

ASMENINĖ IR VISUOMENINĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ATSAKOMYBĖ

Pastarieji metai – intensyvių ilgalaikių sveikatos priežiūros sprendimų peržiūrėjimo ir priėmimo laikotarpis Lietuvoje. Ekonominės krizės akivaizdoje suaktyvėjo anksčiau pradėtas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų optimizavimas, apimdamas jų struktūros, atliekamų funkcijų ir teikiamų paslaugų tobulinimą¹. Baigta vykdyti pirmoji Lietuvos sveikatos programa² (toliau – LSP). Įvertinus sveikatos reformą konstatuota, kad pagrindinis jos tikslas pasiektas, nors daugelis specifinių rodiklių ir nevisiškai pasiekti³. Siūlymai naujai LSP viešam svarstymui pateikti 2012 m. kovo pradžioje⁴, laukiama jos svarstymo Seime.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė (toliau – LRV) 2013 m. kovo 13 d. nutarimu patvirtino 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetines priemones⁵. Sveikatos tausojimo ir stiprinimo, asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos politikos įgyvendinimui vertinti numatyti septyni rodikliai: (1) vidutinės būsimos gyvenimo trukmės ilgėjimas, (2) rūkančių asmenų skaičiaus mažėjimas, (3) alkoholio vartojimo mažėjimas, (4) mirtingumo dėl išorinių priežasčių mažėjimas, (5) mirtingumo dėl kraujotakos ligų rodiklio mažėjimas, (6) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerėjimas ir (7) patento nesaugomų vaistų vidutinės kompensuojamojo recepto kainos mažėjimas. Matematiškai žvelgiant, vidutinė būsimos gyvenimo trukmė (1) pailgės, jei bus įgyvendinti 4 ir 5 siekiai, mažinant mirtingumą dėl kraujotakos sistemos ligų ir išorinių mirties priežasčių ypač jauno amžiaus asmenų grupėse. Sėkmė įgyvendinant pastaruosius siekius priklauso nuo svarbiausių visuomenės sveikatos rizikos veiksnių (rūkymo ir alkoholio vartojimo) įtakos mažinimo (2 ir 3) bei sveikos mitybos ir pakankamo fizinio aktyvumo. Norai suprantami ir logiški, tačiau kažin ar jiems realizuoti pakaks, kaip numatyta programos įgyvendinimo priemonių plane, parengtų ir kasmet atnaujinamų rekomendacijų valstybės ir savivaldybių

institucijoms, kaip veiksmingai mažinti tabako ir alkoholio pasiūlą ir paklausą. Taip pat abejotina, kad įdiegta maisto produktų ženklavimo sistema, padedanti vartotojams lengviau pasirinkti sveikatai palankius maisto produktus, taip pat sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubiąją medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių nulemtų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas smarkiau paveiks mirtingumo nuo kraujotakos ligų ir dėl išorinių priežasčių rodiklius.

Žalingi įpročiai gajūs, naujos tradicijos įsitvirtina lėtai, o interesų grupės negaili pastangų savo rinkai išlaikyti ir plėsti. Nors alkoholio ir tabako kontrolės įstatymai priimti beveik prieš du dešimtmečius^{6,7}, vargu ar galima tvirtinti, kad jau įvyko esminiai pokyčiai šioje srityje. Naujaisi pavyzdžiai: Seimo valdyba nuo birželio 1 d. neterminuotai panaikino draudimą prekiauti alkoholiu Seime esančiose kavinėse, o, preliminariais Statistikos departamento duomenimis, 2012 m. absoliutaus alkoholio vienam gyventojui suvartota 1 litru daugiau nei 2011 m. Pirmuoju atveju pademonstruota, kad priimami sprendimai dar nebūtinai reiškia įsisaugančią pasiryžimą elgtis kitaip, o antruoju – kokia grėsminga situacija (per metus alkoholio suvartojimas išaugo daugiau nei LRV planuoja sumažinti per penkerius metus). Seimo valdybos sprendimas aiškinamas: „...*jei reikės po posėdžių svečius pavaišinti vynu...*“⁸, o vartojimo ribojimui besipriešinantys žmonės draudimus sieja su privataus gyvenimo ir asmeninio apsisprendimo laisvės varžymu.

Prieštaravimas tarp sveikatos, kaip asmeninio pasirinkimo, ir sveikatos, kaip visuomeninės vertybės, yra nuolatinis, paveldėtas ir neišvengiamas. Tačiau jis visai neasmeninis, kai kalbama apie asmens sveikatos ir visuomenės sveikatos priežiūros veiklos organizavimą ir paslaugų teikimo tvarką. Konstituciškai visiems garantuojant nemokamą sveikatos sutrikimų diagnozavimą ir gydymą nepriklausomai nuo individų laisvai pasirinkto sveiko ar ne gyvenimo būdo⁹, „piktnaudžiautojai“ savo sveikata jos priežiūros našta užkrauna

¹ Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa. Žin., 2008-03-06, Nr. 27-1000.

² Lietuvos sveikatos programa.

³ <http://www.sveikatosprojektai.org/node/40>

⁴ <http://www.sveikatosprojektai.org/node/39>

⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimas Nr. 228. <http://lr.vl/bylos/veikla/priemones13.pdf>

⁶ Alkoholio kontrolės įstatymas. Žin., 1995-05-26, Nr. 44-1073.

⁷ Tabako kontrolės įstatymas. Žin., 1996-02-07, Nr. 11-281.

⁸ <http://www.delfi.lt/news/daily/lithuania/i-seimo-kavines-sugrizo-alkoholis.d?id=61549906>

⁹ Lietuvos Respublikos Konstitucija, 53 straipsnis.

kitiems (solidarumas!). Deja, problema tuo nesibaigia, nes senstant populiacijai ir nešalinant „asmeninio laisvo pasirinkimo“ sąlygojamų sveikatos sutrikimų priežasčių (rizikos veiksnių) jaunesnėse amžiaus grupėse ta našta neišvengiamai tampa nepakeliama ir išskyla grėsmė visam sveikatos sistemos stabilumui.

Kadangi kiekvieno asmens sveikata neabejotinai yra asmeninė, sąmoningai pasirenkant tai, ką žino ar privalo žinoti esant kenksmingu, kitiems neprivalo padėti. Asmeninės atsakomybės galima pareikalauti naudojant teisinius svertus, taip pat protingiau išdėstyti prioritetus, intervencijas ir medicininės pagalbos apimtis. Motyvavimas rūpintis savo sveikata stiprintinas argumentu, kad sveikata iš dalies priklauso ir kitiems (t. y. kitų sveikata priklauso nuo mano sveikatos), nors, kai kurių autorių nuomone, keliant asmeninės atsakomybės įpareigojimus sveikatos priežiūros srityje prieštaraujama asmeninio savarankiškumo principui^{10, 11, 12}.

Nors ekonominiu ir medicininio požiūriu prasminga individus laikyti atsakingais už jų sveikatą lemiančius pasirinkimus, tai neturėtų būti absoliutiinama, nes visuomenė privalo prisidėti prie sveikatos stiprinimo ir ligų perspėjimo. Tai labai aktualu, kai sveikatos netenkama ne dėl asmens kaltės, o dėl aplinkybių, už kurias jis nėra atsakingas. Būtų tiesiog nesąžininga jiems nepadėti¹³. Rūpinimasis sveikata turi būti abipusė individo ir visuomenės pasidalyta atsakomybė¹⁴. Visuomenė gali pasiekti bendrą sutarimą veikdama garbingai ir nešališkai nustatydamą, kada individai turi prisiimti atsakomybę¹⁵. Kartu reikia suprasti, kad leidimas Vyriausybei parengti asmeninę atsakomybę reguliuojančias taisykles neišvengiamai baigsis asmeninės laisvės ribojimu¹⁶.

Kada atsakomybė už sveikatą nuo visuomenės pereina atskiriems asmenims, gali būti nuspręsta tik atsakius į klausimą „Kiek iš tikrųjų asmuo yra atsakingas už savo pasirinkimus ir gali paveikti savo

sveikatą?“. Nors mokslas ir pažengė tiek, kad yra žinomos ir gerai suprantamos daugelio ligų priežastys ir rizikos veiksniai, vis dar trūksta žinių apie genetikos, besikeičiančių fizinės ir socialinės aplinkos veiksnių, asmeninių žmonių savybių įtaką sveikatai, kai kurių ligų ilgalaikę prigimtį ir net atsitiktinumus.

Šiandieniniu mokslo požiūriu sveikas gyvenimo būdas privalo būti skatinamas, o draudimais tik demonstruojamas labai sudėtingos problemos paviršutiniškas suprantamas. Egzistuoja keletas būdų, kaip paskatinti individus būti asmeniškai atsakingais už savo sveikatą. Tą galima pasiekti didinant, mažinant ar net visai panaikinant papildomą sveikatos draudimą, numatant kofinansavimą už tam tikras paslaugas ar produktus, mažinant nemokamų paslaugų ir sveikatos priežiūros produktų sąrašą, didinant mokesčius tabakui ir kitiems sveikatai žalingiems produktams ir paslaugoms (vadinamieji „mokesčiai už nuodėmes“).

Igyvendinant Vyriausybės 2012–2016 m. programos prioritetinę priemonę „Nustatyti valstybės laiduojamos (nemokamos) medicinos pagalbos teikimo valstybinėse gydymo įstaigose tvarką“ yra galimybė kritiškai įvertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir įtaką populiacijos sveikatos rodikliams, panagrinėti jų mažinimo ir atsisakymo perspektyvas atsižvelgiant į asmeninę atsakomybę už sveikatą bei šiuolaikinio gydomosios ir prevencinės medicinos mokslo teikiamas galimybes. Tolesnis įvairių veikėjų (sektorių) vaidmens tikslinimas galėtų apimti kitų sektorių atsakomybės už sveikatos rizikos veiksnių valdymo įvardijimą. Taip žengtume dar vieną praktinį žingsnį įgyvendindami PSO Europos biuro strategiją „Sveikata 2020“¹⁷ ir priartėtume prie visuomenės sveikatos veiklos, kaip ją apibrėžė vienas iš šiuolaikinės visuomenės sveikatos pradininkų Winslow. Anot jo, tai „*ligų prevencijos, gyvenimo pailginimo ir sveikatos gerinimo mokslas ir menas bendruomenės, organizacijų, visuomeninių ir privačių bendrijų ir individų organizuotomis pastangomis ir informuotais pasirinkimais*“¹⁸.

Dr. Vytautas Jurkuvėnas

Higienos institutas

El. p. vytautas.jurkuvenas@hi.lt

¹⁰ Buyx A. M. (2008). Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should. *Journal of Medical Ethics* 34: 871 - 874.

¹¹ Sider RC, Clements CD. Patients' Ethical Obligation for Their Health. *Journal of Medical Ethics*. 1984;10(3):138-142.

¹² Snelling PC. Saying something interesting about responsibility for health. *Nursing Philosophy*. 2012;13:161-178.

¹³ Daniels N. Just Health. *Public Health Ethics*. 2008;1(3):268-272.

¹⁴ Resnik Resnik DB. Responsibility for health: personal, social, and environmental. *Journal of Medical Ethics*. 2007;33:444-445.

¹⁵ Yoder SD. Individual Responsibility for Health: Decision, not Discovery. *Hastings Center Report*. 2002;32(2):22-31.

¹⁶ Boughton BJ. Compulsory Health and Safety in a Free Society. *Journal of Medical Ethics*. 1984;10:186-190.

¹⁷ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020>

¹⁸ Winslow, Charles-Edward Amory. The Untilted Fields of Public Health. *Science*. 1920 Jan 9;51(1306):23-33. doi:10.1126/science.51.1306.23. PMID 17838891

Personal and public responsibility for health care

Dr. Vytautas Jurkuvėnas, Institute of Hygiene; e-mail: vytautas.jurkuvenas@hi.lt

Lithuania is in a period of revising health care related decisions. It is linked to the economic crises, termination of the national health program (2010) and new governance of the country. The governmental program for 2012-2016 aims at prolonging life expectancy (1), decreasing number of permanent smokers (2) and lowering mean alcohol consumption per capita (3) along with reduction of mortality caused by external causes (4) and circulatory system diseases (5) increasing accessibility to health services (6) decreasing mean price of prescribed patent unprotected compensated drugs (7).

It is not obvious that the indicators set could be achieved by implementation of the priority activities

approved on March 13, 2013. Free of charge disease diagnosis and treatment to all citizens of Lithuania guaranteed the Constitution may lead to the crashing health care system because of rapidly aging population if disease preventive, health protecting and health promoting efforts will not be intensified.

Passing laws of tobacco and alcohol control were important choices for health. However it is not obvious that sustainable changes have occurred already. Ways to be found and sensible decisions to be taken for increasing personal responsibility for health, integrating curative and preventive services and putting more responsibility for controlling health risk factors on other sectors.