 42:1997 „Bendrosios praktikos gydytojas stomatologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 38–946.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. 250 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 48:1997 „Gydytojas stomatologas ortopedas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 42–1044.
17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. 268 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 46:1997 „Dantų technikas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 44–1100.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. 269 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 41:1997 „Gydytojas stomatologas periodontologas.

- Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 44–1101.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gegužės 28 d. įsakymas Nr. 304 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 49:1997 „Gydytojas stomatologas endodontologas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 55–1283.
 20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. 397 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 47:1997 „Gydytojas stomatologas ortodontas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 73–1880.
 21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. rugsėjo 8 d. įsakymas Nr. 470 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 29:1997 „Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas. Funkcijos, teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1997, Nr. 86–2175.
 22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. 521 „Dėl teisės aktų tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1999, Nr. 7–156.
 23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. vasario 19 d. įsakymas Nr. 91 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 74:1998 „Stomatologijos kabinetai, klinikos. Higienos normos ir taisyklės“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 20–529.
 24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2004 m. rugsėjo 24 d. įsakymas Nr. V–676 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 29:2004 „Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 145–5287.
 25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2004 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V–81 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 35:2004 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 32–1032.
 26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2005 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V–457 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 46:2005 „Dantų technikas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 73–2660.
 27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2005 m. gruodžio 12 d. įsakymas Nr. V–970 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 44:2005 „Gydytojas burnos chirurgas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 1–9.
 28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2005 m. rugsėjo 2 d. įsakymas Nr. V–679 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 42:2005 „Gydytojas odontologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 110–4027.
 29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2007 m. spalio 16 d. įsakymas Nr. V–835 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 24:2007 „Gydytojas odontologo padėjėjas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 109–4469.
 30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2011 m. liepos 20 d. įsakymas Nr. V–706 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 42:2005 „Gydytojas odontologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 97–4566.
 31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2011 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V–715 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 74:2011 „Odontologinės priežiūros (pagalbos) įstaigos: bendrieji įrengimo reikalavimai“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2011, Nr. 97–4569.
 32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2012 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V–1208 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 35:2012 „Burnos higienistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2013, Nr. 1–14.

33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V-79 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 32–1030.
34. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 150–6713.
35. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2010 m. liepos 12 d. sprendimas. Administracinė byla Nr. A525–1654/2010.
36. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 74–2827.

Kita literatūra:

37. Aleksejūnienė J., Arneberg P., Eriksen A. M. Caries prevalence in Lithuanian children and adolescents, *Acta Odontologica Scandinavica*, 1996, 54(1): 75–80.
38. Aleksejūnienė J., Brukienė V. Oral hygiene education in adolescence based on the Precaution Adoption Process Model, *Community Dental Health*, 2012, 29(3): 248–251.
39. Aleksejūnienė J., Brukienė V. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents, *Medicina*, 2012, 48(2): 102–108.
40. Aleksejūnienė J., Holst D., Balčiūnienė I. Factors influencing the caries decline in Lithuanian adolescents – trends in the period 1993–2001, *European Journal of Oral Sciences*, 2004, 112(1): 3–7.
41. Aleksejūnienė J., Holst D., Brukienė V. Dental caries risk studies revisited: causal approaches needed for future inquiries, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2009, 6(12): 2992–3009;
42. Andruškevič N.B. Stomatologičeskij uroven zdorovja naselenija Mogilevskoj oblasti, *Stomatologičeskij žurnal*, 2004, 3: 60–62.
43. Balčiūnienė I., Bendinskaitė R., Grigaitė G., Linkevičius T., Manelienė R., Pūrienė A., Rimkuvienė J. Burnos ligų profilaktika, Vilnius: Rotas, 2004, 154 p.
44. Balčiūnienė I., Pūrienė A. Dantų ligų profilaktika, Vilnius: Infopolis, 1998, 112 p.
45. Balčiūnienė I., Milčiuvienė S., Giedraitienė J., Kadūnas K. Eduonies profilaktika ir fluoridas gélame požeminiame Vakarų Lietuvos vandenyje, Vilnius: LGT, 2001, 39 p.
46. Balčiūnienė I., Milčiuvienė S., Pūrienė A. Vaikų dantų eduonies profilaktikos programos eiga Kauno miesto mokyklose, *Lietuvos medicina*, 1998, gruodis, p. 3–5.
47. Baubiniene D. Ortodontinių anomalijų paplitimas ir gydymo reikalingumas tarp Lietuvos moksleivių. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai (odontologija). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2010, 105 p.
48. Bendoraitienė E. 11–15 metų amžiaus moksleivių apydančio ligų paplitimo, intensyvumo, rizikos veiksnių ir profilaktikos analizė. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai (odontologija). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005, 15 p.
49. Berzina S., Care R. Dental health in 11 and 13 year old Children in Latvia, *Stomatologija. Baltic dental and maxillofacial Journal*, 2003, 5: 62–64.
50. Birch S., Anderson R. Financing and delivering oral health care: what can we learn from other countries? *Journal of the Canadian Dental Association*, 2005, 71(4): 243a–243d.
51. Bolin A. K., Bolin. A., Jansson L., Calltorp J. Children dental health in Europe, *Swedish Dental Journal*, 1997, 21: 24–40.
52. Brennan D.S., Luzzi L., Roberts–Thomson K.F. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia, *BMC Health Services Research*, 2008, 3:8–11.

53. Brukienė V. Lietuvos 15–16 metų amžiaus paauglių dantų būklės įvertinimas. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai (odontologija). Vilnius: Vilniaus universitetas, 2006, 120 p.
54. Brukiene V., Aleksejuniene J. Is the authoritative parenting model effective in changing oral hygiene behavior in adolescents? *Health Education Research*, 2012, 27(6): 1081–1090.
55. European Commission. Special Eurobarometer 330. Oral Health. Report. 2010, 112 p.
56. Friis–Hasche E. Child Oral health care in Denmark. Copenhagen: Copenhagen University Press, 1994, 87 p.
57. Hancock M., Calnan M., Manley G. Private or NHS General Dental Service care in the United Kingdom? A study of public perceptions and experiences, *Journal of Public Health Medicine*, 1999, 21(4): 415–420.
58. Jagelavičienė E. Pomenopauzinio amžiaus moterų apatinio žandikaulio ir kulnikaulio kaulų mineralų tankių palyginamoji analizė. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai (odontologija). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2010, 17 p.
59. Jakusovaitė I., Darulis Ž., Žekas R. Lithuanian health care in transitional state: ethical problems, *BMC Public Health*, 2005, 9: 5–117.
60. Jankauskaitė I. Teisingumo principo taikymas odontologinės sveikatos priežiūros valdyme. Magistro darbas. Socialiniai mokslai (viešasis administravimas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2008, 74 p.
61. Janulytė V., Pūrienė A., Petrauskienė J., Pečiulienė V., Benzian H. International migration of Lithuanian oral health professionals: a survey of graduates, *International dental journal*, 2011, 61, p. 224–230.
62. Kaledienė R. Importance of the modern health management for the success of health reform in Lithuania, *Medicina*, 2004, 40(9): 891–896.
63. Lane J.-E. Viešasis sektorius: Sąvokos, modeliai ir požūriai, Vilnius: Margi raštai, 2001, 463 p.
64. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2009 m. (išankstiniai duomenys). Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2010, 94 p.
65. Lindblom Ch., Woodhouse E. Politikos formavimo procesas, Vilnius: Algarvė, 1999, 240 p.
66. Machova E. Apie aplaidumą, auksinius dantų šepetukus ir smėlio laikrodį, *Lietuvos sveikata*, 2013, Nr.2(996), sausio 10–16 d.
67. Marthaler T.M., Mulane O., Vrbic V. et al. The prevalence of dental caries in Europe 1990–1995, *Caries research*, 1996, 30(4): 237–255.
68. Matos D.L., Lima–Costa M.F., Guerra H.L., Marcenes W. Bambuí Project: an evaluation of private, public and unionized dental services, *Rev Saude Publica*, 2002, 36(2): 237–243.
69. McGrath C., Bedi R. Dental services and perceived oral health: are patients better off going private? *Jornal of Dentistry*, 2003, 31(3): 217–221.
70. Milčiuvienė S., Paipalienė P., Kelbauskienė N., Stropienė G., Šemetova J. Vaikų dantų ėduonies profilaktikos efektyvumas tarp Kauno moksleivių, *Medicina*, 1999, 35: 30–34.
71. Milčiuvienė S., Skirbutienė S., Vasiliauskienė I. Moksleivių burnos būklės kitimas vaikų dantų ėduonies profilaktikos programos metu, *Stomatologija*, 2000, Nr. 4, p. 7–10.
72. Navikaitė L. Odontologinės pagalbos politika: viešųjų ir privačių paslaugų pranašumai ir trūkumai. Magistro darbas. Socialiniai mokslai (viešasis administravimas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2010, 75 p.
73. Parsons W. Viešoji politika: Politikos analizės teorijos ir praktikos įvadas, Vilnius: Eugrimas, 2001, 607 p.
74. Pūrienė A., Petrauskienė J., Balčiūnienė I., Janulytė J. Gydytojų odontologų požiūrio į odontologinės priežiūros pokyčius po Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo įvertinimas, *Medicinos teorija ir praktika*, 2008, 14(2): 152–158.
75. Pūrienė A., Petrauskienė J., Balčiūnienė I., Janulytė V., Kutkauskienė J., Musteikytė M. Privati ar valstybinė odontologinė gydymo įstaiga? Lietuvos pacientų nuomonė ir patirtis, *Medicina*, 2008, 44(10): 805–811.
76. Pūrienė A., Petrauskienė J., Janulytė V., Balčiūnienė I. Lietuvos gydytojų odontologų žinių apie jų praktiką reglamentuojančius teisės aktus įvertinimas, *Sveikatos mokslai*, 2008, nr. 3, p. 1599–1602.

77. Pūrienė A. Odontologija Lietuvos visuomenės sveikatos požiūriu. Habilitacijos procedūra. Biomedicinos mokslai (odontologija). Vilnius: Vilniaus universitetas, 2008, 38 p.
78. Saldūnaitė K. Dantų ėduonies profilaktikos galimybių vertinimas Lietuvoje tarp 7–12 metų amžiaus moksleivių. Daktaro disertacija. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2011, 108 p.
79. Saldūnaitė K., Pūrienė A., Milčiuvienė S., Brukienė V., Kutkauskienė J. Analysis of dental caries prevention program in 7–12-year-old Lithuanian schoolchildren, *Medicina*, 2009, 45(11): 887–895.
80. Sondell K., Söderfeldt B., Hugoson A. Dental care utilization in a Swedish county in 1993 and 2003, *Swedish Dental Journal*, 2010, 34(4): 217–228.
81. Tarptautinių žodžių žodynas, Vilnius: Vyriausioji enciklopedijų redakcija, 1985, 136 p.
82. Vaitkevičienė V., Milčiuvienė S. Dantų ėduonies profilaktikos programos efektyvumo įvertinimas Kauno miesto ikimokyklinėse įstaigose, *Stomatologija*, 2002, Nr. 4, p. 2–5.
83. Valstybinė ligonių kasa. Ligoniu kasos: 2010–ųjų apžvalga, Vilnius, 2011, 39 p.
84. Vasiliauskienė I. Nėščių moterų burnos būklė ir išankstinės dantų ėduonies profilaktikos galimybės. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai (odontologija). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2004, 27 p.
85. Wierzbicka M., Petersen P.E., Szatko F., Dybizbanska E., Kalo I. Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland, *Community Dental Health*, 2002, 19(4): 243–250.
86. Vilpišauskas R., Nakrošis V. Politikos įgyvendinimas Lietuvoje ir Europos Sąjungos įtaka, Vilnius: Eugrimas, 2003, 210 p.
87. 2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Vilnius: Statistikos departamentas, 2006, 224 p.

Internetiniai puslapiai:

88. State of Oral Health in Europe. Report. <http://www.oralhealthplatform.eu/state-oral-health-europe-report-0> [žiūrėta 2012 11 15].
89. Summary of a HEN network member's report World Health Organization, Regional Office for Europe. European health for all database. Copenhagen: WHO, 2013. <http://www.euro.who.int/hen> [žiūrėta 2013 03 05].
90. <http://www.sam.lt/veikla> [žiūrėta 2013 01 23].
91. <http://www.vlk.lt/vlk/lt/> [žiūrėta 2013 12 06].

Pūrienė A. Odontologinės sveikatos priežiūros politika ir jos įgyvendinimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo / Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 93 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe analizuojama odontologinės sveikatos priežiūros politika ir jos įgyvendinimas Lietuvoje, atkūrus nepriklausomą valstybę. Pirmojoje dalyje analizuojamos politikos įgyvendinimo teorijos ir jų taikymas, tiriant odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimą Lietuvoje. Antrąją dalį sudaro penki skyriai. Pirmajame skyriuje aptariama odontologinės sveikatos priežiūros teisinio reglamentavimo raida, antrajame skyriuje įvertinama dabartinė odontologinė situacija mūsų šalyje, trečiajame – analizuojama vaikų dantų ėduonies profilaktikos programa bei jos įgyvendinimo problemos, ketvirtajame – analizuojama viešosios ir privačios odontologijos sąveika Lietuvoje. Penktasis skyrius skirtas įvertinti Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos vietą ir vaidmenį odontologinės sveikatos priežiūros sistemoje.

Pūrienė A. Dental health care policy and its implementation in Lithuania following the restoration of Lithuania's independence / Health policy and management Master's degree studies. Graduation paper. Academic adviser: Assoc. Prof., Dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Policy and Management Faculty, 2013. – 93 p.

ANNOTATION

The present Master's degree graduation paper analyses dental health care policy and its implementation in Lithuania following the restoration of national independence. Part I of the present paper analyses different policy theories and their implementation in relation to surveying the implementation of the health care policy in Lithuania. Part II of the paper consists of five Sections. Section 1 discusses the development of the legal regulation of dental health care, Section 2 is dedicated to the assessment of the current status of the dental health in the country, Section 3 analyses the programme for prevention of children caries, and problems related to its implementation, Section 4 analyses the interrelation between the public and private dental health care in Lithuania. Section 5 provides an evaluation of the position and the role of Žalgiris Clinics of Vilnius University Hospital within the dental health care system.

Pūrienė A. Odontologinės sveikatos priežiūros politika ir jos įgyvendinimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo / Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 93 p.

SANTRAUKA

Magistrinio darbo tikslas – ištirti odontologinę sveikatos priežiūros politiką ir jos įgyvendinimą Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. Pirmojoje dalyje aptariamos politikos įgyvendinimo teorijos bei jų taikymas, siekiant šio tikslo. Taikant šias teorijas, odontologinės sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimas suvokiamas dvejopai – kaip procesas ir kaip rezultatas. Šalia to, keliami klausimai, kiek šios politikos įgyvendinimas atitinka sėkmingo įgyvendinimo sąlygas.

Antrosios dalies, skirtos tiriamos politikos įgyvendinimo analizei, pirmajame skyriuje nagrinėjama odontologinės sveikatos priežiūros politikos teisinio reglamentavimo raida, išskiriant joje tris etapus. Antrajame skyriuje įvertinama dabartinė odontologinė situacija Lietuvoje, apibrėžiamos svarbiausios problemos: prasta gyventojų, ir ypač vaikų, dantų būklė, nepakankamas odontologinės priežiūros paslaugų prieinamumas, neproporcingas odontologų specialistų teritorinis pasiskirstymas – jų koncentracija didžiuosiuose miestuose, odontologų emigracija, nepakankamas finansavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo.

Trečiajame skyriuje analizuojama vaikų dantų ėduonies profilaktikos programa bei jos įgyvendinimas ir konstatuojama, kad po nepriklausomybės atkūrimo išnyko odontologinė sveikatos priežiūra ikimokyklinio ir mokyklinio ugdymo įstaigose, bet nebuvo sukurtas priimtinas vaikų odontologinės sveikatos priežiūros modelis. Išskaidyta tarp viešųjų poliklinikų, šeimos centrų ir privačių odontologinės sveikatos priežiūros įstaigų, vaikų odontologinė sveikatos priežiūra sumenko, tik nedidelei daliai vaikų prieinamas pieninių ir nuolatinių dantų odontologinis gydymas.

Ketvirtajame skyriuje analizuojama viešosios (valstybinės) ir privačiosios odontologijos sąveika Lietuvoje, pabrėžiant, kad valstybinės odontologinės sveikatos priežiūros įstaigos išlieka didžiąja dalimi atsakingos už Lietuvos gyventojų burnos sveikatą, todėl valstybinio odontologijos sektoriaus veikla yra svarbi, ir ypač mažas pajamas gaunantiems gyventojams.

Penktajame skyriuje įvertinama Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos vieta ir vaidmuo odontologinės sveikatos priežiūros sistemoje. Konstatuojama, kad Žalgirio klinika yra vienintelė odontologinės sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje šalies gyventojams teikiama visų lygių specializuota kvalifikuota ambulatorinė ir stacionarinė odontologijos, veido ir žandikaulių chirurgijos, burnos chirurgijos pagalba, atliekama burnos ligų profilaktika. Joje viename komplekse sutelktas studentų odontologų ir studentų medikų mokymas, rengiant juos tapti šeimos gydytojais, visų specialybių

gydytojų odontologų bendrasis ir specialusis tobulinimas, odontologų specialistų rengimas antrinėje ir tretinėje rezidentūroje, vykdomi moksliniai darbai, kuriami nauji tyrimo ir gydymo metodai.

Pūrienė A. Dental health care policy and its implementation in Lithuania following the restoration of Lithuania's independence / Health policy and management Master's degree studies. Graduation paper. Academic adviser: Assoc. Prof., Dr. V. Dumbliauskas. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Policy and Management Faculty, 2013. – 93 p.

SUMMARY

The purpose of the present Master's degree graduation paper is to survey the policy for dental health care and its implementation in Lithuania following the restoration of the national independence. Part I of the present Master's degree paper discusses different policy implementation theories, and the enforcement of the policy with a view to attaining the defined objectives. In applying the theories in question the implementation of the dental health care policy is perceived from two perspectives – as a process and as a result. Furthermore, questions are raised concerning the extent to which the implementation of the policy complies with the conditions of successful implementation.

Section 1 of Part II which contains an analysis of the implementation of the policy discusses the development of the legal regulation of the dental health care policy in the country distinguishing three main stages of the overall process. Section 2 presents an evaluation of the current status of dental health care in Lithuania and identifies a number of principal problems: unsatisfactory condition of teeth of residents, especially of children, inadequate accessibility of dental health care services, disproportional territorial distribution of dental care specialists who are mostly concentrated in major cities, emigration of dentists, and insufficient funding from the Mandatory health insurance foundation.

Section 3 analyses the programme for the prevention of caries in children, and the implementation of the programme concluding that following the restoration of independence of Lithuania, dental health care became no longer available in pre-school and school level educational institutions while no acceptable model for the dental health care for children has been put in place. While scattered among public polyclinics, family centres and private institutions children dental health care became degraded, and the treatment of milk teeth and permanent teeth became available to only a small part of children.

Section 4 analyses the interrelation of public (State) and private dental health care in Lithuania while emphasising that public dental health care institutions remain to a large extent responsible for oral health of Lithuanian residents, therefore the operation of the public dental health care sector is of great importance specifically for low income residents.

Section 5 provides an evaluation of the position and the role of Žalgiris Clinics of Vilnius University Hospital within the dental health care system. The present Master's graduation paper notes

that Žalgiris Clinics is the only dental health care institution providing to residents of the country specialised and qualified in-patient and out-patient dental health care, facial and jawbone surgery and oral surgery services, also provides the oral disease prevention services. Žalgiris Clinics also hosts education for odontology and medicine students preparing them to become family doctors, is a basis for general and specialised professional development for dentists of all specialities, training of odontology specialists in secondary and tertiary residency, carrying out of research work, in addition to developing new examination and treatment methods.