

Medicinos rezidento autonomiją lemiantys veiksniai Lietuvos gydytojų hierarchinėje struktūroje

Agota Vaitkienė

Lietuvos Socialinių mokslų centras, Sociologijos institutas
agota.vaitkiene@icss.lt
<https://orcid.org/0009-0001-2111-7596>

Santrauka. Vykstant sveikatos sistemos tinklų reformai lygiagrečiai įgyvendinami medicinos rezidentūros studijų tvarkos pokyčiai: keičiama atsiskaitymo tvarka inicijuojant pakopinių kompetencijų sistemą, ilginama trukmė ir įvedama prievolė dalį rezidentūros atlikti ne universiteto rezidentūros bazėse – tai yra toliau nuo didžiųjų klinikų įsikūrusiose gydymo įstaigose. Lietuvoje medicinos rezidentūra yra reglamentuota Sveikatos apsaugos ministerijos ir universitetų teisės aktais, o įgyvendinama rezidentūros bazėse, prižiūrint gydytojams specialistams. Šios aplinkybės stipriai veikia medicinos rezidento autonomiją ir galimybę priimti sprendimus. Nėgana to, medicinos rezidento duali padėtis, kai ir mokomasi, ir dirbama, sukuria specifinius autonomiją ribojančius santykius gydytojų bendruomenėje.

Straipsnyje taikant sistemų teorijas atliekama oficialių dokumentų ir teisės aktų analizė, kaip mikro-, mezo- ir makrofaktorai teisiškai apibrėžtoje struktūroje veikia medicinos rezidento autonomiją. Pagal oficialius duomenis medicinos rezidentas Lietuvos sveikatos sistemoje yra profesionalizacijos procese, kai derinamos studento ir darbuotojo pareigos. Tai sudaro sąlygas medicinos rezidentui būti hierarchijos apačioje ir neturėti didelės įtakos priimant autonominius sprendimus.

Pagrindiniai žodžiai: autonomija, medicinos rezidentūra, sisteminis modelis, gydytojų bendruomenė

Factors Determining the Autonomy of the Medical Resident in the Hierarchical Structure of Lithuanian Doctors

Summary. The purpose of this paper is to analyze the factors determining the autonomy of the medical resident in the hierarchical structure of Lithuanian doctors.

Due to the different legal practices that have a direct impact on the autonomy of the medical resident, a three-level model is constructed: macro, meso, micro, according to which the impact of the system on the autonomy of the medical resident is analyzed. At the meso level, the requirements and regulations of the macro level affect the individual on micro level by creating an environment for acceptable relationships and actions.

At the macro level, health care system organizations recognize the medical resident as a specialist and coordinate residency by implementing laws. According to the Medical Practice Act, which defines a medical resident, medical residents must follow the instructions of a residency supervisor or other professional until they complete their training. The autonomy of the medical resident is influenced both by the medical community due to its low hierarchical position and by health care system organizations that control the regulation of medical residency itself.

Received: 2023-06-26. **Accepted:** 2023-11-16.

Copyright © 2023 Agota Vaitkienė. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

The position of a student directs the medical resident to practical learning, when only acquired additional qualifications grant the license of a medical specialist, and the status of an employee in the residency bases enables direct participation in the Lithuanian medical community through working relationships. Participating in direct relationships with doctors is part of the professionalization process, when the social norms of doctors are adopted and competences are acquired. Due to the hierarchical structure of the medical community, medical residents, as holders of only the first license, are at the bottom of the hierarchy and do not have extensive autonomy to make their own decisions.

Key words: Autonomy, medical residency, systemic model, Lithuanian medical community

Įvadas

Atsižvelgdama į netolygų gydytojų specialistų pasiskirstymą Lietuvoje, kai regionuose fiksuojamas didžiulis gydytojų trūkumas, Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) ėmėsi iniciatyvos pakoreguoti medicinos rezidentūros reglamentą ir nustatyti dalį rezidentūros atlikti nuo centrų nutolusiose neuniversitetinėse rezidentūros bazėse¹. Šis sprendimas SAM internetiniame puslapyje grindžiamas kaip galimybė medicinos rezidentui susipažinti su darbo regionuose perspektyvomis, aplinka, darbo specifika, taip pat tai turėtų pagerinti paslaugų prieinamumą regionų gyventojams. Siekiant aukštesnės rezidentūros studijų kokybės, įvedama pakopinių kompetencijų sistema, kai gaunamas kiekvienos įgytos kompetencijos pažymėjimas, įrodantis rezidento įgytą naują įgūdį, rezidentūra pailginta metais: medicinos rezidentūros trukmė svyruos nuo 4 iki 7 metų. Keletą metų trukančios rezidentūros periodu rezidentas privalo dirbti pagal sudarytą rezidentūros planą ir važiuoti į skirtingas rezidentūros bazines. Medicinos rezidentas, dalyvaujantis aktyviame mokymosi procese, privalo laikytis reglamento, dėl kurio pakeitimų susiformuoja rezidento autonomijos problema – ribotos galimybės savarankiškai priimti sprendimus dėl gyvenimo kelio. Lietuvoje atliktuose moksliniuose tyrimuose yra reguliariai konstatuojama medicinos rezidentų profesinio perdegimo rizika (Čėsnaitė, Krunkaitytė, Žemaitaitis (2020); Aukštakalnis, Darginavičius, Vargalytė, et al. (2017); Mikalauskas, Širvinskas, Macas, Padaiga (2016)), tačiau yra ribotos rezidento autonomijos ir rezidento padėties hierarchinėje gydytojų struktūroje tyrimų stoka. Užsienio mokslinėje literatūroje analizuojama, kiek ši gydytojų profesijoje egzistuojanti hierarchija palieka galimybės priimti darbo praktikoje autonominius sprendimus (Sena (2017); Bochatay, Bajwa (2020)), kaip priežiūra ar priežiūros stoka rezidentūroje gali paveikti gydytojo autonomiją (Allen, Gawad, Park, Raïche (2019)) bei kiek autonomijos medicinos profesijos atstovas turi ne tik gydymo procese, bet ir rinkdamasis darbą ar darbo sąlygas (Timmons (2011); Freidson 1984). Literatūroje pabrėžiama, kad rezidentai yra medicinos studijas baigę asmenys, kurie siekia specializacijos mokymdamiesi praktikoje, kvalifikacijos stoka apibrėžia jų pavaldumą gydytojams specialistams, kuri geriausiai

¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimo nr. 144 „Dėl medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, 2022 m. balandžio 20 d. Nr. 386 Vilnius.

atskleidžia rezidento vadovo vaidmuo. Rezidento santykiui su rezidentūros vadovu ir bendradarbiavimo stiprumui gali turėti įtakos tiek rezidentų skaičius gydymo įstaigoje: kuo daugiau rezidentų, tuo didesnės galimybės dėmesį sutelkti į mokymą praktikoje su didele priežiūra, palaipsniui suteikiant daugiau autonomijos, o esant mažiau rezidentų ir daugiau pacientų, prioritetas skiriamas rezidento savarankiškam praktiniam darbui (Bochatay, Bajwa (2020)); apibrėžtas leistinas rezidento darbo valandų skaičius per savaitę taip pat turi įtakos rezidentūrai (Temple, 2011; Szymczak, Bosk (2012); Bolster, Rourke (2015)) – kuo mažesnis praktinių valandų skaičius, tuo svarbesnis rezidento darbo valandų produktyvumas, rezidento galimybė būti efektyviam. Bochatay ir Bajwa (2020) tyrime pažymima, kad rezidentui, kurį geriau apibrėžia studento statusas, mokamas mažesnis atlygis / stipendija negu rezidentui, atliekančiam daugiau tiesioginių darbų. Rezidento priežiūrą ir autonomiją gali lemti ir tai, kokio pobūdžio rezidentūros bazėje atliekama rezidentūra – universitetinėje gaunama daugiau nuoseklios priežiūros, palyginti su neuniversitetine, kuri turi mažesnius akademinis išteklius (Jenkins (2018)).

Analizuojant medicinos rezidento autonomiją yra galimybių pritaikyti sistemų teorijas, dėl kurių sveikatos apsaugos sistema nagrinėjama kaip kompleksinė ekologinė sistema, turinti mikro-, mezo-, makrofaktorių. Pagal kompleksinę sistemos teoriją, esama sistema gali būti matuojama pagal savo atsparumą pokyčiams – kiekviena sistema, pasiekusi ekvilibriumą, neišvengiamai susidūria su pokyčiais ir išbandymais, kurie gali ją sugriauti, dėl šios priežasties sistema arba griūna, pakinta, atsikuria reorganizuodamasi ir vėl klesti, arba sugriūna ir nebeatsikuria, arba nei sugriūna, nei kinta, o absorbuoja pokyčius savyje nekisdama (Walker, Cooper (2011); Bergström, Dekker (2014)). Kita sistemų teorija yra Bonfenbrennerio bioekologinė žmogaus vystymosi teorija, kuri apžvelgia faktorius, veikiančius vaiko vystymąsi (Härkönen (2001); (Onwuegbuzie, Collins, Frels (2013)). Žmogaus raidai turi įtakos tiek mikroaplinka, kurioje yra palaidkomas abipusis tiesioginis ryšys, tiek mezo- bei makrofaktoriai. Bronfenbrenneris skiria mikro- (tiesioginis abipusis ryšys su vaiku), mezo- (ryšiai tarp aplinkų, kuriose galima kurti abipusius ryšius), exo- (ryšiai tarp mezoorganizacijų, tačiau neįtraukiant tiesiogiai paties vaiko), makro- (visuomenės socialinės normos, kultūra, politika ir kita, formuojančios bendrą sociokultūrinę aplinką) ir chrono- (laiko aspektas) faktorius. Kadangi medicinos rezidentai yra mokymosi procese, kai perimamos socialinės gydytojų darbo kultūros normos, jie gali būti analizuojami mikro- (tiesioginis santykis su aplinka), mezo- (tai organizacijos, kurios vysto medicinos rezidentūrą), makro- (bendra sveikatos apsaugos politika, nusistovėjusi sociokultūrinė medikų aplinka) veiksniais.

Straipsnyje nagrinėjama medicinos rezidento Lietuvoje autonomijos problema, pasitelkiant Lietuvos teisės aktus, dokumentus, medicinos rezidentūros reglamentus bei istorinius duomenis apie aukštas pareigas sveikatos apsaugos sistemoje nuo 1990 m. ėjusius asmenis. Susisteminami duomenis apie formalią medicinos rezidento apibrėžtą padėtį ir kaip makro- ir mezofaktoriai apibrėžia rezidento mikroveiksnius (autonomiškumą).

Medicinos rezidento autonomija

Rezidento sąvoka yra apibrėžta Lietuvos Respublikos medicinos praktikos 1996 m. rug-
sėjo 25 d. įstatyme Nr. I-1555. Pagal šį įstatymą gydytojas rezidentas – asmuo, kuris
turi gydytojo diplomą ir tęsia podiplomines studijas medicinos gydytojo pirminėje ar
specialybės rezidentūroje, be to, neturi teisės savarankiškai verstis specialybės medici-
nos praktika. Medicinos rezidento autonomija pagal santykį su pacientu apribota Medi-
cinos praktikos įstatymo – yra taikoma gydytojų specialistų ir rezidentūros vadovo arba
mentorius priežiūra bei sprendimų kontrolė, taip pat medicinos rezidento autonomija
kontroliuojama ir dėl darbo sąlygų ar vietos pagal medicinos rezidentūros reglamentą.
Laikotarpiu nuo medicinos studijų pradžios (trukmė 6 metai) iki rezidentūros pabaigos
(4–7 metai) būsimas gydytojas specialistas galimai susiduria su ribota autonomija, ją
apibrėžiant kaip galimybę priimti sprendimą remiantis savo paties reflektuotais norais ir
mintimis (Dworkin, 1981).

Makrolygmuo

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą tiesiogiai formuoja sveikatos apsaugos organi-
zacijos ir gydytojų bendruomenė. Būtent šiose organizacijose susiformavę bruožai ir
veikimo būdai tiesiogiai veikia visuomenę ir tai, kaip turėtų būti teikiamos sveikatos
priežiūros paslaugos ir procedūros. Atskirai aprašoma Lietuvos gydytojų bendruome-
nė ir profesiniai bruožai, turintys įtakos darbo santykiams tarp gydytojų bei Lietuvos
sveikatos organizacijos (Sveikatos apsaugos ministerija ir universitetai), kurie suteikia
teisinę bazę sveikatos apsaugos sistemos veikimo principams ir gydytojams rengti.

Lietuvos gydytojų bendruomenė

Gydytojų profesinė organizacija išsiskiria savo hierarchine struktūra (Crowe, Clarke,
Brugha (2017); Taljūnaitė, Pocius, Labanauskas, Lipnevič (2012)), kuri palaiko vertika-
lius organizacinius santykius (Mungiu-Pippidi (2015)). Tradicinė darbo struktūra gydy-
mo įstaigose yra rigidiška ir suskirstyta pagal aiškiai apibrėžtus vaidmenis, įgalinančius
veiksmingą darbą, nepaisant greitai kintamų aplinkybių. Dėl medicinos gydytojų pro-
fesionalizacijos, kai jie palapsniui įtraukiami į gydytojų bendruomenę, jie yra supažin-
dinami su vertikalia bendravimo struktūra tarp gydytojų specialistų, kurioje sprendimai
priimami remiantis hierarchine viršenybe. Negana to, dėl profesionalų siekio patiems vi-
duje kontroliuoti savo profesiją yra galimybių susikurti atskiriems administraciniams ir
akademiniams profesijos, šiuo atveju gydytojų, elitams šalia gydytojų specialistų (Freid-
son, 1984). Šie elitai sustiprina vertikalius organizacinius santykius ir išsiskaido į tam
tikras grupes, turinčias savo interesų, poreikių ir perspektyvų. Šių grupių veikimo laukas
išsiplėčia iki universiteto, administracinių valdymo struktūrų ar politinių organizacijų.
Kiekviena šių grupių turi savo ribotą sprendimo laisvę apibrėžtame lauke ir iš to kylantį
santykį su medicinos rezidentu. Administracinis gydytojų elitas kartu su universitetais ir

ministerija koordinuoja rezidentūros praktinį įgyvendinimą, apibrėžia rezidentūros bazę ir rezidento darbo funkcijas. Akademiniis gydytojų elitas sukuria kriterijus ir programas, kurias turi įgyvendinti rezidentai, norėdami įgyti antrą licenciją, – palaiko profesijos uždaramą. Lietuvos gydytojų profesinė bendruomenė yra stipriai hierarchizuota, uždara, turi savo administraciją ir akademinės mokslo institucijas bei skirtingus profesinius elitus.

Sveikatos apsaugos organizacijos

Pagal kompleksinę sistemos teoriją, sustabarėjusios sistemos dėl plačios biurokratijos ar autoritarinio valdymo yra nepaslankios ir absorbuojančios pokyčius (Walker, Cooper (2011)). Pritaikius istorinį metodą susisteminti viešai prieinami duomenys apie Nepriklausomoje Lietuvoje sveikatos sektoriuje aukštas pareigas ėjusius asmenis, suformuojant matricą ir joje ieškant išryškėjusių bendrų tendencijų – akivaizdi lėta LSMU rektorių ir VU MF dekanų kaita, palyginti su dažnu ministrų keitimusi. Taip pat Santarų (SK) ir Kauno klinikų (KK) generalinių direktorių kadencijos nesutampa nei su rektorių, dekanų ar ministrų valdymo kadencijomis, taip išryškinant esamas skirtingas institucijų laiko juostas, neveikiamas ministerijoje ar universitetuose vykstančių pokyčių. Taip pat lėti pokyčiai hierarchijos viršūnėje esamose pozicijose implikuoja sisteminį sustabarėjimą. Makrofaktoriai, turintys įtakos medicinos rezidentūrai Lietuvai, absorbuoja pokyčius.

Lietuvos Respublikoje už sveikatos apsaugos vykdymą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija, o gydytojų mokymu rūpinasi dvi aukštosios mokyklos: Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas (VU MF) bei Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Kaune (LSMU) (vykdant sveikatos sistemos tinklų reformą 2023 m. įsteigta ir Klaipėdos universiteto ligoninė kaip trečias centras). Kartus su LR SAM šioms aukštosioms mokykloms priklauso universiteto (tretinio lygio) ligoninės, kuriose teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, gydomi pacientai, tęsiama mokslinė veikla, profesinis praktinis mokymasis. Politiniu požiūriu viešosios gydymo įstaigos yra pavaldžios Sveikatos apsaugos ministerijai, nes jos teikia įstatymiškai Lietuvoje apibrėžtas sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau pačiose gydymo įstaigose yra atskira hierarchija, paremta kvalifikacija. Tai skatina labai aukšti kvalifikacijos kriterijai, be to, universitetinėse ligoninėse – studentai, internai ir rezidentai, nors ir dirbantys, bet dar studijuojantys, vis dar mokosi, todėl yra kvalifikacijos hierarchijos apatinėje grandyje. Pagal gydytojų darbo organizavimą išryškėja vertikalūs santykių modeliai.

Iš lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad Lietuvoje iki 2023 metų veikė dvi pagrindinės gydytojus rengiančios aukštosios mokyklos (Vilniaus universitetas ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Kaune), turinčios pavaldžias universiteto klinikas (Kauno klinikos ir Santaros klinikos Vilniuje). Išryškėjo dviejų centrų dominavimas ir konkurencija: Kaune besimokę asmenys vadovauja Kauno klinikoms ir Kaune esančiam universitetui, o studijavę Vilniuje – Santaros klinikoms (išskyrus vieną išimtį – buvusį sveikatos apsaugos ministrą) ir Vilniaus universiteto Medicinos fakultetui. Nepaisant šio bipoliškumo dėl medicinos studijų ryškus Kaune medicinos studijas baigusiujų dominavimas

Sveikatos apsaugos ministerijos ministro pozicijoje. Taip pat būtų galima konstatuoti, kad labiau įprasta užimti ministro poziciją ir prisiimti atsakomybę už sveikatos politikos formavimą ir vykdymą yra medicinos gydytojo kvalifikaciją įgijusiam asmeniui (12 iš 19 ministrų). Akivaizdus absoliutus vyrų dominavimas (tiek ministerijose, tiek klinikose, tiek universitetuose). Sistemoje dominuoja vyrai, universitetinė priklausomybė, sukuriant skirtį tarp Vilniaus ir Kauno medicinos mokyklų, ir itin lėta generalinių direktorių ir LSMU bei VU MF akademinio elito kaita.

1 lentelė. Skirtingų vadovų rotacijų universitetuose, ministerijoje ir klinikose tendencijos*

SAM	LSMU	VU MF	Kauno klinikos	Santaros klinikos	KUL
Ministras	Rektorius	Dekanas	Gen. direktorius	Gen. direktorius	Gen. direktorius
			A1	CA1	
A1		BA1	C2	CA2	
A2	B1		C3		
A3					
A4					
A1					
A5				A1	
A6					
A7		BA2			
A8					
A9	B2	BA3 moteris			
A2				CA4	
A10					
A11					
A12					
A13					
A14					
A15		BA4	C4	CA5	
A16 moteris					
A17					
A18				CA6	
A19	B3	BA5			D1

* Sveikatos apsaugos ministrų (SAM) pozicijose buvusiems asmenims priskirta raidė A ir skaičius pagal eiliškumą, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (LSMU) rektoriams – raidė B ir skaičius pagal eiliškumą, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto (VU MF) – raidžių junginys BA ir skaičius pagal eiliškumą, Kauno klinikų (KK) generaliniams direktoriams – raidė C ir skaičius pagal eiliškumą, Santaros klinikų (SK) generaliniams direktoriams – raidžių junginys CA ir skaičius pagal eiliškumą. Raide D ir skaičiumi 1 pažymėtas neseniai įkurtos Klaipėdos universiteto ligoninės (KUL) laikinai vadovaujančias pareigas einantis asmuo.

Pirmoje skiltyje sužymėti ministrai nuo A1 iki A19, jeigu ministras užimdavo postą du kartus, jam neiškirta naujo numerio, kitose skiltyse sužymėti vadovaujančias pareigas einantys asmenys pagal ministrų valdymo laikotarpius taip sudarant matricą. Matrica sužymėta spalvomis – geltona (Kaunas), žalia (Vilnius) – atsižvelgiant į tai, kuriame mieste medicinos studijas baigė vadovaujančias pareigas einantys asmenys.

Sveikatos apsaugos ministerijoje vykstantys pokyčiai (keičiantis ministru) neturi didesnės įtakos nei universitetams, rengiantiems gydytojus, nei ministerijai pavaldžioms universiteto klinikoms. Galima konstatuoti – paraleliai esančioms hierarchijoms. Taip pat nė vienas iš vadovaujančias pareigas ėjusių asmenų, pažymėtų lentelėje, nebuvo baigęs kitų vientisųjų medicinos krypties studijų, negu suteikiančių būtent medicinos gydytojo kvalifikaciją. Tai išryškina gydytojų hierarchinę viršenybę visame sveikatos sektoriuje.

2 lentelė. **Politinė aukštas pareigas sveikatos sektoriuje turėjusių asmenų priklausomybė 1990–2022 m.***

SAM	LSMU	VU MF	KK	SK	KUL
Ministras	Rektorius	Dekanas	Gen. direktorius	Gen. direktorius	Gen. direktorius
			A1	CA1	
A1		BA1	C2	CA2	
A2	B1		C3		
A3					
A4					
A1					
A5				A1	
A6					
A7		BA2			
A8					
A9	B2	BA3 moteris			
A2				CA4	
A10					
A11					
A12					
A13					
A14					
A15		BA4	C4	CA5	
A16 moteris					
A17					
A18				CA6	
A19	B3	BA5			D1

* Sveikatos apsaugos ministrų (SAM) pozicijose buvusiems asmenims priskirta raidė A ir skaičius pagal eiliškumą, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto (LSMU) rektoriams – raidė B ir skaičius pagal eiliškumą, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto (VU MF) dekanams – raidžių junginys BA ir skaičius pagal eiliškumą, Kauno klinikų (KK) generaliniams direktoriams – raidė C ir skaičius pagal eiliškumą, Santaros klinikų (SK) generaliniams direktoriams – raidžių junginys CA ir skaičius pagal eiliškumą. Raide D ir skaičiumi 1 pažymėtas neseniai įkurtos Klaipėdos universiteto ligoninės (KUL) laikinai vadovaujančias pareigas einantis asmuo. Pirmoje skiltyje sužymėti ministrai nuo A1 iki A19, jeigu ministras užimdavo postą du kartus, jam neišskirta naujo numerio, kitose skiltyse sužymėti vadovaujančias pareigas einantys asmenys pagal ministrų valdymo laikotarpius. Raudona spalva žymi Tarybų sąjungos komunistų partiją, oranžinė – Lietuvos socialdemokratų partiją ir Lietuvos žaliųjų ir valstiečių partiją; mėlyna – Tėvynės sąjunga krikščionis demokratus bei krikščionis demokratus; geltona spalva – visas liberalias partijas ir Darbo partiją.

Pagal 2 lentelės duomenis matyti tam tikras sovietmečio politinės partijos palikimas Sveikatos apsaugos sektoriuje ypač pirmuoju Lietuvos nepriklausomybės dešimtmečiu, tačiau paraleliai su kairiųjų ideologija dažnai vadovaujančias pareigas eidavo ir dešiniųjų ideologijai prijauciantys asmenys. Vėlesniu nepriklausomybės laikotarpiu ministerijai vadovaudavo liberalių pažiūrų ministrai arba socialdemokratai. Dėl retos vadovų rotacijos akademinio lygmeniu dominuoja stipri viena ar kita politinė orientacija, tačiau tai sutampa su ilgu konkreto asmens vadovavimo laikotarpiu. Nuo antrojo nepriklausomybės dešimtmečio didžiosioms universitetų klinikoms (SK ir KK) vadovavę asmenys nepriklausė politinei partijai, skirtingai negu pirmajame nepriklausomybės etape. Galimai tai atskleidžia tam tikrą gydytojų profesionalizacijos etapą, kai klinikoms ar akademinėms gydytojams rengiančioms institucijoms pradėjo vadovauti asmenys, labiau atsižvelgiant į jų profesinę ir akademinę kvalifikaciją. Tai išryškina ir tam tikrą atotrūkį nuo Sveikatos apsaugos ministerijos kaip politinio lauko – sveikatos politika iš dalies atsiejama nuo gydytojų profesinės bendruomenės. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos politikos uždavinius pavedama vykdyti universitetams ir klinikoms – dėl klinikoms ir universitetams vadovaujančių asmenų tam tikro apolitiškumo apribotos galimybės plėtoti bendras politines diskusijas dėl Lietuvos sveikatos politikos krypties.

Mezolygmuo

Įgyti teisę gydyti žmones yra stipriai kontroliuojama, ją suteikia Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymą „Dėl medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ (2004 m. gegužės 27 d. Nr. V-396, Vilnius). Pagal Lietuvos teisės aktus medicinos gydytojo licencija gaunama tik baigus medicinos studijas (integruotas bakalauro ir magistro studijas), įgijus profesinę kvalifikaciją ir turint medicinos pažymą, patvirtinančią adekvačią sveikatos būklę, negana to, norint būti gydytoju specialistu (radiologu, anesteziologu, bendrosios praktikos chirurgu, pediatru ir kt.), privaloma baigti atitinkamos srities rezidentūrą, kurios trukmė šiuo metu nuo 4 iki 7 metų, anksčiau – nuo 3 iki 6 metų. Taip pat sveikatos priežiūros paslaugos privalo būti teikiamos atitinkamose, oficialiai registruotose, kontroliuojamose įstaigose. Visam tam reikia specifinio darbo administravimo, kontroliuojančio tiek išsilavinimą, išsilavinimo

priežiūrą, praktinį mokymą, praktikos įgyvendinimą ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir kontrolę.

Pagal Medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimą (2019 m. vasario 13 d. Nr. 144, Vilnius) teisę organizuoti ir vykdyti rezidentūros programas turi universitetai. Vilniaus ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetuose medicinos rezidentūrą reglamentuoja rezidentūros reglamentai: Vilniaus universiteto rezidentūros studijų reglamentas, Vilniaus universiteto senato 2021 m. spalio 19 d. nutarimo Nr. SPN-50 redakcija; Lietuvos sveikatos mokslų universiteto rezidentūros studijų reglamentas, nuo 2023 m. birželio 22 d., Senato nutarimas Nr. 170-03. Reglamentuose apibrėžta rezidento sąvoka, rezidento funkcijos, mokymosi ir darbo sąlygos, baigiamųjų egzaminų tvarka ir kita su rezidentūra susijusi informacija.

Kauno LSMU reglamente yra pabrėžiama, kad medicinos rezidentas yra „gydytojas, studijuojantis medicinos, odontologijos ir veterinarinės medicinos rezidentūroje“, taip pabrėžiant jau įgytą pirmąją licenciją po vientisųjų medicinos studijų baigimo; VU – rezidentas yra pirmiausia „universiteto studentas, studijuojantis rezidentūroje ir dirbantis gydytoju (gydytoju odontologu) rezidentu rezidentūros bazėje. <...> rezidentai pagal studijų metus yra skirstomi į jaunesnius ir vyresnius“. Yra skiriamos dvi medicinos rezidento pozicijos: studento ir darbuotojo.

Mikroaplinka, kurioje medicinos rezidentas turi abipusius santykius su kitais gydytojais ir rezidentais, yra formuojama mezoorganizacijų: universitetų, Lietuvos Respublikos ministerijų ir gydymo įstaigų tarpusavio santykių, veikiančių rezidentūros vykdymą ir organizavimą.

Medicinos rezidentas – studentas pagal santykį su universitetu

Lietuvos Respublikos mokslo ir studijų 2009 m. balandžio 30 d. įstatyme Nr. XI-242 studentas apibrėžiamas kaip asmuo, studijuojantis aukštojoje mokykloje pagal studijų programą arba doktorantūroje. Kadangi studentai dar tik profesijos įgijimo procese, jie taip pat nėra įtraukiami į visuomenės stratifikacijos analizę – priskiriami socialinės struktūros periferijai (Morkevičius, Norkus (2012)). Makropolitikos (valstybės vykdomos politikos) atžvilgiu asmuo yra socioekonomiškai vertinamas pagal tėvų padėtį arba su darbo sutartimi vykdytus darbus, net jeigu jie gerokai skiriasi nuo siekiamos specializacijos. Šiuo atveju medicinos studentai nevertinami, o medicinos rezidentai susiduria su dvilypumu. Rezidento sąvoka yra apibrėžta ne Mokslo ir studijų įstatyme, o Lietuvos Respublikos gydytojo medicinos praktikos 1996 m. rugsėjo 25 d. įstatyme, Nr. I-1555. Pagal šį įstatymą gydytojas rezidentas – tai asmuo, kuris turi gydytojo diplomą ir tęsia podiplomines studijas medicinos gydytojo pirminėje ar specialybės rezidentūroje, be to, neturi teisės savarankiškai verstis specialybės medicinos praktika. Taigi, medicinos rezidentas, kaip ir doktorantas, taip pat turintis magistro laipsnį, tęsia podiplomines studijas ir iš dalies atitinka Mokslo ir studijų įstatyme suformuluotą studento pagrindinę

funkciją – studijavimą aukštojoje mokykloje. Be to, Vilniaus universiteto rezidentūros reglamente akcentuojamas medicinos rezidento kaip pirmiausia studento statusas.

Nepaisant išimtinės universitetų teisės organizuoti ir vykdyti rezidentūros studijų programas, Sveikatos apsaugos ministerija sudaro planą dėl rezidentūros vietų – numato, kiek gydytojų reikėtų priimti į atitinkamas medicinos rezidentūros studijų programas, ir teikia pasiūlymus Švietimo, mokslo ir sporto ministerijai, kuri taip pat yra atsakinga už profesinį mokymą, kvalifikacijos tobulinimą. Medicinos rezidentūra yra koordinuojama tiek Sveikatos apsaugos ministerijos, tiek Švietimo, mokslo ir sporto ministerijos, tiek Lietuvos universitetų.

Medicinos rezidento darbą rezidentūros bazėje prižiūri priskirtas rezidento vadovas (įdarbintas universitete) arba mentorius (jeigu tai yra neuniversitetinė rezidentūros bazė). Kadangi rezidentūrą sudaro ciklai, kiekvieno ciklo metu rezidentas pasirašo terminuotą darbo sutartį su rezidentūros baze, kurioje atliks praktiką. Svarbu paminėti, esanti galimybė gydymo įstaigoms finansuoti pasirinktas rezidentūros vietas, sudarant trišales sutartis su pačiu rezidentu, kad jis įgijęs gydytojo specialisto kvalifikaciją išdirbtų sutartą laiką studijas apmokėjusioje gydymo įstaigoje (pagal Asmens sveikatos priežiūros įstaigų sąvadą tokių sutarčių nuo 2005 m. pasirašyta 230, ne visi susitarimai įvykdyti).

Trumpai tariant, rezidentas savo rezidentūros studijų metu yra finansuojamas iš valstybės biudžeto (jeigu yra įstojęs į valstybės finansuojamą vietą). Rezidentūros kryptis ir jų pobūdį nustato bei reguliuoja universitetai kartu su Sveikatos apsaugos ministerija, formuojančia Lietuvos sveikatos politikos kryptį. Medicinos rezidentas pasirašo terminuotą darbo sutartį rezidentūros ciklo metu, darbo metu turi įgyti reikalingas (nustatytas) kompetencijas, jam nėra sudaroma garantijų dėl tolesnio darbo rezidentūros bazėje (nebent pasirašoma atskira trišalė sutartis, kai rezidentūra yra finansuojama iš gydymo įstaigos lėšų) ar specializuotos socialinės garantijos. Nėra aiškiai įrašyta, ką rezidentas yra laisvas atskleisti apie savo patirtį rezidentūros bazėje. Medicinos rezidento pagrindinis siekis yra įgyti reikalingas specialybei praktines žinias ir tai patvirtinančią gydytojo specialisto licenciją. Pagal savo veiklos funkcijas (įgyjamos kompetencijos) ir rezidentūros tikslus (tapti aukštos kvalifikacijos specialistu) medicinos rezidentas rezidentūros metu yra artimas studentui.

Medicinos rezidentas – darbuotojas pagal santykį su rezidentūros baze

Gydytojas rezidentas Lietuvoje baigia vientisąsias medicinos studijas Vilniaus universiteto Medicinos fakultete arba Lietuvos sveikatos mokslų universitete ir taip įgyja medicinos gydytojo licenciją. Medicinos gydytojo licencijos veikla apibrėžta medicinos gydytojo medicinos norma 7:2022 – turi teisę teikti skubią ir būtinąją pagalbą, dirbti pagal savo kompetencijas – kvalifikuotai tirti, diagnozuoti, gydyti ligas ir sveikatos sutrikimus bei kita. Siekiant gydytojo specialisto kvalifikacijos būtina rezidentūra – rezidentūros bazėje (teisės aktų tvarka įvertinta ir atrinkta mokymo bazė rezidentūrai) yra atliekama rezidentūra – studijuojama, o asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbama pagal įgytą licenciją ir pasirašytą darbo sutartį.

Rezidentūroje yra sudaromos sutartys tarp Sveikatos apsaugos ministerijos, universiteto ir rezidentūros bazės, vėlgi rezidentas yra koordinuojamas pagal Sveikatos apsaugos ministerijos, pagal universiteto ir pagal rezidentūros bazės reikalavimus. Rezidentui mokamas atlyginimas iš valstybės biudžeto asignavimų – rezidentūros basei nereikia mokėti rezidentūros atlygio iš savo lėšų. Visas užregistruotas viršvalandis darbas, darbas budėjimų metu ir poilsio bei švenčių dienomis rezidentui turėtų būti apmokamas jau iš rezidentūros bazės lėšų šalia gaunamo rezidento atlyginimo iš biudžeto. Pagrindinės lėšos rezidentūrai yra gaunamos iš makro- (valstybės), o ne mezoorganizacijų (ligoninės, universitetai) biudžetų.

Nepaisant darbo pagal terminuotas darbo sutartis be garantijų specialioms socialinėms garantijoms ir rezidentų reglamentuose įrašytos studijavimo funkcijos, medicinos rezidentūra, medicinos rezidentai vis tiek makrolygmeniu, vertinant visas profesijas Lietuvoje, yra įvertinti ir priskirti specialistų grupei kaip gydytojai.

Mikrolygmuo

Nagrinėjant Lietuvos socialinę struktūrą yra skiriamos mažiausiai trys socialinės klasės: aukštesnioji, vidurinė ir žemesnioji, kurios dar gali būti smulkiau dalijamos, atsižvelgiant į ekonominius ir kultūrinius veiksnius (Matulionis, Kasparavičienė, et al. (2005); Morkevičius, Norkus (2012)): taikant neovėberiską priegią visuomenėje padėtį lemia įgyta profesija, turima kvalifikacija. Aukšta kvalifikacija suponuoja galimybę tapti baltųjų apykaklių grupės nariu – vidurine ar aukštesniąja klase. Visuomenės stratifikacinė struktūra yra svarbi formuojant šalies darbo rinkos politiką ir vertinant šalies vidaus stabilumą (Gruževskis, Brazienė, Dunajevs, Kaklauskaitė, Moskvina, Navickė, Savanevičienė, Skučienė, Šumskaitė (2022)), sukurti sąlygiškai objektyvūs metodai visuomenės stratifikacijos tyrimams (Rose, Harrison (2007)) turėtų padėti atpažinti esamą struktūrą ir ją vertinti.

Lietuvoje pagal parengtą Lietuvos profesijų klasifikatorių sveikatos apsaugos ministras priskirtas pirmajai grupei – vadovų, o medicinos rezidentai priskirti antrajai – specialistų. Rezidentai patenka į 221 Gydytojų grupės 2211 Bendrosios praktikos gydytojų pogrupį (kartu su šeimos gydytojais, kurie yra baigę šeimos gydytojo rezidentūrą), o 2212 pogrupį sudaro gydytojai specialistai. Šis klasifikatorius yra Tarptautinio standartinio profesijų klasifikatoriaus ISCO-08 nacionalinė versija. Jame aiškiai atskiriami mėlynųjų ir baltųjų apykaklių darbai bei nurodomas jų ryšys. Skirstant profesijas yra ypač svarbūs šie veiksniai: galimybės atlikti darbą stebėti bei vertinti ir reikalingų specialių gebėjimų ir įgūdžių mastas (Rose, Harrison 2007). Kai darbą kontroliuoti sudėtinga dėl jo kintamo pobūdžio (kūrybingų problemų sprendimų) bei darbai atlikti būtinas specifinis išsilavinimas, jis atitinka baltųjų apykaklių pobūdį, ir darbo sutarimas atspindi „tarnybos santykius“, kai siekiama išlaikyti darbuotoją suteikiant jam socialines ir karjeros garantijas, atsižvelgiama į darbuotojo sukuriama vertę ir sudėtingą jo pakeitimą kitu specialistu. Medicinos rezidento priskyrimas Lietuvos profesiniame klasifikatoriuje prie specialistų šalia šeimos gydytojų, jau baigusį rezidentūrą, rodo rezidento svarbą ir aukštą kvalifi-

kaciją Lietuvos sveikatos sektoriuje – medicinos rezidentai yra gydytojų bendruomenės dalis Lietuvos visuomenės perspektyvoje (makroatžvilgiu). SAM atlieka asmens sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą ir kvalifikacijos tobulinimą – ministras priima sprendimus, tiesiogiai veikiančius medikų – specialistų – darbą; ministerija, atsižvelgdama į šalies poreikius, taip pat projektuoja specialistų poreikį. SAM įgyvendina ir kontroliuoja valstybės sveikatos politiką. Remiantis klasifikatoriaus suskirstymu medicinos rezidentūros metu, siekiant įgyti specialybės žinių, praktiką rezidentūros bazėse atlieka ir mokosi kvalifikuoti, vientisąsias medicinos studijas baigę specialistai, kurie atliepia ministerijos iškeltus tikslus. Jie priskirtini baltosioms apykaklėms ir turėtų turėti panašią autonomiją kaip ir kiti specialistai.

Tačiau Lietuvoje medicinos rezidentas atsiduria dvilypėje padėtyje – pagal Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymą, gydytojas rezidentas studijuoja medicinos rezidentūroje ir prižiūrimas dirba rezidentūros bazėje, jis yra daugiau nei studentas ar praktikantas, nes nepriima savarankiškai sprendimų, vykdo pavedimus. Profesionalizacijos teorijos išaiškina šią priešpriešą medicinos rezidentūroje tarp studento ir darbuotojo, įvedant palaipsnio profesijos įgijimo koncepciją.

Remiantis Abbott (Abbott, 1998) ir Sena (Sena, 2017), savo autonomiją įtvirtinusios profesijos turi specializuotą universitetinį išsilavinimą, kuris išskiria ir suteikia būtinųjų specialybės žinių. Tai yra pirmasis punktas siekiant tapti profesijos atstovu – universitetinės studijos, bet vėliau – privaloma įgyti supratimą, kaip ši abstrakti žinių sistema yra pritaikoma praktikoje. Medicinos rezidentas yra atlikęs pirmąjį reikalavimą – baigęs vientisąsias medicinos studijas ir taip perėjęs pirmąjį profesionalizacijos etapą. Medicinos studentai universitete įgyja gydytojui privalomas žinias apie fizinį žmogaus kūną, jo sandarą, anatomines ir fiziologines funkcijas, o praktikos metu mokosi, kaip šios žinios taikomos gydant. Tačiau visi šie niuansai yra daugmaž lemiami ir kontroliuojami profesijos viduje – profesionalai sukuria reikalingas sąlygas ir būtinus kriterijus, taip išsaugoma ir išlaikoma profesijos autonomija (Abbott, 1984). Medicinos rezidentas visuomenei dėl medicinos studijų iškart tampa gydytojų bendruomenės dalimi ir atlieka gydytojui pavestas funkcijas, vykdo priskirtą sveikatos politiką. Vientisosios medicinos studijos žymi pirmąjį profesionalizacijos etapą, nes tik baigus vientisąsias medicinos studijas įmanoma tapti gydytoju. Nepaisant suformuotų profesinių reikalavimų profesijos viduje, medicinos rezidentas iš visuomenės perspektyvos jau yra gydytojas, nes baigtos studijos suteikė medicinos gydytojo licenciją. Vertinant profesijas dėl savo praktinio podiplominio studijų pobūdžio dirbant su pacientais, medicinos rezidentai patenka į labai kvalifikuotų (specialistų) grupes. Bet atsižvelgiant į Lietuvos gydytojų bendruomenės bruožus: stipri hierarchija, didelė vadovų stagnacija – galima numanyti, kad medicinos rezidentas pačių gydytojų nėra traktuojamas kaip specialistas, nepaisant kitokio visuomenės vertinimo.

Mikrolygmeniu, kai yra abipusis santykis, tiesiogiai veikiantis abi santykio šalis, medicinos rezidentas susijęs profesiniu santykiu su rezidentūros vadovu, kitais gydytojais ir rezidentais. Rezidentūros vadovas arba mentorius vadovauja medicinos rezidento rezidentūrai arba rezidentūros ciklui, atlieka vertinimą: rezidentas tiesiogiai priklauso nuo savo rezidentūros vadovo arba mentoriaus. Gydytojais specialistais yra labiau

kvalifikuoti už medicinos rezidentą, todėl prižiūri ir vertina medicinos rezidento darbą: būdamas tiesiogiai susijęs su gydytojais medicinos rezidentas privalo vykdyti gautus nurodymus. Kiti medicinos rezidentai dirba kartu, dalijasi pareigomis: kartu sprendžia susiklosčiusias situacijas, nes yra panašūs pagal hierarchinį lygmenį. Mikrolygmeniu rezidentūroje egzistuojantys profesiskai apibrėžti santykiai implikuoja ribotą medicinos rezidento autonomiją dėl susiklosčiusios hierarchijos.

Diskusija

Vienas iš perdegimą lemiančių veiksnių yra didelis darbo krūvis ir menka kontrolė profesiniame gyvenime (INTeReSTS (2015)). Lietuvos sveikatos sistemoje analizuojant mikro-, mezo- ir makrofaktorių, veikiančius medicinos rezidentūrą, ryškėja ribota medicinos rezidentų autonomija. Medicinos rezidentas dėl profesionalizacijos yra tarp studento ir pagal terminuotą darbo sutartį dirbančio darbuotojo. Rezidentas medicinos bendruomenėje klauso specializaciją įgijusių gydytojų nurodymų bei pastabų. Taip pat, įstojęs į universitetą ir tęsdamas podiplomines studijas, medicinos rezidentas privalo vykdyti rezidentūros vadovo arba mentoriaus nurodymus. Mikrolygmeniu medicinos rezidentas turi ribotą autonomiją.

Makrofaktoriai, susieti su sveikatos politiką koordinuojančia sveikatos apsaugos ministerija, medicinos rezidentus priskiria prie specialistų, kita vertus, centralizuotai rūpinasi jų poreikiu ir finansavimu, taip medicinos rezidentai priskiriami prie tiesioginės valstybės sveikatos politikos. Medicinos rezidentai traktuotini kaip specialistai pagal profesijos klasifikatorių, nepaisant savo kaip studento ar laikinai įdarbinto darbuotojo tapatybės. Tai sukelia prieštarą dėl autonomijos – specialistas laisvai renkasi darbo vietas. Lietuvos socialinių tyrimų centro 2012 metų mokslo studijoje apie gydytojų integraciją ir karjeros projektavimą kintančiomis Lietuvos darbo rinkos sąlygomis (Taljūnaitė, Pocius, Labanauskas, Lipnevič (2012) aprašyta gydytojų profesija, profesiją apibrėžiantys faktoriai bei profesiniai santykiai su Lietuvoje vykdoma sveikatos politika, išskylantys migracijos ir mobilumo iššūkiai, tačiau medicinos rezidentūra nėra nagrinėta. 2015 m. Anna Lipnevič apgynė disertaciją „Lietuvos gydytojų mobilumas transnacionalinėje socialinėje erdvėje“, kurioje analizuojama gydytojų, jau turinčių antrąją licenciją, mobilumo problemos. Tačiau medicinos rezidentai, būdami medicinos gydytojais, tuo pačiu mokosi, studijuoja pagal universitetų podiplominių studijų programas ir siekia įgyti antrąją licenciją. Dėl šios priežasties jie yra atskira, teisiškai identifikuojama ir apibrėžta grupė. Ši grupė makro- (visuomenės) atžvilgiu yra tapatinama su gydytojais. Tačiau mezo- (gydytojų bendruomenėje) organizacijoje rezidentai yra stipriai išskiriami kaip dar siekiantys specializacijos asmenys – esantys profesionalizacijos procese. Tai teikia galimybę nagrinėti medicinos rezidentų grupę pagal santykį su gydytojų bendruomene.

Siekiant plačiau išnagrinėti ir susisteminti Lietuvos medicinos rezidentų autonomijos klausimus, reikėtų atlikti kokybinius sociologinius tyrimus, nes atliekant dokumentų ir teisės aktų analizę išaiškinama tik formaliai egzistuojanti sveikatos sistemos struktūra. Darbo kultūra, socialinės normos ir neformalioji praktika lieka už pažinimo ribos.

Literatūra

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago press.
- Allen, M., Gawad, N., Park, L., Raïche, I. (2019). The educational role of autonomy in medical training: a scoping review. *Journal of Surgical Research*, 240, 1–16.
- Aukštakalnis, V., Darginavičius, L., Vargalytė, R., Stašaitis, K., Vaitkaitienė, E., Vaitkaitis, D. (2017). Šeimos ir skubiosios medicinos gydytojų rezidentų darbe patiriamo streso ir profesinio perdegimo paplitimas. *Vaikų pulmonologija ir alergologija*, 20(2), 16–33.
- Bellot, J. (2011, January). Defining and assessing organizational culture. In *Nursing forum* (46 (1), 29–37). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc.
- Bochatay, N., Bajwa, N. M. (2020). Learning to manage uncertainty: supervision, trust and autonomy in residency training. *Sociology of Health & Illness*, 42, 145–159.
- Bolster, L., Rourke, L. (2015). The effect of restricting residents' duty hours on patient safety, resident well-being, and resident education: an updated systematic review. doi: 10.4300/JGME-D-14-00612.1
- Camp, R. (2003). Informal and formal networking among elite Mexican capitalists and politicians. *Comparative Sociology*, 2(1), 135–154.
- Carney, M. (2011). Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
- Crowe, S., Clarke, N., Brugha, R. (2017). 'You do not cross them': Hierarchy and emotion in doctors' narratives of power relations in specialist training. *Social Science & Medicine*, 186, 70–77.
- Česnaitė, G., Krunkaitytė, U., Žemaitaitis, M. (2020). „Perdegimo“ sindromas gydytojų kasdienybėje: literatūros apžvalga. *Medicinos mokslai. Medical sciences*. Kėdainiai: VšĮ Lietuvos sveikatos mokslinių tyrimų centras". 8, 14, April 2.
- Freidson, E. (1984). The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, 10(1), 1–20.
- García-Prado, A., González, P. (2011). Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36(2), 265–294. *Graduate Medical Education*, 7(3), 349–363.
- Green, B., Oepfen, R. S., Smith, D. W., Brennan, P. A. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams—ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 55(5), 449–453.
- Grusky, D. B., Weisshaar, K. (2014). The questions we ask about inequality. *Social stratification: Class, race, and gender in sociological perspective*, 1–16.
- Gruževskis, B., Brazienė, R., Dunajevus, E., Kaklauskaitė, U., Moskvina, J., Navickė, J., Savanevičienė, A., Skučienė, D., Šumskaitė, L. (2022). *Darbo rinkos politikos pagrindai: mokomoji knyga*. Vilniaus universiteto leidykla.
- Guščinskienė (2010). *Organizacijų sociologija: vadovėlis (2-oji patais.ir papild. laida)*. Kaunas: Technologija.
- Härkönen, U. (2001). The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development. "Scientific Articles of V International Conference PERSON. COLOR. NATURE. MUSIC." October 17–21, 2007. Daugavpils University, Saule. Latvia.
- INTeReSTS, D. O. (2015). Burnout in physicians. *JR Coll Physicians Edinb*, 45, 104-7.
- Jenkins, T. M. (2018). Dual Autonomies, Divergent Approaches: How Stratification in Medical Education Shapes Approaches to Patient Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(2), 268–282.

- Matulionis, A. V., Kasparavičienė, V., Kocai, E., Krukauskienė, E., Liutikas, D., Maniukaitė, G., ... Žilinskaitė, V. (2005). *Lietuvos socialinė struktūra*. Vilnius: Socialinių tyrimų institutas.
- Mikalasuskas, A., Širvinskas, E., Macas, A., Padaiga, Ž. (2016). Profesinis perdegimas tarp anesteziologiją ir reanimatologiją studijuojančių rezidentų. *Sveikatos mokslai*, 26(6), 109–113.
- Morales-Burton, V., Lopez-Ramirez, S. A. (2022). Rethinking healthcare quality and prestige: is this a manager's number one problem? *Frontiers in Public Health*, 10.
- Morkevičius, V., & Norkus, Z. (2012). Šiuolaikinės Lietuvos klasinė struktūra: neovėberiška analizė. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 2, 75–78.
- Mungiu-Pippidi, A. (2015). *The quest for good governance: How societies develop control of corruption*. Cambridge University Press.
- Porter, S. (1991). A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), 728–735.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., Nanetti, Y. R. (2001). *Kad demokratija veiktų: pilietinės tradicijos šiuolaikinėje Italijoje*. Vilnius: Margi raštai, 241.
- Rose, D., Harrison, E. (2007). The European socio-economic classification: a new social class schema for comparative European research. *European Societies*, 9(3), 459–490.
- Sena, B. (2017). Professionalization without autonomy: the Italian case of building the nursing profession. *Professions and Professionalism*, 7(3), e1900-e1900.
- Sow, M. (2017). The relationship between leadership style, organizational culture, and job satisfaction in the US healthcare industry. *Manag Econ Res J*, 3, 1332.
- Szymczak, J. E., Bosk, C. L. (2012). Training for efficiency: work, time, and systems-based practice in medical residency. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(3), 344–358.
- Taljūnaitė, M., Pocius, A., Labanauskas, L., Lipnevič, A. (2012). *Gydytojų integracija ir karjeros projektavimas kintančiomis Lietuvos darbo rinkos sąlygomis*. Mokslo studija. Vilnius: LSTC.
- Temple, J. (2014). Resident duty hours around the globe: where are we now? *BMC Medical Education*, 14(1), 1–5.
- Vanstone, M., Grierson, L. (2022). Thinking about social power and hierarchy in medical education. *Medical education*, 56(1), 91–97.
- Walker, J., Cooper, M. (2011). Genealogies of resilience: From systems ecology to the political economy of crisis adaptation. *Security dialogue*, 42(2), 143–160.
- 2003 m. lapkričio 4 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2003/88/EB dėl tam tikrų darbo laiko organizavimo aspektų, Europos Sąjungos oficialusis leidinys, 2003-11-18, L299/9, 05-4 t.
- Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas nr. I-1555 (2, 3 ir 4 straipsnių pakeitimo įstatymas, 2018 m. birželio 30 d. Nr. XIII-1410, Vilnius).
- Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymo Nr. I-1555 1, 2, 3, 4 straipsnių ir priedo pakeitimo, įstatymo papildymu nauju 1 priedu ir 2 priedu įstatymas, 2022 m. lapkričio 10 d. Nr. XIV-1509, Vilnius.
- Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos Respublikos mokslo ir studijų praktikos įstatymas, 2009 m. balandžio 30 d. Nr. XI-242, Vilnius, suvestinė redaakcija nuo 2023-01-01 iki 2023-06-30.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo, 2004 m. gegužės 27 d., Nr. V-396.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“, 1998 m. liepos 24 d. Nr. 926, Vilnius.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. vasario 13 d. nutarimo nr. 144 „Dėl medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, 2022 m. balandžio 20 d. Nr. 386, Vilnius.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas dėl medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo, 2019 m. vasario 13 d. Nr. 144, Vilnius.

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Rezidentūros studijų reglamentas, patvirtinta Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Senato 2014 m. birželio 20 d. Nr. 47-09, aktuali redakcija nuo 2023 m. birželio 22 d., Senato nutarimas Nr. 170-03.

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, LSMU Rezidentūros praktinio mokymo sutarties šablonas, 2015 m. lapkričio 17 d. įsakymas Nr. V-1128 .

Vilniaus universiteto rezidentūros studijų reglamentas, Vilniaus universiteto senato 2021 m. spalio 19 d. nutarimo Nr. SPN-50 redakcija. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a78cb882cfcf11ecb1b39d276e924a5d>

Įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN7:2022 „Medicinos gydytojas“ patvirtinimo, 2022 m. gegužės 9 d. Nr. V-930, Vilnius. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lietuva-salies-sveikatos-profilis-2021_bc081ccc-lv#page18

Lietuvos šalies sveikatos profilis 2021. <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/medikai-kvieciami-dirbti-mazesniuose-regionuose>

Medikai kviečiami dirbti mažesniuose regionuose, 2019 06 28. <https://www.hi.lt/news/1657/1246/Isleistas-leidiny-Lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2019-m.html>

Išleistas leidinys „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2019 m“, 2020 08 03. <https://www.profesijuklasifikatorius.lt/>

Lietuvos profesijų klasifikatorius, versija LPK 2012, Tarptautinio standartinio profesijų klasifikatoriaus ISCO-08 nacionalinė versija.